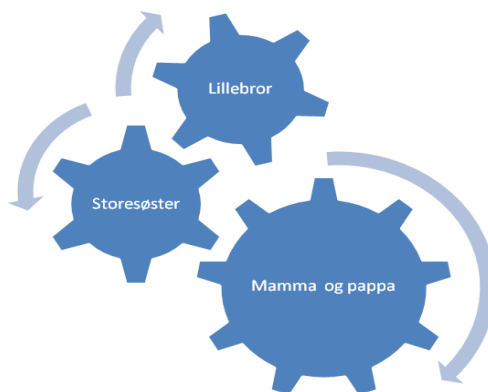


## **Familier med små barn hvor en av foreldrene sliter med psykiske problemer.**

**Families with young children where one  
parent is suffering from mental health  
problems.**



**Eli-Anne T. Willard**

*Masteroppgave i tverrfaglig helse- og sosialfag  
med fordypning i psykisk helsearbeid.*

*Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT),  
avdeling for helsefag, studiested Namsos.*

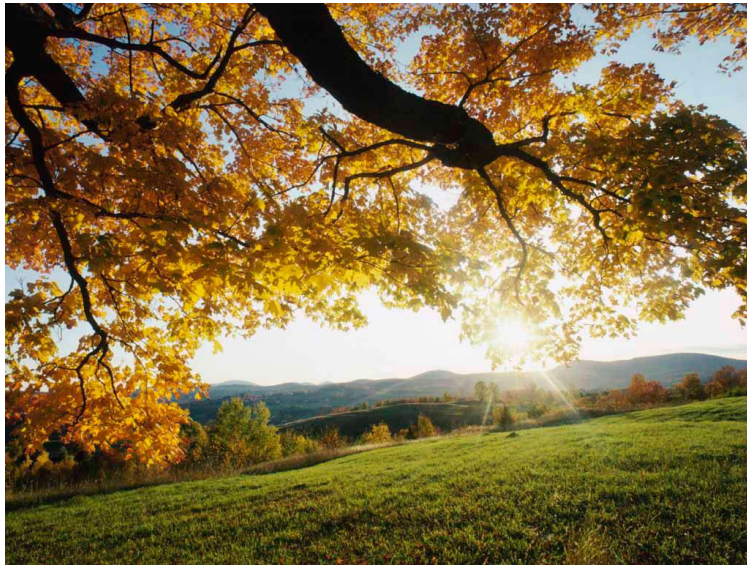
November 2010

## Den gule skogen

To veier gikk i hver sin retning i en gul skog –  
og dessverre kunne jeg ikke utforske dem begge.

Som en vegfarende stod jeg lenge og så nedover den ene  
så langt jeg kunne, til den gjorde en sving i skogen –  
tok så den andre, like innbydende, kanskje enda mer  
spennende fordi den var gressgrodd og lite oppgått...

To veier gikk i hver sin retning i en skog, og jeg – jeg valgte  
den som var minst brukt...  
og det gjorde hele forskjellen.



## Forord

Det er mange veivalg i løpet av en undersøkelse som gir et resultat som denne besvarelsen. Jeg har tilegnet meg mye kunnskap som jeg opplever svært spennende og nyttig i det utviklingsarbeidet jeg får være en del av. Tema for denne masteroppgaven har nær tilknytning til Namsos kommunes deltagelse i modellkommuneforsøket langvarig og systematisk oppfølging av barn 0-6 år som har foreldre med psykiske problemer og/ eller rusproblemer. Det er med ydmykhet og stor takknemmelighet at jeg tenker på familiene som har stilt opp i denne undersøkelsen med ønske om at dette kanskje kan hjelpe andre. Takk for tilliten!

Takk til informantene for at de delte liv med meg!

Takk til partnerne som sliter med psykiske plager og oppfordret informantene til å delta i undersøkelse!

Jeg har forsøkt å behandle deres historier med den største respekt og ydmykhet, for som Løgstrup sier; ”Dette fordres når en har en annens liv i sine hender”

Takk til veileder; Grete Bratberg, førsteamanuensis ved HiNT, og biveileder; Wenche Wannebo, cand. polit og stipendiat ved HiNT, for inspirasjon, støtte, engasjement og utfordringer. Deres tro på at dette er en viktig undersøkelse har hjulpet meg framover!

Takk til Hege, Heidi, Mette og Ulla i Familieteamet for at dere har orket diskusjoner, lest side opp, side ned og gitt nyttige innspill, tilbakemeldinger og refleksjoner.

Takk til andre kollegaer og medstudenter som har lest, lyttet, bidratt til meningsfulle diskusjoner og dermed økt kvaliteten på undersøkelsen.

Takk til arbeidsgiver som har støttet og oppmuntret meg til å gjennomføre denne undersøkelsen, og som har stort fokus på småbarnsfamilier hvor en av foreldrene sliter.

Takk til min familie som har holdt ut, vist forståelse og oppmuntret i en tid hvor det har vært mye fokus på meg selv, denne undersøkelsen og masteroppgaven som skulle skrives.

Ingen skaper noe alene – ”man må være to for å bli en”

Namsos november 2010

Eli-Anne T. Willard

## **Sammendrag:**

Denne undersøkelsen har satt søkelys på småbarnsfamilier hvor en av foreldrene sliter med psykiske problemer. Dette er i tråd med sentrale myndigheters anbefalinger om nødvendig hjelp og oppfølging slik at psykiske problemer hos barna kan forebygges. Formålet med undersøkelsen var å få mer kunnskap om de utfordringer disse familiene opplever å ha i hverdagen. Informantene har vært den av foreldrene som ikke har psykiske plager.

Undersøkelsen har vært gjennomført som en kvalitativ studie basert på intervju med fem småbarnsforeldre hvorav tre var fedre og to mødre. Det ble benyttet narrativ tilnærming for å få tak i informantenes subjektive fortellinger om hverdagslivets utfordringer. Dette var viktig for å få et dypere innblikk i og forståelse for deres opplevelser, erfaringer og historier. For å analysere datamaterialet ble det gjennomført en manifest innholdsanalyse.

Undersøkelsen viste at disse familiene har mange ulike typer utfordringer, og rapporten redegjør for disse. Det er utfordringer knyttet til ansvar, roller og behov i familien i forbindelse med 1) oppfølging og behandling fra det profesjonelle hjelpeapparat, 2) den forelderen som ikke har psykiske problemers mulighet til bare å være seg selv, 3) det å være par, 4) sosial støtte og 5) ivaretagelse av barnets behov. Funnene diskuteres opp mot aktuell teori og empiri.

Et bedre og mer systematisert pårørendesamarbeid synes påkrevd for at familiene skal oppleve en bedre hverdag. Informantene uttrykker behov for mer kunnskap om psykiske problemer og behandling. De ønsker å bli mer inkludert i behandlingsapparatets oppfølging av ektefelle eller partner, samtidig utgjør hjelpeapparatet også i dag en støtte og hjelp som gjør det enklere å leve med psykiske problemer i familien. Informantene ga også uttrykk for stor tiltro til hjelpeapparatet selv om mange ting ikke fungerer. Uforutsigbare behandlingstilbud med utskifting av behandlere og streng håndheving av taushetsplikt var forhold som skapte utrygghet og unødvendig bekymring i hverdagen. Informantene ga klart uttrykk for at det er viktig at de som ektefeller eller partnere blir sett og hørt av hjelpeapparatet, og at det ellers gis rom og muligheter for bare å være seg selv. Det å leve med ektefelle eller partner som har psykiske plager og samtidig ha ansvar for små barn kan i perioder føre til at parforholdet settes på prøve. Det er vanskelig å balansere dette med likeverdighet og likestilling, både i forhold til hvem som tar ansvar og hvem som til enhver tid utfører de ulike arbeidsoppgaver hverdagen med småbarn krever. Resultatene tyder på at det å ha et familieperspektiv i

oppfølgingen av familier er en viktig forutsetning for å kunne bidra til at småbarnsfamiliers belastninger i en utfordrende hverdag kan bli mindre. Familiene bør få god og kontinuerlig hjelp som er tilpasset deres behov, og forebyggende og helsefremmende tiltak bør igangsettes med bakgrunn i risiko på grunn av foreldrenes problemer.

*Nøkkelord; småbarnsfamilier, familieperspektiv, pårørendesamarbeid, barneperspektiv, familiearbeid*

## **Summary:**

This study has been focusing on families with young children where one parent is suffering from mental health problems. According to national recommendations, assistance and supervision should be given to prevent children from getting mental health problems. The purpose of this study was to gain more knowledge of the challenges these families have in everyday life. The informants in the study are the spouses of the parent with known mental problems. The study has been conducted as a qualitative survey interviewing five parents of young children. That includes three fathers and two mothers. Applying a narrative approach, the parents' subjective understanding of their challenges in everyday life were obtained. This was significant in order to gain a deeper insight and understanding of their experiences and stories. To analyze the resulting data from the study a manifest content analysis was conducted.

The survey showed that these families have many different types of challenges, and the report gives an account of these. The challenges are about responsibility, family roles and family needs in relation to 1) interventions/treatments from health professionals 2) the spouses' opportunities to be 'themselves' 3) being spouses/being partners 4) social support 5) safeguarding the childrens' needs. Findings are discussed in relation to current theory and research.

A better and more systematic collaboration with these families seems to be required for them to experience a better day to day life. The informants expressed a need for more knowledge regarding mental illness and its treatment. They wanted to be involved in the treatments offered. They appreciated the help and support given from health professionals, and had great

confidence in the support system in spite of things that did not work. Mainly three factors gave insecurity and excessive worry, namely unpredictable interventions/treatments, frequent replacements of therapists and stringent enforcement of confidentiality. The informants clearly stated the importance of them as spouses to be heard by the support system, and have the opportunities to just be themselves now and then. Caring for small children *and* living with a partner who has mental health problems will at times put the relationship to a test. A life with toddlers requires much work, and it is hard to have an equal balance between the parents. The results suggest that having a family perspective when assisting people with mental health issues reduces stress for children at risk. Families should get good and continuous help that is appropriate to their needs. Prevention and health promotion measures should be initiated on the basis of risk because of parental problems.

*Key words; families with small children, family perspective, collaboration with families, children's perspective, family work*

# Innholdsfortegnelse:

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<u>1.1 OM BARN SOM VOKSER OPP MED FORELDRE SOM HAR PSYKISKE PROBLEMER</u> .....	1
<u>1.2 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA</u> .....	3
<u>1.3 FORMÅL MED UNDERSØKELSEN OG FORSKNINGSSPØRSMÅL</u> .....	3
<u>1.4 UTFORMING AV UNDERSØKELSEN OG BEGREPSAVKLARINGER</u> .....	4
<u>1.5 RAPPORTENS OPPBYGNING</u> .....	5
<b>2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG EMPIRI</b> .....	<b>7</b>
<u>2.1 FAGLIG OG TEORETISK TILNÆRMING</u> .....	7
<u>2.2 FAMILIETERAPIFELTET</u> .....	8
<u>2.2.1 En kort oppsummering av familierapifeltets utvikling</u> .....	9
<u>2.2.2 System- og kommunikasjonsorienterte teorier</u> .....	10
<u>2.2.3 Sosialkonstruksjonistisk tilnærming</u> .....	11
<u>2.3 FORSTÅELSE AV PSYKISKE PROBLEMER OG BEDRING</u> .....	12
<u>2.3.1 Axelsens forståelse av psykiske problemer</u> .....	13
<u>2.3.2 Antonovsky's salutogene modell for helse</u> .....	15
<u>2.4 OM BARNET</u> .....	17
<u>2.4.1 Barn med foreldre som har psykiske problemer</u> .....	17
<u>2.4.2 Tilknytning</u> .....	19
<b>3.0 DESIGN OG METODE</b> .....	<b>20</b>
<u>3.1 VITENSKAPELIG FORANKRING</u> .....	20
<u>3.2 VALG AV METODE</u> .....	21
<u>3.3 UTVALG</u> .....	22
<u>3.4 GODKJENNINGSPROSESS</u> .....	22
<u>3.5 REKRUTTERINGSPROSESS</u> .....	23
<u>3.6 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE</u> .....	24
<u>3.7 FRA TALE TIL TEKST</u> .....	26
<u>3.8 ANALYSE</u> .....	26
<u>3.9 KONTROLL AV ANALYSEN</u> .....	28
<u>3.10 METODEKRITIKK</u> .....	29
<u>3.11 FORFORSTÅELSE OG FORSKERROLLEN</u> .....	31
<u>3.12 ETISKE BETRAKTNINGER</u> .....	32
<b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN FRA UNDERSØKELSEN</b> .....	<b>34</b>
<u>4.1 PRESENTASJON AV INFORMANTENE OG DERES FAMILIER</u> .....	34
<u>4.1.1 Knut og Kari, familie 1</u> .....	35
<u>4.1.2 Arne og Line, familie 2</u> .....	35
<u>4.1.3 Eva og Ola, familie 3</u> .....	35
<u>4.1.4 Erik og Tove, familie 4</u> .....	36
<u>4.1.5 Anne og Anders, familie 5</u> .....	36
<u>4.2 UTFORDRINGER KNYTTET TIL OPPFØLGING OG BEHANDLING AV PROFESJONELLE</u> .....	37
<u>4.2.1 Oppfølging og behandlingsforløp</u> .....	38
<u>4.2.2 Pårørendesamarbeid og taushetsplikt</u> .....	40
<u>4.3 UTFORDRINGER KNYTTET TIL INFORMANTENES MULIGHET TIL Å VÆRE SEG SELV</u> .....	42
<u>4.3.1 Informantenes følelser og reaksjoner, behov for å bli sett og hørt</u> .....	42
<u>4.3.2 Arbeidsfordeling</u> .....	45
<u>4.4 UTFORDRINGER KNYTTET TIL PARFORHOLDET</u> .....	46
<u>4.4.1 Relasjonen</u> .....	46
<u>4.4.2 Kommunikasjon</u> .....	47
<u>4.5 UTFORDRINGER KNYTTET TIL SOSIAL STØTTE</u> .....	48
<u>4.6 UTFORDRINGER KNYTTET TIL HVA MED BARN?</u> .....	50
<u>4.7 OPPSUMMERING AV FUNN</u> .....	51

<b>5.0 DISKUSJON AV FUNN OPP MOT TEORI</b> .....	<b>53</b>
5.1 FORSTÅElsen AV PSYKISKE PROBLEMER OG BEHANDLING .....	53
5.1.1 <i>Hva er eller kan psykiske problemer og symptomer være?</i> .....	53
5.1.2 <i>Utfordringer i møte med hjelpeapparatet</i> .....	56
5.1.3 <i>Pårørendesamarbeid og taushetsplikt eller samtykke</i> .....	60
5.1.4 <i>Familieperspektiv</i> .....	64
5.2 INFORMANTENES UTFORDRINGER KNYTTET TIL MULIGHETEN FOR Å VÆRE SEG SELV .....	65
5.2.1 <i>Å bli sett, hørt og forstått</i> .....	65
5.2.2 <i>Arbeidsfordeling</i> .....	67
5.3 UTFORDRINGER I PARFORHOLDET .....	68
5.3.1 <i>Relasjonen</i> .....	69
5.3.2 <i>Kommunikasjon</i> .....	72
5.3.3 <i>Å opprettholde familiestrukturer</i> .....	75
5.4 HVA MED BARNA? .....	75
5.5 OPPSUMMERING AV DISKUSJON.....	79
<b>6.0 OPPSUMMERING, KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER</b> .....	<b>82</b>
6.1 OPPSUMMERING .....	82
6.2 KONKLUSJON .....	85
6.3 AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER OG REFLEKSJONER .....	86
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>91</b>

## VEDLEGG

1. Godkjenning fra REK
2. Godkjenning fra NSD
3. Informasjonsskriv til informantene
4. Samtykkeerklæring
5. Plakat
6. Intervjuguide
7. Datamatrise



## **1.0 Innledning**

Tema for denne oppgaven er de utfordringer i hverdagen småbarnsfamilier hvor en av foreldrene sliter med psykiske problemer har. Det å ha psykiske problemer vet vi er belastende og de fleste livsområder påvirkes. Å være småbarnsforeldre er en krevende og intens tid hvor dagene blir hektiske og mye dreier seg om å få hverdagslivet til å henge sammen. Kombinasjonen av å ha psykiske problemer og være småbarnsforeldre vil derfor være utfordrende og stille ekstra krav til den av foreldrene som ikke har slike plager.

### **1.1 Om barn som vokser opp med foreldre som har psykiske problemer**

SINTEF Helse har undersøkt hvor mange barn som har foreldre med psykiske problemer, og anslår at dette berører 90 000 barn. Av disse får omsorgspersonene til 65 000 barn døgntil behandling eller poliklinisk behandling i løpet av et år, mens bare 20 000 av de aktuelle barna blir fulgt opp ([www.sintef.no](http://www.sintef.no) pasienttelling 2007/ 2008). Forskning viser at barn i denne målgruppen er en utsatt og sårbar gruppe (Glistrup 2004, Killèn 2004, Kvello 2007, 2008, Mevik og Trymbo 2003, Mowbray, Bybee, Oyserman, Allen-Meares, et.al 2004). Mellom 30- 50 % av barn som vokser opp med foreldre med psykisk sykdom utvikler selv depresjon før de er 19 år om det ikke settes inn tiltak. Rutter og Quintin (1984) anslår at 66 % av dem som vokser opp med psykisk syke foreldre selv blir syke; 33 % alvorlig syke og 33 % mindre alvorlig syke i form av for eksempel dårlig kontaktevne, dårlig tilknytning, depressive symptomer eller en psykisk sårbarhet som de tar med seg inn i voksenlivet. Mange utvikler økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser (Kufås, Lund og Rynning Myrvoll 2004). Det er derfor viktig å tenke forebyggende tiltak i forhold til de fleste av disse barna og deres familier.

For å igangsette forebyggende tiltak i forhold til de minste barna må man jobbe både med og gjennom foreldrene. Psykiske problemer påvirker foreldrefungeringen (Killèn 2004, Halså 2008). Den forelderen som ikke har psykiske problemer blir derfor ekstra viktig som trygg og stabil tilknytningsperson og omsorgsgiver når den andre forelderen har dårlige perioder. Å finne ut hvilke utfordringer og hvilken hjelp familier i denne målgruppen har behov for, er en av hjelpeapparatets oppgaver (Kvello 2007, Mevik og Trymbo 2003). Det er derfor sentralt å utforske hvilke behov foreldre i denne målgruppen har og hva som skal til for å kunne være gode nok foreldre. Tiltak i forhold til disse barna og familiene må initieres allerede på risiko,

og nyere forskning bekrefter at en ikke kan vente og se hvordan det går (Moe, Slinning, Hansen 2010).

I løpet av opptrappingsperioden for psykisk helse 1997-2008, har sentrale myndigheter rettet stort fokus mot barn som har foreldre med psykiske problemer og forebygging i forhold til denne gruppen. Til tross for dette fokuset og satsningen på åpenhet, har fortsatt helsetjenestene utfordringer med å utvikle gode forebyggende, helsefremmende og ivaretagende tiltak. Tabu og stigmatisering har bidratt til at barna ofte omtales som ”de usynlige barna”. I 2007 gikk Sosial- og helsedepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet sammen og fastslo at; ”De er en forsømt gruppe som skal bli sett!” Rundskrivet IS-5/2010, ”Barn som pårørende”, understreker også at barn av pasienter med alvorlige helseproblemer er utsatte og sårbare barn. De skal ha rettigheter som pårørende, og helsepersonell har etter helsepersonelloven en plikt til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom har.

En kvalitativ studie gjennomført av Acerson (2003) beskriver viktigheten av sosial støtte for utsatte og sårbare familier. Foreldrene i undersøkelsen som hadde sterk sosial støtte i sitt nettverk var bedre i stand til å takle kriser enn de som var sosialt isolerte. Studien anbefalte videre forskning som involverer barn, ektefeller eller samboer, og andre familiemedlemmer som er i foreldrenes støttenettverk. Den anbefalte å utforske erfaringer til andre familiemedlemmer som er berørt av et familiemedlems psykiske problemer, da det kan bidra til økt forståelse for hvordan foreldre med psykiske problemer kan håndtere både sine problemer og kravene til forelderrollen.

Aamodt og Aamodt anbefalte tilsvarende forskning i sin rapport ”Tiltak for barn av psykisk syke”, utarbeidet i 2005 på oppdrag fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse, for Barne- og familiedepartementet. Resultatene i rapporten viser at det er et misforhold mellom eksisterende kunnskap om barns behov når en av foreldrene er psykisk syke, og det ansvaret hjelpeapparatet viser for denne målgruppen. Rapporten konkluderer med at det er behov for grunnlagsforskning i forhold til foreldre med psykiske problemer og små barn, og at forskningen må rettes i forhold til den som har psykiske problemer, den andre forelder og barna. Den sier at det er viktig å få fram de subjektive opplevelser av å være i familier hvor en av foreldrene har psykiske problemer. Det påpekes videre at det er viktig med

grunnlagsforskning i forhold til **betingelser for ivaretagelse av de foreldrene som ikke har psykiske problemer** (Aamodt, Aamodt 2005).

## **1.2 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema**

Mange års erfaring som psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten, har skapt interesse og engasjement for barn som har foreldre med psykiske problemer. Jeg har møtt mennesker som har beskrevet en oppvekst med foreldre som har psykiske problemer, og flere har sagt at de skulle ønske noen så dem og at det hadde vært et tilbud for dem da de var barn. Mange har også formidlet bekymring for egne barn, hvordan vil deres problemer påvirke eller skade dem.

De siste årene har jeg også vært gruppeleder i et forebyggende gruppetiltak for barn fra 8 år og oppover, som har foreldre med psykiske problemer eller rusproblemer. Dette tiltaket har gitt meg økt forståelse både for foreldrenes situasjon, og for hvordan det er å være barn med foreldre som i perioder har det ekstra vanskelig. De foreldrene som ikke har psykiske problemer har ofte uttrykt stort behov for å snakke med fagfolk. Dette har ofte omhandlet spørsmål, utfordringer, og bekymringer knyttet til dagliglivet, både i forhold til mangel på kunnskap og informasjon om psykiske problemer, behandling eller barneoppdragelse. De har også hatt behov for å dele sine frustrasjoner. Noen ganger har jeg undret meg over hvor disse foreldrene henter sin styrke.

I 2007 ble det av sentrale myndigheter initiert et modellkommuneforsøk, hvor målet er å utvikle gode modeller i løpet av ti år, for langsiktig oppfølging av de minste barna og deres familier når en av foreldrene har psykiske problemer og/ eller rusproblemer. Namsos kommune deltar i dette forsøket og jeg er prosjektleder, og vår utfordring er å utvikle gode modeller som ivaretar både barn, foreldrene og hele familien. Ved valg av tema for denne undersøkelsen ønsket jeg å ta utgangspunkt i dette modellkommuneforsøket både av egeninteresse, men også for at funn og resultater kan bidra til å videreutvikle Namsos som modellkommune.

## **1.3 Formål med undersøkelsen og forskningsspørsmål**

Formålet med denne undersøkelsen er å få mer informasjon og mer kunnskap om familier hvor en av foreldrene sliter med psykiske problemer. Denne kunnskapen vil kunne bidra til at hjelpeapparatet kan utvikle forebyggende, helsefremmende tiltak og oppfølging som ivaretar

barna bedre allerede fra de er spedbarn. Samtaler med den av foreldrene som ikke har psykiske problemer gir innblikk i og forståelse for deres opplevelser av hverdagslivets utfordringer. Den kunnskapen de formidler og deres historier vil være til stor hjelp når det skal utvikles tiltak i forhold til familier i målgruppen, og modeller for tverrfaglig og langsiktig samhandling skal utarbeides. Tidligere forskning sier at det er viktig å få fram de subjektive opplevelser av å være i familier hvor en av foreldrene har psykiske problemer, og litteraturstudier viser at hjelpeapparatet fortsatt har behov for ny og mer kunnskap på dette området. Ut fra dette ble følgende forskningsspørsmål formulert;

**”Hva forteller småbarnsforeldre med ektefelle eller samboer som har psykiske problemer, om hverdagslivets utfordringer og hvilke behov de har for oppfølging og støtte?”**

#### **1.4 Utforming av undersøkelsen og begrepsavklaringer**

Denne oppgaven bygger på en kvalitativ undersøkelse. Intervjuene ble gjennomført i 2008 og 2009, og fem informanter har deltatt. De kvalitative data er bearbeidet, analysert og diskutert i forhold til relevante teorier, forskning og etablert kunnskap. Det er benyttet en løsningsfokuseret tilnærming i besvarelsen av hensyn til familiene som har delt noe av sine liv gjennom sine hverdagsfortellinger. De skal kunne lese denne masteroppgaven og kjenne seg igjen, men ikke oppleve at de er eller har utlevert seg selv, sin partner eller sin familie. Dersom det er fortellinger eller utsagn som er så særegent at det kan være gjenkjennbart for informantene eller tjenesteutøvere, er disse utelatt på grunn av anonymiseringen og for at familiene skal kunne kjenne seg ivaretatt. Alle sitat er oversatt til bokmål med samme begrunnelse.

**Følgende forståelser av ulike begrep er benyttet i besvarelsen;**

**Familien** refererer til kjernefamilien som består av begge foreldrene og deres barn.

**Førstelinjetjenesten** er begrepet som benyttes når de kommunale eller primære tjenester skal omtales. I denne besvarelsen utgjør disse; psykisk helsetjeneste, barnevernstjeneste, helsestasjonen, familieteam, fastlege eller kommunepsykolog. Førstelinjetjenesten benevner den som mottar tjenester som brukere. **Andrelinjetjenesten** betyr spesialisert helsetjeneste som vanligvis tilbys på sykehus eller av praktiserende spesialister. Tilgang til andrelinjetjenesten krever som regel henvisning fra førstelinjetjenesten. Flere begrep som

benyttes i besvarelsen som omhandler deler av andrelinjetjenesten er psykisk helsevern eller psykiatrisk poliklinikk. I andrelinjetjenesten benyttes begrepet pasient om den som mottar tjenester. I besvarelsen benyttes disse tradisjonelle begrepene som **bruker og pasient**, ut fra om de refererer til tjeneste fra første- eller andrelinjen. I tillegg benyttes begrepet **klient** når klient- og resultatstyrt praksis beskrives.

**Hjelpeapparatet** eller **tjenesteapparatet** refererer til både første- og andrelinjetjenesten, og tjenesteutøver, terapeut eller behandler viser til de ulike fagpersoner som familiene møter i hjelpeapparatet. Begrepet **profesjonelle** er også benyttet når ansatte i ulike tjenesteområder omtales.

Jeg har valgt Tom Andersen (1996) sin **definisjon på hva terapi, behandling, veiledning eller samarbeid** er. Han sier at alt handler om samtale, og derfor benyttes disse begrepene samt begrepet oppfølging om hverandre.

## **1.5 Rapportens oppbygning**

I kapittel 2 presenteres relevant teori og empiri knyttet til fagfeltet som gjelder barn med foreldre som har psykiske problemer og familieorientert forebyggende og terapeutisk arbeid. Kapittel 3 beskriver design og metode. Det redegjøres for vitenskapelig forankring og metode som er benyttet for å besvare forskningsspørsmålet, og hovedvekt er lagt på den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen og analyseprosessen. Informantene og deres familier presenteres innledningsvis i kapittel 4, og deretter redegjøres det for funn fra intervjuundersøkelsen. Analysen av data har ført til 5 hovedtema som utgjør overskrifter i dette kapitlet; 4.2 utfordringer knyttet til oppfølging og behandling av profesjonelle, 4.3 utfordringer knyttet til informantenes mulighet til å være seg selv, 4.4 utfordringer knyttet til parforholdet, 4.5 utfordringer knyttet til sosial støtte, 4.6 utfordringer knyttet til "hva med barna?". I kapittel 5 diskuteres resultatene fra undersøkelsen opp mot relevant teori og empiri. Kapittel 6 omfatter en oppsummering og konklusjon av den kunnskap denne undersøkelsen har bidratt med når det gjelder hverdagslivets utfordringer i småbarnsfamilier der en av foreldrene har psykiske plager, ut fra ektefellen eller partneren til den som har psykiske problemer sitt ståsted. I avsluttende betraktninger har jeg valgt å beskrive og reflektere over hvilken betydning undersøkelsen konkret har hatt for eget arbeid og praksisfelt. Både gjennom å beskrive tiltak og forslag til tiltak som kan gjøre hverdagslivet til småbarnsfamilier

i målgruppen enklere og bedre, men også samtidig kvalitetssikre at barn og familier med denne type problematikk følges opp i tilstrekkelig grad. Forslag til videre forskning innenfor tema skisseres avslutningsvis.

*”Den enkelte har aldrig  
med et andet menneske at gøre uten  
at han holder noget af  
dets liv i sin hånd.  
Det kan være meget lidt,  
en forbigående stemning, en oplagthed...  
Men det kan også være forfærdende meget,  
så det simpelthen står til den enkelte,  
om den andres liv lykkes eller ej...  
I er hinandens verden og hinandens skæbne”.*

(Løgstrup 1991)

## 2.0 Teoretiske perspektiver og empiri

I dette kapitlet redegjøres for teoretiske perspektiver og forskning som er sentral i forhold til tema og formålet med denne undersøkelsen. Ulike teorier og modeller har bidratt til å danne grunnlaget for den teoretiske forankringen og forståelsen som er brukt i besvarelsen. Det familieteoretiske perspektiv med forankring i familieterapifeltets ulike retninger er sentralt i familieorientert arbeid og forskning for å forstå familien som system og ressurs. Det redegjøres for forståelsen av psykiske problemer som kilde til utvikling og vekst både gjennom Axelsens tenkning og gjennom Antonovskys salutogene modell for helse og sykdom. Deretter presenteres teori som er relevant for å forstå barns behov for forutsigbarhet og trygghet for vekst og utvikling. Nyere sped- og småbarnsforskning viser hvordan de første leveårene påvirker barnets senere utvikling og hvorfor det er så viktig å komme til tidlig i forhold til disse familiene, og innenfor denne forskningen er tilknytning sentralt. Annen relevant teori og empiri er trukket inn underveis i diskusjonskapitlet når dette har vært aktuelt.

*”Den eneste sannhet er at forandring skjer.*

*Solen er ny hver dag.*

*Vi kan ikke to ganger stige ned i samme elv”.*

Heraklit, ca 500 f.kr.

## 2.1 Faglig og teoretisk tilnærming

De siste årene er det gjennomført flere undersøkelser med fokus på barn som har foreldre med psykiske problemer. Alle bekrefter at dette medfører utfordringer både for barn og foreldre, og de er beskrevet i mange av disse undersøkelsene. Det finnes også norske studier om familier hvor en av foreldrene sliter med psykiske problemer, men det har ikke lyktes å finne studier som omhandler små barn og hvilke tiltak som bør settes inn i forhold til disse familiene. Viktigheten av fokus på familierelasjoner og sosial støtte understrekes i flere undersøkelser. De bekrefter at mødre med psykiske problemer som bor sammen med noen, har det betydelig bedre enn de som ikke gjør det og at det å være mor er viktig for mange kvinner. Fedre og andre slektninger spiller viktige roller i barnas liv, og de kan være med å avlaste mødrenes forpliktelser og stress (Nicholson, Sweeney og Geller 1998, Mowbray, Bybee, Hollingsworth Goodkind og Oyserman 2005). Amerikanske og australske undersøkelser beskriver et familieprogram som består av rutinemessige og regelmessige

hjemmebesøk til familier i målgruppen (Mason og Subedi 2006). Det vises til at et stort antall personer med psykiske lidelser er foreldre til små barn og forskerne identifiserer den viktige rollen sykepleiere kan spille i en rekke ulike situasjoner når de møter foreldre som har psykiske problemer. De understreker et sterkt behov for å koordinere tjenester, og ha et bedre familiefokus på psykiske helsetjenester til foreldre med psykiske problemer, deres barn og familier. Disse tjenestene må være rettet mot tidlig intervensjon for å redusere risikoen for barna og for å muliggjøre at foreldre med psykiske problemer kan skape et mer stabilt familiemiljø (Mason og Subedi 2006).

Familierettede læringstilbud har et familie- og livsløpsperspektiv. Med oppmerksomhet rettet mot samspill og kommunikasjon, betraktes menneskers adferdsmønstre og ulike roller som følger av den mening og betydning som hver enkelt knytter til sin relasjonelle sammenheng. Det å legge et familieperspektiv til grunn for arbeidet betyr i denne sammenheng å se mennesker som relasjonelle individer og deler av systemer, der den enkeltes trivsel og utvikling i stor grad avhenger av hvordan mennesker fungerer sammen. Det gjelder enten det er et barn som har en sykdom eller det er en voksen. Endring for én person, medfører endring for de andre i vedkommendes familie eller nettverk. Den enes velvære gjenspeiles i de andres (Haugsgjerd, Jensen, Karlsen, Løkke 2004, Løgstrup 1991, Skjervheim 2001).

Familieperspektivet er sentralt som teorigrunnlag i undersøkelsen, og for å forklare og utdype dette beskrives deler av familierapifeltets utvikling. Antonovskys modell for helsefremmende arbeid, den salutogene modellen for helse og sentrale begrep i denne modellen, benyttes både for egen forståelse av psykiske problemer og for å forstå informantenes positive innfallsvinkel til utfordringene de har i hverdagslivet. Nyere sped- og småbarnsforskning viser hvordan de første leveårene påvirker barnets senere utvikling og hvorfor det er så viktig å komme til tidlig i forhold til disse familiene. Tilknytning blir her sentralt. Det redegjøres også for teori og empiri knyttet til barn som har foreldre med psykiske problemer.

## **2.2 Familierapifeltet**

Familierapi representerer en behandlingsform, men slik jeg forstår familierapifeltet så danner det også et grunnlag for forståelsen av familieperspektivet og familieorientert arbeid. For å begrunne denne forståelsen benyttes Tom Andersens definisjon på terapi, behandling, veiledning eller samarbeid. Han sier at alt handler om samtale, slik at familierapi ut fra hans



ståsted ikke nødvendigvis er noe spesielt, men det er et møte mellom to mennesker gjennom en samtale som er nyttig. Samtale eller dialog er også det som er viktig innenfor familieperspektivet og familieorientert arbeid (Andersen 1996).

Innenfor familieperspektivet er det å se familien som et system sentralt. Et systemisk perspektiv handler om å forsøke og forstå det som skjer, som uttrykk for kommunikasjon mellom mennesker eller mellom et menneske og den situasjonen det befinner seg i.

Grunnlaget for familierapi er teorier om at menneskers psykiske reaksjoner har nær sammenheng med samspillet med mennesker de lever nær til daglig, og spesielt familien som lever tett sammen over lang tid (Haugsgjerd, Jensen, Karlsen og Løkke 2004).

Familierapifeltet er opptatt av å jobbe på systemnivå og ikke bare med enkeltindivider. Det har fokus på helhetlig og sirkulær tenkning i forhold til psykiske plager, i motsetning til en medisinsk modell som ofte er lineær i sin tenkning ved å være opptatt av symptom og behandling, eller årsak og virkning. I en sirkulær modell er en opptatt av hvordan fenomener henger sammen.

En som jobber familierapeutisk vil være aktiv og medskapende, og bedring ligger i å utforske ressurser, mestring og ved å styrke den andres håp. En tenker seg at alle mennesker har muligheter i seg til mange måter å være på og oppleve på, og at bare noen av dem kommer fram i en familiesammenheng der alle får forskjellige roller i forhold til hverandre. Familierapifeltet har hatt en stor utvikling og er et forholdsvis nytt fagfelt. Innenfor dette feltet kombineres ofte ulike retninger, og ulike miljøer har påvirket hverandre (Hårtveit og Jensen 2008, Schjødt og Egeland 1989).

### **2.2.1 En kort oppsummering av familierapifeltets utvikling**

Familierapeutisk tenkning vokste fram i en tid da psykoanalysen med sitt individfokus var ganske enerådende. En del terapeuter var inspirert av blant annet Gregory Batesons teorier (1972). Bateson var opptatt av at individ og relasjon er knyttet sammen, og at kontekst eller sammenheng er viktig for hvordan et menneske oppfatter og forstår. Bateson sa at betydningen av en gitt type handling eller lyd forandrer seg avhengig av kontekst. En arvtager etter Bateson var biologen Humberto Maturana som var opptatt av at familier har forskjellige versjoner av virkeligheten. De ”punktuerer” eller oppdeler den på ulike måter og virkeligheten kan forstås som et multivers med mange forskjellige tolkningsmuligheter. Han poengterte at det ikke finnes en virkelighet i bestemt form eller entall (Hårtveit og Jensen 2008).

