



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid ved Universitetet i Nordland

SA 205S

Ser du meg selv om jeg er liten? - Barn som pårørende i alderen 0-6 år.

Kandidatnummer: 200 og 237

Våren 2014 3.6.2014

Antall ord: 14 083

Totalt antall sider: 42



Forord

Vi er to studenter som sammen har skrevet denne bacheloroppgave. Dette har vært en svært interessant og lærerik prosess for oss. Vi synes det har vært lite fokus på dette, så vi synes det var spennende å kunne forske og tilegne oss mer kunnskap om dette.

Vi vil takke våre fire informantene som tok seg tid til å bli intervjuet, og kom med god informasjon til oss. De kom med tanker og meninger som vi har prøvd å få frem på en god og riktig måte i vår oppgave. Vi vil også takke vår veileder Tom Erik Dybwad for god veiledning, råd og konstruktiv kritikk i denne perioden.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling	2
1.4 Eget ståsted.....	2
1.5 Avgrensning av oppgaven	2
1.6 Oppgavens struktur	3
1.7 Definisjon av begrep	3
2.0 Teori	4
2.1 Lovverket	4
2.2 Når mor eller far er psykisk syk	6
2.3 Tiltak	8
2.4 Modellkommuneforsøket	11
3.0 Metode.....	12
3.1 Valg av forskningsdesign og metode	12
3.2 Forforståelse	13
3.3 Utvalg av informanter	14
3.4 Utførelse av intervju.....	15
3.5 Transkriblering	16
3.6 Etske overveielser	17
3.7 Metodiske svakheter.....	17
3.8 Dataanalyse og tolkning av data.....	18
3.9 Validitet og generalisering	19
3.10 Reliabilitet	20
3.11 Prosjektets totale validitet	20
3.12 Objektivitet.....	20
4.0 Analyse.....	21
4.1 Lovverket	21
4.2 Ulike kjennetegn hos barn som pårørende	23
4.3 Tiltak	25
4.4 Modellkommuneforsøket	29
5.0 Avslutning	31

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Barn som pårørende til foreldre som lider av psykisk lidelse er for tiden et høyt aktuelt tema. Det har lenge vært slik at psykisk sykdom har vært et tabubelagt tema. Fra gammelt av har det vært en skam å snakke om psykisk lidelse. Vi mener at tabuet rundt dette temaet, gjør det vanskelig med åpenhet mellom forelderen og barnet, dette forsterker holdninger om å forbli taus innad i familien. (Mevik, 2002). Barn synes det er vanskelig å forholde seg til ting som ingen snakker om, og vil dermed kunne få mange spørsmål og bekymringer.

1.januar 2010 trådte de nye endringene i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten i kraft. Disse endringene ble vedtatt av Stortinget og hensikten med endringen var for å sikre at helsepersonell skal gi mindreårige barn som er pårørende, den informasjon og den oppfølgingen som de trenger. Dette er noe vi kommer grundigere tilbake til senere i oppgaven.

Barn i familier der foreldrene har psykiske sykdommer, er rusmisbrukere eller tenåringsforeldre har særlig høy risiko for å utvikle psykiske plager selv. Det er derfor viktig å handle på risiko og gjøre forebyggende tiltak, slik at barna som vokser opp som pårørende ikke selv vil begynne å slite som voksen.

1.2 Valg av tema

I prosessen for å finne et tema til bacheloroppgaven vår var vi innom mange forskjellige temaer, men kom hele tiden tilbake til temaet om barn som pårørende. Vi har valgt dette tema fordi vi har en faglig interesse og et personlig engasjement for barn i denne situasjonen. Da vi satt og lette etter forskninger om temaet, kom vi over et modellkommuneforsøk som hadde fokus på barn som pårørende i alderen 0-6 år. Vi bestemte oss da for at vi ønsket å tilegne oss mer kunnskap om ulike tiltak for barn i alderen 0-6 år, som trenger mer oppfølging i hverdagen som følger av forelders psykiske plager. Vi har et fokus på hvordan ulike etater

følger opp barnet og hvilke tiltak de kan iverksette for å bedre situasjonen for barnet, og for forelderens samspill med barnet.

1.2 Problemstilling

Vårt utgangspunkt for valg av problemstilling er som nevnt tidligere at vi har interesse for dette feltet. Vi ønsker å se mer på denne aldersgruppen da disse barna ofte blir sett på som for små til å skjønne noe, og derfor blir en forsømt gruppe av fagfolk i ulike etater som arbeider rundt barna i denne aldersgruppen.

Et sentralt mål ved vår forskning er å identifisere ulike tiltak som kan iverksettes for å bedre situasjonen for barnet, og foreldrenes samspill med barnet. Dette ønsker vi å undersøke ved å se på hvordan ulike etater som barnet og foreldereren er i kontakt med, jobber med dette temaet.

Problemstillingen for oppgaven er:

Hva kan fagfolk gjøre for å ivareta barn som pårørende i alderen 0-6 år?

1.4 Eget ståsted

Som studenter ved sosionomstudiet ved Universitetet i Nordland har vi vært ute i praksis i den kommunale omsorgssektoren, og i tillegg har vi nå jobber innenfor den kommunale omsorgssektoren, og har begge to tidligere erfaring med å ha jobbet i barnehage. Vi ser begge på oss selv som omsorgspersoner, og er glade i barn. Dette kan ha mye med hvorfor vi har valgt problemstillingen som vi har gjort. Vi har i forkant av oppgaven reflektert mye rundt akkurat temaet om barn som pårørende. En vanskelig problemstilling, som først de seneste årene har fått mer oppmerksomhet.

1.5 Avgrensning av oppgaven

Temaet i oppgaven er omfattende, og det er derfor nødvendig å avgrense oppgaven. I denne oppgaven vil vi ikke legge vekt på foreldereren, men se på hvordan barna har det i forhold til situasjonen foreldereren er i. Vi velger å konsentrere oss om barn i alderen 0-6 år, og hvilke

tiltak som kan iverksettes for å bedre barnas hverdag, og deres samspill med foreldrene. Vi kommer ikke til å gå inn på temaet rus, selv om at psykisk lidelse og rus ofte henger sammen. Vi vil kort se på om modellkommuneprosjektet og hvilken betydning det har hatt for koordinering og iverksettelse av ulike tiltak i ulike etater for barn i denne aldersgruppen.

Vi har avgrenset forskningene til å gjelde en kommune i Norge.

Vi har valgt å bare intervjuer ulike kommunale etater som jobber i direkte kontakt med barna og deres foreldre. Vi har derfor valgt å utelukke regionale sykehus. Vi har utelatt å intervjuer barn, da disse er så små at det ville krevd oppfølging i ettertid.

1.6 Oppgavens struktur

I kapittel to redegjør vi for teorier som er relevante for å forstå ulike sider av hva det vil si å være barn som pårørende. Slik som tidlig påvirkninger for barnet, hvordan det er å ha en forelder som sliter med psykisk helse og hvordan lovverket skal ivareta barnet som pårørende. Vi har også sett på modellkommuneforsøket som tar for seg barn som pårørende i aldersgruppen 0-6 år.

I kapittel tre gjør vi rede for valg av metode og forskningsdesign. Vi har reflektert over vår forforståelse, sett på hvordan vi gjorde utvalg av informanter og utførelser av intervjuer. Videre ser vi på forskningens validitet og reliabilitet. På slutten nevner vi forskningens totale validitet og objektivitet.

I kapittel fire tar vi for oss funnene av data/empiri for forskningen. Her drøfter vi også funnene ut ifra data innhentet fra informantene, vi belyser det også ut ifra teori og egne refleksjoner.

I kapittel fem kommer avslutningen på oppgaven.

1.7 Definisjon av begrep

I denne oppgaven er begrepet barn som pårørende et veldig sentralt begrep som går igjen i hele oppgaven. Begrepet barn som pårørende er ikke avhengig av en formalisert

omsorgssituasjon. Barn som er pårørende er både biologiske barn, stebarn, fosterbarn og adoptivbarn. (Helsedirektoratet, 2010a)

«Når begrepet pårørende brukes om barn, må det ikke forstås slik at barn skal ivareta foreldrenes behov. Formålet med bestemmelsen er at barna skal få bli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner» (Helse - direktoratet, 2010a, s. 4).

2.0 Teori

2.1 Lovverket

1.januar 2010 trådte de nye endringene i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten i kraft. Disse endringene ble vedtatt av Stortinget 19. juni 2009, og hensikten med endringen var for å sikre at helsepersonell skal gi mindreårige barn som er pårørende, den informasjon og den oppfølgingen som de trenger. (Helsedirektoratet)

Den nye endringen i helsepersonelloven skal være med på å bidra til at mindreårige barn av pasienter med rusmiddelavhengighet, psykisk sykdom eller alvorlig somatisk sykdom får dekt behovet for nødvendig informasjon og oppfølging. Ett av formålene med denne lovendringen er å sikre at barna blir fanget tidlig opp. Dette for å få satt i gang en prosess for foreldre og barna, som gjør at de blir i bedre stand til å kunne mestre at en av foreldrene er alvorlig syk. Forebygging av problemer både hos barna, og også foreldrene er en del av formålet. Disse bestemmelsene gjelder for helsepersonell i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og private helsetjenester. (ibid)

Helsepersonell er etter helsepersonelloven § 10a pliktig til å være med å dekke behovet for nødvendig oppfølging og informasjon til mindreårige barn som er pårørende.

«Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand» (Helsepersonelloven §10a (1999)).

Loven begrenser seg til at barna skal motta minst en minstestandard av nødvendig hjelp. Dette setter ikke noen grenser for hvor mye oppfølging og hjelp hvert enkelt barn kan motta, og der er heller ingen øvre grense for hvor mye hjelp og oppfølging barnet kan motta fra den virksomheten foreldrene får hjelp fra. Hvis helsepersonell ser at barnet har utviklet eller er i fare for å utvikle symptomer på psykisk sykdom, så har barnet rett på vanlig oppfølging av helsetjenesten. (Helsedirektoratet, 2010a)

Stortinget har vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25 tredje ledd, som gir mulighet for at samarbeidende personell kan gi hverandre taushetsbelagte opplysninger når det er nødvendig for og kunne ivareta behovene til barn av pasienter. Dette med mindre det ikke er greit for pasienten selv.

