

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH 495

Navn: Randi Wågheim

Fokuset blir individrettet og oppfølgingen blir tilfeldig

En kvalitativ studie om helsepersonell sin erfaring med å følge opp barn som pårørende i psykisk helsetjeneste.

The focus becomes individual-oriented and the follow-up becomes random

A qualitative study on health personnel's experience of following up children as next of kin in mental health services.

Dato: 16.05.2022

Totalt antall sider: 60

Forord

En lang og krevende reise er over. Masteroppgaven er omsider skrevet ferdig og levert. Til tross for at det har vært mye arbeid, har jeg fått arbeidet med et tema som jeg oppriktig brenner for. Det betyr mye å vite at arbeidet mitt vil være til nytte i utøvelsen som barneansvarlig, og for videre utvikling for mitt arbeidssted. Jeg håper å gjennom denne oppgaven kunne inspirere andre til å ha fokus på barn som pårørende i sin yrkesutøvelse.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til alle informantene som deltok i studien. De har åpent delt av sine erfaringer, opplevelser, tanker og meninger på en generøs måte. Uten dem hadde det ikke blitt noen forskningsstudie. Så tusen takk!

Jeg vil rette en stor takk til Frode Båtnes. Han var avdelingsleder i Mestringsenheten for psykisk helse og rus på det tidspunktet jeg ønsket å starte denne utdanningen. Med forankring i ledelsen, gjorde han det mulig for meg å prioritere tid til både kompetanseheving og utøvelse av arbeid med barn som pårørende i vår tjeneste. Som stolt barneansvarlig kan jeg stå inne for at Mestringsenheten for psykisk helse og rus i Namsos kommune jobber for å ha en familiefokusert tjeneste hvor vi har fokus på barn som pårørende.

Jeg vil også rette en stor takk til studieveileder Else Marie Lysfjord. Takk for verdifull veiledning, refleksjoner, kunnskap og bistand. Din kompetanse har vært av stor betydning og verdsettes veldig mye.

Til slutt vil jeg takke min nærmeste familie Geir, Aron og Axel. For all tålmod, og for alle ettermiddager og helger jeg har tilbragt fra dere for å bruke på studien. Uten en eksepsjonell samboer og far for guttene hadde det ikke vært gjennomførbart. Takk til familie og venner for heiarop og støtte underveis.

Randi Wågheim

Mai, 2022

Innholdsfortegnelse

Forord.....	ii
Innholdsfortegnelse.....	iii
Sammendrag.....	v
1.0 Innledning	1
2.0 Forskningsspørsmål	2
2.1 Problemstilling	3
3.0 Teoretisk ramme	3
3.1 Psykisk helse i kommunal sektor.....	3
3.2 Helsepersonellens plikt	4
3.3 Hvem er barn som pårørende	5
3.4 Omfang.....	6
3.5 Foreldrefunksjon og tilknytning.....	6
4.0 Personlig relevans for oppgaven	6
5.0 Metode	7
5.1 Fenomenologi.....	7
5.2 Hermeneutikk.....	8
5.3 Intervju som metode.....	8
5.4 Utvalg og rekruttering	9
5.5 Gjennomføring av intervju.....	10
6. Analyse.....	10
5.6 Metodediskusjon	12
6.1 Reliabilitet.....	13
6.2 Validitet.....	13
6.3 Overførbarhet	13
6.4 Forskerrollen og egen forforståelse.....	14
6.5 Forskningsetiske betraktninger	14
7.0 Resultat.....	15
7.1 Høyt individfokus i psykiske helsetjenester.....	16
7.2 Fokus på barn kan bli tilfeldig	17
7.3 Helsepersonell opplever det som utfordrende å snakke om foreldrefungering	18
8.0 Diskusjon	20
8.1 Høyt individfokus i psykiske helsetjenester.....	21
8.2 Fokus på barn kan bli tilfeldig	27
8.3 Helsepersonell opplever det som utfordrende å snakke om foreldrefungering.	36
9. Videre forskning	39
10.0 Konklusjon.....	39
Vedlegg 1: Informasjonsskjema og samtykke	40
Vedlegg 2: Intervjuguide	43

Vedlegg 3: Søknad og godkjenning fra NSD.....	44
Litteraturliste.....	47

Sammendrag

Bakgrunn: I januar 2010 kom en lovendring som skulle sikre ivaretagelse av barn som pårørende i helsetjenesten. Lovendringen ble tilføyd i helsepersonelloven, gjennom paragraf 10a:” Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende”. Lovendringen kom med bakgrunn i kunnskap om belastningene et barn blir utsatt for, gjennom å vokse opp sammen med en syk forelder (Helsedirektoratet 2020). Til tross for endringen vises fortsatt barrierer for helsepersonell sin ivaretagelse av barna. Blant barrierene kommer blant annet mangelfulle rutiner og helsepersonells manglende erfaring og kompetanse, og forankring i ledelse til syne. Ifølge multisenterstudien om barn som pårørende, kommer det fram at helsepersonell ofte kartlegger om den voksne har barn, men at de i langt mindre grad etterspør foreldrefungering hos den syke (Ruud et al., 2015).

Hensikt: Ut fra studiens problemstilling; *Hvilke erfaringer har helsepersonell med å følge opp barn som pårørende i kommunal psykisk helsetjeneste*, var hensikten med studien å undersøke hvordan helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste erfarer å jobbe med fokus på barn som pårørende.

Metode: Studien tar utgangspunkt i en kvalitativ metode med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Gjennom semistrukturerte intervju deltok 6 informanter i studien. Utvalget er helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste. Dataene ble analysert gjennom en manifest innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundmann (2004).

Resultater: Informantene frambringer i stor grad at den psykiske helsetjenesten har et individfokus i oppfølging av sine brukere. Tilbud til barn som pårørende kan ofte bli tilfeldig, og arbeidet er uorganisert.

Konklusjon: Helsepersonell har etter helsepersonelloven §10a en plikt til å kartlegge om barn har et behov for informasjon og oppfølging når en forelder sliter med sin psykiske helse. Til tross for dette viser det seg at den kommunale helsetjenesten mangler strukturer for hvordan helsepersonell oppfyller lovkravet. Oppfølging i kommunal psykisk helsetjeneste blir ofte individrettet og fokus på barn som pårørende blir tilfeldig.

Nøkkelord: Barn som pårørende, kommunehelsetjeneste, psykisk helsetjeneste

Summary

Background: In January 2010, a legislative amendment was made to ensure the care of children as next of kin in the health service. The amendment to the Act was added to the Health Personnel Act (in Norway) through Section 10a: "Health Personnel's duty to contribute to safeguarding underage children as next of kin". The change in the law was based on knowledge of the stress a child is exposed to by growing up with a mentally ill parent (Norwegian Directorate of Health 2020). Despite the change, barriers to healthcare personnel's care of the children are still present. Among the barriers are inadequate routines and health personnel's lack of experience and expertise, and anchoring in management. According to the multicenter study on children as next of kin, it is evident that health personnel often map out whether the adult has children. But they hardly ever demand parental function for the mentally ill parent (Ruud et al. 2015).

Aim: Based on the problem for discussion; The purpose of the study was to investigate how health personnel in the municipal mental health service experience working with a focus on children as next of kin.

Method: The study is based on a qualitative method with a phenomenological and hermeneutic approach. Through semi-structured interviews, 6 informants participated in the study. The informants are health personnel in the municipal mental health service. The data were analysed through a manifest content analysis of Graneheim and Lundmann. (2004).

Results: The informants largely report that the mental health service have an individual focus in the follow-up of their users. The children needs as next of kin can often be random, and the work is disorganized.

Conclusion: According to Section 10a of the Health Personnel Act (in Norway) health personnel, have a duty to identify whether children have a need for information and follow-up when a parent is struggling with their mental health. Despite this, it turns out that the municipal health service lacks structures for how health personnel meet the legal requirement. Follow-up of children as next of kin in municipal mental health services is often individualised and the focus on children as next of kin becomes random.

Keywords: Children as next of kin, municipal health service, mental health service

1.0 Innledning

Når en forelder blir syk, eller utsettes for en alvorlig hendelse, vil dette påvirke hele familien i den grad at hverdagsrutiner, stemningen i hjemmet og kommunikasjonen blir annerledes. Om barn ikke involveres i det som skjer, kan de fort bli utrygge. Barn vil merke endringene som skjer, uten at de forstår hvorfor (Bergem, 2018; Ruud et al., 2015). Etter helsepersonellovens bestemmelser i § 10a, har helsepersonell en plikt til å kartlegge barns behov for informasjon og oppfølging når en forelder har psykisk sykdom (Helsepersonelloven, 1999). Bakgrunnen for dette var nettopp på grunn av belastningene et barn blir utsatt for, når forelderen er syk (Helsedirektoratet, 2020). Ifølge multisenterstudien om barn som pårørende, kommer det fram at helsepersonell ofte kartlegger om den voksne har barn, men at de i langt mindre grad etterspør foreldrefungering hos den syke (Ruud et al., 2015).

Studier viser sammenheng mellom psykiske vansker hos mødre som resulterer i utrygg tilknytning mellom mor og barn. Det er ingen tvil om at det finnes sammenhenger mellom psykiske lidelser hos foreldre og psykiske lidelser hos barn (Killen, 2019). På bakgrunn av dette vil det være behov for omfattende forebyggende tiltak. Det vil dreie seg om både selektivt og indikert forebyggende arbeid. Med selektiv forebygging menes å tidlig identifisere risikofaktorer og å hindre utvikling av utfordringene. Indikert forebygging handler om å redusere og hindre konsekvenser av problemer som allerede har oppstått (Killen, 2019). I et forebyggende perspektiv vil det være viktig å iverksette tiltak før foreldre har opplevde nederlag i foreldrerollen, og før barna utvikler problemer. Om foreldre utvikler store utfordringer med psykisk uhelse, vil barna måtte leve med denne belastningen, og slik vil barndommen kunne vare i generasjoner (Killen, 2019).

Barn påvirkes, når en forelder har utfordringer knyttet til sin psykiske helse. Barna kan påvirkes gjennom belastninger både praktisk, sosialt, følelsesmessig og utviklingsmessig. Barn som pårørende har behov for informasjon og støtte fra voksne (Bergem, 2018; Lauritzen, 2018). Dessverre viser det seg at barn ofte i stor grad må lære å håndtere situasjonen de lever i, på egen hånd. Barn opplever mye taushet og mange hemmeligheter. På grunn av dette skapes grobunn for fantasier og spekulasjoner, der barna ofte lager seg egne sannheter om situasjonen de lever i. Det skapes usikkerhet og bekymring (Bergem, 2018). Som hjelper til en voksen med utfordringer knyttet til psykisk helse, vil man kunne oppleve at den voksne ikke ønsker å snakke om barna, eller at den voksne ikke ønsker å motta tips eller råd når det kommer til ivaretagelse av barna (Bergem, 2018). Om vi møter foreldre med skepsis, eller foreldre som ikke forstår at barn har behov for informasjon, vil det være

avgjørende at hjelperen står i avvisningen, og ikke gir seg. Barna har ingen andre som taler sin sak, og det vil være viktig å skape forståelse fra forelderen hvorfor det er viktig.

For å kunne gjøre en innsats for barn som pårørende, trenger helsepersonell i psykisk helsetjeneste, å være oppmerksomme på at denne gruppen eksisterer. Helsepersonell må forsøke å ivareta barn som er pårørende med deres behov, og være bevisste på at barna trenger å både bli sett og anerkjent (Bergem, 2018). Kunnskap om hvorfor det er avgjørende å ivareta barn som pårørende, er viktig da det gir en trygghet i arbeidet med barna. Det kan også være avgjørende i argumentasjon for prioritering av arbeidet, da det vil konkurrere om prioritering blant mange viktige oppgaver. Det viser seg at både helsepersonell og andre voksne, kan oppleve det vanskelig å initiere samtaler med barn. For at denne motstanden ikke skal komme i veien for ivaretagelsen av barna, vil det være nødvendig å reflektere over hva dette handler om. Av og til kan ønsket om at barn skal ha det bra, komme i veien for å erkjenne at det ikke alltid er slik. Helsepersonell som arbeider med voksne som har psykiske lidelser, kan oppleve det som uvant å skulle snakke med barn. Mange kjenner på redsel for å skulle si noe som er galt, eller som vil skade mer enn det hjelper. Dersom man skulle kjenne på manglende kompetanse som et hinder, finnes det mye materiell om tema som gjør det mulig å øke egen kompetanse (Bergem, 2018). Med bakgrunn i forskning som viser til at barn som pårørende blir skadelidende av å ikke bli fulgt opp, ble det i 2010 gjennomført en endring i helsepersonelloven. Helsepersonell blir pålagt en plikt til å kartlegge barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging. En viktig lovendring som gir barn en lovfestet rett til å bli sett og ivaretatt av helsepersonell når en av de viktigste personene i livene deres ikke lenger klarer å alltid fungere optimalt i foreldrerollen. Psykisk helsearbeid med voksne, trenger også å handle om barna.

2.0 Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i aktuell tematikk brukt innledningsvis, er det ønskelig å se nærmere på helsepersonell i kommunehelsetjenesten, og hvordan de ivaretar barn som pårørende i det psykiske helsefeltet. I oppgaven blir betegnelsene individfokus og familiefokus brukt. Før intervjuene ble gjennomført, ble det avklart med alle informanter hva som legges i begrepene individ- og familiefokus. Med begrepet individfokus, legges til grunn en oppfølging av bruker som fokuserer kun på individet og dens psykiske helse. Begrepet familiefokus brukes med bakgrunn i et fokus på barn som pårørende. Det betyr at behandler og bruker kan snakke om hvordan den psykiske helsen kan påvirke foreldrefungeringen og om hvordan barna blir ivaretatt som barn som pårørende.

Aktuelle forskningsspørsmål:

- ❖ Hvilket fokus i oppfølgingen har tjenesten du jobber i?
- ❖ Hvilket fokus i oppfølgingen, har du som behandler?
- ❖ Hvordan opplever du som helsepersonell å snakke om foreldrefungering med brukeren?

Forskningsspørsmålene er satt opp i denne rekkefølgen, da det oppleves naturlig ut i fra hvordan man kan tenke seg en tilnærming til barn som pårørende i den kommunale psykiske helsetjenesten. Etter at henvisning er mottatt og bruker har fått fordelt en behandler, er det naturlig at tjenesten du kommer til har en overordnet innretning av tjenestene som tilbys. Videre vil hjelpen du mottar påvirkes ut fra hvilket fokus og perspektiv behandleren som bistår deg har. Gjennom et forventet utgangspunkt med at psykisk helsetjeneste har fokus på barn som pårørende, etterspørres til slutt erfaringene helsepersonell har med å snakke om foreldrefungering sammen med sine brukere.

2.1 Problemstilling

Hvilke erfaringer har helsepersonell med å følge opp barn som pårørende i kommunal psykisk helsetjeneste?

3.0 Teoretisk ramme

3.1 Psykisk helse i kommunal sektor.

Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene et ansvar for personer med rus- eller psykiske helseproblemer. Den kommunale helsetjenesten er førstelinjen inn til helsevesenet. Kommunen har et ansvar for å tilby forsvarlige og gode helsetjenester til de som trenger det (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011 § 3.1). Alle mennesker kan utvikle utfordringer knyttet til egen psykisk helse. Uavhengig av helseutfordring har man rett til et verdig liv hvor man kan motta bistand til oppfølging og behandling, og få deltakelse i arbeidsliv og aktivitet. Den psykiske helsetjenesten må være tilgjengelig, helhetlig og tilpasset den enkelte. For mennesker med psykiske helseutfordringer kan dette bety bistand til utredning og behandling, rådgivning og veiledning, psykososial støtte, herunder bistand til å skaffe bolig og yte oppfølging i egen bolig, og henvisning til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Den kommunale helsetjenesten kan bestå av sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, helsefagarbeidere og

psykologer. Det er stor grad av variasjon mellom oppgaver som skal utføres. For å sikre et best mulig utgangspunkt for innbyggeren, trengs tverrfaglighet og evne til å se helheten ut fra ulike perspektiver.

3.1.1 Behandler

I studien brukes begrepet behandler i tillegg til helsepersonell. En behandler i denne studien kan defineres som en person som har formell kompetanse innenfor fagområdet. Som gjennom sitt arbeid i det kommunale psykiske helsefeltet møter mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse. Ansatte i det psykiske helsefeltet jobber tverrfaglig og kan være både sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, helsefagarbeidere og psykologer. Behandlerbegrepet begrenses derfor ikke til en konkret profesjon, da det kan være både helse- og omsorgsarbeidere.

3.1.2 Tverrfaglig samarbeid

Med tverrfaglig samarbeid menes i denne oppgaven at flere yrkesgrupper jobber sammen på tvers for å ivareta barn som pårørende til brukere med psykiske helseutfordringer. Det vil være seg tverrfaglig, med bakgrunn i ulike profesjoner som sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, helsefagarbeidere og psykologer. Det vil også omfatte samarbeid tverretatlig, på tvers av etater og nivåer i kommunen, og spesialisthelsetjenesten. Men også tverrsektorielt, på tvers av sektorer som møter barn som pårørende, eksempelvis helsesektor og skolesektor.

3.2 Helsepersonellets plikt

1 januar 2010 ble det lovbestemt at helsepersonell har en plikt til å følge opp barn som pårørende. Lovteksten sier at helsepersonell skal bidra til å ivareta mindreårige barns behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldres sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet. 1. januar 2018 ble bestemmelsen utvidet til også å gjelde mindreårige barn som pårørende til søsken med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Lovbestemmelsen beskriver at helsepersonell har plikt til å bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn som pårørende kan ha (Helsedirektoratet, 2018).

Ifølge Helsepersonelloven § 10 a skal

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller

skade. Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommende sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige barn, skal helsepersonellet blant annet

a. samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak.

Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale (Helsepersonelloven, 1999 §10a).

Spesialisthelsetjenesteloven pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell med nødvendig kompetanse til å ivareta barn som pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §3-7a). I kommunehelsetjenesten er ikke dette et pålagt.

Gjennom FNs barnekonvensjon, som understreker prinsippene om barns rett til liv, helse, omsorg, beskyttelse, skolegang, utvikling deltakelse og innflytelse, har barns rettigheter blitt styrket. Barnekonvensjonen beskriver to forståelser av barn; barn som trenger omsorg og beskyttelse av voksne, og barn som kompetente og autonome mennesker (Barne- og familiedepartementet, 1989).

3.3 Hvem er barn som pårørende

Alle som har barn, har et særskilt ansvar for å ivareta barna sine. Barna på sin side er underlagt og prisgitt omsorg som utviklingsbetingelser fra sine foreldre. Begrepet pårørende som brukes om barn må ikke tolkes som at det er barna som skal ivareta sine foreldre.

Utgangspunktet for bestemmelsen for barn som pårørende er at barna skal få opprettholde sitt utgangspunkt som barn, og dermed ikke pålegges oppgaver den voksne ikke behersker grunnet sin helseutfordring. Det er viktig at barn som pårørende tolkes vidt og at det skjer uavhengig av omsorgssituasjon. Det vil si at alle voksenpersoner som har en omsorgsfunksjon for et barn, har et ansvar. Om det er biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og bonusforeldre (Helsedirektoratet, 2010).

Lovverket bruker begrepet mindreårige barn, om barn under 18 år. Ungdom som er over 18 år, forventes å i større grad være selvstendige nok til å kunne ivareta seg selv og etterspørre eventuell nødvendig helsehjelp på egne vegne. Lovverket definerer etter pasientrettighetsloven §1-3 bokstav b) å kunne regnes som nærmeste pårørende og på den

måten inkluderes i foreldrenes sykdom (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §1-3 bokstav b).

3.4 Omfang

Ca. 1 av 4 barn har foreldre som sliter med sin psykiske helse på en måte som gjør at det går ut over daglig fungering. Folkehelseinstituttet har anslått at av alle barn under 18 år i Norge, har 37% en eller to foreldre som har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Av disse foreldrene er det mange som har definert sin lidelse slik at den plager de, men at det ikke går ut over barna. 23% har foreldre med en psykisk uhelse, der hvor det påvirker den daglige fungeringen. 10 % har en eller to foreldre med alvorlige psykiske lidelser (Torvik & Rognum, 2011).

3.5 Foreldrefunksjon og tilknytning

Når foreldre har utfordringer knyttet til psykisk helse, kan en rekke sentrale og viktige funksjoner svekke foreldrefungeringen. Killen (2004) beskriver at de viktigste foreldrefunksjonene vil være de følelsesmessige og kognitive.

I møte med et sosiokulturelt fellesskap vil et barn ha behov for en forelder som kan være sensitiv for dets ønsker, krav og utfordringer. Under oppveksten vil barn ha behov for både stimulering, undervisning og disiplin. Barn vil trenge trygge voksne som bekymrer seg for hvordan de har det, og som kan forstå og se når de er triste eller lei seg. Videre trenger barn noen som kan bistå med hjelp til lekser og ser behov, responderer, stimulerer og strukturerer (Killen, 2004). Barn har behov for at en nær person har evne til empati, har troen på dem, oppmuntrer og støtter dem. Empati er orientert mot en annen, og vil etablere en betydning mellom to personer gjennom å vise at man bryr seg om hvordan den andre har det. Barn vil ha behov for å lære hvordan man utvikler sosial kompetanse. Hvordan de kan vise empati for andre og hvordan de skal forstå og respondere på andres emosjoner (Haukø & Stamnes, 2009). Relasjonen mellom forelder og barn vil også ha stor betydning for om barnet utvikles fysisk, emosjonelt, kognitivt og sosialt (Killen, 2019). Psykisk sykdom kan medføre at den syke ikke klarer å opprettholde en adekvat følelsesmessig tilknytning til barnet sitt (Stamnes & Haukø, 2014).

4.0 Personlig relevans for oppgaven

Siden 2018 har jeg i min stilling i Mestringsenheten for psykisk helse og rus, på en eller annen måte vært tilknyttet arbeid opp mot barn som pårørende. Det hele startet da jeg hadde deler av min stilling tilknyttet familie- og ungdomsteam. Hensikten med å ha en del av stillingen der, var at min funksjon skulle bidra til bedre og mere samhandling og samarbeid

mellom Mestringsenheten for psykisk helse og rus, og Familie- og ungdomsteam. Tilbudene vi ga brukerne skulle være helhetlig med både voksen- og barneperspektivet. Etter hvert fikk jeg opplæring og kompetanse til å være gruppeleder i BAPP. Et gruppetilbud for barn som pårørende av psykisk syke og rusavhengige. Jeg har deltatt som informant i flere forskningsprosjekt som omhandler barn som pårørende, gjennomført opplæring i Barnas time som metode for barnesamtale, blitt tildelt funksjon som barneansvarlig i Mestringsenheten for psykisk helse og rus, og jeg brukt både videreutdanning og masterutdanning til å forske på tema barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Dette har gjort at jeg i min yrkesutøvelse finner det svært naturlig å inneha et familiefokus i oppfølging av våre brukere. Gjennom praksis i videreutdanningen i psykisk helsearbeid, fikk jeg muligheten til å jobbe med implementering av Barnas time som metode, for bruk i Mestringsenheten for psykisk helse og rus. Vi er siden den gang to ansatte som har opplæring i metoden, og kan tilby Barnas time til barn som pårørende til våre brukere.

5.0 Metode

Denne studien tar utgangspunkt i en kvalitativ metode, som betyr at den vil ha en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming (Malterud, 2013). Fenomenologer vil være opptatt av å illustrere menneskets opplevelse av fenomener i egen livsverden, mens hermeneutikerne på sin side er interessert i fortolkningen av meningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å benytte en kvalitativ metode vil man kunne utforske menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. En kvalitativ tilnærming vil passe godt for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet, og det vil letes etter en forståelse av fenomenet (Malterud, 2013).

5.1 Fenomenologi

Begrepet fenomenologi betyr «det som viser seg», og knyttes gjerne Edmund Husserl (Gjertsen, 2013). Husserl hadde en oppfatning av at mennesket ofte ikke ser og hører ting, slik de er i sin enkelhet. Husserl mente at vi tilegner fenomenet vår egen oppfatning, og tar slutninger ut fra at vår bevissthet ser mer enn vi faktisk gjør. Gjennom refleksjon over fenomener, tilegner vi oss en dypere forståelse av fenomenet, og ser verden ut fra en egen livsverden.. Den materielle, sosiale og kulturelle bakgrunnen vi har våre erfaringer fra, vil danne utgangspunktet for vår opplevelse av et fenomen. Det vil si at to personer kan se et fenomen med to forskjellige forståelser, på grunn av utgangspunktet (Gjertsen, 2013). Om vi skal forsøke å forstå et annet menneske, vil det ikke være tilstrekkelig å bare studere de

fysiske impulsene mennesket påvirkes av, og hvordan det oppfører seg. For å klare å forstå, trenger man kunnskap om hvordan mennesket forstår seg selv.

5.2 Hermeneutikk

Begrepet hermeneutikk betyr tolkningslære. Som vitenskapsteori er det rettet mot forståelse. Hermeneutikken kan deles inn i to tradisjoner, den metodiske og den filosofiske. Den filosofiske hermeneutikken ses på som et menneskesyn, og som en måte å kunne forstå den menneskelige tilværelsen på. Gjennom søken på forståelsen av et annet menneske, trenger vi å reflektere over egen forståelse. I møte med andre mennesker, hvor vi søker etter hvorfor de gjør som de gjør, tolker vi. Tolkningen vil være preget av kulturen vi lever i. En slik tolkningsmåte brukes i forskning og inngår som en del av det metodiske arbeidet. En hermeneutisk tolkning vil veksle mellom en helhet og deler, og mellom forståelse og forforståelse. Forforståelse kan brukes bevist og ubevisst, og ettersom fordommer kan være både positive og negative vil det være viktig å være klar over egne holdninger og meninger vi har om andre mennesker (Gjertsen, 2013).

I arbeid med andre mennesker vil evne til refleksjon være nødvendig. Når vi skal forsøke å forstå, tolke, finne ut mening og hensikt, kan den hermeneutiske sirkel være et godt hjelpemiddel. Det er viktig at den som tolker er bevist over at tolkning gjøres basert på egen forforståelse og erfaringsbakgrunn. Dette betyr at en helhet må forstås ut fra deler, mens delene bare kan forstås ut fra helheten (Gjertsen, 2013).

5.3 Intervju som metode

Med bakgrunn i studiens hensikt og problemstilling var det naturlig å bruke et kvalitativt design med intervju som metode. Et kvalitativt forskningsintervju vil forsøke å forstå verden ut fra ståstedet til den som intervjues. Et intervju kan beskrives som en samtale bestående av struktur og hensikt. I forskningsintervjuet er hensikten å frambringe kunnskap som er utprøvd, ved en tilnærming som innebærer at man er spørrende og lyttende (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien var hensikten å forstå intervjupersonenes livsverden, og med det meningene med fenomenene som ble beskrevet. Det ble derfor benyttet semistrukturert intervju som metode. Det semistrukturerte intervjuet kan beskrives nært opp til en dagligdags samtale, men styres strukturert ut fra en intervjuguide med bestemte tema (Kvale & Brinkmann, 2015). Et semistrukturert intervju vil egne seg godt til å hente fram kunnskap om en persons opplevelse, erfaring, synspunkt og selvforståelse. Gjennom et intervju får den man intervjuer muligheten til å fortelle hvordan han eller hun opplever egen situasjon og hvordan erfaringene blir forstått (Kvale & Brinkmann, 2015).

5.3.1 Intervjuguide

Semistrukturerte intervju kan verken karakteriseres som en åpen dialog eller som et lukket spørreskjema. Gjennom en intervjuguide forsøkes det å sirkle seg inn på bestemte tema. En semistrukturert guide bør brukes veiledende slik at den som intervjuer vil ha mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Med bakgrunn i studiens formål, forskningsspørsmål og hensikt, ble det utarbeidet åpne spørsmål som la til grunn å få tak i intervjupersonens subjektive erfaring av egen yrkesutøvelse.

Dette er i tråd med det vitenskapelige ståsted rundt fenomenologi tidligere beskrevet i oppgaven. Intervjuguiden ble utformet gjennom å starte en idemyldring av spørsmål jeg ønsket svar på, som var tilknyttet tema barn som pårørende. Alle spørsmålene ble lest gjennom, for så å slås sammen og utarbeides som aktuelle spørsmål til studien.

5.3.2 Transkribering

Kvale & Brinkmann (2015) beskriver en transkripsjon som en måte å omdanne en muntlig samtale til en skriftlig tekst. Så snart intervjuene var gjennomført, ble lydfilen lagt inn i dataprogrammen NVIVO. Jeg valgte å transkribere hvert intervju fortløpende så snart de var utført. På den måten følte jeg at intervjuet var ferskt i minne, og det gjorde det lettere å skrive ut. Transkripsjonene ble gjort på dialekt, da det ga en følelse av nærhet til innholdet framfor å legge teksten over til bokmål. Gjennom arbeidet med transkribering ble jeg godt kjent med datamaterialet, som ga en stor fordel til videre arbeid i analysen. Transkripsjon bidrar til at intervjuene struktureres og blir bedre egnet for analysering. Struktureringen kan ses på som et ledd i starten av analyseprosessen (Kvale & Brinkmann 2015).

5.4 Utvalg og rekruttering

Kandidater som har blitt inkludert i studien er helsepersonell som jobber i minimum 50% stilling i kommunehelsetjenesten. Kandidatene er tilknyttet en enhet som tilbyr tjenester til mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse.

5 av informantene hadde grunnutdanning som sykepleiere og 1 hadde grunnutdanning som hjelpepleier. Felles for dem alle, var at de hadde videreutdanninger i psykisk helsearbeid/rus og psykiatri. Flere hadde også annen relevante videreutdanninger/kurs. Informantene var mellom 35 år og 60 år. Utvalget besto av 5 kvinner og 1 mann.

For å komme i kontakt med aktuelle informanter, ble avdelingsledere fra kommuner kontaktet via telefon. Avdelingslederne ble informert om studien, og spurt om det kunne være aktuelt å rekruttere to ansatte fra egen tjeneste til deltakelse i studien. Informasjonsskriv ble

oversendt avdelingsleder pr. epost. Avdelingsleder svarte på mail med navn på ansatte som hadde sagt seg villig til å delta. Når jeg hadde navnene på plass, tok jeg direkte kontakt med den ansatte pr. mail for å gjøre avtale om tidspunkt for gjennomføring av intervjuet. Fire forskjellige kommuner ble kontaktet, hvor tre kommuner ønsket å delta. To ansatte fra hver kommune deltok i hvert sitt intervju.

5.5 Gjennomføring av intervju

Denne studien ble gjennomført i en tid hvor verden, var preget av en pandemi. Covid-19 herjet med ulike smittetrykk og sykdomsforløp. En virusvariant overtok den andre, og man levde i en uvisshet om når pandemien var over. For å gjennomføre intervjuene på tryggest mulig måte med tanke på å minimere mulighet for smitte av covid-19, ble Teams benyttet som verktøy for kommunikasjon. Lydopptaker ble lagt ved siden av datamaskinen for å sikre lydopptak av intervjuet.

6. Analyse

Analysen ble gjennomført med utgangspunkt i en kvalitativ innholdsanalyse, inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Graneheim og Lundmann (2004) beskriver to måter å gjennomføre en innholdsanalyse på, og skiller mellom manifest og latent innholdsanalyse. Begge metodene handler om å gjennomføre en tolkning av et innhold. I denne studien er det benyttet en manifest innholdsanalyse, som betyr at man henter ut meningsbærende enheter bestående av ord, setninger eller avsnitt som hører sammen gjennom kontekst og innhold. I en latent innholdsanalyse forsøker man i større grad gjennom tolkning å finne en underliggende mening i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennom å hente ut de meningsbærende enhetene, ble det forsøkt å skape oversikt og forståelse av innholdet. Det ble videre jobbet med å komprimere størrelsen uten å ta kvaliteten fra innholdet. Graneheim og Lundman (2004) refererer til dette som en kondensering av innholdet.

Når intervjuene var gjennomført ble lydfilene lagt inn i NVIVO. Her transkriberte jeg alle intervjuene. Gjennom arbeidet med transkribering ble jeg godt kjent med datamaterialet, som ga meg et godt utgangspunkt til videre arbeid i analyseringen. Når intervjuene var transkribert ble de skrevet ut på A4 ark. Jeg lagde meg områder på veggen, med overskrifter fra spørsmålene brukt i intervjuene. Jeg samlet alle svar fra intervjuene og kategoriserte de fra de ulike spørsmålene. Slik samlet jeg alle svar fra spørsmål 1, fra spørsmål 2, fra spørsmål 3 og så videre sammen. Alle meningsbærende enheter ble hentet ut og skrevet inn en tabell i et Word-dokument. Med utgangspunkt i spørsmålene fra intervjuene, ble det utformet sub-

kategorier. Word-dokumentet ble på nytt skrevet ut, og hengt opp på veggen. Jeg brukte markeringstusjer i forskjellige farger, som koder for type innhold. Slik samlet jeg funn som ble viktige for å svare ut forskningsspørsmål og problemstilling. På samme måte jobbet jeg fram hovedkategoriene til resultatet. Da studien ga et omfattende datamaterialet ble materialet som konkret svarer ut forskningsspørsmålene benyttet.

Figur 1: Utdrag av tekstanalyse

Meningsbærende enheter	Sub-kategorier	Kategorier
	Individ eller familiefokus	Høyt individfokus i helsetjenesten
Vi tar inn brukere med lette psykiske helseplager, med kortvarig oppfølging. Derfor også individrettet.	Kortvarig og individrettet	
Vi har et individfokus av de fleste som kommer hit. Men vi hører om tilfeller hvor det er utfordringer i hjemmet, da er det lettere å ta tak i problemet, når det er synlig.	Har individfokus, men etterspør når det er synlige utfordringer.	
Vi trenger en påminnelse om at vi må ha fokus på barnet. Glemmer barna i hverdagen	Fokus på individet i rommet.	
	Personavhengig oppfølging	Fokus på barn kan bli tilfeldig
Tror familiefokuset blir veldig individuelt og personavhengig og opp til behandler.	Individuelt og personavhengig	
Det blir for tilfeldig om vi starter tiltak for barnet, til tross for at barnet selv har/får utfordringer.	Tilfeldige tiltak	
Ønsker prosedyrer/rutiner for oppfølging.	Ingen retningslinjer	

5.6 Metodediskusjon

Ved gjennomføring av forskning vil det være hensiktsmessig at vi spør oss selv om metoden som er brukt, vil representere en relevant vei til kunnskap som kan belyse de aktuelle forskningsspørsmålene. Det skal stilles spørsmål om relevans til formuleringen av forskningsspørsmålene, utvalget, datainnsamlingen, den teoretiske referanserammen og analysestrategien (Malterud, 2013).

Til tross for at jeg hadde lest teori om semistrukturerte intervju, opplevdes dette som noe utfordrende å gjennomføre. Jeg hadde vanskelig for å løsrive meg fra intervjuguiden, og brukte spørsmålene som eneste utgangspunkt. Det kunne bidratt til mer rom for videre refleksjon om jeg hadde klart å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene. Det kan således være en svakhet i studien at jeg har begrenset erfaring med kvalitativ forskning. Data av god verdi kan ha blitt borte for meg. Kvale & Brinkmann (2015) beskriver at å intervju avhenger av intervjuerens praktiske ferdigheter, personlige vurderinger og at det krever erfaring.

Refleksjoner og impulsivitet ble kanskje for noen av informantene utfordret ved å bruke en digital plattform. Jeg har ingen forutsetning for å påstå at dette begrenset informantene, men jeg satt likevel med en følelse av at det kanskje kunne vært lettere å få en bedre flyt i samtalen om vi hadde sittet sammen. Informantene har ulike utgangspunkt og for noen hadde det kanskje vært bedre, for andre ikke.

Da vi har forskjellige utgangspunkt og gjør oss forskjellige refleksjoner, har jeg undret meg på om utforming av spørsmål til intervjuguiden kunne vært gjort annerledes. Jeg synes i noen tilfeller at informantene reflekterte lite over enkelte av spørsmålene, og tenker derfor at det er betimelig å stille spørsmål til utforming av spørsmålene. Noen klarte å utdype lange svar, og reflektere videre, mens andre var svært korte i svarene de ga. Det kan også være at det handler om individet framfor utforming av spørsmål, eller at det er summen av situasjonen.

Når jeg skulle rekruttere informanter til studien ble avdelingsleder i tjenesten kontaktet. Jeg ga informasjon om hva studien handlet om, og spurte om leder hadde mulighet til å rekruttere to informanter fra egen tjeneste. Informasjonsskriv ble oversendt. Skulle studien vært gjort på nytt, hadde jeg nok ønsket å ha en bedre kontroll på utvalget av informanter. Jeg har i denne studien ikke oversikt over hvem avdelingsleder har spurt, og hvorfor nettopp denne ansatte er forespurt. Kanskje kan det være at den aktuelle ansatte selv er spesielt opptatt av barn som pårørende, slik at tjenesten vil framstå godt ut fra kompetanse på tema. Eller kanskje er det

forespurt en ansatt som leder vet at har jobbet mye med tema fra før. Dette er elementer som kan påvirke studiens funn, som jeg ikke har full oversikt på slik rekrutteringen ble gjennomført. Det er en betydelig overvekt av kvinner som har deltatt i studien. Kvinner blir ofte sett på som mer følsomme ovenfor barn. Det gjør meg i ettertid nysgjerrig på om det kan ha påvirket funnene.

Det er i studien brukt noen forskningsartikler som står skrevet på engelsk. Språk kan alltid være en utfordring når det skal brukes noen andres verk. Det er etter beste evne forsøkt å oversette og benytte litteraturen i rette tolkninger. Når det ble søkt etter aktuelle artikler ble det tilstrebet å bruke artikler som er fagfellevurdert og av vitenskapelige publikasjoner.

6.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes troverdighet og konsistens, og behandles gjerne i kontekst om hvorvidt forskningsresultatet vil være mulig å reprodusere (Kvale & Brinkmann, 2015). Når det kommer til samfunnsforskning vil forskeren som regel kunne ha et engasjement i temaet det forskes på. Ut fra en positivistisk tradisjon vil idealet være nøytrale eller objektive observatører, og forskerens engasjement kan påvirke resultatene. Til tross for dette har man i tradisjonen med fortolkning i kvalitativ forskning, innsett at man ikke kan oppnå en fullstendig nøytralitet (Tjora, 2012).

6.2 Validitet

Validitet handler om hvorvidt de svarene vi finner gjennom forskningen, faktisk svarer ut spørsmålene vi stilte (Tjora, 2012). Gjennom å være åpen om hvordan vi praktiserer forskningen ved redegjørelse av valg, kan vi styrke validiteten i forskningen. For å sikre høyest mulig validitet vil det være fordelaktig å at forskningen pågår innenfor rammen av faglighet og er forankret i relevant forskning (Kvale & Brinkmann, 2015; Tjora, 2012).

6.3 Overførbarhet

Om kunnskap skal kunne deles av andre vil overførbarhet eller relevans være en forutsetning (Malterud, 2011). Overførbarhet handler om hvor vidt vurdering av om spørsmålet om tolkninger som baseres på enkeltundersøkelse, kan være gjeldende i andre sammenhenger. Overførbarhet handler videre om hvor vidt leserne gjenkjenner fenomenet som studeres (Thagaard, 2013). Overførbarheten kan ha sine begrensninger og strategi for utvalg vil være av betydning for å avgjøre hvor de grensene går. Funnene må kunne gi mening ut over seg selv, og det kan være til hjelp å stille spørsmål om overførbarhet angående hva, til hvem og under hvilke betingelser (Malterud, 2011).

Da studien omhandler et lite utvalg, vil det ikke kunne generaliseres i den grad av at man kan si at resultatene vil være gjeldende for resten av landet. Det var ønskelig å undersøke hvordan helsetjenesten arbeider med barn som pårørende i andre kommuner enn min egen. Ut fra funnene gjort i studien tror jeg at det kan være stor sannsynlighet for at kunnskapsoverføring vil være aktuelt for de som ønsker å lese studien.

6.4 Forskerrollen og egen forforståelse

Forforståelsen omhandler hvordan man tolker både deler og en helhet med utgangspunkt i en subjektiv tilnærming. Det handler om hvordan man ser sin egen rolle og egen posisjon i møtet med andre mennesker. Om forskeren ikke er bevist egen forforståelse kan dette påvirke oppfattelsen av innholdet fra informantene, på en måte som gjør at studien ikke kan anses som troverdig (Kvale & Brinkmann, 2015; Tjora, 2012).

I denne studien vil forforståelsen være basert på arbeid med implementering av et familiefokus i egen tjeneste, utøvelsen av å være barneansvarlig i kommunal helsetjeneste og arbeid med barn som pårørende, over noen år. Det har gjennom hele studien blitt lagt vekt på at det er funnene som skal ligge til grunn for studien, og ikke egne antagelser. Forforståelsen kan likevel bidratt til forståelse over hva informantene beskriver i sine opplevelser og erfaringer, da mange av beskrivelsene er gjenkjennbare.

6.5 Forskningsetiske betraktninger

Når det kommer til den medisinske og helsefaglige forskningen, kan forskningsetikken deles inn i tre områder. Den første vil være etiske normer for vitenskapelig praksis, som vil være forskningsprosessen som helhet. Den andre vil være etiske normer for forsvarlig forskning, som også omtales som beskyttelsesetikken. Den siste er etiske normer for publisering og offentliggjøring av forskningsresultater (Carlsen et al., 2012).

Et forskningsintervju kan bestå av flere etiske utfordringer, og etiske spørsmål vil være integrert i alle faser av et forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Blant annet vil relasjonen mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet være av betydning for at det skal kunne skapes rom for at den som intervjues kan snakke fritt og trygt. En intervjuundersøkelse vil kunne ses på som en moralsk undersøkelse, hvor det er knyttet moralske spørsmål til både undersøkelsens midler og mål (Kvale & Brinkmann, 2015).

Denne studien krevde behandling av personopplysninger. Det ble derfor søkt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), for godkjenning av studien; referansenummer. 883013. Det ble diskutert hvor vidt studien trengte godkjenning fra Regional komité for medisinsk og

helsefaglig forskningsetikk (REK). Da studien ikke er omfattet av helseforskningsloven var det ikke grunnlag for søknad til REK.

6.5.1 Informasjon og samtykke

Deltakere i studien mottok et informert samtykke der studiens overordnede formål ble beskrevet. Gjennom et informert samtykke sikres man at deltakerne er med på bakgrunn av frivillighet, og de informeres om at samtykke kan trekkes når som helst. Deltakerne skal sikres anonymitet og konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malteruud, 2013). Informasjon om muligheten for å trekke samtykke ble informert om skriftlig i invitasjonen som gikk ut som e-post. Det ble igjen informert muntlig om muligheten til å trekke samtykke i oppstart av intervjuet.

6.5.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet handler som oftest om at private data som kan identifisere informanter, ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2015). Under intervjuene ble det benyttet lydopptaker for å sikre riktig gjengivelse av intervjuene. Lydfilen fra lydopptakeren ble slettet fortløpende, og så fort de hadde blitt lagret i dataprogrammet NVIVO. Utskrevne transkripsjoner ble oppbevart i et låst skap. Dataen som lagret intervjuene i NVIVO var låst med passordbeskyttelse, som ble aktivert til enhver tid den sto uten tilsyn. Forskningsprosjektet har en godkjenning fra NSD, med avtale om at all tilhørende data skal være slettet innen 1 juni 2022.

7.0 Resultat

Gjennom strukturert arbeid i den tematiske analysen av datamaterialet, kom det til syne tre ulike kategorier som på hver sin måte kunne bidra til å besvare problemstillingen: *Hvilke erfaringer har helsepersonell med å følge opp barn som pårørende i psykisk helsetjeneste?*

Kategorier:

1. Høyt individfokus i psykisk helsetjeneste
2. Fokus på barn kan bli tilfeldig
3. Helsepersonell opplever det som utfordrende å snakke om foreldrefungering

Den første kategorien omhandler hvorvidt tjenesteområdet innehar et individfokus eller et familiefokus i sin oppfølging til mennesker med psykiske helseutfordringer Den andre

kategorien beskriver hvilket fokus den enkelte behandler har i oppfølgingen av mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse. Den tredje kategorien beskriver behandlerens erfaring med å snakke med brukeren om foreldrefungering.

7.1 Høyt individfokus i psykiske helsetjenester

Informantene beskriver at de i stor grad har et individfokus i oppfølgingen av sine brukere.

En informant sier at de tidligere har jobbet ut fra et individfokus, men at de nå i større grad forsøker å jobber ut fra en helhetstenkning og tenke på barn som pårørende.

To av informantene beskriver at de i hovedsak har kortvarig oppfølging av brukerne, og at de derfor ikke rekker å komme i posisjon til å etterspørre barna.

«Vi tar inn brukere som har lettere psykiske helseplager, og som vi tenker skal ha et lavterskeltilbud. I det ligger ganske kortvarig oppfølging. Gullstandard hos oss ligger på 5 samtaler. En samtale hver andre uke. Så da er oppfølgingen kortvarig og individrettet».

To informanter beskriver at de etterspør barn, og evt. andre pårørende. De kan samtidig spørre om hvordan situasjonen oppleves for barna.

Flere av informantene uttrykker at familiefokuset bør få mer fokus å bli mer implementert i tjenesten.

Flere informanter mener det blir skjult praksis på hva de i egen tjeneste jobber med.

En informant forteller at hen er usikker på hvor god enheten er på å ha et familiefokus i oppfølgingen.

Ikke alle tjenestene gjennomfører kartlegging selv, da kartlegging blir gjennomført hos Forvaltningskontoret. Da kommer det en «ferdig bestilling» som behandler forholder seg til. To informanter beskriver at de hadde familiefokus under kartlegging når de gjennomførte den selv. Nå er de usikre hvor mye vekt som legges på det fra forvaltningskontoret.

I den grad at helsetjenestene har kartleggingsverktøy som brukes i oppstart av behandling, er det fåtallet som etterspør om brukeren har barn.

De aller fleste nevner at det hadde vært hensiktsmessig med større fokus på barn som pårørende i egen enhet, også i forhold til rutiner og rutinebeskrivelser.

En informant uttrykker at der er individet som blir henvist til tjenesten, og derfor den de har oppfølging av og fokus på. Men de er samtidig opptatt av hvem de har rundt seg. Så det forsøkes å ha fokus på begge deler.

En informant beskriver at de har et individfokus i sin oppfølging. Men i de tilfeller at de hører at det er litt utfordringer, oppleves det lettere å ta opp temaet om barn som pårørende.

En av kommunene beskriver at de har familiefokus og kartlegger om det er barn som pårørende i familien.

En informant føler selv at tjenesten er gode på å ha fokus på barn som pårørende.

7.2 Fokus på barn kan bli tilfeldig

En informant beskriver at de kan ha fokus på barn i samtalen. Da spør de om hva barnet sier om mor/fars situasjon, hvordan man tror det oppleves for barnet, hvordan barna blir ivaretatt, og det spørres om barna har fått informasjon.

Flere av informantene beskriver at de i liten grad kjenner til kollegers praksis når det kommer til å snakke om barn som pårørende. De utøver mye individuelt arbeid, og har derfor liten kjennskap til hverandres praksis.

Flere bemerker at de tror familiefokuset blir veldig individuelt og personavhengig ut fra hvem de får som behandler i tjenesten. At det kommer an på hvilket fokus behandler har, og at ikke nødvendigvis alle behandlere har samme fokus.

En informant sier at det blir veldig tilfeldig om det startes opp tiltak for barnet, til tross for at de tenker at barnet har eller kan få utfordringer selv.

Det uttrykkes blant flere at man blir sittende med en tanke/mening om at «noen andre» ivaretar barna. Skole for eksempel, eller helsesykepleiere.

«Det er ikke noen selvfølge at vi starter opp noe for barnet. Det blir litt personavhengig. Jeg kan starte opp noe, eller helsesykepleier kan starte opp et eventuelt samarbeid. Men det er ikke lovfestet av vi skal gjøre det. Starte opp noe, eller samarbeide».

Enkelte beskriver at de ofte forholder seg til henvisningen som kommer fra lege eller forvaltningskontor, og derfor kun har fokus på hva som står beskrevet der.

En informant er av oppfatningen om at man bør jobbe med barn som pårørende på bakgrunn av at man som fagperson vet at mange barn utvikler problemer selv. Og at man dermed bør jobbe forebyggende.

«Vi må bli bedre til å huske å spørre om det er barn i bildet. Hvordan barnet blir ivaretatt, om de har fått informasjon om mor/fars sykdom».

En informant uttrykker at hen føler man er på tynn is om man skulle ha gjennomført en barnesamtale, da hen aldri har gjort det før. Man har ikke kompetanse på det.

Flere av informantene nevner at det snakkes lite om fokus i oppfølging blant kolleger.

«Vi har et individfokus av de fleste som kommer hit. Men vi hører om tilfeller hvor det er utfordringer i hjemmet. Da er det lettere å tørre ta tak i problemet å spørre, når det er synlig».

Flere informanter nevner at de mangler gode rutiner for oppfølging av barn som pårørende.

En av informantene nevner at de burde ha hatt en felles forståelse av journalføring rundt barn som pårørende.

Det nevnes blant noen av informantene at man har lite erfaring med oppfølging ut fra et familiefokus, og at det derfor føles ukjent og utrygt å skulle inkludere barna i oppfølgingen.

1 av 6 informanter forteller at de har kjennskap til helsepersonelloven § 10A, resterende 5 klarer ikke å svare på hva helsepersonelloven § 10a handler om.

«Vi er pålagt å melde bekymring til barnevernet, men vi er ikke pålagt å følge opp barna. Vi har heller ingen rutine for å invitere til barnesamtale».

7.3 Helsepersonell opplever det som utfordrende å snakke om foreldrefungering

Når informantene ble spurt om hvordan det opplevdes å etterspørre foreldrefungering hos sine brukere, var det like mange beskrivelse som informanter. Noen følte det greit, mens andre opplevde det veldig ukjent.

Enkelte informanter reflekterte over at det kunne oppleves vanskelig å snakke om foreldrefungering før man var i en trygg relasjon med brukeren, da det kunne oppleves som tillitshemmende å etterspørre foreldrefungering. Spesielt om man spurte tidlig i oppfølgingen.

En informant uttrykte at det var ønskelig å ha fokus på det konkrete i henvisningen, framfor å spørre om «alt mulig annet».

«Det er greit å spørre om det, og det er greit å snakke om det, men jeg vil heller ha fokus på det som er grunnen for at de har søkt hjelp».

En informant følte det var naturlig å etterspørre foreldrefungering, og om barnet hadde oppfølging selv. Spesielt da det ofte viste seg at barna utviklet egne utfordringer.

Det ble beskrevet av en informant at når man selv hadde god kunnskap om temaet følte det trygt å spørre og å snakke om det.

«Jo mere kunnskap jeg har om tema, og jo mere jeg jobber med barn som pårørende, jo tryggere blir jeg i å snakke om det».

Det ble fortalt fra flere informanter at foreldre ofte svarer at barna ikke merker noe til deres psykiske helse. Dette kunne gjøre at informantene ble betenkelige til foreldres refleksjonsevne om egen psykiske helse.

Det var flere ulike beskrivelser av hvordan informantene opplevde å bli møtt av brukeren når de etterspurte foreldrefungering. Beskrivelser som ble brukt var redsel, sinne, usikkerhet, lettelse og mye følelser.

Flere av informantene beskrev at brukeren ofte syntes det var skummelt å snakke om foreldrefungering, da de var redde for at de skulle bli meldt til barnevernet.

«Jeg tror det er mye underrapportering når vi etterspør foreldrefungering. De er redde for at de blir meldt til barnevernet».

Noen av informantene beskrev at enkelte brukere syntes det var vanskelig å snakke om, da brukeren var redd for at behandleren skulle tro mindre om den. At den ikke var god nok som forelder.

Jeg tenker noen ganger at, hva blir annerledes da? Det blir jo ikke bedre om jeg melder bekymring til barnevernet.

En informant hadde opplevd å bli møtt med mistillit fra bruker, da det ble opplevd at behandler ikke hadde trodd at bruker mestret foreldrerollen.

Noen av informantene opplevde at brukerne ikke turte å si hvordan det faktisk var, da de ble redd for konsekvensene ved å erkjenne at det enkelte ganger var vanskelig å være forelder.

Flere av informantene beskrev at de opplevde at brukerne ville holde barna utenfor. At de beskrev at barna ikke merket noe til deres psykiske helse, og at det derfor ikke var nødvendig å snakke om.

Enkelte av informantene hadde opplevd at bruker gikk i forsvar og sa at barna hadde det bra.

En informant hadde opplevd at bruker ble lettet av at behandler tok opp tema. At man kunne få snakke om det, og erkjenne at det kunne være vanskelig i perioder.

En informant opplevde at enkelte brukere syntes det var naturlig og greit at man snakket om foreldrefungering.

En informant fortalte at hen hadde inntrykk av at brukerne ønsker det beste for barna sine, og derfor ønsker hjelp til å begrense belastningen for barna.

8.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil resultatene diskuteres. Diskusjonene vil struktureres gjennom studiens problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med å følge opp barn som pårørende i psykisk helsetjeneste?

Diskusjon er satt opp i lik struktur som resultatdelen, med kategoriene som skal svare ut forskningsspørsmålene. Det er benyttet underkapitler i diskusjonen for å skape en oversikt over hva som diskuteres.

8.1 Høyt individfokus i psykiske helsetjenester

Fåtallet av informanter svarte at de i deres tjeneste hadde et fokus på barn som pårørende i oppfølging av sine brukere. De fleste hadde et individfokus i oppfølgingen og forholdt seg til brukerens utfordringsbildet og henvisning. Om man tenker oppfølging ut fra et familiefokusert perspektiv, kan det være vanskelig å se hvordan man kan behandle voksne med psykiske helseutfordringer uten å ta opp barna som tema i samtalen. Når en voksen sliter med sin psykiske helse, på en måte som gjør at de oppsøker helsetjenesten, er det ikke et spørsmål om barna blir påvirket av forelderens sykdom, men hvordan barna blir påvirket (Kufås et al., 2004). Som fagperson har man kunnskap om at foreldreferdigheter kan svekkes når man har utfordringer knyttet til sin psykiske helse (Berge & Østberg, 2021; Lauritzen, 2018; Mordoch & Hall, 2008; Ruud et al., 2015; Reupert & Maybery, 2007). Dette må adresseres i større grad. Helsepersonell trenger å forholde seg til det gjennom å snakke med brukerne om deres foreldrefungering. Utfordringer med psykisk helse kan gjøre foreldre følelsesmessig fraværende (Berge & Østberg, 2021). Gjeldende ved for eksempel en depresjon, kan være at foreldre kan framstå som tilbaketrukne og uinteresserte. Dette kommer som et resultat av at man som deprimert ikke har overskudd til å stimulere barnet i like stor grad som før (Berge & Østberg, 2021). Det kan være at initiativ til familieaktiviteter ikke blir prioritert, på grunn av at man i utgangspunktet har mer enn nok med seg selv og å komme seg gjennom dagen. Manglende overskudd kan også bidra til at hverdagen blir uten struktur og uten grenser. Foreldre blir passive og ettergivende og kan ha vanskelig for å organisere hverdagen. Barn kan for eksempel komme for seint til skolen, da foreldrene ikke klarer å administrere morgenen. Det kan i andre tilfeller føre til en streng og autoritær oppdragelse. Noen foreldre vil kunne svinge mellom en passiv og en overinvolverende rolle. De vil kunne fremstå som vinglete i barneoppdragelsen, som kan føre til at barna blir forvirret og usikker (Berge & Østberg, 2021).

8.1.1 Ledelsen må legge til rette

For at det skal være mulig å ta hensyn til at hvert enkelt menneske er unikt og vil ha behov for individuelt tilpasse oppfølging, trengs en ledelse som legger til rette for fleksibilitet i organisasjonen. Det hevdes at 10-30 prosent av forbedringsområdene i helsetjenesten er faglige, mens så mye som 70-90 prosent er organisatoriske (Arntzen, 2014). Det vil si at det er mye god fagkompetanse i helsetjenesten, som kan trenge en bedre tilrettelegging for utøvelsen. Ledelse kan på den ene siden handle om administrativ tilrettelegging for god service og opplevd kvalitet. På den andre siden kan det handle om å tilrettelegge for god

faglig utøvelse (Arntzen, 2014). Ledere i alle nivå skal sørge for at virksomheten tar utgangspunkt i gjeldene lover og forskrifter som helsetjenesten reguleres av. De skal også sikre at brukermedvirkning er til stede (Arntzen, 2014). Helsetjenestene vil være avhengige av ledere som er tydelig i forventningene, og legger til rette for god gjennomføring av oppgavene som skal gjøres (Hauger et al., 2020). Informantene i studien ga uttrykk for at barn som pårørende ikke fikk tilstrekkelig fokus. Tjenestene hadde i stor grad et individfokus i oppfølging, og de færreste hadde et konkret tilbud til barn som pårørende. 1 av 6 informanter fortalte at de hadde kjennskap til helsepersonelloven §10 A. Gjennom tydelig forankring i alle ledd, vil det kunne være lettere for ansatte å vite hva som til enhver tid er forventet at de skal følge opp (Hauger et al., 2020). Kommunene i studien viser tydelig en manglende konkretisering av hvordan de følger opp lovgivningen i helsepersonelloven § 10a. Multisenterstudien som har evaluert lovgivningen om barn som pårørende (Ruud et al., 2015) viser at loven bare delvis er etterfulgt. Den viser til manglende kartlegging og dokumentering, sviktende rutiner for å melde bekymring til barnevernet, å henvise barn til andre tjenester for oppfølging, samt en stor variasjon i å gi barn nødvendig informasjon om foreldrenes sykdom. For å oppnå en kultur for forbedring og utvikling vil en virksomhet være avhengig av en god struktur og tydelig ledelse. En leder bør sørge for at alt som kan og bør planlegges, blir planlagt, gjennomført, evaluert og eventuelt forbedret ved behov (Arntzen, 2014).

8.1.2 Behov for struktur og rutine

Flere av informantene ga uttrykk for at de opplevde at de ikke hadde noen god struktur på hvordan deres tjeneste fulgte opp barn som pårørende. De kartla i beste fall om brukeren hadde barn, og ut over det kunne det være veldig tilfeldig hvilken oppfølging som ble gitt. Som en forutsetning for at kommunen skal kunne ta i bruk kunnskap, kreves det at man jobber med utvikling av strukturer og kulturer (Fors og Moe, 2021). Selv om det i 2010 ble gjort endringer i helsepersonelloven, ligger det ingen endringer i form av retningslinjer eller ressurser for å følge opp barn som pårørende i kommunal sektor (Reedtz & Lauritzen, 2015). For å klare å gjennomføre endringer i oppfølgingstilbudet vil man være avhengig av noen sentrale faktorer. Disse kan blant annet være tid og nok personell til å gjennomføre endringene, at personell gis faglig kompetanse for å motivere brukerne for å ta imot tiltak relatert til barna, til å kunne gjennomføre tiltakene rent praktisk og å ha mulighet for å dokumentere (Reedtz & Lauritzen, 2015). Når ikke dette ligger til grunn, vil oppgaven kunne føles vanskelig å innfri. Endringsarbeid vil kreve et samarbeid mellom helsepersonell og ledelsen, og det vil kreve tid. Gode rutiner og retningslinjer for oppfølging av barn som

pårørende vil kunne gi ansatte en god oversikt over hva egen tjeneste legger til grunn i sitt arbeid med å følge opp barn som pårørende (Reedtz & Lauritzen, 2015). Rundskrivet «Barn som pårørende, Mor Far er syk» handler om lovbestemmelsene til barn som pårørende, og gir utfyllende kommentarer til innholdet. Denne skal kunne brukes som en veileder til helsepersonell som har et ansvar ut fra bestemmelsene (Helsedirektoratet, 2010). Som vedlegg i dette rundskrivet, ligger et forslag til hvordan man kan kartlegge behov et barn eventuelt skulle ha om dens mor eller far har psykisk sykdom. Om man velger å bruke malen, eller tilpasse det egen enhet vil være opp til hver enkelt kommune, men man kan få noen ideer til hva som er lurt å kartlegge for å kunne gi best mulig bistand videre.

Kommunens ansvar for oppfølging av barn som pårørende står beskrevet i blant annet Pårøreveilederen (2017). Pårørendeveilederen sier at kommunen skal sikre at helsepersonell har nødvendig kompetanse på involvering og støtte til pårørende. Videre beskrives det ulike metoder for hvordan arbeidet med barn som pårørende kan organiseres. Pårørendearbeid må ikke ses på som en ekstraoppgave, men som en integrert del av behandlingen. Når man jobber med helheten må man ta seg tid til å snakke med barn for å vite hvordan barna har det og hvordan de opplever å ha en mor eller far som er psykisk syk. Når man er pårørende skal man ikke være nødt for å opptre som tilskuer til noe som skjer med noen andre, men man skal kunne være deltagende i det som skjer. For at det skal skapes forståelse for en situasjon, må barna få informasjon og deltagelse (Pårørendeveilederen, 2017). Helsepersonell uttrykker at barn som pårørendearbeid kan vise seg å være vanskelig da det ikke ligger tildelt tid til oppgaven (Hjelmseth, 2018). Ansvar for å følge opp barn som pårørende blir lagt på toppen av det vanlige arbeidet, og det blir derfor ingen reduksjon av ordinære arbeidsoppgaver. Det blir heller ikke lagt føringer fra ledelsen om tidsbruk (Hjelmseth, 2018). Endring trenger tid (Skogøy, 2016). Selv om høykvalitets implementering kan ta to til fire år, kan det ofte ta over ti år å etablere en ny praksis. Det er derfor nødvendig å jobbe systematisk over tid, slik at praksisen får etableres som en rutine som skal inngå i tjenesten utøvelse av helsetjenester (Skogøy, 2016).

Etter gjennomføringen av samhandlingsreformen er det lagt føringer for at kommunene i større grad skal ta ansvar for behandling og oppfølging av mennesker med psykiske helseplager. Dette betyr at flere pasientforløp overføres fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten i kommunene (Meld. St. 47, (2008-2009). Selv om kommunene har frihet til å selv velge innretning på det kommunale helsetilbudet, ligger det føringer gjennom lovkrav til hva det kommunale tilbudet skal inneholde (Arntzen, 2014). Gjennom muligheter

for variasjon i tjenestetilbudet kan det skapes ulikheter i hvilke tilbud som gis. Dette kan føre til at mennesker med psykiske helseutfordringer får ulike tilbud ut fra hvilken kommune de bor i. Ledere i alle nivå skal tilrettelegge slik at det tilbys gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Videre skal de sørge for at nasjonale helsepolitiske mål og prioriteringer blir oppfylt. Om alle krav i lovverket hadde vært realisert, kunne det bidratt til å synliggjøre og sikre den solidariske modellen med likeverdige og gode helsetjenester til alle som måtte trenge det. Etterlevelse av verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten omhandler etterlevelse av regelverket (Arntzen, 2014).

8.1.3 Kompetanse og kunnskap

Om kommunen skal være i stand til å ivareta innbyggernes behov for behandling, pleie og omsorg, er den avhengig av kompetente ansatte og ledere som holder seg oppdatert på ny og avansert kunnskap. Kunnskapen må også kunne settes ut i praksis (Bing-Jonsson et al., 2016). Samhandlingsreformen utfordrer oss på dette, da det stilles høyere krav til behandling i kommunehelsetjenesten. Det betyr at ansatte i kommunehelsetjenesten må følge utviklingen og være sulten på kunnskap slik at vi kan dekke behovene innbyggerne har (Meld. St. 47, (2008-2009). For å sikre en kontinuerlig forbedring av praksis, er vi avhengige av at det formidles ny evidensbasert kunnskap til ansatte og til ledere. For at det skal være gjennomførbart trengs ansatte og ledere både erfaring og kunnskap på forskning og utviklingsarbeid (Berg & Moe, 2021). Faglig identitet vil styrkes i takt med utvikling og økt kunnskap (Solem et al., 2008). Videre vil dette påvirke positivt for engasjementet vi legger mot de vi skal hjelpe. Om brukeren opplever et engasjement hos helsepersonellet, kan det påvirke den terapeutiske alliansen. Gjennom et faglig grunnlag som støttes i forskningsbasert empiri, styrkes tryggheten på egen kunnskap (Solem et al., 2008). Informanter i studien uttrykte at de hadde for lite kunnskap om barn som pårørende og om gjennomføring av samtaler med barn. Det publiseres kontinuerlig mye god og relevant forskning for helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Problemet er at forskningen i liten grad tas i bruk, og at det derfor blir for stort gap mellom teori og praksis (Solem et al., 2008). Kvalitetsforbedring av tjenester blir tilfeldig i måten det følges opp (Moe & Forås, 2021). Helsehjelpen som gis blir preget av her og nå, og fulgt opp basert på «gammel» kunnskap. En informant i studien ga tydelig uttrykk for at kunnskap ga trygghet i utøvelsen, og i oppfølging av barn som pårørende. Implementering av ny kunnskap struktureres ikke, og den blir dermed vanskelig å forholde seg til (Moe & Forås, 2021). Når hele helsetjenesten er bygd opp på, og basert på faglig kompetanse, vil det være naturlig at helsepersonell til en vær tid trenger å

være innstilt på å tilegne seg ny og aktuell kompetanse. Samfunnet endrer seg, utfordringsbildet endrer seg og da vil det være nødvendig at helsepersonell gis mulighet til å tilegne seg kunnskap for å møte endringene (Moe & Forås, 2021). Helsepersonell vil ikke kunne klare å møte kravene for forsvarlige helsetjenester, om man ikke tilegner seg ny og relevant kunnskap over tid (Rosenvinge et al., 2004). 1. januar 2012 trådte ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 §8). Loven tydeliggjør kommunenes ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I § 8-3 står det: «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Målet er å stimulere til praksis-nær forskning og bidra til at tjenestene sprer og tar i bruk ny kunnskap i møte med framtidige utfordringer. Om ansatte skal ha mulighet til å tilegne seg ny kunnskap trengs støtte fra ledere i alle ledd med bakgrunn i forståelse for utvikling i faget (Rosenvinge et al., 2004).

Det ble nevnt av flere informanter at de ikke gjennomførte kartlegging av nye brukere selv. Dette var en oppgave som ble utført hos Forvaltningskontoret. Dette er nok ikke uvanlig, og flere kommuner tilbyr sine tjenester via et Forvaltningskontor (Moe & Forås, 2021). Dette kan likevel ses på som en metode preget av New Public Management-tenkning, som i all hovedsak skal styrke effektiviteten og kontrollen. Gjennom en slik organisering kan kunnskapsutvikling begrenses, dermed også utvikling av tjenestetilbudet som bør baseres på blant annet faget (Moe & Forås, 2021). Når det er ansatte på et forvaltningskontor som skal tildele en innbygger en tjeneste, vil det være nødvendig at den ansatte har kompetanse på feltet man tilbyr tjeneste gjennom. Det vil si at en ansatt på forvaltningskontoret bør ha kunnskap om det psykiske helsefeltet om man skal tildele tjenester der. Kartlegging av innbyggerens behov må baseres på kunnskap om utfordringen, og den må bestå av relevante spørsmål ut fra hva tjenesten kan tilby (Moe & Forås, 2021). Flere av informantene som ikke kartla sine brukere selv, uttrykte at de var usikre på hvor vidt forvaltningskontoret etterspurte barn som pårørende. Det kan være tilfeldig at disse informantene ikke viste, men det burde ha vært en felles forståelse mellom de som fordeler tjenester og de som skal utføre helsehjelpen. Om ikke kan tjenestene som tilbys oppleves fragmenterte og opplevde behov stå udekt. Tilbudet som gis vil kunne være påvirket av hva den ansatte på forvaltningskontoret la til grunn som viktig i kartleggingen. Men som ikke opplevdes viktig for innbyggeren. Det burde derfor være mulig at tildeling av tjenester, og kartlegging av behov kan gjennomføres i den

psykiske helsetjenesten som skal gi tilbud om oppfølging til den enkelte. Da får innbyggeren tilbud om oppfølging med utgangspunkt basert på faglige begrunnelser (Moe & Forås, 2021).

8.3.4 Helsepersonelloven vs. Spesialisthelsetjenesteloven

Til tross for at det i 2010 ble innført ny lovparagraf for å sikre at barn som pårørende skal bli ivaretatt, var det i denne studien fåtallet av informanter som kunne svare at de hadde kjennskap til helsepersonelloven §10a. Helsepersonelloven § 10a, handler i stor grad om å kartlegge behov. Det skal avklares om brukeren har barn, og videre må man kartlegge hvilke behov for informasjon eller oppfølging barnet har (Helsepersonelloven, 1999 § 10a). Med utgangspunkt i hva man avdekker i kartleggingen, skal helsepersonell ivareta behovet barnet har for informasjon og oppfølging som følge av forelderens psykiske uhelse. Dette betyr at barn har en lovfestet rett til å bli sett og ivaretatt når forelderen kan ha utfordringer i foreldrerollen. Videre vil også den enkelte ansatte måtte stå til ansvar for sin manglende kunnskap. Spesialisthelsetjenesten har en egen lovbestemmelse som beskriver at helseforetakene i nødvendig utstrekning skal ha barneansvarlig personell (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §3-7a). Helsedirektoratet (2018) beskriver hva en barneansvarlig har av forpliktelser i funksjonen. Funksjonen som barneansvarlig har som ansvar å koordinere og fremme arbeidet i egen enhet. Informere og veilede kolleger uten å overta ansvaret. De skal ha oversikt over aktuelle tilbud og hjelpeinstanser internt og eksternt. Ha god kunnskap om barn som pårørendes situasjon og behov og de skal ha god kunnskap om kommunikasjon med barn (Helsedirektoratet, 2018). I kommunehelsetjenesten har man ikke en lignende lovbestemmelse. Til tross for at man har omfattende forskning på hvordan barn kan påvirkes negativt av sin forelders psykiske uhelse, har man kun i spesialisthelsetjenesten et krav om å ha barneansvarlig personell (Killen, 2019; Bergem, 2018; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §3-7a). I studien forteller 3 informanter at de har barneansvarlig i tjenesten. Det betyr at psykisk helsetjeneste i to av kommunene har barneansvarlig i sin tjeneste. Til tross for at de i den ene kommunen har barneansvarlig i tjenesten, har de ikke et tilbud til barn som pårørende. Informantene har heller ikke kunnskap om eller kjennskap til helsepersonelloven § 10a. Hva bruker man da den barneansvarlige til, om ikke for å sikre at barn som pårørende blir sett, hørt, møtt, og gitt mulighet til å motta tilpasset informasjon om forelderens sykdom. Er den barneansvarlige klar over hvilken oppgave den egentlig har, og er den barneansvarlige frigitt nok tid til å gjøre seg kjent med oppgaven, og synlig for kolleger. En barneansvarlig burde sørge for at ansatte er kjent med sin plikt gjennom helsepersonelloven. Den burde sørge for at tjenesten har et tilbud til barn

som pårørende, og å gjøre ansatte er kjent med det tilbudet til barn som pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §3-7a). Det finnes flere metoder som kan tas i bruk for gjennomføring av en barnesamtale. For de av informantene i studien som kunne si at deres tjeneste hadde et tilbud til barn som pårørende, ble Barnas Time nevnt som metode.

Barnas time er en temafokusert barne- og familiesamtale som kan benyttes når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Timen ledes av veiledere i metoden, sammen med foreldre og barna. Timen kan benyttes som et engangstilbud eller den kan gjentas ved behov. Innholdet i timen vil variere ut fra barnas alder, modenhet, forelderens grunnutfordring og ut fra hva barnet er opptatt av (Haukø & Stamnes, 2009). Den helsepedagogiske tilnærmingen i Barnas time vil være å legge til rette for å skape en mulighet for samhandling mellom fagpersoner, foreldre og barn. Gjennom å bruke metoden er ideen at det skal være mulig å redusere stress og ubehag for de som lever i en stressende situasjon, gjennom god kommunikasjon. Formidling av helserelatert informasjon kan være krevende. Det vil være nødvendig å vise respekt og ydmykhet i sårbare situasjoner for andre mennesker (Haukø & Stamnes, 2009). Gjennom Barnas time er formålet å forebygge en usikkerhet barna kan oppleve, gjennom å oppfordre til åpen kommunikasjon i familien rundt den sykeforelderen. Videre er målet å skape mestring, og hjelpe foreldre med å bryte tabu. Barnas time kan brukes som et forebyggende helsetjenestetilbud, som kan bidra til å redusere et eventuelt traume før stresstilstanden har vart for lenge. Gjennom å snakke om vanskelige opplevelser kan barns emosjonelle stress begrenses. Ved å øke forståelsen kan både barn og foreldre oppleve en normalisering av tanker, følelser og reaksjoner man kan ha (Stamnes & Haukø, 2014). Barnas time er en av mange metoder som kan brukes i tilnærmingen for å gjennomføre en barnesamtale. To av informantene i studien hadde opplæring i metoden, men liten erfaring i å ta den i bruk. Videre kan det være at kommunene brukt i studien har tilbud til barn som pårørende, hvor ansatte fra psykisk helsetjeneste kan henvise/ta kontakt, uten at informantene kjenner til/husket de i intervjuene.

8.2 Fokus på barn kan bli tilfeldig

Flere av informantene beskrev at fokus i oppfølgingen kunne bli tilfeldig og avhengig av hvem du fikk som behandler. Det ble også uttalt at de i liten grad viste hva kollegaen på den andre siden av veggene vektla i oppfølging av «sine» brukere.

8.2.1 Variasjoner i tjenestetilbudet

Ulikheter i det kommunale helsetjenestetilbudet kom til syne i denne studien. Det var stor variasjon mellom de ulike kommunene hvorvidt tjenesten hadde et individfokus eller familiefokus i oppfølging av sine brukere. Videre var det uttrykt forskjeller mellom hvilket fokus behandlere i en og samme enhet hadde, når det kom til å ha et individfokus eller et familiefokus. Riksrevisjonens rapport er tydelig på at det er grunn til å stille spørsmål ved omfang og kvalitet av de kommunale helsetjenestene (Riksrevisjonen, 2021). Variasjonene i det kommunale tjenestetilbudet vil oppleves for store til at man kan si at målet om likeverdige tjenester for hele landet er oppnådd (Riksrevisjonen, 2021). I denne studien viser variasjonene seg gjeldende hos helsepersonell i psykisk helsetjeneste. Vi er avhengige av variasjoner og at ansatte ser på problemstillinger med ulike perspektiver. Slik omfavner vi flest, best mulig. Men grunnpilarene i hva som vil være viktig i oppfølging av mennesker med psykiske helseutfordringer vil være viktig at ligger til grunn i en avdeling (Reedtz & Lauritsen, 2015). Nettopp for å sikre at tilbudet ikke blir personavhengig eller tilfeldig. Reedtz & Lauritsen (2015) beskriver i sin studie at manglende opplæring var en av faktorene som hindret ansatte i å følge opp barn som pårørende. Behandlere i studien oppga selv at de manglede nødvendig kompetanse og kunnskap om foreldre og barn, til å kunne jobbe ut fra et barne- og familieperspektiv. Det ble beskrevet mangel på erfaring med å snakke med barn om tema som opplevdes vanskelig å snakke om. Det ble vektlagt som en viktig faktor for at behandlerne uttrykte usikkerhet til oppgaven. Mangel på erfaring med barn blir derfor grunnen for at ansatte blir mindre villig til å kartlegge barn som pårørende til sine brukere (Reedtz & Lauritsen, 2015). Til tross for at det gjøres en hel del for å synliggjøre og redusere variasjoner i det kommunale tjenestetilbudet, vil det være viktig å se framover på hva som trengs for å ivareta videre behov i det psykiske helsefeltet (Riksrevisjonen, 2021). Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan har de regionale helseforetakene, i samarbeid med KS, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og andre aktører fått i oppdrag å gjøre en analyse av befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester (Riksrevisjonen, 2021). Resultatene fra disse analysene vil forhåpentligvis kunne bidra til en reduksjon av variasjoner og samtidig styrke tjenestene framover ut fra kommunenes behov. Ved at tjenestetilbudet blir individuelle, og at oppfølgingen vil være avhengig av hvem du får som behandler, vil ikke tilbudet kunne karakteriseres som likeverdig (Riksrevisjonen, 2021). Det vil alltid være nødvendig med rom for at helsepersonell er ulike, og kan ha en ulik tilnærming til barn som pårørende. Men det må ligge til grunn at tilnærmingen er tilstede. Det vil være viktig at det ligger føringer for hva en tjeneste skal tilby (Reedtz og Lauritsen, 2015). Ivaretakelse av barn

som pårørende blir utfordrende om oppgaven ikke er tydelig beskrevet eller definert, da det skapes usikkerhet for de ansatte (Reedtz og Lauritsen, 2015).

8.2.2. Usikkerhet

Å være forelder kan ofte by på utfordringer. Å være forelder med psykiske helseutfordringer vil kunne utfordre i større grad (Stamnes & Haukø, 2014). Mange foreldre ønsker ikke å erkjenne at barna påvirkes av deres symptomtrykk (Stamnes & Haukø, 2014; Kufås et al., 2004). Det ble av flere i studien uttrykt at de opplevde at foreldre ga uttrykk for at barna ikke merket at de hadde psykiske helseutfordringer. Flere mente at de klarte å skjule det for barna, og at barna ikke merket at det var noe galt. Foreldre uttrykker ofte en usikkerhet knyttet til hvilken informasjon som skal gis, og om de skal snakke med barna om deres psykiske helse (Knutsson et al., 2016). Studier viser at foreldre synes det er vanskelig å snakke med barna om deres psykiske helse (Knutsson et al., 2016). Det skapes en usikkerhet til hva som skal deles, og hvordan. Ofte er foreldre redde for å si noe feil, eller gjøre vondt verre. De velger da heller å ikke si noen ting (Knutsson et al., 2016). Ofte kan det ligge en stor bekymring og belastende engstelse over å ikke ønske å snakke om barna og deres situasjon (Kufås et al., 2004). Foreldre kan føle på en redsel for å ikke være god nok som forelder, for å ha ødelagt barna sine, for å miste dem, eller for å ikke være viktig (Kufås et al., 2004). I slike tilfeller vil foreldrene ha behov for at helsepersonell opptrer som tydelige og trygge fagpersoner. Foreldre har behov for at helsepersonell med bakgrunn i faglig kompetanse kan fortelle de at barna mest sannsynlig allerede har merket at noe er galt (Knutsson et al., 2016; Kufås et al., 2004; Hauger et al., 2020). Når foreldereren sier at det ikke er noe, skapes en usikkerhet hos barnet som opplever en diskrepans mellom hva foreldereren viser i sitt kroppsspråk, og hva den sier med ord. Usikkerhet og utrygghet skapes for barnet (Knutsson et al., 2016; Kufås et al., 2004; Hauger et al., 2020). Barn trenger å få være en del av familiens fellesskap i både gode og dårlige perioder i livet (Berge & Østberg, 2021). På lik linje som voksne, har barn behov for å kjenne en tilknytning til familien og ha en erfaring med at utfordringer er noe som håndteres og oppleves sammen. Slik vil barna kunne oppleve at de er av betydning i familien, og at deres bidrag kan bety en forskjell. Om familien har det vanskelig, vil også barna oppleve å ha det vanskelig (Berge & Østberg, 2021).

Flere av informantene uttrykte en opplevelse av at brukerne ikke turte å si det som det var, når de etterspurte foreldrefungering. Foreldre kunne bli usikre på hva informasjonen skulle brukes til, og hvem den eventuelt skulle deles med. Informantene ga uttrykk for at de også

kunne kjenne på det som utfordrende å etterspørre foreldrefungering. Mayberry & Rupert (2009) ser på dette som manglende kunnskap om barns behov. Mayberry & Rupert (2009) beskriver at det er nødvendig å ha kjennskap til barns behov, hvordan man snakker med barn, hvordan man trekker barna inn i samtalen med den voksne og hvilke tilbud man kan gi barn. Noe av dette kan kanskje relateres til at det er for lite fokus på barn som pårørende i utdanningsinstitusjonene. Kan det tenkes at det i utdanningsinstitusjonene også bæres preg av at fokuset ligger på problembæreren framfor at barn som pårørende får plass. I emnebeskrivelsen for psykisk helsearbeid for sykepleiere hos Nord Universitet, er ikke barn som pårørende nevnt verken under kunnskaper, ferdigheter eller generell kompetanse som studenten skal tilegne seg (Nord universitet, u.å). Det er viktig at utdanningsinstitusjonene har fokus på betydningen av familieperspektivet i møte med, og behandling av alle brukere. Det er også viktig at de vektlegger betydningen av samarbeid og samordnede tjenester. For å kunne møte et barn som ikke er i stand til å klare seg selv eller å se utfordringene i en situasjon, kreves både kunnskap og kvalifikasjoner (Mayberry & Reupert, 2009). Har ikke helsepersonell en grunnleggende forståelse for at et barn kan ta skade av deres psykiske helseutfordring, kan et barn måtte gå lenge uten å få den hjelpen de trenger (Mayberry & Reupert, 2009).

Informantene fortalte at foreldre kunne oppleves redde for at de skulle ses på som dårlige foreldre om de satte ord på at foreldrerollen kunne være vanskelig. Det vil være viktig at helsepersonell tar seg tid til å snakke med brukeren om hvordan situasjonen kan oppleves for barna (Berge & Østberg, 2021). Foreldre som har det vanskelig med psykisk helse kan føle på dårlig samvittighet ovenfor barna (Kufås et al., 2004). De er klare over at de i perioder ikke strekker til, og kan derfor være redde for at barna blir skadelidende. Foreldre reagerer ofte med å love bort hendelser eller ting til barna, men kommer til kort og klarer ikke å gjennomføre. Dette kan påvirke barna negativt, ved at forventninger knuses (Kufås et al., 2004). Det vil også kunne påvirke forelderen negativt, ved en opplevelse av å ikke strekke til. Psykiske helseplager vil kunne variere i grad av symptomtrykk, og foreldre vil gjerne gjøre bot i perioder hvor man har mindre symptomtrykk (Kufås et al., 2004). I frykt for at behandler skal melde bekymring til barnevernet, sier informantene at foreldre gir uttrykk for at alt er bra og at barna har det fint. Frykt for barnevernet antas også å gjelde for helsepersonell. Det meldes bekymring til barnevernet i langt mindre grad enn hva som bør meldes (Breimo et al., 2021; Svalheim & Myhre Steffenak, 2016). Det kan blant annet handle om beholders usikkerhet for å melde uten å ha nok grunnlag, frykt for om man bryter taushetsplikten, redsel for at relasjonen mellom behandler og bruker blir brutt eller at man har

manglende tillit til barnevernet (Svalheim & Myhre Steffenak, 2016). Årsakene kan være mange. I tilfeller hvor behandler er redd for å skade relasjon til brukeren, bør hensynet til barnets beste komme foran hensynet til forelderen. Likevel ser man studier hvor man finner at helsepersonell prioriterer relasjonen til den voksne framfor å melde bekymring (Svalheim & Myhre Steffenak, 2016). Oppfølging av brukere med alvorlig psykisk lidelse kan for behandlere oppleves følelsesmessig belastende (Svalheim & Myhre Steffenak, 2016). For å beskytte seg mot ytterligere påkjenninger, distanserer behandlere seg fra barna. Barns situasjon blir bagatellisert, og det påstås at barna er tilpasningsdyktige og «tåler det». Vi kommer igjen tilbake til hvor viktig det er å ha kompetanse på hva man jobber med. Ved slike tilfeller kan det tolkes som manglende kompetanse om barns utviklingsbetingelser, mangel på tid og igjen redsel for å ødelegge relasjonen til brukeren (Svalheim & Myhre Steffenak, 2016).

8.2.3 Informasjon og forståelse

Barn blir i liten grad informert om foreldres psykiske helseutfordringer (Metz & Jungbauer, 2019). Gjennom studier gjort med barn som har vokst opp i et hjem der en av forelderen hadde psykiske helseutfordringer, sier barn at de ønsket mer informasjon om forelderens sykdom. Barna ønsket informasjon om sykdommen, hva den gikk ut på og hva den gjorde med forelderen (Metz & Jungbauer, 2019; Knutsson et al., 2016). Ofte virker det som det kan være utfordrende både for behandler og for bruker å snakke om at barn trenger informasjon om sykdommen (Metz & Jungbauer, 2019; Knutsson et al., 2016). Hva kan dette komme av, og hvorfor gjør det helsepersonell usikre å skulle snakke med barn. Erfaring og kunnskap vil være avgjørende for hvordan vi føler oss kompetente som helsepersonell for å møte barns behov for informasjon og oppfølging. Kompetanse fremmer trygghet og faglig identitet styrkes i takt med kompetanseheving (Solem et al., 2008). Grad av kompetanse og trygghet i yrkesutøvelsen vil kunne påvirke behandlerens engasjement ovenfor bruker, som igjen kan påvirke brukers opplevelse av terapeutisk allianse og forventning om endring. Når kunnskapen baseres på forskningsbasert empiri, vil trygghet på kompetanse kunne styrkes enda mer (Solem et al., 2008). Psykisk helsetjeneste for voksne har tidligere ikke vært aktuell for barnesamtaler i særlig grad. De har i stor sett vært drevet av et individfokus (Reedtz & Lauritzen, 2015).

Etter lovendringen i helsepersonelloven i 2010, skulle dette gi utgangspunkt for endring og bedring i oppfølging av barn som pårørende (Helsepersonelloven, 2010). Med utgangspunkt i funn gjort i denne studien, kan det settes i tvil om lovendringen har gitt barn som pårørende et

bedre tilbud i den psykiske helsetjenesten. Det kan i stor grad legges som et ledelsesansvar å sikre at helsetjenesten har et fokus på barn som pårørende, og med det både kartlegge om brukeren har barn og om barnet har behov for oppfølging (Arntzen, 2014). Samtidig vil man også kunne si at helsepersonell har et individuelt ansvar for egen læring, og man må tilegne seg kunnskap ut fra etterspørsel (Arntzen, 2014). Flere av informantene beskrev at de hadde et individfokus i oppfølgingen av brukerne. «Jeg forholder meg til henvisningen», ble uttrykt i et intervju. Til tross for at det i Norge er foretatt en rekke reforminitiativ og opptrappinger i det psykiske helsefeltet, viser det seg at vi ikke har lyktes helt ennå (Forås & Moe, 2021). Vi trenger å jobbe videre for å skape forståelse for hvorfor en familiefokusert tilnærming er viktig i oppfølgingen av mennesker med psykiske helseutfordringer. Slack og Webber (2007) finner i sin studie at behandlere har en generell holdning om at barn av foreldre som har en psykisk lidelse, trenger hjelp. Selv om de fleste behandlere har denne holdningen, sitter mange av dem med en mening om at det ikke er «min rolle eller mitt ansvar», og verken ivareta eller følge opp barna av brukeren (Slack og Webber, 2007; Knutsson et al., 2016). Det samme kommer til uttrykk fra noen av informantene i denne studien også. Man kan mene at barna vil ha behov for oppfølging, men at ansvaret for oppfølgingen vil ligge hos noen andre. Det ble uttrykt av en informant i studien, at tanken på en barnesamtale føltes fjernt da hen aldri hadde gjort det før. Forskning viser at helsepersonell opplever å ha for liten kompetanse og erfaring med å følge opp barn som pårørende (Knutsson et al., 2016). Manglende erfaring gjør at helsepersonell føler det ukomfortabelt i situasjoner hvor de må snakke med barn som pårørende, noe som gjør at de heller unngår barna i sin helhet (Knutsson et al., 2016). Det uttrykkes at de ikke er vant med det, at de ikke vet hvordan de skal møte dem og at det derfor skapes en frykt for å gjøre det. Det skapes dermed en holdning om at noen andre tar det (Knutsson et al., 2016).

Helsepersonell har i sin arbeidshverdag en rekke arbeidsoppgaver de skal ivareta, utfordringsbildet endrer seg raskt, og oppgavene blir mer og mer komplekse (Andfossen et al., 2021). Helse- og omsorgstjenestene, myndighetene, utdanningene og forskning har siden 1990-tallet prøvd å kartlegge hensiktsmessig bemanning og kompetanse i forhold til antall pasienter og pasientenes behov (Andfossen et al., 2021). Selv om det er jobbet kontinuerlig mot en forbedring av situasjonen, har man fortsatt utfordringer. Det er fortsatt et stort gap mellom bemanning og behovet for helsehjelp og det mangler helhetlige forklaringer på hva som gjør at en langsiktig satsning på bemanning og kompetanse, ikke fører frem i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Andfossen et al., 2021). Den kommunale helse- og

omsorgstjenesten har ikke begrensninger på hvor mange brukere en ansatt kan ha. Det må derfor tas vurderinger om hva som er hensiktsmessig bemanning (Andfossen et al., 2021; Gautun & Bratt, 2015). Minstenormen for faglig forsvarlighet kan ses som ganske uklar. Faglig forsvarlig bemanning må derfor baseres på en rekke vurderinger ut fra faglig skjønn og erfaring (Andrews & Gjertsen, 2014). Når bemanningen oppleves for lav, må helsepersonell gjøre prioriteringer i oppgavefordeling for hva som må gjøres og hva som kan vente. Forebyggende arbeid kan ofte prioritert bort, framfor andre oppgaver (Andrews & Gjertsen, 2014). Hadde det vært en hvilken som helst prosedyre en innbygger hadde trengt bistand til fra hjemmesykepleien, tas det for gitt at det ligger føringer for at helsepersonell er nødt for å tilegne seg den kunnskapen slik at oppgaven blir utført. Prosedyrer lages, og helsepersonell får opplæring. Det kan kanskje se ut for at det ikke er helt det samme når det kommer til oppfølging av barn som pårørende. I en undersøkelse gjennomført av Sykepleien i januar 2022, svarer 1 av 10 ansatte at det mangler strukturerte eller avklarte rutiner for oppfølging av barn som pårørende. Det blir også tilfeldig hvor mye den enkelte kan om lovverk og anbefalinger (Bergsagel, 2022). Det begynner å være mye forskning som viser til at barn som vokser opp sammen med foreldre som sliter med psykisk sykdom, kan få konsekvenser med egen helse (Halligan et al., 2007; Kommisrud et al., 2019; Oyserman et al., 2004; Reupert & Maybery, 2007). Videre er det også forskning som støtter at barn som pårørende ikke får nok tid, eller blir prioritert godt nok (Svalheim & Myhre Steffenak, 2016; Reedtz & Lauritzen, 2015). Informantene i studien uttrykker ved flere anledninger at man føler på usikkerhet knyttet til å samtale med barn. Helsepersonell må etterspørre kurs eller videre utdanning slik at de kan tilegne seg den manglende kompetansen for å sikre utførelse av en oppgave. Samhandlingsreformen la til grunn samhandling og koordinerte helsetjenester som skulle sikre at brukeren fikk helhetlig hjelp (Meld.st. 47 (2008-2009)). Det er nå 12 år siden, og fortsatt klarer vi ikke å gjennomføre tilstrekkelig grad av samarbeid (Forås & Moe, 2021). Hverken i egen organisasjon eller mellom kommuner og helseforetak. Det virker som de aller fleste som jobber i helsetjenesten mener at samarbeid både er bra og til gunst for bruker. Men det virker samtidig som at ingen ønsker å ta ansvar for å gjennomføre det nødvendige samarbeidet. Dette gjenspeiler seg i hva informantene sa.

8.2.4 Tverrfaglig samarbeid

Verken omsorgstiltak eller utredninger av barn skal skje i de psykiske helsetjenestene for voksne. Dette skal skje i de kommunale barnevernstjenestene og barne- og ungdomstjenestene (Kufås et al., 2004). For å på best mulig måte kunne bistå barn som pårørende, må de to

tjenesteområdene kunne samarbeide. Gjennom at de to tjenesteområdene synliggjør egen forståelse og kunnskap på området, kan man skape en sammenheng for både de som skal hjelpe og de som skal hjelpes (Kufås et al., 2004). Et av hovedmålene i en slik sammenheng vil være å forebygge psykososiale og psykiske problemer hos barn, ved å styrke forelderens mulighet. En forutsetning vil være at forelderen mottar god hjelp til å skape egne bedringsprosesser (Kufås et al., 2004). Helsepersonell utfordres daglig på både ressurser og å ha nok tid (Norheim & Thoresen, 2015). Det vil derfor være flere ting som kan ligge til grunn for hvorfor det ikke lar seg gjennomføre i tilstrekkelig grad. Samarbeid mellom fagpersoner fra ulike profesjoner, spesialiteter, fagfelt eller sektorer kan variere fra elektronisk kommunikasjon, fysiske møter hvor man sitter sammen, til omfattende tverrfaglige møter med integrert samarbeid (Steihaug, 2017). Når man skal samarbeide med andre, vil det være av betydning å ha kjennskap til hverandres arbeid. Ofte blir det brukt som et argument for at det ikke er samarbeid, at man vet for lite om hverandre og hva den andre kan tilby (Steihaug, 2017). Videre vil det være viktig å ha en kultur for gjensidig respekt og en anerkjennelse for hverandres kompetanse. I samarbeidssituasjoner kan de andre vite mer enn deg, og det vil i slike situasjoner understreke viktigheten av samarbeidet. For å gjennomføre et godt samarbeid trengs tid og ressurser til relasjonsbygging (Steihaug, 2017). Man må erkjenne at egen kompetanse har begrensninger, og at det derfor vil være formålstjeneslig for brukeren at man jobber i team. Brukere i den psykiske helsetjenesten kan beskrive både gode og dårlige opplevelser med behandlere (Kufås et al., 2004). Brukere ønsker å bli sett, forstått og å bli tatt på alvor. De kan beskrive at det godt bruker-behandler-forhold må bestå av god kjemi, tillit og kontinuitet. Dette vil også være overførbart til et samarbeid mellom fagpersoner. I oppfølging hvor man har komplekse utfordrende saker, vil tverrfaglig samarbeid kunne bidra gjennom å være en støtte for profesjonene i fagfeltet (Steihaug, 2017). De ulike yrkesgruppene og de ulike tilbudene må gjøres synlig, og tilgjengelige for hverandre. Slik kan vi bistå hverandre med å dekke behov hvor vi ikke kan sitte med kompetansen alene (Steihaug, 2017). Ved en slik tilnærming vil brukeren oppleve en mer helhetlig og forutsigbar tjeneste. Tverrfaglig samarbeid vil kunne bidra til at man får en økende forståelse for helheten, og det kan videre motvirke et individfokus i oppfølgingen (Steihaug, 2017; Rosenvinge et al., 2004). Gjennom å jobbe tverrfaglig handler det om å jobbe fagspesifikt og å erkjenne at den enkeltes fagkompetanse individuelt og som et fagområde begrenses i forhold til komplekse kliniske oppgaver (Rosenvinge et al., 2004). For å kunne jobbe tverrfaglig trengs en fagspesifikk kompetanse, men da må det også legges til grunn at kompetansebegrepet i en tverrfaglig sammenheng innebærer en utvidelse i forhold til en

individuell kompetanse. Ved å jobbe tverrfaglig vil målet kunne være å utvikle ny viten, ut over det den enkelte hadde kompetanse på fra før (Rosenvinge et al., 2004).

La oss si at en mamma har oppfølging fra psykisk helsetjeneste grunnet langvarige utfordringer med angst og depresjon. Mammaen har en datter i skolen. Mors psykiske helseutfordring har ført til at hun i perioder har vært emosjonelt utilgjengelig for datteren, og hun har ikke alltid klart å forstå barnets behov. Barnet har på bakgrunn av dette utviklet utfordringer med både tilknytning, relasjoner og emosjonsregulering. Skolen har ingen kjennskap til mors psykiske helseutfordring. På en side arbeider den psykiske helsetjenesten med å bistå mor med sin psykiske helse, og på den andre siden arbeider skolen med å få denne jenta til å tilpasse seg skolehverdagen med både lærere og medelever. Alt uten at man har kjennskap til hverandre. Det blir initiert et samarbeid mellom psykisk helsetjeneste, barnevern og skole. Gjennom at mors behandler, barnevern og jentas lærer kan samarbeide for å forstå helheten, vil behandler til mor vite at jentas utfordringer er forstått gjennom kjennskap til mors psykiske helseutfordringer. Da behandler ikke har oppfølging med jenta, annet enn tilbud om barnas time, sikres behandler informasjon om at jenta får tilpasset oppfølging gjennom barnevernet og skolen ut fra riktige forutsetninger. Vi har en rekke reformer, studier og rapporter som konkret beskriver nødvendigheten av at tverrfaglig samarbeid benyttes. Samhandlingsreformen, opptrappingsplan for psykisk helse, Multisenterstudien, rapport fra riksrevisjonen. Alle sier det samme. På bakgrunn av manglende samarbeid og koordinering mellom tjenestene, trengs et bedre tverrfaglig samarbeid for å sikre den beste oppfølgingen for brukeren. I 2019 ble pakkeforløp for psykisk helse og rus innført i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Forløpene skulle ha til hensikt å hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenestene. Det skulle bidra til riktige prioriteringer i helsetjenesten, og samtidig løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp. Samhandling mellom spesialisthelsetjenestene, kommunen, fastlege og andre aktuelle samarbeidspartnere skulle sikre helheten, og det skulle bidra til å tilby likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor man bor (Helsedirektoratet, 2019).

Til tross for at det finnes gode beskrivelser med intensjon om godt samarbeid, likeverdige tilbud og et helhetlig helsetjeneste, kan det virke som at det likevel er utfordrende å gjennomføre praksisen (Forås og Moe, 2021). Det bekreftes av informantene i denne studien. De beskriver at tilbudet blir for tilfeldig, og at oppfølgingen blir individrettet.

8.3 Helsepersonell opplever det som utfordrende å snakke om foreldrefungering.

En informant i studien uttrykte at det å etterspørre foreldrefungering hos brukeren kunne oppleves både tillitshemmende og trygghetshemmende. En antagelse om at bruk av autoritet kan være skadelig for relasjonen til forelderen, kan være tema som høres flere steder (Killèn, 2019). Det vil være avgjørende hvordan man bruker autoritet og målsetningene med å bruke autoritet. Aksept og omsorg er avgjørende i en relasjon om man skal utøve autoritet. Om man innleder en relasjon, med full åpenhet og kan sette ord på eventuelle bekymringer, vil det være av betydning for hvordan både forelderen og barnet møter deg. Om vi ikke deler bekymringene, eller tankene, vil brukeren med god grunn kunne oppleve både mistillit og mistenksomhet (Killèn, 2019). Det vil være hensiktsmessig å innta en åpen, vennligsinnet og nysgjerrig holdning når man etterspør foreldrefungering (Berge & Østberg, 2021).

8.3.1. Anerkjennelse foreldrerollen

De fleste foreldre liker når noen viser interesse for barna deres (Berge & Østberg, 2021). Men det vil være vesentlig å snakke om hvorfor man gjør det, i en behandlingssituasjon (Berge & Østberg, 2021). Gjennom å snakke om at det kan være utfordrende å være forelder til tider, vil man kunne få støtte og veiledning til å håndtere vanskelige perioder bedre (Berge & Østberg, 2021). Som behandler bør man fortelle at hensikten er å kunne gi støtte til både foreldre og barn, og at samtale om barna vil være en naturlig del av en oppfølging. Gjennom en slike samtaler vil man kunne reflektere sammen, og forelderen vil kunne si noe om egen foreldrefungering. Spørsmål som kan brukes i slike samtaler kan være, hvordan er det for deg å være mor eller far nå når du har høye symptomtrykk, opplever du foreldrerollen som noe positivt eller som en belastning for tiden, i hvilken grad klarer du å vise interesse og engasjement for barnet ditt, hvordan fungerer familien din med hensyn til døgnrytme, måltider, fordeling av oppgaver og oppfølging av aktiviteter (Berge & Østberg, 2021). Flere av informantene nevner at de kan bli møtt med skepsis når de etterspør foreldrefungering hos sine brukere. En av gjengangerne er at brukeren ikke ønsker å dra barna inn i samtalen. Informantene forteller at brukerne forklarer at barna ikke merker noe, og at de klarer å skjule symptomene for barna. I en studie gjort av Hjelmseth og Aune (2018) støttes dette. Behandlerne i psykisk helsevern forteller at foreldre vegrer seg for å snakke om barna, hjemmesituasjon og foreldrerollen. Selv om studien er gjort i spesialisthelsetjenesten, vil det kunne være sammenlignbart med kommunehelsetjenesten. «Vanskelige eller ubehagelige spørsmål eller samtaler», trenger ikke være så vanskelig (Killèn, 2019). Det ligger mye i hvordan vi velger å tilnærme oss samtaleemnet, om hvordan vi spør om det vi lurer på og om

hvordan vi viser trygghet i måten vi spør på. Helsepersonell kvier seg for å ta opp temaet, er at de er redde for forelderens reaksjoner (Bergem, 2018). Terskelen for å uttale seg om forelderens foreldrefungering er høy, og man er redd for å møte negative reaksjoner. Dette gjør at man unnlater å spørre på grunn av at man ikke ønsker å påføre den voksne dårlig samvittighet eller skyldfølelse. Resultatet blir at ingen snakker med barna, og barna blir gående med belastningen over å være ensom med tanker og bekymringer (Bergem, 2018). Når man skal snakke med foreldre om foreldrefungering vil relasjon kunne være av betydning (Killèn, 2019). Relasjon og samspill vil være en del av alt vi gjør i oppfølging av mennesker (Killèn, 2019). Relasjon kan ses på som kjernen i hjelpeprosessen, og rammen for arbeidet. For å kunne gi hensiktsmessig bistand, vil relasjonskompetansen være avgjørende. Dette kan ikke tas for gitt, og det forutsetter evne til åpenhet, ydmykhet, positivt engasjement og innlevelse fra behandler (Killèn, 2019). Det må ligge til grunn en gjensidig respekt for hverandre, og foreldre og barn må oppleve å bli møtt med aksept i situasjoner hvor de som regel blir møtt med kritikk og avvisning (Killèn, 2019). På lik linje som barn trenger å rommes av sine foreldre for å føle trygghet og aksept, trenger brukere det samme fra sine behandlere. Gjennom positive erfaringer i å bli møtt av sin behandler med respekt, åpnes muligheten for å tørre å spørre etter hjelp (Killèn, 2019).

8.3.2. Kompetanse og kunnskap gir trygghet

I intervjuene ble det uttalt av en informant at «Jo mere kunnskap jeg har om det, jo tryggere blir jeg i min rolle, og da føles det helt greit å etterspørre foreldrefungering». For å føle trygghet i arbeid med barn som pårørende er det vesentlig å ha kunnskap om hvorfor det er viktig å ha fokus på det. Manglende kunnskap kan føre til stor usikkerhet (Killèn, 2004). For å utvikle gode helsetjenester kreves det at best mulig kunnskap ligger til grunn for vurderinger og avgjørelser som tas. Kunnskap og kompetanse gir trygghet i utøvelsen av helsehjelpen som skal gis (Mayberry & Reupert, 2009; Solem et al., 2008). Det blir stadig viktigere for både myndigheter, utøvere og brukere av helsetjenesten at tiltak som innføres i helsevesenet blir gjenstand for en systematisk faglig vurdering (Thurmer et al., 2008). Kunnskap om barn som pårørende viktig, da man kanskje må argumentere for ivaretagelsen av barn som pårørende, i prioritering av en rekke andre viktige oppgaver. Arbeid med barn som pårørende blir ofte lagt som en oppgave i tillegg til. Det blir derfor ofte satt på vent, og prioriteten synker (Reedtz & Lauritzen, 2015; Forås & Moe, 2021). De fleste helsetjenester står i dag med ressursmangel, både på grunn av utfordringer med rekruttering og på grunn av høy belastning over tid (Grimsmo et al., 2016). Når man er usikker på hva oppgaven egentlig

innebærer, og også er usikker på hva som skal eller bør gjøres, blir det lettere å bortprioritere å heller gjennomføre oppgaver man føler seg trygg på (Reedtz & Lauritzen, 2015; Forås & Moe, 2021). Det vil derfor være viktig at ansatte får tilstrekkelig med informasjon om barn som pårørende og opplæring i hvordan man skal følge opp barn som pårørende. Det ble uttalt i et intervju at informanten følte hen var på tynn is om det skulle gjennomføres en barnesamtale, da dette var noe som hen aldri hadde gjort før. Studier viser at helsepersonell i liten grad inviterer til barnesamtale (Wangensteen et al., 2019). Dels fordi de føler seg utrygge, og dels fordi de er av den oppfatningen om at noen andre ivareta barnas behov for informasjon og oppfølging (Wangensteen et al., 2019). For mange helsepersonell kan det oppleves uvant å gjennomføre en barnesamtale, da opplæring verken ligger i grunnutdanning eller i videreutdanning for helsepersonell som primært jobber med voksne (Bergem, 2018; Knutsson et al., 2016). Det skapes derfor en usikkerhet knyttet til barnesamtalen, på grunnlag av manglende kompetanse (Bergem, 2018; Knutsson et al., 2016). Helsepersonell som jobber med voksne viser seg å være usikre på hvordan de skal snakke om foreldrefungering og hvordan de skal invitere med barna inn i en samtale. De opplever ofte at de ikke har utdanning til det (Bergem, 2018; Lauritzen, 2018). Bergem (2018) beskriver at mange hjelpere som i utgangspunktet er vant med å snakke med voksne, ofte er redde for å gjøre feil i kommunikasjon med barn. De blir redde for å si eller gjøre noe feil og dermed påføre barnet en ytterligere belastning. For å kunne gjennomføre en barnesamtale, må man først å fremst ha vilje, nysgjerrighet, tålmodighet og utholdenhet. Man må tørre å være åpen, ærlig, og man må kunne ta seg tid sammen med barnet (Bergem, 2018). Videre finnes mye materiell om barn som pårørende og barnesamtaler, slik at man kan øke egen kunnskap (Bergem, 2018). Barnespor er et av mange samtaleverktøy som finnes tilgjengelig, og laget for helsepersonell og andre fagpersoner, som jobber med foreldre, søsken, barn og unge (Melkeraaen, 2020). Barnespor er utarbeidet av Kompetansesenter-rus i Midt-Norge (KORUS), og finansiert av Helsedirektoratet. Barnespor er et praktisk samtaleverktøy som kan være til støtte for helsepersonell. Det gir konkrete innspill som kan bistå for å fange opp og kartlegge barn og foreldre. Barnespor kan gi konkrete forslag til hvordan ulike samtaler kan foregå, men gir ingen fasit da alle oppfølginger vil være individuelle. Barnespor er ment som et verktøy i tillegg til, og er bare et av flere verktøy. Men det viser at det er muligheter for støtte og læring, om man er interessert, nysgjerrig og oppsøker det (Melkeraaen, 2020).

9. Videre forskning

Lovkravet om barneansvarlig personell gjelder kun i spesialisthelsetjenesten, og ikke i kommunehelsetjenesten. Det hadde vært interessant å innhente informasjon om hva regjeringen legger til grunn for dette. Om hvorfor de tenker at det er aktuelt i spesialisthelsetjenesten, men ikke i kommunehelsetjenesten.

For utvikling av den kommunale psykiske helsetjenesten hadde det også vært av betydning å undersøke hvordan brukere av den psykiske helsetjenesten opplever å bli ivaretatt når det kommer til barn som pårørende. Samt hvordan barn opplever og bli ivaretatt som barn som pårørende. Det kunne også vært av betydning og undersøkt hvordan ledere erfarer at de klarer å legge til rette for arbeid med barn som pårørende.

10.0 Konklusjon

Helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste arbeider i de fleste tilfeller individrettet. Manglende fokus, rutiner og forankring gjør at oppfølgingen for barn som pårørende blir tilfeldig. Helsepersonell opplever det som vanskelig å snakke om foreldrefungering med brukerne, og opplever manglende kompetanse på å snakke med barn.

Vedlegg 1: Informasjonsskjema og samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

En kvalitativ studie om helsepersonell sin erfaring med å etterspørre foreldrefungering hos mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente helsepersonell sin erfaring med å etterspørre foreldrefungering i oppfølging av mennesker som har utfordringer knyttet til psykisk helse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg jobber som sykepleier i Mestringsenheten for psykisk helse og rus, i Namsos kommune. I Mestringsenheten for psykisk helse og rus har jeg funksjon som Barneansvarlig. Ved siden av jobb tar jeg en mastergrad i psykisk helsearbeid ved Nord Universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap. Gjennom min masteroppgave ønsker jeg å se nærmere på hvordan helsepersonell i kommunal sektor opplever å følge opp barn som pårørende og å etterspørre foreldrefungering hos sine brukere, når brukeren har utfordringer knyttet til sin psykiske helse. Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap om barn som pårørende-arbeid, og å bidra til utvikling av kommunale psykiske helsetjenester når det kommer til familiefokusert oppfølging.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetslektor Else Marie Lysfjord, ved Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Spesialsykepleier Randi Wågheim, ved Mestringsenheten for psykisk helse og rus i Namsos kommune, vil gjennomføre intervjuene og studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta, da du er helsepersonell og arbeider med psykisk helse i kommunal sektor. Kriteriene for deltakelse er at du er helsepersonell i kommunehelsetjenesten, og at du jobber i minimum 50% stilling. Jeg ønsker å bruke intervju som metode, og vil ha en intervjuguide som mal for intervjuet. Tiltent tid til hvert intervju vil være ca.1time. Målet er å gjennomføre to intervju i tre forskjellige kommuner. Intervjuets

tidspunkt vil avtales med deg i forkant. Jeg vil benytte meg av lydopptaker under intervjuet, for å sikre en best mulig gjengivelse av innholdet i intervjuet. På grunn av covid-situasjonen, vil det vurderes om intervjuet bør gjennomføres på digital plattform (Teams).

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Datamaterialet vil kun være tilgjengelig for prosjektleder og student, og opplysningene om deg vil kun brukes til formål som er beskrevet her. Intervjuets lydfil vil transkriberes og analysert i dataprogrammet Nvivo. Transkripsjonene vil anonymiseres for å forhindre at dataene kan gjenkjennes.

Prosjektet er planlagt ferdigstilt i mai 2022. Personopplysninger og opptak av intervju slettes etter prosjektslutt.

Etter gjennomført masteroppgave, kan det være aktuelt å bruke materialet fra intervjuene, til publisering av en vitenskapelig artikkel.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Prosjektansvarlig: Nord Universitet* ved universitetslektor Else Marie Lysfjord.

E-post: Else.m.juul@nord.no

Tlf: 74212334

Studien utføres av Randi Wågheim, Masterstudent ved Nord Universitet

E-post: randi.wagheim@student.nord.no

Tlf: 95869201

- Vårt personvernombud: Torild Irene Kringen, Senior Advisor,
- epost: toril.i.kringen@nord.no Tlf. 74 02 27 50
-

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Else Marie Lysfjord

Forsker/veileder

Randi Wågheim

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Gir informasjon om prosjektet, samtykke med mulighet for å trekke det og anonymitet.

Forteller kort om studien ut fra informasjonsskjema. En kvalitativ studie om helsepersonell sin erfaring med å følge opp barn som pårørende i psykisk helsetjeneste.

Avklaring: Ved bruk av begrepet familiefokus menes i denne oppgaven et fokus rettet mot at mor/fars/søsken sin psykiske helseutfordring påvirker resten av familien, og i så måte barnet. Det vil si at familiefokus betyr å ha fokus på barn som pårørende.

Innledning: Kan du fortelle litt om deg selv?

Navn, alder, profesjon, hvor du jobber/om din arbeidsplass og om deres brukergruppe

1. Med utgangspunkt i deres tilnærming til tjenestemottaker, vil du si at deres tjeneste har et individfokus eller et familiefokus i oppfølging av brukerne?
2. Hvilken erfaring har du med oppfølging ut fra et familiefokus?
3. Om tjenesten ikke har et familiefokus, hvilke faktorer skal til for at deres tjeneste skal kunne ha et større familiefokus?
4. Har du kjennskap til Helsepersonell lovens § 10A?
5. Har deres tjeneste et tilbud til barn som pårørende?
Om ja, hvilke tilbud?
6. Hvordan opplever du som behandler at det er å spørre brukeren om foreldrefungering?
7. Hvordan opplever du å bli møtt av bruker, når du etterspør foreldrefungering?
8. Hva skal til på din arbeidsplass for at dere skal bli bedre på å ivareta familiefokuset?
9. Hvordan samarbeider deres tjeneste med andre aktuelle for å ivareta familiefokuset?
10. Hvilke erfaringer har du med å melde bekymring til Barnevernet?

Vedlegg 3: Søknad og godkjenning fra NSD

Referansenummer

883013

Prosjekttittel

Individfokus eller familiefokus i oppfølging i psykisk helsearbeid

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt /veileder eller stipendiat)

Else Marie Lysfjord, else.m.juul@nord.no, tlf: +4774212334

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Randi Wågheim, randi.wagheim@student.nord.no, tlf: 95869201

Prosjektperiode

11.02.2021 - 01.06.2022

Vurdering (2)

03.12.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 30.11.2021. Vi har nå registrert 01.06.2022 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. Vi gjør oppmerksom på at forlengelse lengre enn til og med 15.11.2022 ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson hos NSD: Henriette N. Munthe-Kaas Lykke til videre med prosjektet!

15.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i

meldeskjemaet med vedlegg den 15.06.2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.11.2021.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet **DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type

endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Litteraturliste

Andfossen, N. B., Devik, S. A., Obstfelder A. & Olsen RM. (2021). Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmllui/bitstream/handle/11250/2827814/Kapasitets-%20og%20kvalitetsutfordringer-final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Andrews, T. & Gjertsen, H./ Nordlandsforskning (2014). Sykepleieledere og ledelse. NF-rapport nr. 4/2014.. https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/nf-rapport-4_14.pdf

Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal Akademisk.

Barne- og familiedepartementet. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Berg, V. & Moe, A. (2021). 12. Formidling og anvendelse av forskning i kommunale helsetjenester. *God helse. Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste*. 245-259. <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021-12>

Bergem, AK. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal Akademisk.

Bergsagel, I. (2022). *Under halvparten har rutiner for å ivareta barn som er pårørende*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2022/04/under-halvparten-har-rutiner-ivareta-barn-som-er-parorende>

Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(5). <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0124-z>

Breimo, J. P., Johans, T.S., Lo, C. & Anvik, C.H. (2021). Bekymret eller ikke bekymret – er det spørsmålet? En analyse av bekymringsmeldingens betydning for samarbeidet mellom

barnevernet og andre tjenesteytende instanser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 62 (2). 192-202. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2021-02-04>

Broberg, A., Mothander, P.R., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2010). *Tilknytning i praksis. Tilknytningsteoriens anvendelse i forskning og klinisk arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

Carlsen, K.C.L., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A.G., Jacobsen, A.F. & Omenaas, E. (2012). *Fra ide til publikasjon. Forskningshåndboken*. (5 utg.). Oslo universitetssykehus.

Gautun, H. & Bratt, C. (2015). Bemanningsnormer i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1 (2), 98–107. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-02-06>

Gjertsen, P-Å. (2013). *De usynlige barna*. Fagbokforlaget

Glavin, K. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. (4 utg.) Kommuneforlaget AS.

Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlig pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (2) 2. <https://www.idunn.no/doi/epdf/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02>

Haukø, B.H. & Stamnes, J.H. (2009). *Barnas time. En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Tapir Akademisk Forlag.

Halligan, S., Murray, L., Martins, C., Cooper, P. (2007) Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13- year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, (97) 1-3. 145–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.010>

Hauger, B., Wiker, M & Hamnes, B. (2020). Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende. Nurses are not adequate in working with children as relatives. *Nordisk sygeplejeforskning*. (10). 4. 266-279. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-04-05>

Helse- og omsorgsdepartementet (2021). *Psykisk helse*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende. Når mor eller far er syk. Rundskriv IS-5/2010.* https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Rundskriv_barn-som-parorende.pdf

Helsedirektoratet (2018). *Pårørendeveileder.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsedirektoratet (2018). *Helseforetak skal ha barneansvarlig personell.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte/helseforetak-skal-ha-barneansvarlig-personell>

Helsedirektoratet (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter.* Helsedirektoratet <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helsedirektoratet (2020). § 10a. *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-tilhelsepersonells-yrkesutovelse/-10a.helsepersonells-plikt-til-a-bidra-til-a-ivareta-mindrearigebarn-som-parorende>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).* LOV-1999-07-02-64. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien Forskning.* (13) 65521. [pdf-export-65521.pdf](https://www.sykepleien.no/pdf-export-65521.pdf) ([sykepleien.no](https://www.sykepleien.no))

Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem: An assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (20). 4. 287-295. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2850.2012.01923.x?casa_token=NQItslf7V14AAAAA%3ABSudmiQM1KcFYOd6C4MIVFRT5j2oWkAx-jRZSb9oVQbnt-CcVAiZQV0mXLS9UIb49ecoEDwQg-8BCIY

Killèn, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar.* Kommuneforlaget.

Killèn, K. (2019). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar.* (4 utg.). Kommuneforlaget AS.

- Killèn, K. (2019). *Sveket II. Ansvar og (be)handling*. (5.utg.) Kommuneforlaget AS.
- Knutson, S., Enskår, K., Andersson-Gare B, Golsåter M. (2016) Children as relatives to a sick parent: Healthcare professional's approaches. *Nordic Journal of Nursing Research*. 37 (2): 61-9. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2057158516662538>
- Kommisrud, K., Söderstöm, K., Halsaa, L. & Halsaa, A. (2019). «Jeg er ikke noe offer mamma». Ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbeltrollen som pårørende og BUP-pasient. *Fokus på familien*. (2). 82-101. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-02-02>
- Kufås, E., Lund, K. & Myrvoll, R. (2004). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 1. (3). 35-40. <https://www.idunn.no/doi/abs/10.18261/ISSN1504-3010-2004-03-05>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.) Gyldendal Akademisk.
- Lauritsen, C. (2018). Barn som pårørende anno 2018. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (15). 4. 368-373. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-10>
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3.utg.) Universitetsforlaget.
- Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. (16). 784-791. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Melkeraaen, H. (2020). *Barnespor. Barn som pårørende innen rus og psykisk helse*. Om barnespor. <https://www.barnespor.com/forord>
- Metz, D. & Jungbauer, J. (2019). My Scars Remain Forever: A Qualitative Study on Biographical Developments in Adult Children of Parents with Mental Illness. *Clinical Social Work Journal*, (49). 64-76. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-019-00722-2>
- Mordoch, E. & Hall, W. (2008). Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame. *Qualitative Health research*.

18 (8), 1127-1144.

https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732308320775?casa_token=fUzQx5tsUoQAAAAA:cFJYDVI_Ew_V-TjjTUQHK19tcQ-B-1sN34Le4NCdVEUbtWNyDEmqthMR5P41D-wfNQnahLzbBOgA

Nord Universitet (u.å). *Emnebeskrivelse. Psykisk helsearbeid*. Hentet 13 mai 2022 fra <https://www.nord.no/no/Student/studieplaner/2022h/3/Sider/SYK2015v1.aspx#&acd=Beskrivelse+av+emnet-header&acd=Forkunnskapskrav-header&acd=Type+emne-header&acd=L%c3%a6ringsutbytte-header>

Norheim, K, H & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*. (1) 10: 14-22.

https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/15fo1_art_norheim_2009.pdf

Oyserman, D., Bybee, D., Kahng, S. (2004). Parenting self-construals of mothers with a serious mental illness: Efficacy, burden, and personal growth. *Journal of Applied Social Psychology*. (34). 12. 2503–2523. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01989.x>

Rosenvinge, J.H., Larsen, E., Skårderud, F. & Thune-Larsen, K-B. (2004). Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. (Vol. 41). 9. 706-712.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/09/klinisk-kompetanse-i-psykisk-helsevern-hva-er-det-og-hvordan-kan-det-laeres>

Solem, M-B., Tilden, T. & Thuen, F. (2008). Å ta empirien på alvor. Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere? *Fokus*. (Vol.36). 88-106. Hentet fra

<https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/ISSN0807-7487-2008-02-03>

Stamnes, J. & Haukø, B H. (2004). Psykisk sykdom og barnas situasjon - Barnas Time – en intervensjonsmulighet. *Tidsskriftet Norges barnevern*. (91). 2-03. 136-145. [https://doi-](https://doi.org.ezproxy.nord.no/10.18261/ISSN1891-1838-)

[org.ezproxy.nord.no/10.18261/ISSN1891-1838-](https://doi.org.ezproxy.nord.no/10.18261/ISSN1891-1838-)

Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste- betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. (3). 3. 205-215. [https://doi.org/10.18261/issn.2387-](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-06)

[5984-2017-03-06](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-06)

Svalheim, A-K. & Myhre Steffenak, A-K. (2016). Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. (12) 1. 2-18. <https://doi.org/10.7557/14.3771>

Thúrmer, H., Høie, I, M., Mørland, B. & Røttingen, J-A. (2008). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapsdeling og formidling. *Michael*. (5). 85-95. <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2008/1-85-95.pdf>

Pasient og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reedtz, C. & Lauritzen, C. (2015). *Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier*. Psykologisk.no. <http://psykologisk.no/sp/2015/05/e10/>

Reupert, A., Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*. (77). 3. 362- 369. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1037/0002-9432.77.3.362?casa_token=uNCYDg6C8qsAAAAA:LQhMQLMA24yIouNTL3896aBrpUL8mTZv58z0Qfc93c-Cb6NH8dOTyhiFJtevvBAn64anND_gc8ATXm4

Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsetjenester*. Dokument 3:13 (2020-2021). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K.A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende- Resultater fra en multisenterstudie*, IS-0522. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b757e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf

- Skogøy, BE. (2016). Barn som pårørende: Ledelse og implementering. *Rus og samfunn*. (10). 2. 30-32. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/ISSN1501-5580-2016-02-13>
- Slack, K. & Webber, M. (2008). Do we care? Adult mental health professionals' attitudes towards supporting service users children. *Child and family social work*, (13). 1. 72-79. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2206.2007.00516.x?casa_token=b7hC0eXIUikAAAAA%3AB3MCBEADuVQ7rCdnDdB4o2_Wow-mUadBCHXeMVqofFwr84CfZ6LI9CHsRfbdSe48aejBHUgmAGfhL0g
- Solem, M-B., Tilden, T. & Thuen, F. (2008). Å ta empirien på alvor. Er forskningsbasert kunnskap relevant for systematiske familiebehandlere? *Fokus på familien*. (36). 2. 88-106. <https://www.idunn.no/doi/abs/10.18261/ISSN0807-7487-2008-02-03>
- Stamnes, J.H. & Haukø, B. (2014). Psykisk sykdom og barnas situasjon. Barnas time – en intervensjonsmulighet. *Tidsskriftet Norges barnevern*. (91). 2-03. 136-145. <https://www.idunn.no/doi/abs/10.18261/ISSN1891-1838-2014-02-03-07>
- Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste-betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. (3). 3. 205-215. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-06>
- Spesialisthelsetjenesteloven (2021) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.(spesialisthelsetjenesteloven)*. LOV-1999-07-02-61. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse – og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetode i praksis*. (2 utg.). Gyldendal Akademisk.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (FHI Rapport nr. 4, 2011). Folkehelseinstituttet.

https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2688793/Barn+av+foreldre+med+psykiske+lidelser+eller+alkoholmisbruk_rapport_20114-pdf.pdf?sequence=1

Wangensteen, T., Jansen, S.D., & Halså, A. (2019). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (16). 1. 5-15. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-02>