

Kandidatnummer: 5152

BBABAC-5-22V Bacheloroppgave med forskningsmetode

Barn som pårørende til psykisk syke og rusmisbrukere

En litteraturstudie



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i barnevern

Universitet i Stavanger - mai 2022

Kandidat: 5152

Antall ord: 11305

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valgt tema	4
1.2 Presentasjon av problemstillingen og formål med oppgaven.....	5
1.3 Avgrensninger i forhold til problemstilling.....	5
1.4 Begrepsavklaringer	6
1.4.1 Psykisk lidelse.....	6
1.4.2 Barn som pårørende	6
1.4.3 Primærhelsetjenesten	6
1.4.4 Spesialisthelsetjenesten:.....	6
2.0 Faglig kunnskap	7
2.1 Risikofaktorer	7
2.2 Beskyttelsesfaktorer og resiliente barn.....	9
2.3 Hjelpetilbud blant barn som pårørende til psykisk syke eller rusavhengige foreldre.....	9
2.4 Barnets rett til medvirkning	11
2.5 Helsepersonellens ansvarsområde	11
2.6 Tverrfaglig samarbeid.....	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Kvantitativ og kvalitative metoder	14
3.3 Litteraturstudie som metode	14
3.4 Datainnsamling	15
3.5 Inklusjons og eksklusjonskriterier	16
3.6 Analyse	17
3.6.1Analysering ved gitt av en oversiktstabell	18
3.7 Kort sammendrag av forskningsartiklene.....	19
3.8 Presentasjon av forskningsartiklenes funn	20
3.8.1 Helsepersonellens rolle og ansvarsområde	21
3.8.2 Kompetanse.....	22
3.8.3 Samarbeid	24
3.9 Studiens troverdighet.....	25
4.0 Diskusjon av funn.....	26
4.1 Manglende ansvarsområde blant fastleger og barneansvarlige personell	26
4.1.2 Manglende oppfølging	26

4.2 Medvirkning	28
4.3 Manglende kompetanse	29
4.3.1 Konsekvenser for barns manglende rett til informasjon og deltakelse.....	30
4.4 Samarbeid	31
4.4.1 Fastleges plikt til samarbeid og opplysning	31
5.0 Avslutning	33
6.0 Litteraturliste	34

1.0 Innledning

Det er godt dokumentert hvordan barn utsettes for en rekke tilleggsbelastninger ved å ha foreldre med psykiske helseproblemer. I tillegg til å stå i fare for å utvikle psykososiale problemer blir ofte barn vitne til uheldige konflikter mellom foreldrene sine, og en påkjenning av ulike følelser som forbindes å være av stressende faktorer (Halsa & Aubert, 2016, s. 67).

I 2011 bestod Norges befolkning av et innbyggertall i overkant av 4,9 millioner mennesker (ssb.no). Av 4,9 millioner utgjorde barn per 01.01.2011 et antall på 1,1 millioner (Bergem, 2017, s. 16). Samme år rapporteres det om 410 000 barn som estimeres til å ha foreldre som har utfordringer knyttet til psykiske lidelser, og et antall på 90 000 som lever med foreldre som har problemer knyttet til alkoholinntak (Torvik & Rognmo, 2011, s. 23). Folkehelseinstituttet beregnet også funn om en andel mellom 12 og 40 % av alle barn til å ha minst en forelder som enten var plaget av psykiske lidelser eller rusproblem (Torvik & Rognmo, 2011, sitert i Bergem, 2016, s. 16-17).

I rapporten til Torvik & Rognmo (2011) presenteres et forhøyet og uønsket antall av barn som lever under vilkår der de utsettes for ulike risikofaktorer knyttet til deres helse og utvikling. Dessverre kan vi i tillegg til Torvik & Rognmo sin estimering anta at det finnes et forhøyet mørketall av antall barn, som i tillegg til psykisk syke og misbrukende foreldre påfører barna sine uheldige konsekvenser (Bergem, 2016, s. 17).

I de senere årene har vi fått betydelig mer kunnskap om hvordan psykisk syke foreldre kan berøre og hemme barnets helse og utvikling. Vi har også blitt gjort mer oppmerksomme på hvordan vi må ivareta barnets ulike behov. Likevel ser vi at det er behov for mer kunnskap på grunnlag av helsepersonellens manglende oppfølging og kompetanse i å snakke med barn (Hafting et al., 2018, s. 216), (Wangensteen et al., 2019, s. 9).

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Psykisk helse er et tema som alltid har fanget min interesse og blir dermed et naturlig valg av tema innenfor fordypningsoppgaven. Som tidligere utdannet helsefagarbeider har jeg både sett og erfart hvordan utfordringer med psykisk helse kan ha en negativ påvirkning på menneskers liv. Jeg har derimot lite erfaring knyttet til hvordan foreldrenes psykiske utfordringer kan påvirke et barns liv og til hvilke konsekvenser som kan medfølge. Jeg ønsker dermed å danne

meg bredere kunnskap innen denne tematikken fordi pårørende barn kan være en svært sårbar gruppe som har behov for å bli anerkjent og ivaretatt av de ulike hjelpeapparatene. I tillegg er pårørende barn svært aktuell innenfor min studieretning som jeg trenger mer kompetanse i.

1.2 Presentasjon av problemstillingen og formål med oppgaven

I 1995 ble det foretatt en undersøkelse som avdekket hvor lite kunnskap de ansatte innen ulike psykiatriske avdelingene i Norge hadde i forhold til om deres pasienter hadde barn (Hestman et al., 1995, sitert i Dyregrov, 2012, s. 25). Det samme funnet ble oppdaget i 1999 der en annen studie kunne opplyse om 6 av 54 kommuner som hadde retningslinjer knyttet til ivaretagelse av barn, som hadde foreldre som var mottakere av tjenester basert på deres psykiske helse (Ytterhus og Almvik, 1999, sitert i Dyregrov, 2012, s. 25). På bakgrunn av dette funnet ble jeg nysgjerrig i forhold til hvordan dette med oppfølging av barn praktiseres i dag, og hvordan barn som pårørende ivaretas av det profesjonelle hjelpeapparatet vi den dag i dag har.

Problemstillingen min blir dermed: *Hvordan ivaretas barns behov og interesser som pårørende til foreldre med alvorlig rus og psykiske helseplager av helsepersonell?*

Formålet med oppgaven blir dermed å få frem betydningen av å være barn og pårørende til en forelder som har utfordringer knyttet til egen helse. For å få en bedre forståelse for hvordan barn rammes av forelderens sykdom vil jeg presentere barns rettigheter som pårørende, samtidig se på hvordan de ulike instansene innen hjelpeapparatet legger til rette for at barn som pårørende får dekket sine rettigheter og behov i henhold til lovverket. Jeg vil også se nærmere på betydningen av tverrfaglig samarbeid og hvilke konsekvenser et ikke eksisterende samarbeid påfører barn som pårørende.

1.3 Avgrensninger i forhold til problemstilling

Opgavens problemstilling vil besvares gjennom en litteraturstudie der jeg ønske å avgrense problemstillingen til å omfatte barn som pårørende til psykisk syke eller rusmisbrukere foreldre. Det begrunnes utfra at man ofte kan se en komorbiditet mellom de to overnevnte sykdommene, noe som tilsier at en rusavhengig person ofte har utfordringer knyttet til psykisk helse og vise versa (Dyregrov, 2012, s. 26).

Jeg vil også begrense oppgavens problemsstilling til å rette fokuset vedrørende barns rettigheter, foruten å gå nærmere inn på forelderens samtykke til at barnet involveres i deres sykdom. Jeg har bevisst valgt å avgrense forelderens samtykke som følge av min problemstilling som omhandler å se nærmere på hvordan hjelpeapparatene ikke sørger for ivaretagelse av barns rettigheter. Derimot er det viktig å bemerke seg at forelderens samtykke er nødvendig for å kunne informere og involvere barnet i foreldrenes situasjon (Sundfær, 2012, s. 16).

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Psykisk lidelse

Folkehelseinstituttet sin rapport fra 2011 definerer psykisk lidelse som «mental og atferdsmessig mønstre som avviker fra kulturelle normer og som medfører lidelse eller uførhet» (Torvik & Rognmo, 2011, s. 11). Innenfor psykiske lidelser finnes det ulike varianter som kan bli klassifisert som en diagnose dersom lidelsen påfører vedkommende alvorlige symptomer som krever behandling (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 233).

1.4.2 Barn som pårørende

Barn beskrives å være pårørende når en forelder eller annen nær omsorgsperson blir rammet av sykdom, skade, funksjonsnedsettelse eller rusproblem. Barn blir også definert som pårørende dersom en forelder, et søsken eller andre nære omsorgspersoner i barnets liv dør (Bergem, 2016, s. 12).

1.4.3 Primærhelsetjenesten

Innen primærhelsetjenesten jobber ulike yrkesgrupper som befolkningen kommer i kontakt med aller først, også kalt «førstelinje- eller allmennhelsetjenesten» (Halvorsen et al., 2016, s. 177). Innen primærhelsetjenesten jobber eksempelvis fastleger.

1.4.4 Spesialisthelsetjenesten:

Spesialisthelsetjenesten som også betegnes å være «andrelinjetjenesten», består av ulike regionale helseforetak som for eksempel sykehus (Halvorsen et al., 2016, s. 177). Pasienter som ikke kan få dekket sitt behov for hjelp innen primærhelsetjenesten, blir som oftest henvist videre til spesialisthelsetjenesten, som har egne spesialister innenfor ulike fagfelt som har spesialisert faglig kompetanse (Halvorsen et al., 2016, s. 178).

2.0 Faglig kunnskap

I dette kapittelet vil jeg presentere ulike risikofaktorer barn som pårørende til psykisk syke eller rusavhengige foreldre kan stå i fare for å utvikle, samtidig som jeg vil presentere ulike hjelpetilbud som anses å være forebyggende for å hindre skjevutvikling blant pårørende barn. Jeg vil se nærmere på de juridiske rammene for helsepersonellens plikt til å ivareta barn som pårørende og den barneansvarliges oppgave i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Jeg vil avslutningsvis i kapitlet se nærmere på betydningen av tverrfaglig samarbeid.