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a er det kommet en ny bestemmelse som pålegger spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlige personell ved sine helseinstitusjoner. Hovedansvaret til barneansvarlige vil være å fremme og koordinere oppfølgingen av mindreårige barn som er pårørende. (Helsedirektoratet, 2010a)

«Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.» (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a (1999))

Det helsepersonellet som har ansvar for den syke forelders behandling, har jf. Helsepersonelloven § 10a plikt til å ivareta barnet. Hovedansvaret for barneansvarlige bør være å holde helsepersonell oppdatert, koordinere arbeidet og fremme fokuset på barna som pårørende. Hovedformålet med denne lovgivningen er å sikre at behovene til barna blir ivaretatt, og at foreldrene kan få tilbud om hjelp og oppfølging til å mestre rollen som foreldre. (Helsedirektoratet, 2010a)

2.2 Når mor eller far er psykisk syk

Det er rundt 60 000 fødsler i Norge årlig og norske helseundersøkelser viser at 10-15 prosent kvinner i fruktbar alder har symptomer på angst og depresjon. Det betyr at mellom 6000-9000 spedbarnsmødre har psykiske plager i ulik grad. Det er større sannsynlighet for å få depresjon hos den fødende de første månedene etter fødselen. Den nye livssituasjonen gjør at kvinner er mer sårbare i barseltiden. Rundt 7 % av mennene får også fødselsdepresjon. Barn i familier der foreldrene har psykiske sykdommer, er rusmisbrukere eller tenåringsforeldre har særlig høy risiko for å utvikle psykiske plager selv. Men hovedparten av barna som utvikler helseplager kommer ikke fra spesielle grupper. (Heian mfl.2010)

De usynlige barna, hvem er de? Hvordan ser de ut? De som beskrives som de usynlige barna er barn som vokser opp i familier som har alkoholmisbruk, rus, psykisk lidelse eller har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Dette er barn som har for mye ansvar, som har hemmeligheter ingen må få vite om og som sliter med skyldfølelse om at alt er deres feil, og at de må oppføre seg snille så blir alt bra. Det at de gjør seg usynlig er en strategi for barna, men de kan også oppfattes av andre som umulige ved at de er urolige, sinte og aktive. De som får beskjed fra voksne om at de må oppføre seg, uten at den voksne tar seg tid til å stille spørsmål ved hvorfor de oppfører seg slik. Det finnes ikke usynlige eller umulige barn, det finnes bare voksne som for eksempel ansatte i barnehage og skole som ikke tar seg tid eller ser at et barn sliter. (Moen, 2009)

Erfaring viser at barn kan utvikle ulike atferder slik som overdreven tilpasning, passiv og innadvendt atferd, en utagerende atferd, en urolig atferd eller en klovnerolle. Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre blir ofte omsorgsgiveren i relasjonen. Barna opptrer som veltilpassede, snille, flinke og er imøtekommende. De hjelper den psykisk syke forelderen ved for eksempel å være med forelderen til legekantoret eller passer på at forelderen har det bra. De krever ikke så mye selv. Det er de barna som er flinke og passer på forelderen så mye at de selv blir syke når de blir eldre. Men det er ikke bare slik barna er, de er også de barna som reagerer ved sinneutbrudd på grunn av en hverdag som er vanskelig å leve i. Det kan også være barna som gråter og gråter og som viser tegn til å være deprimert. De barna som faller uten for det vi tillater å kalle normalt. (ibid)

Det som er viktig å huske på i arbeid med barn, er at alle barn er forskjellige og det er derfor viktig å møte barnet der det er og se at det er unikt og kjenner sin egen situasjon bedre enn

noen andre. De reagerer derfor ulikt på det å ha en mor eller far som har en psykisk lidelse. Det som kan virke inn er hvor alvorlig sykdommen er, barnets relasjon til den syke, hvor gammel barnet er og hvilken personlighet barnet har. Sykdomsbildet til den voksne og hvordan sykdommen arter seg er viktig for å kunne snakke med barnet og forstå reaksjonen dens. (ibid.)

De aller fleste barn som bor i Norge har et godt oppvekstmiljø og en god helse. Vi vet også at tidlige belastninger ofte fører til helseproblemer og sykdom senere i livet. Forskning har vist at når livet ikke oppleves meningsfullt og trygt så reagerer kroppen med mange ulike kroppslige plager og sykdommer. Det er viktig at helsetjenesten kan komme tidlig inn i bildet og viser engasjement når de møter barn, så de kan identifisere, møte og støtte utsatte familier eller personer som har lite eller manglende omsorgsevne. Dette vil kunne være med å forebygge dårlig oppvekstmiljø og kunne tidlig hjelpe barna med de belastningene som allerede er oppstått. (Heian mfl.2010)

Når barnet får god omsorg, har hjernen gode rammevilkår og barnet utvikler et sosialt sinnelag og har gode forutsetninger for å danne og ivareta gode mellommenneskelige relasjoner og utvikle å realisere sitt kreative og intellektuelle potensial. Men derimot hvis barnet utsettes for negative handlinger slik som mishandling og omsorgssvikt så endrer tanke- og reaksjonsmønsteret seg, noe som kan få negative konsekvenser senere i livet. Siden hjernen har så høy evne til å formes så har hjernen et betydelig potensial for læring og tilpasning, men det gjør den også sårbar. Spesielt i perioder der man vokser mye slik som i fosterlivet og barndommen. (Ibid.)

Trygghet er noe alle barn trenger for å modnes og kunne bli gode ansvarlige voksne. De trenger å ha en trygghet for at det er noen der for dem når de trenger å trøstes eller trenger hjelp. Når et barn ikke opplever slik trygghet i barndommen, vil de sannsynligvis være ekstra sårbare resten av livet. Når man ikke opplever denne trygghet så vil det kunne føre til generaliserte forventninger om mer smerte og frykt. Og barnet kan utvikle ulike former for (selv)destruktiv forsvar og beskyttelse slik som, underdanighet, unnvikelse, selvforherligelse og/eller voldelighet.

Det som har størst innvirkning på hvordan barnet opplever omgivelsen, er hvordan de opplever samspeilet med nære omsorgspersoner. Det å ha en omsorgsgiver som man får god sensitiv omsorg fra er det det beste bidraget for å motvirke senere belastninger. (ibid.).

Foreldre som er syke sier at de ønsker å snakke om barnas situasjon, og at de får det bedre og blir fortere friske hvis de vet at barna blir fulgt opp og deres situasjon blir tatt på alvor. De skjønner at barna lider, men blir avleid av ansatte med at det går bra, og at de ikke skal bekymre seg. (Moen, 2009)

Når en familie rammes av psykiske lidelser, er det viktig å få samlet hele familien da dette er noe som påvirker hele familien. Selv de helt små barna som vi tenker ikke forstår noen ting, får med seg at noe er galt. Dette gjelder også ungdommer som vi tenker har nok med seg selv, men de er aldri så tøffe at de ikke berøres når noen nær dem blir syk. Selv om de ikke alltid vet hva som er galt, kan de merke at noe er galt og de kan innrette seg ved å bli slik de tror omgivelsene vil at de skal være. Allerede når de er spedbarn, vet de hvordan de skal smile for å gjøre mor eller far fornøyd, dette kan de gjøre ved at de leser blickene og bevegelsene til foreldrene. (ibid.)

Siden det er stor mangel på informasjon og kunnskap til familien fra det psykiatriske hjelpeapparatet kan det forsterke den negative holdningen om å forbli taus innad i familien. visst ikke det blir gjort et familiarbeid rundt den syke personen, kan det føre til at barnet blir gjort usynlig, og ikke får hjelp og støtte i vanskelige perioder. (Mevik, Trymbo, 2002).

2.3 Tiltak

Det er svært viktig at tjenesteapparatet fanger opp tidlige signaler fra barnet på for eksempel mistrivsel, utviklingsavvik og antisosial atferd og for dermed å være tidlig ute å sette inn tiltak. Når det er behov skal tjenesten henvise barnet videre til utredning, behandling og samarbeide med andre etater for å tilrettelegge et best mulig tilbud for barnet. Slik at barnet kan få en best mulig oppfølging. Her er det viktig at barnehage, skole, barnevernet og pedagogisk - psykologisk tjeneste er med å samarbeide. Det er også viktig at helsepersonell har gode relasjoner til foreldrene å skape tillit og få til god informasjonsutveksling. (Heian mfl.2010)

Det er en velkjent statistikk at det er en sammenheng mellom oppvekstvilkårene til barna og senere helse og sykdom. Barn som har hatt en god oppvekst, har større sjans for å få en god helse og et godt liv, mens de som vokser opp i et dårlig oppvekstmiljø har større sannsynlighet for helse - og utviklingsproblemer. Det er derfor at det er viktig at man har fokus på forebyggende helsearbeid i oppveksten der barnet har en ansvarlig og tydelig voksen. Dette er både foreldrenes oppgave å sikre, men også kommunen og staten. (ibid)

Det oppdages flest barn som sliter når de starter på skolen og ikke klarer å tilpasse seg skolesituasjonen. Når de er i barnehagen oppdages det sjeldent og man reagerer ikke like mye på trivselsproblemer hos barna. Dette viser nasjonal strategi for psykisk helsevern da det skjer en stor økning i behandling når de begynner på skolen. (Heian mfl.2010)

Når barna er i barnehagealderen er det stor vekst i språk og sosial ferdigheter både med barn og voksne. I denne perioden er det viktig at personalet i barnehagen har det faglige og en personlig kompetanse slik at de kan være en ressurs og skape en god arena for omsorg, lek og respekt og kunne ha et læringsmiljø som byr på utfordringer som barnet kan mestre.

Barnehagen er derfor også viktig i å kunne identifisere utsatte barn og skjevutvikling. (ibid)

Helsedirektoratet mener det er en underrapportering til barnevernet når de voksne er bekymret for barnas situasjon. Alt for få barn i dag blir fanget opp av hjelpeapparatet, årsaker til dette kan være manglende kompetanse og verktøy for å sette inn tiltak tidlig i barnehage eller skole. (ibid)

De siste årene har myndighetene hatt fokus på at tjenestene som ivaretar de voksne også skal sjekke om de har barn, og om disse barna blir ivaretatt. Mange tjenester har ikke skikkelig rutiner for dette, som igjen fører til at barnevernet ikke blir varslet og man får ikke fanget opp de barna som trenger det. (ibid)

Men hvorfor er det slik at barnet av den psykisk syke ikke er sikret hjelp? Ansatte i institusjoner forklarer seg ved at de ikke har tid, de vet ikke hvordan de skal snakke med barna, de er ikke deres ansvar eller at de er redd for å gjøre den syke personen sykere. Men hvis ansatte ikke kan snakke med den syke forelderen om barna så kan det også gjøre den syke forelderen sykere. De føler at barna deres ikke er så viktig for sosialarbeideren, og blir sittende alene med skyldfølelse og føle at man har mislyktes som forelder. (Moen, 2009)

Når barna ikke får hjelp kan det føre til at barna ikke får mulighet til å snakke om hva som skjer og hva de føler, eller får informasjon om hva som skjer med mamma eller pappa. De kan da fort føle seg utrygge og redd, og de kan fort lære seg at dette skal man ikke prate om og ta avstand til det vanskelige. Når eller hvis foreldrene prøver å ta dette opp på et senere tidspunkt, kan mange av barna være avvisende til å snakke om det. Foreldre vet da ikke helt hvordan de skal gjøre det, og lar vær å presse barna noe mer på å prate om det. Det er også viktig i arbeidet med pasienten at man inkluderer familien slik at man kan se samspillmønstre i familien. Mønstrene kan være med på å bidra eller opprettholde pasientens psykiske problemer. (Mevik, Trymbo, 2002).