Ludvig von Bertalanffy som var pioner og grunnlegger av generell systemteori, har også hatt betydning blant annet for familierapifeltet. Han var opptatt av at ethvert system er noe mer enn summen av delene. Overført til familietenkning vil det si at en familie er alltid mer enn summen av alle familiemedlemmene. Hver familie har en egen identitet, målsetting, kultur, og egenverdi som det må tas hensyn til, og fokus er samspillet mellom de ulike medlemmene (Hårtveit og Jensen 2008). Videre beskrives familierapiretninger som er rådende innenfor feltet i dag.

### **2.2.2 System- og kommunikasjonsorienterte teorier;**

Kommunikasjonsteorier rettet oppmerksomheten mot betydningen av sosial interaksjon og relasjoner for utvikling av symptomer. Deres utgangspunkt var at psykiske problemer oppsto i kommunikasjon og samhandling. Kommunikasjonsteori utviklet i Palo Alto-gruppen, bygde på Bateson og Milton Ericksons ideer som har hatt stor betydning for utviklingen av familierapi. Palo Alto-gruppen forstod psykiske problemer som forsøk på løsninger på problemer, og symptomer som mestringsstrategier, det vil si at symptomene har funksjoner når de oppstår. Psykiske problemer kan løses gjennom kommunikasjon, fordi de er utviklet og fastlåst gjennom kommunikasjon. De var opptatt av hva som virker opprettholdende på symptomene i samhandling med andre. Et budskap har flere nivåer både et innhold- og relasjonsnivå. Relasjonsnivået handler om kontekst og om relasjon mellom avsender og mottaker. Ved siden av innholdet har også symptomene et kontrollaspekt. Den kommunikasjonsorienterte terapitilnærmingen var symptomorientert ved at den tok utgangspunkt i det brukeren selv presenterte som problem. I stedet for å arbeide mot symptomene for at brukeren skulle bli kvitt dem, mente de at forandring kunne inntreffe med ”å gå med” symptomene. (Axelsen og Hartmann 2008, Axelsen 2009).

Innenfor denne retningen er en opptatt av at repeterende mønstre i samspill forsterker vansker. Her finnes strukturell og strategisk familierapi og sentrale personer innenfor denne familierapiretningen er Salvador Minuchin og Jay Haley. De hadde fokus på familiens strukturer og strategier og samarbeidet tett med Gregory Bateson. Strukturell familierapi understreker opptatthet av familiens indre oppbygning, av hvordan familiemedlemmene og grupper av familiemedlemmer organiserer seg i forhold til hverandre med hensyn til struktur, subsystemer og grenser. Slike grupper innenfor familien trenger struktur og grenser, og subsystemer som eksisterer kan være paret som ektepar, paret som foreldre, besteforeldre eller søsken. Subsystemer kan også gå på tvers av generasjoner, men det er viktig at familiens

hierarki bevares. Innenfor strukturell familierterapi blir terapeuten medlem i det terapeutiske system som er et nytt system som dannes. Det jobbes innenfor denne tradisjonen med å endre dysfunksjonelle familiestrukturer (Hårtveit og Jensen 2008).

Det som omtales som strategisk familiertradisjon er flere tradisjoner som har enkelte fellestrekk, hvor alle har Batesons ideer som et utgangspunkt. Bateson var også inspirert av kommunikasjonsteori, at hendelser og samspill like gjerne kan forstås på en annen måte, avhengig av prosessene som fører til utvelgelse av sekvenser og historier. Dette omtales som det sirkulære prinsipp. Ved å gripe inn i en fastlåst kommunikasjonsform kunne det skje endringer. Terapien forsøker først og fremst å endre atferd og kommunikasjonsmønstre. En av Batesons kjente setninger; ”når løsningen er problemet og ikke problemet”, sier noe om at en vanske blir til et problem ved at systemer eller familier forsøker å løse vansken. Familiemedlemmers forsøk på å løse vanskeligheten skaper problemet, og gradvis kan dette forverres i en vond sirkel. Mer av det samme blir typiske forsøk på løsninger (Reichelt 2006). En av de nyeste retningene som har sine røtter både teoretisk og metodisk i strategisk tradisjon er løsningsorientert terapi (LØFT). Innenfor løsningsorientert tradisjon etterspørres løsninger i stedet for problemer og man er opptatt av fremtiden. Håp, optimisme og positive tilbakemeldinger preger holdningene innenfor denne tradisjonen.

### **2.2.3 Sosialkonstruksjonistisk tilnærming**

Sosialkonstruksjonistisk tilnærming går ut på at virkeligheten samskapes gjennom språk og samspill. Ord får mening gjennom hvordan de brukes innenfor en relasjon. Denne tilnærmingen omhandler retninger som jobber med familiens narrativer, tro og konstruksjoner av egen historie. Språket representerer ikke virkeligheten, men det er virkeligheten. For at en person skal oppnå en ønsket forandring, må det til et samarbeid (Hårtveit og Jensen 2008). Vårt språk og våre historier om oss selv og andre, utformes i tett samspill med de rundt oss. Historiene om oss selv er basert på fortolkningsmulighetene kulturen gir oss og representerer ikke ”sannheten” om hvem vi er. I den vestlige verden er det en stor overvekt av fortolkningsmuligheter som bidrar til at vi føler oss avvikende eller patologiske (Reichelt 2006). Harlene Anderson og Harold Goolishian er opptatt av å innta en ikke-vitende posisjon og at forforståelsen ikke skal prege møtet med andre mennesker. En genuin nysgjerrighet bør prege møtet hvor en utforsker den andres begrep og forståelse for hvordan denne konstruerer sin virkelighet og finner mening. Omsorg og reel dialog preger denne retningen, og at alle er eksperter i egne liv. De ønsket å være en samtalepartner blant flere samtalepartnere med et

likeverdig forhold og gjensidig respekt for hverandre og ikke bedrevitende som hadde svarene eller fasiten. Goolishian har blant annet sagt følgende kjente setninger; ”Du vet ikke hva du tenker før du har sagt det” og ”hør på hva de virkelig sier og ikke hva de virkelig mener”. Han var opptatt av språket og samtalen, og at det er viktig å dele det som opptar en med andre for å finne ut hvordan egen virkelighet er og hva som gir mening. (Hårtveit og Jensen 2008).

Narrativ terapi har blitt sentralt i 90-årene og gjeldende begrep er narrativ, kultur og historie. Mennesker forsøker å skape seg identitet, sammenheng og mening, og dette skjer ved å konstruere historier. Narrativ terapi har fokus på å omskrive eller nyskrive historier, som igjen kan endre hvordan man oppfatter virkeligheten, tenker og handler. Fokus er på eksternalisering som betyr at personen og problemet ikke er det samme, men at en ser på problemets effekt på personen.

Familieterapien kombinerer ulike terapiretninger og videreutvikler disse. Ved å kombinere modeller og metoder som har sin opprinnelse i forskjellige tradisjoner får en høy grad av fleksibilitet og mangfold. Betydningen av å vektlegge menneskers muligheter heller enn deres patologi framheves, og det å samle seg om forhold som er virksomme her og nå i stedet for å søke røtter til problemene i fortiden (Hårtveit og Jensen 2008, Reichelt 2006). Dette vil også være sentralt i familieorientert arbeid.

### **2.3 Forståelse av psykiske problemer og bedring**

Det kan være mange måter å definere og forstå dette med psykisk sykdom og plager på. Den forståelsesrammen som velges vil ha betydning for hvilken tilnærming en arbeider etter i praksisfeltet og i forskning. I følge Folkehelseinstituttet er det vanlig å skille mellom psykiske plager eller vansker og psykiske lidelser. Psykiske plager er lettere vansker som kan gi høy symptombelastning men ikke så høy at de karakteriseres som diagnose. Psykiske lidelser er når symptombelastningen er så stor at det kan stilles en diagnose ([www.fhi.no](http://www.fhi.no)). Psykiske problemer blir i dagliglivet en samlebetegnelse på både psykiske plager og lidelser. Det er ulike forklaringsmodeller på hvorfor psykiske problem oppstår, og det diskuteres om de kan skyldes sårbarhet, arv, fysiokjemiske, psykologiske eller sosiale forhold. Forskning tyder på at det er en genetisk disposisjon tilstede særlig ved alvorlige psykiske lidelser (Kringlen 1995). Et utall av miljøfaktorer fra organisk skade til fødsel og sosiale faktorer knyttet til familie, skole og arbeid påvirker videre utviklingen av psykiske

problemer. Flere modeller for psykopatologi knytter genetiske eller biologiske faktorer til miljøfaktorer. Det vil si at sårbarhet og miljøforårsaket stress er nødvendig for å frembringe en forstyrrelse (Kringlen 1995, Smith 2002). For å forstå hva psykiske problemer innebærer, hvordan de påvirker enkeltindividet og familien og hvordan en kan oppleve bedring, bygger denne undersøkelsen på Axelsens forståelse av psykiske problemer og Antonovsky's salutogene modell for helse.

### **2.3.1 Axelsens forståelse av psykiske problemer**

Eva Axelsen (f.1940) er forsker innen klinisk psykologi, og driver også selv psykologisk behandling. Hun framstiller en forståelse og terapimodell hvor psykiske problemer ses som kilde til utvikling (Axelsen 2009). Terapiforståelsen bygger på flere tilnærminger og teorier, hvor kommunikasjonsteorier utviklet i Palo Alto-gruppen er et sentralt utgangspunkt (Axelsen 2009, Hårtveit og Jensen 2004). Forståelsesformen bygger videre på kognitive teorier som forstår symptomer som meningsbærende, og det fenomenologiske perspektiv som vektlegger individets subjektive opplevelse og fremstillingsmåte. Selvakseptering ses som en viktig forandringsagent. Det psykologiske perspektiv på psykiske problemer bygger på en forståelse av at alle psykiske problemer er satt sammen av de samme byggesteinene, og handler om sentrale eksistensielle tema. Innholdet i problemene er forskjellig, men en rammet selvoppfatning synes å være en av de mest sentrale faktorene. Hvordan livserfaringer treffer selvoppfatningen synes å påvirke utformingen av symptomene som er uttrykk for det som ellers kalles irrasjonelle reaksjoner og psykisk smerte, og ikke som tegn på sykdom. Menneskets subjektive og umiddelbare opplevelse er viktig og hvordan han eller hun forstår sine problemer. Dette perspektivet gir en holdning til at psykiske reaksjoner er meningsbærende og den som har symptomene blir tatt på alvor. Axelsen velger å se på psykiske symptomer som ressurs, og bygger på et kontekstuel perspektiv hvor psykiske problemer forstås som reaksjoner på livspåkjenninger.

*''Psykiske symptomer er veivisere til forståelse. De peker på det som er galt og inneholder kommunikasjon om hva som må forandres og hvordan. Det er dette jeg mener når jeg sier symptomet er en ressurs.''* (Axelsen 2009: 43).

Avmakt har en sentral rolle i utvikling av psykiske problemer. Psykiske problemer forstås som kommunikasjon av avmakt og forsøk på mestring av avmakt, og starter i relasjoner i en sosial kontekst. Dette betyr at atferd som kan virke meningsløs for eksempel depresjon, angst

eller psykose, er meningsbærende og har sin ”indre logikk” når vi ser på konteksten individet er i. En går da bort fra en individfokusert og en medisinsk lineær modell, til en kontekstuell modell.

*”Et symptom kan forstås som en tydeliggjøring av erfaringer et menneske har, og av hvordan han eller hun har opplevd og bearbeidet disse. I dette perspektivet er det en sammenheng mellom symptomer, erfaringer og realitet. Etter min mening er det først når man har med alle disse nivåene at symptomene blir forståelige”.*

(Axelsen 2009: 19)

Axelsen legger vekt på at brukeren er ekspert på seg selv, og terapeuten anerkjenner og aksepterer symptomene som forsøk på mestring. Brukerens egne ord og vedkommendes forståelse av seg selv og sine problemer er en viktig kilde til kunnskap for terapeuten. Forandring skjer ved at terapeuten ser, lytter, undrer seg og utforsker sammen med den det gjelder. Brukeren har svarene og vet best hva han eller hun skal frem til (Axelsen 2009).

Bedring kjennetegnes ved individets innsats, det vil si at brukerens aktive og avgjørende medvirkning erkjennes, sier Topor i sin bok “Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer”. Bedringsprosess handler om å se hele individet i sammenheng og om at det skal finne seg selv. Det innebærer at individet skaffer seg makt over eget liv med hensyn til hvordan han vil leve det, og hvordan han kan utforme livet slik han ønsker å leve det. Forskningen på bedringsprosesser har gitt viktig kunnskap, som for eksempel at individet har en sentral rolle i egen bedringsprosess (Topor 2006).

*”Forandring inntreffer når en blir den en er, ikke når en prøver å bli den en ikke er”.*

(Beisser, 1970 i Axelsen 2009: 113)

Vitenskapsteoretisk forankring har betydning for forståelsen av psykiske problemer som sykdom eller som reaksjoner på livshendelser. Forstått som sykdom vil utredning, diagnostisering og behandling være viktig, men forstått som følge av livshendelser vil fokus mot konstruksjon av meningssammenhenger, det å skape ny mening gjennom reformulering, bli sentralt (Axelsen 2009). Tilsynelatende like problemer kan ha ulike årsaker og krever ulike løsninger. Ulvestad, Henriksen, Tuseth og Fjeldstad (red) (2008) sier i boken “Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid” at resultater fra 40-års terapiforskning

tyder på at vi bør stille flere spørsmål rettet mot helsefremmende prosesser, relasjonelle forhold og utenomterapeutiske faktorer i forskningen.

*”Med få unntak bygger kunnskap om behandling av psykiske lidelser på det underliggende premiss at forskere, behandlere og andre som kjenner fagfeltene om psykiske lidelser, har bedre kunnskap om hva som hjelper og er lurt å gjøre, enn de som selv er rammet av psykiske lidelser, og deres pårørende”.* (Ulvestad et.al. 2008)

Mange års forskning viser at det er brukerens perspektiv og kompetanse som er viktig for å skape god terapi. Klientens endringsteori er ganske enkelt klientens tanker om hva som må skje for at den situasjonen som har gjort at de kommer til behandling skal bli løst. Når klientens endringsteori anerkjennes som førende, åpnes det for en reflekterende og gjensidig prosess der det tilstrebes en likeverdig relasjon hvor forståelse og løsningsforslag skapes sammen (Duncan og Sparks 2008, Ulvestad et. al 2008). Det er dette Axelsen for alvor har tatt inn i sitt perspektiv, slik jeg forstår. Det jeg savner er et større fokus på nærmeste pårørende, men brukerperspektivet og klientens endringsteori vil inkludere også pårørende og dermed vil de være i varetatt. Det er viktig at denne tenkningen ikke skaper skyldfølelse verken til den som har symptomene eller de som er rundt vedkommende, men at det gir mulighet for vekst gjennom endring og det ”å komme seg videre i livet”.

### **2.3.2 Antonovsky’s salutogene modell for helse**

For å forstå hvordan psykisk sykdom og plager oppleves, erfares og influerer på den enkelte, familien og omgivelsene, har jeg valgt å bruke Antonovsky’s salutogene modell for helse som teoretisk referanseramme (Antonovsky 2005). En salutogenetisk orientering fokuserer på kilder til helse i motsetning til den biomedisinske modellen der hovedfokus er patogenese eller sykdomsutvikling. Med et salutogent syn på helse som utgangspunkt blir en opptatt av hvordan mestre til tross for store belastninger. Den ses som en aktiv prosess der positiv fungering utvikles og helsefremmende arbeid blir viktig. Begrepet salutogenese kommer av det latinske ordet ”salus”, som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet ”genesis” som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Salutogene spørsmål er; Hvorfor har du det bra? Hvorfor er du frisk? Hvordan kan du ha det så bra på tross av det du er utsatt for? Helse eller sunnhet er noe som kommer eller blir til, og det er like viktig å innhente kunnskaper om denne prosessen som å kjenne patogenesen bak sykdommer. Patogenese og salutogenese er ikke motsetninger,

men komplementære der mestring er sentralt (Antonovsky 2005, Gjærum, Grøholt, Sommerschild 2006).

Aron Antonovsky, israelsk professor i medisinsk sosiologi (1923-1994), var tidlig talsmann for å flytte oppmerksomheten fra risikofaktorer til ressurser. Han mente det er viktig å se på helse som en skala mellom alvorlig syk og fullstendig frisk, og vende fokuset fra sykdom til helse. Oppmerksomheten må være på de faktorer som bringer en så nær den friske polen som mulig. Antonovsky var opptatt av hvorfor mange mennesker som utsettes for store menneskelige påkjenninger, klarer å holde seg ”friske” og hvordan vanskelige livshendelser kan føre til utvikling og vekst til tross for stress og traumatiske opplevelser. Antonovsky (2005) kaller det helsens mysterium og søker å finne svar gjennom salutogeneseteorien. Å være en del av livet selv, utsetter oss for stressfaktorer som er umulig å forutse hvordan virker inn på helsen vår. Man må lære å håndtere sine liv i med- og motgang og gjøre det beste ut av tilværelsen. Det gjøres gjennom at tilværelsen oppleves sammenhengende. Antonovsky (2005) utviklet begrepet ”a Sense Of Coherence” (SOC), som handler om at dersom tilværelsen til tross for store belastninger og vanskelige hendelser oppleves som sammenhengende, så vil mulighetene for salutogenese være tilstede. Sammenheng skapes gjennom at tilværelsen oppleves som begripelig, håndterlig og meningsfull. Begripelig handler om en kognitiv forståelse og at en kan forklare en situasjon eller det som det handler om. Håndterlig innebærer å ha tro på at vi kan finne frem løsninger ved at utfordringer kan håndteres og at det er mestringsressurser til rådighet. En person som har en sterk følelse av håndterbarhet vil ikke føle seg som offer og ser heller ikke på livet som urettferdig. Ved lav håndterbarhet tror man ikke at det er ressurser til rådighet, og det vil heller ikke være mening i forsøk på å mestre situasjonen. Meningsfull er den av de tre komponentene som Antonovsky (2005) anser som den mest betydningsfulle. Den omhandler viktigheten av å være deltakende og engasjert i eget liv og i de prosesser som former ens skjebne, slik at man føler at dagliglivet er meningsfylt og en kilde til personlig tilfredsstillelse. Opplevelse av sammenheng er både kognitivt, atferdsmessig og emosjonelt og har gyldighet i alle kulturer. Å finne mening og muligheter i en virkelighet som er forståelig ut fra eget ståsted er et mål (Antonovsky 2005).

*”Salutogen modell bidrar med ord om helse og sunnhet og således påvirkes det terapeutiske språket og løfter fram ressurser og muligheter”*

(Hult, Waad, Cederblad, Hansson 1996).



## 2.4 Om barnet

Det er i utgangspunktet ”barnet” som begrunner behovet for mer kunnskap om småbarnsfamilier og hvordan en best kan legge til rette for oppfølging og støtte. Forskning viser at samspillet mellom barn og foreldre er grunnleggende for hvordan barn utvikler seg, og at det i familier med psykiske problemer foreligger ekstra sårbarhet. For å forstå foreldrenes utfordringer knyttet til barns behov for omsorg, kjærlighet og trygghet, har jeg valgt tilknytningsteori som teoretisk referanseramme.

### 2.4.1 Barn med foreldre som har psykiske problemer

Det er stor enighet om at de fleste foreldrene vil det beste for sine barn. Når foreldre har psykiske problemer påvirker dette alle livsområder og kan gjøre det ekstra vanskelig å være foreldre. Barn har behov for rammer, forutsigbarhet, struktur, at de blir forstått, bekreftet og speilet på egne følelser for selv å utvikle en god psykisk helse (Moe, Slinning, Hanssen 2010). Trygghet, tilstedeværelse og innlevelse er sentrale begrep i foreldrerollen. Mennesker med psykiske vansker kan ha problemer med å leve opp til dette og i dårlige perioder bidra til det motsatte, nemlig uforutsigbarhet, uklare rammer og utrygghet. Det kan med andre ord bli vanskelig å være ”gode nok” foreldre (Killèn 2000).

Ifølge Killèn (2000) er de viktigste foreldrefunksjoner 1) evne til å se barnet som det er, 2) evne til å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, 3) evne til empati med barnet og 4) evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring. Disse foreldrefunksjonene forutsetter sensitivitet hos foreldrene, at de har evne til å kontrollere egne følelser og gi adekvat uttrykk for dem på en trygg måte for barna. Når foreldrefunksjonene påvirkes blir barn sårbare og de kan selv utsettes for å utvikle psykiske problemer. Forbyggende tiltak er da viktige med tanke på å forhindre dette (Killèn 2000, Smeby 2009).

Barn med foreldre som har psykiske problemer reagerer ulikt og individuelt på foreldrenes psykiske problemer, men mange kan slite med følelser som skyld, skam og sosial overansvarlighet (Glistrup 2004, Juul 2010 ). Det er enighet om at yngre barn opp til 6 år som har foreldre som har psykiske problemer kan utvikle ulike tegn eller symptomer på at foreldrene har problemer. De kan slite med tilknytningsforstyrrelser, søvn og spiseforstyrrelser, passiv apatisk oppførsel, konsentrasjonsproblemer, separasjonsangst, redusert initiativ og tilbaketrekning. Hos større barn er oftest atferdsproblemer det

kjennetegnet vi ser først. Andre tegn eller symptomer er humørsvingninger, varierende skoleresultater, manglende sosial og emosjonell kompetanse, psykosomatiske symptomer. Både små og større barn kan oppleve skyldfølelse, skam, fornekte egne behov og følelser, og de kan utvikle depresjon (Smeby 2009, Kvello 2008). Det er viktig med åpenhet og kunnskap om psykiske problemer og psykisk helse for barn fra de er små. Informasjonen kan tilpasses barnas alder, og de vil få et naturlig forhold til foreldrenes problemer når dette er noe familien snakker om. Senere kan dette bli en ressurs for dem da de har lært seg å sette ord på tanker og følelser fra de er små, og de får mulighet til å utvikle seg til romslige og kompetente mennesker (Juul 2010).

Det er bedre for barn å vite at det er psykiske problemer som er årsak til at for eksempel den ene forelderen gråter mye og ligger på sofaen, i stedet for at de tenker det er deres skyld (Glistrup 2004). Mange barn tenker at de er de eneste i verden som har det slik, og bare de er snille og stille nok, blir forelderen frisk. Derfor er det mange barn som forstrekker seg ved å hjelpe til ekstra mye hjemme, og ta på seg en voksenrolle. Slik blir skillet mellom det å være barn og det å være voksen nesten utvisket i enkelte familier. Noen barn tar på seg en kløvnerolle og forsøker gjennom den rollen å avlede eller bli den som har ansvar for å gjøre foreldrene i glade. Enkelte barn opplever at foreldrene endrer seg slik at dette oppleves skremmende for barna. Paranoide forestillinger, følelsesmessig tilbaketrekning og isolasjon, bisarr atferd, akutte innleggelses er tilstander og faktorer som barna utsettes for eller påvirkes av (Glistrup 2004, Mevik og Trymbo 2003). Barna er svært lojale mot sine foreldre slik at de sier ikke noe uten at de får tillatelse til det. I mange familier blir det at en av foreldrene sliter med psykiske problemer ”familie-hemmeligheter” som det er vanskelig å snakke om (Mevik og Trymbo 2003, Kvello 2007, 2008). Det er ikke uvanlig at barn som vokser opp i en familie der en av foreldrene har psykiske problemer, har motvilje mot å invitere venner hjem på besøk og av den grunn føler seg isolert (Glistrup 2004).

De viktigste personene for et lite barn er i utgangspunktet foreldrene og det er viktig at de kan være sensitive og gode nok foreldre for sine barn. Forskning viser at den forelderen som ikke har psykiske problemer eller andre nære familiemedlemmer, får stor betydning for barnas livskvalitet når de vokser opp sammen med en mor eller far som har psykiske problemer. Denne forelderens funksjoner og tilstedeværelse må kanskje i perioder erstattes eller overtas av andre som kan være ”viktige, nære og trygge personer” for barna (Killèn 2004, Skerfving 2005, Almvik og Ytterhus 2004).

Erfaringer fra arbeid med familier hvor et familiemedlem har psykiske problemer, er at barn godt tåler å snakke om vanskelige opplevelser i sitt liv. Hindringene mot å snakke ligger først og fremst hos de voksne (Mevik og Trymbo 2002, Kjelbergnes 2008). En av utfordringene for mange barn er at de vet ikke hvem de kan snakke med om det som opptar dem. Noen opplever at voksne har det for travelt og ikke har tid til å lytte til dem, og andre opplever at tema som er vanskelig blir ”snakket bort” og ikke tatt på alvor. Myrvold (2008) sier at færre mennesker mener det er flaut å ha psykiske problemer, men samtidig er det ikke skjedd en økning i viljen til å være åpen om disse. Det er derfor fortsatt knyttet tabu og taushet til tema som omhandler psykiske problemer og hvordan det påvirker barna.

Som andre foreldre er også foreldre som har psykiske problemer bekymret for sine barn, særlig når forelderen har vanskeligheter med å ivareta sin omsorgsrolle. Undersøkelser fra Sverige og Danmark indikerer, at foreldrene ofte har bruk for støtte og hjelp i deres foreldrerolle (Skerfving, 1996). Stresset hos foreldrene og følelsen av ikke å mestre ville nok vært mindre hvis hjelpeapparatet anerkjente at de personene som får behandling har barn, og at en del av tjenestene ble organisert rundt denne erkjennelsen. Vi vet hvordan vi kan hjelpe pasientene våre til å mestre livet sitt bedre, men vi handler ikke deretter sier Smeby i en artikkel om hvordan familien har det når et familiemedlem har alvorlig psykiske problemer (2009). Hvis man ikke ser familien med en rett i seg selv til å få hjelp, svikter man ikke bare familien, men også pasienten.

## **2.4.2 Tilknytning**

For å forstå mindre barns behov for omsorg og trygghet, har jeg valgt å bruke tilknytningsteorien, beskrevet av John Bowlby, britisk psykiater og psykoanalytiker (f. 1907). Han antok at tendensen til å knytte emosjonelle bånd til viktige andre utgjør selve kjernen i menneskets psykologi gjennom hele livet. Stabile bånd gir individet en følelse av trygghet og av å ha en trygg base. Ustabile og brutte eller tapte relasjoner til dem en er knyttet til, kan aktivere utrygghet, tilbaketrekning og kan være traumatiserende. For optimal utvikling både for barn og voksne er det viktig å ha en trygg base de kan utforske verden fra. Tilknytningsteorien antar at barn utvikler indre arbeidsmodeller, som er mentale tilstander som har både kognitive og følelsesmessige komponenter. De er basert på erfaringer barnet gjør seg i forbindelse med regulering av følelser (Smith 2002). Barn som har fått en trygg

tilknytning til foreldrene blir trygge og selvstendige, noe som vil prege barnas forhold til andre gjennom livet (Grøholt, Sommerschild og Garløv, 2001).

I de senere årene har forskning på sped- og småbarns psykiske helse blitt viet stor oppmerksomhet. Flere norske forskere har bidratt med å sette utviklingen i sped- og småbarnsalder på kartet og det har gitt økt forståelse for at spedbarn har langt større kapasitet for læring, hukommelse og sosialt samspill helt fra fødselen av enn tidligere antatt. Forskning har også vist betydningen av forhold i svangerskapet for barns senere utvikling. Dette har resultert i et endret syn på spedbarns utvikling og ny teknologi har gjort det mulig å studere spedbarnet som selektivt og interagerende i forhold til sine omgivelser. Forståelsen av spedbarnet som medfødt sosialt interessert, er blitt bekreftet gjennom denne forskningen (Moe, Slinning, Hanssen 2010). I forebyggende arbeid i forhold til de minste barna er det avgjørende at man kommer til tidlig og iverksetter tiltak før barn utvikler symptomer og forstyrrelser. Tiltak bør settes inn på risiko når foreldrene har psykiske problemer, og barna må ikke sykeliggjøres (Glistrup 2004, Moe, Slinning, Hanssen 2010).

### **3.0 Design og metode**

I kapitlet design og metode beskrives vitenskapsteoretisk forankring, hvilken metode som er benyttet i denne undersøkelsen samt hvordan forskningsprosessen er gjennomført. Videre følger metodekritikk, forforståelse, forskerrollen og etiske betraktninger.

#### **3.1 Vitenskapelig forankring**

Denne undersøkelsens hensikt var å beskrive menneskers erfaring og opplevelser og dermed er den forankret innenfor samfunnsvitenskapen og i en fenomenologisk kunnskapstradisjon. Samfunnsvitenskapens utgangspunkt er den virkeligheten mennesker opplever i hverdagen. En fenomenologisk tilnærming fokuserer på informantens livsverden. Fenomenologi kommer fra gresk "phainomenon" som betyr det som viser seg og "logos" som betyr lære, dette blir læren om det som viser seg, det som trer fram (Johannesen, Tufte og Kristoffersen 2006). Dermed vil forforståelse og mening være sentrale begreper i en fenomenologisk tilnærming. Fenomenet i denne undersøkelsen er foreldre med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer, og målet var at de skulle dele sine levde erfaringer og gi økt forståelse og

ny kunnskap. Deres fortelling eller historie ble omdannet til tekst som var grunnlaget for tolkning (Lindseth, Nordberg 2004). Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er at mennesker er unike historiske og sosiale vesen preget av samtid og kontekst, og har fri vilje til å ta egne valg. Verdigrunnlag er forankret i det kristne menneskesyn, som innebærer at mennesket er skapt med en absolutt og uendelig verdi. Likeverd, respekt for integritet og et helhetlig syn på mennesket er bærende ideer.

### **3.2 Valg av metode**

Å være vitenskapelig er å være metodisk, sier Tranøy (1986). Han definerer metode som en systematisk fremgangsmåte for å frembringe ny kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Denne undersøkelsen etterspør beskrivelser og opplevelser knyttet til hverdagslivet og informantenes livsverden, derfor blir valg av metode et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), og kjennetegnes av at de peker på det unike i situasjoner og hendelser, og forskningen bygger på individuell tolkning av resultater. Det sterkeste påbudet innenfor kvalitativ metode er at metodene til enhver tid skal tilpasses forskningen, og at data er kontekstavhengig. Det vil derfor være viktig å beskrive valg og gjennomføring av metoden, slik at andre kan forstå og anerkjenne måten undersøkelsen er gjennomført på (Lorentsen 2006, Malterud 2008, Olsson og Sörensen 2006). Malterud (2008) sier at kvalitative metoder benyttes når vi på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativer, og når det er ønskelig å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. De presenterer mangfold og nyanser på områder hvor kunnskapsgrunnlaget er tynt, slik tilfellet er i denne oppgaven. Problemstillingen knyttet til hverdagslivets utfordringer har en opplevelsesdimensjon i seg, derfor benyttes intervju som metode. Forskningsintervju er basert på en hverdagslig samtale og har en viss form for struktur og hensikt. Det halvstruktureerte livsverden-intervjuet defineres av Kvale (2001) som et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av informantens livsverden med henblikk på tolkning av de beskrevne fenomenene. En narrativ tilnærming ble benyttet under intervjuene i denne undersøkelsen ettersom subjektive fortellinger om hvordan informantene selv opplever å være forelder til små barn når den andre forelderen har psykiske problemer, var det som skulle utforskes. Det var viktig at informanten fritt kunne fortelle sin historie med beskrivelser av hverdagslivet, livssituasjonen, utfordringene de har og hva de tenker de trenger hjelp til, for å utforske dette

fenomenet. (Lorensen 2006, Olsson og Sørensen 2006). En antagelse bak denne typen intervjuform er at i løpet av sosialiseringen innøves en fortellerkompetanse hos alle, og at gjennom fortellinger kommer hendelser i forhold til hverandre og deres betydning og rekkevidde fram. Når informanten styres av egne assosiasjoner kommer dennes fortellinger og følelser mer til uttrykk, og forskeren understøtter fortellingens universelle forløp i intervjuet (Lorensen 2006).

### **3.3 Utvalg**

Kvalitative metoder gir mange opplysninger om få enheter og fokuserer på det unike. Anbefalinger i litteratur og erfaringer fra andre masteroppgaver tilsier at 6-8 kvalitative dybdeintervju representerer såpass forskjellighet at dette er nok i undersøkelser på dette nivå (Olsson og Sørensen 2006, Kvale 2001). Malterud (2008) sier at dersom forskeren har gjort et godt nok teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk, har feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse, kan data fra 4-7 informanter være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale. Omfanget skal være passe slik at det er mulig å skaffe seg oversikt i analysefasen, samtidig som det ikke blir for lite datamateriale. Forutsetningen er at en får tilstrekkelig rike og varierende data i form av informasjon, beskrivelser og historier. Det ble i denne kvalitative undersøkelsen satt som mål å intervju 6-8 personer. Det tok lang tid å rekruttere informanter og det ble vurdert at 5 informanter var nok. Analyseprosessen bekreftet også dette da det i femte intervju ikke kom mye ny kunnskap, mens det de andre informantene hadde sagt ble bekreftet.

Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvelgelse av informanter;

- Er forelder til minst ett barn under 6 år.
- Bor sammen med den andre forelderen og denne har psykiske problemer.
- Familiene definerer seg selv inn i målgruppen, det vil si trenger ikke å ha diagnose.
- De melder seg selv som informanter.
- Informanten er altså den forelderen som ikke har psykiske problemer.

### **3.4 Godkjenningsprosess**

Undersøkelsen ble godkjent av både Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Deltagelse forutsatte skriftlig samtykke fra begge foreldrene, da deler av intervjuet omhandlet konfidensielle opplysninger om en tredje person, den som har psykiske problemer. REK understrekte viktigheten av at både informant og partner fikk tilstrekkelig informasjon om undersøkelsen. Aktuelle familier fikk derfor tilbud om en informasjonssamtale hvor begge var tilstede. I denne samtalen fikk begge foreldrene informasjon om undersøkelsen og hva datamaterialet skulle benyttes til. Forespørselsskriv og samtykkeskjema ble gjennomgått. Alle ble informert om at deltagelse i undersøkelsen var frivillig og at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst uten begrunnelse om de ønsket det, inntil undersøkelsen ble avsluttet. Det var ingen fordeler ved deltagelse i undersøkelsen annet enn at forskeren hørte deres fortellinger.

### **3.5 Rekrutteringsprosess**

For å rekruttere informanter ble det tatt kontakt med Familiens Hus, som er samlokalisering av helsestasjonen, barnevern, PPT og Familieteamet. Det ble også tatt kontakt med psykisk helsearbeidere i kommunene Namsos, Overhalla, Namdalseid og Fosnes, NAV i Namsos, fastlegekontorene og familieambulatoriet ved sykehuset Namsos. I disse tjenesteområdene ble det gjennomført møter hvor det ble informert om undersøkelsen og forespurt om hjelp til å rekruttere informanter. Samtidig med muntlige informasjonen hvor det var anledning å stille spørsmål, ble det utdelt plakater og konvolutter med informasjonsskriv og forespørselskjema som kunne utdeles til aktuelle informanter. På felles venterom på Familiens Hus ble det hengt opp plakat samt lagt ut konvolutter. Totalt ble det utdelt 40 grønne konvolutter som inneholdt forespørsel om deltagelse og samtykkeerklæring.