2.1 Risikofaktorer

Ifølge Bunkholdt & Kvaran kan det være risikofyllt å vokse opp med foreldre som har utfordringer knyttet til psykisk sykdom og rusproblemer. I tillegg betegnes omsorgssvikt, seksuelle overgrep, vold, fattigdom og psykisk utviklingshemmede foreldre å være forbundet med risiko for barns helse og utvikling (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 62). Foreldre som ikke evner å ivareta barnets fysiologiske, psykologiske og emosjonelle behov, og ikke sørger for omsorg og beskyttelse, vil ifølge barne-, ungdoms- og familiedirektoratet påføre barnet omsorgssvikt (bufdir, 2021).

Diverse nasjonale og internasjonale studier har grundig dokumentert hvordan barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre påføres uheldige og skadelidende konsekvenser i forhold til deres oppvekstvilkår (Grimsgaard, 2020, s. 48). Spesielt gjelder dette tilknytning og samspillsproblemer blant de minste barna, samt ulike atferdsforstyrrelser som påfører de eldre barna uheldige konsekvenser i møte med andre mennesker (Dyregrov, 2012, s. 152). Barn som vokser opp under utrygg tilknytning viser seg å ha dårligere forutsetninger for sosial kompetanse, større vansker med å skape tillitsfulle relasjoner og har ofte utfordringer knyttet til egen atferd (Helgesen, 2017, s. 160). Helgesen beskriver hvordan barn med alvorlig tilknytningsvansker kan utvikle tilknytningsforstyrrelse, som omfatter en psykiatrisk diagnose knyttet til ulike sosiale og emosjonelle vansker (Helgesen, 2017, s. 161).

I tillegg står flere barn i fare for å bli parentifisert og utvikle psykiske og psykososiale problemer som følge av å bli overveldet med ansvarsoppgaver, som barnet verken er psykologisk moden for, eller evner å mestre som følge av at oppgavene overstiger barnets kompetansenivå (Bunkholdt & Kvaran, s. 138). Barn av foreldre som er psykisk syke eller rusavhengige beskrives å være en utsatt gruppe for å bli parentifisert (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 138).

Blant voksne som har vokst opp med foreldre som har psykiske vansker beskrives deres oppvekst å være preget av følelser som «skam, skyldfølelse, isolasjon, ensomhet, uforutsigbarhet og usikkerhet» (Ahlgreen, 1998, 2001, Dunn, 1993, sitert i Dyregrov, 2012, s. 152). «Det er også blitt funnet en sammenheng mellom opplevelse av uforutsigbarhet og utvikling av problemer hos barn av alkoholmisbrukere» (Bennett et al, 1988, Ross & Hill, 2001, sitert i Dyregrov, 2012, s. 92). Blant barn som vokser opp med foreldre som lider av alvorlig psykiske lidelser bemerkes også risikofaktoren for å bli belastet med utviklingstraumatiserende forhold i oppveksten (Nordanger & Braarud, 2017, s. 27).

Forskning har vist til hvordan barn av psykiske syke foreldre står i fare for å selv utvikle ulike psykiske vansker i barndommen eller som voksen (Mevik & Trymbo, 2002, sitert i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 136). I en litteraturgjennomgang utført av Folkehelseinstituttet (FHI) blir det fremhevet at barn av psykisk syke foreldre har en dobbelt så stor sjanse for å selv utvikle negative konsekvenser i deres oppvekst, i forhold til barn som ikke er pårørende til foreldre som er psykisk syke (Torvik & Rognmo, 2011, s. 33). Dette støttes også opp av Bunkholdt & Kvaran som beskriver at barn av foreldre med psykiske vansker har en forhøyet sannsynlighet til å selv utvikle psykiske vansker (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 233).

Ifølge en dansk registerstudie av 800 000 barn presenteres barn å ha en 3,4-ganger forhøyet risiko for å selv utvikle en psykisk lidelse dersom begge foreldrene er diagnostisert med en psykisk lidelse. Dersom bare den ene forelderen er syk tilsvarer barnets risiko å omfatte en 2,1-forhøyet sannsynlighet (Torvik & Rognmo, 2011, s. 33). Depresjon beskrives eksempelvis å være en av hovedårsakene til hvorfor barn selv utvikler depresjon og får atferdsvansker i oppveksten (Sundfær, 2012, s. 28).

Foreldrenes psykiske symptomer i seg selv ikke trenger å virke negativt inn på barnet, det handler i hovedsak om hvordan og i hvilken grad foreldrenes psykiske lidelse påvirker deres *rolle som foreldre* (Hart, 2009, Murray, Cooper & Hipwell, 2003, sitert i Helle, et al., 2017, s. 2). Det beskrives å være spesielt de minste barna som er sårbare for svekket foreldrefungering som følge av psykisk syke foreldre, og de negative konsekvensene kommer ofte ikke til uttrykk før barnet når et stykke opp i barndommen og tenårene (Helle, et al., 2017, s. 2). Det er også slik at jo yngre barnet er, jo større innvirkning vil en skadelig og mangelfull foreldrefungering ha i barnets liv, dette spesielt med tanke på barnets utvikling og senere fungering.

Begrepene «reduert forutsigbarhet» og «større utrygghet» blir ofte brukt for å beskrive hverdagen til barn av rusmisbrukende foreldre (Keller et al., 2008, sitert i Dyregrov, 2012, s.

26). Her og nå kan et slik oppvekstmiljø gjøre at barnet til stadighet føler seg forvirret, redd og stresset. Samtidig som mangel på kontroll gjør seg gjeldende ved å stadig leve under uforutsigbarhet (Cork, 1969, Velleman & Orford, 1990, sitert i Dyregrov, 2012, s. 92). De dokumenterte negative effektene på lang sikt er psykososiale og utviklingsmessige problemer (Balsa et al., 2009, Cuijpers et al., 2006, sitert i Dyregrov, 2012, s. 26). En oppvekst preget av foreldrenes rusmisbruk gir også økt risiko for at barnet selv utvikler rus avhengighet i voksen alder (Bancroft & Wilson, 2007, sitert i Dyregrov, 2012, s. 26).

2.2 Beskyttelsesfaktorer og resiliente barn

Det er derimot verdt å bemerke at risikofaktorer kan forhindres av ulike faktorer som virker å være beskyttende (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 124). Til tross for at barn lever under risikofylte forhold finnes det barn som er omringet av faktorer som virker beskyttende. Et eksempel på beskyttende faktorer kan eksempelvis omhandle barnets nettverk, bestående av mennesker som barnet opplever som trygge relasjoner, og som kan oppveie for mangler (Kvelling, 2012, s. 69). Dersom et barn fungerer godt psykisk og sosialt, samtidig som de mestrer å leve normalt under unormale forhold betegnes barna å være resiliente (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 61). «Løvetannbarn» er et begrep som ofte blir brukt om de barna som både utvikler seg normalt og fungerer positivt til tross for å leve under belastende forhold (Werner & Smith, sitert i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 63).

En viktig beskyttelsesfaktor for barn som vokser opp med foreldre som er psykisk syke eller har rusproblemer er å danne trygge, stabile og tillitsfulle relasjoner til både jevnaldrende og andre voksne (Jenkins & Smith, 1990, 1993, sitert i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 62). I tillegg beskrives gode venner og ulike fritidsaktiviteter å være av forebyggende faktorer som bidrar til sosial kompetanse og utvikling av god selvtillit (Helmen Borge, sitert i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 62).

2.3 Hjelpetilbud blant barn som pårørende til psykisk syke eller rusavhengige foreldre

Samtalegrupper for barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre ble først iverksatt i 2001 som et prøveprosjekt. Prosjektet var basert på liknende tilbud i Sverige og England som viste til flere positive erfaringer, blant annet at barna i større grad mestret ulike vanskeligheter knyttet til å være pårørende barn av psykisk syke eller rusmisbrukere (Aamodt & Aamodt,

2005, Glistrup, 2004, Halså & Aubert, 2009, Kufås, Lund & Myrvoll, 2001, sitert i Grimsgaard, 2020, s. 59). Samtalegruppene beskrives å være både helsefremmende og forebyggende blant pårørende barn (Grimsgaard, 2020, s. 60).

Redusering av ulike risikofaktorer samtidig fremme beskyttelsesfaktorer var målsettingen for samtalegruppene. Det omhandlet eksempelvis å redusere barnas skyld- og skamfølelse, samt redusere deres begitte ansvar ved å styrke barnas forståelse, evne til å løse egne problemer samt bedre relasjonen til deres foreldre.

Videre beskrives formålet med samtalegruppene å gi barna bedre forståelse for deres foreldres sykdom, da forskning har vist at barnets manglende kunnskap om forelderens sykdom har vært en årsak til hvorfor barnet selv ender opp med å utvikle vansker (Cooklin, 2006, Fraser, James, Anderson, Lloyd & Judd, 2006, Gladstone, 2010, Hammen, 2003, Reupert & Maybery, 2010, Rimehaug & Børstad, 2015, Solantaus & Toikka, 2006, sitert i Grimsgaard, 2020, s. 60-61).

Instruksene for samtale med barna fremholder hvordan samtalegruppene skal legge vekt på barnas opplevelser og erfaringer ved å la hver enkelt få mulighet til å være en aktiv deltaker. Dette er viktig for at barnet skal erkjenne å få sin oppfatning bekreftet, og gis mulighet til å få satt ord på følelser som kan være vanskelig for barnet. Samtidig vektlegges støtten fra andre jevnaldrende som også befinner seg i liknende situasjoner ved at barna får bekreftet at andre også har samme utfordringer som dem (Grimsgaard, 2020, s. 61).