Det er blitt mer og mer fokus på disse barna. Noen har ansatt egne barnekoordinatorer som har samtaler med barn, mens andre arrangerer “ barnas time” som går utpå at barna får møte ansatte som kan forklare dem om foreldrenes situasjon og barna får mulighet til å stille spørsmål. (Moen, 2009)

Helsetjenesten kan i begrenset grad påvirke helse og forhindre sykdom. Men helsepersonell kan synes det er vanskelig å formidle kunnskap om tiltak som kan hjelpe, fordi det ofte oppfattes som moraliserende. De «riktige prinsippene» for å få et godt samspill, kan man skape usikkerhet og forvirring hos foreldrene for hva foreldrene har funnet ut fungerer for sitt barn. (Heian mfl.2010)

Når man informerer foreldrene så kan man informere overdrevent mye om det problemfrie foreldreskap. Dette kan også være problematisk fordi foreldrene kan føle seg utilstrekkelig, der vanskene til et barn skyldes reguleringsvansker, hissig temperament eller alvorlige utviklingsforstyrrelser. Det er derfor viktig å huske at barn må få utvikle seg på sin egen måte, for små barn utvikler seg ulikt både fysisk og psykisk og de første leveårene er en svært viktig periode i livet. Det er viktig å kunne formidle til foreldrene at det er slik at alle barna utvikler seg ulikt og at det kommer til å komme mange ulike utfordringer som foreldrer, men at helsetjenestene er her for råd og veiledning når foreldrene trenger det. (ibid.)

Selv om barna vokser opp i et dårlig oppvekstmiljø er muligheten for mestring og vekst som regel til stede. Dette blir omtalt som løvetannbarna, de barn og unge som klarer seg godt til tross for svært vanskelige oppvekstforhold preget av vold, rus. Omsorgssvikt og seksuelle overgrep.(ibid.)

2.4 Modellkommuneforsøket

Modellkommuneprosjektet er en satsning fra regjeringen for at barn i alderen 0-6 år med psykisk syke foreldre og/eller rusmisbrukene foreldre skal bli bedre ivaretatt og få den hjelpen de har krav på. Barna i denne målgruppen er en svært utsatt gruppe. De får ikke god nok hjelp, og mange av barna blir ikke sett. I Soria-Moria-erklæringen gav regjeringen et løfte om at barn skulle prioriteres høyere. Derfor har Helse- og omsorgsdepartementet inngått et samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet, for å få satt i gang et prosjekt for å få identifisert og fulgt opp de aktuelle barna. Dette prosjektet er organisert under departementet for Barne- og likestilling. (sorlandsykehuset.no)

Det er plukket ut 26 kommuner som er modellkommuner for dette prosjektet.

Modellkommuneprosjektet er delt opp i de samme fem regionene som Bufetat: Region Øst, Region Sør, Region Vest, Region Midt og Region Nord. (Ibid.)

En av de viktigste målsetningene i modellkommuneforsøket er å få økt kompetansen i statlige og de kommunale tjenestene. Dette fordi mange vil ha behov for å øke basiskunnskapen om barn som pårørende i alderen 0-6 år. Noen vil igjen ha større behov for en spisset kompetanse. Dette for å kunne identifisere risiko og forebygge tidligere, og kunne iverksette tiltak der det allerede er oppstått problemer. (www.helse-nord.no)

Hovedoppgaven og målsetningen til modellkommunene er å finne gode modeller for langsiktig og systematisk oppfølging av barn i alderen 0-6år som er pårørende av foreldre som har psykiske problemer og/eller rusproblemer. En av de andre oppgavene til modellkommunene er at de skal opptre som eksempler for de andre kommunene i landet. (bufetat.no, 2010)

Å være modellkommune forutsetter også at arbeidet har en forankring i kommunens politiske ledelse. Det betinger også at helsestasjonen, barnevernstjenesten og pedagogisk-psykologisk tjeneste er aktive deltakere i arbeidet, dette som en del av at det skal etableres tverretatlige modeller for å kunne følge opp disse barna på lang sikt. Kommunene skal også ha etablert eller ha planer for etablering av samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. (Ibid.)

Modellkommuneforsøket skal gi informasjon til politikere, brukerorganisasjoner og kommunale enheter. Det skal bli gitt kurs og informasjon til personer som jobber med barn,

slik som barnehagepersonell, om hvordan psykisk sykdom, rus og vold hos foreldre kan innvirke på den omsorgen de gir til barna. Det skal bli etablert samarbeidsrutiner mellom de forskjellige etatene slik at disse barna blir ivaretatt i alle etatene, dette innebærer også i forhold til spesialisthelsetjenesten. (Ibid.)

3.0 Metode

3.1 Valg av forskningsdesign og metode

Når vi samlet inn data var det to forskningsstrategier/metoder vi kunne bruke for å samle inn dette. Vi har en kvantitativ metode som beskriver tall og tabeller, og i denne metoden krever det ganske mange informanter. Spørsmål om forklaringer er typisk i kvantitativ. For eksempel en undersøkelse der man ser på om det er en sammenheng mellom utdanningsnivå og inntekt. Mens en kvalitativ metode gir tekstlige beskrivelser som for eksempel utskrifter fra intervju, har få informanter, og man går mer i dybden når man skal samle data. Forskningsspørsmålene her starter ofte med hva eller hvordan, der formålet med intervjuet er å beskrive. For eksempel en undersøkelse av beslutningsprosesser i politikk. (Ringdal: 2013)

Hvilken metode og forskningsdesign vi velger er svært viktig. Et forskningsdesign er en plan for hvordan man skal gå fram for å skape en undersøkelse fordi. Dette hjelper oss til å samle inn data som passer best til den spesifikke problemstillingen vi har. Vi har måtte se om vi ville ha intensive som går i dybden eller ekstensive som har mange enheter og om det skal være forklarende eller beskrivende. Vi bestemte oss deretter med tanke på problemstillingen at vi skal bruke kvalitativ metode, med et intensivt design med små -N- studie og en beskrivende tverrsnittstudie. (ibid.)

Vi skal bruke et intensivt forskningsdesign med små -N- studie. Dette mener vi er best for vår oppgave fordi man har et fåtall informanter slik at man kan gå i dybde. Her som er i motsetning til case-studier så trekker man informanter fra ulike kontekster, som for eksempel arbeidsplass slik at man kan belyse og få en rik beskrivelse fenomenet fra ulike ståsteder. (Jacobsen: 2005) Vi synes det var viktig å ha et fåtall av informanter og kunne gå i dybden for

å få en bedre forståelse på hvorfor det blir gjort på den måten som det blir, og hvilke erfaringer informantene selv har gjort seg. På intervjuene laget vi en intervjuguide, men ikke alle spørsmålene var til alle informantene. Vi plukker ut spørsmål som passer til den spesifikke informanten. Derfor mener vi at dette passer bedre til vår problemstilling enn å gå i bredden og gjennomføre en spørreundersøkelse der alle får de samme spørsmålene og vi ikke kan få høre de erfaringene og historiene de har.

Vi mener at et semistrukturert intervju passer best for vår metode og forskningsdesign. I et semistrukturert intervju har forskeren laget noen spørsmål på forhånd til et tema han har lyst å finne ut av. Disse spørsmålene skal være veiledende og skal gi grunnlag for åpne svar, så man kan stille spontane oppfølgingsspørsmål som passer til det informanten snakker om. (Dalen: 2008)

Når man forbereder seg til et semistrukturert intervju er man nødt til å utarbeide en intervjuguide. En intervjuguide er utarbeidet med spørsmål med temaer som er interessant for det vi skal undersøke. Å lage en intervjuguide tar tid, man må lage temaer og spørsmål som passer til problemstillingen vi har. Her er det viktig at man lager åpne spørsmål. (ibid.)

Under selve intervjuet så følger man noe som heter traktprinsippet. Da begynner man med innledende spørsmål slik som alder, utdanning og arbeidserfaring. Dette for å få informanten til å slappe av. Etterhvert går man inn på temaet man er der for å få mer kunnskap om. Her bruker man mest tid og er det som er mest relevant for oss. Mot slutten så går man tilbake til litt mer generelle spørsmål for å få en god avslutning. (Ibid.)

3.2 Forforståelse

Vår forforståelse er påvirket av hva vi i forkant av bacheloroppgaven har observert og forstår ut ifra våre observasjoner og refleksjoner rundt aktuelt tema. Vi har begge tidligere jobbet i barnehager. Vår forforståelse er at det er lite fokus på barn som pårørende i alderen 0-6 år. Forforståelsen vår bygger på at det er behov for mer informasjon og et større tverrfaglig samarbeid for at barn i denne aldersgruppen skal få de rette tiltakene og rett oppfølging. Vi tror at mye av grunnen til at disse barna blir litt glemt, er fordi fagfolk ikke er nok opplyst og har nok kunnskap rundt dette temaet.

3.3 Utvalg av informanter

Da det kom til valg av informanter ønsket vi i vår kvalitative undersøkelse å gjøre et strategisk utvalg for å få samlet inn nødvendig data fra riktig målgruppe. Da vi hadde funnet ut hvilken målgruppe vi ønsket å få informanter fra, valgte vi ut personer som vi ønsket skulle delta i undersøkelsen. Da vi valgte ut informanter til undersøkelsen vektla vi hensiktsmessighet overfor representativitet, selv om at dette også ble tatt i betraktning. Vi valgte et intensivt utvalg, som vil si at vi valgte informanter som kunne bidra med informasjon, uten at informasjonen de bidro med var ekstrem. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011)

Vi ønsket å intervju personer fra ulike etater og ulike profesjoner om hvordan de jobbet med barn som pårørende i aldere 0-6 år. Dette for å se på hvordan kunnskapsnivået, holdninger og erfaringene til disse informantene var, da de alle jobbet med barn på ulike arenaer av deres liv. Alle våre informanter jobbet innenfor kommunen.

Vårt utvalg ble da bestående av fire personer på ulike nivå innenfor ulike profesjoner. Disse bestod da av psykologspesialist i kommunen, med videreutdanning i klinisk psykologi med fordypning i barn og ungdom, vedkommende har tidligere arbeidserfaring fra BUP. En førskolelærer med videreutdanninger som spesialpedagog og som lærer i skole, som selv har drevet barnehage i 9 år, og som nå har jobbet to år som lærer for 1. klasser. En førskolelærer med videreutdanning som spesialpedagog, videreutdanning i psykisk helse og foreldreveiledning, som nå jobber med koordinator på familiesenter og med foreldreveiledning. Til slutt en informant som er barnevernspedagog fra barnevernet.