Det å få mer informasjon om undersøkelsen ble gitt som et uforpliktende tilbud til både tjenesteutøvere og aktuelle familier. Frivilligheten i deltagelsen ble understreket slik at ingen familier skulle påvirkes eller føle seg tvunget til deltagelse av ansatte i ulike tjenester. I forespørselskjema ble det oppgitt telefonnummer og postadresse hvor de som ønsket å delta kunne melde fra. Sju henvendelser om deltagelse ble mottatt, fem via andre tjenesteutøvere og to som tok direkte kontakt på mobilnummer som var oppgitt. Ved henvendelsene via andre tjenesteutøvere ble det gitt opplysninger om de aktuelle familiene slik at de kunne kontaktes umiddelbart for å avtale et møte enten på kontor eller som hjemmebesøk, hvor det kunne gis ytterligere informasjon om undersøkelsen. Seks av familiene ønsket hjemmebesøk for å gjennomføre dette informasjonsmøtet, og to familier valgte å ikke delta i undersøkelsen. Den

ene familien sendte melding på mobilen en uke etter hjemmebesøket og beklaget at de ikke ville delta. De skrev videre at de opplevde at dette var et viktig prosjekt og de ønsket lykke til videre. Den andre familien avlyste eller var ikke hjemme ved flere avtalte hjemmebesøk og sendte etter en tid melding om at de ikke ønsket å delta.

### **3.6 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet slutten av mai 2009 til begynnelsen av januar 2010. Fire intervju ble gjennomført på kontor og et hjemme hos informanten da denne ønsket det på grunn av at vedkommende ikke hadde barnevakt. Dette intervjuet ble avbrutt noen ganger av barn som skulle ha litt oppmerksomhet og omsorg, men ved gjennomhøring og transkribering av intervjuet oppfatter jeg at dette ikke forstyrrer eller påvirker samtalen noe nevneverdig. Forberedelsen til intervjuene bestod av en praktisk del ved at kaffe, vann og litt frukt ble satt fram og møterom reservert slik at intervjuene kunne gjennomføres uten forstyrrelser, og en mental del som bestod av å sette seg inn i tema på nytt, lese forskningsprotokoll, informasjonsskriv og intervjuguide. Dette var ekstra viktig ettersom det gikk lang tid mellom enkelte intervju. Intervjuene startet med at informantene ble ønsket velkommen, det ble repetert bakgrunnen for undersøkelsen, at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst dersom de ikke ønsket å delta. Videre ble det formidlet at informantene var eksperter på det de skulle dele, og at hensikten var å få fortellinger fra deres hverdagsliv. Alle informantene kom da med en overraskende latter, et smil og "ja, hehe...". Innledningsvis ble det rettet fokus på sentrale bakgrunnsspørsmål som handlet om familiestruktur, de psykiske problemenes alvorlighetsgrad og varighet, støtteapparat både privat og profesjonelt, samt hvilken oppfølging eller behandling familien har pr. i dag. Dette som en introduksjon til tema og trygghetsskapende innledning til samtalen. Videre ble intervjuer og informant enige om ut fra hvilke tema de selv opplevde hendelser skulle fortelles, slik at undersøkelsens fokus ikke kom bort. Informantene tok utgangspunkt i sitt hverdagsliv og en vanlig dag når de delte sin historie. I et narrativt intervju er det viktig å holde seg til fortellinger for at intervjuer skal unngå å bli presentert for beretninger som er abstrakte og distanserte (Lorentsen 2006). Derfor styrte informanten samtalen mest mulig med utgangspunkt i dette først, og etter at informantene hadde fortalt uten forstyrrelser, stilte intervjuer spørsmål.

Inntroduksjonen løsnet samtalen og informantene begynte å fortelle sine hverdagshistorier. Min opplevelse er at verken intervjuer eller informanter ble forstyrret eller hemmet av



båndopptakeren som lå midt på bordet. Gjennomføringen av intervjuene gikk greit og informantene fortalte mye med utgangspunkt i problemstillingen som var presentert. Det var med ydmykhet og stor respekt over at informantene var villig til å dele sitt liv, og at de i familiene som har psykiske problemer ga samtykke til dette, at informantene ble møtt. I fortellefasen tilhører ordet helt og holdent informanten og fasen avsluttes når denne bestemmer det. Intervjuer var derfor mest mulig taus, stimulerende og viste interesse gjennom mange bekræftende og oppmuntrende ”hmmm”, ”ja og så...”, ”så interessant” og ”fortell mer”. I spørrefasen kunne intervjuer spørre om uklarheter, få oppklaringer og utdypet sekvenser som ikke var forstått. Intervjuer kunne stille årsaksspørsmål og deretter berettende slik at det narrative intervju kunne gjenopptas som en spiralaktig struktur. Den narrative tilnærming veksler mellom spørrefase – fortellerfase – spørrefase. I den narrative metoden fremkommer den meningsfulle handlingen (Lorentsen 2006).

Intervjuguiden ble benyttet som sjekklister for å sikre at alle områdene som var satt opp var besvart eller berørt. Avslutningsvis ble informantene spurt om hvordan det ville bli for dem i ettertid. Det ble informert om at enkelte kan oppleve at intervju kan igangsette tanker, følelser og prosesser som oppleves som vanskelig og at det da kan være lurt å få snakke med noen, enten legevakt, fastlege, psykisk helsearbeider i kommunen eller andre. Det ble samtalt om hvordan de kunne oppnå kontakt med de ulike typer helsehjelp. Avslutningsvis ble det spurt om de kunne kontaktes etter noen dager for å høre hvordan det hadde blitt i ettertid, og for eventuelle oppklaringer dersom noe var uklart. Alle sa at de syntes det var greit og ingen hadde hatt spesielle reaksjoner etter intervjuene da det ble tatt kontakt.

Etter hvert intervju ble umiddelbare tanker og refleksjoner notert ned. Dette for at refleksjonsnotat kan være et viktig hjelpemiddel til senere analysearbeid da de inneholder umiddelbare reaksjoner, opplevelser, følelser og ting som har opptatt forskeren i løpet av intervjuet. (Malterud 2008)

Oppsummering av intervjuene;

Varighet på intervjuene var fra 50 min til 1 t 27 min. Det betyr at gjennomsnittlig varighet på et intervju var 1 t 8 min.

### **3.7 Fra tale til tekst**

Transkriberingen av intervjuene ble gjennomført umiddelbart etter hvert intervju, og denne ble gjennomført av intervjuer, slik Malterud (2008) anbefaler. Lydopptakene ble avskrevet ordrett og i teksten ble det lagt inn tegn for pause, kremt, hoste, latter og andre uttrykk som ellers ikke ville komme til uttrykk gjennom teksten. Lydopptak ble gjennomlyttet enda en gang for å sikre at alt som var mulig å få med var kommet med. Selv om informantene snakket dialekt ble mest mulig av intervjuet utskrevet på bokmål dersom det ikke endret betydningen eller innholdet. Egennavn eller stedsnavn ble forkortet med forbokstaver for anonymiseringens skyld.

Malterud (2008) sier at når muntlig samtale omsettes til skriftlig tekst, skjer en fordreining av hendelsen også ved ordrett gjengivelse. Formålet med skriftliggjøring er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å formidle. Som deltager i samtalen husker en gjerne det som kan oppklare uklarheter eller er av betydning for meningen i teksten. Transkripsjonen av intervjuene er mer enn avskrift, den er en tolkningsprosess i seg selv. Allerede ved transkripsjonen startet første gjennomlesning og flere gjennomlesninger ble gjennomført for å få vekslingen mellom delene og helheten. Transkriberingen og gjennomlesning av intervjuene var en interessant prosess som ga assosiasjoner og refleksjoner både til metodegjennomføring, teorier og analyseprosess. Det å kommentere transkripsjon gjør at teksten får autonomi, den blir fristilt og kan leses som en egen tekst (Malterud 2008). Forforståelsen som bestod av kunnskap og forståelse som var med inn i forskningen, ble tydeliggjort og nedskrevet i forbindelse med metodeeksamen før denne undersøkelsen startet. Deler av denne presenteres senere i dette kapitlet. Ved å klargjøre forforståelsen skriftlig angis utgangspunktet for tolkningen slik at denne benyttes i analysearbeidet.

### **3.8 Analyse**

Analysen krever struktur og skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir sammenfattet og fortolket. I forhold til analysen er det viktig å huske det moralske ansvar forskeren har.

*”Forskeren er nå alene om å ta ansvar for sin forståelse og tolkning av samtalene. Dette gir forskere makt, og dermed også et moralsk ansvar for å håndtere denne makten på en slik måte som ikke krenker eller skader de menneskene som har bidratt med sine erfaringer”.* (Mevik, Trymbo 2003:56)

I en forskning hvor formålet er utforskende vil det i følge Kvale (2001) være riktig å gå inn i de interessante sidene i de individuelle intervjuene, og å tolke dem på en dypere måte. Analysen skal foregå slik at andre kan følge fremgangsmåten, anerkjenne systematikken og forstå konklusjonene. Framgangsmåten i analyseprosessen må derfor synliggjøres. Innholdsanalyse brukes for å forsøke å forstå informantenes livsverden, erfaringer og opplevelser. En manifest innholdsanalyse av teksten ser på *hva* informantene forteller, og det benyttes i denne undersøkelsen. I innholdsanalyse finner en fram til meningsenheter, som er tekst som omhandler det samme. Deretter ble neste trinn kondensering av teksten, som betyr at den essensielle meningen kommer fram og unødige ord blir overflødig uten noen tolkning. Ut fra kondenseringen finner forsker fram til subtema som i siste runde trekkes sammen til tema. Tema ligger på et høyere abstraksjonsnivå, og tolkning kommer først når en skal finne subtema og tema. Det var viktig med en refleksjon over tema sammenlignet med naiv forståelse av innholdet i teksten, dette for å sikre at forsker er tro mot teksten. En veksling mellom naiv forståelse og analyse hjelper en med dette (Granehein og Lundman 2004).

De transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger. Dette for å bli godt kjent med teksten, og ved de første gjennomlesninger ble det gjort notater og refleksjoner i margin ut fra et helhetsbilde. Deretter startet prosessen med å utforme kategorier som også ble notert i margin, samtidig som sterke utsagn som muligens kunne bli benyttet senere ble merket. Dette var en systematisk analyseprosess hvor meningsbærende enheter i teksten begynte å bli identifisert, og samtidig begynte en systematisering og koding av disse. Deretter ble hvert intervju gjennomlest igjen og teksten ble fargekodet ut fra det som informanten formidlet. En bevissthet på å ikke finne underliggende betydninger og tolke var viktig så tidlig i analyseprosessen .

*”I tilfelle man forsøker å forstå noe fremmed for tidlig risikerer man å miste nyansene å overse det unike hos den andre”* (Nilsson, 2007:267)

Veileder fikk til tilsendt et intervju både som ubearbeidet tekst og med mine fargekodinger. Hun leste og kategoriserte den ubearbeidede teksten, og tema var sammenfallende med det jeg var kommet fram til. Dette gir validitet i forhold til analyse i kvalitativ metode (Malterud 2008). Etter veiledningen startet jobben med det videre analysearbeidet parallelt med valg av teori. Det ble valgt fem hovedkategorier eller tema som utkrystalliserte seg gjennom denne prosessen. Originalteksten ble fargekodet ut fra følgende tema; Informanten beskriver sin partners psykiske plager og problemer (merket grått), erfaringer av oppfølging og behandling av profesjonelle (grønt), familie, nettverk og støtte (rosa), egne følelser og reaksjoner (gul), parforholdet (turkis).

Alle intervjuene ble så samlet til en tekst ut fra fargekodene. Disse ble igjen sammenlignet med tidligere analyse og bearbeiding av materialet, og det var svært sammenfallende resultat. Deretter ble alle intervjuene sammensatt til en tekst hvor denne var sortert ut fra fargekodingen i kategoriene. Denne teksten ble kodet med tall som henviste til hvilken informant som hadde sagt dette og sidetallet i den originale teksten, slik at det var mulig å finne tilbake til utsagnene i originalteksten. Analysemetoden systematisk tekstkondensering egner seg godt for utvikling av beskrivelser. Tverrgående analyse ble gjennomført da informasjon fra alle informantene ble sammenfattet versus langsgående analyse som følger et enkelt forløp over tid (Malterud 2008). I forhold til de valg jeg som forsker har gjort i prosessen, har det vært reflektert over dem og de er begrunnet. Forståelse krever tolkning som skjer ut fra forforståelsen. En del av forforståelsen er de teoretiske perspektiver som undersøkelsen bygger på. Derfor ble det i videre analysearbeid viktig å jobbe parallelt med teori. Avslutningsvis ble originalteksten av alle intervjuene gjennomgått for å se etter hva de sa om barna. Dette ble samlet i en egen datamatrise og tatt inn som eget tema i undersøkelsen. Eksempel på innholdsanalysen i forhold til et tema finnes som vedlegget datamatrise.

### **3.9 Kontroll av analysen**

Et grunnleggende krav til data er at det må være gyldige. Det betyr at data er relevant til problemstillingen. Gyldighet (validitet) betyr egentlig treffsikkerhet. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at man kan stole på materialet sitt (Dalland 1997). Troverdighet (eng. *trustworthiness*) brukes av mange som samlebetegnelse for kvalitetskriteriene i kvalitativ metode. Målet er å gjennomføre og skrive på en troverdig måte slik at leseren kan følge med på alle avgjørelser som er tatt underveis og på at alt er veloverveid og gjort med hensikt. Dette

samt redegjøring av framgangsmåten er blant annet det som gjør undersøkelsen vitenskapelig. Det å vurdere troverdighet, hvor pålitelig resultatene er, og validitet, om intervjustudiet undersøker det den skulle undersøke, må være en del av hele forskningsprosessen i alle faser, underveis og ved avslutning av prosjektet (Kvale 2001). Dette skjer ved at en går tilbake til den opprinnelige teksten mange ganger ved nye gjennomlesninger av den opprinnelige teksten. Analysen og tolkningen i kvalitativ metode kan også valideres ved at den drøftes, og medstudenter, kollegaer og veiledere har bidratt til faglige diskusjoner og gitt innspill som har ført til ny forståelse og kunnskap. I besvarelsen er det også en del av valideringen å ha med tekst fra empirien slik at leseren får mulighet til å se om han synes det stemmer.

### **3.10 Metodekritikk**

Nærhet til stoffet kan hindre kritisk refleksjon, og denne undersøkelsen er nært opp til det som engasjerer meg mye i jobben min. Dette engasjementet kan ha preget undersøkelsen fra utforming av forskningsspørsmål til hvordan jeg har forholdt meg til mine funn, analyse, refleksjon og diskusjon i stedet for å utvide søken etter ny kunnskap. Spesielt i forhold til utvelgelse av kategorier, tema og valg av sitat til å underbygge funnene kan forforståelsen ha begrenset analysen. Valg av teori som funnene er diskutert i forhold til er også påvirket av min forforståelse. Dersom andre teorier hadde vært benyttet, ville muligens andre funn blitt mer framtrædende. God faglig og lokal kunnskap og kjennskap til feltet, kan samtidig være en styrke i undersøkelsen.

Gjennomføringen av undersøkelsen har tatt mye lengre tid enn planlagt og ønsket, da oppstart med essay om tema ble gjennomført allerede i april 2008, og godkjenning fra REK forelå i februar 2009. Rekrutteringen av informanter startet umiddelbart, men det å rekruttere informanter tok tid. Første intervju ble gjennomført 28.05.09 og siste intervju 12.02.10. Den forholdsvis lange tidsperioden betydde at forberedelsene før hvert intervju ble ekstra viktig. Dette kan ha påvirket intervjuene og meg som forsker, da parallelt med rekrutteringen av flere informanter ble det jobbet med teori og tidligere forskningsresultater viktig. Denne prosessen opplevdes som å ”vandre” i en ”hermeneutisk spiral” og forforståelsen endret seg kontinuerlig, slik at den innebar en annen forståelse for disse familienes utfordringer ved det femte intervjuet enn det første. En kontinuerlig prosess ville vært en fordel i gjennomføringen av undersøkelsen, men underveis i undersøkelsen har det blitt mange pauser og avbrudd på grunn av arbeidskapasitet. Det betyr at prosesser har gått mye fram og tilbake, og

kontinuiteten i arbeidet har manglet. Flere ganger ble hele prosessen ”restartet” på et vis for å bli enda mer systematisk i undersøkelsen. Det at mye av det samme er gjennomført flere ganger kan samtidig være kvalitetssikring, da dette gjelder mesteparten av analysearbeidet og diskusjonene.

Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i begynnelsen av undersøkelsen. I tillegg ble ”snøballmetoden” benyttet. Det vil si at når forskningsartikler refererte til annen relevant forskning eller litteratur som passet til temaområdet, ble det funnet fram til disse og enkelte var relevante og ble benyttet i undersøkelsen. Underveis i prosessen ble flere litteratursøk gjennomført, men i ettertid ser jeg at dette kunne vært gjort mer systematisk og kontinuerlig tidsmessig. Nyere forskning kan ha blitt utelatt på grunn av dette. Det kunne også vært benyttet flere relevante søkeord og synonyme begrep i litteratursøk. Når det gjelder utfordringer i hverdagen kunne søkekriteriene vært utvidet til også å omhandle småbarnsforeldre som har andre kroniske sykdommer, da problematikken i enkelte tilfeller kan være sammenfallende. Slike litteratursøk ble ikke gjennomført, da denne refleksjon kom nå ved avslutning av undersøkelsen.

Fire intervju ble holdt på kontor og et hjemme hos informanten. På forhånd var det gjennomført informasjonsmøter med tre informanter og deres ektefelle eller partner hvor det ble informert om undersøkelsen. Dette kunne påvirke intervjuet avhengig av hvilket inntrykk de fikk av hva som var ønsket kunnskap. Samtidig kunne det være trygghetsskapende at de visste hvem jeg var. Det at jeg er psykiatrisk sykepleier kunne føre til at jeg ble for ivaretagende og bekreftende i stedet for undrende og utforskende i intervjusituasjonen, og dermed mistet viktige historier og kunnskap. Å ta opp intervjuet på lydbånd kunne påvirke informantene og være hemmende på hvor mye de torde å si, selv om jeg ikke oppfattet det slik i denne undersøkelsen. En båndopptaker midt på bordet kan virke hemmende og samtalen kan bli noe kunstig. Informantene kan også holde tilbake eller skjule et viktig budskap da det at det blir tatt opp på bånd virker skremmende og mer alvorlig.

I familiene som deltok i undersøkelsen er det en forholdsvis høy gjennomsnittsalder på begge foreldrene når en ser på at dette er småbarnsfamilier. Det bekrefter tall hentet fra statistisk sentralbyrå som sier at gjennomsnittsalder på førstegangsfødende i 2004 var 28 år ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Med gjennomsnittsalder på 35 år hos informantene og 39,5 år hos partnerne kan en anslå at dette er familier som ligger i et forholdsvis langt høyere snitt som

førstegangsfødende. De som trakk seg fra å delta i undersøkelsen var langt yngre par. Dette kan ha påvirket resultatet i forhold til åpenhet om psykiske problemer. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har som ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse gitt ut en rapport på grunnlag av spørreundersøkelser, som konkluderer med at mange unge under 30 år ikke ville vært åpne om det hvis de selv eller en av deres nærmeste fikk en psykisk lidelse. For at barna skal bli identifisert slik at det kan iverksettes tiltak i forhold til familiene er åpenhet viktig. Myndighetene oppfordres i rapporten til å vurdere om en bør skaffe seg mer informasjon om hvorfor åpenhet om psykisk helse oppleves som vanskelig for mange unge voksne (Myrvold T.M. 2008).

Informantenes fortellinger, oppdatert kunnskap og nyere forskning innenfor sped- og småbarnsfeltet, har ført til at det har skjedd endringer i praksis i kommunen i løpet av den tiden undersøkelsen har funnet sted. Det er innført kartleggingsverktøy på helsestasjonen, Familieteamet har utviklet sine arbeidsmetoder og tverrfaglig samhandling har vært og er i stort fokus. Dette har gitt mange parallelle prosesser underveis. Det kan ha påvirket resultatene i undersøkelsen at jeg har vært opptatt av at det skal føre til noe, at funnene skal benyttes og dermed ikke har tatt tid til å vente til resultatet forelå. Slik kan analyseprosessen ha blitt fremskyndet eller forskuttert.

### **3.11 Forforståelse og forskerrollen**

Alle har fordommer eller en forforståelse med inn i en undersøkelse. Disse vil inneholde meninger, tanker, erfaringer eller forventninger til hva undersøkelsen vil vise. Egne perspektiver og premisser vil alltid påvirke de brillene en ser med, og utgjøre horisonten eller konteksten man selv er rammet inn av. Noe av det mest avgjørende perspektivet for fenomenologien er forforståelsens rolle. Det er derfor viktig å bevisstgjøres egne meninger og beskrive egen forforståelse før en går i gang med en undersøkelse.

Jeg har jobbet innenfor psykisk helsearbeid i 13 år og dermed tilegnet meg god teoretisk og erfaringsmessig kunnskap og kompetanse innenfor fagfeltet. Å være bevisst nærheten til fagområdet var viktig slik at de oppklarende eller utdypende spørsmålene kunne bli stilt og en genuin nysgjerrig på informantenes fortellinger kom til syne. Den kunnskapen som var med måtte ikke komme i veien slik at det ble vanskelig å se nye og forskjellige tanker, ideer, utfordringer og nyanser som ble reist av informantene. (Kvale 2001, Lorentsen 2006).

Bevissthet om forskerrollen hvor målet er kunnskap, har vært viktig, da tidligere roller jeg har innehatt har vært terapeut eller iverksetter av ulike tiltak hvor målet har vært endring eller forebygging. Denne tydeliggjøringen og avklaringen i forhold til informantene slik at de ikke forventet noe annet enn deltagelse i en forskningsstudie. Samtidig opplevde informantene denne deltagelsen som positiv og god, da de fikk mulighet til å samtale om hverdagslivet og de utfordringene de har. De fikk positive tilbakemeldinger av forsker når de bidro med sin kunnskap, og flere informanter uttrykte stor takknemmelighet for at noen hadde lyttet til deres historie.

Kunnskapen og erfaringene som psykiatrisk sykepleier har vært nyttig å ha med i møtet med informantene. Dette har gitt trygghet til å gjennomføre denne type forskning, og erfaring fra samtaler med mennesker i ulike situasjoner hvor det at de skal føle seg ivaretatt har vært viktig å ha med seg. Erfaring fra å lede samtaler gjennom en trygghetsskapende fase, selve arbeidsfasen hvor det samtales om bestemte tema, for så å avrunde med en avslutningsfase hvor en igjen gjør seg klar for ”å gå ut i verden”, er nyttig å ha med seg.

### **3.12 Etiske betraktninger**

Det har vært viktig å ha fokus på at informantene skulle oppleve å bli møtt med respekt, åpenhet og ydmykhet i forhold til at de ønsket å dele en del av sitt liv med meg som forsker. Det å få “en del av deres liv i min hånd” (Løgstrup), fordret at dette måtte bli ivaretatt på en respektfull måte. Dette måtte skje i hele forløpet gjennom måten informantene ble kontaktet og møtt på, og i videre analyse og bearbeiding av materialet informantene hadde gitt. Å håndtere det som ble sagt slik at det ble mest mulig samsvar med det som var ment, er mitt ansvar. Det å bli intervjuet kan for informantene sette i gang ulike individuelle prosesser. Det kan være spørsmål, tanker og bekymringer omkring skyld, skam, hvordan vil det gå med mine barn osv. Å ivareta informantene både underveis og i ettertid er etisk viktig og riktig å gjøre, og derfor ble det skissert et sikkerhetsnett for dem. Dette bestod av at de fikk kunnskap om hvordan hjelpeapparatet i kommunen fungerer og hvordan det kontaktes.

En etisk utfordring i denne studien er overveielse av nytteverdien av å utsette informantene for den belastningen forskningen kan påføre dem. Tidligere forskning anbefaler at det gjennomføres studier hvor den forelderen som ikke har psykiske problemer blir intervjuet, da det er lite forskning gjennomført i forhold til denne. Dette på grunn av at ivaretagelse av



denne forelderen er forebyggende i forhold til barnas psykiske helse. Kunnskap om hva som er den forelderen som ikke har psykiske problemers behov, utfordringer og hvordan hjelpeapparatet kan bidra til god ivaretagelse, er minimal pr. i dag.

Å være psykiatrisk sykepleier med lang erfaring fra å møte mennesker i ulike situasjoner, er en fordel da jeg er god til å samtale med mennesker som er sårbare. Jeg kan skape tillit, trygghet og være ivaretagende. Nettopp derfor er det viktig å være bevist at informanten ikke føler seg presset til å fortelle eller beskrive noe han ikke ønsker. Man må vise aktsomhet i undersøkelser som berører sensitive temaer og innhenter kunnskap fra sårbare grupper (Malterud 2008).

Konfidensialitet betyr at informantenes identitet ikke skal avsløres og at alle opplysninger anonymiseres. Det er derfor valgt å anonymisere slik at det ikke er mulig for utenforstående å identifisere hvem som har deltatt i undersøkelsen. Dersom det refereres til informantenes fortellinger tar jeg bort detaljer som kan gjenkjennes, samtidig som jeg sikrer at betydningen ikke endres. Dette gjelder både i gjenfortelling og sitat som ikke må inneholde spesielle ting eller ord som kan avsløre hvem dette er.

*”Oppdagelsen av kompleksiteten og mangetydigheten ved den menneskelige tilværelse og erkjennelse har drevet oss til en ydmyk avgrensning av den enkeltes teoris pretensjoner. Som følge av dette har det vokst fram et nytt perspektiv; mangfoldets muligheter.”*

(Aadland 1997:259)

## 4.0 Presentasjon av funn fra undersøkelsen

Innledningsvis i dette kapitlet presenteres informantene og deres familier. Deretter redegjøres det for funnene som er kommet fram i undersøkelsen. Gjennom analyseprosessen har fire temaområder blitt fremtredende, og de har gitt følgende overskrifter; utfordringer knyttet til oppfølging og behandling av profesjonelle, utfordringer knyttet til informantenes mulighet til å være seg selv, utfordringer knyttet til parforholdet og utfordringer knyttet til sosial støtte. Deretter har jeg valgt å se på funn i forhold til utfordringer knyttet til “hva med barna?”.

### 4.1 Presentasjon av informantene og deres familier.

Det er fem småbarnsforeldre med ektefelle eller samboer som har psykiske problemer som er intervjuet i denne undersøkelsen. De personene som er intervjuet omtales som informanter eller med fiktive navn med understrekning. Den av foreldrene som har psykiske problemer har også fiktive navn eller blir omtalt som partner eller den andre forelderen.

Partnerens psykiske problemer benevnes med ulike begrep som plager, problemer, lidelse, er ikke helt bra, sliter, knuter, komplekse problemer og en vanskelig sykdom. Det poengteres at det er utfordrende å ha psykiske problemer og at alle livsområder påvirkes. En av informantene, Arne sier; ”.. hun går ut fra at hun er tullete hun rett og slett. At hun ikke er helt bra. Hun er jo ikke som andre folk hun vet du. Og hun er jo det fordi om hun har psykiske plager. Men hun klarer ikke å skjønne det..”

Tre informanter har partnere som slet med psykiske problemer og hadde slitt med dette i lengre tid, når de ble sammen. De to siste partnerne har fått psykiske problemer de siste årene, etter at forholdet var etablert. Flere informanter beskriver at dette ikke har vært et tema det er blitt snakket så mye om, og Arne formidler dette på denne måten; ”Det var ikke akkurat så hett tema det da, men hun sa hun var syk ... Så jeg fant ut litt etter hvert at det var noe som ikke var sånn helt hundre prosent”. Eva, en annen informant beskriver det på denne måten; ”i begynnelsen av forholdet sa han ingenting om det, og det gikk nesten bortimot ett år før jeg visste at han plagdes å... han prøvde å skjule det”.

Parene har bodd sammen fra to til tolv år og er gifte eller samboere. Det er til sammen 11 barn som bor i disse familiene fast, og alderen på barna er fra 6 måneder til 11 år.

Gjennomsnittsalderen på barna er 4 år, og sju av barna er 3 år eller yngre. I tillegg kommer særkullsbarn som bruker å være på helgebeseøk og barn som har flyttet hjemmefra. Tre

informanter er menn og to er kvinner, og gjennomsnittsalderen deres er 39,5 år.

Gjennomsnittsalderen på partneren er 35 år. Av de ti foreldrene i disse fem familiene, er fem foreldre i ordinært arbeid og fem i ulike tiltak som rehabilitering, omskolering eller midlertidig uføre.

#### **4.1.1 Knut og Kari, familie 1**

Knut og Kari har to barn under 3 år. Kari har slitt mye med fysiske plager de siste årene. Hun har vært til mange ulike undersøkelser uten at de har funnet ut hva som feiler henne, og dette har resultert i psykiske plager. Knut forteller at Kari ikke kan være hjemme alene først og fremst på grunn av de fysiske plagene hun har, slik at det må mye planlegging til for å få hverdagen til å fungere. Mange gjøremål, mye ansvar og oppfølging av barna faller dermed på Knut. Kari ønsker å delta i mye av dette men blir hemmet av sine fysiske og psykiske problemer. Knut beskriver Karis psykiske plager som at hun er mye lei seg og blir isolert. Kari og familien har kommunal oppfølging, og ellers har de god støtte og hjelp fra familie og venner.

#### **4.1.2 Arne og Line, familie 2**

Arne og Line har også to barn under 3 år. Line har slitt med psykiske problemer så lenge de har kjent hverandre, og hun slet med disse også før de ble kjent med hverandre. Arne beskriver plagene som sosial angst og slitasje etter traumatiske episoder. Problemene hemmer henne i forhold til dagliglivet ved at det blir vanskelig å opprettholde kontakt med venner og delta i sosiale sammenhenger. Hun er ekstra avhengig av forutsigbarhet, rammer og struktur. Det skal lite til for at ”alt raser sammen” og det blir ofte ekstra vanskelig når noe uforutsett skjer. Arne sier at da må han eller andre ofte hjelpe Line med ”å løsne knutene”. Line er engasjert i barna og hjemmets gjøremål dersom hun er i form til det, og da forsøker de å dele på oppgaver og ansvar i forhold til dette. De har også god støtte og hjelp fra familie og øvrig nettverk. Line har hatt oppfølging og behandling i mange år, og pr i dag har hun oppfølging fra kommunal helsetjeneste.

#### **4.1.3 Eva og Ola, familie 3**

Eva og Ola har flere barn, deriblant to under 3 år. Ola har hatt psykiske problemer i mange år, men det er kun de siste årene at han har oppsøkt hjelpeapparatet slik at han får oppfølging og behandling. En av Olas foreldre har en alvorlig psykisk lidelse, og denne forelderen var mye innlagt på psykiatrisk avdeling i hans oppvekst. Ola har vært bekymret for at han skulle få

lignende problemer, sier Eva. I perioder sliter Ola mye og har da stort behov for søvn, hvile og ro. I tillegg har han søvnproblemer, og det betyr at han blir ofte sittende oppe lenge om kveldene, og sover langt utover formiddagen. Enkelte dager er ekstra vanskelig og tunge, og da er det lite som kan planlegges og gjennomføres. Ola har sagt lite om det som plager han eller hvordan han har det, slik at Eva har funnet ut av det litt etter litt. Hun ser at når han har det vanskelig holder han ofte senga store deler av dagen eller han blir ”stille og fjern”. Mye ansvar, mange gjøremål og mye av det som holder dagliglivet i gang faller dermed på Eva. Når Ola er i god form deltar han i dagliglivets gjøremål, og Eva sier at da kan hun trygt være hjemmefra. Hun forteller om en gang; *”Å så fikk jeg melding... Det hadde gått kjempebra. Alle ungene hadde lagt seg greit, mye bedre enn når jeg faktisk er hjemme”*. Eva og Ola har noen få nære venner som er gode støttespillere, og begge forsøker å opprettholde sitt sosiale nettverk så godt som mulig. Ola har ukentlig oppfølging av behandler i andrelinjetjenesten.

#### **4.1.4 Erik og Tove, familie 4**

Erik og Tove har flere barn både over og under 6 år. Tove har hatt psykiske problemer så lenge de har kjent hverandre. Hennes problemer medfører store svingninger og dermed både gode og vanskelige perioder. Endringene i formen er uforutsigbare, slik at de inntreffer uventet og kan representere en ustabilitet i hverdagen. For Tove er den ytre stabilitet og forutsigbarhet viktig, og hun har behov for oversikt, rammer og struktur i forhold til det meste. Tid og ansvar er to stikkord i forhold til dette, når skjer hva og hvem gjør hva. Tove er avhengig av at hun får nok søvn og hvile for å ha det best mulig eller så godt som hun kan ha det, både i gode og dårligere perioder. Hun har hatt disse problemene i mange år og er på en måte blitt god til å meddele til Erik hvordan hun har det. Hun forsøker å skjule vanskene for de rundt henne, og oppfatter lett ting i mellommenneskelige relasjoner som kritikk, i følge Erik. Erik understreker at han og Tove oppfatter virkeligheten ulikt og stiller spørsmål om hvem er annerledes? Han tror at Toves problemer er noe enkelte blir rammet av, og at for Tove sin del er dette kroniske problemer som må behandles hele livet. Tove har hatt oppfølging fra andrelinjetjenesten i flere år.

#### **4.1.5 Anne og Anders, familie 5**

Anne og Anders har også flere barn som er både over og under 6 år. Anders fikk psykiske problemer for noen år siden. I begynnelsen gjorde han alt han kunne for å skjule sine plager og fortalte det ikke til noen. Noen akutte episoder utløste at Anders fikk profesjonell hjelp og behandling, og han har fått behandling i andrelinjetjenesten etter disse episodene. Pr. i dag er

behandlingen avsluttet og dette oppleves usikkert og ikke greit for familien, forteller Anne. Svingningene i den psykiske formen er store, og i perioder faller derfor mye ansvar, praktiske gjøremål og oppfølging av barna på Anne. Når formen er ustabil blir det mye kaos i og rundt Anders. Anne opplevde en periode der Anders sine problemer påvirket henne slik at hun også begynte å slite med angst, anspenhet og uro, men dette har nå gått over. Familien har god støtte, hjelp og avlastning fra familie og venner. Anne sier at ” *vi må leve med at Anders er syk, og at han kanskje vil trenge hjelp og oppfølging lenge*”.

## **4.2 utfordringer knyttet til oppfølging og behandling av profesjonelle**

Alle familiene har vært i kontakt med det profesjonelle hjelpeapparatet. De fem foreldrene som har psykiske problemer har vært hos sin fastlege i førstelinjetjenesten enten før eller etter de fikk barn på grunn av sine psykiske vansker, og alle er blitt henvist til vurdering i andrelinjetjenesten. Der har fire hatt et behandlingstilbud, men pr i dag er det bare to som fortsatt er i behandling. To personer har oppfølging fra den kommunale psykiske helsetjenesten. En av disse familiene har også oppfølging fra Familieteam, som vil bli beskrevet nærmere som tiltak avslutningsvis i denne besvarelsen.

Det at alle har vært til vurderingssamtaler i andrelinjetjenesten, sier noe om hvor store belastninger de psykiske problemene medfører. I perioder er partnersnes psykiske problemer alvorlige og påvirker funksjonsnivået i stor grad. Ut fra min kjennskap til fagområdet ut fra en tradisjonell medisinsk tenkning, har nok de fleste også en diagnose uten at dette har vært fokus i intervjuet. Bakgrunnen for disse betraktningene er å understreke at ektefelle eller partner til de som er intervjuet i denne undersøkelsen ikke kun hører inn under lette til moderate problemer, men at et stort spekter av utfordringer og problemer er representert. Enkelte av dem har i perioder svært stor og alvorlige problematikk. Det er derfor med stor ydmykhet og takknemlighet jeg tenker på disse familiene som har deltatt i undersøkelsen, og beundrer både de som har stilt opp og delt sine erfaringer og historier, og partnerne som har samtykket til dette. Dette vitner om en raushet og et håp om at andre ikke skal oppleve de samme utfordringer som dem. Oppfølgingen og behandlingen som deres partner har fått, representerer noen av utfordringene som preger familienes hverdagsliv.

### 4.2.1 Oppfølging og behandlingsforløp

Usikkerhet i forhold til behandlingsforløp og skifte av behandlere, er en utfordring informantene beskriver i intervjuet. Informantene forteller at enkelte perioder hvor det har vært avbrudd i oppfølgingen enten på grunn av ferieavvikling eller sykefravær hos behandler, har de opplevd som vanskelig da de ikke har visst hva som skjer. De uttrykker også stor usikkerhet i perioder hvor behandlingen er satt på vent i påvente av ny behandler skal starte, eller at behandlingen er blitt avsluttet permanent. Usikkerheten består av hva skal de gjøre om det skjer noe uforutsett eller at partneren blir i dårlig form igjen. Skal de bare vente og se, kontakte fastlegen, legevakt eller andrelinjetjenesten? Anne opplevde at behandlingen til Anders ble avsluttet veldig brått, og hun forteller; *”..han var i alle fall inne til en psykolog og pratet da jevnlig.. og jeg mener at han skulle hatt behandling enda. Sånn oppfølging, for du kan ikke bare plutselig stoppe...”*. Informantene har opplevd at deres partnere har blitt preget av det som er usikkert eller nytt, og de beskrives som mer varierende i humøret i disse periodene. De uttrykker at det er viktig med kontinuitet i oppfølgingen og behandlingen, for hvis det ikke skjer fører det til mye usikkerhet for hele familien. Erik sier; *”for det blir mye rare tanker som når, hva skal jeg si, der er det, de hoper seg opp tankene, så det er det som er problemet... det tror jeg er en ganske billig løsning for samfunnet å ha kontinuitet i behandlingen... en må nok innse at dette er en kronisk sykdom og da må en ha behandling”*. Hyppigheten på oppfølgingen har også betydning for deres familie. Flere sier at de synes det er bra at deres partner har behandling ofte, for de vet av mange som har mye sjeldnere oppfølging. Eva sier; *”.. greit at det er så ofte som en gang pr uke da... da gikk det tre uker før han var der, og da merket jeg det på humøret egentlig, så han ble gretten..”*. Fire av informantene sier også at de regner med at disse problemene er noe de må leve med, men at intensiteten vil variere. Dermed vil også påvirkningen på hele familien bli forholdsvis stor i perioder. For informantene representerer hjelpeapparatet en form for trygghet ved at de vet der er noen der som kan ta unna ”knuter” og vanskelige ting.

Det er individuell behandling som har vært tilbudet til de som har psykiske problemer i disse familiene. Erik fortalte at han spurte Toves forrige terapeut om å få bli med på en behandlingstime en gang; *”... jeg var jo litt nysgjerrig på hvordan det foregikk og så spurte jeg etter noen år, så spurte jeg om jeg kunne være med da, og det var jo greit...”*. Han tok initiativ og formidlet sitt ønske og fikk positiv respons på dette. Dette opplevde både han og Tove som nyttig, da Erik fikk et lite innblikk i hva en behandlingstime bestod av, samtidig

som behandleren lyttet til dem begge. Tove etterspurte om Erik kunne bli med til den behandleren hun går i behandling til nå også, ettersom de hadde så god erfaring med dette. Men hun fikk da til svar at denne behandleren ikke ønsket det for han pleide ikke å ha parsamtaler. Dette svaret opplevde både Erik og Tove som vanskelig og lite imøtekommende, og dette påvirket også den individuelle behandlingen som Tove skulle ha. Ingen av dem var fornøyd med denne. Dette er i samsvar med undersøkelser som viser at det er liten tradisjon for å invitere familien inn i behandlingen. Lilleengen (2007) gjennomførte en undersøkelse som setter søkelyset på terapeuters kliniske arbeid i voksenpsykiatrisk poliklinikk når det gjelder involvering av nettverk i terapi. Hun intervjuet erfarne familierapeuter som beskriver at i terapirommet snakker de om familien men de har ingen tradisjon for at de inviteres inn i terapirommet. Flere mener at familieperspektivet ivaretas gjennom dette.

Informantene opplever at det skjer noe etter behandlingstimene, og de vet aldri hvilke reaksjoner som kan komme i ettertid. De beskriver at noen ganger ”letter det”, og andre ganger blir det som ”de tirsdagene”, hvor resten av dagen etter terapitimen blir vanskelig og uforutsigbar. Eva fortalte; ”... det var tirsdag ja. Da hadde han vært til psykolog. Det er fast hver tirsdag og det er noe med de tirsdagene da... siden det ble en krangel akkurat den dagen så... Da er han litt strengere og mindre tålmodig.. For han tåler mye mindre da og da ble det en krangel utav det ja...”. Eva viste ikke hva som var skjedd den tirsdagen, men hun både så og opplevde at noe var det, da resten av dagen ble en ”sånn krangledag”. Både Eva og de andre er usikre både på hva behandlingen består av og hva som er effektiv behandling i forhold til psykiske problemer. Eva beskriver dette videre i følgende utsagn; ”.. han har ikke kommet så langt i den der bearbeidingen... er nederst på den det stadiet på stigen enda, som skal være, og vil ikke si så mye om det...”. Det er tydelig at Eva ser for seg at et behandlingsforløp er som å klatre en stige, og når du kommer til øverste trinn er du frisk. Hun refererer flere ganger til dette at Ola ikke har komme så langt i behandlingen, og at han sier lite både til henne og behandlerne. Ola har også skiftet behandler flere ganger og det opplever Eva som uheldig, for da går han ”tilbake igjen i bearbeidingen”. Arne uttrykker også ambivalens i forhold til effekt eller virkning av oppfølgingen. Det er ikke helt samsvar mellom det Arne tenker skal skje og det som skjer, men samtidig opplever han at det er noe som ”letter”. Han sier; ”.. jeg synes ikke det fungerer. Hun er ikke kommet noe lengre... Hun har det så fint sammen med hun som bruker å være her skjønner du, for når de har vært der er det lettere på en eller annen måte. Så varer det en liten stund da”. Videre sier Arne; ”det har kanskje vedlikeholdt det på en måte, men det virker sånn som det, tja, det blir bra for en

*liten periode så... så plutselig kan hun få det igjen da... og da raste det alt sammen igjen... så lite skal det til hos henne*". Erik uttrykker mye av det samme når han sier; *".. merker det på humøret dersom det blir lenge mellom hver gang"*. Videre sier han at; *"noen ganger så kan det være at hun blir mer aggressiv og liksom blir vanskeligere å omgås... noen ganger så kan det virke bedre, så det der er også så uforutsigbart da"*. Informantene er positive til at hjelpeapparatet representerer noe som gir en eller annen form for effekt og virkning selv om de ikke vet hva, samtidig som det er uforutsigbart hvilke reaksjoner som kan komme, og de kan oppleve at det blir verre like etter en behandlingstid.

Kristoffersen (1998) og Mevik (2000) har gjennomført undersøkelser i forhold til pårørendes møte med helsevesenet. Deres funn samsvarer med det informantene forteller, at de mangler dialog, opplever at det ikke er eller er svært liten kontakt mellom de pårørende og hjelpeapparatet, og at pårørende selv må ta initiativ dersom de skal oppnå kontakt.

#### **4.2.2 Pårørendesamarbeid og taushetsplikt**

Ingen av informantene i denne undersøkelsen opplever at de er godt ivaretatt som pårørende i møte med helsevesenet. Anne sier at i løpet av den perioden Anders har gått til behandling har hun ikke vært med på noen samtaler; *".. nei jeg har ikke vært inne på noen samtale. Ingen oppfølging..."*. De som har deltatt på pårørendesamtale, sier at initiativet er kommet fra dem selv og ikke behandlerne. De har opplevd pårørendesamtalene eller parsamtalene som positive, men fokuset har vært den som har psykiske problemer sine utfordringer. Noen har selv tatt kontakt med hjelpeapparatet, og spurt om de kan få dele sine opplevelser når de har opplevd vanskelige situasjoner. Informantene fortalte videre at de ikke hadde blitt møtt med mye hjelp i de vanskelige situasjonene de opplevde. Knut synes ikke de er blitt tatt på alvor verken Kari eller han når de flere ganger har dratt til sykehuset i forbindelse med episoder eller hendelser de har opplevd som akutte. Kari har både sine fysiske og psykiske problemer, og når Knut formidler deres opplevelse av kontakten med hjelpeapparatet, sier han; *" de ga oss opp, vi følte at de ga oss opp"*. De ble resignert og forventet etter hvert ikke at helsetjenesten kunne hjelpe dem eller imøtekomme deres behov i det hele tatt.

Anne forteller om en periode hvor hennes partner hadde store psykiske problemer og var *"skikkelig dårlig"*. Dette påvirket hele familien, og hun kontaktet behandleren i hjelpeapparatet, for hun viste ikke hva hun skulle gjøre. Anne fortalte; *".. jeg prøvde jo å ringe en gang da sånn bare i det skjulte. Uten at han fikk vite det da. Men jeg fikk ikke vite"*



*noen ting så klart da heller... ”. Da hun litt senere tok kontakt fordi det var så lenge mellom hver behandlingstid, fikk hun følgende opplevelse; ” så får jeg beskjed om at jeg kan ikke ringe, han må spørre selv. Han må gjøre det selv, og det var ikke noe jeg kunne gjøre... han hadde vel gitt beskjed om at jeg kunne ringe. Sånn forstod jeg på han i alle fall... Så jeg synes ikke det har vært så veldig mye oppfølging det synes jeg ikke det har vært... nei... ”. Anne viser en forståelse for at behandlere har taushetsplikt, men samtidig uttrykker hun at hun følte seg utrolig avvist når familien var i en vanskelig situasjon. Anne understrekte dette ved å si følgende; ”.. ektefelle eller samboerne skulle blitt dratt inn mye tidligere”.*

Eva fortalte om en krisepreget episode som hun aldri hadde opplevd tidligere. Denne episoden førte til at hun ringte til behandleren som følger opp hennes partner Ola, for å høre hva hun skulle gjøre. Hun fortalte behandleren at det som hadde skjedd gjorde henne både redd, fortvilet og hjelpeløs. ”.. da ringte jeg på han behandleren, og prata med han, men han har jo taushetsplikt da, for da var det i forbindelse med hva jeg skulle gjøre med det der da, når han begynner sånn. Han var veldig glad for at jeg ringte da, men han kunne ikke, det er ikke mye han kunne si til meg da, han har jo taushetsplikt da, men han kunne si såpass at det hadde vært en tung dag den tirsdagen hos psykologen. Så det forbauset ikke han at det hadde blitt noe den kvelden. Det var det han kunne si da... ”. Arne etterlyser mer informasjon og oppfølging fra hjelpeapparatet til pårørende. Han sier; ” ... Det virker som det er veldig tabubelagt å få vite, for å få spørre og. Synes det er dårlig informasjon rett og slett om slikt noe om det finnes om psykiske plager... og dem som sitter med dem... Det er jo en ting som er nesten helt normalt i dag for det, de kommer mer og mer ut av skapet for å si det rett ut. Det er mer og mer opplyst om det at du kan faktisk ha psykiske plager uten å være helt idiot i hodet... for kona mi hun går ut fra at hun er tullete hun rett og slett, at hun ikke er helt bra. Hun er jo ikke som andre folk hun vet du. Hun er jo det fordi om hun har psykiske plager, men hun klarer ikke å skjønne det. Og de gjør som regel ikke det de som plages med det. Det er jo et negativt ord det vet du å være psykisk hemmet, så det er litt sånn... Jeg har ingen erfaring fra før heller sjø, for det er ingen i slekta mi som som har hatt sånt... ”. Disse sitatene formidler et behov for informasjon, mulighet til å dele sine opplevelser og erfaringer som tilsynelatende mangler i dag. Kunnskap om hva behandlingen består av, hvilket behandlingsforløp de kan forvente seg i forhold til sin partners psykiske problemer, hva kan de bistå med og hva skal de gjøre om sykdommen forverrer seg, mangler også. Dette utgjør store utfordringer i hverdagslivet for familier med små barn.

De utfordringene informantene deler er gjenkjennbare med funn gjort av Kletthagen og Smeby (2007), i en studie hvor de undersøkte informasjon til pårørende i akuttpsykiatrien. Funnene deres viser at pårørende opplever informasjonen tilfredsstillende i forhold til medisinske forhold, men som mangelfull når det gjelder hvordan forholde seg og mestre hverdagen. Det kom fram at pårørende ønsker informasjon fordi de vil være til hjelp for pasienten og ikke for opplysningene sin skyld. Flere pårørende beskriver endringer i det sosiale samspeilet, endrede relasjoner og utvidede ansvarsområder etter at et familiemedlem er blitt syk. Dette sier noe om pårørendes mulighet til å være seg selv. Dette er sammenfallende med funn i studien til Skomedal (2010), som også sier at pårørende ikke ønsker opplysninger om pasientens sykdom for opplysningens skyld, men ønsker å få hjelp slik at de selv kan hjelpe. Noe som også fremkommer i studien er at pårørendes møte med behandler kan være et møte med en fagperson som er et medmenneske, noe som gir betydning i forhold til pårørendes egne følelsesmessige reaksjoner. En ekstra sårbar periode hvor behovet for kontakt og informasjon blir spesielt vektlagt, er når man er ”ny” i pårørenderollen. Et annet viktig funn omhandler pårørendes opplevelse av å være i et system hvor de selv må ta ansvar dersom de skal få kontakt og informasjon. Et ikke tilfredsstillende pårørendesamarbeid var også erfaringer som dannet grunnlag for Helsedirektoratets veileder ”Pårørende - en ressurs” (2008). Den sier at helsetjenestene har lite fokus på rollen pårørende har, hvilken betydning pårørende har for behandling av den syke, hvilke belastninger pårørende opplever og pårørendes egne behov. Ulike rapporter som veilederen refererer til bekrefter at pårørende ikke ivaretas godt nok og at arbeidet med pårørende ofte er tilfeldig eller personavhengig.

### **4.3 utfordringer knyttet til informantenes mulighet til å være seg selv**

En annen utfordring som informantene bringer på banen, er hvordan det oppleves å være den som ikke har psykiske problemer i en småbarnsfamilie. Det er et spennende tema som Aamodt og Aamodt (2005) anbefalte for videre forskning i sin rapport, hvor de sa at det var viktig å få subjektive opplevelser av å være i familier hvor en av foreldrene har psykiske problemer. Videre anbefalte de grunnlagsforskning i forhold til betingelser for ivaretagelse av den forelderen som ikke har psykiske problemer.

#### **4.3.1 Informantenes følelser og reaksjoner, behov for å bli sett og hørt**

Informantene bruker ord som du blir lei, sliten, klar og at det er tungt. De kan kjenne at det er ekkelt, de kan bli engstelig og det er ikke enkelt. Innimellom forteller de at de kan bli irritert,

sint, kjenne på skyldfølelse og at det er slitsomt. Dette sier noe om hvor vanskelig de opplever at det er å være dem og at de har store utfordringer. Anne sier; *"... du går som i ei boble 24 timer i døgnet og den er tung..."*. Erik formidler; *".. det får nå gå sin skjeve gang i livet. Mer som et eventyr hele greien! Det er jo livet generelt, det er jo sånn at dette kan du ikke leke deg gjennom"*. Samtidig som informantene gir uttrykk for at det er belastende at partneren har psykiske problemer formidler de også at de har det bra og at de mestrer dette godt. Knut sier flere ganger; *"Jeg har det så bra.... Jeg har aldri hatt det så godt som nå."*

Alle informantene formidler at de har behov for å snakke med noen om hvordan de har det og hvordan det er å være dem. Dette er en utfordring som ofte ikke blir ivaretatt. Arne sier; *"Det er bra at noen tar tak i dette, for det er jo nesten like slitsomt for oss som som er plaget av det eller for å si det sånn er berørt av det"*. De sier at det å bli intervjuet har vært godt og veldig bra. Opplevelsen av at en utenforstående har lyttet mens de har snakket har vært en god opplevelse. For noen av dem er dette første gangen de har delt sine opplevelser av å være i en familie med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer, til noen andre enn den nærmeste familien. Noen har ikke sagt så mye til dem heller. Arne forteller videre; *"men samtidig da så sånn som nå gjør det godt å få prate om dette da og faktisk som, det er ingen jeg har pratet med så mye med som jeg har gjort nå... jeg har stort sett pratet gjennom alle punktene liksom. Det er nå litt sånn at når en prater bare helt sånn vanlig kommer det fram det som berører mest og det blir som regel repetert også"*. Arne understreker det som narrativ tilnærming i kvalitativ forskning er opptatt av, at gjennom informantenes historier kommer det fram, det som er viktig for dem.

Erik synes også det gjør godt å fortelle hvordan hverdagslivet er; *"egentlig selvfølgelig kunne jeg sittet her en hel dag og pratet, noe dukker opp nå og noe greide jeg ikke å huske"*.

Knut og Erik forteller at de har familie, venner og kollegaer som de kan snakke med, og at disse også kan spørre hvordan de har det. Allikevel sier begge at dette intervjuet har gjort godt. De har fått fortelle sin historie ut fra sine opplevelser uten å bli avbrutt. Erik sier; *"det er jo ikke sikkert at det er slik det er da, men det er jo slik jeg opplever det da. Det er ikke sikkert det er sant det jeg sier. Men det er min opplevelse av det.."*. Erik har behov for å fortelle sin historie innimellom og dele liv og erfaringer med andre. Når dette behovet kommer, finner han noen han kan stole på, ha tillit til og som er god til å lytte. Arne understreker ekstra sterkt at det å få dele sin historie med noen er viktig og bra for han; *"..jeg får en liten lettelse i ettertid. Og håper at noen tar virkelig tak i det, for hvis det ikke er noen*

*da. Det hadde vært veldig greit å ha noen hvis det er noen som virkelig kunnet, hvis det er noen som bor sammen med noen som har psykiske problemer, at de kunne få noe hjelp da. Å få pratet litt om det. For vi sier som regel at det ikke er noe problem da, men det er ikke sånn for innerst inne er det et lite problem allikevel... jeg skulle godt ha tatt i mot et slikt spørsmål. Det er litt, det er, egentlig skulle det vært innført rett og slett det at det er slik som nå. Slik som vi prater nå for at folk skal skjønne hvordan vi har det vi andre. For det er nesten psykisk å bo sammen med en som er, som sliter med psyken”.*

Anne sier også at det er viktig å ha noen å snakke med, både fagfolk og venner. Hun er opptatt av å gi gode råd slik at andre ikke skal oppleve det samme som hun selv har opplevd. Hennes råd formidler også hennes utfordringer og det er at ektefelle eller samboer må involveres mye tidligere av hjelpeapparatet. Det finnes ikke noe alternativ til det. Hun oppfordrer alle til å komme seg ut av ”bobla”, og sier; ”*det er alfa og omega å finne på noe annet. Ikke gå i situasjonen hele tiden. Nei... bryte mønstret er veldig greit*”. Selv forteller hun at hun startet med noe helt nytt som har hjulpet henne mye. Dette ”nye” kan være endring i forhold til yrke, hobby, idrett eller andre interesser. Det å gjøre noe nytt gir energi og krefter, og det er noe alle har behov for. Eva har også behov for å dele sine erfaringer og opplevelser med noen, og har noen få nære venner som kan ta imot disse. Hun sier det har vært godt å snakke og bli intervjuet, da hverdagen kan være utfordrende. Neste uke venter hennes familie besøk av Familieteamet forteller hun, og det gleder hun seg til. Hun har hørt litt om Familieteamet og har store forventninger til å finne ut hvordan de jobber og hva de kan hjelpe dem med.

Alle informantene var ambivalente til hvem som skulle stilt spørsmål om hvordan det er å være dem eller hvem de kunne snakket med. De var heller ikke tydelig på hvilket behov de har for hjelp og oppfølging. Jeg tenker at når den timen med intervju betydde så mye, er det et stort behov for at noen i hjelpeapparatet kan lytte til den av foreldrene som ikke har psykiske problemer. Jeg får ikke formidlet tonefall eller hvordan informantene uttrykte at det å bli intervjuet var godt, men som refleksjonsnotat etter intervjuene notert jeg at det var lettelse i stemmen, informantene så glade ut og slutten ble mer som en euforisk uttalelse i flere intervju. Arne sa; ”... egentlig skulle det vært innført rett og slett det at det er slik som nå. Slik som vi prater nå for at folk skal skjønne hvordan vi har det vi andre...”.

Östman og Kjellin (2002) fant i sin undersøkelse at ektefeller var den gruppen pårørende som oftest mente at den andres psykiske problemer påvirket deres sosiale liv. Ahlgren (2001)

henviser til sin studie (Ramian og Ahlgren 1994) når hun beskriver at pårørende har mange ulike roller i forhold til sin partner, og sier at det er roller som medlidende, medlevende, familiemedlem, omsorgstaker og advokat. Denne ektefellen kan ofte være så sliten at han nedprioriterer sitt eget sosiale liv. Informantene i denne undersøkelsen forteller at i tillegg til disse rollene, har de også roller som mamma eller pappa, kjæreste, venn, kamerat, hovedansvarlig eller planlegger i familien.

### 4.3.2 Arbeidsfordeling

Fordeling av oppgaver, oppfølging og ansvar både praktisk i hjemmet og i forhold til barna er en annen utfordring som kommer til uttrykk i intervjuene. Informantene beskriver en hverdag der mye ansvar faller på dem, spesielt i perioder hvor partneren har det vanskelig og sliter med sine psykiske problemer. Anne forteller at barna begynte å spørre henne om hvorfor faren ikke hjalp til mer. *”Hvorfor hjelper han deg ikke mamma? Du som jobber så mye?”* Disse spørsmålene førte til at hun begynte å tenke over at hun gjorde det meste i hjemmet og i forhold til barna. Hun forteller videre at; *”... det ble jo litt voldsomt og tøft etter hvert.. Enda så må jeg spørre han om han kan gjøre ting”*. Eva opplever også at hun har det største ansvaret i forhold til dagliglivets gjøremål og i forhold til oppfølging av barna. Det er hun som er ute med barna, deltar på fritidsaktiviteter og følger opp med lekser. Hun sier det på denne måte; *”.. jeg må drive og mase på han for at han skal stå opp og sånne ting da, og da får han ikke til å se behovene her på hva som skal trenges og gjøres..”* Eva forteller at det er hun som står opp tidlig når barna våkner, både når de har fri og når de skal ordnes til barnehage og skole. Hun gjennomfører alle de praktiske gjøremål som må til, samtidig som hun tar seg av barna på alle måter. Hun sier; *”... da har jeg hatt nok med de andre så da hadde det vært greit om han hadde vært oppe... så kommer han opp og går rett i dusjen, og så er det ikke sikkert at jeg har rukket å dusje en gang heller enda, og så får han ferdig mat, for vi har spist, og så skal vi på byen. Så får han det så enkelt, så har jeg holdt på å slite...”*.

Dette med arbeidsfordeling i hjemmet er en utfordring som det også kan være vanskelig å si noe om. Det kan en oppfatte ut fra Arnes utsagn; *”.. så arbeidsfordelinga den er nå vel grei da. Jeg føler nå det sånn kanskje da at jeg gjør litt mer av husarbeidet da, som egentlig hun skulle gjort da”*. Knut og Erik beskriver også at de tar mye ansvar for praktiske gjøremål i huset som rydding, lage mat, vaske klær, gulv, og i forhold til å ta seg av barna. Knut forteller; *”.. jeg som var oppe med ungene. Altså han minste måtte ha melk om natta da var det jeg som var oppe og ordna den. Jeg var oppe med dem om morgenen, begge ungene, og*

*jeg skifta på dem.. ”. Erik sier at det er viktig for han å ha oversikt over hvor ting er, slik at han kan svare Tove på dette når hun spør; ”det gjør at jeg har lært meg det at jeg må ha ganske, jeg må ha system i rotet da, slik at jeg vet stort sett når jeg ser ting da at sånn så prøver jeg og huske det, slik at jeg vet... ”.*

Informantene ønsker at de fikk større forståelse fra sin partner til å gjøre de oppgavene de mener er viktige. Knut, Arne og Erik sier de hadde ønsket større forståelse for at det er mange praktiske gjøremål de må ta seg av, og at disse går raskere om de kan ta seg tid til å bli ferdige. De nevner eksempler som å pusse båt, klippe plen, male hus eller rydde ute. De sier at de ofte må avbryte disse gjøremålene. Arne sier at han har så mye å gjøre hele tiden, ”.. *men hun synes jeg nesten aldri er hjemme, og så synes hun at jeg nesten aldri blir ferdig med noe. Så det er litt vanskelig for meg å være to forskjellige plasser da, men det skjønner hun ikke da... egentlig skulle jeg vært tre personer...*”. Erik formidler også dette at han ikke strekker til i forhold til det han opplever blir forventet i forhold til gjøremål og tilstedeværelse samtidig. Han forteller at Tove kan si; ”.. *du sa jo at du skulle gjøre det. Du sa jo at det var du skulle legge barna i kveld, eller det er din tur å legge barna i kveld. .. så blir det feil hvis jeg ikke gjør det, men så blir det også feil hvis jeg gjør det.. altså hvis du skjønner, alt blir liksom feil*”. Alle informantene beskriver et merarbeid og et meransvar på den som ikke har psykiske problemer uavhengig av informantenes kjønn.

#### **4.4 Utfordringer knyttet til parforholdet**

Informantene beskriver sine parforhold med positiv omtale. De sier de har det godt og har det bra sammen, men at de er glade de har alderen, erfaringen og tålmodigheten som er kommet med alderen. De sier også at de er glad i og elsker sin partner, og at de er en nær venn og kamerat med han eller henne. Etter at de hadde uttrykt og fortalt den positive siden og hvordan dette kan vise seg i hverdagslivet, kom de inn på utfordringer de har i parforholdet. Utfordringene kan oppsummeres i temaene relasjonen og kommunikasjonen mellom dem.

##### **4.4.1 Relasjonen**

Likeverdigheten i relasjonen kan være en utfordring for flere av informantene. Eva og Anne bruker begge betegnelsen at det er som å ha en ekstra unge innimellom, det å ha en partner med psykiske problemer. Eva sier; ” ... *som en ekstra unge og faktisk. Det var det jeg skulle nevne ja, en ekstra en, av og til er han mer seg... men av og til blir han som en, og av og til*

*har jeg sagt til han at han blir da som en ekstra unge i stedet for en voksen mann". Anne forteller; "... så jeg føler meg som en mor for han også. Det er jo som å få en ekstra unge i huset... det er sånn jeg har følt det... jeg har hatt x antall barn, en stor og (x-1) små".*

Knut, Arne og Erik har litt andre måter og beskrive utfordringene i parforholdet på. Knut sier at han ofte må bestemme hva Kari får lov til å gjøre. Begrunnelsen for dette er at han vet hvordan det kan bli i ettertid dersom hun overanstrenger seg. Knut forteller at når Kari er hjemme hos sine foreldre på besøk, gir det han et pusterom. Han sier at dette er godt, samtidig som han får dårlig samvittighet for at han føler dette; "... jeg savner henne utrolig mye, men det er litt godt å slappe av også..". Erik er opptatt av å formidle at stort sett har de det bra, men at det kan være en utfordring å finne sin rolle i parforholdet; "... men som jeg har sagt til henne tusen ganger da at, jeg kan, jeg kan dessverre ikke være, være behandle deg på noe vis da. Jeg kan bare være kameraten din, og det skjønner, det har vi jo blitt enige om. Det skjønner jo hun også, men det blir jo litt, du føler deg litt som, ofte som en terapeut på et slags vis da. Og det har jeg jo ingen forutsetninger for å, det går jo ikke an heller, så det at, nei stort sett så går det jo greit å da". Arne er også opptatt av det positive i relasjonen til Line, men har noen av de samme utfordringene som Erik i forhold til partnerrollen. Arne diskuterer med seg selv om det er noe han kan gjøre for at Line skal bli bedre.; "... vi har det nå kjempegreit sammen og jeg er kjempeglad i henne, men, det er et lite men som kunne vært bedre, men jeg vet ikke om det er noen måte å kurrere henne på."

Det går igjen hos informantene at de og deres partnere har ulike behov og forventninger når det gjelder det å være sammen og gjøre ting sammen. Dette gir utfordringer for familiens hverdagsliv. Eva har flere tanker og forestillinger om hva en familie bør gjøre sammen. Hun er opptatt av dette med felles måltid, være ute sammen og få felles opplevelser. Hun sier; "... liksom finne på ting sammen med dem. Oasen for eksempel synes jeg hadde vært artig da som familie men ....". Eva opplever at det er vanskelig at hele familien kan få en felles opplevelse ved å gjøre noe sammen. Hun synes også at Ola trekker seg mye tilbake, slik at de som par får liten tid sammen; "... men noen ganger blir det litt mye da. Du blir litt lei av det, hadde villet ha han litt nede og om kveldene."

#### **4.4.2 Kommunikasjonen**

Det å kommunisere er en annen utfordring i hverdagslivet som informantene formidler. Arne forteller at når det er kompliserte ting han og Line skal snakke om, blir samtalen ofte

vanskelig og det kan ende med at Line begynner å gråte. Han sier; ” *Vi får det ikke til sjø, for da bli det, da vinkler hun det om slik at jeg sier det bare for å såre henne, og det jeg får ikke, jeg får ikke til å prate med henne om det...* ”. Eva og Ola sliter også med det å snakke sammen, og de har ulike behov når det gjelder det å kommunisere med hverandre. Eva sier; ”.. *han snakker ikke om ting og jeg må snakke om ting..* ”. Hun forteller videre hvor utfordrende hun synes det er når hun har behov for å snakke seg gjennom ulike episoder, mens Ola trekker seg unna og blir stille. Det forblir derfor mye usagt mellom dem. Eva er opptatt av at hun fortsatt stadig oppdager nye elementer ved Olas psykiske problemer og ting som har skjedd tidligere i hans liv. Han forsøkte lenge å skjule at han hadde psykiske problemer, og han skjuler fortsatt sine vanskeligheter. Eva sier; ” *..det viste jeg ikke før her om dagen. Han har aldri nevnt det... Han prøvde å skjule det* ”.

Erik forteller at han og Tove har et åpent forhold, og at de har lett for å snakke sammen. Han sier at; ” *... hun er ganske åpen og forteller meg jo alt. Og det er ikke noe sånt hemmelighetskremmeri..* ”. Samtidig forteller han om situasjoner hvor han og Tove oppfatter svært ulikt og hvor det lett kan oppstå misforståelser. Erik sier at det skjer oftest når Tove er i dårlig form. Da må han være forsiktig og veie ordene sine før han sier dem, og da kan det bli galt uansett hva han sier. Det betyr at selv om de har et åpent forhold og i utgangspunktet god kommunikasjon, er det perioder hvor kommunikasjonen er anstrengt og vanskelig. Anne opplevde at kommunikasjonen ble anstrengt spesielt i de periodene da Anders sin sykdom forverret seg. Hun forsøkte da å skåne barna fra foreldrenes konflikter ved at diskusjoner ble tatt når de ikke var tilstede. Samtidig fortalte hun at hun opplevde en form for trakassering fra Anders både i form av ord og blick i disse periodene. ” *.. den trakasseringen som var konstant hver dag... det brøt ned i stede for, det er jo det det gjør..* ”.

#### **4.5 utfordringer knyttet til sosial støtte**

Informantene beskriver at de opplever at sosial støtte fra familie og nettverk er viktig for dem. Flere forteller at deres nærmeste stiller opp og hjelper dem med å passe barna og støtter dem praktisk, og de fleste har noen de kan snakke med om sine utfordringer i hverdagslivet. Hvor mye hjelp og støtte de skal ta imot blir imidlertid et dilemma, for de ønsker ikke å være til belastning for familie og nettverk. Knut forteller at han har foreldre som stiller opp for dem; ” *jeg har foreldre som har vært utrolige, og de er fortsatt utrolige..* ”. I tillegg har Kari en bror som kan passe ungene innimellom dersom de har behov for avlastning en kveld.



Allikevel opplever Knut at de gjerne skulle hatt mer hjelp og støtte, slik at han og Kari kunne gjort mer sammen bare de to. Knut har kollegaer som representerer det nære nettverk for han. De er opptatt av hvordan han og familien har det, slik at de gir Knut mulighet til å snakke om hvordan det også er for han.

Arne beskriver at han og Line har et svært tett forhold til svigermor, og det er hun som avlaster dem når det gjelder ungene. Hun kan komme og si at nå må de gjøre noe for seg selv, mens hun passer barna. Arne sier; ”.. så er moren hennes ganske mye hos oss da. Svigermora mi, mor til kona liker ungene så godt hun...”. Arne har ei søster som de begge kan snakke med; ”.. jeg har ei søster faktisk... hun er den eneste som kona godtar. Ikke godtar og godtar, men er den eneste hun kan åpne seg for..” Denne søstera er den eneste Arne forteller at han har snakket med noen ganger om hvordan det er å være han, og som han har delt noen utfordringer eller bekymringer med. De har flere i nær familie som utgjør deres sosiale nettverk og som de kan gjøre ting sammen med, men deres nettverk i form av venner er lite.

Eva og Ola har lite avlastning og sosial støtte fra familie og venner. Eva synes ikke hun kan belaste familien da de har stilt opp tidligere og bor et stykke unna. Den sosiale støtten de har er mest individuell til hver av dem fra egne venner og få felles venner. Eva forteller; ”..så tok jeg og ringte to bestekompisene hans da, så fikk de til å komme..” Vennene til Ola stiller opp når han trenger dem, og de pleier å gjøre mye sammen. Eva har noen nære venninner som hun kan dele sine tanker og følelser med, og som hun kan gjøre ting sammen med for sin egen del.

Erik og Tove har stort sosialt nettverk bestående av både familie og venner. Både som familie men også hver for seg, er Erik og Tove mye sammen med eller de gjør en del ting sammen med dem som utgjør deres nettverk. Når det gjelder avlastning i forhold til barna, sier Erik at det er greit når mormor passer barna, men at Tove ikke synes de skal belaste resten av familien med å passe dem så mye. Erik forteller at han har noen nære venner han kan snakke med om det som opptar han; ”.. jeg har noen få kompisar som jeg har snakket med det litt om, og som jeg vet kan holde på det... og det er jo enkelte ting som jeg selv her vil holde for meg selv ...”. Anne forteller om et svært nært forhold til sine foreldre, og de stiller opp mye for dem både praktisk og økonomisk. Når Anders ble i dårlig form sa Anne at; ”.. så tok jeg med meg barna, og så dro vi hjem til mamma”. Ellers har Anne flere nære venner som hun kan snakke med både når de møtes eller hun kan ringe til om det er noe. Anne og Anders har stort sosialt nettverk og mange venner både felles og hver for seg.

Acerson (2003) beskriver viktigheten av sosial støtte i sin kvalitative studie. Funn viser at foreldre som hadde en sterk sosial støtte i sitt nettverk, var i stand til å takle kriser bedre enn de som var sosialt isolerte.

#### 4.6 utfordringer knyttet til hva med barna?

Informantene forteller ikke så mye om barna, men de forteller mer om partnerens psykiske problemer og hvordan dette påvirker dem selv. Knut er inne på at barna reagerte med at de ble urolige, redde og at det slet på dem at mamma hadde det vanskelig. Dette førte til at eldste barnet hadde problemer med nattesøvn i en periode. Knut fortalte videre at når han ble roligere merket han at det roet barna. *"Jeg trodde ikke at ungene skulle være så observante, men det er de. Jeg ser det nå!"* I dette utsagnet gjør han seg noen refleksjoner om at partnerens problemer og voksnes reaksjoner kan påvirke barna. Arne forteller om sunne flotte barn og han tror ikke at barna opplever noe av eller påvirkes av forelderens psykiske problemer. *".. men ungene tar ikke skade av at mora er sånn, annet enn at, jeg har ikke merket noe sånt. Så det er bare det at en må godta litt da..."*

Eva opplever at Ola kan være kritisk i forhold til barna og gir dem lite ros. Hun forteller at eldste barnet hjelper til mye hjemme, passer på de som er yngre og triller turer med dem. Erik er opptatt av at barna er *"helt vanlige barn"* og er *"sterkt mot at de skal sykeligjøres eller spesialbehandles for at mora er som hun er"*. Samtidig forteller han om at han registrerer et reaksjonsmønster til det yngste barnet som blir annerledes når Tove er i dårlig form; *"det tror jeg er at han skjønner det at det er noe feil og så skal, da skal han prøve kanskje eller finne ut av, eller gjøre det bedre da, og annerledes, og det finnes en mekanisme der da som jeg ikke skjønner meg helt på og da.."* Anne er opptatt av å beskytte barna og at de skal ha det bra. Hun tror at de har greid å skjerme dem i de periodene som Anders har hatt de største problemene og konfliktnivået har vært høyt. Samtidig er hun usikker på dette da hun sier at de sikkert vet mer enn hun tror. Derfor sier hun at; *"det er viktig at ungene blir fulgt opp!... og det er viktig at ungene får prate"*.

Informantene sier ikke så mye mer enn dette om barna. Mevik og Trymbo (2002) hevder at det finnes en utbredt forestilling hos mange voksne, og også hos fagfolk at barn skal skånes fra det som er vanskelig i livet. De mener at vår kultur på mange måter oppfordrer til taushet

omkring problematiske og utfordrende tema i familier. Det betyr at barns evne til å observere og reflektere rundt det som skjer i eget og familiens liv underkjennes. Det er i tråd med funn Kjelbergnes (2008) gjorde i sin retrospektive undersøkelse om hvordan foreldrenes alvorlige psykiske sykdom hadde betydning for det sosiale liv i ungdomstiden. Hun intervjuet ni personer og alle sa at voksne ikke ga dem kunnskap om psykisk sykdom eller forklaringer på foreldrenes adferd. Dermed fikk de ikke mulighet til å snakke om eller reflektere over det de synes var vanskelig i situasjonen. De opplevde ikke at den friske forelder eller andre familiemedlemmer tok initiativ til å snakke om barnas følelser omkring mors eller fars sykdom. De fikk heller ingen forklaringer på den syke forelderens væremåte eller vite hvilken sykdom forelder hadde.

#### **4.7 Oppsummering av funn**

Småbarnsfamilier hvor en av foreldrene sliter med psykiske problemer opplever mange utfordringer som kanskje ikke er så vanlig i andre familier, eller at utfordringer som de fleste møter forsterkes. En utfordring alle informantene uttrykker er oppfølgingen og behandlingen deres partner får av profesjonelle. De er usikker på hva behandlingen består av og hvordan behandlingsforløpet er tenkt i forhold til deres partner. Det er også stor usikkerhet knyttet til hva de skal gjøre om noe uforutsett skjer. Hyppighet på oppfølgingen og kontinuitet er også viktig for dem, og skifte av behandlere er en situasjon som ofte skaper usikkerhet i familiene.

Informantene opplever at de vet for lite, at de mangler kunnskap og informasjon om psykiske problemer, behandling og hva de skal eller kan gjøre. Hjelpeapparatet representerer en form for trygghet for disse familiene, og det er derfor viktig for dem at det er der. Samtidig har hjelpeapparatet et stort forbedringspotensiale i forhold til å bidra med å gjøre situasjonen lettere for disse familiene.

Videre viser undersøkelsen at informantene har behov for parsamtaler. De gangene dette har fungert har de opplevd dette som bra, og de etterlyser derfor dette tilbudet. Samtidig er det viktig å se på innholdet i disse samtalene. Informantene har opplevd at fokus i samtalene ensidig har handlet om den som har psykiske problemer, og at de selv og barna ikke har fått oppmerksomhet.

Som pårørende føler informantene seg dårlig ivaretatt, og de har opplevd avvisning når de har kontaktet hjelpeapparatet. Informantene har behov for å prate med noen slik at de gjennom samtaler kan oppleve å bli sett, hørt og forstått. De sliter med mange vanskelige følelser og opplevelser, som de har behov for å dele med noen. I forhold til arbeidsfordeling i hjemmet opplever informantene at mye faller på dem og at det blir en skjev arbeidsfordeling. De opplever at de ikke strekker til verken i forhold til praktiske gjøremål eller tilstedeværelse for partneren og barna.

Relasjonen i parforholdene innebærer utfordringer som likeverdighet i forholdet, uklare og mange roller, ulike behov og forventninger i forhold til det å være og gjøre ting sammen. Kommunikasjonen i parforholdet gir også utfordringer for flere av informantene. Dette både i forhold til hva vil de snakke om, hvordan og hvor stort deres behov for dialog er. De har ulike forventninger i forhold til dette, og i perioder blir det derfor utfordringer og belastninger knyttet til kommunikasjonen.

Sosial støtte er viktig for informantene og de beskriver at familie og nære venner gir dette. Det varierer hvor mange de har i sitt nære nettverk, og dette påvirker også grad av sosial støtte, hjelp og avlastning som de får.

Barna ble ikke omtalt så mye i denne undersøkelsen, og dette er et funn i seg selv. Informantene forteller at de tror ikke barna merker så mye av forelderens psykiske problemer og at de klarer å skjerme dem. Samtidig uttrykker de usikkerhet og bekymringer i forhold dette, og beskriver også adferdsforandringer hos barna i enkelte perioder. Informantene er svært positive til å ta imot hjelp og støtte om bare noen kan informere eller fortelle dem om hva de kan få hjelp til.

## **5.0 Diskusjon av funn opp mot teori**

I dette kapitlet diskuteres resultatene fra intervjuundersøkelsen med utgangspunkt i forskningsspørsmålet; ”**Hva forteller småbarnsforeldre med ektefelle eller samboer som har psykiske problemer, om hverdagslivets utfordringer og hvilke behov de har for oppfølging og støtte?**” opp mot teori og forskning som er presentert i kapitel 2.0, og annen relevant litteratur. Tema i dette kapitlet er; 5.1 Forståelsen av psykiske problemer og behandling, 5.2 Informantenes utfordringer knyttet til muligheten for å være seg selv, 5.3 Utfordringer i parforholdet og 5.4 Hva med barna?

### **5.1 Forståelsen av psykiske problemer og behandling**

Mange av informantenes utfordringer henger sammen med usikkerhet rundt forståelsen av psykiske problemer og behandling. Informantene uttrykker at de synes det er vanskelig å forstå hva partnerens psykiske plager består av, hvorfor de har fått dem og hva de betyr. De er også opptatt av den behandlingen deres partner får, hva består den av, virker den og hva er forventet behandlingsforløp, hvor lenge skal deres partner få behandling eller hva vil framtiden bringe. Videre er pårørendesamarbeid, taushetsplikt eller samtykke tema som opptar informantene samt det å være en familie.

#### **5.1.1 Hva er eller kan psykiske problemer og symptomer være?**

Tradisjonelt råder en sykdomsforståelse eller patogenese og denne forståelsen preger også synet på psykiske problemer. Mange av dagens behandlingsmetoder har sin bakgrunn i en psykoterapeutisk tradisjon, som bygger på en medisinsk lineær modell og et individfokus. Den personen som sliter med psykiske problemer blir derfor tradisjonelt behandlet med individuelle samtaler, og det blir tatt lite hensyn til at vedkommende er medlem i en familie og dermed har mange ulike roller (Haugsgjerd et. al 2004). Dette til tross for at et psykologisk perspektiv har preget psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i lang tid.

Informantene bekrefter at det fortsatt er tilfelle at familien ikke blir trukket inn i behandlingen. Synet på psykiske problemer og behandling, er imidlertid i endring innenfor enkelte forståelser og terapeutiske modeller, og mange understreker behovet for denne endringen innenfor psykisk helsetjeneste og psykisk helsevern (Ulvestad, Henriksen, Tuseth og Fjeldstad (red) 2008, Topor 2006, Haugsgjerd 2004, Halså 2008, Axelsen 2009).

Akselsen (2009) representerer en forståelse og terapimodell hvor psykiske problemer ses som kilde til utvikling. Dette endrer fokuset fra den tradisjonelle forståelsen, til en kontekstuell modell hvor det jobbes med sammenhengen mellom symptomer, erfaringer og realitet. Diagnoser og hvordan problemene kan kategoriseres blir ikke så viktig, men det er hva symptomene betyr for den som har dem, hvilken funksjon de har og hva det er de formidler, som blir interessant. Dette er sammenfallende med informantenes beskrivelser på den måten at de er heller ikke opptatt av diagnose, men utfordringene problemene eller symptomene fører til i hverdagslivet.

*"Folk er ikke problemene sine, men problemene er deler av deres sosiale og personlige konstruksjoner"* (Lundby, 1998:20)

Dette er et viktig poeng i forhold til at mange sier at han eller hun *er* psykisk syk, eller at det i forhold til barna sies barn av *psykisk syke*. Man sier ikke dette i forhold til andre sykdommer for eksempel han eller hun er en brukket arm eller er kreft. De som har psykiske problemer er så mye mer enn syke eller problemene sine, men det friske kan glemmes når noen stemples med *er*. Derfor blir jeg opptatt av språket og at vi sier barn med foreldre som *har* psykiske problemer. Antonovskys salutogene syn på helse vil hjelpe oss til endre det å lete etter det syke, men faktisk rette oppmerksomhet mot det helsefremmende og friske.

Å se på psykiske symptomer som en ressurs og veiviser til forståelse er Axelsen videre opptatt av. Den sosiale og relasjonelle konteksten blir da viktig. Hvilken funksjon har symptomene, hvordan påvirkes de andre familiemedlemmene, hva opprettholder dem og hvilke relasjoner er det i denne familien, blir sentralt i denne tenkningen eller forståelsen. Når en ser på psykiske problemer og behandling på denne måten, er det nødvendig at familien blir tatt med. Da vil også pårørende få den informasjon og kunnskap som de trenger og som kan gi en felles forståelse for symptomene, utfordringene og tenkningen i forhold til behandling sammen med den som er berørt av psykiske problemer. Informantene vil gjennom at de får delta, kunne få noe bekreftelse på sine spørsmål når det gjelder om de kan være årsak til noen av partnerens problemer, om de påvirker sine partnere, om de kan forverre situasjonen eller bidra til bedring ut fra hvordan de forholder seg til dem. Flere av informantene har brukt mye energi på disse tankene og spørsmålene. Når ingen snakker med dem om dette vil det bli en ekstrabelastning eller utfordring de trekker med seg i dagliglivet. Det er imidlertid viktig at denne tenkningen ikke skaper skyldfølelse verken til den som har symptomene, eller de som er rundt

vedkommende. De kan imidlertid lære seg “smarte” måter både å si og gjøre ting på, forholde seg til situasjonen på, slik at de sammen kan bidra til at endring eller bedring får mulighet til å finne sted. Psykiske symptomer eller problemer er ikke noe de som har dem styrer bevist for å gjøre situasjonen vanskelig, men de er uttrykk for noe som er blitt vanskelig og komplisert i personen eller i mellommenneskelige forhold. Symptomene eller problemene kan gi muligheter til personlig vekst når en har fått jobbet med dem, lært seg å leve med, kommet seg videre eller gjennom utfordringene.

At psykiske problemer kan forstås som reaksjoner på livspåkjenninger som Axelsen sier, er heller ikke så forskjellig fra informantenes forståelse. De er opptatt av hvorfor deres partnere har fått psykiske problemer og flere av dem forteller at deres partnere har opplevd vanskelige ting tidligere i livet som har vært store livspåkjenninger. De har opplevd ustabile relasjoner, vært i vanskelige parforhold eller opplevd dramatiske ting som ikke har vært bra for dem. Informantene reflekterer over om dette kan være noe av årsaken til de problemene deres partner har, men de har ingen fagpersoner å diskutere dette med og blir derfor sittende med mange spørsmål. Det er mulig det hadde vært godt for informantene å få bekreftelse på at deres tenkning og forståelse stemmer overens med teori og erfaringer som også andre har. Forståelse av de psykiske problemene som sykdom eller som uttrykk for vanskelige livssituasjoner vil gi ulik forståelse og får konsekvenser for hva som defineres som relevante informasjoner eller god behandling. Forstått som reaksjon på livshendelser vil en meningsskapende dialog og et nært samarbeid om det opplevde, være det sentrale (Akselsen og Hartmann 2008).

Informantene er samtidig opptatt av at partnerne har problemer som han eller hun må behandles for og at behandlingen må virke. De inntar da et utenfra perspektiv hvor de tenker at noen skal reparere eller gjøre partneren ”frisk”. Dette er sammenfallende med tradisjonell tenkning om hvordan behandlingsapparatet fungerer. Det blir ikke i tråd med den forståelsen som er presentert her ut fra et familieperspektiv, salutogent ståsted og at brukerne har egen endringsteori som er viktig. Da vektlegges det at brukeren er ekspert på seg selv, og at terapeuten anerkjenner og aksepterer symptomene som forsøk på mestring. Endring skjer ved at terapeuten ser, lytter, undrer seg og utforsker sammen med den det gjelder, og hans eller hennes nærmeste familie involveres aktivt med. Positiv fungering blir viktig og det at du selv kan ta et aktivt valg for lære å håndtere ditt liv i med- og motgang og gjøre det beste ut av tilværelsen. Fokus rettes mot hvordan mestre til tross for store belastninger, og slik kan de

sammen finne fram til en type løsning eller mestringsmåte som fungerer i forhold til utfordringene i deres familie (Antonovsky 2009, Axelsen 2009). Denne forståelsen av psykiske problemer er noe annerledes enn den jeg forstår at informantene har i dag, og spørsmålet er om denne endrede forståelse av psykiske problemer og symptomer, muligens kunne bidra til endring eller bedring for partneren? Sentrale spørsmål i denne tenkningen vil være; Hva tenker de skal til for at endring skal finne sted? Hva betyr symptomene for den enkelte og er symptomene ressurser og veivisere til vekst? Disse spørsmålene kan være tema for samtaler. Da vil brukeren sammen med sin nærmeste ha svarene og søke etter disse, med undring, aktiv lytting og refleksjoner fra terapeuten.

### **5.1.2 Utfordringer i møte med hjelpeapparatet**

Informantene formidler at de synes det er en utfordring at de ikke vet hva behandlingen består av og hva som skjer i behandlingstidene. Videre forteller informantene at de opplever det at kontinuitet i behandlingen er viktig, og at hyppigheten på behandlingstidene eller avtalene med hjelpeapparatet betyr mye for dem. Når dette ikke er til stede blir de usikre på hva som kan skje og de opplever at partnerens psykiske problemer kan forverres. Ut fra informantenes historier om deres utfordringer i møte med hjelpeapparatet stiller jeg meg følgende spørsmål; Hva er familienes behov i forhold til behandlingsapparatet? Er det mulig for hjelpeapparatet å bli mer tydelig på sin behandlingsfilosofi og mulige behandlingsforløp? Kan hjelpeapparatet bli mer forutsigbart for hele familien?

De terapeutiske retninger og teorier behandlere jobber ut fra bør kunne forklares og formidles både til de som går i behandling og familiene forøvrig. Om dette er vanlig er usikkert, men informantene i denne undersøkelsen vet ikke noe om behandlingsfilosofien til deres partners behandler. Ut fra det teoretiske perspektivet jeg har valgt, vil det at både bruker og pårørende har kjennskap og kunnskap om denne, være en forutsetning for å lykkes med endring eller bedring. Både synet på psykiske symptomer ut fra Axelsens forståelsesmodell, Antonovskys salutogene modell for helse og klientens endringsteori, fordrer alle aktiv deltagelse fra brukerne selv og at det er de som er styrende i endringsprosessene. Fra et familieperspektiv betyr dette at også pårørende og familie må bli tatt med. En kan ikke behandle bare en del eller et familiemedlem, men man må se på familien som et system eller en helhet. Den salutogene modellen ser etter muligheter og søker helsebringende faktorer. Slik har den på en måte samme utgangspunkt som flere moderne familierapeutiske teorier og modeller. Det salutogene perspektiv utvider familierapiens perspektiv og kan bidra med et alternativt



språk, gjennom at det gir ord og begreper som handler om helse og friskhet. Videre løfter det fram ressurser og muligheter slik at dette vektlegges enda mer i forhold til familiene (Hansson og Cederblad 1995).

Innenfor familieterapeutiske retninger er en nettopp opptatt av å jobbe på systemnivå og ikke bare med enkeltindivider. Familieterapeutiske prinsipper og forståelse kan benyttes i familieorientert arbeid. Hver familie har en egen identitet, målsetting, kultur og egenverdi som det må bli tatt hensyn til, og fokus er samspillet mellom de ulike medlemmene (Hårtveit, Jensen 2008). Når en tenker slik må hele familien involveres og informeres, slik at de kan få felles forståelse for det som skjer. En løsningsfokuset tilnærming kan være en retning som gir informanten mer forutsigbarhet og forklaring på hva behandling vil være. Den vil eksempelvis se på løsningene og mulighetene i stedet for problemene, og rette fokus mot det som en vil gjøre stort eller ønsker mer av. En vil da utforske det som er bra, hva er det som gjør ting bra og gjøre mer av dette. Det er usikkert om terapeuter spør etter dette i dag, men informantene er i alle fall ikke involvert i dette som pårørende eller partnere.

Forutsigbarhet og kontinuitet etterlyser informantene som viktig for småbarnsfamilier. Dette kan ivaretas ved at behandler sammen med bruker og pårørende skisserer et behandlingsforløp. Det vil si noe om hvor ofte, hva de skal jobbe med i og mellom timene, forventet endring og prosess, og anslagsvis hvor lenge dette samarbeidet skal vare. Hyppigheten på behandlingstimene og at det er faste avtaler med hjelpeapparatet betyr mye for informantene. De har behov for å være forberedt og vite hva som kan skje. Dette er spesielt viktig ved fravær eller skifte av behandler. Overganger eller forandringer som er planlagte og som det er informert om, påvirker ikke den som går i behandling like mye som når det oppstår noe uforutsett. Da kan forhold eller episoder som er skjedd tidligere i livet igjen forsterkes og selvbilde påvirkes, og tanker som ingen liker meg eller jeg har ingen verdi kan dukke opp. Når hjelpeapparatet er tydelig og forutsigbart, bidrar det til å skape trygghet i familien. Det har hele familien behov for, slik at ikke usikkerhet smitter over på både barn og voksne. Rammer, struktur og forutsigbarhet er viktig for alle mennesker og spesielt for de som har psykiske problemer. Dersom de opplever usikkerhet og kaos innvendig, kan slike ytre faktorer bidra med å stabilisere dette og bidra til å skape trygghet og tillit som er grunnleggende for å ha et godt liv (Kvelling 2007, Løgstrup 1991). Det blir et paradoks at mennesker går i behandling en time hver uke eller hver 14. dag og lever resten av timene i familiene, og at familiene ikke vet noen ting men selv må finne ut av hva de tror kan være lurt å gjøre.

Behandling blir da på en måte noe som skjer i et bestemt rom eller til bestemt tid uavhengig av livet og kontekst for øvrig, mens teorien i denne undersøkelsen viser at endring eller bedring vil være et stykke arbeid hvor brukeren trenger hjelp og støtte fra dem han eller hun har rundt seg hele tiden. Maktforhold og manglende strukturer og tradisjoner i dagens helsevesen for å involvere pasientens nettverk kan sees på som begrensende for at den med psykiske problemer kan ta i bruk alle sine ressurser for å bedre egen situasjon (Slettebø, 2000)

En annen faktor som kan oppleves som en selvfølgelighet for en utenforstående, er at det må være mulig at behandleren kan forberede de hjemme når han forventer en reaksjon etter en behandlingstime. Reaksjoner kan komme når det har vært vanskelige og smertefulle tema som er blitt tatt opp. Kan en behandler da ta kontakt med pårørende og sette ord på at i denne terapitimen hadde vi for eksempel fokus på en ubearbeidet situasjon fra barndommen. Dette kan føre til at det blir vanskelig i ettertid da tanker og følelser i forbindelse med denne situasjonen blir aktivert, og kanskje vil personen også tenke på dette i etterkant av timen. Både den som går i behandling og pårørende må kunne få denne informasjonen, slik at *"en slik tirsdag"* som Eva beskriver ikke kommer helt uventet og som en overraskelse. Terapeuten kunne kanskje på forhånd sammen med dem planlegge hvordan takle *"de tirsdagene"* dersom de skulle oppstå, uten at hele familien blir så påvirket. Hva er lurt å gjøre for den som går i behandling og hvordan er det lurt at resten av familien forholder seg? Hva kan pårørende eventuelt bidra med for å lette trykket? Flere av informantene er usikre på hvor de skal henvende seg om det oppstår noe eller at partnerens problemer forverrer seg. For å gjøre denne utfordringen håndterlig som ifølge Antonovsky er viktig for å oppleve at tilværelsen blir sammenhengende, har informantene i forhold til denne utfordringen behov for kunnskap og informasjon om dette.

Det er tydelig at behovet for informasjon og kunnskap ikke blir tilstrekkelig tilfredsstillt i dag. Dette burde vært en utfordring som lett kunne latt seg tilfredsstillte dersom behandlingssystemet hadde tradisjon for å trekke med familien enten i behandlingen eller i pårørendesamtaler. Om dette blir gjennomført vil det være med på å skape forutsigbarhet for familiene. Spesielt viktig er dette i forhold til foreldre som har sped- og småbarn som skal ivaretas på en trygg og god måte. En situasjon som *"den tirsdagen"* skaper utrolig mye stress for en mamma, og hun vil ha nok med å roe situasjonen og planlegge hva hun skal gjøre både for å ivareta sin partner og for å beskytte barna. I tillegg opplever hun seg hjelpeløs og fortvilet og vet ikke hva hun skal gjøre. Barna vil registrere at både mor og far er stresset, og

noe av dette vil overføres til dem. Barn som utsettes for stress er mer sårbar for utrygg tilknytning, slik at det er viktig å minske stresset mest mulig for barna (Moe, Slinning, Hansen 2010).

Et behandlingsapparat som formidler sin forståelse av hva kan skape endring og hvilke veier til endring kan finnes, vil bidra til en mer forutsigbar og tydelig behandling. Ved å fokusere og ha tro på at endring eller bedring kan skje, vil hjelpeapparatet bidra til at håpet opprettholdes både hos brukeren og familien. Klient- og ressursstyrt praksis (KOR) er en fremgangsmåte for å sikre seg systematisk tilbakemelding fra klientene om den terapeutiske prosessen og nytte av behandlingen. Kjernen i KOR er å verdsette klientens kunnskap og gjøre den retningsgivende for behandlingen, som betyr å gjøre det vi gjør mer klientstyrt og mer resultatstyrt, slik at vi sammen med klientene kan gjøre tjenestene mer effektive, pålitelige og riktige for den enkelte. Når KOR benyttes i møtet med brukeren, vil brukeren bli mer aktiv i eget liv (Duncan og Sparks 2008). I følge forskning bidrar brukerrelaterte faktorer til 40 % forandring, relasjonelle faktorer bidrar til 30 %, forventning 15 % og metode eller teknikker 15 % (Duncan og Sparks 2008). Denne viser at etter utenomterapeutiske forhold, er det brukerens vurdering av relasjonen til terapeuten som best predikerer effekt eller bedring. Erik fortalte at Tove hadde en god relasjon til sin tidligere terapeut. Denne lot Erik være med på samtaler og de opplevde at det hjalp dem, mens den nåværende terapeuten nektet han å bli med til samtale selv om de ønsket det. Dette er et eksempel på at terapeuten ikke tar hensyn til det Erik og Tove tenker er bra for dem, og som de gjerne skulle prøvd ut som alternative løsninger.

Dersom hjelpeapparatet jobber ut fra klientens endringsteori vil det være brukeren og familiens behov som er utgangspunktet for behandlingen. Ved å få tak i klientens endringsteori vil hjelpeapparatet også bli mye tydeligere og mye av det som i dag er informantenes utfordringer i forhold til hjelpeapparatet ville bli mindre eller forsvinne. Ved å la brukeren være styrende i sin behandling vil de raskere komme i gang med den type behandling vedkommende tror på, og som følgelig vil være mest effektiv. Det fremmer også god terapeutisk allianse at vedkommende opplever seg hørt og tatt på alvor. Samtale om mål, mening eller hensikt med behandlingen ville bli sentral, klientens syn på sin relasjon til hjelperen eller hjelperens rolle ville bli tematisert, og om midler eller metoder som ble benyttet i samtalen virket for brukeren ville bli evaluert. Disse tre områdene danner utgangspunkt for samtalene da muligheten til endring ligger i og hos brukeren selv og hans

nærmeste, og hver samtale som tar utgangspunkt i klientens endringsteori skal evalueres (Ulvestad et. al 2008). Ut fra et familieperspektiv vil hele familien bli involvert i behandlingen og hvert familiemedlem vil evaluere i forhold til disse punktene ut fra sitt ståsted.

### **5.1.3 Pårørendesamarbeid og taushetsplikt eller samtykke**

Informantene i denne undersøkelsen føler seg lite ivaretatt som pårørende. De opplever at det ikke har vært noe samarbeid med dem fra helsetjenestene, de er ikke tatt med og de har ikke fått tilbud om samtale. Deres erfaringer er motsatt av det som sentrale veiledere sier er viktig og riktig i forhold til pårørendesamarbeid (Helsedirektoratet 2008, Sosial- og helsedirektoratet 2006, IS-1349, Sosial- og helsedirektoratet 2006, IS-1315). Det er veilederen ”Pårørende som ressurs” utgitt av Helsedirektoratet i 2008, som sterkest tydeliggjør den sentrale rolle og ubenyttede ressurs som pårørende er. Den sier at mange pårørende er sentrale omsorgspersoner med betydelig kjennskap til og kunnskap om den som har problemer, og at pårørende vil ut fra sin kjennskap og erfaring kunne bidra med forslag til løsninger. Undersøkelser viser at involvering av pårørende kan redusere faren for tilbakefall, føre til færre symptomer, bedre deres sosiale fungering og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet hos både bruker og pårørende. Pårørende har behov for samarbeid både for sin egen del for at de selv ikke skal utvikle psykiske problemer, for at den som har psykiske problemer skal møte større forståelse og ha mulighet til bedring eller bli frisk, og for at de kan ivareta sine barn best mulig, understrekes det i veilederen. Alle disse punkter vil være viktige og sentrale i familier med små barn hvor en av foreldrene sliter, og det bekreftes også av funnene i denne undersøkelsen. Informantene har forsøkt å bidra med sin kunnskap og kjennskap, men de føler seg lite møtt og lite ivaretatt. De føler også at partnerens psykiske problemer påvirker deres egne psykiske helse, men det er ikke et tema i møte med hjelpeapparatet.

Informantenes historier bekrefter at det fortsatt er lenge igjen til forslagene i tiltaksplaner og veiledere er innarbeidet i helsetjenesten. Pårørendekompetansen som handler blant annet om å ha kunnskap om brukerens bakgrunn og historie, kjennskap til hans eller hennes synspunkter og ønsker, og erfaringer med hvordan behandling eller andre tiltak virker på vedkommende, er lite etterspurt. Informantene har kontaktet hjelpeapparatet og spurt om de kan få fortelle litt fra sitt ståsted, og slik har de tilkjennegitt at de gjerne kunne vært mer involvert og at det kanskje kunne vært til hjelp for den som sliter. Men de er aldri blitt kontaktet ”andre veien”

fra hjelpeapparatet på grunn av at de ønsker opplysninger eller informasjon. Hvorfor helsetjenestene sviker på dette området kan være sammensatt. En årsak kan være at det utfordrer til å tenke nytt eller annerledes om psykiske problemer, at løsningen ikke sitter hos behandleren men hos brukeren og dennes pårørende. Jeg tror at denne holdningen er tilstede også i dag, og jeg tror mange vil si at det er dette de jobber ut fra, men det er utfordring når dette ikke oppleves i praksis. Dersom det ikke er samsvar mellom det en tenker eller tror en gjør og handlingen, er det behov for en bevisstgjøring, tydeliggjøring eller endring av praksis. En behandler har ingen ekspertrolle men brukeren og pårørendes kunnskap er like viktig. Dersom klientens endringsteori anerkjennes som førende, åpnes det for en reflekterende og gjensidig prosess der det tilstrebes en likeverdig relasjon hvor forståelse og løsningsforslag skapes sammen.

Flere informanter opplever at det er store utfordringer knyttet til at de får dårlig informasjon og har lite kunnskap om psykiske problemer og behandling som finnes. Anne forteller at hun har tilegnet seg mye kunnskap om psykiske problemer på internett, da hun ikke har hatt noen hun kunne spørre om dette. Når det er så lite fokus på åpenhet i behandlingen og mellom behandler og pårørende som informantene gir uttrykk for, kan dette påvirke synet på psykiske problemer. Tabu og stigmatisering blir på en måte opprettholdt av hjelpeapparatet, og det signaliserer at dette skal det ikke snakkes om. Mangelen på åpenhet smitter like mye som åpenhet, slik at det kan bli mye det ikke snakkes om i disse familiene. Dette vil igjen bli til hinder for bedring ut fra Axelsens teorier og brukerstyrt endringsteori (Axelsen 2009, Duncan og Sparks 2008).

Det å ivareta pårørende er et ansvar som helsepersonell har, og informantene i denne undersøkelsen er nærmeste pårørende til de som har psykiske problemer ved å være ektefelle eller samboer. Allikevel har både Eva og Anne blitt møtt med at ”vi har taushetsplikt”, når de forsøkte å kontakte behandler. Dette uttrykket ”taushetsplikt” oppleves både avvisende og lite imøtekommende i situasjoner som for informantene har vært ganske krisepreget. Det kan være mange årsaker til at helsepersonell benytter taushetsplikten som hinder til å imøtekomme pårørendes behov. En grunn kan være usikkerhet i forhold til lovverket og at behandlerne velger å se begrensningene innenfor dette i stedet for mulighetene. Det kan også være tradisjonell tankegang at her *handles* en pasient, slik at behandlingsfilosofien blir forklaringen til begrensningene som helsepersonell viser. Andre forhold som kan virke inn vil være usikkerhet i forhold til egen rolle eller usikkerhet i forhold til pårørendes rolle og behov

for informasjon. Uansett så vanskeliggjør dette hverdagslivet til mange småbarnsfamilier. Anne tror at Anders har sagt at behandleren kan snakke med henne, for det har han fortalt til henne. En kan da undre seg på om ikke hjelpeapparatet leter etter hindringer i stedet for muligheter når pårørende blir møtt med ”taushetsplikten”. Hadde det ikke vært mulig for behandleren å spørre Anders om samtykke til å snakke med Anne? Anne introduserer et flott forslag til hvordan utfordringene i forhold til helsepersonells taushetsplikt kan løses, slik at andre slipper å oppleve å bli møtt av ”taushetsplikten” på samme måte som henne. Hun anbefaler at ektefelle eller samboer tidlig blir tatt med når partnerne kommer i kontakt med helsetjenestene, og at det innføres en dreining mot samtykkeerklæringer i stedet for fokus på taushetsplikten. En samtykkeerklæring vil beskrive hvem som er pårørende, hvilken informasjon pårørende kan få og underskrives av den som gir samtykke. Den vil dermed løse terapeuten fra taushetsplikten og pårørende kan få informasjon og vil føle seg langt mer ivaretatt. Eva opplevde også på en måte en stengt dør og taushet i sitt møte med helsetjenesten, når hun ringte og fortalte om ”den tirsdagen” som ble ekstra vanskelig. Dersom en har samtykkeerklæring til å samarbeide med pårørende når det oppstår en tilsvarende situasjon og terapeuten får behov for å informere pårørende om at det har vært en belastende time, vil dette ikke komme uventet på pasienten da dette har vært tema tidligere. Pasientens tidligere underskrevne samtykke kan da tas fram i timen, og de kan samtale om at nå er det nødvendig å kontakte pårørende. Behandleren kan ringe for å snakke med ektefelle eller samboer som venter hjemme om hva som har vært dagens tema, og forberede dem på at det kan bli en vanskelig ettermiddag eller at noe kan skje.

Det må også være mulig å forestille seg at det kunne vært innført som standard at det skulle være en dialog mellom den som har psykiske problemer, partneren og behandleren, hvor de kunne diskutert hva som skal gjøres når eller om det oppstår uforutsette ting som en ”sånn tirsdag”. I et møte med dette som tema ville de kunne utarbeide kriseplan for uforutsette hendelser eller reaksjoner. Dersom dette ble rutine i forhold til småbarnsforeldre, har de tidlig snakket gjennom families løsningsstrategier og mestringsmekanismer ved vanskelige situasjoner som kanskje kan benyttes også når ”små ting” oppstår. Denne type samtaler vil på en måte være en innføring av å tenke familieperspektiv og pårørendesamarbeid som ikke krever de store endringene i helsetjenestene. Dersom det gjennomføres parsamtaler hvor kriseplaner er tema, kan en samtykkeerklæring også bli overflødig. Da vil usikkerheten rundt hvem som skal kontaktes dersom det oppstår noe uforutsett, som også er en av utfordringene til informantene, allerede vært tematisert. Kriseplaner for den som har psykiske problemer og

familiene vil være et tiltak som kan skape større forutsigbarhet og trygghet. Tiltak som undersøkelsen viser kan være til hjelp og støtte for familiene i hverdagslivet, er å rette fokus bort fra taushetsplikten til samtykke. Her kunne det vært spennende å introdusere en utprøving av selvhjelpskort, som er laminerte kort i lommeformat som inneholder den som har psykiske problemer sine egne tiltak og mestringsstrategier i prioritert rekkefølge. Enkelte som benytter selvhjelpskort vil kunne takle kriser på egen hånd (Juul 2009).

Bøckmann og Kjellevold (2010) beskriver hvordan pårørende skal ivaretas av helsetjenesten. De poengterer at helsepersonell har ansvar for å legge til rette for at pårørende får oppfylt sine rettigheter og avklart sine roller og funksjoner, samt at de pårørende får nødvendig informasjon, opplæring og oppfølging. Det betyr at hjelpeapparatet har her en plikt som lett blir glemte, oversett eller ikke tatt hensyn til.

Til tross for hvordan de er blitt møtt, velger Eva og Anne å ha en positiv innstilling til helsetjenestene, og de omtaler behandlerne veldig positivt. Det kan synes som at behandlingsapparatet representerer håp og trygghet for dem. Håpet kan bestå av tro på at behandleren vil bidra til endring eller bedring i partnerens og familiens situasjon, og det å vite at noen er der kan skape trygghet. Den positive innstillingen kan muligens begrunnes i dette. I intervjuene hadde informantene mulighet til å uttrykke misnøye i og med at de ikke blir tatt med, ikke får vite noe, og at de på en måte blir stengt ute fra deres partners behandling og prosesser for å bli bedre. Men informantene representerer en grunnleggende positiv innstilling eller en avhengighet til hjelpeapparatet som gjør at de ikke vil eller tørr tenke kritiske tanker, og i alle fall ikke uttrykke dem. Det er på en måte beundringsverdig, men det kan også være uttrykk for at det er for skremmende å la en kritisk røst få rom i en utfordrende hverdag. Vil det bli vanskeligere å få hjelp om en er negativ eller har negative tanker? Kanskje hele situasjonen oppleves vanskeligere om slike tanker får slippe til? Eller kan det hende at de ikke tåler den belastningen eller utfordringen å se hjelpeapparatet i et negativt lys, for hva kan da representere håp og trygghet? Vil slike tanker være den dråpen som får begeret til å renne over? Det kan også være at for å se det meningsfulle og ha en opplevelse av sammenheng, som Antonovsky beskriver som viktig i livet, trenger de en positiv innstilling til behandlerne. Det er med på å gi mening og muligheter i en virkelighet som er forståelig ut fra deres ståsted.

### 5.1.4 Familieperspektiv

Informantene er ikke tydelig på hvilke behov de har. De vet ikke hvem som kan eller bør gjøre noe for dem, hva dette skal innebære eller hvilke rettigheter og muligheter de har, men de skisserer mange utfordringer som ble oppsummert i kapitlet hvor funnene ble presentert. Disse utfordringene synliggjør at de trenger noe både for egen og familiens del. Erik sier; *”kunne sittet sittet her en hel dag og pratet”*, og Arne sier etter en del fram og tilbake at *”vi sier som regel at det ikke er noe problem... men innerst inne er det et lite problem... jeg skulle godt tatt imot et sånt spørsmål... det skulle vært innført rett og slett det at det er slik som nå...”* Gjennom det de forteller tenker jeg at de etterspør en hjelpetjenestene som ser dem, er villig til å høre på dem, kan forstå deres situasjon, bekrefte dem og gi informasjon eller noen svar. Dersom helsetjenestene inntar et familieperspektiv i arbeidet med småbarnsforeldre, vil nok dette ivaretas i større grad enn tilfellet er i dag. Med et familieperspektiv menes å rette fokus på det enkelte familiemedlem, relasjonene mellom medlemmene og samtidig se på familien som en helhet. Det betyr at både det enkelte familiemedlem og familien som helhet blir ivaretatt. Fokus rettes mot hvordan familien og det enkelte familiemedlem påvirkes av at en av foreldrene har psykiske problemer. Det gjelder både det enkelte barn i familien, den andre forelderen og den som har problemene. Alle trenger oppmerksomhet men også hjelp og støtte til å se egne behov og muligheter for endring. Samtidig trenger familien at noen ser på dem som helhet og bistår dem til å se utfordringer, relasjonene mellom familiemedlemmene, hvordan de kan ivareta sine oppgaver og funksjoner, og hva de trenger hjelp til. Menneskers psykiske reaksjoner har nær sammenheng med samspillet med de menneskene en lever med.

Forskning understreker at familieperspektivet og det å jobbe familieterapi er viktig for at familier skal oppleve at de får den hjelpen de har behov for. Borgengren og Camperhausen (2010) har gjennomført en undersøkelse hvor de har sett på effekt av familieterapi. De oppsummerer i sin artikkel at familieterapi klart kunne blitt anvendt og tilbudt mye oftere enn det som gjøres i dag. Når man jobber med hvordan problemet forandrer de nære relasjonene påvirkes også problemene. Mange problemer kan ikke løses, men det handler om å lære seg å leve med dem. Om familien og nettverket finner en måte som fungerer, kan problemet bli oppløst, minske eller det skaper ikke ytterligere livs- og relasjonsproblemer som igjen kan gjøre problemene større. Flere undersøkelser som Borgengren og Camperhausen viser til konkluderer med at familieterapi har effekt.



Lundsbye (2009) sier i en kommentar til en artikkel fra *Fokus* 01/2007, der det ble etterlyst at ulike systemiske retninger gjør felles sak mot en økende individfokusering i behandlingsformene at vi ikke bare skal anlegge et familieperspektiv i behandlingen, men også arbeide med å påvirke det profesjonelle nettverket til å utvikle mer familieorienterte forståelsesformer. Ved å lese andres kommentarer til faglige synspunkter og være åpen for endring, kan vi som behandlere flytte oss i vår egen tenkning. Våre egne synspunkter kan bli tydeligere både for oss selv og andre. Vi blir også minnet på at det stadig mangler et familieperspektiv i store deler av det profesjonelle behandlingsapparatet.

## **5.2 Informantenes utfordringer knyttet til muligheten for å være seg selv**

Bakgrunnen for at salutogen metode for helse ble valgt som teoretisk perspektiv er eget utgangspunkt i syn på psykiske problemer, samt opplevelsen av at informantene fokuserer på det som er helsefremmende i sine beskrivelser og ser etter dette både hos partneren og seg selv. De presenterer ingen triste historier om en hverdag som er uoverkommelig, men de forteller om en hverdag full av utfordringer, som de møter så godt de kan.

### **5.2.1 Å bli sett, hørt og forstått**

Å skape kontakt eller ha gode relasjoner er viktig for at vi skal oppleve at vi har det bra. For å finne ut av oss selv trenger vi kontakt med andre mennesker som gir oss tilbakemeldinger og respons. Informantenes utfordringer i forhold til egne følelser og opplevelser, handler en del om det å bli sett, hørt, berørt og forstått. Virginia Satir (1980) sier at det å skape kontakt handler om;

*Å se og bli sett*

*Å høre og bli hørt*

*Å berøre og bli berørt (både fysisk og psykisk)*

*Å forstå og bli forstått*

Antonovsky (2005) er opptatt av å mestre sine liv i med- og motgang, og gjøre det beste ut av tilværelsen, ved at den oppleves som sammenhengende (SOC). Informantene forsøker å beskrive og oppdage sammenhengene i sin tilværelse, og de tre komponentene som SOC består av; begripelig, håndterlig og meningsfull, kommer fram i de fem informantenes historier. Komponenten begripelig, den kognitive forståelse og den delen som vil forklare det som skjer, finner vi igjen hos informantene når de forsøker å finne en årsaksforklaring på sin

partners problemer og ustabilitet. *“ du lærer litt av det. Det har ikke noe med meg å gjøre slik jeg tenkte først ”* sa Eva. De formidler egne reaksjoner på samme måte ved at de forklarer dem. I forhold til egne reaksjoner på merarbeid og meransvar sa Eva; *”du blir litt lei av det”*. Anne beskriver sin situasjon og egne følelser ved å si at *”du går som i ei boble... og den er tung”*. Begge forteller om episoder hvor deres partners problemer har påvirket deres reaksjoner og de er blitt engstelige, redde eller sinte. Anne fortalte også at hun selv slet med angst og uro i en periode på grunn av at hun ble påvirket av sin partners problemer.

En sterk følelse av håndterlighet viser seg ved at de ikke ser på seg selv som offer eller synes at livet er urettferdig. Informantene uttrykte dette gjennom blant annet følgende sitat; *” jeg har valgt dette selv”, ”jeg har det bra ” og ” jeg takler det”*. De har en tro på løsninger ved at utfordringene håndteres og de fokuserer på mestringsressurser. Alle informantene fortalte egne mestringshistorier i forhold til ting de hadde opplevd tidligere i livet. Det var interessante historier som lå tilbake i tid, og som ikke handlet om hverdagslivets utfordringer som småbarnsfamilier her og nå. Det var historier om tap av arbeid, egen sykdom og dødsfall i nær familie med fokus på hvordan de hadde mestret disse påkjenningene. Det var også mestringshistorier om hvordan de på tross av vanskelige omstendigheter hadde klart å gjennomføre utdanning, stå i jobb og ta vare på barn. Det er derfor interessant å gjøre seg noen betraktninger rundt at informantene kanskje gjennom sine mestringshistorier ville fortelle om egen styrke og mestringssevne når vanskelig ting skjer i deres liv.

Det å vite hvor en kan få hjelp, uttrykte flere informanter som svært viktig for dem. De er alle usikre på hvem de skulle henvende seg til om det oppstår en situasjon eller at problemene til partneren forverrer seg. Det er ingen som har snakket med dem om dette og dermed kan dette bli en stressfaktor i deres hverdag og en av utfordringene som kan vanskeliggjøre det å håndtere livet. For å håndtere livet er det ifølge Antonovsky viktig å vite og mestre.

Den tredje komponenten for at tilværelsen skal oppleves sammenhengende, er meningsfull. At noe er meningsfullt er viktig for at en skal være deltagende, engasjert i eget liv og i de prosesser som former ens skjebne. Dette kan betraktes som en motiverende faktor og man søker å finne mening når noe blir vanskelig. Mening kan være å nyte de gode øyeblikkene, og det er informantene opptatt av. De forteller flere gode episoder fra familiens hverdagsliv og om ting de liker å gjøre sammen som par. Noen av disse er beskrevet i presentasjonen av funn, slike som felles måltid, dra på turer sammen eller lese bøker for hverandre, gå på kafé

eller dra på hyttetur bare de to. Alle er også opptatt av at det å være foreldre er svært meningsfullt og gir dem mye positivt. Det kan tenkes at det å få dele egen historie, bli sett, hørt, bekreftet og forstått også er noe som gir mening. Selv om informantene er positive og løsningsfokuset, sliter de med vanskelige følelser og opplevelser som de har behov for å dele med noen. Det er ikke opplagt for dem hvem de kan snakke med og de sier at de ikke vet om det finnes noe tilbud som kunne passet for dem. De vet heller ikke hva de eventuelt hadde ønsket eller hva de skulle hatt behov for.

### **5.2.2 Arbeidsfordeling**

Å få til en rettferdig arbeidsfordeling tror jeg de fleste par finner utfordrende. Mange opplever at partneren gjør for liten innsats eller ikke ser arbeidsoppgavene i hjemmet. Fordeling av ansvarsområde bør være slik at begge bidrar med omtrent like stor innsats både praktisk og ved tilstedeværelse på hjemmebane, det er på en måte fastslått at slik er det i dag.

Rettferdighet ligger nært for de fleste av oss som en sentral verdi som betyr mye for oss, og lik arbeidsfordeling vil være rettferdig tenker mange av oss. For informantene er dette med arbeidsoppgaver i heimen noe som i perioder kan bli både en utfordring og belastning. Når partneren har vanskelige perioder og er i dårlig psykisk form, må informantene bidra mer og de får større ansvar for at hverdagen skal fungere.

Informantene ønsker også at de fikk til å gjennomføre det de startet på og at deres partnere hadde større forståelse for at måtte gjøre ferdig de oppgavene de syntes var viktig. Flere informanter sliter med at de ikke strekker til, og dette kommer sterkt til uttrykk gjennom utsagnet "*skulle vært tre personer*". Det er vanskelig å si hva denne ekstra arbeidsbelastningen kan føre til i det lange løp og hvilken slitasje det eventuelt kan bli. Kanskje er dette et av de områdene som det er vanskelig å snakke om uten å få hjelp til den samtalen. Utfordringen videre er om det er mulig å kompensere for skjev arbeidsfordeling gjennom andre? Hvilken hjelp og støtte finnes i familie, nettverk eller offentlig hjelpeapparat? Er det mulig å tenke at disse familiene kan få mer hjelp og bistand i hjemmet dersom de ønsker dette? Kan noen avlaste familien med praktiske gjøremål og oppgaver, slik at de har mer overskudd til å ta seg av hverandre og barna? Hva er det som vil hjelpe og være mest avlastende for foreldrene?

Informantene forteller om sosial støtte og hjelp fra familie og nære venner. Noen opplever at de får avlastning i form av barnepass, og at de har nære andre som de kan prate med om

hvordan det er å være dem. Samtidig sier de at det er få de kan prate med om sine innerste tanker og at det blir sjelden slike samtaler finner sted. Det tyder på at dette er et behov som delvis kan fylles av familie og nettverk, men hvor det også trengs utenforstående som kan hjelpe. Det kan kanskje vurderes om familie og nettverk kan bistå mer med planlagt støtte og fast avlastning i forhold til barna når en av foreldrene sliter? Dette både for at barna får mulighet til å være sammen med trygge andre omsorgspersoner som er viktig for dem, men også for at foreldrene kan hvile seg, samle krefter og noen ganger bare være dem. For familiene i undersøkelsen ville det vært viktig at noen hjalp dem til å sette ord på dette slik at de kunne inngå avtaler om hjelp og avlastning. Dette er imidlertid et ømtålig tema for flere av informantene og deres familier som trenger å alminneliggjøres. Familiene i undersøkelsen er redde for å være til belastning for andre, og tenker ikke over at de aller fleste familier skaffer seg pusterom uten barn, uten at de blir devaluert som foreldre eller at det blir sett rart på dem av den grunn. De fleste har en forståelse av at å være småbarnsforeldre gir en travel og hektisk hverdag som skaper behov for avlastning og støtte. Informantene og deres partnere er mer tilbakeholden i forhold til om de synes det er greit å ”belaste” familie og venner på denne måten enn andre. De signaliserer en skyld- og skamfølelse for at de ikke strekker til. Det er viktig at noen kan hjelpe dem å slippe disse følelsene, da det ikke er noen sin skyld at det er blitt slik. De psykiske problemene kan imidlertid ta så mange krefter og så mye energi at det er forståelig at de ikke klarer å stille opp for barna, slik de hadde ønsket. Den forelder som ikke har psykiske problemer kan av denne grunn få et stort ekstraansvar både i forhold til partner og barn. Dersom familie og nettverk ikke har mulighet til å stille opp, kunne kanskje flere få mulighet til avlastning eller besøkshjem gjennom offentlige tjenester som et forebyggende tiltak. Dette vil være et viktig og riktig alternativ for noen, som gjør at foreldrene får mulighet til å ta bedre vare på seg selv og hverandre som par. I tillegg gir det barna flere viktige andre som kan bety mye for dem. Ved å redusere den friske forelderens utfordringer skapes et bedre oppvekstforhold for barna. Salutogen modell løfter fram helse og sunnhet, ressurser og muligheter og vil hjelpe til med dette (Antonovsky 1996, Hult, Waad, Cederblad, Hansson 1996)

### **5.3 Utfordringer i parforholdet**

Et forhold er blitt sammenlignet med å skrelle en løk lag for lag. Man vet ikke nødvendigvis så mye om hverandre når en blir et par, men oppdager stadig nye sider ved hverandre etter hvert. Det dukker opp nye lag og de trenger ikke være slik som forventet. For de fleste

medfører dette utfordringer i parforholdet, og for informantene som er i et forhold hvor partneren sliter med psykiske problemer skaper det ekstra utfordring. Samtidig velger informantene et mestrings- og løsningsfokus, slik at beskrivelser av utfordringene kommer til slutt i deres historier. Det som kan beskrives som utfordringer i parforholdet er relasjonen, kommunikasjonen og opprettholdelse av familiestruktur. Om utfordringer sier Erik; ” *det er jo livet generelt. Det er jo sånn at dette kan du ikke leke deg gjennom!*”, og videre sier han at det er ”*mer som et eventyr hele greia!*”

### 5.3.1 Relasjonen

Erich Fromm betegner kjærligheten som en kunst, på linje som det å leve er en kunst. Dette er noe som krever innsikt og innsats. Disiplin, konsentrasjon, tålmodighet og dette at det viktigste av alt for en er å mestre denne kunsten, er kjennetegn og forutsetninger for kjærligheten. Ifølge Fromm innebærer kunst at hele ens person må bli et instrument i kunstens tjeneste. Alle informantene uttrykker stor kjærlighet til sine partnere, og gjentar mange ganger at ”*jeg elsker henne...*” eller ”*..er glad i han*”.

*”Å tale om kjærlighet er ikke å ”preke”, av den enkle grunn at det betyr å tale om hvert menneskelige vesens dypeste og mest virkelige behov.”* (Fromm 1985:128)

Det er spennende å se informantenes fortellinger om parforholdet ut fra de fem kjærlighetsspråk utviklet og beskrevet av Gary Chapman (2001). Han er opptatt av hvordan viser vi at vi er glade i hverandre og hvordan forstår den andre dette budskapet. Chapmans tanke er at alle har en emosjonell kjærlighetstank som bør fylles opp kontinuerlig, og at folk oppfører seg annerledes når deres emosjonelle kjærlighetstank er full. Derfor er det viktig at et par kjenner hverandres kjærlighetsspråk. Disse kjærlighetsspråkene er;

**Anerkjennende ord;** som betyr at verbale komplimenter eller oppmuntrende og vennlige ord er sterke kommunikasjonsmidler i dette kjærlighetsspråket. **Tid for hverandre;** handler om å være sammen, gjøre ting sammen, ha meningsfylte aktiviteter og kvalitative samtaler.

**Ta imot gaver;** er et av kjærlighetsspråkene de fleste har noe av, men for de som har det som sitt primære, er det å få gaver et viktig tegn på bekræftelse, anerkjennelse og kjærlighet.

**Tjenester;** betyr at man gjør noe som partneren setter pris på at man gjør, og man forsøker å glede den andre ved å tjene. **Fysisk berøring;** er også et viktig middel for å kommunisere emosjonell kjærlighet, og noen har det som sitt primære kjærlighetsspråk. Chapman sier at

kjærligheten er et valg, og at en av partene i et parforhold kan starte prosessen med å fylle den andres kjærlighetstank når han bestemmer seg for det.

I forhold til informantene og deres partner kan en tenke følgende i forhold til dette;

Knut og Kari; Knut benytter mange anerkjennende ord når han forteller om sitt forhold til Kari. Han er også glad for at han kan gjøre tjenester for Kari, og sier at det gjør ingenting om han må gjøre alt det praktiske. Det gjorde han også når han var alene. Han er bare så glad og takknemlig for at han har Kari og barna, og at livet har fått mye mer innhold og mening etter at de kom inn i hans liv.

Arne og Line; Line kjøper ofte gaver til Arne, og Arne sier at det er hennes måte å si til han at hun elsker han. Hun benytter kjærlighetsspråket ta imot gaver. Arne sier flere ganger at ”jeg elsker henne rett og slett”, slik at han benytter anerkjennende ord. Tid for hverandre som er det tredje kjærlighetsspråket benytter de begge, da de liker å gjøre ting sammen, og skaffer seg rom til dette ved at de får barnevakt for barna.

Eva og Ola; Eva viser tydelig i intervjuet at hun har behov for anerkjennende ord og at tid for hverandre betyr mye for henne. Hun savner at hun og Ola kunne tilbrakt mer tid sammen og gjort mer slik at de fikk felles opplevelser. De kunne dratt i Oasen, spist middag eller sittet mer sammen om kveldene sier Eva. Eva fortalte også at hun har et stort behov for å prate mens Ola er stille. Det er vanskelig å reflektere over hva som kan være Olas kjærlighetsspråk ut fra intervjuene, men for at Eva skulle kjenne seg mer bekreftet, sett og hørt hadde det vært spennende å finne ut mer av dette.

Erik og Tove; Erik forteller at Tove har behov for kvalitetstid sammen med han; ”*hun synes kveldene er bortkastet om vi ikke prater om viktige ting*”. Han forteller videre at de liker å gjøre ting sammen. Slik at tid for hverandre muligens er begge kjærlighetsspråk. En kan anta at anerkjennende ord er mer en del av Toves kjærlighetsspråk enn Eriks, da samtalen er så viktig for henne. Erik uttrykker at han er glad når noen kan avlaste han for eksempelvis med barnepass slik at han kan gjøre seg ferdig med andre ting. Det kan derfor hende at tjenester er et av hans kjærlighetsspråk.

Anne og Anders; Anne er kanskje den som det er mest utfordrende å tenke kjærlighetsspråk i forhold til, men hun forteller at begge har stort behov for å prate. Ut fra det kan en tenke at anerkjennende ord og tid for hverandre er viktige kjærlighetsspråk både for Anne og Anders.

Disse refleksjonene om informantene og deres partners kjærlighetsspråk, sier mye om at de har delt mye positivt fra parforholdene sine, men at de også har store utfordringer. Denne måten å tenke kjærlighetsspråk på kan være noe som binder sammen og skaper felles forståelse i forholdet. Det er lettere å opprettholde et kjærlighetsforhold når en kjenner hverandres behov og vet hvordan en kan fylle sin partners "kjærlighetstank". For mange kan dette være noe det går an å kommunisere om, som er passe vanskelig i en utfordrende hverdag. Det å forstå og samtale om metaforer eller i bilder kan også være enklere enn å snakke om emosjoner og relasjoner. Ved at begge kan fylle kjærlighetstanken i gode øyeblikk og gode dager, tåler de også mer de vanskelige dagene. Hvis paret har som mål at de skal holde sammen, hva må til for at forholdet skal holde? Hvor godt kjenner de til hverandres kjærlighetsspråk? En behandler kan hjelpe paret å sette dem på dette sporet når vedkommende jobber ut fra et familieperspektiv ved å anbefale dem å lese om dette som tema, og dersom de har behov for en tredje samtalepartner for å finne ut av dette kan denne bistå. De fem kjærlighetsspråkene er viktig også i forhold til barn, slik at foreldre kan forstå hvordan barna kan oppleve kjærlighet, anerkjennelse og bekreftelse for den de er. Foreldrenes sensitivitet overfor barna vil være påvirket av hvordan de har det i parforholdet, og barna vil registrere hvordan de voksne har det sammen. Undersøkelser i forbindelse med barnets utvikling har vist at små barn som blir holdt, klemt og kysset, utvikler et sunnere følelsesliv enn de som blir liggende lenge uten fysisk kontakt (Chapman 2001).

En av utfordringene som kommer til syne i parforholdet er likeverdighet. Eva og Anne sier begge at det å ha en partner med psykiske problemer er som å ha "en ekstra unge". Dette kan være uttrykk både for en ekstra belastning men også for et savn etter en likeverdig partner. Knut beskriver at han bestemmer mye i deres forhold angående hva han tenker Kari er i stand til å gjøre. Dette kan også forskyve en likeverdighet i forholdet og oppleves som en ekstrabelastning. Jeg tenker at det er en utfordring å skape likeverdighet i parforholdet, og en av måtene det kan skje på er nettopp å fylle kjærlighetstankene til hverandre, for da har en større toleranse og mer å gå på når noe blir vanskelig. Flere av informantene savner fellesskapet med sin partner i perioder. Det tyder på at de er glade i hverandre, liker å være sammen og opplever det tilfredsstillende å være i hverandres selskap. De beskriver at det å

spise sammen, reise på turer, gå på kafé eller gjøre noe sammen er bra og koselig, og alt dette vil være ressurser og områder som kan videreutvikles i parforholdene.

### 5.3.2 Kommunikasjon

Å kommunisere er dialog, en samtale hvor vi deler tanker og følelser og forsøker å forstå hverandre. Arne forteller at han og Line har kommunikasjonsutfordringer. Han forteller; *”... da vinkler hun det om, slik at jeg sier det bare for å såre henne. Hmmm. og det, jeg får ikke, jeg får ikke, ikke til å prate med henne om det”*. Dette utsagnet forteller om en fastlåst kommunikasjon som Arne opplever som en utfordring. Han vet ikke hvordan de skal få til å snakke sammen. Det at han og Line strever med å snakke sammen om det som er vanskelig, kan bidra til øke eller forverre Lines psykiske symptomer. Et menneskes psykiske reaksjoner har nær sammenheng med samspillet med mennesker de lever nær til daglig ut fra en familieterapeutisk forståelse. Slik at når de ikke får til å snakke om det som er vanskelig, blir det noen tema de unngår eller som det blir taushet rundt i samspillet mellom dem. Dette kan skape vanskelige følelser i Line og hun kan kjenne seg mislykket, lure på om det er hennes skyld eller få dårlig selvtillit for at hun ikke lykkes å samtale med Arne om dette som er vanskelig. Psykiske problemer kan løses gjennom kommunikasjon, fordi de er utviklet og fastlåst i kommunikasjon sier Axelsen og Hartmann (2008). Ved å gripe inn i en fastlåst kommunikasjon kan det skje endring. Utfordringen er om de klarer dette selv eller om de trenger hjelp til det. Kommunikasjon mellom mennesker er viktig, for å forsøke å forstå det som skjer (Haugsgjerd et. al. 2004).

Ulike forventninger til kommunikasjon og dialog er en annen utfordring både Erik og Eva forteller om. Erik sier; *”hun synes ofte kvelden er bortkastet da hvis vi ikke prater om viktige emner”*, og Eva sier; *”... det at han ikke snakker sånn når det er noe, for jeg er helt motsatt sånn”*. En kan tenke at begge her har en utfordring med å få en felles oppfatning eller historie med sin partner om hva som er viktig i forhold til kommunikasjon. Dette er også utfordringer som nok er ganske gjenkjennbart for de fleste som er i et parforhold, men når den ene har psykiske problemer kan det forsterkes ytterligere. Hvorfor er det så viktig for Erik å få litt tid for seg selv, mens Tove vil at de snakker sammen, og hvorfor er Ola stille, mens Eva har behov for at de snakker sammen. Kan det være kjønnsforskjeller, ulike kjærlighetspråk eller tidligere kommunikasjons erfaringer? Det å ha ønske om å finne ut av den andres behov og historie vil være viktig slik at begge kan øke sin forståelse for den andre, og slik utvikle en måte og kommunisere på som blir god nok for begge. Da kan begges ulike forståelse av



virkeligheten få berøringspunkt, og de kan skape en felles forståelse som begge kjenner seg igjen i. Det å lære seg å lytte til det den andre sier og ikke det en tror den andre mener vil være sentralt (Hårtveit og Jensen 2008). Nysgjerrighet på den andre beforder åpenhet, og åpenhet gir rom for forskjellige versjoner av menneskers erfaringer. I stedet for å søke etter en sann eller riktig historie, kan man i utgangspunktet sørge for å ta del i historiens mange fasetter og nyanser. Undring kan hjelpe oss til å skape sammenheng mellom historier og deler av historier. Slike sammenhenger kan bidra til å skape nye og mer overordnede historier. På denne måten kan ny mening vokse fram. Vår forforståelse er sammensatt av vår lokale og globale kultur og tradisjon, våre egne erfaringer og er hentet fra kunst, og preger våre historier og det som gir den enkelte mening (Andersen 1992).

En utfordring for å få til god kommunikasjon er å bli samtalepartnere med et likeverdig forhold og gjensidig respekt for hverandre, slik at en kan utforske meningene og beskrivelsene til den andre (Hårtveit og Jensen 2008). En behandler som er opptatt av begge som par og hva de trenger hjelp til for å få dette forholdet og familien til å fungere kan hjelpe dem. Dette kan være behandlere som jobber ut fra et familieperspektiv og er familieorientert, eller de kan få denne hjelpen på et familievernkontor. Klient- og resultatstyrt terapi (KOR) er anbefalt når en jobber med parforhold, og forskning viser svært gode resultater når KOR benyttes i parterapi. KOR påvirker terapeutens faglige forståelse og kan føre til endringer både i terapiprosessen og i hvilke typer behandlingsformer som tilbys (Duncan og Sparks 2008, Ulvestad et. al 2008).

Språket er et sentralt kommunikasjonsredskap og ord får sin mening gjennom hvordan de brukes innenfor en relasjon. Hvor ofte snakker vi om hva vi legger i ordene eller begrepene, hvordan forstår vi dem, og tror vi at den andre forstår som oss? Dette kan bidra til kommunikasjonsproblemer fordi ord eller begrep vil være kontekst- og kulturavhengig, og dersom det ikke snakkes om dette kan mange misforståelser oppstå. Måten en uttrykker seg på sier også noe om en grunnleggende holdning til den andre. Erik forteller at han pleier å si til Tove; *"Du er ikke problemet, men du har et problem"*. Erik forteller at når Tove er i dårlig psykisk form opplever han at det han sier blir galt uansett, og da har de ingen felles forståelse av hva det de kommuniserer betyr. Anne forteller også om en anstrengt kommunikasjon med Anders når han er i dårlig psykisk form. Hun oppfatter en nedbrytende trakassering i slike perioder. De kan også ha ulik forståelse av hva "problemet" er, og en felles forståelse av dette ville kanskje minske utfordringene. Axelsen og Hartmann (2008) sier at kommunikasjon har

et innholds nivå og et relasjons nivå. Begge deler vil det være viktig å jobbe med i et forhold som har anstrengt eller fastlåst kommunikasjon. Innholds nivået handler om det budskapet som forsøkes formidles verbalt og relasjonsforholdet handler om forholdet mellom partene. Dersom det er noe som er vanskelig på et av nivåene, påvirkes hele kommunikasjonen. En nedbrytende trakassering som Anne sier kan handle om at de sier ”vonde eller stygge ord” til hverandre, samtidig er forholdet mellom dem påvirket i disse periodene av at mye ansvar og oppgaver faller på Anne, mens Anders bidrar lite i familien. Slik kan en tenke at i dårlige perioder vil både innholds nivået og relasjons nivået i kommunikasjonen være påvirket. Erik sier; ”Hun ser problemet som om det er et problem mellom henne og meg, eller uenigheter det har vi jo. Selvfølgelig, for det er jo ganske normalt”. Erik er her både inne på hva er problemet, og et annet sentralt moment, hva er vanlig eller alminnelig i de fleste parforhold. Reichelt (2006) er opptatt av at fortolkningsmuligheter som vi har, kan bidra til at vi føler oss avvikende eller patologiske. Det å tematisere kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter vil være viktig for alle småbarnsforeldre. Kanskje kan de ved at dette blir tema få større forståelse og raushet for hverandre. Flere av informantene forteller jo at de trekker seg litt tilbake og har forskjellige mekanismer de benytter når det ”topper” seg litt, men det er viktig å huske det som Erik poengterer at det er ganske vanlig at alle ektepar eller samboere innimellom har utfordringer og problemer i parforholdet. Allikevel er det svært viktig at på grunn av barnas varhet og sensitivitet bør en tilstrebe å opprettholde en noenlunde god kommunikasjon.

Kommunikasjonsorienterte teorier fokuserer på at psykiske problemer kan løses gjennom kommunikasjon, og at repeterende mønstre i samspill kan forsterke vanskene. De psykiske problemene kan da opprettholdes på grunn av at familien som er rundt den som har problemene ikke forstår symptomene, symptomenes hensikt, eller vet hvordan de skal forholde seg til dette. Noen ganger kan symptomer opprettholdes da det ikke kommuniseres om dem der de faktisk oppstår, og forsøk på løsninger blir mer av det samme, og man kommer inn i et mønster som forverrer eller opprettholder utfordringene (Akselsen 2009, Reichelt 2006). Dette blir en utfordring som disse familiene berøres av da det tradisjonelt ikke er fokus for å jobbe med dette i familiene. Familiens forståelse av psykiske problemer, symptomene og hva som kan skape bedring trenger ikke å samsvare og dette er det vanskelig å snakke om. Familieorientert arbeid tar sikte på å skape dialog mellom mennesker som har nære bånd og noen ganger motstridende posisjoner. Ved å jobbe med familiemedlemmenes ulike forståelser og ved å snakke sammen om hvordan løse utfordringer i hverdagslivet, vil

fokuset bli løsninger i stedet for problemer og muligheten for å endre adferd vil være tilstede (Akselsen 2009). Dette kunne kanskje vært til hjelp for Eva som opplever at Ola er stille og innesluttet i perioder, og som hun sier; ”.. *han snakker ikke om ting og jeg må snakke..*”.

### **5.3.3 Å opprettholde familiestrukturer**

Innenfor den strukturelle tradisjonen i familierapi er det at familien er inndelt i subsystemer viktig. Det beskrives av Minuchin, og slike subsystemer kan være paret som ektepar, paret som foreldre, besteforeldre og søsken. Subsystemer kan også gå på tvers av generasjoner, men det er viktig at familiens hierarki bevares (Hårtveit og Jensen 2008). Dette kan være en utfordring for flere av familiene jeg intervjuet. To av informantene har eldre barn som de beskriver nær kontakt med. De forteller blant annet at de sitter mye sammen om kveldene og at de snakker sammen dersom det er noe. Spesielt skjer dette når den som har psykiske problemer har det ekstra vanskelig. Det kan være en utfordring at den kontakten noen ganger kan bli så nær at barnet kan stå i fare for å innta en slags voksenfunksjon. Det samme gjelder to andre informanter som beskriver et veldig tett forhold til barnas besteforeldre, både økonomisk, følelsesmessig og praktisk. Dette kan også bli et subsystem med en koalisasjon på tvers av generasjoner som ikke trenger å bli bra. Den kan hindre foreldrene i å fungere som foreldre sammen. Grenser er et viktig strukturelt begrep, og det er viktig å opprettholde disse både i forhold til omverden men også innad mellom subsystemene. Foreldre må ha hjelp og støtte til å være foreldre sammen, slik at de utgjør et subsystem som fungerer. Dette kan være utfordrende for alle og spesielt i familier hvor en av foreldrene har psykiske problemer. Besteforeldre skal være besteforeldre, foreldre skal være foreldre, og barn skal være barn (Reichelt 2006).

### **5.4 Hva med barna?**

Det kan være ulike årsaker til at informantene ikke har så stort fokus på barna. Det kan være som Arne tenker at de er så små at de ikke merker noen ting, eller som Anne sier at hun vil skåne og beskytte barna. Informantene forteller at de har ikke møtt noen i hjelpeapparatet som har fokusert på eller tematisert hvordan det er å vokse opp i familier hvor en av foreldrene sliter med psykiske plager, slik at en kan kanskje ikke forvente at de skal tenke at dette berører barna de minste barna. I denne undersøkelsen har familiene sju barn som er 3 år eller yngre, slik at flere kan tenke at de er ” altfor små til å forstå eller oppdage noe.” Tradisjonell tenkning er at de minste barna ikke forstår eller trenger så mye når de er små, slik at det kan

være en årsak til at de ikke uttrykker bekymringer i forhold til barna. Dette er i så fall i samsvar med annen forskning som viser at mange tenker at barna ikke forstår når de er små, og at foreldrene gjerne vil skåne sine barn. Det betyr at hindringene i å snakke først og fremst ligger hos de voksne (Mevik og Trymbo, Kjelbergnes 2010). Det barn ikke vet har de vondt av, fastslår Karen Glistrup (2002), når hun understreker at barn er sensitive og har behov for åpenhet rundt foreldrenes psykiske problemer. De oppdager at det er noe som plager eller forstyrrer foreldrenes sensitivitet, og det skaper usikkerhet når ingen snakker om dette. Barn er så lojale mot foreldrene at de spør ikke eller forteller ikke andre, hva de lurer på eller hva de opplever, men de holder det inni seg. Juul (2010) sier at barn må få informasjon om foreldrenes psykiske problemer allerede fra de er nyfødte. Slik blir disse en naturlig del av livet, og foreldrene skal bruke et tydelig språk og mimikk når de snakker med sine barn om dette. Psykiske problemer krever oppmerksomhet og energi, men de skal ikke få dominere familien, sier Juul. Selvfølgelig vil de sette sitt preg på familien og barna, men dette må også alminneliggjøres for alle foreldre og familier preger hverandre. Juul ønsker å ta bort skyld- og skamfølelsen til foreldre og gi dem styrke og mot til åpenhet og tydelighet i forhold til sine barn. Han sier at foreldrene i stedet for å plage seg selv med dårlig samvittighet, må være glade for denne muligheten til at barna blir romslige og kompetente mennesker. Samtidig understreker han viktigheten av at barna må få den støtte og hjelp utenfra, som de vil ha behov for i perioder (Juul 2010).

Barna uttrykker nødvendigvis ikke sine behov slik at omverden oppfatter det, men tilpasser seg stort sett til situasjonen. Det kan ta tid før de viser symptomer på at det er noe som er vanskelig i forhold til samspill og tilknytning med foreldrene. De minste barna signaliserer dette ofte gjennom reguleringsforstyrrelser og utilpasshet. Smeby (2009) viser til at de yngste barna som har foreldre som har psykiske problemer, sliter med konsentrasjonsproblemer, separasjonsangst, redusert initiativ og tilbaketrekning. Dette vil oppdages gjennom foreldreintervju hvor foreldre kan beskrive hvordan de oppfatter sine barn og foreldrerollen, og gjennom å se på samspill og tilknytning. Mange ganger er det nyttig å filme samspill og tilknytning for å kunne vurdere og se om dette er tilfredsstillende eller om dette er noe det må jobbes med. Det kan også benyttes nyere forskningsbaserte kartleggingsskjema som går på spedbarns psykiske helse. I alvorlige tilfeller utvikler spedbarn tidlig symptomer, men da har de ikke hatt signifikante andre som har kunnet kompensere for den forelderens som har psykiske problemers manglende oppfølging. Da kan en se barn som er tilbaketrukne, ser bort,

ikke gir respons, er utilpass og vanskelig å regulere. En ser derfor hvor viktig det er at foreldrenes evne til å fylle foreldrerollen må styrkes og at barnas nettverk må dras inn.

Med de utfordringene informantene har for å mestre hverdagslivet, kan det også tenkes at de har nok med å tenke på partneren og seg selv. De får kanskje ikke tid eller har ikke overskudd til å tenke over at dette kan påvirke barna. Det kan også være at det er for vondt å tenke på at familiesituasjonen påvirker barna, slik at de velger å fortrenge dette.

Den erfaringskunnskap mine informanter formidler er viktig for at hjelpeapparatet skal kunne være i stand til å gi disse familiene den hjelp og støtte de har behov for, og som er nødvendig til beste for det enkelte medlem og familien som helhet. I modellkommuneforsøket skal forebyggende tiltak settes inn i forhold til barna på grunnlag av risiko når en av foreldrene har psykiske problemer. Barna skal ikke sykeliggjøres for at de skal få denne hjelpen, men gjennom at det jobbes med foreldrenes psykiske helse forebygges problemer hos barna. Det å jobbe systemisk og relasjonelt blir da svært viktig. Særlig oppmerksomhet bør vies barn og familier der det er mange risikofaktorer som er kronisk til stede. Det er større risiko for at barna utvikler egne problemer dess flere risikofaktorer, og da blir det ekstra viktig å jobbe forebyggende og med å styrke beskyttelsesfaktorene (Kvelling 2008). Til tross for kunnskapen i forhold til sped- og småbarns psykiske helse, utvikling og behov for trygg tilknytning, viser statistikk både fra barnevern og BUP at de yngste barna utgjør en svært lav andel av dem som får hjelp. Enkelte tjenesteområder mangler fortsatt kunnskap for å vurdere barns samspill og tilknytning til foreldrene. Det betyr at alt for få barn i risiko identifiseres tidlig nok, og vente- og-se holdningen er fortsatt sterkt tilstede i hjelpeapparatet. Denne holdningen er uheldig, og det er ikke uten videre slik at hvis vi bare venter og ser, så vil vanskene gå over etter hvert som barnet utvikler seg (Smith 2002).

Hvem informerer og formidler til foreldre viktigheten av det som den nyeste forskning innenfor sped- og småbarn har kommet fram til? Er det slik at foreldre selv må vise interesse og lete opp kunnskapen? Kan enkelte foreldre mangle kunnskap om hva som er viktig når en av foreldrene sliter med psykiske problemer? Hvordan benytter fagfolk den nye kunnskapen og kompetansen de tilegner seg? Deles den med de som er i de ulike situasjonene slik at en sammen kan oppnå bedre tidlig innsats for barna, eller holder vi den for oss selv? Hvordan kan vi informere om denne kunnskapen uten å skape skyldfølelse eller følelse av utilstrekkelighet? Dette er et spennende tema som kunne vært undersøkt nærmere. Nyere

sped- og småbarnsforskning viser at det er de minste barna som er mest sårbare, og at de trenger foreldre som er sensitive og emosjonelt tilgjengelige for dem (Moe, Slinning, Hansen 2010). Dette sammen med forskningen som viser at hele 66 % av barna som har foreldre med psykiske problemer selv utvikler problemer, gjør at vi ikke kan la være å snakke med foreldrene om dette. Men vi må lære å kommunisere godt, slik at det er med ydmykhet og omsorg at disse vanskelige tema bringes på banen. De det snakkes med må oppleve seg ivaretatt og verdifulle, slik at de ikke tynges av nye byrder, men får kunnskap som er forebyggende i forhold til barns psykiske helse. Jeg tror det må trenes på denne ”vanskelige samtalen” slik at vi blir trygge på hvordan uttrykke oss, og at tilbakemeldinger kan gis til hverandre på hvordan det oppleves når dette tema bringes på banen. Dette er et tema og en samtale som fordrer at det er satt av tid og muligheter for refleksjoner. De det samtales med om slike vanskelige ting må føle seg godt ivaretatt i ettertid. Tom Andersen (1996) er opptatt av at det kan snakkes om alt, dersom vi er ydmyk, lyttende, undrende og utforskende i møter med andre mennesker. Hensikten med slike samtaler er at barn ikke skal oppleve det samme som blant annet informantene til Kjelbergnes (2008) opplevde. Hun oppsummerer i sin undersøkelse at barna opplevde ikke å få den emosjonelle og bekreftende støtten som kunne ligge i det å snakke åpent om egne tanker og følelser. Betydningsfulle andre signaliserte at taushet var både riktig og viktig. Målet er at dette skal endres, og at barn med foreldre som har psykiske problemer, som tidligere ofte har vært omtalt som de usynlige barna, nå skal bli sett. Dette er et av hovedanliggende for sentrale myndigheter i forhold til denne målgruppen barn som pårørende. Det arrangeres mange seminar og konferanser for å heve kompetansen på dette området, og tema de siste årene har vært ”fra bekymring til handling - gjør noe med”. Målet er at en styrket samhandlings-kompetanse kan gi styrket hjelp til risikoutsatte barn.

Enkelte ganger kan en undre seg på om det er hjelpeapparatet som problematiserer det å snakke om barna. Mange foreldre har allerede en bekymring for hvordan det skal gå med barna, det bekreftes av flere informanter. De har oppdaget endret adferd selv hos de minste barna når den som har psykiske problemer har vært i dårlig form. Dette har undret dem, men de har ikke opplevd at noen i hjelpeapparatet har sagt noe om at dette kan skje eller åpnet opp for å bringe dette tema på banen. Astrid Halså (2008) konkluderer i sin doktorgrad som er en studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, at når mor har psykiske helseplager tematiseres ikke foreldrerollen når foreldre behandles i psykiatrien. Man er pasient og individ, ikke forelder, til tross for at man har barn som venter hjemme. Hun sier at dette må endres, og til det kreves økt kompetanse i voksenpsykiatrien om barns behov, om foreldrerollens

utfordringer, samt kjennskap til det kommunale hjelpeapparatet. Informantene har samme erfaringer som Halsas informanter, da de sier at ingen har tematisert foreldrerollen verken til deres partner så langt de vet eller til dem selv.

Det er viktig å få fram barneperspektivet både hos foreldre og i hjelpeapparatet. Dette er vanskelig både fordi det kan være vondt å ta innover seg det barnet har opplevd, men også fordi det er så lenge siden vi var barn og derfor ikke klarer å tenke som et barn. Det er allikevel svært viktig å forsøke å innta dette perspektivet og hjelpe foreldrene til det samme. Hvilke konsekvenser har det for barna at deres foreldre har problemer? På hvilken måte kan deres problemer påvirke barna? Hva kan de ha sett eller hva kan de ha vært med på? Det å starte en prosess sammen med foreldrene ved at de forsøker å besvare slike spørsmål uten at det skaper skyldfølelse, kan bringe fram barneperspektivet tydeligere.

Rundskrivet ”Barn som pårørende” (2010) understreker helsepersonells plikt til å bidra til at mindreårige barn som har foreldre med psykiske problemer, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, skal få dekt behov for informasjon og nødvendig oppfølging de kan ha som følge av forelderens tilstand. Denne plikten gjelder helsepersonell både i første- og andrelinjetjenesten. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre. Denne lovendringen pålegger helsepersonell å se barna og da bør konsekvensen av det være at forebyggende tiltak settes inn tidlig. Informantene i denne undersøkelsen har ikke opplevd at barna er etterspurt eller at det er snakket om deres behov, selv om de har møtt mange som jobber innenfor helsetjenestene.

## **5.5 Oppsummering av diskusjon**

Informantene har behov for et hjelpeapparat som ser hele familien og kan gi dem hjelp og støtte der de har behov for dette. Forståelsen av psykiske problemer og endring påvirker behandlingene som hjelpeapparatet tilbyr, og en større oppmerksomhet på behandlingsfilosofi og endringsperspektiv ville kanskje bevisstgjort flere tjenesteutøvere og familier. Familiene trenger informasjon og kunnskap om psykiske problemer, behandling og behandlingsforløp. Hyppighet, kontinuitet, forutsigbarhet er viktige stikkord når det gjelder behandlingen, og avklaringer og samtaler rundt dette ville kanskje ha vært til hjelp for hele familien. At det

samtaler om hva de skal gjøre dersom noe uforutsett skjer er også viktig for informantene, da det at de ikke vet skaper usikkerhet. Et pårørendesamarbeidet etter veilederens anbefalinger etterlyses av alle informantene, og annen forskning bekrefter også at på dette området er hjelpeapparatet fortsatt altfor dårlig.

Informantene har behov for både individuelle samtaler og parsamtaler, hvor fokus kan være hvordan det er å være det enkelte familiemedlem inkludert barna. Slike samtaler vil ivareta både et familieperspektiv og et barneperspektiv. Andre utfordringer informantene beskriver er egne følelser og reaksjoner og arbeidsfordelingen i familien. Informantene etterlyser at noen kan se, høre og bekrefte dem, både for å ivareta dem selv, men også slik at de er i stand til å ivareta sin partner og sine barn. Merbelastningen i forhold praktiske gjøremål i hjemmet og oppfølgingen av både barn og partner er stor, spesielt i perioder hvor partneren er i dårlig psykisk form. Dette bør tematiseres og tiltak i form av støtte og avlastning må diskuteres.

Relasjonen og kommunikasjonen i parforholdet gir også utfordringer. De beskriver at de har det veldig bra med partneren sin, samtidig som de uttrykker at på enkelte områder blir det vanskelig i perioder. At noen kunne tematisert disse utfordringene sammen med dem, ville kanskje "løst" eller lettet noen av utfordringene. De kunne skapt seg en mer felles virkelighetsforståelse i parforholdet om hvordan deres relasjon er, hva som er viktig for dem som enkeltindivid og dem som par. I forhold til kommunikasjonsutfordringene kan disse opprettholde de psykiske symptomene, slik at det ville vært sentralt tema i en behandling som er familieorientert.

Informantene har ikke så stort fokus på barna, og det kan ha ulike årsaker. Enten kan det hende at de tenker de er så små at de ikke merker noen ting eller at foreldrene vil skåne barna. Tradisjonelt har mange tenkt at små barn merker ingenting, men nyere sped- og småbarnsforskning understreker viktigheten av tidlig innsats allerede i svangerskapet, for at barns psykiske helse skal ivaretas. Utfordringen til helsetjenestene er hvem informerer og formidler denne kunnskapen til foreldre. Mange foreldre kan også ha så store utfordringer i forhold til å ivareta sin partner og seg selv at de strekker ikke til. Det kan også gjøre for vondt å tenke at deres familiesituasjon kan påvirke barna, slik at det er derfor dette blir tematisert lite. Det er imidlertid viktig at foreldre ivaretas og får riktig hjelp og støtte, slik at de klarer å være emosjonelt tilstede og sensitive for sine barn. Viktigheten av dette må det også informeres og samtales om. Noen hjelpere må være i posisjon tidlig til disse familiene med fokus på barna.



Det må formidles at det er viktig med åpenhet, ærlighet og informasjon til barna tilpasset deres alder. Fokus må også være på tilknytning og samspill, og hvordan kan andre bidra når den ene forelderen sliter med psykiske problemer.

## 6.0 Oppsummering, konklusjon og avsluttende betraktninger

I dette avsluttende kapitlet vil det oppsummeres kort det som er framkommet i undersøkelsen, før det konkluderes på bakgrunn av problemstillingen. Deretter vil jeg komme med avsluttende betraktninger eller refleksjoner over hva denne undersøkelsen har betydd for meg, praksisfeltet og anbefalinger over temaområder det kan forskes videre på i etterkant av denne studien.

### 6.1 Oppsummering

I denne undersøkelsen har jeg intervjuet fem småbarnsforeldre med ektefelle eller samboer som har psykiske problemer. Formålet har vært å få mer informasjon og mer kunnskap om småbarnsfamilier med denne problematikken. Denne kunnskapen vil kunne bidra til at hjelpeapparatet kan utvikle forebyggende og helsefremmende tiltak samt oppfølging som ivaretar barna og familiene bedre.

Informantene har beskrevet sine utfordringer, og ut fra datamaterialet har følgende funn blitt framtrede som tema;

Utfordringer knyttet til oppfølging og behandling av profesjonelle, har underpunktene oppfølgingen og behandlingsforløp, pårørendesamarbeid og taushetsplikt. Mye usikkerhet preger informantene i forhold til disse områdene, og de har behov for både kunnskap og informasjon om psykiske problemer, behandling og hva de skal eller kan gjøre. Informantene formidler at de har behov for parsamtaler hvor det fokuseres på alle medlemmene i en familie. Pårørendesamarbeidet med informantene har vært dårlig og de føler seg ikke ivaretatt av hjelpeapparatet. Flere har opplevd avvisning i kontakten med hjelpeapparatet, enten ved at behandler har sagt han har taushetsplikt, han snakker kun med den som har psykiske problemer og vil ikke gjennomføre parsamtaler. De har også opplevd at de ikke får hjelp fordi hjelpeapparatet ikke vet hva de kan hjelpe dem med. Til tross for disse opplevelsene er informantene positive i omtalen av både behandlere og hjelpeapparat.

Utfordringer knyttet til muligheten for å være seg selv, omfatter informantens følelser og reaksjoner - behov for å bli sett og hørt, og arbeidsfordeling i hjemmet. Informantene sliter med mange vanskelige følelser og opplevelser som de har behov for å dele med noen. Flere har venner og familie de kan snakke med, men alle understreker at dette intervjuet hvor de har

fått fortelle og dele sine opplevelser uten avbrytelser har betydd mye for dem. De har behov for å bli sett, hørt og bekreftet, og dette behovet undertrykker de i perioder. I forhold til arbeidsfordeling faller mye ansvar på dem når den andre forelderen har det vanskelig, både i form av praktiske gjøremål men også ved tilstedeværelse for partneren og barna. Informantene opplever at det er utfordrende å strekke til i forhold til alt de opplever de burde eller skulle gjort.

Utfordringer knyttet til parforholdet, er inndelt i relasjonen og kommunikasjonen.

Likeverdighet i forholdet, uklare og mange roller, ulike behov og forventninger i forhold til det å være og gjøre noe sammen, er utfordringer som informantene beskriver i forhold til relasjonen. I forhold til kommunikasjonen er det utfordringer knyttet til hva snakker de om, hvordan, når og hvor mye, som kommer fram. De fleste har ulike forventninger i forhold til dette, og det betyr økte belastninger og utfordringer spesielt i vanskelige eller krevende perioder.

Utfordringer knyttet til hva med barna, utgjorde et interessant funn. Barna ble ikke omtalt så mye i undersøkelsen, og informantene fortalte at de trodde ikke at barna merket så mye da de forsøkte å skjerme dem. Samtidig formidlet de at de var litt usikre på dette, og noen av informantene hadde observert små adferdsforandringer hos de minste barna.

Funnene er diskutert opp mot familieteoretiske perspektiver som danner grunnlag for en forståelse av familien som system, familieperspektivet og familieorientert arbeid. Videre diskuteres de opp mot forståelsen av psykiske problemer som kilde til utvikling og Antonovskys salutogene modell for helse.

Forståelsen av psykiske problemer og behandling omfatter hva er eller kan psykiske problemer og symptomer være, utfordringer i møte med hjelpeapparatet, pårørendesamarbeid og taushetsplikt eller samtykke og familieperspektivet. Informantene har behov for mer kunnskap om psykiske problemer og behandling. Større forståelse av psykiske symptomer som ressurs og veiviser til forståelse, vil påvirke behandlingsfilosofien til å bli mer opptatt av brukerens endringsteori. Dette som utgangspunkt vil involvere ektefelle, samboer og familien langt mer enn det som er tilfelle i dag. Fokus vil da endres fra en tradisjonell medisinsk modell som er individuell, til en kontekstuell modell med fokus på salutogenese og helsefremmende tiltak hvor familieperspektivet kan ivaretas. Et bedre pårørendesamarbeid er

påkrevd for at familiene skal oppleve en bedre hverdag og det innebærer blant annet at fokus må endres fra taushetsplikt til samtykke. Pårørende må ivaretas både for partneren sin del, sin egen del og ikke minst for barna sin del. Barna trenger den forelderen som ikke har psykiske problemer ekstra mye, spesielt i perioder hvor den andre forelderen sliter eller har det ekstra vanskelig. En familieorientert behandling hvor det jobbes ut fra et familieperspektiv og et barneperspektiv kan endre småbarnsfamiliers belastninger i en utfordrende hverdag, ved at utfordringene som hjelpeapparatet representerer kan reduseres. Med familieperspektiv menes at det rettes fokus mot det enkelte familiemedlem, relasjonen mellom medlemmene og familien som helhet.

Informantenes utfordringer knyttet til muligheten for å være seg selv inneholder å bli sett, hørt og forstått, samt arbeidsfordeling. Det er viktig for informantene å oppleve sammenheng i sin tilværelse. Begripelighet, håndterlighet og meningsfull er gjenkjennbare i deres historier. De søker å forstå og årsaksforklare sin partners problemer, ustabilitet og egne reaksjoner. Informantene har tro på løsninger ved at utfordringene håndteres og de fokuserer på mestringsressurser. Alle forteller egne mestringshistorier som representerer erfaringer som ikke er knyttet til undersøkelsens tema. Å være deltagende og engasjert i eget liv og de prosesser som skjer gir mening, og dette er informantene opptatt av. Samtidig kan det å nyte gode øyeblikk gi mening, og mange episoder eller hverdagshistorier som handler om felles måltid, gå på kafé, dra på tur, være foreldre, dele historie og liv inneholder nettopp dette. Arbeidsbelastningen både i forhold til praktiske gjøremål, tilstedeværelse for barna og ektefelle eller samboer, er i perioder stor, spesielt når partneren har det vanskelig. Informantene forteller om sosial støtte fra familie og nære venner, både i form av avlastning eller barnepass og ved det å ha noen å snakke med. Denne støtten kan imidlertid bli for liten slik at de har behov for at de kan samtale med noen utenforstående. Informantene og deres partnere er også bekymret for om de belaster sitt sosiale nettverk for mye. Dette kan være et tema det hadde vært nyttig å samtale om, for å alminneliggjøre at småbarnsforeldre trenger avlastning.

Utfordringer i parforholdet består av relasjonen, kommunikasjon, og det å opprettholde familiestrukturer. Informantene beskriver stor kjærlighet til sine ektefeller og samboere, derfor er bildet om at vi alle har en kjærlighetstank som må fylles og at vi har ulike kjærlighetsspråk som fyller denne tanken, tatt inn i diskusjonen. Dersom kjærlighetstanken fylles jevnlig i gode perioder har en litt å ta av når det blir vanskeligere. Noen utfordringer

som beskrives er likeverdighet i parforholdet og at flere savner mer fellesskap med sine partnere i perioder. Kommunikasjonsutfordringer beskriver alle informantene at de har eller har hatt. Disse kan opprettholde de psykiske symptomene, derfor er det viktig å tematisere disse utfordringene overfor familiene. Informantene uttrykker at de gjerne vil snakke med noen om sine utfordringer, og i en familieorientert behandling eller oppfølging ville dette vært sentralt. Avslutningsvis under dette tema diskuteres det med å opprettholde familiestruktur. Her poengteres viktigheten av grenser og at foreldre må ha hjelp og støtte til å være foreldre sammen, slik at de utgjør et subsystem som fungerer. Besteforeldre skal være besteforeldre, foreldre skal være foreldre og barn skal være barn.

Hva med barna, diskuterer funn opp mot tilknytningsteori, samt teori og empiri om barn med foreldre som har psykiske problemer. Det gjøres noen betraktninger rundt hvorfor det er så lite fokus på barna både i denne og andre undersøkelser. Kan det handle om tradisjonell tankegang at små barn ikke forstår eller merker noe, kan det være at barna ikke uttrykker sine behov og derfor blir de oversett, kan det være for vanskelig å ta inn over seg at barna påvirkes eller kan det være mangel på kunnskap og kompetanse. Disse barna tilhører en utsatt og sårbar gruppe, derfor skal forebyggende og helsefremmende tiltak settes inn på risiko. Nyere sped- og småbarnsforskning understreker viktigheten av tidlig innsats i svangerskapet for at barns psykiske helse skal ivaretas. Det er viktig at begge foreldrene styrkes og får riktig hjelp og støtte, slik at de klarer å være emosjonelt tilstede og sensitive for sine barn. Åpenhet, ærlighet og informasjon til barna tilpasset deres alder, er viktige forebyggende tiltak. Det vil være ekstra viktig at de foreldrene som ikke har psykiske problemer avlastes, hjelpes og støttes, slik at de klarer å ta godt nok vare på sine barn. I perioder vil det være denne forelderen som er mest tilstede for barna. Dersom foreldrene ikke strekker til eller makter dette, vil det være viktig at signifikante andre kan bidra. En utfordring for hjelpeapparatet er hvem informerer foreldre om denne nye kunnskapen, og hvem tar opp disse sensitive og vanskelige tema med foreldrene? Mange ganger ligger hindringene i hjelperne eller behandlerne, for foreldrene bekymrer seg allerede over dette. Forskning viser at mange foreldre ønsker å drøfte foreldrerolle og foreldrefunksjon med noen.

## **6.2 Konklusjon**

Problemstillingen for denne undersøkelsen var

## **”Hva forteller småbarnsforeldre med ektefelle eller samboer som har psykiske problemer, om hverdagslivets utfordringer og hvilke behov de har for oppfølging og støtte?”**

Undersøkelsen viser at småbarnsforeldre i denne situasjonen har store utfordringer i hverdagslivet. Disse utfordringene er knyttet til ytre faktorer som møtet med hjelpeapparatet, mangel på kunnskap og informasjon, samt utfordringer som berører forhold i familien som muligheten til å være seg selv, parforholdet og sosial støtte. Foreldrene i denne målgruppen etterspør i utgangspunktet ikke oppfølging og støtte i forhold til hverdagslivets utfordringer, men i løpet av intervjuet sier de at de har behov for noe. Hva denne oppfølgingen eller støtten skal innebære er de usikre på, og de vet heller ikke hva de kan be om. Flere uttrykker sterkt at det å ha noen å snakke med gjør godt, slik at det er et behov som ofte kan være undertrykt. I tillegg viser undersøkelsen at det er behov for et hjelpeapparat som trekker pårørende inn i behandlingsopplegget i langt større grad enn i dag. Å jobbe ut fra et familieperspektiv og et barneperspektiv er en forutsetning for at småbarnsfamiliers belastninger i en utfordrende hverdag kan bli mindre. Familiene bør få god og kontinuerlig hjelp som er tilpasset deres behov, samt forebyggende og helsefremmende tiltak i forhold til barna må igangsettes med bakgrunn i risiko på grunn av foreldrenes problematikk.

### **6.3 Avsluttende betraktninger og refleksjoner**

#### **Hva har dette arbeidet betydd for meg?**

Denne undersøkelsen har gitt meg ny kunnskap om småbarnsforeldre med ektefelle eller samboer som har psykiske problemer. Informantene delte raust med meg sine liv og historier om hverdagslivets utfordringer og hvilke behov de har for hjelp og støtte. Dette har ført til enda større interesse og engasjement for dette fagfeltet for min del. For meg har denne undersøkelsen også vært et dypdykk både i teori og empiri om barn med foreldre som har psykiske problemer. Dette har utvidet min kompetanse og mitt faglige ståsted i forhold til å tenke forebyggende og helsefremmende tiltak i forhold til disse barna og deres familier. Flere som har lest deler av oppgaven underveis har kommentert funnene ved å si at når jeg leser at informantene møtes med taushetsplikten høres det så fryktelig ut. Det gjør så vondt å lese hvor lite pårørende føler seg møtt. Samtidig vet mange av oss at vi kan ha såret flere ved å gi samme svar, vært uforstandig eller ikke tatt dette perspektivet inn over oss. Dette skal allikevel ikke få trykke verken meg eller andre ned. Ingen av oss tenkte over eller hadde

kunnskap nok til å tenke annerledes da vi gjorde dette, og det som er skjedd kan vi ikke gjøre noe med. Men det gir oss et flott utgangspunkt for å gjøre ting annerledes fra nå av. Den kunnskapen informantene har delt, kan vi benytte til å endre vår praksis slik at brukerens endringsteori blir i fokus og familieorientert tilnærming benyttes med utgangspunkt i familieperspektivet og barneperspektivet.

### **Hva har dette arbeidet betydd for kommunen? Modellkommuneforsøket?**

Undersøkelsen har hatt stor betydning for videreutviklingen av modellkommuneforsøket i Namsos kommune, hvor jeg er prosjektleder. I forbindelse med deltagelse i modellkommuneforsøket opprettet Namsos kommune i mai 2008, et tverrfaglig Familieteam som skal være et Lavterskeltilbud til familier med barn 0-6 år hvor en av foreldrene har psykiske problemer eller rusproblemer. Forespørsel til Familieteamet kan komme enten pr. telefon, muntlig eller skriftlig, fra de som trenger hjelp selv, andre i familien eller via andre tjenesteutøvere eller behandlere. Familien skal kontaktes innen en uke etter at forespørselen er kommet.

Familieteamet jobber sammen to og to, og før det bestemmes hvem som skal følge opp den aktuelle familien, vurderes det hvilken kompetanse vil være best for å møte akkurat denne familiens utfordringer og behov. Familieteamet er og skal være noe annet enn det de øvrige tjenesteområdene representerer. Jeg har det faglige ansvaret for Familieteamet som jobber to faste dager i uken.

Etter at denne undersøkelsen ble påbegynt og underveis i analysen, har både funn og resultater påvirket måten Familieteamet jobber på. Informantenes historier om at ingen har sett, hørt og bekreftet dem på en slik måte at de føler seg ivaretatt, har igangsatt flere prosesser i Familieteamet. Den første endringen handlet om det første møtet med familiene, og nå ønsker Familieteamet at begge voksne er tilstede på dette møtet. Begrunnelsen er at da kan begge foreldrene presentere familiens utfordringer og si noe om hva deres behov er. Familieteamet presenterer seg også, og sammen med familien finner de ut hva kan de hjelpe eller bistå denne familien med. Familieteamets tilnærming er familieorientert.

Etter intervjuene hvor alle informantene sa at de syntes det gjorde godt å få prate med noen alene, innførte Familieteamet at de skal gjennomføre individuelle samtaler med både den som har og den som ikke psykiske problemer, parsamtaler og familiesamtaler. Ved familiesamtalene er det ønskelig at barna er tilstede, og i disse samtalene tilpasses tema til barnas alder. Familieteamet får også mulighet til å observere samspill og tilknytning når barna

er tilstede. Barneperspektivet er tema som blir tatt opp i alle samtaler, gjennom at det etterspørres hvordan er det med barna og at det samtales om hva er viktig i forhold til barn når den ene forelderen har psykiske problemer. I løpet av de tre første møtene med familien skal psykiske problemer, rus og familievold kartlegges. Hvilke utfordringer har denne familien og hvordan snakkes det om utfordringene mellom de voksne og med barna. Mange voksne trenger hjelp til å forstå at barneperspektivet er viktig, og de trenger hjelp til å få et språk på utfordringene i sin familie. Familieteamet jobber intensivt i familien til å begynne med og etter en stund trapper de noe ned. Dette skjer i samhandling med familiene og ut fra deres behov. Samtidig kan ikke Familieteam slippe familiene, da det i følge modellkommuneforsøket skal være et langsiktig tilbud fram til barna er 6 år. Det er derfor innarbeidet å ha faste "sjekkpunkt" eksempelvis hver 3.måned eller hver 6.måned etter avtale med familiene, hvor Familieteamet tar kontakt for å høre hvordan det går. Det er viktig at familiene blir kontaktet, for det er ikke alltid at familiene selv har krefter til å ta kontakt dersom de har det vanskelig. Dersom det oppstår noe i mellomtiden eller familien lurere på noe, kan de selv kontakte Familieteamet, og erfaring viser at det gjør mange familier. Da kan det hende at Familieteamet igjen må intensivere oppfølgingen av denne familien. Alle familiene som Familieteamet har møtt har ønsket denne form for oppfølging og takket ja til både parsamtaler, individuelle samtaler og familiesamtaler, og de har gitt positive tilbakemeldinger på det tilbudet de har fått.

Denne undersøkelsen har også ført til at Familieteamet ser utviklingspotensial innenfor flere områder. Det blir viktig når vi framover jobber videre med faglig ståsted og forståelse av psykiske problemer og endring innad i Familieteamet. Når vi presenterer Familieteamet er mange opptatt av hvilken hjelp og oppfølging kan Familieteamet tilby. Vi er mer opptatt av å ta utgangspunkt i hva er familienes behov, hvilken hjelp og støtte trenger de, og hva kan Familieteamet bistå med. Denne tilnærmingen er mer i tråd med et perspektiv som jobber ut fra klientens endringsteori.

KOR skal innføres i Familieteamet, og det betyr at vi vil få en tydeligere evaluering fra familiene på hva som fungerer og hva de opplever er bra for deres familier. Namsos har vært og er invitert til flere konferanser for å formidle hvordan vi har organisert modellkommuneforsøket og for å fortelle om Familieteamet. Familieteamet som metode har endret seg etter denne undersøkelsens funn, slik at informantene har bidratt til å forme dette tiltaket som fortsatt er i utvikling, til å bli et godt tilbud til småbarnsfamilier hvor en av



foreldrene har psykiske problemer. Dette vil bli formidlet videre på senere konferanser og framlegg, og da vil resultater fra denne undersøkelsen formidles videre også til andre kommuner.

### **Forslag til videre forskning**

Det er flere områder innenfor dette tema som det kunne vært interessant og forske på. Spesielt i forhold til tjenesteutøvere eller behandlere er det flere aktuelle innfallsvinkler for å undersøke deres faglige ståsted og holdninger. Den første utfordringen jeg møtte i undersøkelsen var at det å rekruttere informanter var så vanskelig. I denne prosessen undret jeg meg mye på hvor hindringene eller barrierene lå. Kan det være slik at noe lå i tjenesteutøverne som i dette tilfellet skulle dele ut forespørselskjema og informere om denne undersøkelsen? Jeg sammenligner dette med utfordringen mange mennesker med psykiske problemer møter, at ingen i tjenesteapparatet bringer tema om foreldrerolle eller foreldrefunksjon på banen. Hvorfor er det slik? Det hadde også vært interessant å finne ut hvilke tiltak ansatte i helsesektoren tenker er nødvendig for å hjelpe og støtte småbarnsfamilier hvor en av foreldrene har psykiske problemer. I undersøkelsens diskusjonsdel stiller jeg spørsmål om hva gjør vi med den nyeste sped- og småbarnsforskningens kunnskap som vi tilegner oss. Det hadde vært interessant å forske på om dette formidles videre til aktuelle familier, og i tilfelle noen tenker det er viktig, på hvilken måte gjøres det, eventuelt hvorfor ikke.

Flere områder det kunne vært spennende å forske mer på er familieorientert arbeid, familieperspektivet og barneperspektivet. Å få flere fagpersoners forståelse og fortellinger i forhold til dette hadde vært interessant, samt om dette betyr noe for praksisfeltet. Gjennom den prosessen masterundersøkelsen har vært for meg, har jeg blitt svært opptatt av familieperspektivet, og er derfor nysgjerrig på behandlere som jobber ut fra individuelt perspektiv og forståelse. Hva tenker de om endring eller bedring, har de noen tanker i forhold til partner og barna? Opplever de at de har ansvar i forhold til å ivareta pårørende med spesielt fokus på barna, og eventuelt hvordan ivaretar de dette. Det kunne også vært interessant å intervjuer fagpersoner generelt om hvordan de jobber i forhold til pårørende, og hva skal til for at sentrale anbefalinger i veiledere og rundskriv skal implementeres i tjenesteutøvere og tjenesteapparat. Innenfor denne undringen kunne det også vært interessant å sammenligne pårørendesamarbeid innenfor somatikk opp mot psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid. Er det noen forskjell og er det noe å lære av hverandre?

I forhold til familiene i målgruppen kunne det vært interessant å gjennomføre en tilsvarende undersøkelse som denne med den som har psykiske problemer som informant. Få dennes beskrivelser og historier om hverdagslivets utfordringer og hvilke behov de har for hjelp og støtte. Eventuelt kunne det vært spennende å se disse undersøkelsene opp mot hverandre.

Informantene formidlet en positiv holdning til behandlerne når de omtaler dem. Dette positiviteten har undrer meg, da jeg opplever at de har stor grunn til å være misfornøyd over den måten de er møtt på. Det hadde vært utrolig spennende å utforske dette nærmere.

Et funn i undersøkelsen og flere undersøkelser som det er henvist til, er at informantene ikke sa så mye om barna. Dette kunne det vært interessant å undersøke nærmere, og da kunne begge foreldrene vært informanter.

I forhold til Familieteamet som er videreutviklet på bakgrunn av denne undersøkelsen, er det flere forskningsspørsmål som kunne vært interessant. På hvilken måte jobber Familieteamet inn i familiene? Hvilke opplevelser har familier med små barn av tilbudet som Familieteamet representerer? Hvordan videreutvikle dette enda mer til beste for familiene? Her ville det vært spennende å intervju familiene som har hatt kontakt med Familieteamet, de som jobber i Familieteamet og samarbeidspartnerne. Det hadde også vært interessant å intervju andre modellkommuner som ikke har Familieteam om hvordan de ivaretar disse barna og familiene, og eventuelt sammenlignet resultatene.

Det er enda mange muligheter for forskning på dette området som ikke beskrives her. Men jeg ønsker å understreke at det vil være viktig at en forsker på feltet for å få økt kunnskap gjennom flere brukerfortellinger, slik at det kan utvikles enda bedre helsefremmende og forebyggende tjenester som kan bistå familier hvor en av foreldrene har psykiske problemer. Forskning i forhold til tjenesteutøveres ståsted, forståelse og perspektiv vil også være interessant og spennende når en tenker helhetlig tjenesteutvikling og kvalitetsforberedende arbeid.

*”När någon rör vid en  
förvandlas man till den man alltid velat vara  
och en gång kanske var  
men nära nog glömde bort.”*

Göran Tunström (1992); Det sanna livet. Oslo: Cappelen

## Litteraturliste

Acerson, B. (2003); "*Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective.*" Families in Society. New York: Jan-Mar 2003.

Vol. 84, Iss. 1; pg. 109

Almvik, A og Ytterhus, B (2004); "*Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker.*" Rapport nr.50.

Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

Andersen, T. (1996); "*Reflekterende prosesser*". København: Dansk Psykologisk Forlag

Antonovsky, A. (2009); "*Hälsans mysterium.*" Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur

Axelsen, E.D. (2009); "*Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi.*"

Oslo; Pax forlag

Axelsen, E.D. og Hartmann, E. (red.) (2008); "*Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi.*" Oslo; Cappelen Akademisk forlag

Borgengren, M. og Camperhausen, M.V. (2010); "*Vad vet vi om effekten av att ta med familien i behandlingen?*" Fokus på familien, årgang 38, nr.2-2010

Bøckmann, K. og Kjellebold, A. (2010); "*Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*". Bergen: Fagbokforlaget

Chapman, G. (1998); "*Kjærlighetens fem språk*". Oslo: Lunde Forlag

Dalland, O. (2007); "*Metode for oppgaveskriving for studenter.*"

Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Duncan, B., Sparks, J. (2008); "*I fellesskap for endring. En håndbok i klint- og resultatstyrt praksis*". Oslo; Gyldendal

Folkehelseinstituttet; [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Fromm, E. (1985); *"Om kjærlighet"*. Oslo: Aventura Forlag

Gjærum, B., Grøhold, B., Sommerschild, H.(5.oppl 2006); *"Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre."* Oslo: Universitetsforlaget

Glistrup, Karen (2002); *"Hva barn ikke ved... har de ondt af. Familiesamtaler i voksenpsykiatrien."* København; Hans Reitzels forlag

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2003); *"Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness."*  
Sweden; Nurse Education Today (2004) 24, 105-112

Halsa, A. (2008); *"Mamma med nerver. En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager"*.  
Doktorgrad ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap på NTNU

Halvorsen, K. (2008); *"Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode"*. Oslo; Cappelen Akademiske Forlag

Hansen, M.B. & Jacobsen, H. (2007); *"Tidlig identifisering av risikobarn – forskningsbasert kunnskapsgrunnlag"*. Oslo: Spesialpedagogikk, 72 (03). (s.60-73)

Hansson, K., Cederblad, M. (1995); *"Salutogen familjeterapi"*.  
Fokus på familien vol.23 s. 3-18. 1/1995

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsen, B., Løkke, J.A. (2004); *"Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle"*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS

Helsedirektoratet (2008); *"Pårørende en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjeneste."* Oslo; Veileder IS- 1512

Helsedirektoratet (2010); *"Barn som pårørende"*. Oslo; Rundskriv IS- 5/2010

- Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2007); *"De usynlige barna. Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige."* Oslo
- Helse – og omsorgsdepartementet (2003); *"Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: "Sammen om psykisk helse."* Oslo; Veiledninger og brosjyrer
- Hårtveit, H., Jensen, P. (2004); *"Familien – pluss én. Innføring i familierapi."* Oslo; Universitetsforlaget
- Jensen, P. (2009); *"Ansikt til ansikt. Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid"*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Johannesen, A., Tufte, P.A., Kristoffersen, L. (2006); *"Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode"*. Oslo; Abstract Forlag
- Juul, E.M. (2009); *"Hvilke erfaringer har psykosepasienter med et langtids behandlingstilbud som innebærer at pasienten reiser hjem i helgene?"* Masteroppgave i tverrfaglig helse-og sosialfag med fordypning i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Nord-Trøndelag
- Juul, J (2010); "Sinnsforvirring. Når passer det å fortelle et barn at mor er psykisk syk?" Oslo; Dagbladet Magasinet, 30.okt.2010
- Killèn, K. (2000); *"Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar"*. Oslo; Kommuneforlaget
- Killèn, K. (2004); *"Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar"*. Oslo; Kommuneforlaget
- Kjelbergnes, E.N. (2008); *"Kan taushet være gull? Når mor eller far er alvorlig psykisk syk. En retrospektiv studie om hvordan foreldrenes sykdom hadde betydning for det sosiale liv i ungdomstiden"*. Trondheim, NTNU; Masteroppgave i helsevitenskap
- Kletthagen, H., Smeby N. (2007); *"Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien"*. Sykepleien Forskning 01-2007

Kufås E., Lund, K., Myrvoll, L. R., (2004); *"Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter og redusere belastninger for barn og ungdom."*

Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol.1,nr.3

Kvale, S. (2001); *"Det kvalitative forskningsintervju."* Oslo; Gyldendal Norske Forlag AS

Kvello, Ø. (2007); *"Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling."*

Oslo; Universitetsforlaget

Kvello, Ø (red) (2008); *"Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø."*

Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Lilleenget, B.S.E. (2007); *"Nettevrkets betydning i en individualterapeutisk kontekst – en studie av erfarne terapeuters kliniske praksis"*.

Mastergrad i familierapi og systemisk praksis, Diakonhjemmets høgskole

Lindseth, A., Norberg, A., (2004); *"A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience"*. Scand J Caring Sci; 18; 145-153

Lorensen, M. (red.) (2006); *"Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag"*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Lovdata; Lov om helsepersonell, 2.juli 1999 (Helsepersonelloven)

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> (Nedlastet 10.05.10)

Lovdata; Lov om pasientrettigheter, 2.juli 1999 (Pasientrettighetsloven)

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (Nedlatet 10.05.10)

Lundby, G. (1998); *"Historier og terapi"*. Oslo; Tano Aschehoug

Lundsbye, M.(2009); *"Skillnader mellom systemiska inriktningar - större i retoriken än i praktiken?"* Fokus på Familien nr.02-2009

Løgstrup, K. (1991); *"Den etiske fordring"*. København: Gyldendal

- Malterud, K. (2003); "*Kvalitative metoder i medisinsk forskning.*"  
Oslo; Universitetsforlaget
- Mason C., Subedi S. (2006); "*Helping Parents with Mental Illnesses and their Children*".  
Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. Jul 2006. Vol.44,  
Iss.7;pg.37
- Mevik, K. og Trymbo, B. E. (2003); "*Når foreldre er psykisk syke.*"  
Oslo Universitetsforlaget AS (2.opplag)
- Moe, V., Slinning, K., Hansen, M.B.(red.) (2010); "*Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*". Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS
- Mowbray, Bybee, Oyserman, Allen-Meares, et.al (2004); "*Diversity of Outcomes Among Adolescent Children of Mothers With Mental Illness*". Journal of Emotional and Behavioral Disorders. Austin 2004: Vol.12, Iss.4;pg.206
- Mowbray, Bybee, HollingsworthGoodkind, Oyserman (2005); "*Living Arrangements and Social Support; Effects on the Well-Being of Mothers with Mental Illness*". Social Work Research, Washington; Mar 2005. Vol.29, Iss.1;pg.41
- Myrvold, T.M. (2008); "*Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger*". NIBR-rapport: 2008:16
- Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark (2007); "*Børn af forældre med psykisk sygdom. Anbefalinger til god praksis i psykiatrien og det tværsektorielle samarbejde*".  
Danmark: Glumsø Bogtrykkeri AS
- Nicholson, Sweeney, Geller (1998); "*Focus on Women: Mothers With Mental Illness: II. Family Relationships and the Context of Parenting*".  
Psychiatric Services 49:643-649, May 1998

Nilsson, B. (2007); *"Gadamers hermeneutikk. Noen betraktninger om sentrale dimensjoner innenfor hermeneutikken ut fra en Gaddamersk tenkning"*.

Sykepleien Forskning 04/07

Olsson, H., Sörensen, S. (2006); *"Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver."* Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS (2.opplag)

Reichelt, S. (2006); *"Systemteoretisk forståelse av familier med barn"*.

*Kap. i "Oppvekst og psykologisk utvikling"*. Guldbrandsen, L.M.(red).

Oslo: Universitetsforlaget.

Satir, V. (1980); *"Om å skape kontakt"*. Oslo: Dreyers Forlag

Schjødt, B., Egeland T.A. (1989); *"Fra systemteori til familierapi"*. Oslo Tano

Servicestyrelsen (2008); *"Bedre Tverrfaglig Indsats – for børn i familier med misbrug eller sindslidelse"*. Danmark; Socialt Udviklingscenter SUS og Muusmann Research & Consulting A/S

Sintef helse; <http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Pasienttelling-psykisk-helsevern/Pasienttellingen-i-psykisk-helsevern-for-voksne-20072008/>

Skerfving, A. (2005); *"Att synliggöra de osynlige barnen – om barn till psykisk sjuka föräldrar"*. Stockholm: Gothia

Skjervheim, H. (2001): *"Deltakar og tilskodar"*. Oslo: Aschehoug & Co

Skomedal, G. (2010); *"Pårørende i voksenpsykiatrisk poliklinikk: Muligheter for medvirkning og opplæring? En kvalitativ studie om pårørende i spesialisthelsetjenesten"* Diakonhjemmet Høgskole, Masterstudium i familierapi og systemisk praksis



Smeby, N.A. (2009); *"Hvordan har familien det når et familiemedlem har en alvorlig psykiatrisk lidelse."* I Vråle, Karlsson, Hummelvold (red); Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: Selvførelse, praksis og forskning. (Rapport nr.14).  
Høgskolen i Hedemark

Smith, L. (2002); *"Tilknytning og barns utvikling"*. Kristiansand; Høyskoleforlaget AS

Sosial- og helsedirektoratet (2006); *"Oppfølging av barn til psykisk syke og/ eller rusavhengige."* Oslo; Rundskriv IS-5/2006

Sosial og helsedirektoratet (2006); *"Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse"*. Oslo; Rapport IS-1315

Sosial- og helsedirektoratet (2007); *"Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene."*  
Oslo; Veileder IS- 1405

Sosial- og helsedirektoratet (2006); *"Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser."* Oslo; Tiltaksplan IS-1349

Statistisk sentralbyrå; [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Topor, A. (2006); *"Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer."*  
Oslo: Kommuneforlaget

Try, E., Morken, T., Hunskår, S. (2008); *"Livskrisehjelpen ved en legevakt."*  
Tidsskrift for den Norske legeforening, 2008; 128: 2056 - 9

Tunström, G. (1992); *"Det sanna livet"*. Oslo: Cappelen

Ulvestad, A.K., Henriksen, A.K., Tuseth, A.G., Fjeldstad, T. (red.) (2008); *"Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid"*.  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Voksne for barn; [www.vfb.no](http://www.vfb.no)

Aadland, E. (1997); *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*"  
Oslo; Tano Aschehoug

Aamodt, L., Aamodt, I.(2005); *"Tiltak for barn av psykisk syke foreldre."*  
Oslo; Regionsenter for barn og unges psykisk

NTNU  
Norges teknisk-naturvitenskapelige  
Universitet

Det medisinske fakultet  
Regional komite for medisinsk og  
helsefaglig forskningsetikk  
Helseregion Midt-Norge



Prosjektleder: Førsteamanuensis Greta Bratberg

Saksbehandler  
Seniorrådgiver Arild Hals  
Telefon 73 59 75 06  
Epost: Arild.Hals@ntnu.no  
rek-4@medisin.ntnu.no  
Postadresse: Det medisinske fakultet  
Medisinsk teknisk forskningssenter  
7489 Trondheim  
Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin, 5.etg.  
Håkon Jarls gt. 11

Vår dato:  
10.02.2009

Vår ref.:  
4.2008.2881

Deres dato:

Deres ref.:

**”Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer”.**

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 30. januar 2009 med følgende vilkår og vurdering:

Hensikten med studien er å se hvilke utfordringer har familier hvor en av foreldrene har psykiske problemer? Hvilken oppfølging eller støtte har familien behov for ut fra den forelderens som ikke har psykiske problemer sitt synspunkt?

For å få svar på forskningsspørsmålene anvendes en kvalitativ metode med dybdeintervju av 6-8 foreldre. Denne studien vil rette seg mot den forelderens som ikke har psykiske problemer sin beskrivelse, erfaring og forståelse av sin families hverdagsliv, og dermed bidra til økt kunnskap i forhold til familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer. Det stilles åpne spørsmål for å få fortellinger om hverdagslivet til familien som svar på spørsmålene. Samtidig er det utarbeidet en intervjuguide som inneholder temaområder som er viktige for studien.

Utvelgelse av informanter skjer ved at de 6-8 første som melder seg får delta i undersøkelsen. De som blir informanter er den forelderens som ikke har psykiske problemer i familier med små barn, hvor en av foreldrene har psykiske problemer.

*Generelle merknader til prosjektet:*

- Komiteen viser til at dette prosjektet har vært vurdert tidligere og komiteen fant da at prosjektet måtte omarbeides før det kunne gis endelig vurdering. Dette er nå gjort, og prosjektleder har lagt fram en grundigere og mer gjennomtenkt studie enn den som først ble vurdert av komiteen. Opplegget er enklere, bl.a. er gruppen med rusproblemer tatt ut av studien.

Postadresse  
Medisinsk teknisk forskningssenter  
7489 Trondheim  
dmf-post@medisin.ntnu.no

Besøksadresse  
Medisinsk teknisk forskningssenter  
Olav Kyrres gt 3  
www.medisin.ntnu.no

Telefon +47 73 59 88 59  
Telefaks +47 73 59 88 65  
Org. nr. 974 767 880

Side 1 av 2  
4.2008.2881

- Komiteen har likevel noen generelle merknader. Dette er en kvalitativ studie og følgelig er det ikke mulig å generalisere, men den kan være hypotese genererende.
- Det kunne ha vært en fyldigere etisk refleksjon omkring metoden i denne gruppen og den situasjon som slike familier befinner seg i.
- I forbindelse med publisering må en være særlig påpasselig slik at ingen kan kjenne igjen noen av deltakerne.

*Vilkår for godkjenning og gjennomføring av prosjektet:*

- Komiteen viser til informasjonsskrivet og ber om at det gis grundigere informasjon om hva studiedeltakelsen vil medføre, slik som tidsbruk. Noe mer informasjon om temaer for intervjuet bør også skisseres.
- Det skal stå at prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.
- E-post adressen til Willard må fjernes fra informasjonsskrivet og fra oppslagsplakaten for å unngå at sensitive personopplysninger blir sendt over e-post.
- Det skal oppføres telefonnummer for kontakt med prosjektleder som også skal signere skrivet.
- Komiteen ber om at følgende tas inn i skrivet: "Prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Alle persondata behandles konfidensielt og lagres i en database slik at pasientene kun er registrert med et løpenummer. Undersøkelseresultater samt navneliste, hvor slike eksisterer, oppbevares forskriftsmessig."
- Revidert informasjonsskriv må sendes til komiteens sekretariat og komiteens leder får fullmakt til å vurdere dette og til å gi endelig godkjenning.
- Komiteen ber om at grunnlagsdata ikke blir slettet eller destruert, men blir oppbevart på en betryggende måte i minimum 5 år. Det må opplyses i informasjonsskrivet at slik oppbevaring blir gjennomført av kontrollhensyn.
- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv. Komiteens leder får fullmakt til å vurdere det reviderte skrivet, og denne godkjenning må være klar før prosjektet settes i gang.

Komiteen ber om å få tilsendt artikkel/rapport når studien er fullført.

**Vedtak:**

**"Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner at prosjektet gjennomføres med de vilkår som er gitt."**

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen

  
Arne Sandvik  
Professor  
Leder i komiteen

  
Arild Hals  
Seniorrådgiver

NTNU  
Norges teknisk-naturvitenskapelige  
Universitet

Det medisinske fakultet  
Regional komite for medisinsk og  
helsefaglig forskningsetikk  
Helseregion Midt-Norge



Prosjektleder: Førsteamanuensis Greta Bratberg

Saksbehandler  
Seniorrådgiver Arild Hals

Telefon 73 59 75 06

Epost: Arild.Hals@ntnu.no

rek-4@medisin.ntnu.no

Postadresse: Det medisinske fakultet

Medisinsk teknisk forskningssenter

7489 Trondheim

Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin, 5.etg.

Håkon Jarls gt. 11

Vår dato:  
24.02.2009

Vår ref.:  
4.2008.2881

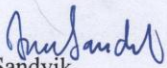
Deres dato:  
23.02.2009

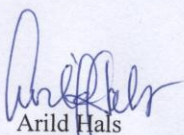
Deres ref.:

**"Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer".**

Vi viser til e-post med melding om revidert informasjonsskriv. Vi tar dette til etterretning uten ytterligere merknader. Studien kan igangsettes.

Med hilsen

  
Arne Sandvik  
Professor  
Leder i komiteen

  
Arild Hals  
Seniorrådgiver

Postadresse  
Medisinsk teknisk forskningssenter  
7489 Trondheim  
dmf-post@medisin.ntnu.no

Besøksadresse  
Medisinsk teknisk forskningssenter  
Olav Kyrres gt 3  
www.medisin.ntnu.no

Telefon +47 73 59 88 59  
Telefaks +47 73 59 88 65  
Org. nr. 974 767 880

Side 1 av 1  
til 4.2008.2881

Microsoft Office Outlook Web Access

Skriv inn her for å søke

Denne mappen

Adressebok

Alternativer

Logg av

E-post

Kalender

Kontakter

Innboks (1)

Junk E-Mail

Kladd [3]

Sendte elementer

Slettede elementer

. Master

BAPP

Master

Administrer mapper...

Svar til alle

Vidføresend

Fløtt

Slett

Scopelpost

Lukk

**Prosjektnr: 19395. Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problem**

Inga Brautaset [inga.brautaset@nsd.uib.no]

Følg opp. Start innen 17. august 2010. Forfaller 17. august 2010.

**Sendt:** 12. august 2010 15:21

**Til:** Eli-Anne T. Willard

**Kopi:** grete.bratberg@hint.no

Hei,

Viser til tidligere korrespondanse vedrørende ditt prosjekt, inkludert din epost 23.06.2010. Vi beklager lang saksbehandlingstid som skyldes ferieavvikling.

I følge våre opplysninger skal biveileder overta daglig ansvar for materialet etter at masteroppgaven er fullført, og materialet skal deretter lagres i fem år av hensyn til etterprøvbarehet. Etter dette skal data anonymiseres. Vi har derfor tidligere registrert at endelig prosjektslutt vil være 31.12.2014.

Du opplyser nå at undersøkelsen ennå ikke er ferdigstilt. Ombudet tar til orientering at prosjektet fortsatt pågår.

Vi gjør oppmerksom på at REK må underrettes så snart de skal foretas endringer i prosjektet, feks når masteroppgaven er fullført og det skal registreres ny daglig ansvarlig (evt også søkes om utsatt prosjektslutt). Dette har sammenheng med at REK overtok vedtakskompetansen på feltet helseforskning etter at helseforskningsloven trådte i kraft 01.07.2009. Alle prosjekter som har til formål å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom skal nå behandles og godkjennes av REK. Det gjelder også endringer i pågående helseforskningsprosjekter. Ettersom ditt prosjekt antagelig faller inn under helseforskningsloven, skal alle endringer i prosjektet følgelig meldes til og godkjennes av REK.

Dette til orientering. Du trenger ikke foreta deg noe i denne forbindelse før det skal foretas endringer i prosjektet.

I desember 2010 vil personvernombudet rette en henvendelse til deg for å høre om oppgaven er ferdigstilt og materialet klart for videre lagring. Dette for at vi skal kunne registrere det i vår database, og dermed kvalitetssikre prosjektet på vegne av behandlingsansvarlig institusjon (HiNT). Inntil da ønsker vi lykke til med prosjektet.

Ta gjerne kontakt med meg dersom noe er uklart.

--

Vennlig hilsen

Inga Brautaset  
Fagkonsulent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 26 35  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
Epost: Inga.Brautaset@nsd.uib.no  
[www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

Koblet til Microsoft Exchange

Microsoft Office Outlook Web Access

Skriv inn her for å søke  Denne mappen

Adressebok Alternativer Logg av

E-post Kalender Kontakter

Innboks (1)  
Junk E-Mail  
Kladd [3]  
Sendte elementer  
Slettede elementer

. Master

BAPP  
Master  
Administrer mapper...

Svar Svar til alle VidereSend Flytt Slett Skjulepost Lukk

**Re: SV: Prosjektnr: 19395. Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problem**  
Anne-Mette Somby [anne-mette.somby@nsd.uib.no]

Følg opp. Start innen 17. november 2009. Forfaller 17. november 2009.  
Du videresendte denne meldingen 23.03.2009 08:37.

**Sendt:** 11. mars 2009 14:17  
**Til:** Eli-Anne T. Willard

Viser til endringsmelding mottatt 1.3.09.

Ombudet finner at skriftlig samtykke fra begge foreldre er tilfredsstillende i henhold til personopplysningsloven, og at informasjonsskrivet er godt utformet og ivaretar de forhold som er nevnt i tidligere korrespondanse. Ombudet tar kontakt ved prosjektslutt for å få bekreftet at biveileder skal ha ansvar for videre lagring av datamaterialet.

--  
Vennlig hilsen  
Anne-Mette Somby  
Fagkonsulent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 33 48  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
E-post: [anne-mette.somby@nsd.uib.no](mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no)  
Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

Eli-Anne T. Willard said the following on 06.03.2009 12:05:

> Hei!  
> Takk for rask tilbakemelding:  
> Vedlagt oversendes revidert informasjonsskriv samt svar på spørsmålene.  
>  
> 1. Følger deres anbefaling, slik at jeg ønsker å møte begge foreldrene til en samtale for å informere om undersøkelsen, og få samtykke fra begge.  
>  
> 2. Viser til telefonsamtale mellom veileder og NSD i går ang lagring av datamateriale. Jeg har fått avklart at HINT, avd Namsos ved biveileder Wenche Wannebo tar ansvar for forsvarlig oppbevaring av grunnlagsdata fram til 31.12.2014(lydopptak i låst safe, og koplingsnøkkel lagres separat).  
>  
> 3. Informasjonsskrivet er revidert, og vedlagt.  
>  
> Med hilsen  
>  
> Eli-Anne T. Willard  
>  
> -----Opprinnelig melding-----  
> Fra: Anne-Mette Somby [<mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no>]  
> Sendt: 3. mars 2009 12:17  
> Til: Eli-Anne T. Willard  
> Kopi: grete.bratberg@hint.no  
> Emne: Prosjektnr: 19395. Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problem  
>  
> Viser til endringsmelding mottatt 1.3.2009.  
>  
> Følgende endringer er registrert:  
>  
> 1) Det skal registreres sensitive opplysninger om 3. person, dvs. om den personen i familien som har psykiske problemer. I den opprinnelige prosjektmeldingen framgikk det ikke at det ville bli registrert slike opplysninger. I henhold til intervjuguiden vil det bli registrert konkrete opplysninger om 3. persons sykdom, f.eks når problemene oppsto og hvilken oppfølging som gis. I henhold til personopplysningsloven må

<https://mail.namsos.kommune.no/owa/?ae=Item&t=IPM.Note&id=Rg...K4s%2f3e3FjtYAAAAT8rsAAAQRDhmk5mwTK4s%2f3e3FjtYAAAdKCVMHAAAj> Side 1 av 2

> det også innhentes samtykke fra 3. person. Hvordan er dette tenkt løst?  
> Vårt forslag er at den som skal intervjues og 3. person  
> (ektefelle/samboer) får informasjon om prosjektet og at begge samtykker  
> til deltakelse.  
>  
> 2) REK har stilt krav om at datamaterialet skal lagres i 5 år for  
> kontrollhensyn. Ombudet vil informere om at det per i dag ikke er  
> hjemmel i lovverket for å stille et slikt krav, og at det er sendt inn  
> klage på tilsvarende vedtak tidligere.  
> Ombudet har ingen innvendinger mot at datamaterialet lagres såfremt det  
> gis utfyllende informasjon om lagringen til deltakerne. Dette er  
> spesielt viktig da det inngår sensitive opplysninger om 3. personer i  
> datamaterialet. Informasjonsskrivet må derfor endres noe, se pkt. 3.  
> Ombudet ber også om tilbakemelding på hvordan datamaterialet skal lagres  
> etter studenten har avsluttet sitt studie, og hvem som skal være  
> ansvarlig for denne lagringen. Ombudet kan ikke tilrå at lagringen skjer  
> privat hos studenten eller ved studentens arbeidsplass. Vi anbefaler at  
> veileder lagrer datamaterialet på sikker måte (lydopptak i låst safe, og  
> koplingsnøkkel lagres separat) ved institusjonen  
>  
> 3) Følgende må tilføyes i informasjonsskrivet for å oppfylle vilkårene  
> i personopplysningsloven:  
> - At det skal innhentes opplysninger om den av foreldrene som har  
> psykiske vansker  
> - At datamaterialet skal lagres ved institusjonen på en sikker måte, og  
> at veileder er ansvarlig for datamaterialet i lagringsperioden.  
> - At datamaterialet anonymiseres og at lydopptak slettes senest 31.12.2014  
>  
> Ombudet gjør oppmerksom på at prosjektet ikke kan starte opp før ombudt  
> har tilrådd overnevnte endringer, og at REKs godkjenning ikke omfatter  
> behandling av personopplysninger i henhold til personopplysningsloven.  
>  
> Svar og revidert informasjonsskriv imøteses.  
>  
>  
> --  
> Vennlig hilsen  
>  
> Anne-Mette Somby  
> Fagkonsulent  
>  
> Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
> Personvernombud for forskning  
> Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN  
>  
> Tlf. direkte: (+47) 55 58 33 48  
> Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
> Faks: (+47) 55 58 96 50  
> E-post: [anne-mette.somby@nsd.uib.no](mailto:anne-mette.somby@nsd.uib.no)  
> Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)  
>  
>  
>  
>  
>  
>  
>





Grete Bratberg  
Avdeling for helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Serviceboks 2501  
7729 STEINKJER

Vår dato: 06.08.2008

Vår ref: 19395 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.06.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19395

*Hvilken oppfølging ønsker familier med barn 0-6 år av Namsos kommune, når en av foreldrene har psykiske problemer og/eller rusproblemer?*

*Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student*

*Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder  
Grete Bratberg  
Eli-Anne T. Willard*

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henriksen

  
Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 33 48

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Eli-Anne T. Willard, Almenningen 19, 7800 NAMSOS

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

### *Vedlegg 3*

**”Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer”.**

## **Forespørsel om å delta i forskning**

### **Bakgrunn og hensikt**

I forbindelse med masterstudium i tverrfaglig helse- og sosialfag med fordypning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, skal det gjennomføres en undersøkelse av småbarnsfamilier, der en av foreldrene har psykiske problemer. I denne undersøkelsen er det ønskelig å komme i kontakt med foreldre i denne situasjonen for å informere om prosjektet og slik at begge foreldrene kan samtykke til deltakelse.

Det finnes lite kunnskap om hvordan familier i en slik situasjon opplever og forstår sin situasjon, og hvilke tiltak de ønsker i forhold til sin familie. Formålet med undersøkelsen er derfor å få mer kunnskap om:

- Hvilke utfordringer har familier med små barn hvor en av foreldrene har psykisk problemer?
- Hvilken oppfølging eller støtte har familiene behov for?

Den av foreldrene som ikke har psykiske plager er den vi i denne undersøkelsen ønsker å intervju. Namsos kommune er en av 26 modellkommuner som er i gang med å utvikle bedre og mer helhetlig oppfølging og tjenester, hvorav dette prosjektet kan bidra til mer kunnskap om hva foreldre med slike plager mener er viktig og nødvendig.

### **Hva innebærer studien?**

Undersøkelsen skjer gjennom intervju som varer ca 1 time. I intervjuet vil det være av interesse å få vite noe om den forelderen som har psykiske plager samt få fram historier eller fortellinger om hverdagslivet, livssituasjonen, utfordringer, behov for hjelp og støtte som familien trenger.

For å kunne bruke informasjonen til forskning, vil det være nødvendig å bruke lydopptak. Dere som ønsker å delta i undersøkelsen kan ta kontakt med undertegnede. Adresse og telefonnummer finnes nederst på denne forespørselen. Dere vil da bli kontaktet ganske umiddelbart, for å avtale tidspunkt og sted for intervju. Intervjuene kan skje hjemme hos dere privat eller i andre egnede lokaler, og på tidspunkt som passer for dere (også ettermiddag/kveld). De 6-8 første som melder seg vil bli intervjuet. Det er ingen spesielle fordeler med å delta i denne undersøkelsen, men intervjuet gir en mulighet til å gi uttrykk for opplevelser og erfaringer knyttet til det å være forelder i en slik situasjon og dermed bidra til viktig kunnskap.

## **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres skal kun brukes i henhold til formålet med undersøkelsen. Prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger, og lagres i en database slik at de som blir intervjuet kun er registrert med et løpenummer. Det vil ikke være mulig for utenforstående å identifisere hvem som har deltatt i undersøkelsen. Lydbånd samt navnelister oppbevares forskriftsmessig og atskilt i låsbare skap som kun prosjektmedarbeider har tilgang til i den perioden undersøkelsen varer. Datamaterialet anonymiseres og lagres på en sikker måte, og lydopptak slettes senest 31.12.2014, som er anbefalt for denne typen forskningsprosjekt av kontrollhensyn. Grunnlagsdata oppbevares ved HINT (Høyskolen i Nord-Trøndelag avd. Namsos) i lagringsperioden etter avsluttet oppgave.

## **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og den enkelte kan når som helst trekke seg uten å måtte begrunne dette (gjelder helt til prosjektavslutning planlagt desember 2009). For å kunne delta må det avgis skriftlig samtykke fra begge foreldrene.

## **Etisk og faglig vurdering**

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt Norge og av Personvernombudet/Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

## **Prosjektansvarlig**

Ansvarlig prosjektleder er førsteamanuensis Grete Bratberg ved Høyskolen i Nord-Trøndelag, Telefon; 452 47 773.

Sentral medarbeider er rådgiver i psykisk helsearbeid i Namsos kommune, Eli-Anne T.

Willard som gjennomfører undersøkelsen i forbindelse med masterstudiet. Dersom noe er uklart eller om du ønsker ytterligere informasjon, er du velkommen til å ta kontakt på telefon; **957 33 405**.

Postadresse; Eli-Anne T. Willard, Namsos kommune, Serviceboks 1006, 7809 Namsos

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Grete Bratberg

Eli-Anne T. Willard

*Vedlegg 4*

**”Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer”.**

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Vi har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål.

Vi samtykker i å delta i prosjektet.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

-----  
(Signert av ektefelle/ samboer, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

## Forespørsel om deltakelse i undersøkelsen



**“Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer.”**

Dette er et spørsmål om deltagelse i en forskningsstudie i forbindelse med masterstudium på HINT.

Vedlagt ligger invitasjon til deltagelse i undersøkelsen (grønn konvolutt), og de 6-8 første som melder seg vil bli kontaktet for å intervjues.

Ved spørsmål eller ønske om nærmere informasjon, ta kontakt med undertegnede på telefon; 957 33 405 (mobil)

Med vennlig hilsen

Eli-Anne T. Willard



Postadresse; Eli-Anne T. Willard, Namsos kommune,  
Serviceboks 1006,  
7809 Namsos

## INTERVJUGUIDE

Undersøkelse med tema:

**"Familier med små barn hvor en av foreldrene har psykiske problemer".**

NB!

- Beskrivelse av dette er du ekspert på!
- Dette er en frivillig undersøkelse, og du kan når som helst trekke deg.
- I denne studien viktig å få beskrivelse fra den forelderen som ikke har psykiske problemer.

Bakgrunsspørsmål om livssituasjonen;

Kan du fortelle litt om din familie? Hvor bor du? Hvem bor du sammen med?

Hvem har psykiske problemer i din familie? Når fikk han/ hun sine problemer?

Hvilke psykiske problemer? Har han/ hun oppfølging i forhold til sine psykiske problemer?

Narrativ tilnærming til tema:

Informanten forteller fritt.

Stikkord;

hverdagslivet, livssituasjonen, utfordringer, behov for hjelp og støtte.

- Kan du fortelle om en helt vanlig dag i din familie?
- Hvordan er en dag som ikke er "helt vanlig"?

## Temaområder

som etterspørres dersom de ikke er belyst i den narrative tilnærmingen:

### Utfordringer:

Hva opplever du som de største utfordringene i hverdagen?

På hvilken måte? Fortell om en episode som var problematisk? Hva skjedde?

Hvordan reagerte du? Den som har psykiske problemer? Barnet/ Barna?

Hvordan vil du beskrive vanskene/ problemene?

Hvordan påvirker de deres familiesituasjon?

Deg som den andre forelderen? Barnet/ barna?

Hvordan snakker dere om psykiske problemer i familien?

### Tiltak:

Hva opplever du at dere (din familie) har behov for?

Du? Den som har psykiske problemer? Barnet/ Barna?

Oppfølging? Sosial støtte? Hjelp og bistand? Helsefremmende tiltak?

Hvem kan bidra med dette?

Noe annet du ønsker å bli spurt om?

Eller noe du vil fortelle før vi avslutter?

Er det greit at jeg kan komme tilbake å spørre igjen om det skulle dukke opp noe mer i ettertid?

Sikkerhetsnett i ettertid av samtalen?

Ringes opp for å oppklare eventuelle spørsmål og uklarheter om 2-3 dager.

**Takk for intervjuet!**

## Vedlegg 7

## Datamatrise

Tekst	Meningsenhet	Kondensering	Subtema	Tema
<p>Hmmm synes det er greit at det er så ofte som en gang pr uke da. Vet mange som har bare en gang pr mnd og sånne ting da. Så at han har fått det så ofte, det er litt greit da, og jeg merker det egentlig på han, ... merket jeg det på humøret egentlig, så han ble gretten, men samtidig så vet jeg ikke, han sier jo ikke så mye når han er der da...</p> <p>Han har ikke kommet så langt i den der bearbeidingen eller det det skal være.</p> <p>Det ble vist fram en gang på tavla, og han er liksom nederst på den det stadiet på stigen enda, som skal være og vil ikke si så mye om det.</p> <p>Men jeg synes ikke det fungerer. Hun er ikke kommet noe lengre.... da, for når de har vært der er det lettere på en eller annen måte. Så varer det en liten stund da.</p>	<p>..greit at det er så ofte som en gang pr uke da merket jeg det på humøret egentlig, så han ble gretten, men samtidig så vet jeg ikke, han sier jo ikke så mye når han er der da...</p> <p>ikke kommet så langt i den der bearbeidingen</p> <p>nederst på den det stadiet på stigen enda, som skal være og vil ikke si så mye om det...</p> <p>.. jeg synes ikke det fungerer.. ... for når de har vært der er det lettere på en eller annen måte. Så varer det en liten stund</p>	<p>Hyppighet på oppfølgingen</p> <p>Effekt</p> <p>Virkning</p> <p>Ambivalens til hva – og om det virker</p>		
<p>noen ganger så virke det som om virkningen av det når hun har hatt samtale da,</p> <p>men det er den der, i sånne relasjoner tror jeg det er uhyrlig viktig at kjemien stemmer...</p> <p>Det var tirsdag ja. Da hadde han vært til psykolog. Det er fast hver tirsdag og det er noe med de tirsdagene da. Da er han, det kan være forskjellige ting jeg spør han om da, hvorfor er du i det og det humøret og sånt, men det er jo tirsdag i dag svarer han. Å det er det samme, da er det noe med de tirsdagene. Vet ikke det hadde vært annerledes om det hadde vært en onsdag da men det, siden det ble en krangel akkurat den dagen så... Da er han litt strengere og mindre tålmodig... For han tåler mye mindre da og da ble det en krangel utav det ja...</p>	<p>virkingen av det når hun har hatt samtale</p> <p>tror det er altså reaksjonsmønstret hennes er ganske likt,</p> <p>... det var tirsdag ja. Da hadde han vært til psykolog. Det er fast hver tirsdag og det er noe med de tirsdagene da... siden det ble en krangel akkurat den dagen så... Da er han litt strengere og mindre tålmodig... For han tåler mye mindre da og da ble det en krangel utav det ja...</p>	<p>Effekt av samtaler</p> <p>Tillit til og kjemi med behandler Relasjon</p> <p>”Tirsdagen”</p>	<p>Oppfølging og behandlingsforløp</p>	<p><b>Utfordringer knyttet til oppfølging og behandling av profesjonelle</b></p>
<p>Jeg mener at han skulle hatt behandling enda. Sånn oppfølging, for du kan ikke bare plutselig stoppe, for jeg synes han skulle hatt det hele tiden. . Jeg synes det er veldig, nå er det veldig dårlig oppfølging. For han skal jo følges opp og det er jo, men det er jo ingenting og det reagerer jeg på i dag...</p>	<p>... og jeg mener at han skulle hatt behandling enda. Sånn oppfølging, for du kan ikke bare plutselig stoppe, for jeg synes han skulle hatt det hele tiden. ...</p>	<p>Kontinuitet i oppfølgingen Usikkerhet når behandling avsluttes</p> <p>Usikkerhet ang oppfølging og ansvar</p>		
<p>så det var jo sånn at når hun var til terapeutene og disse, så spurte jeg og grov for jeg var jo litt nysgjerrig på hvordan det foregikk og så spurte jeg etter noen år, så spurte jeg om jeg kunne være med da, og</p>	<p>... jeg var jo litt nysgjerrig på hvordan det foregikk og så spurte jeg etter noen år, så spurte jeg om jeg kunne være med da, og det</p>	<p>Nysgjerrighet og interesse for kunnskap</p>		



det var jo greit. Så ble jeg med da, og skjønnte jo det da at dette er, dette er jo et problem som vil vedvare. Dessverre finnes det ingen trylleformel som kan rette opp dette her.	var jo greit... .. et problem som vil vedvare. Dessverre finnes det ingen trylleformel som kan rette opp dette her	Vedvarende problemer	Pårørende-samarbeid/ Taushetsplikt	
.. nei jeg har ikke vært inne på noen samtale. Ingen oppfølging nei, nei jeg har ikke vært på ingen verdens ting. Så det er ingenting har det vært. Så det var bare ett møte først da, men det var ikke, det har ikke vært noe oppfølging, ikke noen ting	.. nei jeg har ikke vært inne på noen samtale. Ingen oppfølging..	Tilbud til pårørende Syn på familien, den som er partner		
.. jeg prøvde jo å ringe en gang da sånn bare i det skjulte. Uten at han fikk vite det da. Men jeg fikk ikke vite noen ting så klart da heller, men jeg tror jeg satte de på et spor da Jeg snakket med en sykepleier. Det var på en måte bare hun jeg fikk snakket med, og så sa jeg at du han må ha hjelp nå. Det går ikke an å la det gå så lang tid imellom, men så får jeg beskjed om at jeg kan ikke ringe, han må spørre selv. Han må gjøre det selv, og det var ikke noe jeg kunne gjøre... han hadde vel gitt beskjed om at jeg kunne ringe. Sånn forstod jeg på han i alle fall.. Så jeg synes ikke det har vært så veldig mye oppfølging det synes jeg ikke det har vært... nei... Jeg tror det at ektefelle eller samboerne skulle blitt dratt inn mye tidligere.	.. jeg prøvde jo å ringe en gang da sånn bare i det skjulte. Uten at han fikk vite det da. Men jeg fikk ikke vite noenting så klart da heller...  Han må gjøre det selv, og det var ikke noe jeg kunne gjøre... han hadde vel gitt beskjed om at jeg kunne ringe. Sånn forstod jeg på han i alle fall... Så jeg synes ikke det har vært så veldig mye oppfølging det synes jeg ikke det har vært... nei...  .. ektefelle eller samboerne skulle blitt dratt inn mye tidligere.	Taushetsplikt versus samtykke  Hjelpeapparat som skjuler seg bak taushetsplikten		
da ringte jeg på han psykologen, og prata med han, men han har jo taushetsplikt da, for da var det i forbindelse med hva jeg skulle gjøre med det der da, når han begynner sånn. Han var veldig glad for at jeg ringte da, men han kunne ikke det er ikke mye han kunne si til meg da, han har jo taushetsplikt da men han kunne si såpass at det hadde vært en tung dag den tirsdagen hos psykologen. Så det forbauset ikke han at det hadde blitt noe den kvelden. Det var det han kunne si da...	Han var veldig glad for at jeg ringte da, men han kunne ikke det er ikke mye han kunne si til meg da, han har jo taushetsplikt da men han kunne si såpass at det hadde vært en tung dag den tirsdagen hos psykologen. Så det forbauset ikke han at det hadde blitt noe den kvelden. Det var det han kunne si da...	Taushetsplikt Ivaretakelse av pårørende Informasjon		