Å styrke barnets relasjon til sine foreldre nevnes også som en viktig målsetting i arbeid med barn som pårørende (Grimsgaard, 2020, s. 61). Det begrunnes med at forelderen oppleves å være «den viktigste ressursen» i arbeid med forebygging. Det forutsetter at foreldrene involveres og deltar på ulike samtaler som eksempelvis barne- og familiesamtaler (Grimsgaard, 2020, s. 62).

2.4 Barnets rett til medvirkning

Barns rettigheter har over en lengre periode blitt styrket i Norge, og flere bestemmelser i lovverket har sørget for å anerkjenne barnets unike og ulike behov (Mevik, 2019, s. 27).

Barnets rett til medvirkning er blant en av rettighetene som er blitt styrket, og som har fått stor betydning for «anerkjennelse av barn som selvstendige individer» (Sandberg, 2012, sitert i Mevik, 2019, s. 28). I henhold til FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20 november 1989 stadfestet barnets rett til å medvirke i saker som vedrører dem selv ved å gi barnet mulighet til å ytre sine synspunkter. Barnets synspunkter skal i tillegg høres, respekteres og bli lagt vekt på i forhold til barnets alder og modenhet jf. (BK. Art 12, punkt 1). Det fremstår som spesielt viktig å fremme barnets synspunkter i «rettslig og administrativ» arbeid, jf. (BK. Art. 12, punkt 2). Samtidig som barnet skal bli gitt retten til medbestemmelse skal også barnet få rett til innflytelse og eget liv (Mevik, 2019, s. 30). Barnets rett til medvirkning og «respekt for sitt menneskeverd» har fått stor betydning og ble i 2014 også tilføyd som lov i Grunnloven av 1914 under kapitlet «menneskerettigheter» jf. (Grl, 1814, §104, første ledd).

I sin helhet gir bestemmelsene om medvirkning barnet rett til informasjon, mulighet for å fremme egne synspunkter som skal høres og respekteres, og bli tatt til betraktning i henhold til barnets alder og modenhet (Mevik, 2019, s. 30). I tillegg beskrives medvirkning å være avgjørende i prosesser hvor en skal sikre barnets beste (Mevik, 2019, s. 32). Beslutningen om hva som er til barnets beste skal først avgjøres etter barnet har blitt gitt mulighet til å fremme egne synspunkter (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 47).

2.5 Helsepersonellens ansvarsområde

Lovendringen i helsepersonelloven som først kom til i 2010 hadde som formål å sørge for ivaretagelse av barn sine rettigheter knyttet til deltakelse og medbestemmelse som pårørende til foreldre med «psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 36). I tillegg skulle lovendringen sørge for at barn og unge ble fanget opp tidlig for å hindre utvikling av ytterlige konsekvenser (Helsedirektoratet, 2010, 2012, sitert i Wangensteen et al., 2019, s. 6-7). Begrunnelsen for lovendringen omhandlet påvirkningene som barnet ble utsatt for ved å vokse opp med foreldre som lider av «sykdom, skade eller avhengighet» (Bergem, 2016, s. 12).

I arbeid med lovendringene i helsepersonelloven påpekes lovforslaget å være et tiltak i henhold til å oppfylle «FNs konvensjonen om barnets rettigheter». (Dyregrov, 2012, s. 28)

Lovforslaget har som mål å styrke barnets rettigheter samtidig styrke barnets rettsstilling som pårørende barn til foreldre med alvorlig psykisk og somatisk sykdom, samt skadde og rusavhengige foreldre (Dyregrov, 2012, s. 29). I henhold til forberedelsene av lovforslaget skulle barns rettigheter innenfor deltakelse og medbestemmelse styrkes. Samtidig som barnets beste skulle være et «grunnleggende hensyn» i alle saker som berører barnet, hvor barnet skal få muligheten til å fremme sine synspunkter som skal vektlegges i forhold til barnets alder og modenhet (Dyregrov, 2012, s. 29).

Helsepersonellet plikt til å sørge for oppfølging og informasjon til barn som er pårørende av foreldre med «psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade» er nedfelt i Lov om helsepersonell (helsepersonelloven (Hpl) av 02. juli. 1999) (hpl, 1999, §10a, første ledd). Plikten gjelder også overfor pasienter som har alvorlig nedsatt psykisk utviklingshemming eller fysiske funksjonshemming, samt innsatte i fengsel (helsedirektoratet, 2018). Ut fra lovbestemmelsene, plikter også helsepersonell som utøver helsehjelp til den overnevnte målgruppen å kartlegge om pasienten har omsorg for mindreårige barn eller søsken under 18 år (hpl, 1999, §10a, annet ledd). Dersom behovet for ivaretagelse av pasientens barn anses å være nødvendig skal helsepersonellet sørge for å snakke med pasienten om barnets behov for informasjon og oppfølging. Informasjonsplikten omfatter helsepersonellens ansvar til å sørge for at pårørende barn blir gitt informasjon om deres forelders sykdom og eventuell behandling. (Bergem, 2016, s. 110). I tillegg skal pasienten gis informasjon om ulike hjelpetiltak som kan være til hjelp for pasienten, samt sørge for å «tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale» ut ifra taushetsplikt bestemmelsene (hpl, 1999, §10a, tredje ledd, punkt a).

Under kapittelet som omfatter «særlige plikter og oppgaver» i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten ((Spesialisthelsetjenesteloven (Sphl)) av 02. juli. 1999 skal helseinstitusjoner som gir behandling innenfor psykisk og somatisk sykdom, rus eller skadede pasienter, sørge for å ha en ansatt som er barneansvarlig. Den som oppnevnes til denne rollen skal sørge for å «fremme og koordinere nødvendig oppfølging av barnet» (sphl, 1999, § 3-7). Den barneansvarlige har dermed som oppgave å sørge for å ivareta barnets behov og at barnet får den oppfølgingen det trenger i henhold til informasjon og oppfølging (Sundfær, 2012, s. 17).

Det finnes studier som avdekker at arbeidet blant helsepersonell ikke er tilfredsstillende i forhold til ivaretagelse av barn som pårørende. Resultatene fra Ruud (2015) viser til at barn som pårørende ikke får tilstrekkelig informasjon til å forstå deres forelders vansker og ulike konsekvenser som medfølger. I tillegg viser studien til resultater om at barn som pårørende ofte

blir «overlatt til seg selv» og blir gitt ansvarsoppgaver som kan overstige barnets nivå, noe som påfører barnet stressende og belastende faktorer (Ruud et al 2015, sitert i Grimsgaard, 2020, s. 48).

2.6 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid handler om ulike instanser som utveksler opplysninger om en pasient for å sikre at pasientens helhetlige behov ivaretas (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 217-218). For at dette skal kunne gjennomføres er ulike faggrupper avhengig av et felles samarbeid for at faggruppens kunnskap og ferdigheter skal komme klienten til gode (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 219). Innenfor tverrfaglig samarbeid deltar ulike faggrupper for å gjennomgå fordeling av ulike arbeidsoppgaver, som bidrar til en felles forståelse over hvem som gjør hva, samtidig som de ulike faggruppene med hver sin kompetanse får mulighet til å fremme sine spesialiserte kunnskaper innen sitt fagområde. Man kan også se på tverrfaglig samarbeid som en «effektiv ressursutnytting», hvor man får mulighet til å benytte hverandres kompetanse (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 18).

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid har vist seg å være svært nødvendig i ulike undersøkelser (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 214). Dette kommer spesielt frem innenfor barneverntjenesten som instans. Det skyldes at barneverntjenesten er helt avhengig av hjelp fra ulike instanser for å kunne fange opp utsatte barn og unge som lever under dårlig omsorgsvilkår (NOU, 2012, s. 67). Dersom det oppleves å være dårlig samarbeid på tvers av instansene kan dette føre til at pasienten ikke får dekket sine behov eller sine rettigheter (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 21).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Metode beskrives å være hjelpemiddelet som benyttes i det man ønsker å finne svar på. Det er metoden som bidrar til anskaffelse av informasjon og kunnskap som skal være til hjelp når en skal finne svar på det en ønsker å undersøke (Dalland, 2020, s. 54). Når man skal gå til valg av metode styres valget utfra hvilken metode som anses som den beste for å besvare oppgavens problemstilling (Dalland, 2020 s. 53). I henhold til valg av metode beskriver også Dalland at valget må styres etter vurderinger om hva som faktisk er gjennomførbart (Dalland, 2020, s. 56).

3.2 Kvantitativ og kvalitative metoder

I arbeid med prosjektskissen til bacheloroppgaven skulle valg av metode besvares. I valg av metode sto vi studenter fritt til å velge mellom kvantitativ, kvalitativ og litteraturstudie som metoder i henhold til dette forskningsprosjektet. Den kvantitative metoden beskrives å ha som formål å belyse oppgavens resultater ved hjelp av målbare enheter. Metoden presenterer funnene ved hjelp av data som gir et tallfestet resultat som for eksempel en angitt prosent eller ett gjennomsnitt av det som forskes på (Dalland, 2020, s.). I motsetning til den kvantitative metoden skal den kvalitative metoden belyse oppgavens resultater i form av å innhente informasjon som ikke kan måles ved hjelp av tall eller andre former for målbare enheter. Det innebærer innhenting av data som skjer i direkte kontakt med feltet. Eksempler på dette kan være observasjon eller intervju av mennesker som er aktuelle for å belyse den valgte problemstillingen (Dalland, 2020, s. 55). Til forskjell fra kvantitativ metode skal den kvalitative metoden innhente ulike synspunkter, opplevelser og erfaringer fra mennesket selv (Dalland, 2020, s. 54). Innen litteraturstudie som metode skal litteraturen som allerede eksisterer studeres ved å systematisere kunnskapen om et angitt tema. Det omhandler at man danner seg en oversikt over den eksisterende kunnskapen innen fagfeltet ved å søke, samle, vurdere og sammenfatte litteraturen (Støren, 2013, s. 17).

3.3 Litteraturstudie som metode

Som nevnt ovenfor omhandler en litteraturstudie som metode å undersøke det eksisterende materialet basert på tidligere kunnskap. I en litteraturstudie benyttes dermed kunnskapen som allerede er innhentet foruten å tilegne studien ny kunnskap (Støren, 2013, s. 17). Den eksisterende kunnskapen innhentes ved å benytte tidligere funn innen fagkunnskap, ulike

teorier og forskningssøk (Dalland, 2020, s. 199). En litteraturstudie omfatter også et systematisk søk etter et spesifikt tema som det allerede finnes kunnskap om (Coughlan & Cronin, 2017, s. 4). Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode for å besvare oppgavens problemstilling. Begrunnelsen for valg av litteraturstudie omfatter interessen for å tilegne meg ny kunnskap om et tema som det allerede finnes mye forskning om. Rådet om å velge tema utfra hva man ikke kan alt om, men fortsatt ønsker bredere kunnskap om spilte også inn på mitt valg av metode (Storø, 2019, s. 97-98).

I henhold til min problemstilling som omfatter barn som pårørende av foreldre med psykisk sykdom og rusavhengige anser jeg annet valg av metode som utfordrende innen fordypningsemnet. Som utgangspunkt hadde jeg som ønske å gå for en kvalitativ metode innen intervju, men på bakgrunn av at jeg innen denne metoden ville være avhengig av å innhente andres synspunkter, opplevelser og erfaringer knyttet til problemstillingen så jeg på valg av kvalitativ metode som problematisk. I henhold til retningslinjene for studiet barnevern stadfestes det at man ikke får lov til å intervju barn under 18 år, samtidig som personvern i henhold til å intervju mennesker om deres psykiske helsetilstand ikke ville latt seg gjennomføre i tråd med universitetets etiske retningslinjer

Jeg kunne derimot besvart oppgavens problemstilling ved å gå for en kvantitativ metode. Den kvantitative metoden innen spørreskjema ville gitt meg et resultat som kunne fremlegges ved gitte målbare enheter utfra besvarte spørsmål. Jeg anser angitt valg av metode som svært interessant, men også risikabelt når det gjelder å nå ut til ønsket målgruppe. Jeg ville da vært avhengig av at barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre ville besvart spørsmålene mine, noe jeg ikke kunne vært overbevist om. Jeg er usikker på om jeg ville fått nok besvarelser, samtidig som det kunne sett ett hinder i forhold til å besvare oppgaven.

3.4 Datainnsamling

Jeg startet prosessen i forhold til søk av fagfellevurderte artikler i perioden fra 24. januar 2022 -24. mars 2022. Søkene ble utført i databasen «Oria». Jeg valgte å forholde meg til denne databasen da jeg hadde fått grundig opplæring i forelesning om hvordan man benyttet databasen. Jeg benyttet også en del tid på databasen «google Scholar» for å få inspirasjon fra tidligere bacheloroppgaver til hvordan andre hadde gått frem for å besvare liknende problemstilling i deres fordypningsoppgave. Innen databasen «Oria» benyttet jeg meg av biblioteket på UIS samtidig som jeg benyttet meg av det Norske fagbibliotek for å få ett bredere

utvalg. Jeg benyttet databasen til å søke etter relevant kunnskap i form av bøker, artikler og rapporter som kunne benyttes som selvvalgt pensum. Noe av det ønskede materialet måtte søkes om for å få tilgang til å lese over nett. Dette viste seg å være lite problematisk da prosessen med å søke om tilgang til ønsket stoff gikk relativt fort.

I søk etter relevant stoff var jeg på forhånd bevisst på hvordan jeg skrev begrepene for at databasen skulle kunne finne akkurat det jeg var ute etter. Jeg benyttet meg dermed av ulike synonymer og tegn i søket for få et bredere, men samtidig mer spesifikt utvalg. Det kan være vanskelig å vite hvilket ord eller begrep forfatteren velger å benytte seg av, da flere begreper ofte er av samme betydning. Jeg valgte derfor å benytte meg av ulike synonymer som kunne gi meg flere søketreff. Videre ble søkeoperatørene «og» og «eller» benyttet i søkestrategien for å sikre at de ulike begrepene jeg søkte etter ble en del av resultatlisten. Videre ble ulike tegn som parenteser brukt for å sikre at søket etter flere begreper ble riktige, samtidig som trunkering (*) ble benyttet for å få et bredt resultat på ulike måter å skrive et begrep på. Eksempler på slike søk var «psykisk syke foreld* ELLER psykisk helse OG barn som pårørende ELLER pårørende barn».

Datamaterialet ble samlet inn ved gitt av flere søk. Jeg opplevde det som problematisk å finne artikler som viste seg å være fagfelleverderte artikler i forhold til min problemstilling. Etter hvert endret jeg problemstillingen fra å være barn av psykisk syke foreldre til å omhandle barn som pårørende. Dette hjalp meg til å få et bredere utvalg av forskningsartikler som kunne brukes. I ettertid har jeg blitt oppmerksom på at de valgte forskningsartiklene som jeg har benyttet i oppgaven også har kommet opp ved tidligere søk, men på grunn av at man blir svært opphengt i sin egen problemstilling var ikke de samme artiklene på daværende tidspunkt aktuelle å bruke. Jeg opplevde også problemer med å måtte finne nye artikler ettersom artiklene jeg trodde var fagfelleverderte viste seg å ikke være fagfelleverderte.

3.5 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier danner ett grunnlag for å spesifisere søket med ulike søkeord og fortegnelser som setter krav til litteraturen. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene avgrensner man også mangfoldet av ulike treff til å rette seg mot eget ønsket resultat (Støren, 2013, s. 37). Inklusjonskriteriene omfatter hvordan man bevisst avgrensner søkene sine til å inneholde ulike kriterier som for eksempel språk, materialtype, utgivelsesår og tidsrom (Støren, 2013, s. 38).

I søket etter fagfelleverderte artikler avgrenset jeg søket ved å benytte meg av søkefiltret i Oria. Jeg benyttet søkefiltret til å velge ønsket materialtype av fagfelleverderte artikler, norsk og engelsk språklige utgivelser og utgivelsesdato for de ulike artiklene avgrenset til tidsrommet 2017-2022. I forhold til krav om innhold i de valgte forskningsartiklene var spesielt tema som omhandlet lovgivning, kompetanse og samarbeid avgjørende for at de valgte forskningsartiklene skulle være av funn som kunne knyttes til den teoretiske kunnskapsdelen i oppgaven.

På bakgrunn av at jeg i kunnskapsdelen har vektlagt betydningen av å være barn som pårørende i henhold til lovverket og den profesjonelles betydning for hjelp, var jeg avhengig av å finne funn fra forskningsartikler som kunne vise til bekreftede mangler barn som pårørende utsettes for.

3.6 Analyse

Analysering omfatter å gå i dybden på det man ønsker å undersøke (Storø, 2019, s. 120).

Analysering omhandler hvordan man undersøker temaet i henhold til et perspektiv, som kan innebære oppgavens tema eller problemstilling. Det gjøres ved å kartlegge ulike observasjoner med det som er beskrevet for å så søke etter en forståelse (Storø, 2019, s. 127).

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte meg av tematisk analyse som analysemetode.

Metoden innenfor tematisk analyse har som oppgave å identifisere og samle de mest sentrale funnene som presenteres i litteraturstudien. I tillegg består en valgt tematisk analyse av å gå i dybden på funnene som rapporteres ved gitt av ulike temaer som anses å være av sentrale funn (Coughlan & Cronin, 2017, s.100). Tematisk analyse bemerkes å være en kjent metode når man skal oppsummere funn, og har som hovedfokus å presentere et sammendrag av funnene (Coughlan & Cronin, 2017, s.100). I arbeidet med analysen av forskningsartiklene var jeg opptatt av å finne sentrale elementer som gikk igjen i de ulike artiklene. Dette gjorde jeg ved å lese artikkelens resultater gjentatte ganger, for å danne meg en oversikt over hvilke sentrale funn som ble presentert. Når jeg først fikk dannet meg et helhetlig inntrykk over innholdet som ble presentert i artiklene ble det lettere å sammenlikne funn basert på hvilke tema som var gjengående. Jeg har i denne oppgaven valgt å presentere mine funn ved gitt av en oversiktstabell som har som hensikt å oppsummere sentrale momenter i de valgte artiklene. Jeg har ved gitt av funnene kommet frem til tre hovedtemaer som viser seg å være gjentakende i de valgte artiklene. Temaene består av ansvarsområde (rolle), kompetanse og samarbeid.

3.6.1 Analysering ved gitt av en oversiktstabell

Forfatter, årstall	Tittel	Formål	Metode	Respondenter	Sentrale temaer
Hafting, Andressen, Gullbrå, Rørtveit & Smith-Sivertsen, 2018	«Fastleger i møte med barn som pårørende»	undersøke fastlegers erfaringer, muligheter og hindringer i henhold til hjelp av barn som pårørende og deres familier	Kvantitativ metode innen nettbasert spørreundersøkelse	499 medlemmer av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i Den norske legeforeningen, bestående av spesialister og ikke spesialiserte leger	Manglende ansvarsområde, Kompetanse, og samarbeid
Halsa & Aubert, 2016	«Forebyggende arbeid med barn når mor eller far ha psykiske helseproblemer»	Undersøke ulike forhold som kan ha betydning for å skape varige forebyggende tiltak blant barn som pårørende til foreldre med psykiske helseplager	Flere datakilder ble benyttet, bestående av kvalitative intervjuer, spørreundersøkelse og evaluerings-skjema.	55 utfylte skjema fra barn som deltok på gruppetilbudet og 23 foreldre. 6 barn og 4 foreldre ble intervjuet 2 fokusgruppeintervjuer med 19 informanter som hadde tilknytning til prosjektet	Forebyggende tiltak i forhold til samtale med barn som pårørende

Wangstee n, Jansen & Hals (2019)	«Foreldre- skap og rus- den tause skammen »	Undersøke hvorvidt barn som pårørende blir invitert til å delta på ulike barne- og familiesamtal er innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling , få mer kunnskap om barns rett til deltakelse og hvilke hindringer som eventuelt forårsaker at barnet ikke blir invitert.	Kvalitative intervjuer	Syv pasienter og 18 barneansvarlig e tilhørende tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Manglende ansvars- område, kompetanse og samarbeid
---	--	---	---------------------------	---	---

3.7 Kort sammendrag av forskningsartiklene

Artikkel 1: «Fastleger i møte med barn som pårørende» av Hafting, M., Andressen, N., Gullbrå, F., Rørtveit, G., Smith-Sivertsen, T. (2018).

Sammendrag: Artikkelen til Hafting et al. (2018) handler om hvordan fastlegene mestrer ivaretagelse av barn som pårørende i henhold til den nye lovendringen av helsepersonelloven jf. §10a. Artikkelen tar for seg fastlegene sine erfaringer knyttet til hvordan fastlegene mestrer

ivaretagelse, informasjon og oppfølging av barn som pårørende til pasienter med rusavhengighet, alvorlig psykisk eller somatisk sykdom.

Artikkel 2: «Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer» av Halså, A., Aubert, A.M. (2016).

Sammendrag: Artikkelen til Halså & Aubert (2016) handler om hvordan barn som pårørende opplever den positive effekten av å bli involvert og informert om forelderens helsetilstand, og hvordan barna har hatt godt utbytte av å fremme egne opplevelser og erfaringer med behandlerne og jevnaldrende. Artikkelen fremlegger også forelderens positive opplevelser knyttet til tilbudet og effekten samtaletilbudet har gitt barna deres.

Artikkel 3: «Foreldreskap og rus- den tause skammen» av Wangsteen, T., Jansen, S., Halså, A. (2019).

Sammendrag: Artikkelen til Wangsteen et al. (2019) har som formål å undersøke hvorvidt barn som pårørende blir invitert til å delta på ulike barne- og familiesamtaler innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og hvilke hindringer som eventuelt forårsaker at barnet ikke blir invitert. Artikkelen har også som formål å få mer kunnskap om barns rett til deltakelse innenfor TSB og tar dermed sikte på å intervjuer både pasienter og barneansvarlige innen ulike behandlingssteder i helseregionen sør-øst (Wangsteen, 2019, s. 7).

3.8 Presentasjon av forskningsartiklenes funn

To av forskningsartiklene jeg har studert avdekker kunnskap om fastleger og barneansvarliges svikt i forhold til oppfølging av barn som pårørende til foreldre med rusproblemer eller psykisk sykdom. Den tredje artikkelen har en annen vinkling ved at den fokuserer på den positive effekten ved å anerkjenne barn som pårørende og deres behov. Jeg vil i det følgende forsøke å kategorisere de mest relevante funnene fra alle artiklene. Funnene blir delt inn i tre ulike temaer; 1. helsepersonellens rolle og ansvarsområde, 2. kompetanse og 3. samarbeid. Temaene er alle relevante for å kunne belyse problemstillingen min, og de ble til etterhvert som jeg så likheter i funnene til forskningsartiklene.

3.8.1 Helsepersonellets rolle og ansvarsområde

Helsepersonellets rolle og ansvarsområde handler om fastlegenes og barneansvarliges manglende evne til å ta ansvar knyttet til oppfølging av pårørende barn. Artiklene til Hafting et al. (2018) og Wangensteen et al. (2019) peker på ulike årsaker som skyldes deres manglende ansvar knyttet til deres rolle som helsepersonell i henhold til lovendringen fra 2010. I artiklene presenteres funn som viser at faggruppene ikke mestrer ivaretagelse av barns behov knyttet til oppfølging og informasjon som pårørende til psykisk syke eller rusavhengige foreldre, jf. (hpl, 1999, § 10a, første ledd).

I studien til Hafting (2018) uttrykker flere av fastlegene utfordringer knyttet til oppfølging av barn som pårørende (Hafting et al., 2018, s. 211). Begrenset tidskapasitet og frykt for å påføre deres pasienter større belastninger ved å tematisere hvordan pasientenes helseplager kan føre til negative konsekvenser for barnets helse og utvikling, var blant årsakene til hvorfor fastlegene ikke evnet å følge opp barn av syke foreldre (Hafting et al., 2018, s. 211). I studien går det frem at så mange som 59% av barna ble glemt på grunn av fastlegenes manglende oppmerksomhet (Hafting et al., 2018, s. 216). Dette kunne for eksempel skyldes forelderens utfordringer og vansker som tok fastlegenes oppmerksomhet og fastlegens «stramme tidsplaner» i forhold til rammene for deres allmennpraksis (Hafting et al., 2018, s. 211). Studien avdekker også at fastlegene har ulike synspunkter knyttet til deres ansvar for utsatte barn av rusmisbrukere og psykisk syke foreldre. En andel på 66% av fastlegene kunne bekrefte at de «alltid» eller «ofte» spør deres «relevante» pasienter om de har mindreårige barn (Hafting et al., 2018, s. 213). Selv om flertallet av fastlegene anså det som sitt ansvar å gi nødvendig helsehjelp til barn av syke foreldre, omhandlet dette kun fastleger som hadde barnet på egen pasientliste. Bare halvparten av fastlegene besvarer at de anser det som sitt ansvar å følge opp barn som pårørende dersom barnet tilhører en annen fastleges pasientliste, hvorav flere fastleger sørger for å oppfylle dette ansvarsområde kontra spesialister (Hafting et al., 2018, s. 214). En andel på 75% av legene sørget for å finne ut om barnet var tilfredsstillende ivaretatt, og en andel på 56 % sørget for å henvise barnet til en relevant instans om nødvendig, som for eksempel BUP, psykolog og PPT. Studien belyser også at det var flere kvinnelige leger som avdekket kunnskap om barnet var tilfredsstillende ivaretatt og eventuelt henviste videre, i forhold til det motsatte kjønn (Hafting et al., 2018, s. 214).

Artikkelen til Wangensteen et al. (2019) presenterer funn knyttet til mangel på direkte kontakt og oppfølging av barn i barne- og familiesamtaler. En av hovedårsakene til at barne- og familiesamtaler ikke ble utført handlet om de barneansvarliges antakelser om at noen andre ivaretok barnets rett til informasjon og oppfølging. Det ble begrunnet med at flere barn bodde i fosterhjem og dermed ble fulgt opp av fosterforeldrene og barneverntjenesten (Wangensteen et al., 2019, s. 9). De fleste barneansvarlige kunne bekrefte gode rutiner i forhold til kartlegging om deres pasienter hadde mindreårige barn, samtidig som de barneansvarlige var godt kjent med ulike krav og forventninger som stilles til rollen som barneansvarlig. Som følge av hektiske hverdager, mangel på tid og ressurser ble pårørende barn tilsidesatt, noe som førte til at pårørende barn ikke ble prioritert (Wangensteen et al., 2019, s. 11). Videre peker de barneansvarlige på utfordringer knyttet til «å holde barnefokusset oppe, minne kollegaer på oppgavene knyttet til barn som pårørende og veilede de som hadde behov for det» (Wangensteen et al., 2019, s. 11). Pasientene kunne også bekrefte at de barneansvarlige ikke hadde vært i kontakt med deres barn i forhold til barnets behov for oppfølging og informasjon (Wangensteen et al., 2019, s. 10).

3.8.2 Kompetanse

Temaet kompetanse handler om helsepersonellens manglende kunnskap og erfaring i forhold til å snakke med barn som pårørende. Helsepersonellens manglende kompetanse beskrives å være en av hovedårsakene til hvorfor barn som pårørende ikke blir involvert eller blir gitt informasjon om deres foreldres sykdom, samt gitt nødvendig oppfølging som barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet kan trenge (hpl, 1999, § 10a, første ledd).

I artiklene til Hafting et al. (2018) og Wangensteen et al. (2019) går det frem at kompetanse i å snakke med barn som er pårørende til psykisk syke og rusmisbrukere er mangelfull i primær- og spesialisthelsetjenesten. Den manglende kunnskapen og kompetansen blant yrkesgruppene fremheves som en gjentakende hindring til hvorfor barn ikke involveres i samtaler, de profesjonelle vegrer seg for å snakke med barn (Wangensteen et al., 2019, s. 9), (Hafting et al., 2018, s. 216). Artikkelen til Wangensteen et al. (2019) viser til funn som tilsier at de barneansvarlige har lite kontakt med pasientenes barn. Dette skyldes blant annet den barneansvarliges frykt for å påføre barnet større belastninger ved å snakke med barnet, på bakgrunn av manglende kunnskap og erfaring (Wangensteen et al., 2019, s. 9). Deres mangel på kunnskap og kompetanse i å snakke med barn var også en av årsakene til hvorfor de barneansvarlige valgte å sende barneverntjenesten en bekymringsmelding (Wangensteen.,

2019, s. 9). Bekymring knyttet til den barneansvarliges kompetanse i å snakke med barn og hvordan den barneansvarlige ville mestre en slik samtale ut fra barnets behov, beskrives også å være en av årsakene til hvorfor den rusavhengige pasienten ikke ønsket å invitere barnet med i samtale (Wangensteen et al., 2019, s. 10).

Mangel på erfaring og kunnskap om ulike hjelpetilbud for barn som pårørende blir også definert som årsak til hvorfor fastleger opplever det som vanskelig å hjelpe barn som pårørende. I artikkelen til Hafting et al. (2018) viser flere av fastlegene til et ønske og et behov for å danne seg bedre kunnskap i å snakke med barn. Fastlegene kom også med ulike forslag som kan forbedre deres kompetanse. Blant noen av forslagene var kurs i å snakke med barn, ulike nettsider som kunne være til nytte, og en bedre oversikt over ulike hjelpetilbud blant kommunene som kunne være til hjelp for barnet eller deres foreldre (Hafting et al., 2018, s. 217).

Artikkelen til Halså & Aubert (2016) fremhever derimot funn som viser den positive effekten de profesjonelles kompetanse i å snakke med barn og unge kan ha. Gruppetilbudet «Du er ikke den eneste» peker blant annet på betydningen av den profesjonelles kompetanse i møte med barn og unge som opplever vansker og utfordringer knyttet til å vokse opp med foreldre som har psykiske helseplager. Flesteparten av foreldrene opplevde gruppetilbudet å være godt egnet for deres barn. Det ble begrunnet med at tilbudet gav barna deres forståelse om psykisk sykdom og for foreldrenes situasjon. Foreldrene opplevde også at barna fikk en bedre forståelse for egne opplevelser, samtidig som det var til stor hjelp at barna fikk snakke ut om deres tanker, følelser og erfaringer med andre jevnaldrende (Aubert & Halså, 2016, s. 75). Foreldrene kunne også bekrefte at tilbudet hadde hjulpet barna med å bearbeide barnas skyldfølelse, og at barna dermed fikk forståelse for at de ikke kunne klandre seg selv for ulike hendelser eller situasjoner som oppstod i hjemmet (Aubert & Halså, 2016, s. 76).

«En jente på 8 år trodde moren ble innlagt fordi hun hadde kikhoste og holdt moren våken om natta. For henne bidro gruppedeltagelsen ifølge faren til at hun forstod at det ikke var hennes feil» (Aubert & Halså, 2016, s. 76).

Barna kunne også bekrefte å ha godt utbytte av gruppetilbudet (Aubert & Halså, 2016, s. 76). Barna uttrykte at det var betydningsfullt å treffe andre jevnaldrende i liknende situasjon, hvor en kan gjenkjenne andres opplevelser, tanker og følelser. Samtidig som det å få snakket høyt om sine erfaringer hjalp. Barna trekker også frem betydningen av å forstå foreldrenes

utfordringer og hvordan denne forståelsen har hjulpet barna med skyldfølelse (Aubert & Halså, 2016, s. 77).

3.8.3 Samarbeid

Temaet samarbeid handler i stor grad om helsepersonellens manglende samarbeid på tvers av instansene. Spesielt gjelder dette artiklene til Hafting et al. (2018) og Wangensteen et al. (2018) som viser til utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet og grunner til hvorfor samarbeidet er mangelfullt. Artikkelen til Halså & Aubert belyser derimot den positive opplevelsen av et tverrfaglig samarbeid, og hva det positive samarbeidet har ført til.

I artikkelen til Hafting et al. (2018) nevner fastlegene at det tverrfaglige samarbeidet på tvers av instansene er mangelfullt. Mangel på invitasjon til ulike samarbeidsmøter og videre oppfølging av pasienter ble sett på som utfordrende (Hafting., 2018, s. 218). Spesielt viser legene misnøye med barneverntjenesten som instans. Informantene beskriver instansen som svært lukket og taushetsbelagt. Enkelte leger beskriver også at de har unngått å kontakte barneverntjenesten på bakgrunn av at de ikke vet hva en eventuell kontakt vil føre til, og at kontakten kan bære preg av uforutsigbarhet (Hafting et al., 2018, s. 217). Ulike instanser innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten var også blant yrkesgruppene som fastlegene etterlyste et tettere samarbeidsforhold til (Hafting et al., 2018, s. 218).

Artikkelen til Wangensteen (2019) peker også på funn som viser til lite kontakt med andre instanser, foruten om kontakt med barneverntjenesten (Wangensteen et al., 2019, s. 9). Derimot var de barneansvarlige noe mer splittet i deres mening i forhold til samarbeid med barneverntjenesten som instans. Mens noen av de ansatte fra behandlingsavdelingene opplevde barneverntjenesten som hjelpeløse i forhold til å drøfte anonyme saker, var det andre som opplevde samarbeidet å være mer komplisert. Det skyldes at flere barneansvarlige opplevde at barneverntjenesten ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om rusmiddelavhengighet (Wangensteen et al., 2019, s. 9). I tillegg opplevde de barneansvarlige utfordringer med å få deres pasienters samtykke til å etablere samarbeid med andre instanser (Wangensteen et al., 2019, s. 10).

Artikkelen til Halså & Aubert (2016) viser til hvordan samarbeidsprosjektet til kommunene Asker og Bærum og sykehuset Vestre Viken opplevde et positivt samarbeidende forhold på tvers av instansene. Det refereres til hvordan rekruttering av deltakere har ført til at gruppetilbudet har hatt en positiv utvikling over flere år, og hvordan dette skyldes hjelpen fra ulike samarbeidsinstanser. Ved hjelp av de ulike instansene som er blitt gjort oppmerksom på

tilbudet, har dette ført til at barn som pårørende har blitt rekruttert ved hjelp av henvisning, eller ved at deres klienter har blitt informert om tilbudet slik at foreldrene selv har henvendt seg (Aubert & Halså, 2016, s. 79).

3.9 Studiets troverdighet

Troverdighet beskrives å være et «kriterium for kvalitet i forskning» og viser til ulike metoder om hvorvidt leseren kan stole på forfatterens resultater (Dalland, 2020, s. 58). Forfatterens fremstillingsevne og begrunnelser for studiens formål og ulike hindringer som har forårsaket studien til å bli noe mer avgrenset i forhold til studiens funn beskrives å være noen faktorer som fremmer leserens troverdighet. For at leseren skal kunne ta stilling til studiens troverdighet er forfatterens fremstillingsevne en avgjørende faktor. Dalland beskriver hvordan forfatterens evne til å argumentere for studiens hensikt, hva funnene skal brukes til og forfatterens anerkjennelse til ulike problematiske forhold som har hatt innvirkning på deres arbeid å være gode argumentasjoner som fremmer troverdighet (Dalland, 2020, s. 58).

Troverdigheten til de valgte forskningsartiklene oppleves av meg å være troverdige. Det begrunnes utfra forskningsartikkelens innhold og spesielt forskerens evne til å vise til ulike styrker og svakheter som kan ha hatt betydning for deres funn. Dette gjelder spesielt artikkelen til Hafting et al. (2018) og Halså & Aubert (2016) på bakgrunn av deres presenterte svakheter som kan ha hatt innvirkning på deres funn. Artikkelen til Hafting et al. (2018) fordi deres funn viser til ulike resultater som ikke kan allmenngjøre alle fastlegene på bakgrunn av deres lave svarprosent (Hafting et al., 2018, s. 213). Artikkelen til Halså & Aubert (2016) fordi de også viser til at deres funn kan være påvirket av at foreldrene føler seg forpliktet til å svare og en frykt blant barna for å bli gjenkjent (Halså & Aubert, 2016, s. 75). Jeg stiller meg derimot noe mer kritisk til artikkelen «foreldreskap og rus- den tause skammen» på bakgrunn av at artikkelen ikke fremstiller noen hindringer eller problematiske forhold knyttet til studiens resultat, i motsetning til de to andre artiklene. Derimot fremstilles intervjuene av de barneansvarlige som troverdige utfra funn som gjengir flere fellestrekk blant helsepersonell i de tre forskningsartiklene.

4.0 Diskusjon av funn

I de utvalgte forskningsartiklene fremstår funn innenfor manglende ansvarsområde i forhold til oppfølging, informasjon og manglende kunnskap i samtale med barn, som årsak til hvorfor pårørende barns interesser og behov ikke ivaretas av helsepersonell. Samtidig utgjør dårlig samarbeid på tvers av instansene at pårørende barn blir hindret den hjelpen de har krav og rett på. Jeg vil i denne delen av oppgaven forsøke å strukturere funnene fra forskningsartiklene ved å legge frem temaene om manglende ansvar, kompetanse og samarbeid. Innenfor temaene vil jeg forsøke å drøfte funnene opp mot relevant teori, samtidig som jeg vil fremme egne synspunkter ved å være kritisk reflekterende.

4.1 Manglende ansvarsområde blant fastleger og barneansvarlige personell

Som følge av mangel på tid, ressurser og travle arbeidsdager blir pårørende barn av psykisk syke og rusmisbrukere ofte nedprioritert innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten. Det skyldes helsepersonellens manglende oppmerksomhet og oppfølging, som konsekvent fører til at barnet ofte blir glemt og gitt for lite oppmerksomhet for deres vanskeligstilte livsvilkår (Hafting et al., 2018, s. 217), (Wangensteen et al., 2019, s. 12). I tillegg argumenteres det for barnets manglende rettigheter som ikke blir oppfølgt innenfor helsesektoren.

Som følge av manglende oppfølging og støtte fra ulike hjelpeapparat blir barn som pårørende ofte omtalt som de «usynlige» og «glemte» barna (Grimsgaard, 2020, s. 46). Som beskrevet i artikkelen til Hafting et al. (2018) påpeker også flere forskere hvordan den syke forelderens problemer står i fokus for helsepersonellet (Almvik & Ytterhus, 2004, Grøsfjeld, 2004, Hestmann, Vikan & Huseby, 1995, Mevik & Trymbo, 2002, Solberg, 2003, Östman, 2008, sitert i Grimsgaard, 2020, s. 46). Helsepersonellens manglende oppmerksomhet og ulike synspunkter omkring deres ansvarsområde som fastleger og barneansvarlige, argumenteres for å være sentrale funn til hvorfor pårørende barns rettigheter ikke blir ivaretatt i henhold til lovverket.

4.1.2 Manglende oppfølging

Artikkelen til Hafting et al. (2018) beskriver eksempelvis hvordan informantene bestående av fastleger og spesialister hadde ulike synspunkter knyttet til deres ansvarsområde. Mens stort

sett flertallet av fastlegene og spesialistene var enig om deres ansvarsområde knyttet til oppfølging av barn på egne pasientliste, viste fastlegene og spesialistene motstridende synspunkter dersom pårørende barn tilhørte annen pasientliste (Hafting et al., 2018, s. 213-214). Hvorfor fastleger er bedre på å følge opp pårørende barn tilhørende annen pasientliste kan tenkes å skyldes at fastleger er mer i kontakt med deres pasienter enn spesialistene er. Derimot argumenteres det også for at fastleger ikke angir ønsket ansvarsområde knyttet til oppfølging av pårørende barn. Samtidig har alle fastleger ansvar i forhold til behandling og forebyggende arbeid som ikke nødvendigvis alltid oppfylles i møte med pårørende barn (Halvorsen et al., 2016, s. 178). I følge Halvorsen et al. (2017) er fastleger selvstendig næringsdrivende, hvor de mottar et tillegg i lønn ut ifra hvor mange pasienter legen har tilhørende sin pasientliste. Godtgjørelsen beskrives å være en ordning som skal fremme bedre tilgjengelighet samt styrke kvaliteten mellom fastlegen og deres pasienter (Haug & Mæland, 2004, sitert i Halvorsen et al., 2016, s. 178). Ut fra eget ståsted argumenteres det for denne godtgjørelsen som virker å ha motsatt effekt. Det begrunnes utfra artikkelen til Hafting et al. (2018) som bemerker fastleger og spesialister som mener at det er for «tidskrevende» og omfattende å være oppmerksom på deres pasienters barn innenfor rammene for fastlegepraksisen (Hafting et al., 2018, s. 217). Dette fører med seg uheldige konsekvenser som at pårørende barn forblir «usynlige» og «glemte».

Det fremstår også som et tydelig funn at helsepersonellet blant primær og spesialisthelsetjenesten ikke sørger for å avklare om deres psykisk syke eller rusavhengige pasienter har mindreårige barn i tilstrekkelig grad i henhold til helsepersonelloven, jf. §10 a, annet ledd. Artikkelen til Hafting et al. (2018) viser til et begrenset antall av leger som sørger for å avdekke kunnskap om «relevante» pasienter har mindreårige barn (Hafting et al., 2018, s. 213). Hva som anses å være av «relevante» pasienter blir ikke nærmere beskrevet i artikkelen. Derimot kan det tenkes at «relevante» pasienter omfatter pasientgruppen som tydelig er berørt av psykisk sykdom eller rusmisbruk. Dersom fastlegene står fritt til å ta vurderinger utfra hvilke pasienter som markerer seg å være «relevante» innenfor den stigmatiserte gruppen, kan det likevel argumenteres for at barn forblir «usynlige» og «glemte» i hjelpeapparatet, og som dermed ikke blir ivaretatt sine interesser og behov.

Spesielt gjelder dette barn som tilhører annen fastlege en far som for eksempel har problematiske forhold til alkohol eller er voldelig mot mor foruten at fars problemer er kjent. Det begrunnes som følge av taushet som ofte gjør seg gjeldende i familier med psykiske eller rusrelaterte problemer, hvor familiemedlemmer ofte forsøker å holde vedkommende sine

utfordringer skjult for omgivelsene (Dyregrov, 2012, s. 95). Også barn som er pårørende forteller om taushet som viser seg å være et gjeldende problem både innad i familien, blant andre voksne som for eksempel slektninger, lærere og helsepersonell (Grimsgaard, 2020, s. 54). Forelderens taushet kan føre til uheldige konsekvenser blant barn og unge, som at barns erfaringer og opplevelser ikke blir kjent, samt føre til risiko for barnets kognitive og emosjonelle utvikling (Dyregrov, 2012, s. 95). Samtidig kan barn bli usikre i forhold til egne følelser og erfaringer, samt oppleve vanskeligheter med å regulere egne følelser (Bowly, 1988, sitert i Dyregrov, 2012, s. 95). Barn som pårørende som stilles ovenfor denne sårbare gruppen står i særlig risiko for å ikke bli videre oppfulgt som følge av manglende kunnskap og ansvarsområde blant fastleger og spesialister (Hafting et al., 2018, s. 219).

Artikkelen til Wangensteen et al. (2019) viser også til funn gjeldende manglende ansvarsområde ved å regne med at pårørende barn ble ivaretatt deres rett til oppfølging av informasjon hos noen andre som stod barnet nærmere (Wangensteen et al., 2019, s. 9). Sikring av rettsstilling til barn som pårørende beskrives tross alt å være en av hovedårsakene til hvorfor rollen som barneansvarlig først ble innført (Dyregrov, 2012, s. 203). Jeg stiller meg undrende til nødvendigheten av en slik rolle, dersom barneansvarlige allikevel ikke mestrer å følge opp sin ansvarsrolle.

4.2 Medvirkning

Barnets rett til deltakelse og medvirkning beskrives å være en del av formålet til hvorfor barnet ble gitt status som pårørende (helse og omsorgsdepartementet, 2009, s. 36). Helsepersonellens manglende informasjon og oppfølging fører dessverre til at barn ikke får dekket sine rettigheter knyttet til medvirkning. Barnets manglende rettigheter fører til brudd på rettigheter som enhver pasient eller bruker har i møte med helse- og omsorgstjenesten. Innen Lov om pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) § 3-1, første ledd, skal barn ha rett til informasjon og rett til å fremme egne synspunkter som skal høres og respekteres i samsvar med barnets alder og modenhet. I tillegg strides helsepersonellens manglende oppmerksomhet mot barnets beste, som alltid skal være et «grunnleggende hensyn» i arbeid som berører barn, (BK, 1989, art 3, første punkt). Det begrunnes som følge av at pårørende barn ikke snakkes med, og eventuelle spørsmål om hva som er til barnets beste blir vanskelig å forsvare dersom helsepersonellet ikke streber etter barnets synspunkter. Dersom helsepersonellet legger til rette for at barnet gis mulighet til

å fremme sine synspunkter i samarbeid med den ansatte kan medvirkningsprosessen føre til at barnet opplever å føle seg beskyttet og bidra til en gjensidig opplevelse av hva som er til barnets beste (Mevik, 2019, s. 35).

Det presenteres derimot om manglende anerkjennelse av pårørende barn i møte med primær og spesialisthelsetjenesten. Ifølge Trondsen beskriver flere barn og unge det som vanskelig å komme i kontakt, samt danne trygge og tillitsfulle relasjoner til det profesjonelle hjelpeapparatet. Det skyldes blant annet helsepersonellens begrensede tidskapasitet og barnas opplevelse av å stadig komme i kontakt med en stedfortreder (Trondsen, 2012 sitert i Grimsgaard, 2020, s. 59). I arbeid med barn og unge påpekes betydningen av tid å være en forutsetning, og spesielt i arbeid med barn og unge som har blitt utsatt for en rekke brutte relasjoner (Tjersland et al., 2013, s. 137). Det argumenteres på bakgrunn av at tid er avgjørende i prosesser hvor tillit og relasjoner skal skapes, noe som ofte er svært tidkrevende (Mevik, 2019, s. 220).

4.3 Manglende kompetanse

Som en del av formålet til lovendringen av helsepersonelloven, skulle helsepersonell sikre at barnet ble ivaretatt sine interesser og behov ved å gjennomføre samtaler med barnet som skulle fremme barnets deltakelse og medbestemmelsesrett (Dyregrov, 2012, s. 29). Derimot presenterer funn fra artiklene til Hafting et al. (2018) og Wangensteen et al. (2019) om helsepersonellens manglende erfaring og kunnskap i å snakke med barn som en av hovedårsakene til hvorfor barn som pårørende ikke blir gitt informasjon eller nødvendig oppfølging (Hafting et al., 2018, s. 216), (Wangensteen et al., 2019, s. 9).

I artikkelen til Hafting et al. (2018) fant vi at legene unnlot å samtale med pårørende barn på grunn av frykt for å skape mistillit til sine pasienter (Hafting et al., 2018, s. 216). Samtidig viste frykt seg å være gjeldende blant barneansvarlige som var bekymret for å «gjøre vondt verre» for barna (Wangensteen et al., 2019, s. 9). Selv om de barneansvarlige påpeker frykt å være årsak til hvorfor pårørende barn ikke ble invitert til barne- og familiesamtaler kan det allikevel stilles spørsmål til de barneansvarliges frykt på grunnlag av motstridende utsagn. I artikkelen til Wangensteen et al. (2018) påpeker flere barneansvarlige å fått tilbud om kurs om pårørende barn, men som følge av god nok kunnskap, kompetanse og erfaring i utførelsen av deres ansvarsoppgaver har de ikke hatt behov for å delta på tilbudet (Wangensteen et al., 2019, s. 11). Christiansen påpeker derimot frykt for å påføre barn mer belastninger som en velkjent

årsak til hvorfor profesjonsutøvere er redde for å snakke med barn (Mevik, 2019, s. 34). Uavhengig av frykt forklarer Bergem derimot hvordan frykt er profesjonsutøverens problem og hvordan utøveren må søke råd og veiledning i stedet for å la deres frykt være en årsak til at barnet ikke snakkes med (Bergem, 2016, s. 121). Det begrunnes ut fra at også pårørende barn har bekymringer som ikke nødvendigvis forsvinner dersom man lar være å snakke med barnet (Bergem, 2016, s. 120). Samtidig argumenteres det også for de motstridene belastningene som berører barnet ved at de profesjonelle velger å være tause om forelderens vansker (Grimsgaard, 2020, s. 53).

4.3.1 Konsekvenser for barns manglende rett til informasjon og deltakelse

Som følge av barns manglende kunnskap, informasjon og oppfølging knyttet til forelderens vansker kan barnet oppleve utrygghet (Bergem, 2018, s. 18). Samtidig kan ulike følelser som ensomhet, skyldfølelse og skam forbindes med opplevelser som barn kan erkjenne ved å ikke bli involvert i forelderens sykdomsbilde (Dyregrov, 2012, s. 152). Det skyldes hovedsakelig barns manglende kunnskap og forståelse omkring forelderens problemer, som ofte kan føre til at det pårørende barnet opplever dårlig samvittighet og skyldfølelse (Aubert & Halså, 2016, s. 77). Pårørende barn kan også oppleve å leve under uforutsigbarhet og usikkerhet (Dyregrov, 2012, s. 152). Ved å leve under uforutsigbarhet og usikkerhet følger også en rekke andre belastende faktorer med. Et eksempel på slike faktorer kan omfatte barnets opplevelse av konstant ubehag, forvirring og mangel på kontroll (Cork 1969, sitert i Dyregrov, 2012, s. 92).

Det beskrives å være av stor betydning at barn gis mulighet til å fremme sine opplevelser og inviteres til å delta i samtaler som kan gi dem kunnskap om deres foreldres sykdom (Mevik, 2019, s. 221). Barns deltakelse i familiesamtaler har vist seg å være et forebyggende tiltak som har hatt betydelig effekt i forhold til utvikling av psykiske lidelser (Dyregrov, 2012, s. 187). Halså & Aubert beskriver også betydningen av kompetanse og profesjonell samhandling til å være grunnleggende for å kunne lykkes i arbeid med sårbare barn og foreldre. Det forutsetter at den profesjonelle har kompetanse og erfaring knyttet til ivaretagelse av ulike behov som sårbare barn og deres foreldre kan ha (Halså & Aubert, 2016, s. 67). Samtidig som profesjonsutøvere som er i kontakt med sårbare barn og unge må få bredere kunnskap og bedre metoder for hvordan de kan hjelpe sårbare barn og unge som målgruppe (NOU, 2012, 67). Dette begrunnes å være et viktig tiltak for å forhindre påfallende konsekvenser for barnets helse og utvikling.

4.4 Samarbeid

Innen tverrfaglig samarbeid beskrives samarbeidet å være av «grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester» (helsedirektoratet, 2018).

Av funnene i artikkelen til Hafting et al. (2018) ser vi imidlertid at oppfølging gjør det vanskelig når fastleger ikke inviteres til å delta på samarbeidsmøter. For at samarbeid på tvers av instansene skal kunne fungere er man avhengig av at de ulike instansene sørger for å være samordnet og positiv til et felles samarbeid. Det innebærer at man deler informasjon som anses å være av nødvendig kunnskap for å sikre ivaretagelse av pasientens rettigheter (helsedirektoratet, 2018). På bakgrunn av taushetsbestemmelsene er man avhengig av å få pasientens samtykke til å samarbeide tverrfaglig. Det argumenteres derfor som en nødvendighet at pasienten gjøres kjent med formålet til det tverrfaglige samarbeidet og blir gitt en grundig forklaring over samarbeidets betydning. Halså & Aubert bemerker også betydningen av å utvikle et positivt tverrfaglig samarbeid i samarbeid med familiene og helsepersonell fra ulike instanser (Halså & Aubert, 2016, s. 67).

Det finnes derimot enkelte bestemmelser som har betydning for det tverrfaglige samarbeidet. I kilde ser vi at Bestemmelsene for taushetsplikten i ulike settinger kan føre til misforståelser og ulike synspunkter mellom samarbeidspartnerne om «hvor mye utveksling av informasjon som kan foretas». Barneverntjenesten har også som andre forvaltningsorganer en forpliktelse til å samarbeide med andre instanser for å ivareta barnets interesser til enhver tid (bvl, 1992, § 3-2) (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 215). Derimot stilles barneverntjenesten overfor en betydelig strengere taushetsplikt enn andre instanser. Den enkeltes vern beskrives å være grunnelsen til hvorfor barneverntjenesten står ovenfor et strengere regelverk i henhold til taushetsbelagte opplysninger (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 217). Samtidig argumenteres det for betydningen av å få forelderens samtykke til å samarbeide på tvers av instansene for å kunne hjelpe barnet på best mulig måte. Barneverntjenestens taushetsplikt kan oppheves dersom forelderens samtykker til dette (Ofstad & Skar, 2009 sitert i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 217).

4.4.1 Fastleges plikt til samarbeid og opplysning

Som fastlege er man pliktet til å samarbeide med andre instanser som anses å være relevante for å sikre ivaretagelse av pasientens ulike behov, i henhold til forskrift om fastlegeordningen i kommunene jf. § 19, første ledd. Taushetsbelagte bestemmelser kan unngås for å følge opp barnet med forelderens samtykke, jf. hpl. §25, tredje ledd. I likhet med andre forvaltningsorgan

som utøver tjenester er man også underlagt bestemmelsene om opplysningsplikt til barneverntjenesten, uavhengig av sin taushetsplikt, jf. § bvl. 6-4, første ledd. Opplysningsplikten gjelder når man har grunn til å tro at det foreligger mishandling eller annen form for alvorlig omsorgssvikt. På bakgrunn av opplysningsplikten som fastlegene er underlagt bemerkes det som bekymringsfullt at enkelte fastleger bevisst velger å ikke kontakte barneverntjenesten (Hafting et al., 2018, s. 217).

Artikkelen til Halså & Aubert (2016) viser til hvordan samarbeidet mellom kommunene og sykehuset har vært av en positiv opplevelse i forhold til økt kompetanse og tverrfaglig samhandling omkring pårørende barn av foreldre med ulike psykiske helseplager (Aubert & Halså, 2016, s. 78). «Vi er veldig avhengig av de som jobber på akutt(sykehuset), som er entusiastiske og gjør det mulig for oss å komme i kontakt med foreldre – for ellers kommer vi ikke til» (Aubert & Halså, 2016, s. 79).

5.0 Avslutning

Barn som pårørende til psykisk syke og rusavhengige er en svært sårbar gruppe som nødvendigvis ikke får oppfylt sine rettigheter innenfor helsetjenesten. Helsepersonell, herunder fastleger, spesialister og barneansvarlige påpeker hvordan manglende kompetanse i samtale med barn, manglende ressurser, begrenset tidskapasitet og dårlig samarbeid på tvers av instansene er årsaker til hvorfor barn som pårørende ikke anerkjennes i ønsket grad.

For å følge opp barn som har foreldre med psykisk sykdom, rusavhengighet og alvorlig somatisk sykdom er regjerings mål å sette inn hjelpetiltak tidlig samt sikre en langsiktig oppfølging av barna og deres familie (O.t.prp. nr 84 (2008-2009), IS-5/2010). Det forutsetter at helsepersonellet oppnår økt kompetanseheving, og et bedre samarbeidsforhold til instanser som kan være helt nødvendig for å sikre forsvarlig og god behandling. I tillegg til å styrke lovpålagte bestemmelser som gir føringer om hvordan profesjonsutøverne skal handle for å ivareta barns unike behov (Dyregrov, 2012, s. 154).

I arbeid med dette forskningsprosjektet har jeg lært hvordan barn som pårørende er en spesielt utsatt gruppe innen helsesektoren, som ikke nødvendigvis får sine rettigheter i møte med helsepersonellet ivaretatt. Jeg tenker likevel at det er behov for mer forskning om barn som pårørende, på grunnlag av funn som ikke er av den nyeste dato.

6.0 Litteraturliste

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2021). Fakta om

befolkningen. <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>

NHI. (2021, 21.04) Rus og psykiatri (ROP lidelse)

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/>

Bufdir. (2021, 13.01) Hva er omsorgssvikt?

https://www.bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/omsorgssvikt/ *1 side

NOU 2012: 5 (2012). Bedre beskyttelse av barns utvikling: Bedre beskyttelse av barns utvikling- Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

https://www.regjeringen.no/contentassets/e212cdbe211d4e699983049c3070870e/no/pdfs/nou_201220120005000dddpdfs.pdf

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk* (rapport 2011:4). Nasjonalt folkehelseinstitutt. * 50 sider

Halsa, A & Aubert, A.M. (2016). *Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. Fokus på familien*, 2016-04-14 (1), p.67-88. <https://doi.org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06> * 18 sider

Hafting, M., Andressen, N., Gullbrå, F., Rørtveit, G. & Smith-Sivertsen, T. (2018). *Fastleger i møte med barn som pårørende*. Tidsskrift for velferdsforskning, Årgang 21, nr 3-2018. s. 208-226. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-03-02> *13 sider

Wangensteen, T., Jansen, D.S. & Halså, A. (2019). Foreldreskap og rus – den tause skammen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2019-03-13 (1). S. 5-15. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-02> *9 sider

Kvælle, Ø. (2012). *Oppvekstmiljø og sosialisering*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bergem, A. K. (2016). *Barn som pårørende i akutsituasjoner*. Hertervig Forlag. * 177 sider

Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal akademisk. *

Dyregrov, K. (Red). (2012). *Barn som pårørende*. Abstrakt forlag AS. * 218 sider

- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Gyldendal.
- Mevik, K. (Red.). (2019). *Barnevernspedagogen: en grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer- Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Helgesen, L.A. (2017). *Menneskets dimensjoner*. (3. utg.). Cappelen Damm.
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn: om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Fagbokforlaget.
- Grimsgaard, C. (2020). *Samtaler mellom profesjonelle og barn som har psykisk syke eller rusavhengige foreldre: et etisk og narrativt perspektiv*. Cappelen Damm AS. ***22 sider**
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS. *** 272 sider**
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2016) *Innføring i helse og sosial politikk* (6.utg). Universitetsforlaget.
- Støren, I. (2013). *Bare søk- praktisk veiledning i å skrive litteraturstudie* (2.utg). Cappelen Damm AS. ***71 sider**
- Coughlan, M. & Cronin, P. (2017). *Doing a literature review in nursing, health and social care*. (2.utg). SAGE. *** 22 sider**
- O.t.prp. nr 84 (2008-2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven (oppfølging av born som pårørende)*.
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17#KAPITTEL_5
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1990). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Menneskerettsloven. (1989). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (Vedlegg 8. FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokolle). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_bkn-1#bkn/a12

***Selvvalgt pensum: 873 sider**