

Når foreldre ruser seg – Tidlig intervensjon på helsestasjonen



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Master i helsevitenskap
Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Helene Dahlseng Røsbak

Veileder: Førsteamanuensis Trond Erik Grønnestad

25.mai 2019

**MASTER I HELSEVITENSKAP
MASTEROPPGAVE**

SEMESTER: VÅR 2019

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Helene Dahlseng Røsbak
VEILEDER: Førsteamanuensis: Trond Erik Grønnestad

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Når foreldre ruser seg – Tidlig intervensjon på helsestasjonen

Engelsk tittel: Substance abuse among parents – early intervention in public health service.

EMNEORD: Tidlig intervensjon, barn som pårørende, foreldre og rusmiddelmisbruk, helsestasjon, helsesykepleier, kartlegging av rusvaner, fenomenologisk-hermeneutisk design.

ANTALL SIDER: 77

Stavanger 25.mai 2019

Forord

Oppgaven har resultert i timer med fortvilelse og frustrasjon, men også glede, læring og inspirasjon. Jeg håper at jeg med denne oppgaven kan bidra både til inspirasjon og med ideer for videre forskning og undersøkelser. På samme måte har jeg et håp om at jeg har inspirert helsesykepleierne som deltok til å fortsette det gode arbeidet med å identifisere og intervenere. Og at resultatene kan motivere til å fokusere på temaet i enda større grad. Den gode jobben de gjør er uunnværlig! Studien jeg har foretatt har satt meg inn i en arbeidshverdag som virker for omfattende til å gjennomgå alt de kanskje skulle ønske.

Jeg vil rette en stor takk til alle som har bidratt på sin måte. Uten deres tålmodighet, oppløftende og motiverende ord og forståelse hadde ikke dette vært mulig. Tusen takk til min kjære ektemann og min to små barn, for deres tålmodighet! Takk til veileder Trond Erik Grønnestad, du veileder og motiverer på en inspirerende måte. Sist men ikke minst vil jeg takke helsesykepleierne som deltok som informanter. Dere bidro med datamaterialet som sørget for at jeg kunne skrive denne oppgaven. Tusen takk for at dere tok dere tid til å delta i studien i en ellers så travel arbeidshverdag.

Stavanger 25. Mai 2019.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	6
Abstract	7
1.0 Innledning	8
1.1 Presentasjon av tema	8
1.2 Litteratursøk	9
1.3 Målsetting	11
1.4 Problemstilling	11
1.5 Avgrensning og begrepsavklaring	11
1.6 Oppgavens oppbygning	13
2.0 Teoretisk fundament	14
2.1 Rusmiddelbruk i Norge	14
2.1.1 Alkohol.....	15
2.1.2 Narkotika	15
2.1.3 Vanedannende legemidler	16
2.2 Foreldres rusmisbruk og dets påvirkning på barnet	16
2.3 Samspill mellom foreldre og barn	19
2.4 Tidlig intervensjon	20
2.5 Hva definerer risikofylt rusbruk?	21
2.6 Risiko- og beskyttende faktorer	24
2.7 Helsepersonellens rolle overfor barn som pårørende	25
2.8 Kommunikasjon og samhandling	27
2.9 Lover og kompetanseheving	27
2.10 Tverrfaglig samarbeid	28
3.0 Metode	30
3.1 Valg av metode	30
3.2 Design og datainnsamling	31
3.3 Utvalg	32
3.4 Rekruttering	33
3.5 Intervjuguide	34
3.6 Gjennomføring av intervju	34
3.7 Transkribering av intervju	36
3.8 Dataanalyse	37
3.8.1 Den naive lesingen.....	38
3.8.2 Den strukturelle analysen	38
3.8.3 Den helhetlige forståelsen.....	40
3.9 Kvalitetskriterier for studien	40
3.9.1 Reliabilitet	41
3.9.2 Validitet	41
3.9.3 Generaliserbarhet.....	41
3.10 Forskningsetiske vurderinger	42
3.11 Forforståelse	43
4.0 Presentasjon av funn	44

4.1 Utfordringer helsesykepleierne står overfor	44
4.1.1 Frykt for å skape mistillit.....	44
4.1.2 Dobbelrolle	47
4.1.3 Kulturforskjeller	47
4.1.4 Mangel på retningslinjer	48
4.2 Avgjørende faktorer for å oppdage usunt rusbruk	49
4.2.1 Stressfaktorer	49
4.2.2 Dårlig samspill.....	50
4.2.3 Manglede oppmøte	52
4.3 Hva kunne gjort situasjonen bedre?.....	53
4.3.1 Kurs	53
4.3.2 Stille de riktige spørsmålene til riktig tid.....	53
4.3.3 Økt tverrfaglig samarbeid	56
5.0 Diskusjon	58
6.0 Kritisk tilbakeblikk på studien.....	66
7.0 Forslag til videre forskning	67
8.0 Konklusjon	68
9.0 Litteraturliste	69
10.0 Vedlegg	74
10.1 Intervjuguide	74
10.2 Forespørsel om deltakelse i prosjekt i forbindelse med masteroppgave.....	76

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er tidlig intervensjon på helsestasjonen hos foreldre som misbruker rus.

Målet var å kartlegge hvilken betydning rutiner og kompetanse på helsestasjonen har for å kunne oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig.

Hensikten og det overordnede målet for studien ble sammenfattet på **bakgrunn** av hvilke konsekvenser barnet kan få av å vokse opp med foreldre som misbruker rusmidler. I og med at helsestasjonen er institusjonen som møter foreldrene og deres barn tidlig i livet, ble helsestasjonen ansett som en viktig arena for å se situasjonen og til å handle deretter.

Oppgavens problemstilling: *”Hvilken betydning har rutiner og kompetanse for at helsestasjonen skal kunne oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig?”*. Det er også formulert tre forskningsspørsmål.

Metoden er bygget på en kvalitativ tilnærming med fenomenologisk-hermeneutisk design. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av to ulike fokusgrupper i ulike kommuner, hvor i alt syv helsesykepleiere deltok.

Kort om funn: Til tross for vilje, forståelse og jevnlig tilførsel av kunnskap uttrykkes det at kompetansen og rutineene ikke er tilstrekkelige for å kunne oppdage rusmisbruk tidligst mulig.

Nøkkelord: Tidlig intervensjon, barn som pårørende, foreldre og rusmiddelmisbruk, helsestasjon, helsesykepleier, kartlegging av rusvaner, fenomenologisk-hermeneutisk design.

Abstract

The subject of this thesis is early intervention on parents abusing drugs at public health centers.

The purpose was to map the effect of routines and competencies at norwegian public health centers on detecting substance abuse among parents at an early stage. With regard to the consequences it has on the children being exposed to such conditions. The norwegian public health clinics encounters parents and their children at an early stage of childhood. thus making it an important contributor to revealing substance abuse among parents.

Research question: "What significance do routines and expertise have in detecting substance abuse among parents at the earliest possible stage?"

The methodology is qualitative, using fenomenologic-hermeneutical design. Data was collected through interviewing two different focus groups from different municipalities. Seven public health nurses participated.

Significant findings: The routines and expertise of public health nurses may not be sufficient to detect substance abuse at the earliest possible stage. This despite the professional understanding and level of knowlegde among the participants.

Key words: Early intervention, child outcomes, parental substance abuse, public health center, public health nurse, fenomenologic-hermeneutical design.

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Foreldres rusbruk kan ha store konsekvenser for barnet med hensyn til utvikling av egne rusproblemer, psykiske problemer, samspillet med foreldre, atferd og sosiale problemer (Hansen og Jacobsen, 2008). Foreldre med rusproblemer kan ha vanskelig for å fylle rollen som foreldre. Det å være oppmerksom og sensitiv overfor barnet kan være problematisk (Sundfær, 2012). Det er vanskelig å anslå nøyaktig hvor mange barn som har det vanskelig på bakgrunn av foreldrenes rusbruk. Skillet mellom vanlig forbruk, misbruk og avhengighet har utydelige skiller, noe som gjør det vanskeligere å kategorisere hvilke barn som lever i familier hvor de emosjonelle båndene og fungering i hverdagen er svekket på grunn av foreldres rusbruk (Brandt & Grenvik, 2010). SIRUS (Rossow, Moan, & Natvig, 2009) anslår at mellom 50 000 – 150 000 barn lever i en familiesituasjon hvor én eller begge foreldrene ruser seg. Folkehelseinstituttet (Torvik & Rognum, 2011) anslår at 1 av 10 barn lever i familier hvor mor eller far ruser seg eller har psykiske problemer, det betyr at 135 000 barn som lever i en risikofull familiesituasjon. 50 000 av disse barna er under tiltak fra barnevernet, mens resten har ikke blitt fanget opp (ibid.).

I januar 2010 ble §10a inkludert i helsepersonelloven (2010). Helsepersonelloven §10a (2010) skal sikre at barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, somatisk sykdom eller skade skal få dekke behovet av informasjon og nødvendig oppfølging. Videre er helsepersonell pliktige til å dekke disse behovene (Helsepersonelloven, 2010, §10a). Formålet med endringen var at barn som pårørende skulle bli fanget opp tidligere enn før. (Helsedirektoratet, 2010).

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten står i en unik posisjon til å oppdage og kartlegge foreldres rusvaner, og til å anslå om rusvanene påvirker barnet i negativ forstand (Henriksen, 2012). Likevel er det slik at helsesykepleiere vegrer seg for å stille spørsmål ved rusvanene til foreldrene (Helsedirektoratet, 2010). Begrunnelsen for dette er at symptomene ofte er vage og diffuse (ibid.). Offentlige retningslinjer og

anbefalinger sier at det er viktig å se nærmere på problematikken. Dessuten taler det empiriske grunnlaget for at det er skadelig å vokse opp i en relasjon med risikofull rusmisbruk.

1.2 Litteratursøk

I søken etter forskning relevant for tema og problemstilling benyttet jeg meg av nettsteder som Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet, KORFOR, SIRUS, Lovdata og Redd barna. Det var vanskelig å finne litteratur som spesifikt omhandlet helsesykepleiernes arbeid med kartlegging av foreldres rusbruk, og dens påvirkning på barnet.

Jeg brukte søkemotorer/databaser som universitetet tilbyr sine studenter, nærmere bestemt Cinahl, Svemed+ og medline. I Cinal brukte jeg søkeord som "early intervention", "drugs" og "parents". Med disse tre søkeordene fikk jeg opp 78 resultater som var nyere enn 10 år gamle. De fleste artiklene omhandlet barnet i fosterstadiet og var derfor ikke relevante for min problemformulering. Likevel var det to artikler som vekket min interesse og som er verdt å nevne. Studien til Penny og Pratt (2011) er den ene. Bakgrunnen for studien er at 10 % av barn, internasjonalt, bor i familier hvor det misbrukes alkohol eller andre rusmidler. Barndommen til de som er rammet er ofte preget av dårlige boforhold, dårlig helseutfall og generell forsømmelse. Studien hadde som formål å kartlegge om SUPa (a clinical pathway plan of care) potensielt kunne forbedre utfallet til barna som vokser opp i familier hvor alkohol og andre rusmidler misbrukes. Studien konkluderte med at SUPa kan påvirke barnets utfall med forebyggende arbeid. Studien brukte fokusgrupper, hvor mødre som misbrakte rus og som fikk hjelp fra SUPa deltok. Dessuten inkluderte de en kontrollgruppe som ikke ble tilbudt hjelp fra SUPa (ibid.). Svakheten med å inkludere en sårbar gruppe i studien er at det kan være mye frafall, noe det var i denne studien. Samtidig er det sannsynlig at de som er "hardest" rammet ikke ønsker og/eller har ressurser til å delta i studien. Likevel viser studien at hjemmebesøk, samt riktig og nok spesialisert kunnskap kan gi barn som vokser opp i en familie preget av rusmisbruk, et bedre utgangspunkt (ibid).

Et annet treff på søkeordene nevnt ovenfor var artikkelen til Suchman, Pajula, DeCoste og Mayes (2006). Studien baseres på antakelsen om at mødre med rusmisbruk ikke kan

utføre tilstrekkelig omsorg for sine barn. Ved å studere seks allerede publiserte rapporter ønsket forfatterne å kartlegge hvordan ulike behandlingsmetoder, hovedsakelig kognitiv terapeutiske, virket på mors omsorgsnivå. Studien konkluderer med at kvaliteten på omsorgen fra mor ikke øker, men forfatterne har likevel tro på at det er verdt å undersøke nærmere (ibid.).

Ved bruk av noen av de samme søkeordene på Medline – ”early intervention”, ”children”, ”parents”, ”drugs, og ”drugs and alkohol” – fikk jeg få resultater som svarte til min problemstilling. Jeg valgte derfor ikke å inkludere artiklene fra denne databasen. Søkeordene jeg brukte i Svemed+ var ”tidlig intervensjon” og ”barn som pårørende”. Dette resulterte i fire treff som var nyere enn 10 år og som var skrevet eller oversatt til engelsk. Artikkelen til Lindboe, Kufås, og Karrlson (2013) fanget min interesse, og jeg valgte å se nærmere på denne. Bakgrunnen for studien er at psykiske vansker og rusmisbruk kan belaste foreldres funksjonsevne og omsorgskapasitet, og at det igjen kan øke barnets risikofaktorer i utviklingen (Lindboe, Kufås, & Karrlson, 2013). Perioden som gravid og med små barn anses som en sårbar periode da det er her grunnlaget for foreldreskap og utvikling av relasjoner bygges. Artikkelen er basert på data fra forebyggende familieteam (FFT), og er utviklet på høyskolen i Buskerud . FFT ble etablert på bakgrunn av myndighetenes satsing på barn som pårørende av foreldre med psykiske vansker og/eller rusmisbruk. Fokuset i FFT er å styrke metodene som kan føre til tidlig intervensjon for gravide og familier med små barn på en tverrfaglig måte (ibid). Studien benyttet fokusgrupper for å komme frem til resultatet. Studien konkluderer med at hjelpetilbudet er tilgjengelig, fleksibel og kontinuerlig over tid, noe som gav et positivt utslag for familiene. Samtidig er den brede tverrfaglige kompetansen styrkende for det faglige tilbudet som tilbys.

Det var et stort antall bøker og artikler som måtte leses og vurderes som kildegrunnlag for oppgaven med tanke på tema og problemstilling. Med hensyn til oppgavens omfang og størrelse måtte mye velges bort. Med bakgrunn i litteratursøket vil jeg påstå at deler av temaet er godt belyst av andre forskere. Det mangler det likevel fortsatt noe om hva *helsesykepleiere* kan gjøre for å forebygge, intervensere, oppdage og kartlegge når det gjelder foreldres rusmisbruk og dets påvirkning på barnet.

1.3 Målsetting

Det overordnede målet med undersøkelsen var å belyse helsesykepleieres kompetanse til og rutiner for å identifisere et mulig rusmisbruk så tidlig som mulig. Jeg ønsket å finne svar på hva helsesykepleierne helt konkret gjør for å kartlegge rusvanene til foreldrene. Videre ønsket jeg å finne svar på hvorvidt helsestasjonen har rutiner eller verktøy for å gjøre identifiseringen lettere. På forhånd håpet jeg at helsesykepleierne som deltok i studien hadde forslag til hvordan de på en god måte kunne håndtere problematikken enda bedre. Det var også et mål at problematikken ble belyst på en hensiktsmessig måte, slik at helsesykepleierne som deltok kunne bli mer bevisste omkring tematikken etter deltakelsen.

1.4 Problemstilling

Hvilken betydning har rutiner og kompetanse for at helsestasjonen skal kunne oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig?

Forskningsspørsmål

1. Hvilke utfordringer står helsesykepleierne overfor i arbeidet med å kartlegge om foreldrenes rusbruk er skadelig for barnet.
2. Hvilke faktorer anser deltakerne på som symptomer for skadelig rusbruk.
3. Hva kan være avgjørende for at helsesykepleiere skal føle trygghet i samtale med foreldre som de mistenker at misbruker rus?

1.5 Avgrensning og begrepsavklaring

Jeg ønsket med denne oppgaven å kartlegge helsesykepleieres bruk av kompetanse og rutiner for å oppdage foreldres rusmisbruk tidligst mulig. Jeg fokuserer på foreldre *uten*

et kjent rusproblem. Jeg hadde ikke til hensikt å fokusere på et bestemt type rusmiddel. Det vil med andre ord si at rusmiddelmisbruk som alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler er inkludert. Som nevnt er fokuset på når rusproblemet ikke er kjent for helsesykepleierne. Tiltak som blir satt i gang på grunnlag av et kjent rusproblem blir ikke inkludert i særlig stor grad. Det er viktig å nevne at tiden før barnet blir født også er viktig, men rusmiddelbruk i svangerskapet vil ikke bli videre nevnt i dette prosjektet. Senskader hos barn påført av rusmiddelbruk i fosterstadiet er også noe som er ekskludert fra studien.

Høsten 2018 ble tittelen *helsesøster* erstattet av *helsesykepleier*. Begrunnelsen for endringen var å rekruttere flere menn til yrket (Helse – og omsorgsdepartementet, 2018). Jeg har i min oppgave valgt å bruke benevnelsen *helsesykepleier*, selv om endringene ble bestemt etter oppstart av studien. Når det gjelder avgrensning med hensyn til informanter er dette nærmere beskrevet i avsnittet som omhandler utvalg. Noen ganger blir helsesykepleierne omtalt som *informanter* og *deltakere*. Det er også viktig å poengtere at når det skrives *helsesykepleierne/helsesykepleiere*, menes det helsesykepleierne som deltok i studien. Jeg har med andre ord ikke til hensikt å generalisere studien til alle helsesykepleiere.

Å være rusavhengig går under det offisielle diagnosesystemet (Fekjær, 2009). Vurderingen om hvem som er rusavhengige blir gjort av behandlende lege, helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller NAV (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012). En rusavhengig vil ha både fysiske og psykiske plager, sosiale og økonomiske vansker. Rusavhengige fortsetter oftest bruken av rus til tross for de negative konsekvenser rusen fører med seg (ibid). I følge Store Norske Leksikon kan rusmisbruk føre til en rusavhengighet (Spilhaug, 2019)

Begreper som *å ha et rusproblem*, *alkoholiker* og *narkoman* er merkelapper samfunnet har skapt og som brukes i dagligtale (Fekjær, 2009) . Begrepet *rusmisbruker* er ifølge Fekjær (2009) negativt ladd siden begrepet fokuserer mer på personen som har et rusproblem og adferden til personen, enn på selve rusmiddelet. Jeg har til hensikt å bruke så verdinøytrale begreper som mulig i oppgaven min, jeg ønsker derfor ikke å omtale foreldrene som misbruker eller er avhengige av rus som *rusmisbrukere* eller *narkomane*. Jeg velger å bruke begrepene *foreldre med rusmisbruk* og *risikofyllt rusbruk*

i oppgaven min, begrunnelsen for dette er at disse benevnelsene sier noe om hva en person *gjør* ikke hva han/hun *er*.

1.6 Oppgavens oppbygning

Jeg har delt oppgaven inn i ti kapitler. Første kapittel inneholder avgrensning, målsetting, problemformulering og presentasjon av temaet. Kapittel to er et rent teoretisk kapittel, hvor jeg presenterer et utvalg litteratur som belyser oppgavens tema. I tredje kapittel presenterer jeg design og metodebruk. Her blir også egne erfaringer fra undersøkelsen lagt frem. Studiens resultater frem i kapittel fire. I kapittel fem inngår diskusjon. Til slutt blir konklusjon, intervjuguide, kritisk tilbakeblikk på studien lagt frem i kapittel seks, syv, åtte og ni. Informasjonsskriv til deltakerne, samt samtykkeskjema vil bli lagt som vedlegg i kapittel ti.

2.0 Teoretisk fundament

2.1 Rusmiddelbruk i Norge

Tall hentet fra statens institutt for rusforskning (Rossow, et.al., 2009) anslår at 50000-150000 barn lever i familier hvor en av foreldrene ruser seg. Det er vanskelig å anslå nøyaktig hvor mange barn som har det vanskelig på grunn av foreldres rusmisbruk, men tallene kan gi en indikasjon på at det er mange barn som er rammet.

Folkehelseinstituttet (Torvik et.al., 2011) anslår at ett av ti barn lever i familier hvor mor eller far ruser seg eller har psykiske problemer, det vil si 135 000 barn som lever i en familiesituasjon som kan være risikofull. 50000 av disse barna er under tiltak av barnevernet, de resterende er ikke blitt fanget opp (ibid.). Skillet mellom vanlig forbruk, misbruk og avhengighet har utydelige skiller, noe som gjør det vanskelig å kategorisere hvilke barn som lever i familier hvor de emosjonelle båndene og fungering i hverdagen er svekket på grunn av foreldres rusbruk (Brandt, Grenvik, 2010).

Rusmiddelbruk defineres vanligvis ut fra skader, sykdommer og problemer som følge av rusen. Sjeldent defineres misbruk ut fra skader som påføres de pårørende. Misbruk koster samfunnet høye summer årlig. Vi deler gjerne rusmidler inn i tre grupper basert på virkning; Stimulerende, hallusinogene og dempende (Fekjær, 2009). Noen rusmidler, for eksempel alkohol, virker både dempende og stimulerende, mens kokain og amfetamin virker kun stimulerende. LSD går under hallusinogene rusmidler.

Sovemidler, smertestillende og morfin/heroin er kun dempende. Ved fysisk avhengighet av et rusmiddel vil kroppen tilpasse seg stoffet og reagere med for eksempel kvalme, diare, hodepine, feber og generell nedsatt allmenntilstand om stoffet ikke blir tilført.

Ved psykisk avhengighet vil vedkommende som misbruker rusmiddelet oppnå økt velvære og tilfredsstillelse og da det motsatte om rusmiddelet ikke blir innført. Når det skjer noe godt skapes det en belønningsreaksjon i hjernen, det er dette som kalles rus. Når en ruser seg over tid, trenger man etter hvert høyere doser for å oppnå den samme belønningsreaksjonen i hjernen (Fekjær, 2009).

2.1.1 Alkohol

Alkohol har en lang historie og er blitt brukt til ulike formål. Blant annet sosiale ritualer, måltidsdrikk, fylledrikk, medisin og til religiøse ritualer. I dag har Norge en strengere alkoholpolitikk enn de fleste andre vestlige land. Dette blir i stort grad regulert av bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og avgiftspolitikken (Fekjær, 2009). Et omdiskutert tema er alkoholkonsumgrenser. Det er vanskelig å si noe om hvor mye alkohol som skal konsumeres før det er skadelig. I spesielle tilfeller som under graviditet, sykdom eller bruk av medikamenter er risikoen større. Uansett tilstand vil det alltid være en form for ulykkesrisiko ved bruk av rusmidler (ibid.). I SIRUS (2016) sin årlige befolkningsundersøkelsen (som etter 2016 ble overtatt av FHI), kommer det frem at 90 prosent av den voksne befolkningen oppga å ha drukket alkohol. Prosentandelen som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene lå også rundt 90 prosent. 79-80 prosent av befolkningen i aldersgruppen 16-34 år oppga å ha drukket alkohol de siste 12 månedene. Mens 73-74 prosent av aldersgruppen 65 år og eldre. I den øvrige aldersgruppen oppgave 84-88 prosent at de hadde drukket alkohol de siste 12 månedene. Totalt sett er det en høyere prosentandel av menn som oppgir at de har drukket alkohol siste 12 månedene (ibid).

2.1.2 Narkotika

Hvilke stoffer som skal defineres som narkotika styres av FNs narkotikakonvensjon (SIRUS, 2016). Helsetilsynet har laget en liste over hvilke stoffer som anses for narkotika i Norge. I 2009 var det 200 stoffer på denne listen, vanedannende legemidler blir ansett som illegale når bruken ikke er medisinsk og de ikke er blitt forskrevet av lege (Ibid.). Bruken av narkotika blant unge eskalerte på 1960-tallet. Etter dette innførte Norge en relativt restriktiv narkotikapolitikk, med vide strafferammer. I Norge er Cannabis det mest brukte illegale rusmiddelet (Fekjær, 2009).

2.1.3 Vanedannende legemidler

Vanedannende legemidler brukes i medisinsk behandling, men kan resultere i en avhengighet hos brukeren (SIRUS, 2016). Fra og med 1970-tallet ble det vanskeligere å få tak i vanedannende legemidler, som for eksempel benzodiazepiner, uten resept. Vanedannende legemidler er svært vanlig i et blandingsmisbruk. Det er også vanlig blant middelaldrende kvinner å ha et risikofyllt forbruk av vanedannende legemidler (ibid.). Dette foregår gjerne i det stille, og er ikke like synlig utad. Virkningen av vanedannende legemidler skal i utgangspunktet være beroligende, angstdempende, søvnfremmende, krampestillende og muskelavslappende. På lik linje med illegale rusmidler kan også legale rusmidler påvirke omsorgsevnen overfor et barn (Fekjær, 2009). Bruken av vanedannende legemidler varierer over tid. Dette viser befolkningsundersøkelsen av SIRUS (2016) som ble utført på befolkningen mellom 16-79 år. I undersøkelsen var det tre typer reseptbelagte vanedannende legemidler det ble fokusert på: sovemidler, beroligende medikamenter og smertestillende medikamenter. Andelen av befolkningen mellom 16 og 79 år som oppgir at de har brukt sovemidler i perioden 1984-2004 er 10-12 prosent. Andelen som oppgir at de har brukt beroligende midler er 8 prosent. Undersøkelsen som gjelder bruk av vanedannende smertestillende legemidler, tar for seg årene etter 2012. Her er det 25 prosent av befolkningen mellom 16 og 79 år som oppgir at de bruker vanedannende reseptbelagte legemidler. Jevnt over er det større andel kvinner som oppgir bruk av de ulike reseptbelagte vanedannende legemidlene i årene 2012-2016. (SIRUS, 2016).

2.2 Foreldres rusmisbruk og dets påvirkning på barnet

Foreldre med rusproblemer kan ha vanskeligheter for å fylle rollen som foreldre. Det å være oppmerksom og sensitiv overfor barnet kan være problematisk (Sundfær, 2012). En situasjon hvor mor eller far ruser seg er ofte tabubelagt, og gjør det derfor vanskelig

å søke hjelp på egenhånd (ibid.). Helsestasjonen blir ansett som en viktig arena for å oppdage et usunt rusmiddelbruk på et tidlig tidspunkt (Brandt & Grenevik, 2010). Hansen et. al. (2008) påpeker viktigheten med tidlig intervensjonen med hensyn til utvikling av senskader og problemer hos barnet. For at et barn skal kunne utvikle seg må det ha foreldre som er emosjonelt tilstede. Dessuten er barnet avhengig av kontinuerlig stell, omsorg og forutsigbarhet for å kunne oppleve trygghet (Sundfær, 2012). En forelder med rusproblemer kan være uforutsigbar og vekslende i den følelsesmessige tilgjengeligheten og ha negativ påvirkning i kvaliteten på samspillet med barnet sitt (ibid).

Hansen og Jacobsen (2008) påpeker at foreldrenes rusbruk kan ha store konsekvenser for barnet, både med tanke på utvikling av egne rusproblemer og psykiske problemer, samspillet med foreldre, atferdsproblemer og sosiale problemer. I veilederen (ibid.) presenteres en rekke likhetstrekk mellom barn som vokser opp med foreldre som ruser seg. Disse barna kan uttrykke tristhet, angst, ha mangelfull mimikk og konsentrasjon, de kan også være preget av en motorisk uro og mangle sosiale ferdigheter (ibid.). I tilfeller hvor rusbruken ikke er kjent kan samspillet mellom barn og foreldre skape en viss uro hos helsesykepleierne. Videre påpekes det også at det kan være vanskelig å oppdage fordi foreldre kan være svært flinke til å skjule sitt misbruk. Brandt og Grenvik (2010) presenterer flere risikoer som kan oppstå hos barn som er blitt utsatt for rusmisbruk under svangerskapet. Her nevnes abstinenser, føderal alkohol syndrom/forstyrrelser, reguleringsvansker, forstyrrelser i samspillet, utviklingsforstyrrelser, sosiale vansker og lærevansker.

En allmenn oppfattelse er at rusmisbruk ikke er forenelig med god omsorg for barn (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Rusmisbruk kan føre til konsentrasjonsproblemer, impulsivitet og svekket evne til planlegging. For et barn kan dette igjen føre til uforutsigbarhet og en inkonsistent oppdragelse. En oppdragelse preget av rusmisbruk, vil ofte bestå av dårlig samvittighet, skam og skyld. Det kan det derfor oppstå rusfrie perioder, for å dekke over den dårlig samvittighet. Dette er perioder som foreldre gjerne overinvolverer seg. Spesielt for små barn kan det være vanskelig å håndtere at foreldrene er fraværende i perioder, for så å overinvolvere seg. Barnet får ikke nødvendigvis omsorg og trøst når det selv har behov for det, men heller når foreldrene er rusfrie (Ibid.).

De daglige rutinene som renhold, bleieskift og generell respons på spedbarnets signaler kan ofte også svekkes. Avhengig av hva foreldrene misbruker vil de være for raske eller for sløve for barnets signaler. Foreldre som misbruker rus vil oppleve at rusen er det som gir størst belønning, og kontakten med barnet vil ikke gi den samme belønningen som det gjør for mennesker som ikke misbruker rus (Sjøvold, et. al., 2015).

Det som også er verdt å merke seg er at omsorg for et barn kan fungere som motivasjonskilde for personer med rusproblemer (Sjøvold, et. al., 2015). Samtidig kan et barn være en stressfaktor som fører til tilbakefall. Et barn som er eksponert for rusmidler i fosterlivet vil ha særlig behov for reguleringshjelp. Barn født med reguleringsvansker anses gjerne som krevende å ha ansvar for. Foreldre med reguleringsvansker får gjerne barn med ekstra behov for reguleringshjelp. Reguleringsvanskene gjelder regulering av fysiologiske prosesser, motorikk, tilstander og sosial atferd. Det er foreldrenes sensitive innlevelse og omsorg som bidrar til økt selvregulering. Bli ikke dette behovet møtt i spedbarnsalder vil barnets regulering av oppmerksomhet, følelser og atferd forstyrres. Den første tiden som nybakte foreldre anses som et tidspunkt hvor rusmisbruket tas opp igjen (Sjøvold, et. al., 2015). Kvello (2010) hevder at barn av foreldre som misbruker rus blir oftere utsatt for omsorgssvikt, mishandling og seksuell misbruk. Det er imidlertid store variasjoner på hvordan rusproblem hos foreldre påvirker barnet. Mange barn klarer seg bra (Lossuis, 2012).

Suchman et al. (2006) baserer studien sin på antakelsen om at mødre som misbruker rus ikke kunne utføre tilstrekkelig omsorg for sine barn. Ved å studere seks allerede publiserte rapporter ønsket forfatterne av artikkelen å kartlegge ulike behandlingsmetoder. Hovedsakelig metoder innenfor kognitiv terapi. For deretter å kartlegge hvilken innvirkning de ulike hadde på mors omsorgsnivå. Studien konkluderer med at kvaliteten på omsorgen fra mor ikke øker med hjelp av behandlingsmetodene. Forfatterne mener likevel at det er verdt å undersøke nærmere (ibid.).

2.3 Samspill mellom foreldre og barn

I noen tilfeller er samspillet mellom foreldre og barn utilstrekkelig. Dette kan ses hos barn hvor foreldre er psykisk syke og/eller har et rusmiddelmissbruk. Dette kan gi utslag i form av emosjonelle forstyrrelser, problemer i sosiale situasjoner og atferdsproblemer (Brandt & Grenvik, 2010). Disse barna mangler på mange måter evnene til å kunne oppnå sosial kontakt. Ofte kan dette ses ved at barnet unngår øyekontakt, og ikke søker foreldrene på samme måte som andre. Kontakten mellom mor og barn etableres normalt sett allerede i svangerskapet. Den første tiden etter fødselen har barnet et stort behov for sosial kontakt. Dette blir vanligvis tilfredsstilt av en mor som har gjensidig trang til belønningsbehov (ibid). Barnets behov for samspill deles ofte inn i fire ulike faser:

Fasen for gjensidig oppmerksomhet: Denne fasen omfatter samspillet mellom spedbarnet og foreldre i de to første levemånedene. Her er det gjerne foreldrene som tilpasser seg barnet som har vekslende aktivitet og behov for pause. Likevel kan det være øyeblikk hvor barnet har et gjensidig engasjement. I denne fasen vil også foreldrene bruke signalene og atferden til barnet til å tolke barnets behov og preferanser (ibid.).

Fasen for interpersonlig engasjement: Denne fasen presenterer barnet i alderen to til fem måneder. Her utvikles det sosiale smilet, og kontakten blir mer gjensidig fra barnets side. I denne fasen vil også barnet ta mer initiativ til sosial kontakt. Denne fasen er viktig i form av at den legger grunnlag for det sosiale fundamentet hos barnet (ibid).

Fasen for felles oppmerksomhet: I denne fasen utvikles ”sekundær intersubjektivitet”. Dette innebærer at barnet ved åtte måneders alderen retter oppmerksomhet mot objekter den voksne er opptatt av. Deling av gjenstander og leker og gjensidig engasjement av dette, er viktig i denne fasen (ibid).

Fasen for symbolsk samspill: Denne fasen går fra ca. 13 måneder til to-tre års alderen. Her vil barnet oppnå større språklige ferdigheter (ibid).

2.4 Tidlig intervensjon

Helsedirektoratet definerer tidlig intervensjon som ”... *identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats* (Helsedirektoratet, 2010, s 9).

Brandt og Grenvik (2010) beskriver helsestasjonen som en arena i særstilling i arbeidet med tidlig intervensjon. Betydningsfulle faktorer for at helsestasjonen skal kunne ta tak i situasjonen er hvorvidt foreldrenes rusmisbruk er kjent, og om barnet viser tegn til omsorgssvikt.

Temaer som foreldres rusbruk og psykisk helse har lenge vært et tabubelagt samtaleemne, og har vært vanskelig for helsesykepleiere å ta opp på konsultasjoner (ibid.). Forklaringer på dette kan være manglende kunnskap om emnet, manglende kunnskap om hvordan man samtaler om det, eller egne ubearbeidede barndomsopplevelser (ibid.). Videre skriver Brandt et.al. (2010) at veiledningen og behandlingen som tilbys risikofamilier ikke er tilstrekkelig og at mer kunnskap er avgjørende for å kunne øke hjelpeapparatets evne til riktig vurdering og tiltak overfor familiene. Helsedirektoratets veileder ”fra bekymring til handling” (helsedirektoratet, 2010) påpeker at mange fagpersoner innenfor helsesektoren vegrer seg for å ta opp en mulig problematikk på grunn av vage tegn og symptomer, til tross for en forbedring de siste årene. Til sammenligning har for eksempel spørsmål rundt psykisk helse og rusbruk blitt standard i svangerskapskontroll. Kursing og prosjekter med fokus på tidlig intervensjon har i større grad satt problematikken i søkelys og vært med på å dempe tabuet (ibid.).

For å kunne intervenere tidlig nok må fagpersoner også være i stand til å identifisere tidlig nok. Dette avhenger av tilstrekkelig og riktig kunnskap om risikofaktorer og symptomer. Det er også avgjørende at fagpersoner er i stand til å handle på grunnlag av bekymring (Helsedirektoratet, 2010).

Tysværprosjektet (Isdahl, Amundsen & Netland, 2011) var et samarbeid mellom KORUS Stavanger, Helse Fonna og Tysvær kommune. Det ble startet etter en undersøkelse utført av *BrukarPlan*, hvor resultatene viste at en stor prosentdel av rusmisbrukere i Tysvær kommune hadde omsorg for barn. Det ble derfor satt i gang tiltak for å fange opp disse barna, da med fokus på tidlig intervensjon. Et av målene for

”Tysværprosjektet” var blant annet å utvikle gode rutiner for å oppdage barn av foreldre som misbrukte rus tidligere enn før (Isdahl et.al., 2011). Gjennom prosjektet fikk både helsestasjonene, barnehagene, fastlegene og skolene kompetanseheving på området. Gjennom prosjektet ble det også bestemt at helsestasjonen skulle ta opp temaet ”rus og alkohol” ved hjemmebesøk allerede når barnet var få dager gammelt. Da skulle det i tillegg leveres ut en brosjyre som omhandlet rusbruk i kombinasjon med et familieliv. I tillegg til nye rutiner hos helsesykepleierne, ble det også iverksatt nye rutiner hos fastlege og jordmor. Rutinene skulle sikre igangsetting av tiltak på et tidligere tidspunkt (ibid). Viktige byggesteiner i prosjektet var *tverrfaglig samarbeid, kompetanseheving, og informasjonen til foreldre*. Prosjektet ble avsluttet etter to år. Da hadde tallene på foreldre med rusproblemer med omsorg for egne barn gått kraftig ned. Prosjektets konklusjon var at det var hensiktsmessig å kaste lys over temaet, men at det er nødvendig med jevnlig fokus på temaet for at handlingskompetansen skal opprettholdes. Det ble også konkludert med at et tverrfaglig samarbeid innad i kommunen var avgjørende for å kunne hjelpe familiene (Isdahl et.al.2011).

”Tysværprosjektet” viste at gode rutiner for tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving kan være med på å sette fokus på barn av foreldre som misbruker rus, og fange dem opp i et system slik at de fikk den hjelpen de trengte tidligst mulig (ibid).




Henriksen (2012) belyser helsesykepleiernes unike posisjon og mulighet til å oppdage at mor ruser seg. Likevel erfarer de at problemet ofte oppdages ”for sent”. Prosjektets formål var å avdekke problemene tidligere, slik at barnet og mor fikk den nødvendige hjelpen. Etter prosjektet ble det etablert nye rutiner for å tidligere oppdage om mor ruset seg. Det ble konkludert med at det var behov for fornyelse av rutiner og brosjyremateriell, kurs og opplæring for helsesykepleierne og styrkede rutiner for samhandling og samarbeid med andre instanser (ibid).

2.5 Hva definerer risikofylt rusbruk?

I følge Frid A. Hansen (1990) eksisterer det et rusproblem når bruken av rusmidler virker forstyrrende for funksjoner og de følelsesmessige båndene som skal eksistere for å ivareta en familie. Lossius (2012) hevder at det er vanskelig å anslå når en persons rusinntak blir skadelig eller farlig, men at man står i fare for å utvikle et problem når

rusen inntas på feil tidspunkt og på feil måte. Brandt og Grenvik (2010) hevder at det kan være vanskelig å definere problematikken rundt alkoholmisbruk i kombinasjon med omsorg for barn. Tradisjonelt er det en nulltoleranse for alkoholinntak ved graviditet. En forelder kan gjerne ha et moderat forhold til alkohol, og samtidig kan barnet oppleve forelderen som uforutsigbar (ibid.).

Det finnes ingen klare grenser mellom normalt alkoholforbruk og risikofyllt alkoholforbruk (Helsedirektoratet, 2015). Derfor er det vanskelig å si noe om når alkoholforbruket blir risikofyllt (ibid). Samtidig er alkohol et lovlig rusmiddel som har økt i konsumering de siste årene, spesielt blant kvinner (Brandt et.al. 2010). WHO (helsedirektoratet, 2015) definerer alkoholkonsumet som risikofyllt når det kan være skadelig for den som konsumerer det, og de rundt. Ved bruk av alkoholenheter (AE) kan man til en viss grad få oversikt over om alkoholkonsumet er normalt/liten risiko (grønn sone), økende fare for å utvikle helseskade/bekymringsfull alkoholkonsum (gul sone) eller stor fare for å utvikle helseskade (rød sone). En alkoholenhet er 1,5 cl ren alkohol og tilsvarer 1 glass vin (12 cl), 1 glass hetvin (8cl), ½ flaske pils (35 cl), eller et glass brennevin (4cl). WHO (helsedirektoratet, 2015) har fastsatt en grenseverdi for stor helserisiko på 14 alkoholenheter per uke for kvinner og 21 alkoholenheter for menn. Det opereres med ulike grenseverdier, og i Norge er grenseverdien satt til litt lavere enn i landene rundt. Tabeller under illustreres definisjonen til WHO (Helsedirektoratet, 2015). Tallene i høyre kolonne viser enheter pr uke.

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

Figur 1: Viser hvordan WHO definerer grenseverdiene i forhold til alkohol pr uke.

<http://tidligintervensjon.no/Tema/Voksne/Identifisering/Grunn-til-bekymring/Hva-er-risikofyllt-forbruk/>

Fekjær (2009) påpeker faren ved å tallgi ”alkoholikere” og ”narkomane”. For å kunne passe inn i diagnosekriteriene skal en ha en viss skadevirkning av rusbruken. Diagnosesystemet til WHO sier lite om hvor ofte og hvor mye rusmiddelet skal brukes. Ulik mengde rusmiddel påvirker mennesker. Samme mengde og type rusmiddel kan ha ulik effekt på personer. På grunn av dette kan det være mer effektivt å måle *adferden* på personen som har inntatt rusmidlet (ibid.).

Som tidligere påpekt er det vanskelig å skille mellom hva som er risikofylt forbruk og hva som er nytelse. Ofte vil rusmisbrukere benekte sitt eget misbruk. Kvello (2010, s 344) trekker frem fem kriterier som kan definere om rusmiddelforbruket er normalt eller om det er et misbruk:

- *Normalt versus unormalt forbruk* (mengde).
- *Hyppighet* (større sannsynlighet for at det foreligger et misbruk om man benytter rusmiddelet ofte).
- *Nytelse eller konsumering* (ved rusmisbruk kjenner man et sug etter rus, samt bruker rus til å døyve usikkerhet og følelser).
- *Kontroll* (Om det foreligger et misbruk klarer man ikke å styre inntaket med hensyn til tid, sted og mengde).
- *Komparentopplysninger* (informasjon om rusbruken som er hentet fra andre, det vil si barn, foreldre, partner, venner osv).

Det finnes kartleggingsverktøy som har til hensikt å lette prosessen for helsepersonell med kartlegging av risikofullt alkoholforbruk (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2016):

- Screeningsverktøyet TWEAK baserer seg på fem spørsmål om toleranse, bekymring, morgendrink, hukommelse og reduksjon. Dette er et verktøy som brukes på gravide kvinner, altså før barnet er født.
- AUDUT (Alcohol use disorder identificastion test) er utviklet av WHO og er et screeningverktøy for å kartlegge et eventuelt problemfylt alkoholbruk de siste 12 månedene. Verktøyet har som formål å kartlegge alkoholbruken, for så å ta samme testen i etterkant for å se om det har vært inn endring i alkoholinntaket.

Testen inneholder 10 spørsmål og gjennomføres på fem til ti minutter. For å kunne ta testen må en kunne prate på en kvalifisert måte om alkoholmisbruk, men det stilles ingen krav til profesjon eller opplæring.

- DUDIT (Drug use disorder identification test) er utviklet av det Karolinska Institutt i Stockholm. DUDIT er et selvrporteringsverktøy med 11 spørsmål som har som formål å identifisere rusproblemer. Testen tar ca 5 minutt, og bør gjennomføres av fagpersoner med kompetanse innen rusfeltet.

2.6 Risiko- og beskyttende faktorer

Familier hvor det finnes flere risikofaktorer samtidig, betegnes som en risikofamilie (Brandt et. al. 2010). Risikofaktorer er miljømessige eller individuelle faktorer som påvirker barnets sårbarhet negativt. Risikofaktorer påvirker et barn på ulike måter, men det er stor sannsynlighet for at desto flere belastninger et barn har desto sterkere negative konsekvenser vil risikofaktorene gi.

Betegnelsen risiko brukes for å forstå sårbarhet overfor en rekke negative livshendelser, som stoffmisbruk, brutte relasjoner og dårlig helse (Brandt, et.al., 2010). Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen og Rørnes (2006) definerer ”risikofaktor” som en hvilken som helst faktor som kan gi økt sannsynlighet for negativ psykososial påvirkning senere i livet. De ulike risikofaktorene blir ofte presentert i to grupper; Indre og ytre risikofaktorer. Indre risikofaktorer kan blant annet være kjønn, intelligens og sårbarhet. Ytre risikofaktorer kan være tap av omsorgspersoner, negative sosioøkonomiske forhold og dårlige mellommenneskelige forhold. En beskyttende faktor er en faktor som assosieres med en trygghet i oppvekstmiljøet. Beskyttende faktorer kan moderere omfanget av risikofaktorer, og inkluderer faktorer som personlighetstrekk, samfunnsstøtte, familie, selvfølelse og selvbestemmelse (Brandt et. al. 2010).

2.7 Helsepersonellets rolle overfor barn som pårørende

Proposisjonen til Helsedirektoratet ”*Opptappingsplanen for rusfeltet (2015-2016)*” (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015) gir en oversikt over strategier for å møte de fremtidige hovedutfordringene i rusfeltet. Forslaget omhandler tiltak som skal legge til rette for blant andre pårørende til rusavhengige. Satsningsområdene i opptappingsplanen er tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgingstjenester. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten nevnes som sentrale aktører i arbeidet med tidlig intervensjon mot barn og foreldre som misbruker rus (ibid). Ved å sette inn virksomme hjelpetiltak tidlig kan helsepersonell være med å bryte den sosiale arven. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten kan forhindre potensiell omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep med å sette inn tiltak tidlig. Opptappingsplanen (helse – og omsorgsdepartementet, 2015) ønsker å styrke og utvikle tilbudet til rusavhengige og deres pårørende ved økt kompetanse og kapasitet. I praksis skal dette oppnås ved at flere sektorer og personellgrupper inkluderes innad i kommunene. Også her nevnes helsestasjons- og skolehelsetjenesten som et svært viktig og avgjørende helsetilbud. Tilbudet beskrives som et lavterskeltilbud med svært høy oppslutning. For å styrke kompetanse og kapasitet i de ulike helsetjenestene foreslås det en bedre samhandling mellom tjenestene. Dette innebærer at en kan se somatikk, rus og psykisk helse i en bredere sammenheng, noe som igjen kan føre til et mer effektivt hjelpeapparat (helse – og omsorgsdepartementet, 2015). Det nasjonale tiltaket ”Kompetanseløftet 2020” (Heskestad et.al. 2017) skal hjelpe kommunene til mer helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved hjelp av dette tiltaket skal alle helse- og omsorgstjenestene i kommunen samles i en felles plan. Dette innebærer en styrket ledelse, kompetanseheving i alle yrkesgrupper, styrket videreutdanning, og bidrag til faglig utvikling ved for eksempel kursing (ibid.).

Veilederen ”fra bekymring til handling” (Helsedirektoratet, 2010) har som formål å veilede og gi råd til ansatte som er i posisjon til å se et begynnende rusrelatert problem. Veilederen er en kunnskapsoppsummering som skal gi økt kunnskap om hva en skal se etter og gjøre i en situasjon hvor en mistenker et rusmisbruk.

Det påpekes at tiltakene ofte blir satt i gang for sent og at dette er resultatet av for lite kunnskap, men også at helsepersonell vegrer seg for å ta kontakt med den det gjelder

(helsedirektoratet, 2010). Det er særlig tre elementer veilederen presenterer som avgjørende for å avdekke et rusproblem:

1. Kunnskap om risiko - og beskyttelsesfaktorer, samt ha kunnskap om kritiske faser i menneskets utvikling.
2. Forståelse av egen rolle i arbeidet.
3. Kunnskap om rutiner og prosedyrer på arbeidsplassen.

Kvelling (2010) påpeker viktigheten av at helsepersonell har kunnskap om rusmiddelbruk, slik at de i større grad både oppdager og kan bistå ved rusmisbruk hos foreldre med barn.

Under Tysværprosjektet (Isdahl et.al. 2011) oppga helsestasjonen, barnehagene og skolen at det var stor mangel på kompetanse på området. Både når det gjaldt skadeomfanget barnet kan bli påført, men også hvordan rusmisbruk hos foreldre kan bli avdekket. Mye av begrunnelsen for dette var at andres alkoholvaner blir ansett som en privatsak. Dessuten oppgav de ansatte i kommunen at det ikke var konkrete rutiner for å avdekke og intervensere (ibid.).

Tidligere arbeid og studier har fokusert på å tilby terapeutiske tjenester til foreldre i rusbehandling (Penny et.al 2011). Penny et.al. (2011) fokuserte på å hjelpe kvinner og familier som er berørt av rusmisbruk på en klinisk måte. Det kliniske tilbudet skulle fremme konsistens, kontinuitet og koordinering av omsorg. Bakgrunnen for studien var at 10 % av barn, internasjonalt, bor i familier hvor det misbrukes alkohol eller andre rusmidler. Barndommen til de som er rammet er ofte preget av dårlige boforhold, dårlig helseutfall og generell forsømmelse (ibid.). Studien hadde som formål å kartlegge om SUPa (a clinical pathway plan of care) kunne forbedre utfallet til barna som vokser opp i familier hvor alkohol og andre rusmidler misbrukes. Studien konkluderte med at SUPa kan forbedre barnets utfall med forebyggende arbeid. Studien viste at hjemmebesøk, samt riktig og nok spesialisert kunnskap kan gi barna som vokser opp i en familie preget av rusmisbruk et bedre utgangspunkt. Resultatet av studien viser at det var tre ting som var viktig for mødrene for å kunne motta hjelp: overvinne frykt, bygge tillit og søke gjensidighet. Studien oppfordrer til videre forskning, da langtidsutsiktene for barna som deltok ikke er blitt kartlagt (ibid.).

2.8 Kommunikasjon og samhandling

Mennesket er født med en grunnleggende evne til å kommunisere (Røkenes og Hanssen, 2012). Kommunikasjon i dagliglivet og i yrkessammenheng har ulike kommunikasjonsutfordringer. For å kunne forstå og samhandle på en god og hensiktsmessig måte i yrkessammenheng trengs det relasjonskompetanse. Utvikling av relasjonskompetanse kan fremmes ved fokus på samhandling i utdanningen. Kunnskapen som blir lært bort bør alltid settes inn i en samhandlingskontekst. En fagperson skal først og fremst ivareta den andres behov, og ikke forsøke dekke sine egne behov på bekostning av andre. Som helsesykepleier i samhandling med barn og deres foreldre er det viktig å kunne være i stand til å *etablere relasjon, vedlikeholde relasjon* og til sist *avslutte profesjonell relasjon* på en god måte. Helsesykepleieren bør møte sine klienter som et subjekt, og ta hensyn til klientens opplevelse, følelser, ønsker og vilje (ibid.). Yrkeskompetanse består av både relasjonskompetanse og handlingskompetanse. Relasjonskompetanse sier noe om å forså den andre og forstå samspillet mellom dem. For en helsesykepleier handler dette om å forholde seg til familiene som selvstendige individ, der respekten for integritet og selvbestemmelse ligger til grunn. Handlingskompetanse handler om kunnskap og ferdigheter i yrkesutøvelse. Prosedyrer er et eksempel på handlingskompetanse. En kombinasjon av kunnskap og ferdigheter er nødvendig for å utøve god yrkeskompetanse. For å skape en god yrkesfaglig kommunikasjon kan det være avgjørende å skape en bærende relasjon hvor tillit, trygghet og følelsen av kontakt er tilstede i forkant av samtalen (ibid.). Her står helsestasjonen i en særstilling hva gjelder kompetanse (Brandt et.al., 2010). Røkenes og Hanssen (2012) poengterer viktigheten av riktig timing og tilrettelegging for at en samtale skal være fruktbar.

2.9 Lover og kompetanseheving

I 2009 vedtok stortinget en endring i helsepersonelloven (2010) hvor §10a ble inkludert, og tredd i kraft fra januar 2010. Formålet med endringen var at barn som pårørende skulle bli fanget opp tidligere enn før, og at situasjonen hvor en forelder er syk skulle

bli bedre mestret av alle familiemedlemmene (Helsedirektoratet, 2010).

Helsepersonelloven §10a (2010) skal sikre at barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, somatisk sykdom eller skade skal få dekke behovet for informasjon og nødvendig oppfølging. Videre er helsepersonell pliktet til å dekke disse behovene (Helsepersonelloven 2010 §10a). Først og fremst gjelderplikten helsepersonell som er ansvarlig for behandling av syke foreldre/omsorgspersoner - det vil først og fremst gjelde leger og psykologer. Likevel er all øvrig helsepersonell pliktig til å finne ut om situasjonen er klarlagt og melde fra om behov som er fanget opp (Helsedirektoratet 2010). For å kunne legge til rette for at helsepersonell skal kunne yteplikten i §10, sier helsepersonelloven (2009) §25 i tredje ledd at helsepersonell kan dele taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell så fremt ikke pasienten motsetter seg det (Helsepersonelloven, 2009). Den taushetsbelagte informasjonen som kan gis til samarbeidende personell skal kun gis om det er nødvendig for å sikre barnets rett på nødvendig informasjon og oppfølging. Videre skal pasienten ha kjennskap til at informasjonen gis videre til samarbeidende personell (Helsedirektoratet, 2010).

Helseforetakene i spesialisthelsetjenesten er også pålagt å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell. En barneansvarlig har ansvar for å koordinere rettighetene til barn som pårørende. Dette er nedskrevet og nedfelt i §3-7a i spesialisthelsetjenesteloven (2009) I 1989 vedtok FNs Generalforsamling at barnet skulle få bedre juridiske rettigheter (redd barna, 2016). Barnet fikk en egen konvensjon i menneskerettighetskonvensjonen, noe som innebar rett til liv og helse, forbud mot tortur og umenneskelig behandling, rett til privatliv, tankefrihet, samvittighetsfrihet, religionsfrihet, forsamlingsfrihet, vern om forskjellsbehandling, regler om frihetsberøvelse og rettergang under eventuell straffesak. I 2016 hadde 196 land sluttet seg til konvensjonen (ibid.).

2.10 Tverrfaglig samarbeid

I Tysværprosjektet (isdahl, et.al., 2011) oppgir at en stor prosentdel av rusmisbrukere i Tysvær kommune hadde omsorg for barn (Isdahl, et.al. 2011). Det ble derfor satt i gang tiltak for å fange opp disse barna. Noen av målene for ”Tysværprosjektet” innebar å utvikle gode rutiner for å oppdage barn av foreldre med rusmisbruk. Etter at prosjektet ble avsluttet etter to år, gikk tallet på foreldre med rusmisbruk og samtidig omsorg for egne barn kraftig ned. Prosjektets konkluderte blant annet med at tverrfaglig samarbeid

innad i kommunen var avgjørende for å oppdage og iverksette tiltak tidligst mulig (ibid.).

Bakgrunnen for studien til Lindboe, et.al. (2013) er at psykiske vansker og rusmisbruk kan belaste foreldres funksjonsevne og omsorgskapasitet, og som igjen kan øke barns risikofaktorer i utviklingen. Periodene knyttet til graviditet og små barn anses som sårbare perioder da det er her grunnlaget for foreldreskap og utvikling av relasjoner bygges. Studien ønsket å undersøke i hvor stor grad FFT fungerte.

FFT (forebyggende familieteam) ble etablert på bakgrunn av myndighetenes satsing på barn som pårørende av foreldre med psykiske vansker og/eller rusmisbruk. Fokuset i FFT er å styrke metodene som kan føre til tidlig intervensjon for gravide og familier med små barn på en tverrfaglig måte. Studien konkluderer med at hjelpetilbudet er tilgjengelig, fleksibelt og kontinuerlig over tid, noe som gav et positivt utslag for familiene. Samtidig er det stor tverrfaglig kompetanse, noe som styrker det faglige tilbudet som gis (ibid).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Man skiller tradisjonelt mellom to hovedretninger i forskningsmetode. Kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Kvantitativ tilnærming blir brukt når forskeren har til hensikt å måle enheter, gjerne på et stort utvalg. Kvalitativ tilnærming blir brukt når man ønsker å finne forståelse og å få dypere innsikt i et mindre utvalg. Metoden som blir valgt for en studie må være relevant i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013). Hensikten med denne studien var å gå i *dybden* på fenomenet som skulle undersøkes. Jeg ønsket å kaste lys på meninger og opplevelser helsesykepleierne hadde knyttet til rutiner og kompetanse i møte og samtale med foreldre som de mistenkte at misbrukte rusmidler. Meninger, oppfatninger og opplevelser kan ikke tallfestes eller måles (Dalland, 2014). På bakgrunn av problemstillingen og målsettingen for studien, egnet det seg best med en kvalitativ tilnærming for å søke tilfredsstillende svar.

Ut fra problemstillingen var det naturlig å slutte seg til en kvalitativ tilnærming med fenomenologisk–hermeneutisk design. Hermeneutikk betyr å fortolke tekster hvor formålet er å skape gyldig og allmenn forståelse av hva teksten forteller (Kvale & Brinkmann, 2015). Dalland (2014) beskriver hermeneutikk som å søke mening eller beskrive noe som i utgangspunktet er uklart. Fenomenologi er valgt på grunn av problemstilling og ønsket målsetting (Johannssen et.al, 2011). Kvale et.al., (2015) beskriver fenomenologi i denne sammenheng som å forstå sosiale fenomener ut i fra informantenes perspektiver. Noe som beskriver verden slik de opplever den.

Jeg ønsket at deltakerne skulle dele egne erfaringer, meninger og opplevelser av et bestemt fenomen. Styrken med anvendelse av kvalitativ tilnærming er at man har mulighet for å gå i dybden på et lite utvalg. Videre kan man hente frem erfaring, følelser, forståelse og tanker rundt et gitt tema. Dette får man ikke mulighet til på samme måte i en kvantitativ tilnærming (ibid.). Videre er utvalget av enheter basert på et strategisk utvalg. Dette kan ha sin styrke i at det i stor grad kan representere motsigelser og paradokser. Når en studie risikerer motsigelser i sin datainnsamling, er det mindre sannsynlighet for å trekke raske slutninger i analysedelen – dermed styrkes påliteligheten (Malterud, 2017).

3.2 Design og datainnsamling

Når en studie skal gjennomføres, er det av avgjørende å ta stilling til *hva* som skal undersøkes, *hvem* som skal undersøkes, og *hvordan* dette skal undersøkes. I forskning betegnes dette som *design* (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2009). Kvalitative undersøkelser kan gjennomføres på mange ulike måter, både som tverrsnitts- og longitudinelle undersøkelser. I tilfeller hvor studenter gjennomfører kvalitative undersøkelser har fenomenologi, etnografi, grounded theory og casestudier vært aktuelle tilnærminger. Kort forklart starter en fenomenologisk tilnærming med *forberedelser*. Her blir det innhentet litteratur for å forstå perspektivene i den kvalitative tilnærmingen. Problemstillingen blir utformet med fokus på å forstå meningen med fenomenet man studerer. I *datainnsamlingen* samles data fra individer med erfaringer fra fenomenet forskeren ønsker å forstå. Siste fase i den fenomenologiske tilnærmingen består av *analyse og rapportering*. Denne fasen handler om å danne seg et helhetsinntrykk, for så å plukke ut de tema som beskriver fenomenet med utgangspunkt i problemstillingen.

Kvalitative forskningsintervju har til hensikt å forstå verden fra deltakernes ståsted, hvor målet er å finne forståelse i et fenomen utover den vitenskapelige forklaringen (Kvale, et.al., 2015). For å kunne finne mening og forståelse i fenomenet ble det i denne studien tatt i bruk fokusgrupper. Intervjuformer som datastøttende intervjuer, faktuelle intervju, begrepsintervju og diskursive intervjuer ble raskt avskrevet som ikke-aktuelle former for denne studien (ibid). Begrunnelsen var at disse ikke i stor nok grad hadde fokuset og hensikten som jeg ønsket at intervjuet skulle ha. På mange måter kunne jeg valgt narrative intervjuer som intervjuform, hvor fokuset ligger i historien til deltakerne, men jeg kunne ikke forutse at helsesykepleierne hadde historier fra virkeligheten å fortelle (ibid). Dermed falt valget på fokusgrupper. Både med tanke på fokus og hensikt, men også på grunn av tidsaspektet. Fokusgruppe er en form for gruppeintervju som betyr at man samler en gruppe på seks til åtte deltakere, i dette tilfellet to grupper med helsesykepleiere, hvor en drøfter og diskuterer det aktuelle temaet. Fordelen med et slik type intervju er at det vil åpne opp for samtaler hvor holdninger og meninger fra de ulike deltakerne kommer frem. Det kan også være en positiv faktor å få tilbakemelding og respons fra de andre deltakerne i gruppen. Dette vil i større grad åpne for en utdypet forståelse av de ulike synspunktene om temaet (Thagaard, 2013). Videre kan det

komme frem synspunkter som kan styrke den videre forskningen. Ofte vil forskere ha en viss forståelse i forkant av intervjuet, men i et fokusgruppeintervju kan det i tillegg komme frem synspunkter og meninger som forskeren ikke har tenkt på (ibid.). I dette tilfelle var det avgjørende for studien å samle informasjon gjennom intervjuet, da tidligere litteratur ikke ga tilstrekkelig svar på problemstillingen. Ved bruk av fokusgrupper som er preget av en ”ikke-ledende” intervjustil kom deltakerne frem til temaer som ikke nødvendigvis ville blitt belyst i individuelle intervju (Kvale, et.al., 2015). Det var også hensiktsmessig å anvende fokusgruppeintervju som metode med hensyn til tidsperspektivet for studien (Thagaard, 2013). En detaljert beskrivelse av fokusgruppeintervjuet vil bli presentert i *gjennomføring av intervju*.

Det ble tatt i bruk lydopptak, slik at jeg kunne se tilbake på intervjuene gjennom analyseprosessen. Etter at intervjuene ble gjennomført ble lydopptakene av intervjuene transkribert. På bakgrunn av etiske retningslinjer med hensyn deltakernes integritet og kravet om anonymitet ble lydopptakene destruert etter analysen var gjennomført. En analyseprosess skal være med på å danne forståelse for de innsamlede datamaterialet (Thagaard, 2013). Dette blir nærmere beskrevet i *dataanalyse*.

3.3 Utvalg

Utvalget ble til på grunnlag av hvilken side av saken jeg ønsket å si noe om (Malterud, 2017). I en kvalitativ studie er det ikke nødvendigvis antall enheter som avgjør om utvalget er godt, men om enhetene kan gi interessant og hensiktsmessig informasjon som omhandler problemstillingen. Altså hvilke kvalifikasjoner eller evner man ønsker å benytte seg av (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Problemstillingen ønsket svar fra deltakere med spesielle kvalifikasjoner og/eller evner, og studien baserte seg med andre ord på et strategisk utvalg (Thagaard, 2013). For å kunne danne seg et relevant utvalg er teoretisk bakgrunn og feltkunnskaper en forutsetning. Med gode forutsetninger er det større sannsynlighet for at man har kunnskap om hvilke enheter som kan være relevante datakilder (Malterud, 2017). Informantene var, som nevnt, helsesykepleiere i kommunen. Helsesykepleierne hadde minst to års ansiennitet. Dette var vesentlig for å sikre at deltakerne hadde opplevd erfaring relatert til hva jeg ønsket å få svar på. Videre var det avgjørende at informantene jobbet med de minste barna i

kommunen. Med andre ord kunne de som jobbet utelukkende med ungdommer ekskluderes fra studien. For å unngå at potensielle deltakere ikke kunne delta på grunn av praktiske årsaker ønsket jeg å legge best mulig til rette slik at flest mulig kan delta. Jeg utførte intervjuet på arbeidsplassen til deltakerne, innenfor deres arbeidstid. God informasjon om tidsbruk, tema og informantenes rettigheter ble presentert på forhånd. I forkant av intervjuet måtte jeg få godkjenning av virksomheten som skulle brukes. Informasjon om prosjektet, samt et vedlegg om avtale som inkluderer forsker (meg), studiested (Universitetet i Stavanger) og virksomhet (helsestasjon) ble utlevert.

3.4 Rekruttering

Det finnes ulike måter å rekruttere til en kvalitativ undersøkelse. Man kan ta i bruk medlems- og kunderegistre, kjøp av lister, annonsering i aviser/internett, snøballmetoden, personlig rekruttering eller rekruttering på et bestemt sted (Johannessen et.al., 2009). Jeg initierte rekrutteringen med å sende ut e-post med informasjon til avdelingslederne på ni ulike helsestasjoner. Jeg hadde ingen personlig relasjon til de jeg kontaktet, eller de som jobbet der. Dette var et bevisst valg med hensyn til studiens pålitelighet og relabilitet (Thagaard, 2013). Informantene i denne studien ble rekruttert med *snøballmetoden* (Johannessen, et.al., 2009). *Snøballmetoden* i rekrutteringssammenheng går ut på at forskeren spør personer om de kjenner noen som kunne passet som enheter i studien (ibid.).

Jeg ringte deretter til alle som hadde mottatt e-post. Avdelingslederne ved samtlige ni helsestasjoner virket interessert og ønsket å få tilsendt mer informasjon. Samtlige forklarte også at det var travle tider, men at de *ønsket* å danne en fokusgruppe på den aktuelle helsestasjonen. Jeg sendte mer informasjon, purret og ringte igjen. Da det ikke var mulig for noen av avdelingslederne jeg hadde vært i kontakt med å samle en gruppe, begynte tiden å renne ut.

Innleveringen av denne oppgaven måtte utsettes ett semester grunnet mangel på informanter. På slutten av året kontaktet jeg helsesjefene i to kommuner. Også disse begrunnet det manglende engasjementet med travle dager og mange konsultasjoner på helsestasjonene.

Det ble etter dette opprettet en e-posttråd i én av kommunene, hvor aktuelle deltakere/informanter ble lagt til. Nå var det jeg som styrte informasjonsflyten, og jeg

hadde mye mer kontroll på hvor mange deltakere og hvem som var interesserte i å delta. Det ble endelig gjennomført et fokusgruppeintervju i den aktuelle kommunen. Jeg bestemte meg så for å ringe til lederen ved en helsestasjon i en annen kommune, her fikk jeg svar samme dag, med forslag dato og tidspunkt. Til tross for mye e-postutveksling, telefoner og overtalelse landet jeg til slutt to fokusgrupper. Rekruttering av informanter tok mer tid enn jeg på forhånd hadde forestilt meg.

3.5 Intervjuguide

Intervjuguiden er bygget opp slik at den på best mulig måte imøtekommer problemstillingen, hensikten og målsettingen (Malterud, 2017). En intervjuguide skal inneholde ulike tema som forskeren ønsker å bevege seg innenfor. Det kan gi flere fordeler å tematisere i en intervjuguide. Forskeren kan sikre seg om at problemstillingen blir besvart, og samtidig kan det gjøre innholdsanalysen enklere å strukturere (Jacobsen, 2010). Intervjuguiden jeg utarbeidet bestod av fire hovedtema; ”oppdage rusmisbruk”, ”tørre å spørre”, ”tidlig intervensjon” og ”kompetanse/kunnskap”. Intervjuguiden hadde til hensikt å stille gode og åpne spørsmål, på denne måten sikrer man at deltakerne i større grad deler synspunkter og erfaring (Thagaard, 2013).

Jeg åpnet intervjuguiden med enkle og generelle spørsmål. Om man starter for brutalt og direkte kan dette fremprovosere sinne og skremsel hos informantene (Johannessen et.al. 2009).. Under hvert hodeemne var det 3-5 spørsmål. Spørsmålene ble omformulert under intervjuet, og ble ikke fulgt slavisk. På denne måte ble det mer flyt i dialogen mellom deltakerne og meg.. Malterud (2017) påpeker at det en viktig faktor for at et godt intervju er å revidere spørsmålene underveis, samt å ikke følge intervjuguiden punktvis, men bevege seg fra punkt til punkt etter hva som er naturlig.

3.6 Gjennomføring av intervju

Halkier (2010) skriver at man må være forberedt på at uventede situasjoner kan oppstå under et intervju. Blant annet kan deltakere la være å dukke opp. Teknikker man så for seg skulle fungere under intervjuet kan mislykkes. Man må derfor være forberedt på å gjøre ting annerledes enn først planlagt. Videre påpeker Halkier (2010) viktigheten av å sende ut introduksjonsbrev på forhånd slik at deltakerne kan sette seg inn i tematikken

før selve intervjuet starter. På denne måten kan man sørge for at deltakeren har ”hodet på riktig sted” når intervjuet starter. Det kan også være lurt å minne deltakerne på at intervjuet nærmer seg noen dager før selve intervjudagen (ibid.).

Halkier (2010) presenterer selve introduksjonen for fokusgruppen som et viktig elementet for et godt intervju. Her legger man rammen for det sosiale og i hvor høy grad deltakerne vil være aktive. I tilfeller hvor deltakerne ikke kjenner hverandre vil en god introduksjon være avgjørende for at deltakerne som bli trygge på hverandre, og dermed trygge på å kunne diskutere de relevante emnene. Introduksjonen bør alltid starte med at forskeren forteller litt om studien og hva som skal skje under fokusgruppeintervjuet. Det kan også være nødvendig å åpne for spørsmål fra deltakerne før selve intervjuet starter. Uavhengig av om deltakerne kjenner hverandre kan det være lurt med en presentasjonsrunde hvor deltakerne sier litt om seg selv. Det er viktig å fortelle noe om sin egen rolle i prosjektet. Vanligvis har man til hensikt å lære noe av deltakerne, dette er viktig at deltakerne er klar over. Sist men ikke minst er det viktig å fortelle deltakeren at det er *erfaringer* rundt relevant tema forskeren er ute etter, på denne måten kan *forståelsen* og *holdningene* til deltakerne lettere komme frem (Halkier, 2010) .

I et fokusgruppeintervju vil en moderator spille en annen rolle enn det den gjør i et klassisk individuelt intervju (Halkier, 2010). Moderatoren i en fokusgruppe må være innstilt på å lytte, og som regel skal deltakerne snakke mer enn moderatoren. En skal legge til rette for at fokusgruppen prater, men selvsagt innenfor det som er relevant for temaet. En moderator skal håndtere den sosiale dynamikken i fokusgruppen, det vil si at en skal sørge for at alle får sagt det de skal. I tilfeller hvor noen av deltakerne dominerer diskusjonen kan man på en vennlig måte på et passende tidspunkt spørre om det er andre erfaringer og synspunkter på det aktuelle emnet. Halkier (2010) påpeker viktigheten av å ikke kommentere for mye underveis. En moderator som kommenterer unødvendig kan risikere å få tilbakeholde deltakere, og man står i fare for å gå glipp av viktig datamateriale (ibid).

I tråd med Halkier (2010) sin anbefaling ble det sendt ut informasjonsark til deltakerne. Informasjonsarket bestod av informasjon om prosjektet, hvilke forskningsetiske rettigheter deltakerne hadde, samt en samtykkeerklæring. Jeg sendte informasjonsarket

til avdelingslederen ved de to ulike helsestasjonene, med oppfordring om å skrive ut arkene til deltakerne. Jeg hadde med meg informasjonsark/samtykkeskjema i tilfelle noen ville glemme å ta med på intervjudagen. Deltakerne i de to fokusgruppene kjente hverandre godt, og jeg vurderte det som unødvendig med introduksjonsrunde. Jeg håndhilste på alle, introduserte meg selv og fortalte litt mer om prosjektet mitt, samt åpnet for spørsmål fra deltakerne. Kun én av syv deltakere hadde vært med i en fokusgruppe før, det var derfor nødvendig med en gjennomgang av hva det innebar å delta i fokusgruppe. Jeg opplevde at noen av deltakerne kjente på prestasjonspress da jeg fortalte at det var *de* som skulle prate, og at jeg kun fungerte som en moderator. I starten av intervjuet kunne jeg merke at deltakerne var litt reserverte. Etterhvert løsnet det, og det ble i større grad dialog mellom deltakerne. Jeg avsluttet intervjuet med å oppfordre deltakerne til å fortelle noe mer utover temaene som allerede hadde vært snakket om

3.7 Transkribering av intervju

Transkribering har som formål å omforme den kvalitative forskningsprosessen til tekst (Malterud, 2017). Det er en fordel at teksten er tilgjengelig på en håndterbar måte. Teksten etter transkriberingen skal gjengi intervjuet i en form som best mulig fanger opp det informantene har fortalt. Man skal ha stor respekt for transkriberingsprosessen, denne prosessen innebærer nemlig at forskeren kan sette spor i materialet som kan påvirker meninger i teksten (ibid.). Transkriberingen gir kun et avgrenset bilde av det som er blitt studert, det vil alltid være slik at råmaterialet blir filtrert eller forvrengt. Transkriberingsprosessen skal i best mulig grad ivareta meningsinnholdet på en gyldig måte. Forskeren som transkriberer skal etter beste evne prøve å ivareta informantens meninger og erfaringer ved å også gjengi observasjoner i intervjuet, utover ordene (Malterud, 2017). På denne måten kan det være mulig å lese mellom linjene. Samtidig blir det da tatt høyde for at ikke alt kan bli oppfattet. Spesielt relevant i fokusgruppeintervju hvor informantene kan komme til å snakke i munnen på hverandre (ibid.). Ved å benytte lydopptak fikk jeg muligheten til å ha fokus på å forstå det informantene fortalte under intervjuet, i stedet for å skrive alt de sa ned. Likevel ble viktige poenger som kom frem underveis i intervjuet notert av meg underveis.

Transkriberingen av lydopptaket ble gjort like etter intervjuene ble foretatt. Diktafonen ble startet etter introduksjonsrunden og spørsmål fra informantene. Det første intervjuet varte i 55 minutter, og resulterte i 17 dataskrevet A4 sider. Intervju nr. 2 varte i 61 minutter og resulterte i 18 dataskrevde A4 sider.

Ved begge intervjuene satt vi rundt et bord. Jeg nummererte deltakerne fra en til fire slik at jeg skulle huske hvem som var hvem og hvor de satt, men samtidig beholde anonymiteten til deltakerne. På denne måten var det enklere for meg å gjenoppleve intervjuet når jeg skulle transkribere lydopptaket. Jeg valgte å transkribere ord for ord for å få et så presist bilde av personlig erfaring og meninger som overhode mulig.

3.8 Dataanalyse

For å analysere dataen tok jeg i bruk fenomenologisk-hermeneutisk kvalitativ analysemetode, hvor meningsfortetning og fortolkning var sentralt i prosessen (Lindseth og Norberg, 2004). Dette begrunnes med at jeg ønsket å få frem informantenes erfaring, beskrivelse av opplevelser, tanker og meninger knyttet til problemstillingen. Noe som er sentralt i den fenomenologisk-hermeneutiske tilnærmingen (ibid.). Beskrivelsen av dataanalysen er lettfattelig og tydelig, noe som kan være fordel for en med mindre erfaring innenfor kvalitativ analysemetode. Resultatene skal knyttes opp til relevant teori og forskning. Dette innebærer et godt grunnlag av kunnskap omkring temaet, da det er med på å fremme en sterkere forståelse av fenomenene som er blitt belyst gjennom forskningen (Thagaard, 2013).

Thagaard (2013) belyser viktigheten av å ta vare på deltakernes integritet gjennom analysen, fordi deltakerne har lite innflytelse i selve analysedelen. Dermed har forskeren et stort ansvar for å ivareta den vitenskapelige troverdigheten samt opprettholde deltakernes tillit til forskeren (Malterud, 2017). Lindseth og Nordberg (2004) tar utgangspunkt i filosofen Paul Ricoeurs fortolkningsteori i sin utvikling av en fenomenologisk-hermeneutisk kvalitativ analysemodell. Paul Ricoeur sin filosofi fokuserer på tolkningen av det vi møter. I følge Ricoeur vil det å tolke en tekst bety at man beveger seg i en hermeneutisk ”spiral” fra *naiv lesing* til *strukturlesing* og til slutt i en *helhetlig forståelse*. I den *naive lesningen* er formålet å få et inntrykk av hva det transkriberte intervjuet handler om i sin helhet. Lesingen skal gjøres så nøytralt og åpent

som mulig. Forforståelsen skal legges til side og teksten skal snakke til og berøre leseren i størst mulig grad. Neste trinn innebærer en *strukturert analyse*, her sorteres meningsbærende enheter ut fra den transkriberte teksten. På bakgrunn av dette dannes tema og/eller subtema. Dette er en måte å identifisere, formulere og søke etter aktuelle temaer. Det siste trinnet i den hermeneutiske spiral kalles *helhetlig forståelse*. Her skal det formuleres en overordnet helhetlig fortolkning av datamaterialet (Lindseth et.al. 2004).

3.8.1 Den naive lesingen

På mange måter kan vi si at analyseprosessen startet allerede i selve intervjuet. Det deltakerne sa og fortalte gjennomgikk en forsiktig naiv analyse ved at jeg analyserte hva det de sa kunne handle om allerede på dette tidspunktet. Etterhvert som intervjuene ble transkribert i sin helhet ble den naive analysen tydeligere, og helheten ble klarere. Ved gjentagende og repeterende lesing av teksten og lytting av opptaket kjente jeg på en form for relasjon til deltakerne. Jeg så for meg ansiktene til deltakerne, samtidig som jeg satte dialekter og talemåte i de ulike stemmene til ansiktene. Dette var med på å understøtte min tolkning av teksten - da stemmen, ordbruken og stemmeleiet kunne fremheve hva deltakerne mente var viktig og/eller mindre viktig. I denne delen av analyseprosessen var det viktig å legge bort forforståelse og fordommer (Lindseth og Norberg, 2004), og dette var noe jeg ble mer bevisst på gjennom gjentakende gjennomlesing. Man skal på dette tidspunktet lese teksten i et fenomenologisk språk. Den naive lesingen skal legges til rette for den strukturelle lesingen (ibid).

3.8.2 Den strukturelle analysen

Den strukturelle lesingen ble utført og reflektert over på bakgrunn av den naive lesingen. Vi kan på mange måter si at den strukturelle lesingen validerer den naive lesingen. Stemmer ikke disse to analyseprosessen overens, må den naive lesingen gjennomføres på nytt. Dette må gjentas helt til man føler at den naive lesingen faktisk er validert (Lindseth og Norberg, 2004). For meg var det ikke nødvendig å gjøre den naive lesingen på nytt, da resultatene av den strukturelle lesingen sammenfattet med den naive. Meningen med den strukturelle analyseprosessen var å identifisere og formulere temaer. Tema er en samling av meninger som stikker seg ut i deler og/eller i hele

teksten. For å kunne fange opp meninger av levd erfaring formuleres ikke temaene som abstrakte konsepter, men heller som en fortettet beskrivelse av en mening. Man formulerer temaet på en måte som avslører en mening, en konkretisert mening. Dette tok jeg hensyn til i den strukturelle analysen, og foreløpige temaer ble da formulert på følgende måte: Frykt for å skape mistillit, kursing kan lette situasjonen til helsesykepleierne, hjemmebesøk, økt tverrfaglig samarbeid. Lindseth og Norberg (2004) foreslår at man kan stille analytiske spørsmål til teksten i arbeidet med å finne meningsbærende enheter i teksten. Dette lettet arbeidet mot jakten på meningsbærende enheter ved at jeg delte teksten inn i temaer på bakgrunn av de analytiske spørsmålene. De analytiske spørsmålene ble til på bakgrunn av den naive lesingen og hva som var tekstens mening. De analytiske spørsmålene ble ikke brukt videre i oppgaven, og ble i hovedsak utviklet for å lettere skape meningsbærende enheter. Jeg satt igjen med 4 analytiske spørsmål som presenterte den transkriberte teksten på en god måte, og som sammenfalt med den naive lesingen:

1. Hvilke faktorer kan gjøre at mange helsesykepleiere vegret seg for å spørre foreldre om de brukte mer rus enn det som er bra?
2. Hvilke signaler hos foreldrene gjorde at helsesykepleiere uroet seg med tanke på et rusproblem?
3. Hva gjorde helsesykepleierne i praksis når de skulle spørre om foreldre bruker mer rus enn det som er bra for barnet?
4. Hva kunne gjort dialogen/situasjonen enklere for helsesykepleierne?

Tabell 2 viser hvordan informantenes utsagn og beskrivelser er blitt til meningsbærende enheter basert på de analytiske spørsmålene som ble skapt tidligere i prosessen. De meningsbærende enhetene ble kondensert av innholdet, deretter til kode, subtema og til slutt et tema som jeg mente beskrev de meningsbærende enhetene på en kortfattet og presis måte. Jeg satt igjen med 15 temaer. For mange i forhold til det jeg hadde sett for meg, og med tanke på oppgavens omfang og størrelse. Noen av temaene ble tatt bort, da de ikke samsvarte med problemstillingen eller forskningsspørsmålene. Noen temaer ble slått sammen. På den måten satt jeg til slutt igjen med tre hovedtemaer.

Tabell 2 viser et eksempel fra strukturanalysen

Meningsbærende enheter	Kondensering av innholdet	Kode	Subtema	Tema
*...vi vil jo skape tillit, og at vi er ute etter å skape en mistillit og vil kartlegge alkoholvanene deres. Noen ganger klarer vi å finne de gode ordene, andre ganger går vi direkte i salaten og tenker etterpå at det var kanskje ikke så lurt. Vi er jo en hjelpende hånd, samtidig som vi er en kontrollør.	*Ønsker å skape tillit, det å spørre om alkoholvaner kan føre til mistillit. Spesielt når de rette ordene ikke alltid blir brukt. *En vanskelig rolle når man både skal være en hjelpende hånd og kontrollør	*Feil bruk av ord i spørsmål om alkoholvaner kan føre til mistillit. *Dobbeltrolle	*Frykten for å gjøre feil, og spørre på uriktig måte kan føre til mistillit.	*Frykt for å skape mistillit.

3.8.3 Den helhetlige forståelsen.

I det siste trinnet i analysemetoden skal det dannes en helhetlig forståelse. Det skal formuleres en overordnet helhetlig fortolkning av data (Lindseth et.al. 2004). Den overordnede helheten presenteres som en fortolket mening ut ifra forståelsen av studien, og er den hermeneutiske delen av analysen (ibid.). Den helhetlige forståelsen vil bli presentert i kapitlet om *funn*, og videre diskutert opp mot teori og til slutt konkludert.

3.9 Kvalitetskriterier for studien.

Tradisjonelt vil mange hevde at begreper som validitet, reliabilitet og generalisering er knyttet til kvantitativ forskning, mens begrepene troverdighet, gyldighet og pålitelighet knyttes til kvalitativ forskning. Her er det en pågående debatt mellom kvalitative forskere om hvilke begreper som er riktig å bruke (Kvale et.al., 2012). I følge Denzin

og Lincoln i Thagaard (2013) vil begreper som validitet, reliabilitet og generalisering ha en annen betydning om de benyttes i kvalitativ forskning. Kvale (1997) har likevel valgt å bruke benevnelsene validitet, reliabilitet og generalisering i forbindelse med kvalitative studier. På grunnlag av Kvale (1997) sine uttalelser er det besluttet å omtale kvalitetskriteriene for metoden med begrepene reliabilitet, validitet og generalisering.

3.9.1 Reliabilitet

Reliabilitet er en av flere dimensjoner som forteller noe om forskningens kvalitet (Thagaard, 2013). Begrepet handler om forskerens *pålitelighet*, og er forbundet med at forskeren skal gjøre rede for hvilken måte datamaterialet er utviklet. I prinsippet skal en annen forsker kunne gjøre de samme metodene og få nøyaktig det samme resultatet. Samtidig skal forskeren skille mellom hva som er resultat fra feltarbeidet og hva som er egne oppfattelser. Dessuten er det viktig at forskeren redegjør for hvilke relasjon han/hun har til deltakeren i studien, og om forforståelsen, da dette kan påvirke oppfatningen av datamaterialet. Med hensyn til studiens pålitelighet og etterprøvbarehet er det derfor viktig å redegjør for alle ledd i forskningsprosessen (ibid).

3.9.2 Validitet

Studiens validitet handler om forskningens gyldighet. Data som er samlet inn skal gjenspeile virkeligheten av det som er studert (Thagaard, 2013). Ofte skilles det mellom intern og ekstern validitet. Indre validitet kan på mange måter beskrive i hvor stor grad man faktisk målte det man skulle måle (ibid.). Her er det viktig at kartleggingen gjennomføres på en måte som er relevant for formålet med studien (Malterud, 2017). Ekstern validitet sier noe om overførbarheten til studien. Altså om den være gyldig i andre sammenhenger. (Thagaard, 2013).

3.9.3 Generaliserbarhet

Om en studie kan generaliseres handler om hvorvidt dens resultater kan overføres til andre intervjupersoner og til andre situasjoner. Om formålet med studien er å kunne generalisere skal det produseres kunnskap som skal være universell og gyldig alle

steder, til alle tider. På grunn av at denne studien består av et lite utvalg, kan ikke dens resultater generaliseres. Dette var heller ikke hensikten med studien. Metoden som er brukt og analysen som er gjort kan likevel gi en indikasjon på den aktuelle problemstillingen; ” *Hvilken betydning har rutiner og kompetanse for at helsestasjonen skal kunne oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig*”.

3.10 Forskningsetiske vurderinger

Forskeren skal forholde seg til etiske prinsipper som gjelder internt i forskningsmiljøet, samt prinsippene som gjelder i relasjon med omgivelser. Det innebærer at forskeren presenterer resultatet på en redelig og nøyaktig måte (Thagaard, 2013). I en studie som innebærer nær kontakt med de personene forskeren skal studere, er det viktig å ta hensyn til de etiske retningslinjene som innebærer behandling av personopplysninger. Oversikt over identifiserbar informasjon må alltid oppbevares nedlåst mens prosjektet foregår, og må destrueres ved endt prosjekt (Ibid.). Malterud (2017) belyser viktigheten av *informert samtykke*. Det er viktig at deltakerne kjenner til prosjektet godt nok, til at de vet om de ønsker å bidra med sin kunnskap og sine erfaringer. Dette ble sikret gjennom informasjonsskriv, samtidig som jeg åpnet for spørsmål knyttet til prosjektet direkte gjennom e-post. På denne måten kunne jeg som forsker unngå at deltakerne kom i situasjoner hvor de fikk behov for å avslutte samarbeidet på grunn av feil eller lite informasjon (ibid). I henhold til *informert samtykke* er det viktig å trekke frem at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser.

Det er også viktig å poengtere at informantene i studien ble anonymisert og at all informasjon og datamateriale ble behandlet konfidensielt (helseforskningsloven, 2008). Dette ble også konkretisert i informasjonsskrivet som deltakerne fikk utdelt i forkant av intervjuet. Det ble benyttet diktafon under begge intervjuene. Denne ble oppbevart i låsbart skap for å sikre at ingen konfidensiell informasjon ble lekket. Jeg har konsekvent unngått å opplyse om hvilke helsestasjoner som er inkludert i studien for å sikre konfidensialitet.

På grunnlag av helseforskningsloven, kapittel 3, (2008) skal studien fremme god og etisk forsvarlig forskning. Dette ble reflektert over gjennom hele studieprosessen.

I henhold til helseforskningsloven kapittel 2 (2008) ble deltakernes velferd og integritet overgått av interessene til vitenskapen og samfunnet. Som forsker skal man ivareta deltakerne på en respektfull måte, som baseres på menneskerettigheter og menneskeverd (ibid). Videre skal man være bevisste på hvilke konsekvenser deltakelse i et forskningsprosjekt kan ha (Thagaard, 2013). Tidligere erfaring viser at deltakere i prosjekter ofte opplever mestring av å delta, og at det kan bidra til en dypere innsikt i sin egen situasjon (ibid.). Samtidig kan slik deltakelse være problematisk med tanke på hvordan synspunkt og svar er analysert og fremstilt av forskeren (ibid).

3.11 Forforståelse

Alle mennesker har en forforståelse av virkeligheten. Denne bruker vi til å tolke det som skjer rundt oss. Forforståelsen er i forskningssammenheng med på å påvirke blant annet valg av problemstilling, forskningsspørsmål, og hva man ønsker å finne svar på. Også etter datainnsamlingen kan forforståelsen påvirke valgene forskeren tar. For eksempel hvilken informasjon som bør presenteres, hvordan informasjonen fortolkes, og hva som anses som mest betydningsfullt for forskningen (Johannessen et. al., 2009).

Jeg har opparbeidet meg forforståelse rundt temaet gjennom yrkesutøvelse som sykepleier på Rogaland A-senter. Min forforståelse har lagt grunnlaget for hva jeg ønsket å få svar på. Videre har jeg i alle fasene i forskningen vært bevisst på å legge min forforståelse til side, i den grad det er mulig, for at informasjonen skal fremstilles og fortolkes slik at de gjenspeiler informantenes utsagn.

4.0 Presentasjon av funn

Temaene som ble formulert etter strukturanalysen er basert på helsesykepleiernes erfaringer, holdninger og meninger, slik de ble formidlet under intervjuet.

Strukturanalysen resulterte i 3 temaer: ”utfordringer”, ”avgjørende faktorer” og ”forbedring”. Disse er presentert i neste avsnitt, med påfølgende undertemaer.

4.1 Utfordringer helsesykepleierne står overfor

4.1.1 Frykt for å skape mistillit

I samtale med foreldre om rusbruk fortalte helsesykepleierne at de stod overfor flere utfordringer. Frykten for å skape mistillit stod sterkt hos alle informantene. Det å ødelegge en relasjon og bryte tilliten foreldrene hadde til helsesykepleierne kunne være vanskelig. Det å spørre foreldre om rusbruk kunne noen ganger oppfattes som moraliserende og dømmende. Noen av helsesykepleierne som deltok i studien mente at dette kunne være grunnen til at mange helsesykepleiere har kviet seg for å spørre – frykten for skape mistillit.

Helsesykepleierne la vekt på den trygge relasjonen de ønsket å skape hos foreldrene. De ønsket å være en hjelpende hånd for foreldrene. De trakk særlig frem det første hjemmebesøket som en viktig arena for å skape tillit. Her er barnet bare dager gammelt, og fokuset er på mors og barnets helse og velvære.

...vi vil jo skape tillit, og at vi er ute etter å skape en istillit og vil kartlegge alkoholvanene deres. Noen ganger klarer vi å finne de gode ordene, andre ganger går vi direkte i salaten og tenker etterpå at det var kanskje ikke så lurt. Vi er jo en hjelpende hånd, samtidig som vi er en kontrollør. Vår viktigste oppgave er å lage en trygg relasjon. Som gjør at de ser at vi vil dem vel.

En av helsesykepleierne trakk frem at mors bekymringer ofte dreide seg om såre bryster etter amming og sårt underliv etter fødsel, og at dette dermed ble hovedfokuset gjennom

hele besøket. Helseesykepleierne ønsket å imøtekomme de bekymringene familien selv hadde, og det var denne tilliten helseesykepleierne hadde til hensikt å skape. Da hjemmebesøket ofte er det første møtet med den nyetablerte familien var det spesielt vanskelig når uforutsette ting ble oppdaget på hjemmebesøk. En av helseesykepleierne fortalte om en opplevelse hun hadde på hjemmebesøket hvor kasser med tomme ølflasker stod i lagret i gangen. Dessuten hadde familien planer om å reise utenlands på ”harrytur”. Helseesykepleieren stilte seg spørrende til disse planene, og anbefalte familien til å vente til barnet var litt eldre. Etterhvert så helseesykepleier seg nødt til å melde familien til barnevernet. Da avskrev familien seg all kontakt med helseesykepleier. Denne opplevelsen helseesykepleieren gjenfortalte kan vitne om hva som kan skje om en helseesykepleier bryter tilliten familien har til helsestasjonen. Helseesykepleierne beskriver dette som en vanskelig oppgave å stå i.

..Så er det det med at når vi får informasjon som gir grunn til bekymring, så er vi nødt til å bryte tilliten. Det er en vanskelig utfordring å stå i. Men det er vi pålagte til.

Det er det vanskeligste oppgaven som helseesykepleier.

En av helseesykepleierne nevnte at det kunne være en fordel å bygge opp tillit, slik at foreldrene selv fortelle hva som er utfordrende for dem. For eksempel ved rusmisbruk. Samme helseesykepleier hevdet også at når man har fulgt flere barn av samme foreldre, har man en helt annen tillit. Mor kan noen ganger først åpne seg etter det tredje barnet. Da kan det kanskje komme frem at ektemannen drikker mer enn det som er bra.

Vår viktigste oppgave er å lage en trygg relasjon. Som gjør at de ser at vi vil dem vel. Da kommer det kanskje senere frem om det er utfordrende med for eksempel rus. Det å bygge opp tillitt.

For å unngå å skape mistillit mellom foreldre og helseesykepleier, fokuserte helseesykepleierne i større grad på å få til en refleksjon sammen med foreldrene, snarere enn å fortelle dem hva som er feil rusbruk. Ved å gjøre det på denne måten kunne helseesykepleierne lettere unngå en moralpreken om rusbruk. Samtidig vil relasjonen mellom helseesykepleier og foreldre opprettholdes. En av helseesykepleierne nevnte at

hun oppfattet at foreldrene noen ganger fortsetter refleksjon hjemme sammen med familie og venner.

*Så jeg tenker jo at det er viktig å ikke ha en sånn undertone at du **bør** ikke ta deg et glass vin, for hvis vi kommer med for mye sånn "bør-holdning" så stenger vi for den refleksjonen.*

Så får vi den refleksjon mellom dem, om hva alkohol gjør med dem og at de gjerne sier selv at det ikke er en god følelse når babyen er så liten og sånn. Men vi må passe oss litt for å gjøre samtalen på grensen til moraliserende.

Ja det er jo då du virkelig forebygge tenke eg. At de kan gå hjem å tenke. At de kan reflektere over dette med familien, hvordan de skal håndtere dette når det nærmer seg for eksempel jul og nyttår.

Utfordringene med å unngå å skape mistillit strakk seg også til hvordan å informere om skadevirkningene av rusbruken til foreldre ble lagt frem. Flertallet av informantene fortalte at informasjon om amming og samsoving var en fin anledning til å informere om rusbruk. Samtidig poengterte de at det ikke var den største prioriteringssaken på konsultasjonene, mest på grunn av tidsaspekter, men også på grunn av at det ikke var et naturlig fokus om det ikke er andre risikofaktorer som bygget grunnlag for bekymring rundt usunt rusbruk.

Første gang vi tar det opp er på hjemmebesøket etter fødsel.

Og da gjerne i forbindelse med amming og alkohol.

Jeg og pleier å ta det opp i forbindelse med at jeg snakker om amming

Jeg skal være helt ærlig at viss det i hele tatt blir nevnt er det i forbindelse med amming.

Når vi treffe familien for første gang, så er jo et av temaene trygg samsoving.

4.1.2 Dobbeltrolle

Samtidig som helsesykepleier skulle være en hjelpende hånd, en trygg relasjon og en i hjelpeapparatet du har tillit til, vekslet rollene mellom ”hjelpende hånd” og ”kontrollør”. En ordinær konsultasjon hos helsesykepleier er satt av til 30 minutt. På denne tiden skal helsesykepleier skape relasjon, veilede, kontrollere og være en hjelpende hånd. Det kan på mange måter se ut som en umulig oppgave - helsesykepleierne la ikke skjul på at de synes det var vanskelig. De har faste ting som skal tas opp ved hver enkel konsultasjon, og når disse tingene er gjennomgått er det lite tid til å starte refleksjon om rusbruken hos foreldrene.

Så jeg syntes rollen vår er vanskelig. Vi har veldig klare forventinger fra myndigheter om hva helsesykepleier skal avdekke. Og hvor tydelig hu skal være, SAMTIDIG hvor støttende hun skal være i forhold til familiene. Det er vanskelig. Ei dobbeltrolle. Vi skal være tydelige, samtidig de som heier på familien. Veileder og kontrollør.

4.1.3 Kulturforskjeller

Helsesykepleierne trakk frem *kulturforskjeller* som et utfordrende tema hvor det lett kunne oppstå mistillit. Disse utfordringene handlet både om språkbarriere og kulturforskjeller i form av at rusbruk oppfattes på ulike måter i ulike kulturer. Her kunne det oppstå mistillit ved at foreldrene oppfatter at helsesykepleierne moraliserer, og la seg opp i ting de ikke hadde noe med. Helsesykepleierne trakk frem utfordringen med å vite om en faktisk skal gå videre med det.

Det vanskeligste er de jeg ikke kan snakke norsk med. For jeg klarer jo ikke å formulere meg så godt på engelsk. Også kanskje har de en annen alkoholkultur enn de vi har.

Jeg prøve jo å ta det opp på en åpen måte, på en fin måte...men det er liksom to ganger jeg komme på nå, der jeg har blitt møtt med ekstrem motstand. Med diskusjon osv. Og då er det gjerne snakk om kulturforskjeller...at Norge har et moralistisk forhold te alkohol, der holdningen er at helsestasjonen ikke har noe

med hvor mye de drikker. Det gjør at jeg ble litt usikker på om jeg hadde sagt det på feil måte.

Ja, enig i at kulturforskjeller kan være vanskelig...der mor kanskje ikke liker det så godt, men at det er kultur, og vanskelig å si i fra...dette er vanskelig for oss helsesykepleiere, om det er noe vi skal gå videre med??

4.1.4 Mangel på retningslinjer

Helsesykepleierne svarte at de føler de har nok kunnskap om alkoholbruk og farene den kan utsette barnet for. En av helsesykepleierne påpekte at det er *noe* de likevel ikke gjør riktig.

Jeg tenke det har litt med at alkohol liksom er lovlig...mens vold er jo en liksom et overgrep , noe som absolutt ikke skal skje...alkohol er liksom litt på grensa. Hva er det som er innafor, og når blir det mye liksom... men det er jo noe som vi ikke får til... det er jo mange som barn som gruer seg til jul for eksempel.

Problemstillingen ønsket å belyse alle typer rusmidler. Helsesykepleierne påpekte at de hadde mest kunnskap om alkohol, og at de andre rusmidlene dermed kom litt i skyggen av dette.

Da er det jo alkohol vi tar opp, andre rusmidler er ganske mye vanskeligere å ta opp.

Det med at hasj er blitt veldig mye mer vanlig blant unge, det tror jeg vi har lite fokus på. For vi kan ikke så mye om det selv.

Ja, også er det ulovlig, så da er det en mye vanskeligere problemstilling. Med alkohol handle det jo mer om "hvor mye", mer drøfting

Det å ikke ha et retningslinjer på hva som er for mye, eller hvor mye og ofte et barn kan tåle at foreldrene er ruset opplevde helsesykepleierne som utfordrende. På denne måten kan ikke helsesykepleierne fortelle foreldrene hva som er riktig mengde eller hyppighet.

Men det finnes jo ikke noe fasitsvar, på hvor mye som er for mye liksom.

4.2 Avgjørende faktorer for å oppdage usunt rusbruk

4.2.1 Stressfaktorer

Jeg tenker at vi er veldig gode på det vi gjør. Det må jeg si. Helsesykepleiere er veldig gode på å se helheten. Vi ser familien som helhet, i alle de arenaene familien skal være på, økonomi, stressfaktorer, boligforhold, altså vi ser familien, vi spør familien om ting som gjør at vi kan kartlegge stressfaktorer.

For å kunne oppdage om mor og/eller far bruker mer rus enn det som er bra for barnet kan det være avgjørende med riktig kunnskap og kompetanse. De fire helsesykepleierne i den første kommunen hadde stort fokus på å kartlegge stressfaktorer generelt, i stedet for å gå direkte på symptomer på rusbruk. Denne måten å gjøre det på resulterte noen ganger i at rusmisbruk hos foreldre kunne komme frem etter å ha kartlagt alle de andre stressfaktorene. Den ene helsesykepleieren fortalte at stressfaktorer som dårlig bosituasjon, dårlig økonomi og arbeidsledighet kan skape stress hos foreldre som nettopp har opplevd å bli foreldre.

...hvis vi kommer på hjemmebesøk, og ser at det er en dårlig leilighet, og bekymringene begynner å vokse, og etter hvert kan det kanskje komme frem at mor har for eksempel angst, det er mange faktorer som spiller inn og sier kanskje noe om at denne familien...klassisk spørsmål "hvordan er det for dere med denne stressfaktoren og alle disse utfordringene" , da får man jo ikke svaret "jo jeg stresser ned med alkohol". Så det er jo ofte disse risikofaktorene (ytre) som gjør at vi kanskje blir enige med foreldrene om at de kan få hjelp fra

barnevernet, og mange er jo faktisk enig i dette, og andre er absolutt ikke enige. Og da blir det jo ofte bekymring til barnevernet. Da får vi kanskje i gang en ansvarsgruppe, med barnevernet, ppt kanskje helsesykepleier. så jeg syntes kanskje ikke det alltid er så lett å identifisere et rusproblem. Det er mer andre risikoer, som kan være en risiko for barnet.

En annen helsesykepleier i samme kommune fortalte at det å kartlegge stressfaktorer er noe av det mest grunnleggende på konsultasjonene. Dette blir gjort både på hjemmebesøk, når barnet er noen dager gammelt, men også når barnet blir eldre. Da kan helsesykepleier få et bilde av familien, ved å kartlegge hvordan familien håndterer stressfaktorene.

Det vi prøve å kartlegge og snakke om, spesielt den første perioden er hvilke stressfaktorer som finnes i denne familien, og kartlegge det, og det er jo det vi ofte gjør. Mange blir jo stressa fordi de har fått et barn. Og noen blir stressa rundt det å vite om barnet er sulten eller mett. Noen blir stressa fordi de slite med amming. Mange blir stresset fordi de har mange tanker.

Noen ganger kan rus være løsningen for å dempe stresset. Helsesykepleierne mente at dette i så fall kommer frem ved et senere tidspunkt. Gjerne etter at både barnevernet og PPT har iverksatt tiltak. Helsesykepleierne, spesielt i den første kommunen, kartla med andre ord mulige årsaker til rusproblemet *før* de visste om det var rus det handlet om.

4.2.2 Dårlig samspill

Dårlig samspill mellom foreldre og barnet deres skapte en bekymring hos helsesykepleierne. Ofte var det ikke snakk om noe konkret, men en følelse av at noe ikke stemte. To av helsesykepleierne svarte at *noe skurret* i samspillet mellom mor/far og barnet. Helsesykepleierne hadde vanskeligheter med å fortelle konkret hva de ble bekymret over i samspillet.

Du nevner samspillet mellom foreldre og barn, det gjør vi jo hver gang de er både på helsestasjonen og hjemmebesøk. Og da er det gjerne hvordan mor snakker OM barnet sitt det er vi opptatt av. Me spør ofte "fortelle meg om barnet ditt" og vi snakke mye om hvordan foreldrene opplever det når barnet sitt gråter, og hva de gjør de med det. Og om mor syntes gråtingen er vanskelig å takle, hva gjør de for å takle det ubehaget som de kjenner når barnet gråter og du ikke får trøste det. Og det med å ikke forstå hva barnet vil, at det og kan være frustrerende. Og om vi opplever at foreldre syntes det er vanskelig å forstå barnet sitt, så er jo dette en del av samspillet og som vi da følger ekstra opp. Og da kan det godt vær det komme frem at det har vært et rusproblem tidligere, men det er ikke det som "står fremst i pannen" og det som vi kanskje ikke får vite først, kanskje vi heller ikke får vite noe om det en gang.

Helsesykepleieren som fortalte dette, poengterer også på et senere tidspunkt i intervjuet at de ønsket at foreldrene skulle snakke om barnet sitt. Måten de snakker om barnet sitt på kunne si mye om hvilke type samspill det var snakk om. Blir det brukt et negativt ordlag i samtale om barnet kan helsesykepleier ha grunn til å bli bekymret.

Helsesykepleierne var stort sett enige i at dårlig samspill mellom foreldre og barn skapte bekymring. Samspillet mellom mor/far og barnet gav helsesykepleierne en dårlig følelse, i ettertid har det kanskje kommet frem at det var snakk om et rusproblem. Samtidig poengterte en av helsesykepleierne at rusproblematikk ikke var det første hun tenkte på da hu oppdaget et dårlig samspill mellom mor/far og barnet. Da var hun mer opptatt av å kartlegge barnets trivsel og velbehag.

Jeg har vel følt at det er et eller annet som skurre. Noe med samspillet, eller noe med...det er tre tilfeller jeg kan komme på hvor jeg har følt det har vært noe, men ikke helt forstått at det var snakk om rus. Men det har komt frem i ettertid at det var snakk om rus.

Helsesykepleierne fortalte at de er trente på å se helheten, oppdage et usunt samspill og kartlegge årsaker til dette. Samtidig svarte alle at 30 minutters konsultasjon med klare retningslinjer gir liten mulighet til å ta opp andre ting enn de ytre symptomene og bekymringene. De måtte med andre ord velge hva de ønsket å gå inn i. Tiden styrer mye

av hva man hadde mulighet til å gå inn i. Dessuten svarte en av helsesykepleierne i den første gruppen at:

Du skal ha ganske lang klinisk erfaring for å se alle aspektene”.

4.2.3 Manglede oppmøte

Tre av helsesykepleierne nevnte ”manglede oppmøte” som en faktor som kunne skape bekymring om for eksempel rusmisbruk. Bekymring starter gjerne etter at en familie har unnlatt å møte opp på konsultasjoner flere ganger.

De som avbestiller mange avtaler med helsestasjonene, eller utsetter og utsetter og utsetter.

Spesielt når det skjer dagen før eller samme morgen. Sekretæren vår har en rutine på å alltid spør hva som er grunnen til at du ikke kan komme, også noterer det. Altså viss det er en gang, så spør de jo ikke. Og mange sier automatisk hva som er grunnen til hvorfor de må avbestille timen så tett opp mot.

Den siste gruppen som ble intervjuet nevnte også dette med hyppige avbestillinger fra samme familie, som et uromoment.

og foreldre vett jo at helsestasjonen har en kontroll funksjon. Er jeg dopa i dag så ringer jeg og avbestiller. Det er jo alltid sånn at de kan lure seg unne konsultasjonene.

Også på denne helsestasjonen var det rutine at sekretæren spurte hva som var årsaken til årsaken. Helsesykepleierne fortalte også om bekymringen knyttet til de foreldrene som ikke benytter seg av helsestasjonen, og mente at det er mange mørketall rundt dette med rusmisbruk rundt barn.

4.3 Hva kunne gjort situasjonen bedre?

4.3.1 Kurs

Helsesykepleierne ble spurt om hva som kunne gjøre det lettere for dem å spørre og handle ved mistanke om rusmisbruk hos foreldre.

De fire helsesykepleierne i den første fokusgruppen mente at jevn tilførsel av ny kunnskap kunne gjøre situasjonen enklere for dem. På denne måten fikk de oppdatert kunnskap, men det ville også kaste lys på viktige tema, som ”glemmes” litt bort i en ellers hektisk arbeidshverdag.

Jeg tenker at det å ha kurstilbud jevnt og trutt, etter hvert som du har jobbet en stund også, er du mottakelig for ny kunnskap også, eller du trenger kunnskap for å tørre å gå dypere ned. Eller for å tørre å ta et skritt videre, du er jo ikke utlært liksom i kommunikasjon og så videre.

Den gode samtaler, de gode spørsmålene og det kan også være vanskelig. Få kursing i dette kanskje. Stille spørsmål på riktig måte, der det ikke skaper mistenksomhet men refleksjon.

Helsesykepleierne i fokusgruppe nummer to fortalte at de tidligere hadde hatt kurs i motiverende intervju. De fortalte at det hadde vært til god hjelp i vanskelige situasjoner hvor en måtte stille de riktige spørsmålene for å nå helt inn til foreldrene.

4.3.2 Stille de riktige spørsmålene til riktig tid

Når og hvordan helsesykepleierne skulle spør foreldrene om rusmisbruk når de hadde en mistanke, var et tema som ble beskrevet som utfordrende. Helsesykepleierne uttrykte frykt for å skape mistillit. De var redde for at foreldrene skulle låse seg om spørsmålet ble stilt på feil måte eller til feil tid. Flere av helsesykepleierne nevnte at spørsmål om rusvaner ikke var en naturlig del konsultasjonen. Dermed ble det gjerne slik at spørsmål om rus kom som lyn fra klar himmel. Igjen ble det nevnt at tiden hadde mye å si. Hver konsultasjon varer i underkant av 30 minutt, det var dermed vanskelig å få til en refleksjon rundt rusvaner sammen med foreldrene. Det noen av helsesykepleierne

nevnte som et fordelaktig tiltak var å inkludere spørsmål om rusvaner/misbruk inn i de ordinære spørsmålene som blir tatt opp på konsultasjonene. På denne måten kunne temaet blitt mer naturlige å ta opp for helsesykepleierne, og foreldrene ville nok på mange måter følt det samme. En av helsesykepleierne sa:

Inni denne smørbrødlisten kunne hatt et spørsmål om alkoholforbruket til foreldrene. Der de sier noe om forbruket, og da tror jeg foreldre hadde oppfattet det som "et av de faste spørsmålene.

På en av helsestasjonene hang det en plakat på venterommet hvor det stod om alkohol og dens påvirkning på barnet. På den andre helsestasjonen hang det ikke en slik plakat eller lignende som jeg kunne se. På helsestasjonen hvor det hang plakat på venterommet fortalte en av helsesykepleierne at de hadde fått en slik plakat på venteværelse isteden for å dele ut brosjyre til foreldrene på 8-månederskontroll. Etter at helsesykepleierne fortalte dette, blir kollegaene usikre, og to av dem hadde ikke fått med seg at de hadde sluttet å dele ut brosjyre. På helsestasjonen hvor det ikke hang plakat på venterommet delte de heller ikke lenger ut en slik brosjyre ved 8-månederskontrollen. Den samme informasjon ble i stedet sendt ut som e-post til foreldrene. Hensikten med å sende informasjonen på e-post var at foreldrene hadde mulighet til reflektere over temaet uten at helsesykepleier var tilstede. To av helsesykepleierne sa at de med fordel kunne hatt en brosjyre i papirutgave isteden for å sendt den ut som e-post:

Når vi har en sånn brosjyre så skjønner de at dette deler vi ut til alle.

Tidligere hadde vi en brosjyre som vi delte ut ved 8mnd kontroll, nå er denne gått over på mail. Det kan være fordel det altså. Men det jeg gjorde tidligere var at jeg tok frem denne og gikk gjennom den med foreldrene. "her er en brosjyre, hva tenker du om det og det? Og den ene brosyren het "hvordan mange glass tåler barnet ditt?" da sa jeg gjerne "Når jeg sier det, hva tenker du da?". altså hvordan mange glass tåler barnet sånn rent emosjonelt, har du tatt to glass vin vil de fleste barn merke at mor og far har forandret seg, spesielt litt eldre barn merker jo dette. Så da spør jeg gjerne om de har tenkt på dette, at barnet merker det etter bare to glass vin? Det å ha en brosjyre er veldig greit for da blir det sånn

”ok da skal helsesykepleier ta opp dette, og det er helt greit” nå er det litt sånn at spørsmålet kommer fra lyn til klar himmel.

En av helsesykepleierne foreslo:

Men jeg tenker at vi kan jo faktisk bare ta en brosjyre å ha liggende på kontoret. Og fortelle at denne har dere fått på mail. For det er jo lettere å ha en grunn til å ta det opp, isteden for å få foreldrene til å føle seg mistenkeliggjort.

De andre helsesykepleierne i denne fokusgruppen var enige i at dette er et enkelt gjennomførbart tiltak som kunne gjøre samtalen om rus enklere. I den andre fokusgruppen var det litt delte meninger om det deles ut brosjyre eller ei, men de var enige i at brosjyre kunne ha sine fordeler.

På spørsmål om det finnes verktøy eller hjelpemidler som helsesykepleierne kunne bruke på arbeidsplassen for å kartlegge rusbruk/rusmisbruk hos foreldre, svarte alle helsesykepleierne at de ikke kjente til dette.

Videre la helsesykepleierne frem at psykisk helse for noen år siden var et svært tabubelagt tema. Etter mye kampanjer, kursing og mer fokus på dette i helsesykepleierutdannelsen ble dette etterhvert et tema som var mer behagelig å prate med foreldrene om. Helsesykepleierne var enige i dette, og fortalte at det ikke lenger kostet dem så mye å ta opp psykisk helse med foreldrene.

En av helsesykepleierne trakk frem at det kunne være en fordel å snakke om rus i forbindelse med spørsmål om psykisk helse.

Det med dårlig psykisk helse og rus henger jo veldig tett sammen. Og når vi klarer å komme inn på dette med psykisk helse, kan det jo være lettere å snakke om rus, det er jo ikke sikkert det er snakk om rus altså, men vi vet jo at risikoen kan være der.

Nå koster det meg ikke så veldig mye å spør ”Du har hatt et liv før du blei mor , har du hatt noen psykiske problemer som du tar med deg i ditt nye liv? Eller noe slik, og da er det ganske mange som fritt forteller om ulike utfordringer, og i den

forbindelse kunne vi kanskje direkte spurt "har du hatt problemer med rus?"

Dette gjør vi ikke nå, hvert fall ikke jeg...

4.3.3 Økt tverrfaglig samarbeid

På spørsmål om hva helsesykepleierne gjør konkret når de fatter mistanke var svaret stort sett å melde til barnevernet. Etter dette var helsesykepleier ut av bildet, og fikk ikke vite mer om hvilke tiltak som hadde blitt satt inn eller om det hadde blitt satt inn tiltak i det hele tatt. I noen tilfeller var samarbeidet bra. I en av kommunene som deltok var det blant annet blitt opprettet et samarbeidsteam hvor én fra hver aktuell instans møttes sammen med familien. Det kunne for eksempel være helsesykepleier, PPT, barnevernstjenesten, barnehage/skole og den aktuelle familien. Helsesykepleierne som fortalte om dette teamet var positive til det og mente at det kunne bidra til økt tverrfaglig samarbeid, som er avgjørende for å få til de riktige tiltakene. Helsesykepleierne la ikke skjul på at det var vanskelig å se for seg at alle foreldre godtar at barnevernstjenesten trekkes inn i et slikt samarbeidsteam. Samtidig kan det være med på å dempe de negative fordommene mange har til barnevernstjenesten.

..og da kan vi hjelpe denne 4-åringen som vi "undrer" oss litt over. Dette er jo tverrfaglig, vi kan tenke høgt i lag. Og da kan jeg si hva jeg stusset over på konsultasjonen, hva jeg tenke. Og hva jeg tenker er utfordrende for barnet, også kan barnehagen si noe, og foreldrene kan presentere barnet sitt.

Eksemplet om samarbeidsteam i den ene kommunen viser at det finnes noe tverrfaglig samarbeid. Likevel mente helsesykepleierne at det ikke var optimalt. De trekker frem barnehager som en viktig arena for å kartlegge og oppdage tegn og symptomer på at noe ikke er som det skal være. En av helsesykepleierne trakk frem "levere og hente"-situasjonen som en viktig situasjon for å observere samspillet mellom foreldre og barnet. Et økt tverrfaglig samarbeid mellom helsesykepleier og barnehage kunne hatt fordeler.

Men da tror jeg det er vi som må ta kontakt med barnehagen, det er jo sjeldent omvendt.

Vi ser liksom et lite symptom her og der, også prøver vi oss gjerne med barnehager og skoler, også er de kanskje ikke enige, eller villige til å gå inn i et "samarbeid". Jeg har hvert fall opplevd dette på tverrfaglige møter at de andre ikke ser det som et "problem"

Det som gjorde at det ikke ble helt som jeg skulle ønske, var at barnevernet allerede var inni denne familien. Og jeg opplevde hvert fall at det var ikke noen dialog. Mellom meg på helsestasjonen og barnevernet. Og vi på helsestasjon fikk på en måte følelse av at vi måtte trekke oss litt bakpå. Liksom ikke komme å ødelegge deres "opplegg". Jeg syntes at dette gjorde at alt bare blei veldig vanskelig.

Helsesykepleierne la vekt på at arbeidet de gjør og tiltakene de iverksetter ikke har noen hensikt om det ikke finnes et tverrfaglig samarbeid. Og de fleste helsesykepleierne uttalte at dette kunne med fordel vært bedre.

I det følgende kapitlet vil jeg diskutere egne funn og tidligere presentert teori opp mot hverandre på bakgrunn av problemstilling.

5.0 Diskusjon

I kapitlet hvor funn blir presentert kan man se at helsesykepleierne vegrer seg for å ta opp tema som omhandler rus. Dette stemmer overens med tidligere undersøkelser. Helsedirektoratet sin veileder fra 2010 ”fra bekymring til handling” (Helsedirektoratet, 2010) skriver også at mange helsesykepleiere vegrer seg for å stille spørsmål relatert til rusvaner. Dette begrunnes med at symptomene ofte er vage og diffuse. Brandt et. al. (2010) omtaler rusrelaterte spørsmål som tabubelagte, samtidig som kunnskapen rundt temaet og samtalen er mangelfull. Helsesykepleierne som deltok i denne studie fortalte at de var urolige for å skape mistillit mellom foreldrene og helsestasjonen. Videre fortalte helsesykepleierne at konsultasjoner og hjemmebesøk stort sett omhandler andre ting enn spørsmål om rusvaner og informasjon om rusbruk. Selv fortalte helsesykepleiere at de i utgangspunktet var pålagt å informere om rusbruk på det første hjemmebesøket, men at realiteten var slik at det ofte ikke var tid eller anledning til det. Helsesykepleierne la også vekt på at når samtalen først inntraff, handlet den ikke om å moralisere, men snarere å få til en refleksjon sammen med foreldrene. Dette var noe helsesykepleierne i begge fokusgruppene la vekt på. Det kan med andre ord virke som dette er en effektiv måte å få foreldre til å selv snakke og fortelle om sine egne og de rundt sine rusvaner. På denne måten kan helsesykepleierne kartlegge foreldrenes rusvaner uten å virke moraliserende overfor familien. Røkenes og Hansen (2012) påpeker at som helsesykepleier i samhandling med barn og deres foreldre er det viktig å være i stand til å *etablere relasjon*, *vedlikeholde relasjon* og til sist *avslutte relasjon* på en god måte. Videre påpekes det at for at samtalen skal være fruktbar må en finne riktig timing, samt tilrettelegge omstendighetene for en god samtale (ibid). Ut i fra undersøkelsen som er utført kom det frem at helsesykepleierne fant det vanskelig å finne riktig tidspunkt for en samtale om rus. Både med hensyn til tidspress, og for at spørsmål om rus ikke skal komme ”fra lyn til klar himmel”. Samtidig kunne samtlige helsesykepleiere si seg enige i at samtalen om amming og samsoving var et passende tidspunkt for å samtale om rus. Dette antyder at helsesykepleierne har reflektert over *timing*en for en slik samtale.

Som nevnt påpeker helsesykepleierne viktigheten av å få til en refleksjon, her peker de på mye av det samme som Røkenes og Hansen (2012), ved å legge vekt på familiens opplevelse, følelser, ønsker og vilje. Dette kan vise at helsesykepleierne er bevisste på å

tilrettelegge for en fruktbar samtale rundt et vanskelig tema, slik Røkenes og Hansen (2012) påpeker.

For å oppsummere kan det virke som helsesykepleierne har en grei forståelse for samtalen rundt spørsmål og informasjon om rus. Frykten for å skape mistillit sitter dypt, samtidig som helsesykepleierne opplever at de har en slags dobbeltrolle hvor de skal skape relasjon, veilede, kontrollere og være en hjelpende hånd. Helsesykepleierne fortalte at foreldrene ofte har andre bekymringer, og at det da er det dette som blir prioritert på konsultasjonen. I praksis virker det som utfordrende å skape, vedlikeholde og avslutte relasjon på en god måte i en konsultasjon som i følge deltakerne varer i 30 minutter.

Lossius (2012) hevder at det er vanskelig å anslå når en persons rusinntak blir skadelig eller farlig, men at man står i fare for å utvikle et problem når rusen inntas på feil tidspunkt og på feil måte. Brandt og Grenvik (2010) hevder at det kan være vanskelig å definere et alkoholmisbruk med tanke på omsorg for et barn. En forelder kan gjerne ha et moderat forhold til alkohol, men samtidig kan barnet oppleve forelderen som uforutsigbar. Samtidig som det er nulltoleranse for alkoholinntak ved graviditet, finnes det ingen klare grenser mellom et normalt alkoholforbruk og risikofyllt alkoholforbruk etter fødsel. Derfor er det vanskelig å si noe om når alkoholforbruket blir risikofyllt (WHO). Samtidig er alkohol et lovlig rusmiddel som har økt i konsumering de siste årene, spesielt blant kvinner (Brandt et.al., 2010). Helsesykepleierne som deltok i fokusgruppene fant det utfordrende å informere om alkoholbruk etter fødsel når det ikke er noen klare tall for hva som er for mye. Helsesykepleierne sa at de anbefalte mor å vente til barnet var 6 uker, samtidig hadde de for vane si at *om* foreldrene skal drikke alkohol, skal det være i en planlagt situasjon slik at de vet at barnet har fått nok morsmelk. Også her påpekte helsesykepleierne viktigheten av å få til en refleksjon rundt mengde og hyppighet. Helsesykepleierne kan komme med anbefalinger og vise til brosjyrer, men når alt kommer til alt reagerer mennesker ulikt på alkohol samtidig som det ikke er ulovlig å verken kjøpe eller innta alkohol. Som også WHO skriver er det vanskelig å si når alkoholforbruket blir risikofyllt. Det kan virke som helsesykepleierne står overfor en vanskelig rolle med å avdekke et risikofyllt alkoholforbruk utenom konsultasjonene på helsestasjonen. WHO definerer alkoholkonsumet som risikofyllt når det kan være skadelig for den som konsumerer og de rundt. Ved bruk av alkoholenheter (AE) kan man til en viss grad få oversikt over om alkoholkonsumet er normalt/liten

risiko (grønn sone), økende fare for å utvikle helseskade/bekymringsfull alkoholkonsum (gul sone) eller stor fare for å utvikle helseskade (rød sone). Dette er illustrert i en tabell i kapittel 2. Tabellen kan være med på å gi en indikasjon av hva som er ”for mye”, men samtidig påpeker Brandt et.al. (2010) at et barn kan oppleve forelderen som uforutsigbar etter bare et moderat inntak av alkohol. Dermed kan bruken av en slik type tabell tilsynelatende være lite hensiktsmessig for helsesykepleierne å bruke da fokuset hos helsesykepleierne er alkoholens påvirkning på barnet.

På spørsmål om ulike verktøy og hjelpemidler svarer alle helsesykepleierne at de ikke kjenner til noen av disse. I kapittel 2 redegjør jeg for ulike kartleggingsverktøy: TWEAK, AUDIT og DUDIT. Disse har til hensikt å lette kartleggingsprosessen for helsepersonell. Under fokusgruppeintervjuet nevnte jeg ikke de spesifikke verktøyene, selv om jeg på forhånd hadde forforståelse for dem. Jeg kan dermed ikke konkludere med at helsesykepleierne ikke kjente til dem. På grunn av at disse tre, eller andre verktøy, ikke ble nevnt i gruppen går jeg likevel ut i fra at det ikke brukes kartleggingsverktøy systematisk på helsestasjonene som deltok. Med tanke på utfordringene de står overfor kan det tenkes at disse verktøyene kunne vært et nyttig hjelpemiddel.

Videre må det påpekes at helsesykepleierne rettet særlig fokus på alkohol under fokusgruppen. Andre rusmidler kom litt i skyggen av dette. Begrunnelsen var at andre rusmidler, som for eksempel cannabis, er ulovlige, og at kunnskapen om de illegale rusmidlene er mer mangelfull. Det ble også uttrykt at dette var enda vanskeligere å ta opp med foreldrene. Fekjær (2009) hevder at cannabis er det mest brukte illegale rusmidlet i Norge. Jeg anser på bakgrunn av denne påstanden at kunnskap om cannabisbruk i kombinasjon med et familieliv som viktig.

Foreldres rusbruk kan ha store konsekvenser for barnet, både med tanke på utvikling av egne rus- og psykiske problemer, samspillet med foreldre, atferdsproblemer og sosiale problemer (Hansen, et.al., 2008). I veilederen (ibid.) presenteres en rekke likheter mellom barn som vokser opp med foreldre som ruser seg. Disse barna kan uttrykke tristhet, angst, manglene mimikk, manglende konsentrasjon, motorisk uro, manglene sosiale ferdigheter (ibid.). Ut i fra denne veilederens påstander kan det se ut til at

helsesykepleierne bør ha en viss kunnskap for hva rusmidlene kan gjøre med den som inntar rusmidlet, men også hvordan det kan påvirke barnet.

Det kan virke som helsesykepleierne syntes det var utfordrende å finne konkrete holdepunkt for hva som var bekymringsverdig i samspillet mellom foreldre og barn. Samtlige helsesykepleiere svarte at en dårlig magefølelse eller følelse av at noe ikke stemte, eller at noe skurret, økte bekymringen for om det kunne være noe mer, for eksempel rusmisbruk. Brandt et.al. (2010) påpeker at barn som blir utsatt for et dårlig/manglende samspill vil utvikle emosjonelle forstyrrelse, problemer i sosiale situasjoner og atferdsproblemer. På barnet kan dette ses ved at det ikke søker foreldrene på samme måte som andre barn, dessuten unngår barnet ofte øyekontakt. I tilfeller hvor rusbruken ikke er kjent kunne samspillet mellom barn og foreldre skape en viss uro hos helsesykepleierne (ibid.). Dette stemmer overens med det helsesykepleierne fortalte i fokusgruppen. Videre påpeker Brandt et.al. (2010) at et rusmisbruk kan være vanskelig å oppdage, fordi foreldre kan være svært flinke til å skjule sitt misbruk.

Helsesykepleierne fortalte at foreldrene nok ikke kommer ruset til konsultasjon, da ringer de heller å avlyser timen. Med dette som begrunnelse kan jeg på mange måter skjønne helsesykepleiernes utfordring med å oppdage et ukjent rusmisbruk med bakgrunn av det de kan observere på konsultasjonene. Samtidig forteller helsesykepleierne i begge fokusgruppene at sekretæren har for vane å spør foreldrene om begrunnelse for hvorfor de avlyser timen.

Helsesykepleierne som deltok i fokusgruppene hadde særlig fokus på potensielle stressfaktorer. En av helsesykepleierne la vekt på økonomi, dårlige boforhold og arbeidsledighet som stressfaktorer hun særlig fokuserte på. Etter å ha kartlagt potensielle stressfaktorer ble formålet å kartlegge hvordan familiene håndterte stressfaktorene, da kan det noen ganger komme etterhvert frem at foreldrene misbruker rus. Sjøvold et.al. (2015) skriver at det å få barn i seg selv enten kan være en motivasjonskilde eller en stressfaktor. På mange måter kan vi si at helsesykepleierne mener mye av det samme. Ved å kartlegge de ulike stressfaktorene familiene har, anses det som lurt å også kartlegge håndteringene av stressfaktorene, og om familien anser familieforøkelsen som motivasjonskilde eller en stressfaktor. Familier som viser flere risikofaktorer samtidig betegnes som en risikofamilie (Brandt et. al., 2010). Risikofaktorer er miljømessige eller individuelle faktorer som påvirker barnets

sårbarhet negativt. Risikofaktorer påvirker et barn på ulike måter, men det er stor sannsynlighet for at jo flere belastninger et barn har, desto sterkere negative konsekvenser vil risikofaktorene gi (ibid). Risikofaktorer som helsesykepleierne beskrev kunne være dårlig økonomi, dårlig boforhold og arbeidsledighet - med andre ord *ytre* risikofaktorer slik Nordahl et.al. (2006) beskriver det. I følge Nordahl et.al. (2006) kan risikofaktorer føre til psykososial påvirkning senere i livet, men med blant annet samfunnsstøtte kan skadeomfanget minimeres. Om vi anser helsestasjon- og skolehelsetjenesten som en samfunnsstøtte kan vi anta at de har mulighet til å minimere skadeomfanget, til tross for flere risikofaktorer.

Helsesykepleierne fortalte at hjemmebesøk var en viktig arena å møte familiene på. Familiene skal alltid ha hjemmebesøk etter fødsel. Får de ikke dette skal det begrunnes. Helsesykepleierne kan få et klarere bilde av familien som helhet på familiens hjemmearena. Det kan virke som helsesykepleierne kan få et klarere bilde av stressfaktorene på hjemmebesøk, og at de allerede her starter med kartleggingen av potensielle stressfaktorer. Fokus på rusmisbruk allerede på første hjemmebesøk kan være avgjørende for å avdekke utilfredsstillende forhold for barn tidligst mulig. Dette viser også *Tysværprosjektet* (Isdahl, et.al., 2011), hvor tallene på barn som bodde hos voksne som misbrukte rus gikk ned ved å fokusere på rusbruk og dele ut brosjyre på første hjemmebesøk (ibid.).

Helsepersonelloven §10a skal sikre at barn av foreldre med blant annet rusmiddelavhengighet skal få dekket behovet for informasjon og få nødvendig oppfølging (Helsepersonelloven, 2010). Først og fremst gjelder plikten helsepersonell som er ansvarlig for behandling av syke foreldre/omsorgspersoner, det vil først og fremst gjelde leger og psykologer. Likevel er alt øvrig helsepersonell pliktig til å finne ut om situasjonen er klarlagt og melde fra om behov som er fanget opp (Helsedirektoratet 2010). Det vil med andre ord si at helsesykepleiere som går under "øvrig helsepersonell" er pliktet til å finne ut om situasjonen er kartlagt og melde fra om behov som er fanget opp. Helsesykepleierne fortalte at jordmødrene under svangerskapet er gode på å kartlegge rusbruk, og at dette er et eget punkt i svangerskapspapirene. Når jordmødrene og/eller fastlegene har kartlagt rusvaner og eventuelt rusmisbruk under svangerskapet, og helsesykepleierne vet dette, har helsesykepleierne gjort det de er pliktet til ifølge loven (Helsepersonelloven, 2010).

For å kunne legge til rette for at helsepersonell skal kunne yte plikten i §10, sier helsepersonelloven (2009) §25 i tredje ledd at helsepersonell kan dele taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell så fremt ikke pasienten motsetter seg det. Dersom jordmor og/eller fastlege har mistanke om at rusmisbruk kan gå utover barnet er det pliktet til å melde fra til barnevernet, men bestemmelsen tilsier at jordmor kun kan gi informasjonen videre til helsesykepleier såfremt mor ikke motsetter seg. På den ene siden kan det virke som dette er informasjon helsesykepleierne burde hatt, med tanke på at det ikke finnes noen garanti for at jordmor/fastlege har kartlagt ”godt nok”, dessuten kan helsesykepleier oppdage nye symptomer og bekymringer som hun kan anta allerede er kartlagt. På den andre siden virker det som familiene blir ivaretatt med tanke på egne ønsker og behov. Til sammenligning anså helsesykepleierne som deltok i fokusgruppen situasjonen som utfordrende når de selv meldte fra til barnevernet, og ikke fikk tilbakemelding på hvilke tiltak som var igangsatt eller om det var blitt igangsatt noen tiltak i det hele tatt. På samme måte anså helsesykepleierne det som utfordrende at barnehagen ikke hadde rutiner for å kontakte helsestasjonen ved observasjoner som blir gjort i barnehagen. Selv oppfattet de seg selv som flinke til å ta kontakt med de andre instansene og være åpen om et samarbeid. Helsesykepleierne la vekt på at et tverrfaglig samarbeid kunne lettet situasjonen, på den måten at det ville vært lettere å sett en helhet med et tverrfaglig blick på situasjonen. Videre hevdet de at tiltak de igangsetter hadde liten hensikt om det ikke finnes et tverrfaglig samarbeid. Som en reaksjon på dette har den ene kommunen startet et tverrfaglig samarbeidsteam, med fokus på å danne et helhetlig tverrfaglig blick over en bestemt situasjon. Med bekreftelse og deltakelse av den aktuelle familien vil det da bli opprettet et samarbeidsteam med tanke på å hjelpe en bestemt familie med bestemte utfordringer. På mange måter kan det virke som at noe positivt er på gang i denne kommunen, med bakgrunn i det helsesykepleierne forteller.

Til sammenligning er Forbyggende familieteam et tilbud til gravide og småbarnsforeldre som sliter med psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblemer. (Lindboe, et.al., 2013). Teamet gir oppfølging til familiene med tanke på omsorg for barna og familiesituasjonen ellers. Teamet er plukket ut for å gi bredest mulig tverrfaglighet, noe som har gitt positivt utslag for familiene. På samme måte konkluderte også *Tysværprosjektet* (Isdahl, et.al. 2011) med at tverrfaglig samarbeid innad i kommunen er avgjørende for å få til tiltak. Også mor-barn-prosjektet

(Henriksen, 2012) konkluderte med at det var nødvendig med styrkede rutiner i det tverrfaglige samarbeidet. Det virker som det tverrfaglige samarbeidet er positivt for sårbare familier, både med henvisning til tidligere utførte studier, men også basert på det helsesykepleierne uttalte. Likevel var det bare den ene kommunen som kunne fortelle om et nyopprettet samarbeidsteam. Det kan med andre ord virke som det er kommunale ulikheter som avgjør om du får et slikt type tilbud eller ei.

Helsesykepleierne hevdet at de jevnlig fikk tilbud om kurs som omhandler temaet. Den ene fokusgruppen trakk frem ”motiverende intervju” som et nyttig hjelpemiddel for vanskelige samtalen, for eksempel ved mistanke om rusmisbruk. Dette var noe denne helsestasjonen hadde fått tilbud om, og benyttet seg av. Det kan virke som helsesykepleierne fikk noe kurstilbud, og at dette opplevdes som nyttig. Selv om det var vanskelig å kartlegge hvilke kurs helsesykepleierne konkret fikk tilbud om, tenker jeg at dette er noe som er verdt å ta med videre. Både *mor-barn-prosjektet* (Henriksen, 2012) og *Tysværprosjektet* (Isdahl, et.al., 2011) konkluderer med at kompetanseheving var av avgjørende faktor for å oppdage skadelig rusbruk hos foreldre tidligst mulig. Det nasjonale tiltaket ”Kompetanseløftet 2020” (Heskestad, Korsvold, Solsvik & Tønnessen, 2017) skal hjelpe kommunene til mer helhetlig kommunale helse- og omsorgstjenester. Med hjelp av dette tiltaket skal alle helse- og omsorgstjenestene i kommunen samles i en felles plan. Dette innebærer en styrket ledelse, kompetanseheving i alle yrkesgrupper, styrke videreutdanningene, bidra til faglig utvikling med for eksempel kursing (Heskestad et.al., 2017).

For at helsesykepleierne skal kunne oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig er det avgjørende med nok og riktig kunnskap og kompetanse (Helsedirektoratet, 2010). Helsesykepleierne utrykte at de jevnlig får tilbud om kurs som kompetanseheving. Helsesykepleierne opplevde tidligere at det var vanskelig å snakke om psykisk helse med foreldre. Etter kurs, nasjonale føringer og økt fokus på psykisk helse hos foreldre, har samtalen om psykisk helse blitt mer naturlig og lettere å ta. Opptrappingsplanen 2020 poengterer også viktigheten av kompetanseheving. På samme måte oppfordrer også *Tysværprosjektet* (Isdahl, et. al. 2011), studien til Penny et.al. (2011), Brandt et.al. (2012) Helsedirektoratet (2010) og Kvello (2010) til økt kompetanse om rus og håndtering av bekymring, som viktig. Med bakgrunn i dette kan man anta at et økt fokus på tematikken vil normalisere det å samtale om rusvanene til foreldre – på samme

måte som økt fokus på psykisk helse gjorde samtalen om psykisk helse lettere. Det tyder på at økt fokus på temaet i tillegg til kompetanseheving er av avgjørende faktor for å oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig.

Helsesykepleierne hadde som formål å informere om rusbruk allerede på hjemmebesøk. Ofte var det slik at denne informasjonen ikke ble gitt fordi andre ting heller ble prioritert. Helsesykepleierne antyder at de kunne hatt behov for lengre konsultasjoner og færre faste punkter på listen over hva som skulle gjennomgås på konsultasjonene.

6.0 Kritisk tilbakeblikk på studien

Studier kan sjelden generaliseres (Johannessen et.al. 2009). Denne studien er ikke omfattende nok til at jeg kan påstå at den er generaliserbar. Jeg vil likevel hevde at den belyser hvilke rutiner og kompetanse helsesykepleiere på de deltakende helsestasjonene hadde, og i hvilken grad de fungerer eller ikke fungerer. Studien kan også gi en indikasjon på hva som kunne vært bedre. Det kunne vært hensiktsmessig og fruktbart for studien å inkludert et større utvalg av informanter. Dette kunne bidratt til en større mulighet for generalisering. Samtidig var ikke studien ment for å gjelde populasjonen utenom utvalget. Jeg kunne med fordel levert ut et mer utfyllende informasjonsskriv til deltakerne, eller på andre måter sikret meg at deltakerne ville være godt forberedt på hva fokusgrupper var, og hva jeg ønsket å finne mer ut av. Jeg opplevde nemlig at flere av deltakerne hadde med seg permer med prosedyrer og retningslinjer. Jeg var ute etter å høre om erfaringene, tankene og opplevelsene til helsesykepleierne, ikke retningslinjer og prosedyrer. Dette måtte jeg bruke tid på å forklare under intervjuet. Denne mulige svakheten er noe som ble rettet opp i, men i en optimal intervjusituasjon burde dette blitt avklart tidligere, for at deltakerne kunne vært best mulig forberedt. En annen svakhet kan være uerfarenhet rundt bruk av intervju som metode. Jeg opplevde at det var en god atmosfære under begge fokusgruppeintervjuene, jeg utførte intervjuene som planlagt, og hadde aktuelle oppfølgings spørsmål nedskrevet så jeg ikke skulle glemme noe. Sett i lys av det jeg planla med bakgrunn av metodevalg og veiledning anser jeg likevel fokusgruppeintervjuet som godt gjennomført.

7.0 Forslag til videre forskning

Den gjennomførte studien kan anses som en inspirasjon til videre forskning. Basert på tidligere forskning viser undersøkelser at det er nødvendig med rutiner og kompetanse for å oppdage et rusproblem hos foreldre til barn tidligst mulig. Helsesykepleierne som deltok hevdet at de fikk tilbud om kurs for å heve kunnskapsnivået omkring tematikken. Likevel kan det virke som helsesykepleierne manglet noe kunnskap og rutiner rundt selve dialogen, og om nyere rusmidler som for eksempel cannabis. Forslag til videre forskning vil være å se videre på dette, hvilken kunnskap helsesykepleierne konkret mangler og om kurstilbudet egentlig er godt nok. Innenfor en større tidsramme kunne en slik studie med fordel inkludert flere informanter i ulike landsdeler. På denne måten ville man kunne kartlegge om det finnes nasjonale ulikheter i hvorvidt rutinene og kunnskapen eksisterer, eller hvordan de benyttes av helsesykepleierne. For å se på problematikken fra et annet perspektiv ville det være interessant å inkludere *brukerne* av helsestasjonen. De kunne også bidratt med forståelse for hvordan rutinene fungerer i praksis.

8.0 Konklusjon

Studien har undersøkt hvilken betydning rutiner og kompetanse har for å oppdage rusmisbruk tidligst mulig. Helseesykepleierne utrykte vilje og forståelse for rusmisbrukets alvorlig konsekvenser for barnet. Det helseesykepleierne fortalte antydte på mange måter at arbeidshverdagen er preget av lite tid og mye på agendaen. Helseesykepleierne utrykte at de ikke nødvendigvis prioriterte å samtale om rusrelaterte temaer med foreldrene. Noe som begrunnes med korte konsultasjoner og mye annet som skulle gjennomgås. Dette gir på mange måter et svar til problemstillingens første forskningsspørsmål, som ønsker svar på hvilke utfordringer helseesykepleierne står overfor. Videre var helseesykepleierne opptatt av å legge opp til refleksjon sammen med foreldrene, i stedet for å gi moralpreken. Samtidig prøvde helseesykepleierne å gå inn i rusrelaterte samtaler i passende tidspunkt, som i forbindelse med amming og samsoving. Dette viser at det fantes noen form for rutiner for tilrettelegging for samtale.

Særlig hjemmebesøk ble nevnt som et viktig tiltak for å kartlegge foreldrenes rusbruk. Her ble det dessuten delt ut en brosjyre om alkoholbruk, også ansett som et tiltak. Med bakgrunn i det helseesykepleierne fortalte kan det virke som helseesykepleierne har god forståelse for tematikken. Videre nevnte de at jevnlig tilbud om kurs omkring tematikken oppleves som en viktig bidragsyter for trygghet og økt kunnskap. Til tross for vilje, forståelse, jevnlig tilførsel av kunnskap, finnes det tegn på at kompetansen og rutinene ikke er tilstrekkelige for å kunne oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig. Helseesykepleierne omtalte temaet som svært viktig, samtidig som de etterlyste flere verktøy og rutiner for hvordan dialogen mellom helseesykepleier og foreldre skulle foregå, uten å skape mistillit. Det kan med andre ord virke som det mangler en oppskrift på god og fruktbar dialog. Rutinene, spesielt med tanke på det tverrfaglige samarbeidet, var uklare for informantene. Noen av informantene viste til en nyoppstartet tverrfaglig samarbeidsgruppe, noe som antyder at problematikken rundt usikkerheten om tverrfaglig samarbeid allerede har fått noe oppmerksomhet.

På bakgrunn av funn og teori kan det virke som rutiner og kompetanse er avgjørende for å kunne oppdage rusmisbruk hos foreldre tidligst mulig, men også for at helseesykepleierne skal oppleve trygghet i samtaler om rusvaner til foreldrene.

9.0 Litteraturliste

Brandt A.E., Grenvik T.H. (2010) *Med barnet i sentrum*. Oslo: kommuneforlaget.

Christoffersen L., Johannessen A., Tufte P.A., Utne I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Opplag 1. Oslo: Abstrakt Forlag.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fekjær H.O. (2009) *RUS – bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Figur 1: WHO`s definisjon av grenseverdiene i forhold til alkohol pr uke. Hentet fra:
<http://tidligintervensjon.no/Tema/Voksne/Identifisering/Grunn-til-bekymring/Hva-er-risikofylt-forbruk/>

Halkier B. (2010). *Fokusgrupper*. 1.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hansen, F.A. (1990). *Rusmiddelmissbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan det få for barn?* Borgestadklinikken. Publisert første gang i Tidsskrift for Norsk Psykologforening 27/91. ISBN 82-90354-19-3.

Hansen, M.B., Jacobsen, H. (2008) *Spedbarn- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus*. Oslo: RBUP, Hentet fra
[http://www.rbup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/\\$file/Tiltak42.pdf](http://www.rbup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/$file/Tiltak42.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet . (2012). Hentet fra St.mld 30 - se meg:
<http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDD/PDFS> . Pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Helsesykepleier blir helsesykepleier*. Hentet fra regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsesoster-blir-helsesykepleier/id2610855/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2015-2016)*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet (2010) *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet..* (Veileder 15-1742) hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/339/Fra-bekymring-til-handling-IS-1742.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Hva er risikofylt forbruk?* Hentet fra tidligintervensjon.no:
<http://tidligintervensjon.no/Tema/Voksne/Identifisering/Grunn-til-bekymring/Hva-er-risikofylt-forbruk/>
- Helseforskningsloven (2008), Kapittel 2-4. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.* (LOV-2008-06-20-44) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven (2009). § 25. *Opplysninger til samarbeidende personell.* (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§5
- Helsepersonelloven (2010) §10a. *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken.* (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§5
- Henriksen, V.W (2012). *Bedre hjelp til barn av mødre med rusproblemer.* Tidsskrift for helsesykepleiere 1:2012.
- Heskestad S., Korsvold L., Solsvik A., Tønnessen C.N. (2017) *Kompetanseløft 2020 oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017.*(Helsedirektoratet Rapport IS-2560) Oslo Helsedirektoratet.

- Isdahl V. J., Amundsen J., Netland B. (2011) *Tysværprosjektet; Barn som blir skadelidende av foreldres rusmiddekkbruk*. Akسدal: Korus Stavanger, Helsefonna og Tysvær kommune.
- Jacobsen D.I., (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Oslo: Cappelen damm Akademisk.
- Johannessen A., Tufte P.A., Christoffersen L. (2009). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4.utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. 1.utg. Oslo: At notam Gyldendal.
- Kvale S. Brinkmann S., (2015) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvillo Ø. (2010) *Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lindboe B., Kuffås E., Karlsson B., (2013) *Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier – samhandlingens betydning*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol.10 nr. 4 2013. Hentet fra https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/file/pdf/63641164/tidlig_intervensjon_for_utsatte_gravide_og_smaabarnsfamilier.pdf
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of Caring Science* 18(2):145-153
- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2016, 04 26).
Snakk om rus. Hentet fra kartleggingsverktøy: <http://www.snakkomrus.no/>
- Nordahl, T., Gravrok Ø., Knudsmoen H., Larsen T. M. B., og Rørnes K. (red.) (2006).
Forebyggende innsatser i skolen. Rapport fra forskergrupper nedsatt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier. Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet.
- Penny R., Pratt J. (2011) *The trial and evaluation of a clinical pathway for parents with substance use issues*. Neonatal paediatric and child health nursing journal. Volume 14 Number 3 – November 2011. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=78c98f36-7d4a-44cf-b439-94536f607a2d%40sdc-v-sessmgr04>
- Redd Barna. (2016). *BARNEKONVENSJONEN*. Hentet fra Redd Barna: <http://www.reddbarna.no/vaart-arbeid/barns-rettigheter/barnekonvensjonen>
- Rossow, I., Moan, I. S. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere- hvor mange er de og hvordan berøres de*. SIRUS 9/2009
- Røkenes O.H., Hanssen P. (2012) *Briste eller bære – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. Utg. Bergen: Bokforlaget.
- SIRUS. (2016). *Rusmidler i Norge*. Hentet 02.03.2019 fra Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rusmidler_i_norge_2016.pdf
- Sjøvold, M.S. & Furuholmen, K.G. (2015) *De minste barnas stemme – utredning og tiltak til risikoutsatte sped- og småbarn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesten (2009) § 3-7a. *Om barneansvarlig personell mv.* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Spilhaug, G. (2019, 27 mars) *Skadelig bruk av rusmidler*. Hentet fra store norske leksikon. https://sml.snl.no/skadelig_bruk_av_rusmidler

Suchman, Pajula, DeCoste & Mayes (2006) *Parenting Interventions for Drug-Dependent Mothers and Their Young Children*. *Us national library of medicin, national institute of health*.55 (2), 211-226 Doi: 10.1111/2.17413729200600371

Sundfær, A.(2012). *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thagaard T. (2013) *systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Torvik S.A. & Rognmo K (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk – omfang og konsekvenser*. (FHI-rapport nr 2011:4) Oslo: nasjonalt helseinstitutt.

10.0 Vedlegg

10.1 Intervjuguide

(Spørsmålene og temaene er utarbeidet ut i fra de 3 elementene som anses som viktig i arbeidet om tidlig intervensjon i veilederen "fra bekymring til handling").

Oppdage rusmisbruk, Rutiner for å oppdage at foreldre bruker mer rus enn det som er bra.

1. Hvilke tanker har dere om småbarnsforeldre og rusmiddelbruk?
2. Har det hendt at dere blir mistenksomme på at noen bruker mer rus enn det som er bra? Fortell om denne situasjonen.
3. Hvilke signaler gjorde at dere ble mistenksomme? *(Signaler både fra mor/far og barn)*
(Underspørsmål: kan det være noe med samspillet mellom mor og barn som gjorde at dere ble mistenksomme? Er det noen signaler hos kun barnet som gjør at dere blir mistenksomme?)
4. Om mistanken viste seg å stemme, hvordan ble da svarene håndtert?
5. Hvordan er rutineene på dette her? *(Underspørsmål: Finnes det noen form for tiltakskjede feks? Finnes det rutiner som gjør at dere ikke trenger å være alene om "situasjonen", Hvordan håndteres situasjonen i en ellers travel jobbhverdag?)*

Fortell om noen konkrete opplevelser. Egne erfaringer!

Tørre å spørre, trygghet i samtalen/kommunikasjon.

1. Hvordan oppleves det å samtale med foreldre om deres rusbruk? (hvilke følelser får dere, er dere redd for reaksjonen fra foreldrene?) HVORFOR DET?
2. HELT KONKRET, hvordan foregår samtalen med foreldre hvor dere har en mistanke om at en av foreldrene bruker mer rus enn det som er bra?
3. Mange vegrer seg for å ta opp rusrelaterte problemer. Er dette kjent for dere? Hva tenker dere skal til for at dere skal føles tryggere å samtale med foreldre om vanskelige temaer?
4. Blir det brukt verktøy eller hjelpemidler på arbeidsplassen for å ta opp temaet om rusmisbruk hos foreldre? Hvordan fungerer dette? HVIS IKKE: Har dere kjennskap til ulike verktøy som finnes? Hvilke da?

Tidlig intervensjon. Hvor tidlig blir misbruket av rus oppdaget, og hvor raskt blir tiltak satt i gang.

1. Hvilke rutinemessige tiltak finnes det her for å oppdage rusmisbruk **tidligst mulig**?
(Skjema som følges punktvis? Hvor tidlig starter det?)
2. Hvilke rutinemessige tiltak finnes det for å handle på grunnlag av bekymringene, slik at det skal gå fortest mulig?
3. Utfører dere hjemmebesøk? Hvor ofte? På hvilken måte tenker dere at dette kan være en naturlig situasjon for å kartlegge foreldres rusvaner tidligere enn ellers? Hvordan foregår dette helt konkret, hva ser dere etter, hva sier dere?
4. Fortell hva dere tenker om tverrfaglig samarbeid/samhandling. I hvilken grad samarbeides det?

Kompetanse/kunnskap

1. Hvordan vil dere beskrive deres/helsesykepleiere sin rolle/ansvarsområde i arbeidet med å oppdage, gripe inn og handle på grunnlag av en bekymring?
2. Føler dere at dere har nok kompetanse/kunnskap til å oppdage et rusmisbruk hos mor eller far? Hvilke faktorer tenker dere er viktige å kunne noe om?
3. Hvilke andre refleksjoner har dere i forhold til kompetanse og kunnskap med tanke på tidlig intervensjon?

Avslutning:

1. Andre ting dere mener er viktig i å ta med som ikke er nevnt tidligere i intervjuet?

10.2 Forespørsel om deltakelse i prosjekt i forbindelse med masteroppgave

Hei.

Mitt navn er Helene Dahlseng Røsbak, jeg tar en master i Helsevitenskap med fordypning i rus ved Universitet i Stavanger. Tema for oppgaven er barn som pårørende til foreldre som ruser seg. Jeg er nysgjerrig på hvordan helsesykepleiere bruker sin kunnskap og kompetanse til å oppdage et rusrelatert problem hos mor eller far. Jeg er også nysgjerrig på helsesykepleierens egen oppfatning rundt utfordringene som kan oppstå i møtet med mistanke om rusmisbruk hos foreldre. Grunnen til at jeg har valgt helsestasjon som forskningsarena er at jeg anser helsesykepleiere som godt kvalifiserte fagpersonell. Her har man muligheten til å treffe mor/far og barn i et tidlig tidspunkt.

Jeg ønsker å oppklare og finne svar ved hjelp av fokusgruppeintervju. Jeg ser for meg en fokusgruppe med 4-8 helsesykepleiere. Jeg vil benytte meg av lydopptak, dette er kun til bruk knyttet til oppgaven. Jeg er underlagt taushetsplikt og forskningsetiske retningslinjer som innebærer at identifiserbar informasjon alltid vil oppbevares nedlåst mens prosjektet foregår, og vil bli destruert etter endt prosjekt. Det er også viktig å poengtere at informantene og institusjonen vil anonymiserer, og at deltakerne når som helst kan trekke seg fra studien uten konsekvenser.

Har du spørsmål i forbindelse med studien kan jeg nåes på e-post:

helenerosbak@icloud.com eller på telefon 97021986. Nederst på siden ligger samtykkeskjema, det er ønskelig at disse blir signert og levert på intervjudagen.

Jeg har mottatt og lest informasjonsskrivet om masterstudien med intervju høst 2018. Jeg vet hva det innebærer å være deltaker i studien.

Jeg samtykker til å delta på intervju i masterstudien.

Navn:

Dato/sted:

Underskrift:

Telefonnummer:

