



Kristin Humerfelt

Førsteamanuensis, PhD, Institutt for helsefag,
Universitetet i Stavanger
kristin.humerfelt@uis.no

Fra handlingslammelse til handlingskraft

- å identifisere omsorgssituasjonen
til barn som har foreldre med rus-
og psykiske problemer

Artikkelen belyser helsepersonells forståelse av hvilken kompetanse som er viktig for å lykkes med å identifisere omsorgssituasjonen til barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer og som har behov for oppfølging. Studien har en kvalitativ design med fem fokusgrupper. Utvalget bestod av helsepersonell i pårørende- og veiledningssentre og samarbeidende virksomheter fra fire geografiske områder i Norge.

Funnene viser at det er nødvendig å styrke kompetansen til helsepersonell for at de skal mestre å utforske barnets omsorgssituasjon ved å håndtere foreldrenes og barnets strategier, relasjonen til foreldrene og egen overidentifisering, men også formulere det som er tabubelagt. Myndigheter, helse- og sosialvirksomheter og utdanningsinstitusjoner må bidra til et kompetanseløft, slik at helsepersonell styrkes i sin handlingskraft.

Artikkelen er basert på en studie om hva helsepersonell mener er av betydning for å lykkes med å identifisere barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer og som kan ha behov for oppfølging av hjelpeapparatet. I artikkelen rettes fokus mot funn knyttet til helsepersonells kompetanse for å avdekke barns omsorgssituasjon gjennom foreldrene.

Barn i familier med rus- og psykiske problemer har i flere sammenhenger blitt kalt de usynlige barna. De har i stor grad vært oversett av hjelpeapparatet og tjenestene til dem har vært tilfeldige og mangelfulle (Helsedirektoratet, 2009; Holm, 2009; Lauritzen & Reedtz, 2012). Hjelpeapparatet har ikke hatt systemer for å avdekke om pasienter har barn, og personalet har tilsynelatende ikke vært opptatt av om den voksne pasienten har barn (Hansen, 2008; Lauritzen & Reedtz, 2012; Maybery & Reupert, 2009).

Myndighetene har derfor rettet oppmerksomheten mot identifisering og intervensjon overfor barn i disse familiene. Allerede i regjeringens strategiplan «Sammen om psykisk helse» (Regjeringen, 2003) ble det lagt vekt på tidlig intervensjon som et ledd i forebyggende hjelp, og dette ble fulgt opp som et prioritert satsningsområde i rundskriv og veileder (Helsedirektoratet, 2009, 2010).

Myndighetene knytter hensikten med identifisering av disse barna til deres utvikling: «Det er et mål å fange opp barn med rusavhengige og psykisk syke foreldre tidlig og sette inn tiltak for å hindre at barna selv utvikler problemer» (St.meld. 34 (2012-2013), s. 103). Identifisering representerer slik sett en helsefremmende faktor som kan bidra til at framtidige intervensjonsprosesser kan skje, og sikre og trygge barnets oppvekstvilkår og videre utvikling. På den måten kan identifisering sees i sammenheng med folkehelseperspektivet (Helsedirektoratet, 2009).

Målsetting og problemstilling

Målsettingen med artikkelen er å bidra med kunnskap som kan øke forståelsen for hva som kan styrke helsepersonells kompetanse i den hensikt å iden-

tifisere barns omsorgssituasjon for å vurdere om de trenger oppfølging på grunn av foreldrenes rus- og psykiske problemer.

Følgende problemstilling er lagt til grunn for artikkelen:

Hva tenker helsepersonell om hjelpeapparatets kompetanse for å lykkes med identifisering av omsorgssituasjonen til barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer?

Problemstillingen retter søkelyset mot det direkte møte som helsepersonell har med den ene eller begge foreldrene som har rus- og psykiske problemer, som er pasienter i hjelpeapparatet og som har barn under 18 år.

Det er vesentlig å presisere at begrepet identifisering handler om å identifisere barnet, men mest om identifisering av barnets omsorgssituasjon. Det vil si at det dreier seg om å kartlegge om disse barna har behov for bistand. Hvordan helsepersonell kan samarbeide med andre instanser for å identifisere barn i disse familiene er vesentlig, men dette er ikke inkludert i denne problemstillingen.

Begrepet kompetanse kan forstås som personbaserte egenskaper som innebærer kunnskaper, ferdigheter, innsikt, erfaringer og holdninger som setter personen i stand til å mestre en situasjon eller løse en oppgave innen et saksfelt (Hummelvoll, 2003). Kompetanse handler således om en faglig kvalifikasjon som det å være dyktig til noe og/eller å være i stand til noe (<http://www.nob-ordbok.uio.no>). I denne sammenhengen gjelder det å mestre, å være dyktig til og/eller være i stand til å avdekke om foreldre har barn som har behov for oppfølging.

Begrepet foreldre henviser til voksne i familien som har omsorgsoppgaver overfor barn og er derfor ikke nødvendigvis knyttet til biologiske foreldre (Helsedirektoratet, 2010). I presentasjonen av resultatene og i diskusjonen av funnene anvendes allikevel begrepene foreldre, mor og/eller far for den rollen de har som barnas omsorgspersoner.

Rus- og psykiske problemer refererer ikke til diagnoser, men må forstås i et helhetlig familieperspektiv. Det innebærer at de voksnes problemer

er av en slik art at de påvirker barnets omsorgssituasjon og belaster de følelsesmessige båndene til barnet (Hansen, 2008). Rus- og psykiske problemer refererer heller ikke til at det nødvendigvis dreier seg om begge deler, men for enkelhets skyld benyttes dette til tross for at foreldrenes problemer kan dreie seg om enten rus- eller psykiske problemer, eller begge deler.

Bakgrunn

Ifølge Folkehelseinstituttet har 450 000 (40,5 prosent) barn i Norge en eller to foreldre med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller minst én forelder som misbruker alkohol. Mange av disse foreldrene har forholdsvis milde lidelser som hovedsakelig plager foreldrene mer enn barna. 290 000 (26,5 prosent) av barn har foreldre med moderate og alvorlige psykiske lidelser og eller rusmiddelproblemer, og teller en kun de med alvorlige lidelser, er dette 135 000 (12,2 prosent) og som sannsynligvis går utover foreldrenes fungering (Torvik & Rognmo, 2011).

Forbigående lidelser påvirker barn i mindre grad, men det er grunn til å tro at mange barn sliter med foreldrenes rus- og psykiske problemer lenge før disse blir diagnostisert (Hansen, 2008). Barn som har foreldre med moderat eller alvorlig rus- og/eller psykisk lidelse har dobbelt så stor risiko for alvorlige negative utfall, eksempelvis psykiske lidelser i barndom og ungdom, mishandling, omsorgssvikt, seksuelle overgrep og tidlig død (Christoffersen & Soot-hill, 2003; Lindgaard, 2008; Torvik & Rognmo, 2011).

Oppimot 25 prosent av psykiske lidelser blant ungdom henger sammen med foreldrenes psykiske lidelser. Dette betyr at nesten åtte prosent av barn og unge i Norge utvikler psykiske lidelser på bakgrunn av genetiske og miljømessige forhold knyttet til foreldrenes psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Voksne barn av foreldre med psykisk sykdom beskriver en barndom med neglisjering, manglende ivaretagelse og ikke å bli sett eller forstått (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012).

Med andre ord, det er mange barn i Norge som lever i en omsorgssituasjon, hvor foreldrenes proble-

mer kan tilsi at barna kan ha behov for oppfølging av hjelpeapparatet.

Myndighetenes tiltak

På bakgrunn av forskning om barns belastninger i familier med rus- og psykiske problemer og hvordan dette kan påvirke deres utvikling i negativ retning (Lindgaard, 2008; Mohaupt & Duckert, 2009; Orford et al., 2005; Torvik & Rognmo, 2011), har myndighetene de siste årene iverksatt en rekke tiltak for å styrke helse- og omsorgstjenesten. Norge har som et av få land i verden gjort endringer i lovverk og retningslinjer for oppfølging og involvering av barn som pårørende (Bøckmann & Kjellevold, 2010; Lauritzen & Reedt, 2013).

Å begrepsfeste barn som pårørende i denne sammenhengen ble gjort med tanke på barnas belastninger ved at deres omsorgspersoner ikke er i stand til å dekke deres behov, eller at det er bekymring eller tvil knyttet til dette. Samtidig presiseres det at begrepet ikke henviser til barns ansvar som pårørende overfor pasienten (Gjertsen, 2013). Inntil 2010 var det ingen formaliserte systemer i voksenpsykiatrien for å registrere om pasienter hadde barn (Lauritzen & Reedt, 2012). Da helsepersonelloven ble endret i 2009, ble helsepersonell gjennom § 10a pålagt å kartlegge, å dekke det behovet for informasjon og oppfølging som barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand (Helsepersonelloven, 1999). Samtidig ble helseforetakene gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a pålagt å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell for å fremme barns interesser og for å sette arbeidet i system (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Ifølge Skogøy (2011) er det blitt oppnevnt 220 barneansvarlige på landsbasis. En undersøkelse innen psykisk helsevern viser at endringen i lovbestemmelsen og ansettelse av barneansvarlige har gitt helsepersonell økt bevissthet om barn som pårørende. Men ved inntreden av barneansvarlige føler det øvrige helsepersonell at de kan lene seg tilbake og skyve ansvaret over på de barneansvarlige (Dirdal, 2014).

I 2008 ble BarnsBeste, et nasjonalt kompetansenettverk, opprettet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet. Samtidig ansatte også flere pårørende- og veiledningssentre eget personell til å arbeide eksplisitt med barn. For å styrke helsepersonells kompetanse har henholdsvis PårørendeSenteret i Stavanger og BarnsBeste utviklet e-læringsprogrammer (<http://www.pårørendeprogrammet.no> ; <http://www.barnsbeste.no>).

Forskning og utviklingsprosjekter

Barn som pårørende har de siste årene blitt gjenstand for et økende forskningsfokus i store deler av verden. Mye av forskningen er konsentrert om hvordan foreldres rus- og psykiske problemer kan påvirke barnet (eksempelvis Haugland, 2006; Haugland et al., 2012; Hooper, Doehler, Jankowski & Tomek, 2012; Kelley et al., 2007; Niccols & Sword, 2005; Schier, Nickel, Kappis, Herke & Hardt, 2011; Sundfær, 2005), mer enn forskning om hjelpeapparatets identifisering og oppfølging av disse barna. Feltet er preget av lite systematisk forskningsbasert kunnskap om hvordan arbeidet med barn som pårørende virker (Haugland et al., 2012). Ifølge programmet for psykisk helse 2011-2015 fra Norsk forskningsråd er barn som pårørende et område preget av lite kunnskap.

Flere land, som Nederland, Canada, Storbritannia, Skottland, New Zealand og Australia, har gjennomført satsinger og utviklet nasjonale handlingsplaner for å øke kompetansen for å kunne lykkes med tidlig intervensjon. I Skandinavia startet Danmark på 90-tallet med flere utviklingsprosjekter (www.barn-i-fokus.dk) og Sverige gjennomførte flere prosjekter med skolering av helsepersonell og utvikling av tiltak (www.barnsomanhorige.se ; www.kuling.se). Siden begynnelsen av 2000-tallet har forskere i Finland vært opptatt av effekten av samtaleprogrammer i et omfattende familieprogram, Lets Talk (LT) og Family Focus Intervention (FFI) (Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki, 2010).

I Norge har Helse-Nord gjennom prosjektet Først Var redegjort for en rekke anbefalinger i henhold til implementering av lovverket, etablering av regionalt

fagnettverk og samhandlingsmodeller i spesialisthelsetjenesten og informasjon til helsepersonell og befolkningen for øvrig (Skogøy, 2011).

Til tross for myndighetenes satsninger med styrking av lovverket, opprettelse av barneansvarlige, iverksetting av opplæringsprogrammer, forskning og rapporter med anbefalinger for å ha fokus på pasienters barn, viser en studie at man ikke har lykkes i praksis med identifisering og oppfølging av barn som pårørende (Lauritzen & Reedtz, 2012). Forskning viser at helsepersonell innen psykisk helsevern for voksne oppgir at det er viktig at barna blir ivaretatt, men det gis også et anslag på at kun litt mer enn halvparten av barna blir «fanget opp» (Lauritzen & Reedtz, 2012).

Mulige forklaringer kan være lite tilpassete organisatoriske rammer som tid, ressurser, trening, støttefunksjoner og økonomiske ressurser (Lauritzen & Reedtz, 2013; Maybery & Reupert, 2009). Andre forklaringer kan være at helsepersonell ikke synes det er deres oppgave å bruke tid og ressurser på pasientenes barn, eller at de opplever at manglende kunnskap om barn gjør det vanskelig å innta et barneperspektiv (Lauritzen & Reedtz, 2012). En systematisk litteraturoversikt gjennomgang av forskningslitteratur og rapporter viser blant annet at helsepersonell i voksenpsykiatrien mener at deres manglende kunnskap og holdninger er til hinder for å utforske omsorgssituasjonen til pasienters barn (Maybery & Reupert, 2009).

Metodisk tilnærming

Studien er basert på en kvalitativ design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Hummelvoll, 2003; Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). Formålet var av eksplorerende art, ved at problemstillingen dreier seg om utforskning av helsepersonells meninger. Datainnsamlingen ble foretatt gjennom fokusgruppesamtaler.

Utvalg

Det ble først sendt ut en forespørsel til helsepersonell i landets pårørende- og veiledningssentre for familier med rus- og psykiske problemer om å delta i studien, da søknaden om finansiering av studien var

koblet til dem. Flere av sentrene viste seg å være for lite bemannet til at det var mulig å samle minst tre informanter, som ble vurdert som minste antall for å gjennomføre en fokusgruppesamtale.

Utvalget ble derfor utvidet ved at de allerede rekrutterte informantene inviterte helsepersonell fra samarbeidende virksomheter. Dette resulterte i et utvalg bestående av fem grupper med helsepersonell i pårørende- og veiledningssentre og andre virksomheter som tilhørte fire ulike geografiske områder i Norge. Det vi si at to grupper var fra Sør-Vestlandet (henholdsvis tre og fire informanter), en gruppe var fra Midt-Norge (fem informanter), en gruppe var fra Sørlandet (syv informanter) og en gruppe var fra Østlandet (tre informanter). Totalt antall informanter var 22. Inklusjonskriteriene var at de var helsepersonell som arbeidet med familier med rus- og eller psykisk problemer. Alle informantene hadde bachelorgrad i helse- eller sosialfag, spesialpedagogikk eller politiutdanning. Tre av disse var psykologer, en var stipendiat og en hadde egenerfaring med å vokse opp i familie med rus- og psykiske problemer. De fleste hadde videreutdanning, som i helse-søsterarbeid, rusproblematikk, familieterapi, psykisk helsearbeid, psykiatrisk sykepleie, mestring, kognitiv terapi, administrasjon og ledelse, psykoterapi og veiledning. Ingen var barneansvarlige. De hadde fra to og et halvt til 30 års yrkesrelatert erfaring med å arbeide med familier med rus- og psykiske problemer. Aldersspredningen var fra 34 til 62 år og med flest i alderen 40-50 år. Begge kjønn var representert, men med overvekt av kvinner. Utvalget var strategisk ved at informantene gjennom sin yrkeserfaring med deres refleksjoner kunne belyse problemstillingen på en god måte (Malterud, 2011; Thagaard, 2009). Utvalgets størrelse er ikke valgt for å foreta statistisk generalisering eller for å være representativt for sin populasjon, men for å være kunnskapsproduserende (Eriksen, 2007).

Datainnsamling og analyse

Fokusgrupper ble valgt fordi diskusjoner i slike grupper egner seg til å mobilisere assosiasjoner og fanta-

si, ved at gruppedynamikken bidrar til å skape fortellinger (Malterud, 2012). Gruppedynamikken var av interesse fordi det var ønskelig at informantene skulle berikes av hverandres bidrag. Det ble benyttet en enkel temabasert guide. Informantene ble bedt om å tenke høyt om hva de anså som viktig for å lykkes med identifisering av disse barnas omsorgssituasjon. Temaet var slik sett framtidrettet og visjonært. De ble derfor anmodet om å tenke fritt og kreativt, men også forklare hvordan deres ideer kunne bidra til økt identifisering.

Det viste seg å være komplisert for informantene å tenke framtid, som de ble bedt om. De snakket lettere i nåtid om hva som ikke fungerte, både for dem selv og andre. Det var derfor utfordrende å lede fokusgruppene og å holde fokuset på hva som var vesentlig for å lykkes i fremtiden. Konsekvensene av dette er at datamaterialet representerer framtid, men også nåtid, og heller ikke kun dem selv, men også hva informantene oppfattet som gjeldende for annet helsepersonell i tilsvarende arbeid. Dette gjenspeiles i resultatene.

Det ble gjennomført en fokusgruppesamtale med hver av de fem gruppene, som varte fra en time til en time og 40 minutter. Alle fokusgruppesamtalene ble gjennomført med to forskere på et møterom valgt av informantene og utført uten forstyrrelser. Stemningen opplevdes som avslappende. Informantene viste stort engasjement for temaet, men til tider kunne de bli påminnet tidligere praksiser som de retrospektivt vurderte som mangelfulle med hensyn til å sikre barnets omsorgssituasjon.

Det ble brukt digitale opptak, som ble detaljert transkribert for å styrke påliteligheten. Først ble det tekstliggjorte digitale opptaket lest igjennom for å danne et helhetsinntrykk av innholdet. Deretter ble materialet satt inn i mind map (Buzan, 1995) som ga en visuell oversikt over meningsbærende enheter fra alle gruppene, med deres likheter og forskjeller. Her ble materialet tematisk analysert i lys av fenomenologisk forståelse. Dette tydeliggjorde temaenes sammenheng, men også sammenhengen mellom temaene og kategoriene. Det var her at temaet kompe-

tanse utkrystalliserte seg, men også handlingslamelse.

Datamaterialet ble deretter gjenstand for en kritisk forståelse ved at de meningsbærende enhetene som formidlet varierte og konkrete historier, også ble vurdert som eventuelle uttrykk for poseringsbias eller innsmigringsbias (Malterud, 2012). Dette var vanskelig å se var gjeldende, da informantene framstod som oppriktige og lite konkurrerende. Meningsbærende enheter ble så satt sammen i kondenserte tekster. Det ble vektlagt å ivareta informantenes egen forståelse uten at utsagnene kunne relateres til den enkelte gruppen. Til slutt ble de kondenserte tekstene omskrevet til kunstige sitater med ivaretagelse av informantenes egne formuleringer for å styrke troverdigheten. Disse anvendes i presentasjonen av funnene. For å sikre validiteten, ble analyseresultatet gjennomgått med medforsker som var deltakende i fokusgruppene.

Etiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og vurdert som ikke framleggingspliktig til Regional Etisk Komite. Informantene underskrev på en samtykkeerklæring for deltakelse i studien. Her bekreftet de å ha lest og forstått informasjonsskrivet, hatt muligheten til å vurdere informasjonen, stille spørsmål og fått disse tilfredsstillende besvart. De underskrev på at de forstod at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst, uten å oppgi grunn. De samtykket også i at vi var to forskere som deltok i fokusgruppen og hadde tilgang til datamaterialet.

I begynnelsen av fokusgruppesamtalene samtykket informantene muntlig om å tie om det som ble sagt i gruppen. For å ivareta anonymiteten til familier som informantene refererte til ble disse ikke omtalt med navn eller andre sensitive data som kunne røpe deres identitet. For å sikre informantenes anonymitet ble informantene behandlet som én gruppe i analysen, i beskrivelsen av resultatet og i diskusjonsdelen. Dette viste seg å være uproblematisk fordi datamaterialet viste lite variasjon utfra informantenes profesjon, utdanning eller arbeidssted.

Resultater

Det er framtreddende i datamaterialet fra alle fokusgruppene at helsepersonellet mente at det var vesentlig å styrke kompetansen for å lykkes med identifisering av omsorgssituasjonen til barn med foreldre med rus- og psykiske problemer. Kompetansebegrepet er hentet fra deres egne utsagn. De anså det som vesentlig å styrke kompetansen med hensyn til å være mer utfordrende, ivareta relasjonen, håndtere distanse til eget foreldreskap og trene på ulike handlingsalternativer. Dette for å unngå helsepersonells manglende handlinger for å identifisere barnets omsorgssituasjon, noe som i analysen ble begrepsfestet som handlingslamelse. Framtidsdrømmen henviste til en internalisert kompetanse som framkalte det som noen kalte en automatisert ryggmargsrefleks. Funnene presenteres under.

Automatisert ryggmargsrefleks

Helsepersonellet mente at kunnskapen om barns risikosituasjon i familier med rus- og psykiske problemer og kompetansen til å utforske barnets omsorgssituasjon skulle være så integrert hos helsepersonell i hjelpeapparatet at den utløste det som enkelte begrepsfestet som en automatisert ryggmargsrefleks. Dette forklarte de med at når helsepersonell møtte foreldre med rus- og psykiske problemer, eller var bekymret for barnas omsorgssituasjon på grunn av forelderens problemer, skulle helsepersonellet med sin integrerte kompetanse umiddelbart iverksette handlinger rettet mot barnets ve og vel, fordi de visste «automatisk» hva de skulle gjøre.

«I min drømmeverden skulle det utløses en automatisert ryggmargsrefleks, en innarbeidet refleks som en forståelse i hjelpeapparatet om når det er rus eller psykisk lidelse i en familie, så har de en bevissthet og et fokus på barnet og de vet hva de skal gjøre.»

Være mer utfordrende

Helsepersonell mente at det var viktig med en kompetanse som styrket dem til å gripe fatt i den uroen som en kunne føle overfor barnets omsorgssitua-

sjon i møte med foreldrene. De var opptatt av å kunne håndtere den uroen de kunne oppleve, gjenkjenne den og vite hvordan ta utgangspunkt i den for å avdekke barnets virkelige omsorgssituasjon. Særlig gjaldt dette når foreldrene ikke bekreftet helsepersonellens antakelser om en mangelfull omsorgssituasjon eller at barnet ikke viste tegn på symptomer. Foreldrenes motstand kunne oppleves som et hinder for å utforske mer og resultere i en handlingslammelse.

«Vi må tørre å være mer utfordrende, mer direkte i samtale med mor og far, men også overfor det enkelte barnet. Selv om den som ruser seg eller har psykiske problemer ofte har «veto- rett» på å definere om rusen eller de psykiske problemene har negative konsekvenser for barnet eller ikke, eller at barnet selv ikke viser noen negative tegn, må vi være i stand til å undersøke videre hvordan barnet egentlig har det, når vi føler denne uroen.»

Bevare relasjonen

En av begrunnelsene for at helsepersonellet mente at det kunne være vanskelig å ta fatt i egen uro var ønsket om å bevare relasjonen til mor og/eller far. Det handlet om å vise respekt for foreldrenes grenser og at foreldrene skulle oppleve det godt å være hos dem. De sa at det å være for utfordrende i forhold til hva som ble tolket som mors eller fars komfortsone, kunne resultere i at foreldrene brøt kontakten. På den måten oppsto en handlingslammelse imot å kartlegge barnets omsorgssituasjon.

«Vi er jo også redde for å ødelegge relasjonen til den voksne, vi vil jo ikke trø over, handler jo om å vise respekt. Vi vil jo at mor og far skal ha det godt hos oss og komme tilbake.»

Distanse til eget foreldreskap

Helsepersonell la også vekt på viktigheten av å mestre å forholde seg til egen sårbarhet til foreldreskap, å tåle å utforske foreldrenes manglende håndtering av foreldreskap og de negative følger dette kunne ha for barnets omsorgssituasjon. Det handlet om

at morskap og farskap lå tett inntil eget liv og at det kunne være vanskelig å tåle at barn hadde det vondt, noe som kunne bidra til en handlingslammelse for å kartlegge barnets omsorgssituasjon.

«Vi må klare å ta vår egen uro på alvor, for det handler om å håndtere vår egen sårhet til det å være foreldre, tåle at barn har det vondt. Jeg tror verken de eller vi vil snakke om det, for det er så vondt.»

Trene på ulike handlingsalternativer

Samtidig pekte helsepersonellet på nødvendigheten av mer kompetanse. De mente at det i bachelorutdanningene måtte undervises mer om barn som pårørende, samtidig som de la vekt på kompetanse som utviklet praktikernes ferdigheter i deres daglige arbeid. De framstod som engasjerte mennesker som mente at det var behov for å trene på situasjoner som kunne oppleves som ubehagelige og teste ut måter å utforske barnets omsorgssituasjon på.

Hensikten var å utveksle erfaringer og trene på alternative handlingsformer, og ikke minst for å finne et språk for det som opplevdes som vanskelig å snakke om. Det gjaldt å få kompetanse for å omforme handlingslammelsen til handlingskraft.

«Det er ikke mangel på engasjement, men det er vanskelig å vite hva en skal si. Vi må ha mulighet for å rollespille, trene på den situasjonen som vi skal i, eller bruke den vi har vært i. Da kan vi trene på ulike innfallsvinkler for hvordan vi kan gjøre det, slik at vi kommer over den barrieren det er å si til foreldrene at en er bekymret. Vi har jo ikke et språk for dette. Hvordan skal vi spørre? Det viser seg jo ved at vi ikke klarer dette med venner og kolleger når vi er bekymret, så hvordan skal vi klare det i jobbsammenheng?»

Diskusjon

Resultatene viser at helsepersonellet mente at det er behov for å styrke kompetansen til helsepersonell i hjelpeapparatet for å lykkes med å identifisere omsorgssituasjonen til barn med foreldre med rus-

og psykiske problemer. Dette stemmer overens med konklusjoner i annen forskning (Lauritzen & Reedtz, 2012; Maybery & Reupert, 2009). Resultatene vitner om ulike beveggrunner for helsepersonells manglende handlinger, som kan bidra til å forstå hvilken kompetanse det er viktig å styrke.

Handlingslammelse

Resultatet fra denne studien bekrefter annen forskning som viser til helsepersonells manglende handlinger, eller handlingslammelse. Selv om helsepersonell er i posisjon til å identifisere hvilke konsekvenser foreldres problematiske bruk av rusmidler har på barna, håndterer de ikke situasjonen med tanke på barnets ve og vel (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2013; Wiechelt & Okundaye, 2012). Hansen (2008) har også vært opptatt av de profesjonelles manglende handlinger overfor disse barna. Hun omtaler de profesjonelle som «de feige» idet de ikke etterlyser barnas omsorgssituasjon i familiene.

En måte å forstå helsepersonellens handlingslammelse på, er å se at barnets og forelderens strategier kan hindre dem i å avdekke barnets virkelige omsorgssituasjon. Forskning viser at det kan være utfordrende for hjelpeapparatet å identifisere barn i familier hvor det er et kjent rusproblem, særlig når barnet ikke viser tegn til mistilpasning (SIRUS, 2006). Barnets tegn og symptomer kan være kompliserte å tolke fordi barna kan opptre som urolige, aggressive, pliktoppfyllende og lydige.

Utfordringen for helsepersonell ligger i å avdekke om dette er en mestringsstrategi som barnet har til egnet seg og om de likevel har behov for avlastning (Killén, 2012; SIRUS, 2006). Barnets eventuelle tilpasning kan også mistolkes av foreldrene, som om at barnet er upåvirket, noe som foreldre kan formidle til helsepersonellet. Samtidig kan slike utsagn fra foreldrene være deres strategier for å unngå det som er følelsesmessig belastende for dem. Benektelse er en av fire kjente beskyttelsesstrategier, som dreier seg om å slippe å bli oppmerksom på uheldige konsekvenser av personers rusproblemer (Miller & Rollnick, 1991).

En annen måte å forstå helsepersonellens handlingslammelse på er å se at barrieren for å utforske barnets omsorgssituasjon kan ligge hos helsepersonellet selv. For det første kan dette dreie seg om ulike mekanismer for å slippe å se. Killén (2012) kaller dette for de profesjonelles overlevelsestrategier, overidentifisering med foreldrene, bagatellisering, rasjonalisering, distansering, projisering og problemforflytting. Hun skriver (2012, s. 14): «Ved overidentifisering tillegges foreldrene flere positive egenskaper enn de har. Overidentifisering hindrer oss i å se realitetene for derved å kunne gripe inn når det er nødvendig.»

Helsepersonell identifiserer seg med foreldrene og ønsker ikke å bidra til at de får det vanskeligere enn de allerede har det eller skape skyldfølelse (Grimsgaard, 2008). Overidentifiseringen kan føre til en rasjonalisering og bortforklaring av barnets reelle omsorgssituasjon. For det andre kan det handle om helsepersonellens håndtering av «egen sårbarhet til foreldreskap og tåle at barn har det vondt», som også er kjent i annen forskning (Grimsgaard, 2008; Meybury & Reupert, 2009). En mulig forklaring kan ligge i tematikkens nærhet til eget liv. Flere av helsepersonellet i denne studien var selv foreldre. Forestillingen om den gode mor og foreldreskap kan i møte med omsorgssvikt bli utfordret. Men det kan også dreie seg om egne uinnfridde forventninger til foreldrerollen, eller om egne negative ubearbejdede barndomserfaringer. Forskning viser at helsearbeidere bruker seg selv og sitt liv som referanseramme (Grimsgaard, 2008). De tillegger egne foreldrerfaringer stor betydning og benytter dem som faglig bakgrunn i samhandlingen med disse foreldrene. De mener at dette gjør det enklere for dem å forstå foreldrene. Faren ved en slik overidentifiserende posisjon er at barnets omsorgssituasjon bagatelliseres og en distanserer seg fra barnets virkelige omsorgssituasjon, som kan være sårbar, preget av angst og lidelse (Killén, 2012).

Handlingslammelsen kan også ses i sammenheng med at helsepersonellet var opptatt av at foreldre skulle ha en god opplevelse sammen med dem, «vi vil jo at mor og far skal ha det godt hos oss». Uroen for å

ødelegge eller forstyrre relasjonen til mor eller far er også tematisert i annen forskning (Grimsgaard, 2008; Maybery & Reupert, 2006). En undersøkelse viser at helsearbeidere som snakket med mødre med psykiske problemer om barnas omsorgssituasjon mente at slike samtaler skjedde best innenfor rammen av en allianse (Grimsgaard, 2008). Relasjonen ble definert som alfa og omega. Samtidig ble den også oppfattet som skjør, særlig når barna ble et tema som foreldrene kunne oppleve som mistillit. Relasjonens skjørhet ble også satt på prøve, da helsearbeidernes syn på morsrollen var noe gammeldags og idyllisert, og samsvarer ikke med mødrenes syn på morsrollen (Grimsgaard, 2008).

Annen forskning viser at helsepersonell kan oppleve det å snakke om barna som å involvere seg i en interessekonflikt, der de tar barnas parti mot de voksne (Halsa, 2008; Jørgensen & Sør Dahl, 2008; Knibe, Aashamar & van der Meijde, 2006). Helsepersonellens manglende utfordring av relasjonen i denne studien kan også dreie seg om at det er emosjonelt behagelig å være den gode hjelperen. Noe som kan forstås som en konsekvens av å betrakte arbeidet som bare godt (Ylvisaker, 2014). Eller det kan handle om at helsepersonellens arbeid i disse yrkene er knyttet til «(...) ubehaget i velferdsstaten som følger med å skulle operere i skjæringsfeltet mellom hjelp og kontroll, mellom fri setting og disiplin.» (Erichsen, 2002, s. 10).

Det å være kontrollør bryter med ideen om å være den «gode» hjelperen overfor foreldre som allerede har problemer. I Svenssons (2006) studie om sosialarbeidere, kommer også ønsket fram om å være den gode hjelperen og avmektigheten ved å utfordre den skjøre relasjonen. Samtidig kan forskning tyde på at helsepersonellet godt kan være mer utfordrende enn de selv tror. Uggerhøys (1995) avhandling om utsatte familier som var i kontakt med hjelpeapparatet og hvor barnas omsorgssituasjon ble vurdert, viser at foreldrene følte seg ivaretatt når personellet viste medmenneskelighet, forutsigbarhet og ærlighet uavhengig av utfallet i omsorgsvurderingen. På bakgrunn av dette er det nærliggende å spørre om helsepersonellens handlingslammelse dreier seg mer om å

skjerme egen sårbarhet, enn relasjonen til foreldrene?

Den handlingslammelsen som kunne oppstå ved helsepersonells manglende språk for å snakke om rus- og psykiske problemer er gjenkjennelig i forskning som viser til at dette er problemer som er preget av tabu i Norge så vel som i Skandinavia (Halsa, 2008; Hansen, 2008; Lossius, 2011; Mevik & Trymbo, 2002; Trembacz, 2009). Tabuet og privatiseringen skaper barrierer mot å snakke om problemene, både for dem som opplever skammen og for helsepersonell i hjelpeapparatet. Tabuene bidrar til hemmeliggjøring, noe som resulterer i at det blir vanskeligere å finne et naturlig språk (Hansen, 2008).

Mer kompetanse

Funnene viser at helsepersonellet etterlyste kompetanse som kunne bidra til det å være mer utfordrende, mer direkte i samtale med mor og far. For det første mente de at det var nødvendig med mer undervisning om barn som pårørende og rus- og psykiske problemer i relevante utdanninger. Videre mente de at iverksetting av workshops på arbeidsplassen var viktig.

Men hvordan kan vi forstå at helsepersonell, hvor de fleste hadde helse- og sosialfaglig bachelorutdanning og ytterligere utdanning, mener at det er behov for mer kompetanse for å klare å omdanne handlingslammelsen til handlingskraft? I denne sammenhengen er det viktig å presisere at informantene ikke uttalte seg bare på vegne av seg selv, men også på vegne av det de tolket som behov i feltet.

Til dette kan en spørre: Er det undervisningen på utdanningene som er mangelfull? Eller kan dette ses i sammenheng med at helsepersonell i hjelpeapparatet generelt representerer flere og ulike utdanninger? Slik som i denne studien hvor helsepersonellet hadde helse- og sosialfaglig, pedagogisk- og politiutdanning. Felles for disse utdanningene som på en eller annen måte er velferdsrelaterte er at «relasjonen til bruker og pasient» er et sentralt undervisningstema. Emnene «barn som pårørende» og «rus- og psykiske problemer» innen disse utdanningene tematisere

res med variasjoner i omfang og innhold. Kan handlingslammelsen handle om for lite undervisning i disse temaene i utdanningene? Eller at en glemmer eller tror at disse relasjonene med foreldre som har rus- og psykiske problemer krever annen kompetanse enn den en har tilegnet seg?

Funnene kan tyde på at det er for lite undervisning, men også at det er annerledes å anvende kunnskapen i det virkelige møtet med foreldrene, hvor man blir utfordret på så mange vis. I så fall er det ikke nok å styrke utdanningene.

Helsepersonellet i denne studien mente det var vesentlig med workshops i feltet for å trene på handlingsalternativer i praksis. De mente rollespill var en god arena til å trene på å være mer utfordrende i å utforske barnets omsorgssituasjon ved å håndtere foreldrenes og barnets strategier, relasjonen til foreldrene uten overidentifisering, finne de gode formuleringer for å kunne stille gode spørsmål og komme i dialog med mor, far og ikke minst til barnet.

Rollespill er en form for ferdighetstrening som gir mulighet til gjentakende øvelser for å utvikle praktisk kompetanse som integrerer kunnskap, ferdigheter, innsikt, erfaringer og holdninger og utvikler deltakerne til profesjonelle utøvere på deres egen personlige måte (Røknes & Hanssen, 2010). Det handler om en kompetanse som bidrar til at helsepersonell kan møte foreldrenes nedsatte omsorgsfunksjon som et legitimt symptom ved psykiske lidelser (Bøckmann & Kjellevoid, 2010), men også ved rusproblemer.

Samlet viser funnene at helsepersonell mener at helsepersonell ikke har den kompetansen som trengs for å iverksette myndighetenes pålegg om å kartlegge barns omsorgssituasjon i familier med rus- og psykisk problemer. Det vil si det samme som at de virksomhetene som har dette ansvaret ikke har tatt konsekvensen av hva iverksetting av lovverk og retninglinjer krever av helsepersonells kompetanse.

Metodologiske refleksjoner

Det må anses som en styrke at studien har et forholdsvis omfattende datamateriale der informante-

ne var helsepersonell som daglig arbeidet med identifisering av barn med foreldre med rus- og psykiske problemer. Videre ved at helsepersonellet ikke bare uttalte seg på vegne av seg selv, men også på vegne av andre som hadde tilsvarende arbeidsoppgaver i hjelpeapparatet. Samtidig kan annenhåndsinformasjon være usikker på grunn av informantenes egne fortolkninger, men ved bruk av fokusgruppen er utsagnenes validitet søkt styrket.

Utvalget ble rekruttert på to måter, gjennom forskerne og gjennom de rekrutterte informantene. Forskerne fikk derfor ikke kontroll over deler av utvalgets virksomhets- og profesjonstilhørighet. Utvalget er derfor ikke representativt fordelt i henhold til informantenes virksomhets- og profesjonstilhørighet. Retrospektivt er det vanskelig å se at dette kan ha påvirket resultatet negativt.

Studiens overføringsverdi er prøvd styrket ved at det er lagt vekt på å anvende informantenes egne utsagn (Thagaard, 2009).

Konklusjon

Funnene vitner om at selv om myndighetene har satt fokus på barn som pårørende av foreldre med rus- og psykiske problemer ved å pålegge helsepersonell å kartlegge barns omsorgssituasjon og opprette stillinger som barneansvarlige og BarnsBeste, så er ikke dette nok. Derfor er det viktig at myndighetene tar ytterligere ansvar, ved å satse på at helsepersonell får det kompetanseløftet som de mener trengs. I den sammenhengen bør det øremerkes midler til virksomheter som arbeider med foreldre med rus- og psykiske problemer, gjeldende for store virksomheter som helseforetakene til mindre ideelle organisasjoner slik at ledelsen på disse arbeidsplassene har økonomi til å ta sitt ansvar.

Videre bør utdanningsinstitusjonene innen både helse- og sosialfag, men også andre utdanninger hvor barn er tema, undervise mer i temaene barn som pårørende, rus og psykisk helse.

Funnene bekrefter annen forskning om helsepersonells behov for styrket kompetanse. De trenger kompetanse som kan resultere i at handlings-

lammelsen erstattes med handlingskraft. Det er all grunn til å ta funnene på alvor, fordi informantene i denne studien var faglig engasjert helsepersonell med lang utdannelse og fartstid innen feltet. Det er ikke gitt at et kompetanseløft vil resultere i en «automatisert ryggmargsrefleks» som enkelte så som sin framtidsdrøm. Hvis helsepersonell i større grad mestrer handlingslammelsen, kan det resultere i at flere av barna blir identifisert og får oppfølging slik at de selv ikke utvikler helseproblemer. Det er godt forebyggende arbeid.

Implikasjoner for praksis og forskning

Funnene viser behovet for et kompetanseløft som utvikler helsepersonells handlingskraft. Her må virk-

somhetsledelsen ta ansvar og tilrettelegge for at tidsbruken er legitim og prioritert på arbeidsplassen. Dette kan følges opp av følgeforskning, hvor kompetansen implementeres i virksomheten som en del av iverksetting og gjennomføring av kompetanseløftet, og hvor en samtidig og etterpå får muligheten til å forske på resultatet av intervensjonen.

Denne studien har fokus på helsepersonells meninger om hjelpeapparatets kompetanse for å lykkes med identifisering av barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer. Oppfølgingsstudier kan rette fokus mot foreldrene og barn av foreldre med rus- og psykiske problemer og spørre dem om det samme.

SUMMARY

This article focuses on health practitioners' understanding of what kinds of competence are necessary to improve for successfully identifying the care conditions of children with parents with mental and/or drug/alcohol-related problems.

The study applied a qualitative design with five focus groups formed from a sample of health practitioners in informal caregiver and support centers, as well as cooperative health practitioners, from four different areas in Norway.

Results indicate that, to expertly investigate children's care conditions, health practitioners must improve their competence in terms of managing; parents' and children's strategies, the relation to parent, their own identification to the parents' situation, and articulating taboos.

Authorities, health and social organizations, and educational institutions must contribute to improving practitioners' competence, to strengthen their ability to act.

Key words: *Children, parents with mental and/or drug/alcohol problems, care situation, identifying, health practitioners.*

REFERANSER

- Buzan, Tony.** (1995). *The mind map book*. London: BBC.
- Bøckmann, Kari & Alice Kjellevoid.** (2010). *Pårørende i helsetjenesten, en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christoffersen, Mogens Nygaard & Keith Soothill.** (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. I *Journal of substance abuse treatment*. Sept. Vol 25(2). 107-116.
- Dirdal, Anette.** (2014). «Vi er enda i startgropen», en kvalitativ studie av helsepersonells tanker og erfaringer med lovbestemmelsen for barn som pårørende i psykisk helsevern. Masteroppgave i helsevitenskap, Universitetet i Stavanger, Samfunnsvitenskapelig fakultet. Institutt for helsefag.
- Erichsen, Vibeke** (2002). Nye fagligheter. Det sosiale i forandring. I Svein Michelsen & Tor Halvorsen (Red.). *Faglige forbindelser. Profesjonsutdanning og kunnskapspolitikk etter høgskolereformen*. (s. 105-175). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen, Rita Elisabeth.** (2007). *Hverdagen som langtidsklient; mestring i et brukermedvirkningsperspektiv*. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Gjertsen, Per-Åge.** (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Grimsgaard, Cathrine.** (2008). *Jeg vet du bare vil det beste for barna dine*. Masteroppgave i profesjonsetikk. Det teologiske fakultet. Oslo: UiO.
- Halsa, Astrid.** (2008). «Mamma med nerver». En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager. Dr. Polit. avhandling. Trondheim: NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Hansen, Frid.** (2008). Feige hjelpere og glemte barn, rus og familieliv. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 45 (1). 1266-1267.
- Hansen, Frid.** (2013). Slått til riddar for familieperspektivet, Ingen rusmisbruker er ei øy. Intervju med Frid Hansen. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 50(10). 1016-1023.
- Haugland, Bente Storm Mowatt.** (2006). Barn som omsorgsgivere. Adaptiv versus destruktiv parentifisering. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 43(3). 211-220.
- Haugland, Bente Storm Mowatt, Borgunn Ytterhus & Kari Dyregrov.** (2012). *Barn som pårørende*. Otta: Abstrakt forlag.
- Helsedirektoratet.** (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv IS-05/2010) Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet.** (2009). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. (IS-1742) Oslo: Helsedirektoratet.
- Regjeringen.** (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Departementene.
- Helsepersonelloven.** (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, Hilde E.** (2009). Barn med foreldre som ruser seg. I *Skolepsykologi, tidsskrift for pedagogisk-psykologisk tjeneste*. nr. 3.3-9.
- Hooper, Lisa M., Kirsten Doehler, Peter J. Jankowski & Sara E. Tomek.** (2012). Patterns of Self-Reported Alcohol use, Depressive Symptoms, and Body mass Index in a Family Sample: The Buffering Effect of Parentification. I *The Family Journal* April Vol. 20 (2). 164-178.
- Houlihan, Daniel, Danika Sharek & Agnes Higgins.** (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem: an assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. I *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. April. Vol 20 (4). 287-295.
- Hummelvoll, Jan Kåre.** (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, Brit & Marit Sjørdahl.** (2008). *Mellom idealer og realiteter. Helhet og hjelp til barnefamilier med foreldre med psykiske lidelser*. Oslo: Nic Waals Institutt. Lovisenberg diakonale sykehus.
- Kelley, Michelle L, Alexis French, Kaitlin Bountress, Heather A. Keefe, Valerie Schroeder, Kate Steer, William Fals-Stewart, & Leslie Gumienny.** (2007). Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. I *Addictive Behavior* April. Vol 32 (4). 675-685.
- Killén, Kari.** (2012). Hvorfor har vi så store vanskeligheter med å se barnemishandling og ta ansvar? I *Paidos, tidsskrift for norsk barnelegeforening*. 13 (1). 14-15.
- Knibe, Sissel, Anne Aashamar & Marian van der Meijde.** (2006). Og barna har det bra? I *Sykepleien*. nr. 7.
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann.** (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lauritzen, Camilla & Charlotte Reedtz.** (2013). Support for children of service users in Norway. I *Mental Health Practice*. Vol 16. 12-18.
- Lauritzen, Camilla & Charlotte Reedtz.** (2012). *Vi kan ikke hjelpe usynlige barn*. Lastet ned januar 2014. (<http://www.sorlandet-sykehus.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/kunnskap/fagartikler/Sider/vi-kan-ikke-hjelpe-usynlige-barn-lauritzenreedtz.aspx>)

- Lindgaard, Helle.** (2008). *Afhængighed og relationer. De pårørendes perspektiv.* Center for rusmiddelforskning. Aarhus: Aarhus Universitet.
- Lossius, Kari.** (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, Kirsti.** (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, Kirsti.** (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Maybery, Darryl & Andrea Reupert.** (2009). Parental Mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. I *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing.* Vol 16. 784-791.
- Meld. St. 34.** (2012–2013). *Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29.** (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mevik, Kate & Bjørg Eva Trymbo.** (2002). *Når foreldre er psykisk syke.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Miller R. William & Gary S. Rollnick.** (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.
- Mohaupt, Henning & Fanny Duckert.** (2009). *Barn av rusmiddelmissbrukere. En kunnskapsoppsummering.* Korfor-rapport 01.
- Niccols, Alison & Wendy Sword.** (2005). «New Choices» for substance-using mothers and their children: preliminary evaluation. I *Journal of Substance Use.* Vol 10 (4). 239-251.
- Orford, Jim, Natera Guillermina, Alex Copello, Carol Atkinson, Marcela Tiburgio, Richard Velleman, Ian Crundall, Jazmin Mora, Lorna Templeton & Gwen Walley.** (2005). *Coping with Alcohol and Drug Problems: The experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures.* London: Taylor and Francis.
- Schier, Katarzyna, Ulrich T. Egle, Ralf Nickel, Bernd Kappis, Max Herke & Jochen Hardt.** (2011). Emotional childhood parentification and mental disorders in adulthood. Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter. I *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 61(8). 364-371.
- Røknes, Odd Harald & Per-Halvard Hanssen.** (2012). *Bære eller briste, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* Bergen: Fagbokforlaget.
- SIRUS.** (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.* Oslo: SIRUS-rapport.
- Skogøy, Eva B.** (2011). *Barn som pårørende.* Sluttrapport og anbefalinger for videre oppfølging. Helse Nord.
- Spesialisthelsetjenesteloven.** (1999). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Solantaus, Tytti E., Juulia Paavonen, Sini Toikka & Raija-Leena Punamäki.** (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. I *European Child & Adolescent Psychiatry.* December .Vol 19(12). 883-982.
- Sundfær, Aase.** (2005). «Bill. merk Hemmelig» Hemmeligholdelse som strategi i familier med rusproblemer. I *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* Nr. 2.
- Svensson, Kerstin.** (2006). *Exploring knowledge in social Work – Theoretical Models in Practice.* Paper presentert på IASSW Conference Global Social Work.
- Thagaard, Tove.** (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Torvik, Fartein A. & Kamilla Rognumo.** (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk; omfang og konsekvenser.* Rapport nr. 4. Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Trembacz, Birgit.** (2009). *Vokset opp med alkoholproblemer. Barndom og voksenliv, konsekvenser, motstandskraft og frigjørelse.* Dansk psykologisk forlag.
- Polit Denise F. & Cheryl Tanano Beck.** (2008). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins (8th ed).
- Uggerhøj, Lars.** (1995). *Hjælp eller afhængighed: en kvalitativ undersøgelse af samarbejde og kommunikation mellem truede familier og socialforvaltningen.* Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Wiechelt, Shelly A. & Joshua N. Okundaye.** (2012). Working with Children of Parents with Substance Use Disorder: Evaluation of a Course Module. I *Journal of Social Work Education,* Winter. Vol 48(1). 93-103.
- Ylvisaker, Signe.** (2014). *Godhetens makt og avmakt.* I Anbjørg Ohnstad, Marianne Rugkåsa & Signe Ylvisaker (Red.). *Ubehaget i sosialt arbeid.* Oslo: Gyldendal Akademiske.