Alle våre informanter var kvinner. Informantene var i en aldersgruppe fra 37- 46 år gamle. Vi hadde informanter som representerte barnehage og småskoletrinnet, barnevernet, familiesenter og psykologtjenesten i kommunen. Alle var kommunale etater.

Vi hadde også en informant som vi av strategiske valg ikke valgte å ta med. Dette grunnet at personen ikke jobbet direkte med barna, men overordnet med veiledning til personer som igjen veiledet andre om barn som pårørende. Vi syntes da det blei mer riktig å utelate vedkommende og heller fokusere på informanter som selv jobbet med barna på daglig basis.

Intervjuene tok vi fortløpende når informantene hadde mulighet til å ta imot oss. Før første

intervju hadde vi et prøveintervju med en person, for å se om spørsmålene var formulert på en bra måte, og om det var noe som trengte å forandres på til intervjuet. Vi var også klar for å eventuelt måtte endre noen av spørsmålene etter det første ordentlige intervjuet. Etter hvert intervju satte vi oss ned og diskuterte innholdet i intervjuet, og reflekterte rundt informasjonen vi hadde fått.

Hvis oppgaven hadde vært større, ser vi at det helt klart hadde vært bra å innhentet flere informanter fra for eksempel PPT, BUP og fastlege, dette for å gi oppgaven mer fylde. Vi tok sammen en avgjørelse om at dette ble for omfattende, og har derfor begrenset det ned til de informantene vi har i dag, et utvalg som vi mener er stratifisert og formålstjenlig.

3.4 Utførelse av intervju

Når vi valgte ut hvem vi skulle ha som informanter, tenkte vi oss hvem som jobbet mest direkte med barna i vår problemstilling, hvem som kunne hatt erfaring med dette. Vi fant til slutt ut at vi skulle ha fire informanter, alle fra ulike arbeidsplasser. Vi intervjuet en i barnehage, en fra barnevernet, en fra et familiesenter og en psykologspesialist.

Psykologspesialisten skilte seg litt ut her, men var relevant for å få informasjon om modellkommuneprosjektet som foregår i Bodø kommune.

Når vi ringte for å få avtalt et intervju var det enklest å få til et intervju med en fra et familiesenter og psykologspesialisten, og noe vanskeligere å få tak i noen fra barnehage og barnevernet. De hadde enten mye å gjøre eller så var det mye fravær i denne perioden. Tanker vi har gjort oss i ettertid er at vi skulle ha vært tidligere ute med å skaffe informanter, men vi fikk til slutt intervju hos alle.

Vi begynte å utarbeidet en intervjuguide, men det var ikke alle spørsmålene som var relevante for alle informantene. Så før vi hadde hvert intervju gikk vi igjennom spørsmålene vi hadde laget og tok ut det som ikke passet for den informanten vi skulle intervjuet da. Alle intervjuene ble tatt på informantens arbeidsplass. Før vi skulle utføre intervjuene var vi svært spente, ingen av oss har gjort dette før. Når vi kom på arbeidsplassen til informantene ble vi tatt godt imot, og alle var veldig hyggelige.

Vi informerte de muntlig om hva som sto på samtykkeerklæringen om hvem vi var, hvor lang tid det kom til å ta, om det var greit at vi tok opp intervjuet og når lydopptaket kom til å bli slettet. Vi spurte om dette hørtes greit ut, og det syntes informantene. De skrev under på samtykkeerklæringen, samt at de fikk en eget kopi av den selv.

Under selve intervjuet var det en av oss som sto for de spørsmålene vi hadde laget oss i forkant, mens begge to stilte oppfølgingsspørsmål til informanten. Vi starter med generelle spørsmål slik som alder, utdanning og arbeidserfaring. Deretter gikk vi på litt mere spesifikke spørsmål som omhandlet problemstillingen vår, her brukte vi meste parten av tiden. Vi avsluttet på en god måte med å fortelle at det var er par spørsmål igjen og om de hadde noe mer å tilføye som vi ikke hadde tatt med. Da hadde de fleste informantene et par ting som de gjerne ville si. Vi hadde beregnet ca. en time på hver informant, og det var ca. det vi brukte også. Vi takket for intervjuet, og følte oss veldig fornøyd etterpå.

Når vi var ferdig med intervjuet satt vi oss ned og diskuterte tanker og refleksjoner vi gjorde oss under intervjuet. Deretter begynte en av oss med transkriberingen.

3.5 Transkribering

Det å transkribere noe betyr at vi skriver ned ord for ord det som ble sagt under intervjuet. (Dalland:2012) Vi fikk godkjennelse av alle våre informanter til å ta opp det som ble sagt under intervjuet. Dette var for oss en fordel da vi kunne få med oss alt som ble sagt. Med tanke på at våre intervju varte i en times tid så var det mye informasjon vi fikk, og det hadde vært vanskelig å få med seg alt uten lydopptak. Det var mye som ble sagt i et kjapt tempo, og det var ikke alt som var like lett å høre på lydopptaket.

Siden vi selv utførte intervjuene kunne vi observere kroppsspråket til informantene. Informantene virket rolig og sikker på sin kunnskap, noe som vi syntes var viktig når vi bruker dem som informanter. Vi ble da sikre på at informasjonen de gav oss var konkret og riktig.

Det krevde mye tid og konsentrasjon for å få gjort transkriberingen. Begge to hørte på intervjuene etterpå, og vi transkriberte to informanter hver. Først skrev vi ned akkurat hva som ble sagt og tenkepauser som var, og sendte dette til hverandre. Deretter dro vi fram den informasjonen som var relevant for vår oppgave. Når vi hørte på intervjuene var det lett å høre

at det var forskjeller på hvor mange tenkepauser de hadde, hvordan de pratet, om de pratet mye rundt tema eller om de svarte konkret på vårt spørsmål og hvor fort de pratet.

3.6 Etiske overveielser

Vi har gjennom årene på universitet fått en del informasjon om det etiske, og det er noe vi har reflektert mye over gjennom årene. Før vi tok intervju med noen av informantene var dette noe vi hadde fokus på og tenkte igjennom. Tenkte på hvordan vi selv hadde ville blitt behandlet under et intervju, og hva som hadde vært viktig for oss.

Vi var også nøye før vi startet intervjuet med å informere om formalitetene som hvem vi var, hva vi skulle bruke dataene til, når opptaket senest blir slettet og at alt kom til å bli anonymisert. Vi synes det var viktig at informantene hadde fått vite alt de samtykket på før de skrev under, så vi sa det muntlig samtidig som de fikk lese selv, i tillegg fikk de en egen kopi av samtykket.

Når vi skulle utføre intervjuene var vi veldig klar på at vi ikke skulle intervjuer noen barn. Det hadde nok vært interessant å kunne få et barns syn på hvordan de hadde opplevd å bli behandlet, men fordi det er svært små barn vi fokusere på og ikke har mulighet til å følge opp barnet i etterkant så valgte vi å ikke intervjuer noen.

Det var også viktig for oss å ikke stille private spørsmål, vi ville passe på at vi ikke krenket noen av informantenes privatliv på noen måte. Det var ikke deres privatliv som var viktig for oss. Vi var også nøye på at dataen vi samlet inn ble behandlet konfidensielt og at informanten vi intervjuet ikke kunne identifiseres.

3.7 Metodiske svakheter

Vi har diskutert hvilke svakheter som vi har opplevd med vår valg av metode. En svakhet var at vi kun hadde fire informanter. Hadde vi hatt flere informanter kunne vi ha funnet flere etater som har tiltak for barn som pårørende. Om vi hadde hatt flere informanter så kunne vi ha fått intervjuet flere på samme arbeidsplass med en annen utdannelse og undersøkt om det var noen forskjeller på hvordan de tenker om barna og tiltakene som er. Men siden vi har valgt en kvalitativ metode og intensiv design med små -N- studie så synes vi det var viktigere

å ha et fåtall informanter og kunne få belyst problemstillingen fra ulike etater og heller gå i dybden med de informantene vi har.

Det er også problematisk med å ha så få informanter og har valgt seg ut hvordan etater man vil ha informanter av er at man er avhengig av å få et intervju med de man prøver å få tak i. Vi hadde problemer med å få tak i en informant fra barnehage og barnevernet, og vi måtte bruke mye energi på å få tak i noen som hadde tid til å stille opp til intervju.

3.8 Dataanalyse og tolkning av data

Når vi var ferdig med intervjuet så setter vi oss ned sammen etterpå og skrev ned tanker og refleksjoner vi har gjort oss under intervjuet. Vi synes det er viktig å få diskutert dette litt mens det fortsatt er friskt i minne. Så allerede her starter vi å analysere det som er blitt sagt under intervjuet. En viktig del av denne prosessen er datareduksjonen, det er ikke alt som ble sagt under intervjuet som er like viktig for vår oppgave. Vi har derfor hatt en prosess der vi har tatt ut det som vi skulle bruke i vår oppgave. Men siden vi har transkribert alt sammen som ble sagt under intervjuet var dette noe som ikke tok så lang tid.

Når vi skulle analysere dataen vår var det tre ulike analyser vi kan bruke. Å analysere betyr å beskrive og fortolke data. Vi har da innholdsanalyse, narrativ analyse og språklig orientert analyse. (Jacobsen 2005) En innholdsanalyse kategoriserer det personen sier og gjør. Det som er viktig i en slik analyse er å finne kategorier som passer, og dra ut informasjon fra intervjuet til de ulike kategoriene. Mens med en narrativ analyse leter vi etter fortellingen i dataen vi har samlet og det som ikke danner historie element blir tatt vekk. Den siste er språklig orientert analyse. Her ser vi på tekster som meningsfulle utsagn, og vi skal fokusere hva teksten utformer vår forståelse av virkeligheten. (jacobsen: 2005)

Vi valgte å bruke innholdsanalyse. Her kan vi kategorisere det som ble sagt under intervjuet og den teorien vi har funnet som passet til vår problemstilling. Vi skal deretter koble sammen informasjonene vi har om de ulike kategoriene. I kvalitative metoder kan vi både forstå at fenomener henger sammen, og også hvorfor de gjør det(jacobsen:2005) Vi mener derfor at dette vil være den analysen som passer best til vår oppgave. Da har vi muligheten til å forstå sammenhengen med hvilke tiltak som finnes for barn som pårørende og hvorfor de finnes. Vi

får også kategorisert temaer og dra ut svar som passer til disse, og sette det opp på en oversiktlig og god måte.

3.9 Validitet og generalisering

Validitet, eller gyldighet går ut på om vi i forskningen faktisk måler det vi ønsker å måle, og om resultatet av forskningen er en god representasjon av problemstillingen. Det er viktig å se om resultatene er relevante, og om de kan generaliseres. I vår forskningsoppgave bruker vi to forskjellige typer validitet, intern og ekstern gyldighet.

Intern gyldighet går på om innsamlet data for fenomenet vi har undersøkt, dekker det som er konklusjonen for forskningsresultatet. Altså om at innsamlet data kan regnes som riktige.(Jacobsen 2013). Å si hva som er absolutt riktig, og hva som ikke er riktig er vanskelig å si, og krever mye refleksjon. Det er vanlig blant forskere å bruke begrepet intersubjektivitet, som betyr «mellom subjekter». Dette begrepet innebærer at om flere personer/forskere er enige om at konklusjon på forskningen, så kan man betrakte forskningen som valid. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). For å teste validiteten på resultatet kan andre forskere gjøre samme forskningsprosess på andre informanter enn de som var med i undersøkelsen.

Den andre typen validitet er ekstern gyldighet. Her ser vi nærmere på om resultat fra et bestemt avgrenset område kan være gyldig i andre sammenhenger. Dette er generalisering, altså hvorvidt et funn kan gjelde i andre sammenhenger også. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). Å generalisere på denne måten blir kalt for teoretisk generalisering, og kan på en lettere måte forklares med at man går fra empiri til teori, man generalisere data på en mindre undersøkelsesenheter, til et teoretisk nivå. (Jacobsen 2013).

Det er viktig at man husker på at validitet ikke er noe absolutt, som om forskningen er valid eller ikke, men at man ser på validitet som et kvalitetskrav om at forskningens validitet skal være tilnærmet oppfylt. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011).

Tatt vårt utvalg i betraktning, informanter fra flere ulike profesjoner og kommunale etater, kan vi si at det er stor sannsynlighet for at resultatene vi har kommet frem til har sammenheng. Resultatene vi også kunne være gyldige for fenomener som ligner vår problemstilling.

Gjennom vår forskning har vi fått målt det vi ønsket, og kommet frem til en kunnskap som er holdbar og relevant for vår problemstilling.

3.10 Reliabilitet

Reliabilitet sier noe om hvor nøyaktig dataene som er brukt i forskningen vår er. Her vektlegges hvilke data som er brukt, hvordan vi samlet den inn og hvordan vi bearbeidet den innsamlede dataen. Ved en kvalitativ forskning tester man reliabiliteten ved at andre repeterer den samme undersøkelsen. (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2011). Hele forskningsprosessen er gjennomgått tidligere i metodekapittelet, dette nettopp for å gi leserne våre mulighet til å sjekke resultatene som vi har kommet frem til, ved å forske på det samme temaet selv.

3.11 Prosjektets totale validitet

For å kunne si noen om forskningens totale validitet må vi se på hele forskningsprosjektet. Grunnlaget for vår forskning ble forskningsdesignet, som nevnt tidligere. Etter at vi hadde funnet forskningsdesign fant vi den metodiske tilnærmingen som var relevant for vår problemstilling. Da det kom til valg informanter valgte vi å gjøre et strategisk valg for å få tilstrekkelig av den informasjonen som vi søkte etter. Her blant annet brukte vi de etiske retningslinjene for forskning med informert samtykke og anonymisering.

Via nedskrivning og dokumentering av hele prosessen av forskningen, har vi vist til forskningens styrker og svakheter. Underveis reflekterte vi og vi ble mer bevisste på vår rolle som forskere. Til slutt i forskningsprosessen er analysen av empiri, der vi viser at tolkningen vår har en sammenheng mellom innhentet datamateriell og en større sammenheng. Vår data på forskningen gir en teoretisk forståelse.

3.12 Objektivitet

I en kvalitativ forskningsstudie forventes det at forskerne bringer et unikt perspektiv til studiet de gjennomfører. Dette mener vi å ha gjort. Vår studie er resultater av en objektiv forskning,

og ikke resultat av våre subjektive holdninger, og vår forforståelse. Vi har gjennom vår forskning beskrevet alle deler og beslutninger i forskningsprosessen vår. Dette slik at leserne kan følge disse stegene, og vurdere dem. Studien vår kan også støttes av informantene våre, og også av litteratur. Vi vil med dette si at vi har fått et bekreftbart resultat, ettersom vi mener vår oppgave er både valid og reliabel. (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011).

4.0 Analyse

4.1 Lovverket

1.januar 2010 trådte de nye endringene i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten i kraft. Disse endringene ble vedtatt av Stortinget 19. juni 2009, og hensikten med endringen var for å sikre at helsepersonell skal gi mindrerårige barn som er pårørende, den informasjon og den oppfølgingen som de trenger. To av våre informanter bringer opp Helse og omsorgstjenesteloven § 10a. (Helsedirektoratet).

Den ene informanten, en kvinnelig koordinator som jobber ved et familiesenter, forteller at hun fikk ansvar for å implementere denne loven i kommunen. Hun forteller om en prosess der hun jobbet mye med systemarbeid og med utarbeidelser av rutiner angående lovendringen. Per dags dato er det hun og en kommunepsykolog som har ansvar for arbeidet rundt dette.

Den andre informanten vår som tok opp loven som et tema var den kvinnelige psykologspesialisten som også er fagansvarlig i modellkommuneforsøket.

Etter som loven om barn som pårørende har krav om informasjon, som kom i 2010, så tenker jeg at det er det viktigste verktøyet vi har, å henvise til loven, at alle som er helsepersonell har plikt til å følge opp barna.

Hun forteller at det aller viktigste virkemidlet og tiltaket er Helse og omsorgstjenesteloven § 10a, selv om at modellkommuneprosjektet har fokus på å dra med seg gode ting som allerede finnes, og implementere nye tiltak.

Videre kommer hun inn på det gode samarbeidet de har med voksenpsykiatrien. Grunnet

lovendring så har de der fått inn at det skal stå i den voksnes journal om vedkommende har barn, og at barnets behov er kartlagt igjennom samtale med foreldrene. Her er det også kommet inn en lovendring i spesialisthelsetjenesteloven 3.7a Om barneansvarlig personell. Hun forteller at

I vår kommune er det barneansvarlig personell på hver avdeling i psykiatrien, og igjennom modellkommuneprosjektet har fått vi fått ansatt to i oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus.

Hensikten med lovendringen i Spesialisthelsetjenesteloven 3.7a, er at det skal være en person som har spesielt ansvar for å følge opp de mindreårige barna av psykisk syke. Dette for å ivareta og få en god koordinering av barnas behov i sammenheng med blant annet kommunale tjenester som også har ansvar for disse barna. (Helsedirektoratet). Dette kan vi si er oppfylt da det finnes barneansvarlige på hver avdeling i spesialisthelsetjenesten, og at de igjennom modellkommuneforsøket har fått ansatt to personer i oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus.

Stortinget har vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25 tredje ledd, som gir mulighet for at samarbeidende personell kan gi hverandre taushetsbelagte opplysninger når det er nødvendig for og kunne ivareta behovene til barn av pasienter. Dette med mindre det ikke er greit for pasienten selv. (Helsedirektoratet).

Den kvinnelige koordinatoren fra familiesenteret vektlegger at det viktigste er å snakke direkte med foreldrene, og ikke går bak ryggen på dem. Hvis det er i møter kan det avtales muntlig, men om det er noe koordinatoren skal gjøre for dem, uten at de er tilstede, så må foreldrene skrive under på at det er greit.

Vi har et standard skjema i kommunen som foreldrene samtykker på. Sånn at når jeg skal snakke med familievernkontoret så får jeg foreldrene til å skrive under på det, og arkiverer det. Men hvis jeg innkaller til et møte med foreldrene til stedet, så blir det avklart muntlig, og skrevet ned i møtereferatet.

Vi ser viktigheten i at lovverket blir forbedret slik at barn som pårørende blir ivaretatt, og at helsepersonell og annet personell som jobber med barn i slike situasjoner har loven og retningslinjer å følge. Ved å ha loven å følge vil det være lettere for helsepersonell å gjøre det som er deres plikt, nemlig å følge opp barna til pårørende. Det er viktig å ha et godt samarbeid

med foreldrene, slik at man mest mulig uten hinder klarer å tilrettelegge til det beste for alle berørte parter, spesielt barna, men også for foreldrene.

4.2 Ulike kjennetegn hos barn som pårørende

Barn som pårørende av psykisk lidelse blir ofte omtalt som de usynlige barna. Det er barn som har mye ansvar, som har hemmeligheter, skyldfølelse og oppfører seg snille så alt skal blir bra. Det at disse barna gjør seg usynlig er en strategi for disse barna, men de kan også være motsatt og være urolige, sinte og aktive. De som får beskjed fra de voksne at de må oppføre seg, uten at de tar seg tid til å spørre barnet om det er noe galt (Moen, 2009)

Barn som pårørende til psykisk syke er en problemstilling det har vært lite fokus på, men det blir mer og mer belyst. Før vi begynte å lese oss opp på teorien og fått intervju så var vi svært interessert i å se om disse barna skilte seg ut fra «alle» andre barn, og i så fall hvilke kjennetegn disse barna har.

Erfaring viser at barn kan utvikle ulike atferder slik som overdreven tilpasning, passiv og innadvendt atferd, en utagerende atferd, en urolig atferd og en klovnerolle. Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre blir ofte omsorgsgiveren i relasjonen. Barna opptrer som veltilpassede, snille, flinke og er imøtekommende. (Moen, 2009)

Når vi hadde funnet teori om dette, så ble vi interessert i høre om informantene sa det samme.

«Barna kan være veldig stille, eller overdrevent kontaktsøkende. Vi kan også merke at barn i slutten av barnehage og skolealder kan være deprimert. Du ser det rett og slett på humøret til barna.» Informant fra barnehagen

«Det er så mange ting. Det kan jo være atferden til barnet, utviklingen til barnet og selvfølgelig det som er lettest se er jo det fysiske i forhold til hygiene, klær og blåmerker men det er jo det vi ser minst til. Det som er mest viktig å se etter er jo tilknytning og samspillet er jo veldig viktig, og det ser man jo mye til i åpen barnehage, får observert samspill. Vi ser det ganske tidlig her, når barnet begynner å få problemer med utviklingen er annerledes.»

Informant fra familiesenteret

«Det kan jo være barn som er veldig veldig tilbaketrukket, som er veldig lite selvhevdende, det kan også være et tegn på at de lever under forhold som ikke er bra. Men det kan også være noe med temperamentet demmes. Så da må man jo kartlegge veldig mange ulike ting i. Og det er vel det som er utfordrerne for barnevernfolk. Den ene atferden kan være uttrykk for mange ting. En unge med ADHD kan være veldig lik atferden til et barn under omsorgssvikt.»

Informant psykologspesialist

«Hos barna ser vi etter deres utvikling i forhold til alder, kognitivt, psykisk og fysisk. Vi er oppmerksom på atferd som både kan være tilbaketrukket eller ukritisk. Vi ser etter fysiske tegn på barna for omsorgssvikt, eks tann-helse. Selv er jeg opptatt av å samtale med barn og føler at både det de sier og lar være å si forteller mye om deres omsorgssituasjon.» Informant fra barnevernet.

Her ser vi at det er en del som går igjen hos informantene, Spesielt atferden. Vi får også eksempler på forskjellen på når informanten fra familiesenteret kan se når et barn er deprimert i forhold til når ansatt i barnehagen kan se dette. vi tror dette kommer av at de på familiesenteret har mye kontakt med små barn og ser fort om det er noen barn som avviker fra «normale» barn. De trekker også fram det vi trodde de så mest etter, slike ting som blåmerker, hygiene, klær. Så det overrasket oss at det bare var en liten andel de så slike ting hos.

Vi ser også at den informanten som gav oss minst kjennetegn om dette er informanten fra barnehagen. Dette får oss til å lure på om det tilfeldig eller om det fordi det er mindre fokus på det i barnehager. Psykologspesialisten som vi intervjuet er en av de som har fagansvaret for en av kommunene i modellkomuneforsøket som foregår i en del kommuner i Norge.

Her er et av formålet å gjøre fagfolk mer bevisst på at forelderen som er syk også har et barn som må bli ivaretatt og informert. Hun forteller også at hun har vært i barnehager og bevisstgjort de om dette forsøket. Men dette synes vi var motstridende mot det vi opplevde. Vi hadde store problemer med å få tak i informanter og fikk beskjed om at de enten ikke hadde mulighet eller at de ikke hadde noe erfaring med dette. Og det var den informanten som svarte minst på hvilke kjennetegn de så etter. Vi tolker det som at det fortsatt er for lite fokus på dette i barnehager, og at det fortsatt er mye som må gjøres.

Videre spurte vi informanten fra familiesenteret når de merket at barnet hadde sosiale eller motoriske problemer så merket de svært tidlig når det var noe annerledes med barnet.

Allerede nede i seks måneders alderen så merker de om barnet har store problemer. De hadde også hatt et barn som var seks uker som de kunne se var deprimert. Dette så de ved at barnet allerede hadde gitt opp å gråte å få kontakt med forelderen som var syk. Men dette kan man snu om det oppdages og jobbes hardt med det. Informanten forteller også at hun nok kan oppdage det tidlig fordi hun har utdanning som miljøterapeut og er trent i å observere små barn.

Når barnet får god omsorg, har hjernen gode rammevilkår og barnet utvikler godt sinnelag og har gode forutsetninger for å danne og ivareta gode mellommenneskelige relasjoner. Men visst barnet utsettes for negative handlinger slik som omsorgssvikt, så endrer tanke- og reaksjonsmønstre seg, som kan få negative konsekvenser senere i livet. Siden hjernen har så høy evne til å forme seg, så den er spesielt sårbar i perioder der man vokser mye slik som i fosterlivet og barndommen. (Heian mfl.2010)

Det er derfor svært viktig at barnet tidlig kan bli fanget opp, og at de som jobber med barnet har kompetanse til å se barnet tidlig. Slik som i eksemplet her da vi fikk høre at de allerede i seks uker alderen kunne se dette. Det er viktig at profesjonene som jobber med barn har et fokus på dette, så de kan se disse barna, og hjelpe dem og foreldrene.

«Det er mye enklere og billigere å komme inn tidlig å reparere når barnet. Når skaden er så liten, enn komme inn senere når den e så stor. Mye lettere at mor tar kontroll på en trassig to åring enn en 14 åring for å si det sann.» (informant fra familiesenteret)

4.3 Tiltak

For å kunne gi en god oppfølging av hvert enkelt barn må de ulike tjenestene samarbeide med hverandre og gi god informasjon. Det er viktig at helsepersonell har gode relasjoner til foreldrene å skape tillit og få til god informasjonsutveksling. (Heian mfl.2010)

«Når man vet om problemet, så er det forståelse for det. Så klart, når man ikke vet om det, så er det litt vanskelig. Da tenker man, hvorfor sutrer den ungen for det minste, så sutrete den er. Men når man får forklart litt mer til hva som er grunn, så er det lettere å vise forståelse.»

Dette forteller informanten vår fra barnehage. Når fagpersonen vet hvorfor barnet er slik som det er så er det lettere for de å vise forståelse og kunne sette inn tiltak for å gjøre hverdagen til barnet lettere. Det er svært viktig å kunne bygge opp en god relasjon til foreldrene, slik forelder føler at de kan fortelle deg vanskelige ting. I barnehager er det ikke så mange tiltak internt man kan sette inn annet enn at de har litt oftere samtaler med foreldrene til barnet. De henviser gjerne videre til foreldreveiledning og BUP.

På familiesenteret så fikk vi et eksempel på en slik historie som nevnt ovenfor i sitatet. Der de hadde oppfordret mor til å fortelle lærerne på skolen til barnet sitt. Lærerne viste stor forståelse for dette og kunne med dette sette inn tiltak for å hjelpe barnet som hadde problemer med sinne. Informanten fra familiesenteret påpekte hvor viktig det er å være åpen, og at de bestandig får gode tilbakemeldinger på dette når de har klart å oppfordre mor eller far til å fortelle om sin psykiske helse. På familiesenteret oppfordrer de også forelderen til å være åpen om sin psykiske sykdom til barna. Mange foreldre er usikker og vet ikke hvordan de skal ta dette opp med barna, det er derfor svært viktig med støtte fra fagpersoner.

Når barna ikke blir inkludert i hva det er som foregår med forelderen så gjør det at barna ikke får mulighet til å snakke om hva som skjer og hva de føler, eller får informasjon om hva som skjer med mamma eller pappa. De kan da fort føle seg utrygge og redd og de kan fort lære seg at dette skal man ikke prate om og ta avstand til det vanskelige. Når eller hvis foreldrene prøver å ta dette opp på et senere tidspunkt, kan mange av barna være avisende til å snakke om det. Foreldre vet da ikke helt hvordan de skal gjøre det, og lar vær å presse barna noe mer på å prate om det.

Det er også viktig i arbeidet med pasienten at man inkluderer familien slik at man kan se samspillmønstre i familien, fordi mønstrene kan være med på å bidra eller opprettholde pasientens psykiske problemer. (Mevik, Trymbo, 2002).

Hun forteller videre om et av tiltakene de har her på familiesenteret for disse familiene som heter tirsdagstreffet. Det er et forebyggende tiltak for at barn av psykisk syke ikke selv skal bli syk. Her er mor eller far eller begge med, om de selv synes at de sliter med sin psykisk helse. Dette arrangeres annenhver tirsdag, og da kommer forelderen som er syk og barnet. Forelderen som er frisk kan også komme og være støtte. De lager middag sammen, og har en fellesaktivitet sammen. Deretter går foreldrene for seg selv og har en samtalegruppe med to

gruppeledere, mens barna blir igjen og gjør aktiviteter med to gruppeledere. Der kan gruppelederne ha samtale med barna gjennom lek, som er den måten som er lettest og best å kommunisere med barna på. Så kommer foreldrene tilbake til barna og gir dem ros for det de har laget. De som først kommer inn i en slik gruppe blir ofte lenge. Så dette er et tilbud som blir satt stort pris på for familiene.

Familiesenteret er et lavterskeltilbud. Det blir illustrert som et hus, der grunnmuren er det faglige fundamentet. Første etasje er generelle og allmenne tjenester slik som åpen barnehage, helsestasjon og svangerskapsomsorg. Deretter har vi andre etasje der man har litt individuelle behov, der de må ha ekstra samtale på helsestasjonen, eller de som får litt ekstra råd og veiledning i åpen barnehage. I tredje etasje er de som har særskilte behov, slik som de som er på tirsdagstreffet eller de som trenger ekstra hjelp fordi barnet er født med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger. De som trenger litt ekstra støtte over tid. De har også på familiesenteret en barnevernskonsulent som de ansatte og foreldrene kan spørre og få veiledning hos. Som ikke blir sendt videre til barnevernstjenesten.

Det er en velkjent statistikk at det er en sammenheng mellom oppvekstvilkårene til barna og senere helse og sykdom. barn som har hatt en god oppvekst, har større sjans for å få en god helse og et godt liv, mens de som vokser opp i et dårlig oppvekstmiljø har større sannsynlighet for helse - og utviklingsproblemer. Det er derfor at det er viktig at man har fokus på forebyggende helsearbeid i oppveksten der barnet har en ansvarlig og tydelig voksen. Dette er både foreldrenes oppgave å sikre, men også kommunen og staten. (Heian mfl.2010)

I arbeid med barn som pårørende er barnevernstjenesten er svært viktig etat. De får bekymringsmeldinger fra andre etater og følger disse opp visst de synes at det virker nødvendig.

Barnevernstjenesten driver med forebyggende tiltak slik som støttekontakt, besøkshjem, avlastning, miljøarbeider til barnet, miljøarbeider i familien, Marthe Meo, nettverksmøter, støtte til dekning av ferie og fritidsaktiviteter, familieråd, henvisning til foreldre barn institusjon, tiltak i regi av Bufetat, familieterapeut, råd og veiledning og barnesamtaler. Det finnes en rekke gode forebyggende tiltak, men det finnes også mer alvorlige tiltak slik som omsorgsovertakelse.

“Hjelpetiltak iverksettes i samarbeid med foreldrene. I visse situasjoner kan barna være utsatt for mange risikofaktorer, og man kan da sette i gang tiltak selv om man ikke ser at barnet har fått behov for det ennå. I andre situasjoner kommer vi dessverre i kontakt med familien svært sent og om foreldrene motsetter seg hjelpetiltak kan det være en vanskelig balansegang mellom henleggelse av barnevernssak og beslutning om omsorgsovertakelse.”

Det er nok på grunn av de alvorlige tiltakene at det er vanskelig for foreldre å komme hit av frykt for at de skal ta barna deres. Noe som er svært dumt, for barnevernet er her for å hjelpe foreldrene og barnet på en best mulig måte og tiltakene som settes inn settes ofte i samarbeid med foreldre.

Når det blir så alvorlig at barnevernet beslutter å ta omsorgen over et barn, er det ofte fordi de kommer for sent inn i bildet og familien motsetter seg hjelpetiltak. Da er situasjonen i familien ofte så alvorlig at de ikke har noe annet valg.

De siste årene har myndighetene hatt fokus på at tjenestene som ivaretar de voksne også skal sjekke om de har barn, og om disse barna blir ivaretatt. Mange tjenester har ikke sikkerlig rutiner for dette, som igjen fører til at barnevernet ikke blir varslet og man får ikke fanget opp de barna som trenger det. (Heian mfl. 2010)

Det er viktig å huske at barn må få utvikle seg på sin egen måte, for små barn utvikler seg ulikt både fysisk og psykisk og de første leveårene er en svært viktig periode i livet. Det er viktig å kunne formidle til foreldrene at det er slik at alle barna utvikler seg ulikt og at det kommer til å komme mange ulike utfordringer som forelder, men at helsetjenestene er her for råd og veiledning når foreldrene trenger det. (Heian mfl.2010)

Her er modellkommuneforsøket et godt tiltak der psykologspesialisten vi intervjuet er fagligansvarlig for i en av Norges kommuner Hun jobber for å få et bedre tilbud for disse barna som er mellom 0-6 år og som det har vært lite fokus på. Hun har jobbet med å utvikle foreldreveiledningstilbudet som går på generell foreldreveiledning og litt metodikker som de prøver å systematisere sammen, så har de tirsdagstreffet som nevnte ovenfor. Besøkshjem gjennom barnevernet og så har de videreutviklet noe som heter newborn behavioral observation. Som går ut på at en helsesøster kommer hjem til foreldrene noen dager ett fødselen for å vise foreldrene hva barnet kan gjøre, slik som å reagere på lyd eller løfte seg

selv opp. Dette er for å skape en bedre kontakt mellom mor og barn å forebygge fødselsdepresjon.

4.4 Modellkommuneforsøket

Modellkommuneprosjektet er en syvårig satsning fra regjeringen sin side, som avsluttes nå i 2014. Satsningen er for at barn i alderen 0-6 år med psykisk syke foreldre og/eller rusmisbrukene foreldre skal bli bedre ivaretatt og få den hjelpen de har krav på. Helse- og omsorgsdepartementet har inngått et samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet, for å få satt i gang et prosjekt for å få identifisert og fulgt opp de aktuelle barna. Dette prosjektet er organisert under departementet for Barne- og likestilling. (sorlandsykehuset.no)

En av våre informanter, en kvinnelig psykologspesialist forteller om det syvårige prosjekt der hun har vært fagansvarlig i en av de 26 kommunene i Norge som ble valgt ut til å være modellkommune. Hun forteller at noe av målet med prosjektet er at andre kommuner i landet kan få lærdom av det modellkommunene har gjort, slik at de kan starte noe som ligner.

Vi skal finne modeller for langsiktige tiltak for barn som pårørende i alderen 0-6 år. Fordi man så at det var ei forsømt gruppe, det ble så tilfeldig det som ble gjort, det avhang av ildsjeler, og at disse barna ikke ble sett godt nok.

Hun forteller at de igjennom prosjektperioden har gjort mange forskjellige ting. Videre informerer hun om at modellen som utvikles under prosjektet er summen av ulike tilbud og tiltak som allerede er i gang, og at det handler om å tilføre noe nytt. Kunsten er å dra med seg gode ting som allerede finnes, og implementere de nye tiltakene som blir satt i gang. Dette slik som forutsetningene for at kommunene skulle få være en modellkommunen.

Videre forteller hun at fokuset på barn som pårørende er at sårbart tema som hele tiden må fokuseres på. Det som er den største utfordringen i et slikt prosjekt er at det går i ulike faser. I starten er det informasjonsgiving, der målet er at folk skal skjønne hva det vil si at barn er pårørende. Så er man i en fase der folk begynner å se det her, man starter å prøve ut tiltak. Så skal prosjektet sys sammen. Det er i slutfasen av et så stort prosjekt at man merker at fokuset kan være endret.

Det blir slitasje på et så stort fokus også. At det konkurrerer med andre fokus som fagpersoner har. Så i ei stund kan dette være veldig in, og så er det nå noe annet man er opptatt av. Og det kan jeg se nå, at det er mye som skjer, og da er det ekstra viktig og ho hode oppe. For slike fokus er alltid sårbare for å bli utkonkurrert av andre ting. Slik som økonomi, og kutt i kommunen.

Hun forteller videre om utfordringene med å få en helhetlig modell til slutt, nettopp fordi kommunen driver ned på koordineringsfunksjonene som er limet i prosjektet. Prosjektet i denne kommunen er plassert i familiesentrene og hvert av de fire familiesentrene i kommunen har en koordinator hver. Nå skal koordinatorene kuttes ned fra fire til en.

Dette gjør integrering og opprettholdelse vanskelig, koordinering er en så viktig bit for å sikre langsiktighet i fokuset.

En av våre informanter, kvinnelig koordinator ved et familiesenter forteller at hennes stilling blir borte. Hun vet ikke hvordan kommunens skal klare å opprettholde det samme fokuset på barn som pårørende uten å ha en stilling dedikert til blant annet dette. Hun virker litt fortvilet når hun forteller oss dette, men forteller videre at planen er at koordineringsoppgavene skal deles ut til andre ansatte, men at de allerede har mye å gjøre.

Psykologspesialisten som er fagansvarlig for modellkommuneforsøket forteller at de har fått gode tilbakemeldinger på prosjektet, fra nasjonal koordinatorgruppe og fra fagfolk lokalt i kommunen. Dette til tross for at det er blitt vedtatt kutt i koordineringsfunksjonene. De har også fått gode tilbakemeldinger fra politisk hold. Siden prosjektet var over så mange år, måtte kommunen og politikerne forplikte seg til å være med igjennom hele fasen.

Det største fysiske sluttresultatet til modellkommuneprosjektet i denne kommunen er en nettside som blir lansert til høsten. På denne siden ligger alle samarbeidsprosedyrer og alt som er utviklet under prosjektet og tiltak som allerede fantes i kommunen. Poenget med denne siden er for å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig for barna selv, fagfolk og andre pårørende til barn som er pårørende. Her vil det også være mulighet til å følge med på hvor mange treff nettsiden får, og på den måten se hvordan fokuset i befolkningen er, forteller psykologspesialist og fagansvarlig for modellkommuneforsøket.

Vi har sett klare forbedringer, men det er absolutt ting som gjenstår, og det var vi jo helt klar over.

Psykologspesialisten forteller at det har vært forbedringer, men at det ennå gjenstår arbeid etter prosjektperioden er over nå i 2014. Barn som pårørende er noe som til en hver tid må ha fokus, da disse barna er en svært utsatt gruppe.

Det er langt igjen før vi er kommet i mål. Vi har merket en endring ja, men vi er ikke ferdig. Jeg tror at visst vi bare sluttet nå så ville det på en måte bare skli bort dessverre.

Dette utsagnet var ifra den koordinatoren ved familiesenteret. Hun bekrefter også det som har kommet frem i teorien, at man må ha et fokus på barn som pårørende for at det skal bli noen endring. Hun presiserer at endringer skjer over tid, og hun forteller at hun tror det som er oppnådd til nå vil skli bort om det ikke fortsettes å fokuseres på. Hun ser positivt på de endringene som allerede har skjedd, og viser en lettelse over flere og flere at disse barna blir sett.

Ut ifra disse utsagnene kan vi dra slutninger om at modellkommuneprosjektet er et godt tiltak for å rette fokuset mot barn som pårørende i alderen 0-6 år. Det er med på å utvikle og koordinere nye og gode tiltak for å ivareta barn og barnas foreldre, som vi nevnte tidligere i oppgaven. Vi ser at det kan være problematisk å holde fokuset på et så stort prosjekt over lengre tid, og at man kan møte på ulike utfordringer underveis, slik som økonomiske kutt. Men at dette prosjektet helt klart er et godt tiltak for å fremme fokus og samarbeid rundt barn, og at dette fokuset ikke må glemmes når prosjektet er ferdig.

5.0 Avslutning

Etter 1.januar 2010 da den nye endringen i helsepersonelloven § 10a og lov om spesialisthelsetjenesten § 3.7a tredde i kraft, er det brukt mye tid på å implementere nye systemer og rutiner angående lovendringen i de forskjellige etatene. Dette er et tidskrevende arbeid som vil trenge kontinuerlig oppfølging for å vedlikeholdes. Det er som følger av de nye lovendringene i blitt en plikt for helsepersonell å gi barn som pårørende den oppfølgingen de har rett på. Endringene i spesialhelsetjenesteloven har ført til at det nå skal være

barneansvarlige på hver avdeling. Her har man igjennom modellkommuneforsøket også fått inn to i oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus. Vi ser viktigheten i at lovverket er blitt endret, slik at barn som pårørende blir ivaretatt på en god måte, inkludert og ikke glemte når mor eller far sliter psykisk.

Erfaringsmessig kan man se at barn kan utvikle atferder som innadvendt atferd, utagerende atferd, en urolig atferd, overdrevent tilpassing eller en klovnerolle. Det er vanlig at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre ofte blir omsorgsgivere ovenfor foreldrene sine. Det er vanlig at disse barna kan opptre som snille, flinke, imøtekommende og veltilpassede. (Moen, 2009). Det psykiatriske hjelpeapparatet har mangel på informasjon og kunnskap til familien, og dette forsterker de sjansene for at familien blir taus. Foreldre som har barn ønsker gjerne å snakke om situasjonen til barna, og føler at de blir raskere frisk hvis de vet at barna blir fulgt opp. (Moen, 2009).

For å kunne gi barnet den oppfølgingen den trenger er det veldig viktig at de ulike etatene samarbeider med hverandre og gir god informasjon. Her er det også viktig at helsepersonell klarer å skape en god relasjon til foreldrene slik at de skaper en god tillit og får et fruktbart samarbeid. (Heian mfl. 2010)

Åpenhet rundt forelders psykiske helse gjør det lettere for andre å forstå og kunne vise hensyn hvis det er dager som var vanskeligere enn andre. Det er også viktig med åpenhet rundt psykisk helse for barnas del. Det er viktig å prate med barna om forelders psykiske helse slik at de selv ikke trenger å føle seg utrygge og lure på hva som skjer med forelderens.

Det er kjent at det er sammenhengen mellom barns oppvekstvilkår har en sammenheng med hvordan deres helse og sykdom vil være senere i livet. Det er viktig å drive med forebyggende helsearbeid i oppveksten til barn som har foreldre som sliter psykisk. Når barna er så små som de i denne målgruppen er må man handle på risiko, og helst unngå å vente til det er blitt alvorlig før man setter inn tiltak. En ansvarlig og tydelig voksen er bra for barnet. Dette ansvaret er både forelderens oppgave, men også kommunen og staten, hvis forelderens trenger oppfølging for å mestre oppgaven som forelder. (Heian mfl. 2010).

Familiesenter er et godt tilbud der de har samlet mange tiltak for barn i alderen 0-6 år på en og samme plass. Her er det alt fra jordmor, helsesøster, foreldreveileder og barnevernsansatt.

På familiesenteret kan de få råd og veiledning, og tilrettelagt til hjelp og tiltak til å mestre hverdagen til barnet, og sin relasjon til barnet.

Modellkommuneprosjektet har som hovedoppgave å finne modeller for langsiktige tiltak for barn som pårørende i alderen 0-6 år. Fordi man så at det var ei forsømt gruppe, det ble tilfeldig det som ble gjort, det avhang av ildsjeler, og at disse barna ikke ble sett godt nok. En til av målsetningene er å gi både den kommunale og statlige tjenesten en økt kompetanse med å jobbe med disse barna. Modellen som skal utvikles under prosjektet er summen av ulike tiltak og tilbud som allerede finnes i kommunen, og nye tiltak som utvikles og koordineres under prosjektet. Prosjektet er forankret i familiesenteret i denne kommunen, og koordineres av koordinatorene på sentrene. Målet er at andre kommuner i landet skal kunne gjøre det samme, eller lignende tiltak som modellkommunene.

Koordinatorer er limet i prosjektet, og nå skal de kuttes ned, noe som kan føre til at fokuset på barn som pårørende i denne aldersgruppen blir mindre, da det blir mindre ressurser på å koordinere tiltakene rundt dette.

På grunnlag av overnevnte funn, burde det fortsettes å ha fokus på helse og omsorgstjenesteloven § 10a og spesialisthelsetjenesteloven § 3.7a. Det tar tid å implementere lover og retningslinjer, og et fortsatt fokus på disse vil til slutt gjøre dem til en selvfølgelighet for alle disse lovene gjelder.

Det er viktig at fagfolk oppfordrer foreldre til å kunne være åpen om sin psykiske helse. Ved å oppfordre til dette vil man kunne unngå at det er et tabubelagt tema. Da kan man lettere drive forebyggende arbeid, slik at de tidligere kan få hjelp hvis de trenger det.

Fagfolk burde oppfordres til å lettere undersøke nærmere hva som er galt, hvis et barn har en atferd som er bekymringsfull. Vi mener at det burde bli mer fokus på barn som pårørende i utdannelsene til alle som jobber i kontakt med barn. Dette for å øke kunnskapen slik at barna blir raskere sett, og slik at fagfolk lettere tar kontakt med barnevernet om det skulle være noe. Tidlig kontakt med barnevernet kan føre til tiltak som kan forhindre omsorgsovertakelse, som kan være konsekvens av å ikke få hjelp tidlig nok.

Etter modellkommuneprosjektet er over nå i 2014, burde fokuset på barn som pårørende

fortsatt være et like stort fokus. Arbeidet med barn som pårørende burde fortsatt bli koordinert ut ifra familiesentrene. Her skulle vi helst sett at koordinatorfunksjonene ikke blei kuttet ned fra fire til en. Denne nedkuttingen kan fører til mindre ressurser som har fokus på barn som pårørende. Det er hele tiden viktig at fagfolk har et kontinuerlig fokus på dette temaet og disse barna som pårørende.

Litteraturliste

Dalen, M. (2004) *Intervju som forskningsmetode – En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Heian, F., Berg, E., Markestad, T., Laudal, M. og Thørnquist, H (2010) *Da lykkeliten kom til verden- Om belastninger i tidlig livsfaser*. Oslo: Legeforeningen

Helsedirektoratet (2010a) *Barn som pårørende*. Oslo: Helsedirektoratet

Jacobsen, D.I (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johannessen, A., Tufte P. A. og Christoffersen L. (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Mevik, K og Trymbo, B.A. (2002) *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Moen, G.L (2009) *Barns møte med psykisk lidelse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold – samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64. www.lovdatab.no

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr.61. www.lovdatab.no

Bufetat (oppdatert 6.10.2010)

<http://www.bufetat.no/Documents/Intranett/Region%20nord/Aktiviteter%20og%20konferanser/Presentasjo-%20Modellkommunefors%C3%B8ket%20okt%202010.pdf> [Lokalisert 11.4.2014)

Helse Nord (oppdatert 2009). http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende/Pdf%20filer/InfoModellkommunefors%C3%B8ket1%20_3.pdf [Lokalisert 31.3.2014]

Sørlandssykehuset (oppdatert 2011) <http://www.sorlandet-sykehus.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/modellkommuner/Sider/side.aspx> [Lokalisert 23.3.2014]

Intervjuguide for bacheloroppgave

Vi er to studenter ved studiet i sosialt arbeid - sosionom ved Universitetet i Nordland som skriver en bacheloroppgave om ulike tiltak for barn i alderen 0-6 år, som sliter i hverdagen som følger av forelders psykiske plager. Vi har et fokus på hvordan ulike etater følger opp barnet og hvilke tiltak de kan iverksette i gitt situasjon. Vi har også sett på modellkommune forsøket, et prosjekt som jobber for å sette fokus på barn som pårørende i alderen 0-6 år.

Vi skal intervju psykologspesialist for barn i alderen 0-6 år, som også er fagansvarlig for Modellkommuneforsøket. Vi skal også intervju en familiekoordinator ved et familiesenter, en barnevernspedagog i barnevernet og en styrer/førskolelærer i en barnehage.

Hensikten med intervjuene er for å få vite mer om hvilke ulike tiltak som finnes for barn i 0-6 år som sliter som følger av forelders psykiske plager. Vi ønsker å se det fra ulike perspektiver, og har derfor valgt å intervju ulike etater som er en del av barnets hverdag og oppfølging. Dette gjør vi for å se hvilken tilnærming og ulike tiltak de ulike instansene bruker, og hvordan de eventuelt samarbeider rundt barna. Gjennom intervjuene vil vi kunne danne oss en bedre forståelse av hvordan de forskjellige instansene griper an denne problemstillingen, og vi vil danne oss et analytisk redskap til videre bruk i bacheloroppgaven vår.

All informasjon som blir gitt under intervjuet vil bli anonymisert, og navnet vil ikke bli nevnt i oppgaven. Senest 4. juni 2014 vil all informasjon fra intervjuet bli slettet. Vi vil forsikre oss om at samtykkeerklæringen ikke kan mistolkes, og informere dere om at det er mulig å trekke seg fra intervjuet når dere skulle ønske. Vi har tenkt å bruke ca. en time på intervjuet, og har tenkt å ta det opp via lydopptaker på mobiltelefon, hvis det er greit for deg? Vil informere om at ingen andre enn oss kommer til å lytte til opptaket av intervjuet.

Vår før-forståelse er at det trenges et større fokus på barn i alderen 0-6 år, som sliter grunnet forelders psykiske plager. Vi tror at mer informasjon til de forskjellige faggruppene som jobber med barn om dette tema, kan være nødvendig for å øke kunnskapen, slik at barna får den hjelpen de trenger. Vi forstår også at det kan være vanskelig for de forskjellige faggruppene å samarbeide tverrfaglig.

Intervjuspørsmål

1. Kan du si litt om din bakgrunn og utdanning? Og litt om din jobb og hvordan du jobber?
2. Hvilke tegn ser dere etter hos barn med tanke på at noe kan være galt i hjemmet? Hva kan være vanlige tegn hos barn i slike situasjoner?
3. Når tid har barnet fått så store problemer med situasjonen i hjemmet at det påvirker barnet på andre områder? Hvilke områder er det som dere ser kan bli påvirket hos barnet?
4. Hvordan tar dere opp bekymringer angående barnet med foreldrene, når du mistenker at det er noe i hjemmet som kan være utløsende faktor til barnet problemer?
5. Hvilke verktøy og nyttig materiell er i bruk for å kartlegge behov og hvilke tiltak som eventuelt skal iverksettes? – Skjema, kartlegging, samtykkeerklæring, infomateriell
6. Hvilke tjenester og tiltak kan iverksettes hos dere?
7. Hvilke tiltak har dere som gjør at dere må jobbe tverrfaglig? Hvilke etater samarbeider dere i så fall med?
8. Hvilke tilbud har dere til barn som pårørende og deres familie?
9. Kan du gi eksempler på ganger samarbeidet/tiltaket rundt barnet som pårørende har fungert bra? Hva har dere eventuelt gjort da? Og hva som eventuelt har gått feil når det ikke har fungert?
10. Hvordan vil du si at fokuset på barn som pårørende er i din yrkesgruppe? Har det vært noen endringer i fokus, eventuelt hva?

11. Hvilken informasjon og veiledning får personalet i instansen om hvordan de skal jobbe med barn som pårørende? Hvem er det som eventuelt tar initiativ for å formidle denne informasjonen? – kommunen, leder i barnehagen, foreldre
12. Hva vet dere på familiesenteret om Modellkommuneforsøket som Bodø er med i? Har dere et samarbeid med dette?
13. Kan du fortelle litt om modellkommuneforsøket? Hva er målsetningen til forsøket?
14. Hvilke tiltak har modellkommuneforsøket iverksatt for å få større fokus på barn som pårørende?
15. Hvilke aktuelle tjenester og tiltak finnes det pr. dags dato i kommunen?
16. I hvor stor grad påvirker forskjellig kompetanse og kunnskapsnivå det tverrfaglige samarbeidet. Med tanke på at det er forskjellige yrker, profesjoner, faglighetsforståelser og personlig egnethet?
17. Hvordan kommuniserer de ulike profesjonene i et tverrfaglig samarbeid uten hinder av lovverket og taushetsplikten?
18. Har du registrert noen merkbare endringer hos forskjellige faggrupper i deres fokus på barn som pårørende?
19. *Hvordan kan de forskjellige instansene jobbe med forebyggende arbeid rettet mot barn som pårørende i alderen 0-6 år?*
20. Er det til slutt noe du vil tilføye, som vi ikke har vært inne på? Noe annet vi burde belyse?

Takk for at vi fikk intervju deg!

Samtykkeerklæring for å delta i intervju i forbindelse med en bacheloroppgave

Vi er to bachelorstudenter i sosialt arbeid ved Universitetet i Nordland og holder nå på med den avsluttende bacheloroppgaven. Temaet for oppgaven er ulike tiltak for barn i alderen 0-6 år, som sliter i hverdagen som følger av forelders psykiske plager. Vi har et fokus på hvordan ulike tiltak ulike etater kan iverksette i gitt situasjon.

Spørsmålene i intervjuet vil omhandle hvilke tiltak som kan iverksettes for gitt problemstilling. Det vil også gå inn på holdninger, meninger og erfaringer rundt gitt tema. Intervjuet vil ta ca. en time.

All informasjon som blir gitt under intervjuet vil bli anonymisert, og navnet vil ikke bli nevnt i oppgaven. Det når som helst mulig å trekke seg fra intervjuet om du skulle ønske. Vi har tenkt å bruke ca. en time på intervjuet, og har tenkt å ta det opp via lydopptaker på mobiltelefon. Det er ingen andre enn oss kommer til å lytte til opptaket av intervjuet. Senest 4. juni 2014 vil all informasjon fra intervjuet bli slettet.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe oss på tlf.nr. ** ** * * * * og ** * * * * **, eller sende en e-post til *****.

Med vennlig hilsen

***** og *****

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer