

## Forord

Denne studien markerer slutten på en fem års lang studietid i Trondheim ved Dronning Mauds Minne Høgskole og NTNU Dragvoll. Det har vært en lærerik, utfordrende og inspirerende prosess som har gitt meg mye kunnskap og nytteverdi. Jeg vil med dette gi en stor takk til informantene som deltok i denne studien ved å dele sine tanker og erfaringer. Uten dere ville ikke masteroppgaven blitt en realitet.

En stor takk til min veileder Ingvild Åmot som har vist stort engasjement underveis av prosessen, gitt meg konstruktive tilbakemeldinger og vært støttende. Takk for at du har vært så tilgjengelig og raus på bruk av tid under veiledning da jeg har hatt behov for det.

Jeg vil også takke mine to fantastiske venninner Ingrid og Renate for korrekturlesing. Kenneth for gode samtaler i forbindelse med dette arbeidet, og humørsprederen Linn. En siste takk går til Even som har vært oppmuntrende, gitt meg positive og nødvendige avbrekk da det har vært behov for det. Tusen takk alle sammen!

Trondheim, juni 2016

Jeanette Markussen

*Vi har alle bare én barndom,  
og den er utgangspunktet vårt for resten av livet.*

(Osen, Relling, Overvik & Glørstad, 2015, s. 35).

## Sammendrag

Formålet med denne studien er og belyse og løfte fram barn av psykisk syke foreldre. Fokuset ligger på hvordan hjelpeapparatet arbeider rundt mindreårige barn som lever med psykisk sykdom i familien. Problemstillingen er som følger: *Hvordan (sam)arbeider tre fagpersoner i hjelpeapparatet rundt mindreårige barn av psykisk syke foreldre, og hvilke konsekvenser gir dette for nåværende praksis i det spesialpedagogiske felt?* For å besvare problemstillingen har jeg benyttet en kvalitativ forskningsmetode, inspirert av en hermeneutisk tilnærming. Data er samlet inn etter utført tre semistrukturerte intervjuer, og jeg har intervjuet en barneansvarlig helsepersonell, en spesialpedagog i PP-tjenesten og en rådgiver som arbeider i en kommune. Ved analyse av datamaterialet utarbeidet jeg hovedkategoriene: ”kunnskap”, ”samarbeid” og ”barns sammenheng i hverdagen” og hver kategori vil ha underkategorier. Videre har jeg presentert en modell som er en prosedyre for hvordan alle som arbeider med barn kan gå frem ved en bekymring av barns atferd eller undring av et barns hjemmesituasjon.

Resultatene viser hvordan informantene på hver sin måte (sam)arbeider rundt barn av psykisk syke foreldre, utfra deres roller og perspektiver. Tiltakene som igangsettes retter seg primært mot familien som helhet, og som Kvello (2010) påpeker vil de beste hjelpetiltakene for barn gå via hjelpe foreldrene. Informantenes overordnede mål er å sikre barn en best mulig utvikling av egen helse og liv på lang sikt. Imidlertid vil det være behov for kunnskap og kompetanse om barn av psykisk syke foreldre, og et tverretattlig samarbeid er hensiktsmessig. Som ramme for drøftingen har jeg anvendt Antonovsky sin teori om ”opplevelse av sammenheng” eller ”sense of coherence” (SOC), og med utgangspunkt i de tre kjernekategoriene har jeg drøftet hvordan en kan styrke barn, foreldre og fagpersoners opplevelse av sammenheng. SOC kan anses som en forståelse om hvordan hjelpeapparatet kan fremme god helse og velvære hos barn av psykisk syke foreldre.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Studiens aktualitet</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4 Avgrensing av tematikken</b> .....	<b>5</b>
<b>1.5 Studiens struktur</b> .....	<b>5</b>
<b>2.0 Begrepsavklaring og faglig forankring</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Sentrale begreper i studien</b> .....	<b>7</b>
2.1.1 Hjelpeapparatet/Første- og andrelinjetjenesten.....	7
2.1.2 Barneansvarlig.....	8
2.1.3 PP-tjenesten.....	9
<b>2.2 Barn som pårørende</b> .....	<b>10</b>
2.2.1 Barn i risiko.....	10
2.2.2 Transaksjonsmodellen.....	10
2.2.3 Forholdet mellom arv og miljø.....	12
2.2.4 Påvirkningsfaktorer.....	12
<b>2.3 Barndommen varer i generasjoner</b> .....	<b>13</b>
2.3.1 Foreldrefunksjonen.....	14
2.3.2 Tilknytning og en sikker base.....	15
2.3.3 Ulike tilknytningsstiler.....	17
<b>2.4 Tverrfaglig- og tverretatlig samarbeid</b> .....	<b>17</b>
2.4.1 Handlingskompetanse.....	19
2.4.2 Taushets- opplysningsplikt.....	19
<b>2.5 Forebygging og tidlig innsats</b> .....	<b>20</b>
2.5.1 Opplevelse av sammenheng.....	21
2.5.2 Barne- og familiesamtalen i andrelinjetjenesten.....	22
2.5.3 Barnesamtaler i førstelinjetjenesten.....	23
<b>3.0 Metodisk tilnærming</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1 Valg av forskningsmetode</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 Kvalitativ forskningsintervju</b> .....	<b>25</b>
3.2.1 Hermeneutikk.....	26
3.2.2 Forforståelse og forskerrollen.....	27

<b>3.3</b>	<b>Forskningsprosessen .....</b>	<b>28</b>
3.3.1	Tema, problemstilling og tilgang til feltet .....	28
3.3.2	Utvalg .....	29
3.3.3	Utforming av intervjuguide .....	30
3.3.4	Gjennomføring av intervju .....	31
<b>3.4</b>	<b>Analyse av datamaterialet .....</b>	<b>32</b>
3.4.1	Transkribering .....	32
3.4.2	Koding og kategorisering .....	33
<b>3.5</b>	<b>Kvalitet i studien .....</b>	<b>34</b>
3.5.1	Reliabilitet (pålitelighet), validitet (gyldighet) og overførbarhet .....	34
<b>3.6</b>	<b>Etiske betraktninger i studien .....</b>	<b>35</b>
3.6.1	Informert fritt samtykke og konfidensialitet .....	35
<b>3.7</b>	<b>Presentasjon av informanter .....</b>	<b>37</b>
<b>4.0</b>	<b>Funn og drøfting .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1</b>	<b>Modell ved undring .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2</b>	<b>Kunnskap .....</b>	<b>42</b>
4.2.1	Mangel på kunnskap .....	42
4.2.2	Kunnskap for egen trygghet .....	43
<b>4.3</b>	<b>Barns sammenheng i hverdagen .....</b>	<b>45</b>
4.3.1	Pedagogiske gruppesamtaler med barn .....	45
4.3.2	Barne- og familiesamtalen i spesialisthelsetjenesten .....	45
<b>4.4</b>	<b>Samarbeid .....</b>	<b>50</b>
4.4.1	Tverretatlig samarbeid .....	50
4.4.2	Utfordringer i det tverretatlige samarbeidet .....	53
4.4.3	Samarbeid med familien .....	56
	<b>Oppsummering .....</b>	<b>58</b>
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon og avslutning .....</b>	<b>61</b>
5.1	Veien videre .....	62
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>i</b>
	<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....</b>	<b>vi</b>
	<b>Vedlegg 2: Intervjuguider .....</b>	<b>ix</b>
	<b>Vedlegg 3: Brev fra NSD .....</b>	<b>xv</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Når psykisk sykdom rammer mor eller far berøres familiemedlemmene, selv små barn som ikke helt forstår hva som foregår. Barn vil aldri være for små til å skjønne at noe er galt, og ungdom er ikke så tøffe at de ikke berøres når en av foreldrene blir syke. Barn vil bruke all sin energi på å forstå virkeligheten ved å lese omsorgspersonens atferd (Moen, 2012, s. 23). Å være psykisk syk og samtidig ha ansvar for barn er fortsatt noe skamfullt i dagens samfunn, selv om det har blitt mindre tabubelagt (Sundfær, 2012, s. 19; Nordenhof, 2012, s. 27). Barn som vokser opp med en psykisk syk forelder, kan være lært opp til å ikke snakke om foreldrenes sykdom og vanskeligheter, og som Sundfær (2012) påpeker har barn en betydelig lojalitet ovenfor sine foreldre (s. 19). Imidlertid er det barn som opplever at foreldrenes sykdom ikke har vært et tema for samtale, og de er uvitende om hva som foregår med mor eller far. Noen psykisk syke foreldre vil være svært opptatt av egen sykdom, noe som blant annet vil påvirke deres rolle som foreldre. Foreldrefunksjonen vil være svekket når man er alvorlig psykisk syk (Rutter, 1990, s. 61; Sundfær, 2012, s. 18; Gjertsen, 2013, s. 81; Kvello, 2010, s. 252).

Personer som har foreldreansvaret er den primære omsorgsgiver og skal sørge for å innfri barnets krav på omsorg og omtanke, og foreldreansvaret skal utføres ut fra barnets interesser og behov (Barnelova (1981), § 30). Imidlertid er kommunen pliktet til oppfølging av barnet, så om en forelder strever med psykisk sykdom vil familien få hjelp. Barnevernloven (1992) gir kommunen ansvar for å følge med de forholdene barn lever under, og finne tiltak som kan forebygge atferdsproblemer og omsorgssvikt (§ 3-1). Fylkesnemnda kan også tilrettelegge hjelpetilbud om familien har behov for det (§ 4-4). Dette kan være hjelpetilbud som barnehageplass eller avlastningstiltak i hjemmet. 1. januar 2010 fikk Helsepersonelloven (§10 a) og Spesialisthelsetjenesteloven (§3-7 a) bestemmelser som omhandler ivaretagelsen av barn som pårørende. Lovbestemmelsene har som formål å sikre barn og unge tidlig hjelp, og forebygge problemer hos barn og foreldre. Lovbestemmelsene gjelder for helsepersonell i både spesialisthelsetjenester og kommune- og private helsetjenester (Helsedirektoratet, 2010, s. 1).

I rundskriv Q-16/2013 "Forebyggende innsats for barn og unge", kommer det frem at "godt forebyggende arbeid fokuserer ikke først og fremst på symptomer, men er generelt orientert med sikte på å fremme sunne barn og unge som håndterer framtidige utfordringer og risikoer. Det krever helhetlige planer som iverksettes i praksis" (Departementene, 2013, s. 1).

Helsepersonell i det psykiske helsevern for voksne skal ivareta og kartlegge deres psykiatriske pasienters mindreårige barn (Helsepersonelloven (2010), §10 a). Helsepersonell i denne sammenheng omfatter personer som yter helsehjelp i forhold til psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller somatisk sykdom. I en tverrsnittstudie utarbeidet av Reedtz, Mørch og Lauritzen (2015), kommer det fram at kun 7 % av totalt 5705 pasienter var registrert med mindreårige barn i et helseforetak i Nord-Norge i 2012 (s. 42). Disse funnene viser at svært få pasienter blir registrert med barn, da det forventes at flere av pasientene skal ha barn. I følge Torvik og Rognmo (2011) gjøres dette fordi barn av psykisk syke foreldre er en stor risikogruppe i samfunnet for selv å utvikle psykiske lidelser.

Gjennom arbeidet med studien har jeg funnet flere masteroppgaver som omhandler hvordan hjelpeapparatet arbeider rundt barn av psykisk syke foreldre, i hovedsak innenfor helse og/eller sosialfag (Søberg, 2009; Myrvoll, 2013; Fjærestad, 2014). I forhold til forskningsartikler er temaet omtalt i tidsskrifter for sykepleien og psykisk helsearbeid, og utfra de artiklene jeg finner er det lite forskning innenfor det pedagogiske felt. Det kan skyldes at temaet tradisjonelt er en del av det helsefaglige felt, og slik jeg ser det, er temaet også relevant innenfor det pedagogiske felt. Grunner til at de er relevant innenfor pedagogikken er blant annet fordi kommunale pedagogiske tjenester har jevnlig kontakt med, og står barn og familien nært. Samtidig understreker Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) at tematikken krever kunnskapsutvikling på tvers av etater, ettersom det berører mange temaer og perspektiver som blant annet: familiesamspill, sosial deltakelse, genetikk og sosial- og helselovgivning (s. 10-11).

Jeg ønsker med denne studien å synliggjøre og løfte frem barn som lever med psykisk sykdom i sin familie. Samtidig ønsker jeg å belyse hvordan hjelpeapparatet arbeider rundt tematikken, og aktualisere temaet innenfor det pedagogiske felt. Begrepet "hjelpeapparatet" vil i denne studien omhandle kommunale og fylkeskommunale tjenester. Dette vil jeg komme

nærmere innpå under 2.1.1. I neste avsnitt vil jeg gjøre rede for temaets aktualitet i dagens samfunn, og omfang av barn med psykisk syke foreldre i Norge.

## **1.2 Studiens aktualitet**

I 2011 fikk Torvik og Rognmo i oppdrag fra helsedirektoratet om å utarbeide en rapport ”Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk”. I rapporten ble det presentert systematiske beregninger av omfang og konsekvenser i Norge. I rapporten gjøres det et anslag på berørte barn i 2010: 23,1 % av norske barn har en eller to foreldre med moderate eller alvorlige psykiske lidelser, dette tilsvarer omtrent 260 000 barn. 10,4 % av norske barn har foreldre med alvorlige psykiske lidelser, og tilsvarer omtrent 115 000 barn. Med utgangspunkt i disse tallene kan vi se at en stor andel barn vokser opp med psykisk syke foreldre. Imidlertid er psykiske lidelser ikke begrenset til en spesiell gruppe, men omhandler svært mange familier (Torvik & Rognmo, 2011, s. 26-27).

Trondsen foretok en undersøkelse i 2012 i Norge, der hun studerte barn fra 15-18 år sine erfaringer i hverdagen med psykisk syke foreldre. Artikkelen tar utgangspunkt i en to års observasjon som Trondsen har utført i selvhjelp-grupper for barna. I artikkelen kommer det blant annet frem at barna opplever utfordringer i forbindelse med foreldrenes sykdom som manglende informasjon og åpenhet, frykt, ensomhet, uforutsigbarhet, ustabilitet, tap og sorg.

Gjennom perioden 2013 til 2015 ble det foretatt en multisenterstudie av Ruud et al. (2015). Rapporten tar for seg livssituasjonen til barn som pårørende og hvordan barn mestrer hverdagen med foreldre som har rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og somatisk sykdom. I rapporten kommer det frem at spesialisthelsetjenesten delvis følger opp lovendringene om barn som pårørende, og helsepersonell tar for lite kontakt med de kommunale tjenestene for å viderefremme barnas behov (s. 148). Videre påpekes det mangelfull dokumentasjon og kartlegging, som fører til udekkede behov i forhold til henvisninger av barn og informasjon til barn (Ruud et al., 2015, s. 10). Barn har behov for informasjon om foreldrenes sykdom, og hvilke konsekvenser sykdommen har for barnet selv og familien. Manglende informasjon kan legge grunnlag for tabu, følelsesmessig isolasjon og barna kan føle seg ensomme (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 13). I de kommunale helsetjenestene blir loven om barn som pårørende også bare delvis fulgt opp. Det mangler fortsatt systemer for identifisering og

kartlegging som er tilpasset familier som lever med sykdom, og det mangler hjelp til disse familiene (Ruud et al., 2015, s. 11). Jeg vil påpeke at rapporten har et skjevt materiale og omfatter ikke de mest alvorlig syke.

Austvoll (2014) understreker i sin masteroppgave at det er behov for videre forskning som kan se på hvordan hjelpeapparatet arbeider, i nåværende praksis. Som nevnt påpeker Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) behov for kunnskap og refleksjon om tematikken på tvers av faggrupper (s. 10). Dette har motivert meg i arbeidet med denne studien.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Problemstillingen i denne studien lyder som følger:

*Hvordan (sam)arbeider tre fagpersoner i hjelpeapparatet rundt mindreårige barn av psykisk syke foreldre, og hvilke konsekvenser gir dette for nåværende praksis i det spesialpedagogiske felt?*

For å besvare problemstillingen tok jeg utgangspunkt i følgende underspørsmål:

- Hvordan samarbeider de ulike tjenestene i forhold til barn som pårørende?
- Hvordan kan hjelpeapparatet hjelpe disse barna med å mestre sin hverdag og sine utfordringer?
- Hvilke pedagogiske tiltak kan igangsettes i barnets hverdag, for å støtte barnet?

For å besvare problemstillingen og underspørsmålene anvendte jeg en kvalitativ tilnærming med bruk av intervju. For å få et mest mulig helhetlig bilde av hvordan hjelpeapparatet arbeider i forhold til barn av psykisk syke foreldre, var det gunstig med informanter fra både første- og andrelinjetjenesten. Østberg (2014) fremhever i sin forskningsartikkel at i kommune- og spesialisthelsetjenesten kjempes det om mange viktige oppgaver. Både lovpålagte og ikke-lovpålagte oppgaver som må prioriteres. Videre understreker hun at prioriteringene gjøres forskjellig på individnivå, ut i fra engasjement, kunnskap og mot. På bakgrunn av dette har jeg intervjuet en barneansvarlig helsepersonell, en spesialpedagog i pedagogisk- psykologisk tjeneste (PP-tjeneste) og en rådgiver ansatt i en kommune. Jeg vil også påpeke at informantene ikke er knyttet til eller har kjennskap til hverandre. En utfyllende



presentasjon av informantene vil komme under metodekapittelet (3.7). Til slutt vil jeg påpeke at det har vært naturlig for meg å forholde meg til faglig tilnærming fra ulike disipliner.

#### **1.4 Avgrensning av tematikken**

Barn som pårørende er en heterogen gruppe, og det barna har til felles er foreldre med definerte sykdommer innenfor en av de tre samlekategoriene: psykisk syke-, rusmiddelavhengige- og somatisk syke foreldre (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 11). I denne studien er det snakk om barn av psykisk syke foreldre.

Jeg valgt å holde meg på systemnivå i denne studien. Systemtilnærming kan sees på som et overordnet perspektiv innenfor pedagogikken, der perspektivet tar utgangspunkt i samspillet mellom ulike etater/systemer og hvordan de påvirker hverandre (Fandrem & Roland, 2013, s. 27). Jeg valgte å sette fokus på første- og andrelinjetjenesten for å studere hvordan tjenestene arbeider rundt mindreårige barn av psykisk syke foreldre. I denne studien har jeg vekslet mellom begrepene ”barn av psykisk syke foreldre” og ”barn som pårørende”. Begrepene omfatter mindreårige barn, som vokser opp med en mor eller far som er psykisk syk. Det primære fokuset vil ligge på barn opp til ti år, uavhengig av foreldrenes diagnose.

#### **1.5 Studiens struktur**

Studien er delt inn i fem kapitler: 1) Innledning, 2) begrepsavklaring og faglig forankring, 3) metodisk tilnærming, 4) funn og drøfting og 5) konklusjon og avslutning.

I kapittel 1 presenteres studiens bakgrunn, valg av tema, aktualitet, problemstilling og avgrensning av tematikken. I kapittel 2 redegjør jeg for sentrale begrep knyttet til problemstillingen og studiens kunnskapsgrunnlag. Kapittel 3 tar for seg forskningsmetode som er tatt i bruk og forskningsprosessen. Jeg har valgt å presentere funn og drøfting sammen i kapittel 4, for å unngå gjentakelser og for å få en bedre flyt i teksten. Avslutningsvis vil jeg i kapittel 5 gi en oppsummering av sentrale funn relatert til problemstillingen.



## 2.0 Begrepsavklaring og faglig forankring

Innledningsvis i dette kapittelet vil jeg avklare noen sentrale begreper knyttet til studiens problemstilling. Videre vil jeg presentere teori og forskning for å belyse problemstillingen og tematikken. For å få en forståelse av barn og unges utvikling utfra kulturen og miljøet de vokser opp i, vil jeg presentere transaksjonsmodellen utfra Kvello (2008) sin redegjørelse. Deretter vil jeg gjøre rede for forholdet mellom arv og miljø ettersom det påvirker barns risikoutfall. Videre vil jeg ta for meg foreldrefunksjonen, for å vise hvordan psykisk sykdom kan påvirke rollen som foreldre og konsekvenser for barn. Tilknytningsteori vil være sentralt i denne studien. Tverrfaglig- og tverretattlig samarbeid og handlingskompetanse vil jeg komme inn på. Andre aspekter jeg vil presentere som er relevant for drøfting av datamaterialet er forebygging og tidlig innsats. Antonovsky sine tre kjerne kategorier for å styrke personers opplevelse av sammenheng (Sense of coherence) vil bli presentert før jeg går over til samtaler med barn og unge.

### 2.1 Sentrale begreper i studien

Jeg vil avklare begrepet *hjelpeapparatet*, da problemstillingen bygger på dette begrepet. Samtidig vil jeg tydeliggjøre hva jeg legger i begrepet. Begrepet *barneansvarlig* er et relativt nytt fenomen, jeg ønsker derfor å gi et innblikk i hva rollen som barneansvarlig innebærer. Videre vil jeg ta for meg *PP-tjenesten*, ettersom det er relevant for funn og drøfting. Underveis i studien vil jeg definere begrepene *forebygging*. Jeg vil også veksle mellom begrepene etater og tjenester, begge vil omfatte forvaltningsorgan som for eksempel PP-tjenesten, barneverntjenesten og helsestasjonen. Underveis i studien vil jeg veksle mellom begrepene ”foreldre” og ”omsorgspersoner”, begrepene omfatter personer som har foreldreansvaret for barnet.

#### 2.1.1 Hjelpeapparatet/Første- og andrelinjetjenesten

Det er foreldrene som har hovedansvaret for sine barn, men samfunnet har også et medansvar for barns utvikling og helse. De ulike samfunnstjenestene er organisert og strukturert slik at de skal være lett tilgjengelig for befolkningen i Norge (Nilsen, 2008, s. 190). Hjelpeapparatet i denne sammenheng vil omhandle kommunale (førstelinjetjenester) og fylkeskommunale tjenester (andrelinjetjenester).

Førstelinjetjenester er de primære tjenester som kommunen har ansvar for. Tjenestene befinner seg nær befolkningens bosted. Førstelinjetjenester har som oppgaver å koordinere, formidle tjenester og yte den første og nødvendige hjelp som kommunens innbyggere har behov for. Innenfor førstelinjetjenesten har vi blant annet barnehage, skole, helsestasjon, barneverntjeneste, PP-tjeneste og oppfølgingstjeneste. Andrelinjetjenesten er en sekundærtjeneste som fylkeskommunen har ansvar for. Innenfor andrelinjetjenesten har vi blant annet barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og distriktpsikiatrisk senter (DPS). Tjenestene er spesialisttjenester, og det kreves som oftest en henvisning fra førstelinjetjenesten, derfor er det en mindre andel av befolkningen som har direkte kontakt med andrelinjetjenesten (Nilsen, 2008, s. 192-193).

Barneverntjenesten er organisert innenfor første- og andrelinjetjenesten. Staten har det overordnede ansvaret for barnevern gjennom Barne- og likestillingsdepartementet. Forvaltningen av barneverntjenesten er lagt til det kommunale barnevernet og Bufetat (Kinge, 2012, s. 34). Imidlertid har kommunene i Norge organiserer forskjellige tjenester noe ulikt, for eksempel PP-tjenesten. Noen små kommuner har et felles PP-tjeneste kontor, mens andre kommuner har samordnet tjenestene som, PP-tjeneste og barneverntjeneste til en Barne- og familietjeneste (Mørland, 2008, s. 31).

### **2.1.2 Barneansvarlig**

Som nevnt er det nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven at helseinstitusjoner innenfor voksenpsykiatrien skal oppnevne en barneansvarlig, og departementet kan gi nærmere bestemmelser om barneansvarlig personell i forskrift (Spesialisthelsetjenestelova (2010), §3-7 a). Den barneansvarlige skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke foreldre. I følge Sundfær (2012) betyr det nødvendigvis ikke at den barneansvarlige skal gi informasjon til barnet eller snakke med familien, men den barneansvarlige er forpliktet til å sikre at barnet blir sett, får nødvendig informasjon og sikre at barneperspektivet i behandlingen blir ivaretatt (s. 17). Osen, Relling, Overvik og Glørstad (2015) understreker at rollen som barneansvarlig ikke er en beskyttet yrkestittel, og tar utgangspunkt i rundskrivet "Barn som pårørende", og påpeker at det ikke er beskrevet hvor mye tid en barneansvarlig skal beregne til arbeidet eller tid avsatt til nødvendig kompetanseheving (s. 30 & 19). Den utnevnte barneansvarlige vil i sin rolle møte på

utfordringer i forhold til arbeidsfordeling, da barneansvarlig sin fulltidsjobb er å ivareta alt innenfor pasientbehandlingen og i tillegg ha ansvar for barnets oppfølging. Samtidig har barneansvarlig ofte liten kunnskap om barn i vanskelige livssituasjoner, og ofte er kunnskapen avhengig av tidligere erfaringer (Osen et al., 2015, s. 20-21). Et godt samarbeid mellom barneansvarlig og pasient er viktig i forhold til ivaretagelse av pasientens barn. Barneansvarlig kan tilnærme seg foreldre på en slik måte, at foreldre kan se at barn kan få bedre hjelp, enn foreldrene selv fikk som barn (Sundfær, 2012, s. 19).

Imidlertid blir ikke alle voksne som er psykisk syke innlagt på psykiatrisk sykehus. Noen får behandling i kommunehelsetjenesten. Fastlege og annet personell i kommunens helsetjeneste må derfor kartlegge om pasienten har mindreårige barn, og sammen diskutere barnets behov for oppfølging (Bergem, 2014, s. 7).

### **2.1.3 PP-tjenesten**

Hver kommune og fylkeskommune skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste. PP-tjenesten har en tosidig oppgave, de skal skrive en sakkyndig vurdering der loven krever det. Samtidig skal tjenesten hjelpe skoler og barnehager i arbeid med kompetanse- og organisasjonsutvikling, for å kunne legge til rette for elever og barn med særlige behov (Opplæringslova (1998), § 5-6). Sakkyndigvurdering kan ses på som individrettet arbeid, mens kompetanse- og organisasjonsutvikling kan anses som systemrettet arbeid. Ved å sette inn spesialpedagogiske hjelpetiltak tidlig og ta tak i barnets vansker, kan fagpersoner forebygge og begrense vanskenes utfall (Utdanningsdirektoratet, 2009, s. 10).

#### ***Spesialpedagogisk hjelp for de minste barna***

Barn under opplæringspliktig alder som har behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett på det uavhengig om de går i barnehage eller ikke. Samtidig skal hjelpen omfatte tilbud om forelderådgivning og hjelpen kan knyttes til blant annet barnehager og skoler. Hjelpen kan gis av både PP-tjenester og andre instanser (Opplæringslova (1998), § 5-7). Saksgangen for barn med rett på spesialpedagogisk hjelp, vil være nærmest lik saksgangen for spesialundervisning. Etter at PP-tjenesten har fått en henvisning om et barn fra barnehagen, skal tjenesten foreta en sakkyndig vurdering. Før det blir foretatt en sakkyndig vurdering kreves foreldrenes samtykke, og tjenesten skal involvere foreldrene i all arbeid og legge stor vekt på foreldrenes synspunkter. PP-tjenesten kan da utrede barnet, og gi en anbefaling til

kommunen om barnet har behov spesialpedagogisk hjelp eller ikke. Går barnet i barnehagen bør PP-tjenesten innhente informasjon om barnet derfra i utredningen. Dersom PP-tjenesten ikke har fagkompetanse på området, må tjenesten hente inn utredning fra andre tjenester som barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) eller statlige pedagogiske tjenester (Statped). Samtidig vil det i enkelte saker være nødvendig å samarbeide med barnevernstjenesten (Utdanningsdirektoratet, 2009, s. 55).

## **2.2 Barn som pårørende**

Barn som vokser opp med en psykisk syk mor eller far blir berørt av dette. Som nevnt vil foreldrenes sykdom virke inn på deres evne til å utøve sine foreldrefunksjoner, og de vil trenge hjelp for å ivareta barnets behov (Rutter, 1990, s. 61; Sundfær, 2012, s. 18; Kvello, 2010, s. 256). I Barnekonvensjonen artikkel 3 kommer det frem at alle handlinger som berører barnet, skal ha barnets beste som grunnleggende hensyn (FN, 1989). Når begrepet *barn som pårørende* blir brukt, betyr ikke dette at det er barna som skal ta seg av foreldrenes behov. Hva som legges i begrepet kan være litt uklart, ettersom hverdagslivet og jus ikke alltid har de samme definisjonene. Departementet mener i denne sammenheng barn som ikke har fylt 18 år, etter fylte 18 år regnes man som myndige (Ytterhus, 2012, s. 19).

### **2.2.1 Barn i risiko**

Barn som har psykisk syke foreldre blir sett på som en stor risikogruppe i samfunnet, og flere studier viser at disse barna er i risiko for selv å utvikle psykiske lidelser (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Rutter & Quinton, 1984; Reupert, Maybery & Kowalenko, 2012; Rutter, 1990; Torvik & Rognmo, 2011). Grunner til at disse barna er i en risiko for selv å utvikle psykiske lidelser vil variere, å både genetiske og miljømessige faktorer spiller inn. I neste avsnitt vil jeg presentere transaksjonsmodellen, som er et perspektiv for å forstå og forklare barns og unges utvikling i samspill med miljøet (Kvello, 2008, s. 203).

### **2.2.2 Transaksjonsmodellen**

Transaksjonsmodellen kan ses på som en forlengelse av Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell, som handlet om interaksjonen mellom menneskelig utvikling og miljøet (Bronfenbrenner, 1979, s. 3). Transaksjonsmodellen er ikke en teori, men en samling

av flere teorier, og med dette går transaksjonsmodellen under samlebetegnelsen teoretiske modeller. Disse teoriene deler de samme sentrale karakteristika (Kvello, 2008, s. 204-205).

I transaksjonsmodellen blir barndommen sett på som en sosial konstruksjon, og forståelsen av barn og unges utvikling er preget av kulturen i det miljøet de vokser opp i (Kvello, 2008, s. 203). Kvello gjør rede for åtte dimensjoner han vektlegger for å belyse transaksjonsmodellen. Jeg vil presentere seks av dimensjonene da jeg anser disse som relevant for datamaterialet.

- 1) Barn og unges utvikling baseres på gjensidige påvirkningsfaktorer mellom individ og miljø. Dette kan ses i sammenheng med risiko- og beskyttelsesfaktorer.
- 2) Barn og unges utvikling forstås som kombinasjoner av arvelige biologiske forhold, og samspill mellom individ og miljø. Det vil si at arv og miljø må ses i lys av hverandre.
- 3) I mikrosystemene gis det både utfordringer og støtte i forhold til barnets nærmeste utviklingszone, som igjen bidrar til god læring. Fokuset ligger på hvordan fagpersoner kan hjelpe barn og unge i utvikling av kompetanse. Dette kan være ulike tiltak som fagpersoner setter inn via foreldrene for å hjelpe barn, som for eksempel foreldreveiledning.
- 4) Mennesker stimuleres gjennom to hovedformer for relasjoner. Tilskrevene og valgte. Tilskrevene vil si at andre personer velger for en og valgte vil si at man velger selv. For eksempel velger barn venner selv, og ungdom velger hvem de vil søke støtte hos utenfor familien. Barn og unge velger ikke selv hvem som er deres foreldre eller hvem som er deres lærer.
- 5) Utviklingsprosesser skjer i mikro-, meso-, ekso- og makronivå. Det vil omfatte alt fra det som forekommer i miljøer som for eksempel hjemme til kontakt mellom individet og andre mennesker, til de overordnende rammene som gjelder for samfunnet. Dette kan for eksempel være lovverk.
- 6) Barn og unges utvikling avhenger av hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer de eksponeres for, og hvordan disse håndteres (Kvello, 2008, s. 205-206).

Personer preger og skaper mye av det fysiske miljøet som individet er en del av, og dette miljøet vil igjen prege hvordan samfunnet og personer utvikles (Kvello, 2008, s. 206). Jeg vil derfor i neste avsnitt ta for meg forholdet mellom arv og miljø, da dette er med på å påvirke barns utfall.

### **2.2.3 Forholdet mellom arv og miljø**

Allerede fra fødsel av er barn disponert for å etablere tilknytning i samspill med foreldrene. Det nyfødte barnet søker kontakt og tar initiativ til samspill, ved for eksempel å imitere foreldrenes ansiktsuttrykk. Barnets medfødte potensial kan realiseres gjennom kulturen og miljøet, og de erfaringene barnet tilegner seg gjennom oppveksten er av betydning for hvordan hjernen utvikler seg (Hart, 2011, s. 16). Mennesker er sosiale vesener og er avhengig av interaksjonen med det sosiale miljø. Biologien vil ikke være med på å forme barnets handlinger og erfaringer, men setter rammer for hvilke utfoldelser som er mulig. Det er kulturen barnet lever i som vil være med på å forme den menneskelige psyken, dermed virker arv og miljø sammen og kan ikke skilles fra hverandre (Hart, 2011, s. 16). Ettersom barnets hjerne er relativt uferdig ved fødsel vil omsorgspersonene spille en stor rolle for hjernens videre utvikling hos spedbarnet, og menneskelig kontakt vil skape nevralt forbindelser. All læring er avhengig av en genetisk programmert evne til å lære, for eksempel lek. Barns evne til lek er en genetisk programmert atferd, og for at leken skal komme til uttrykk krever dette de rette omgivelsene. For at barn skal få utfold seg i leken krever dette trygge og støttende omgivelser, der voksne er engasjerte og involverte. Imidlertid vil omsorgspersonene være med på å forme barns personlighetsfundament, noe som innebærer barns evne til relasjon med andre mennesker (Hart, 2011, s. 18). Jeg vil i neste avsnitt ta for meg faktorer som vil være med på å påvirke barn av psykisk syke foreldre sitt utfall.

### **2.2.4 Påvirkningsfaktorer**

Påvirkningsfaktorer grupperes som risiko- eller beskyttelsesfaktorer. Begrepet risikofaktor er en fellesbetegnelse på forhold som øker faren for at individer utvikler vansker.

Beskyttelsesfaktorer demper risikoen for utvikling av vansker når individet er rammet av risikofaktorer (Kvelling, 2010, s. 161-162). Kvelling (2010) gjør rede for tre grupperinger av faktorer som kan påvirke barnet: 1) Barnets medfødte og ervervede trekk som følge av miljøpåvirkning, 2) foreldrene og kjernefamilien og 3) det øvrige oppvekstmiljøet (s. 166).

Barn av psykisk syke foreldre kan møte på ulike risikofaktorer, som nevnt tidligere i både samspill med foreldre og ut ifra arv og miljø. De ulike psykiske lidelsene hos foreldrene påvirker barna ulikt men risikoen avhenger av individuelle-, foreldre-, familie- og samfunnsmessige faktorer (Reupert, Maybery & Kowalenko, 2012). Rutter (1990) presiserer at fra tidlig 20-århundre var det en generell bevissthet om at barn av psykisk syke foreldre, er



i en risiko for selv å utvikle psykiske lidelser gjennom flere forskjellige genetiske og miljømessige faktorer (s. 60). Fra nyere forskning forklarer Bekkhus (2012) forholdet mellom arv og miljø slik: ”man kan si at det er en genetisk sårbarhet, men at det er forhold i miljøet som ”skrur på” genene (Bekkhus, 2012, s. 4). Videre påpeker Rutter (1990) at barn som har foreldre med en mild eller kortvarig psykisk lidelse, har en lavere risiko for å bli påvirket negativt (s. 62). Dette kan vi se i tråd med Torvik og Rognmo (2011) sin rapport. I rapporten redegjør de for at milde lidelser hos foreldre som primært plager foreldrene selv, og ikke barnet, ikke vil føre til nedsatt omsorgsevne. Dette kan for eksempel være ulike fobier eller mild sosial angst (s. 5). Jeg vil også påpeke at selv om foreldrenes psykisk lidelse fungerer som en risikoinndikator for at barnet selv utvikler psykisk lidelse, betyr det ikke nødvendigvis at barnet utvikler den samme lidelsen (Rutter, 1990, s. 62). I artikkelen til Beardslee, Versage og Gladstone (1998) gjøres det rede for begrepet ”stealing” (stålsetting), som forekommer hos noen barn. Stealing gjør barna i stand til bruke motgang til sin fordel (s. 1139). I følge Waaktbaar (2011) må det legges opp til forskning som kontrollerer hva som er arvelig og miljøbettinget for å vite mer om årsakssammenheng, noe som vil være krevende.

Det er viktig å se på samspillet mellom de ulike risikofaktorene, ettersom de til sammen avgjør utfallet. En risikofaktor virker sjeldent alene og vi må se dem i en sammenheng (Bekkhus, 2012, s. 4). Slik jeg forstår Rutter (2006) vil ulike faktorer i biologien være involvert i en årsaksprosess som øker sannsynligheten for et bestemt utfall, men de bestemmer ikke utfallet, og utfallet kan fortsatt skje i deres fravær. Når dette er tilfelle henviser vi til funksjonen som en ”risikofaktor”, som igjen betyr at det øker risikoen for noen bestemte utfall, men det er ikke fastslått (s. 19).

### **2.3 Barndommen varer i generasjoner**

Barneoppdragelsen har forandret seg over tid, hvis vi for eksempel ser tilbake til 50-tallet skulle barn ses men ikke høres. Foreldrerollene er i en stadig endringsprosess, og mange foreldre er skilt og deler foreldreansvaret for barnet. Barn har også med tiden fått flere omsorgspersoner rundt seg: personalet i barnehagen, lærere på skolen og ansatte på skolefritidsordningen (SFO). Mange barn har også stemødre og stefedre, halvsøsken og halvbrødre. Kravene til foreldrerollen har økt, både innenfor og utenfor familielivet, samtidig som samfunnet har økende krav til foreldrekompetansen (Killén, 2013, s. 16 & 19)

Som nevnt er det ikke slik at alle barn som vokser opp med psykisk syke foreldre selv utvikler psykiske lidelser, med det øker risikoen. At barndommen varer i generasjoner, handler om om: ”foreldres måte å respondere til sine barn på kan spores tilbake til deres egen tidlige historie” (Killén, 2013, s. 18). Dette står i tråd med Bowlby (1988/1994) som presiserer at foreldres atferd ovenfor sine barn, kan være påvirket av tidligere personlige hendelser fra egen barndom. Opplevelsene barnet erfarer i barndommen er av stor betydning for hvordan barnet igjen vil behandle sine barn (s. 23-25). Med dette kan vi si at barndommen varer i generasjoner. Foreldre som er psykisk syke, kan igjen ha hatt foreldre som har vært syke, og dermed ikke fått den omsorgen som det har vært behov for. I slike sammenhenger vil det være vanskelig å overføre og gi god nok omsorg videre (Killén, 2013, s. 34). Ved å styrke foreldrefunksjonen eller foreldrekompetansen, kan det forebygges at barn vil få den samme oppveksten, og dermed bidra med å bryte generasjonsoverførbarheten.

### **2.3.1 Foreldrefunksjonen**

Foreldrenes evne til å ta barnets perspektiv, og kunne reflektere over barnets behov og følelser, å kunne se andre innenfra og seg selv utenfra vil være avgjørende for et godt nok foreldreskap (Killén, 2013, s. 34). Jeg vil påpeke at forskere på 70-80-tallet ofte observerte mor, og ikke far. Undersøkelser ble også utført på spedbarn, og da er det hovedsak mor som står barnet nærmest. I noen kulturer er det også sjeldent at far utfyller morsrollen i barnets første leveår. Imidlertid vil påvirkning og konsekvenser for barna være avhengig av omsorgspersonene (Bowlby, 1994, s. 18-19).

Killén (2013) gjør rede for fire foreldrefunksjoner som er av avgjørende betydning for godt nok foreldreskap: 1) evne til å se barnet og akseptere det som det er, 2) evne til å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, 3) evne til empati med barnet, og 4) evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring. Funksjonene forutsetter sensitivitet, indre arbeidsmodeller og mentaliseringsevne hos foreldrene (Killén, 2013, s. 36-39). Indre arbeidsmodeller handler om å bygge en egen oppfatning av seg selv, og en indre oppfatning av om hva de kan forvente av andre personer som de har en tilknytning til (Killén, 2013, s. 53). Mentaliseringsevne omhandler en forståelse av seg selv om hvordan man påvirker og forstår andre mennesker. Mentaliseringsevnen kan betegnes som en reflekterende funksjon, som blant annet omhandler evnen til å reflektere og forstå barnets behov og sinnstilstand (Slade, 2005, 2008 gjengitt etter Killén, 2013, s. 39).

Rutter (1990) henviser til Cox, Puckering, Pound og Mills (1987), og slik jeg forstår det gjorde Cox et al. en undersøkelse med et resultat der deprimerte mødre svarte mindre på deres to år gamle barns signaler enn kontrollgruppen (Cox et al., gjengitt etter Rutter, 1990, s. 61). Dette kan vi se i tråd med Bråten (2004) som gjør rede for samspill mellom mor og barn. Om mor plages med fødselsdepresjon vil barnet kunne merke at mor er nedtrykt som igjen vil gi utslag i samspillet. Barn er sensitive for endringer i følelsetilstander hos omsorgsgiver. Et godt samspill vil kunne observeres gjennom gjensidig utfyllende bevegelser, en turveksling og oppfølging mellom mor og barns uttrykk og bevegelser (Bråten, 2004, s. 43). Dette viser at mors psykiske sykdom påvirker foreldrefunksjonen. Imidlertid viser en tidligere forskningsartikkel av Rutter (1987) at det er effekten av depresjon som påvirker foreldres oppførsel (s. 62).

Foreldre flest ønsker det beste for sine barn, og at barna vokser opp lykkelige og selvstendige. Rollen som foreldre er av særlig betydning for den neste generasjonens psykiske helse, foreldre vil også ha bruk for kunnskap om barns mangfoldige sosiale og psykologiske forutsetninger for utviklingen (Bowlby, 1994, s. 9). Bowlby (1994) påpeker at det kan være utmattende og ta vare på sped- og småbarn for en av foreldrene, det vil være nødvendig med støtte og hjelp fra den andre omsorgspersonen eller andre familiemedlemmer. Det er særlig viktig at mor er responderende til barnets signaler, som vil gi barnet en opplevelse av trygghet (s. 10-12). Dette vil også være av betydning for tilknytning og forutsetninger for ”en sikker base”.

### **2.3.2 Tilknytning og en sikker base**

Små barn er avhengige av voksne for å overleve, og tilknytning kan ses på som grunnmuren for kontakt med andre mennesker. Gjennom tilknytning lærer barnet blant annet å søke kontakt med andre mennesker, og knytter seg nært til noen få. Tilknytning vil være viktig for at barnet skal få beskyttelse og omsorg, som igjen øker deres sjanse for å overleve (Kvello, 2010, s. 88).

Jacobsen (2009) definerer tilknytning som:

Et atferdssystem som organiserer forskjellige former for tilknytningsatferd hos individet. Når dette systemet fungerer optimalt, er omsorgspersonen en trygg havn for trøst og en trygg base for eksplorering. Måten som atferdssystemet er organisert på, varierer i kvaliteten fra individet og lar seg ikke så lett forandre (Jacobsen, 2009, s. 42)

Tilknytningsatferd vil si alle former for atferd, og fører til at barnet vil oppnå eller opprettholde kontakt med en voksen (Bowlby, 1994, s. 35). I barnets første leveår aktiveres barnets tilknytningsatferd gjennom for eksempel trøtthet og andre hendelser som gjør barnet redd. Omsorgspersonens respons på barnets signaler er av stor betydning for barnets tilknytningsatferd. Er det et godt forholdet mellom barn og omsorgspersonen, vil det oppstå en følelse av trygghet og sikkerhet. I et truet forholdet vil det oppstå angst og sinne, og et litefungerende tilknytning kan gi depresjoner og sorg (Bowlby, 1994, s. 11-12).

Barn trenger en eller flere voksne som de kan knytte seg til for å etablere en trygg tilværelse. En trygg base vil si at barnet har en trygg voksen som han eller hun kan komme tilbake til da barnet utforsker omgivelsene. Foreldrene vil da fungere som den trygge basen. Bowlby (1994) legger derfor stor vekt på viktigheten av foreldrenes tilgjengelighet, og for å kunne fungere som en trygg base kreves det fysisk og emosjonelt støtte fra omsorgspersonene. Etterhvert som barnet blir større, vil han eller hun bevege seg lengre vekk fra basen i lengre tid av gangen. Blir den ene eller begge foreldrene syk vil dette påvirke basen, som igjen vil gi betydning for barnets emosjonelle balanse. Videre for at foreldre skal kunne fungere som en trygg base kreves det en forståelse og respekt for barnets tilknytningsatferd, samtidig behandle barnet betydningsfullt. En sensitiv omsorgsperson som responderer hensiktsmessig på barnets signaler og handlinger, som er tilstede og er tålmodig vil også være forutsetninger for en sikker base (Bowlby, 1994, s. 19-22).

Brandtzæg, Torsteinson og Øiestad (2013) gjør rede for sekundær tilknytning, og anser den som tilknytning mellom barn og en voksen i barnehagen. Hvis barnet har en utrygg tilknytning til sine foreldre, vil den sekundære tilknytningen ha stor betydning for barnets utvikling. Videre henviser de til tidligere generell forskning og understreker at barnehagen er av stor betydning for barn som lever under vanskelige forhold hjemme, forutsatt gode relasjoner mellom voksne og barn (s. 22).

### **2.3.3 Ulike tilknytningsstiler**

Kvello (2010) henviser til Ainsworths (1978) sin forskning på tilknytning, hun utviklet tre ulike tilknytningsstiler: trygg, unnvikende og ambivalent (s. 89). Main og Solomon (1986) utviklet en fjerde tilknytningsstil som de ikke syntes passet inn i de tre stilene ovenfor, nemlig desorganisert/desorientert (gjengitt etter Kvello, 2010, s. 89). Tilknytningsstilene vises best i form av atferd, og disse fire formene for tilknytningsstiler kategoriseres med bokstavene: A (unnvikende), B (trygg), C (ambivalent) og D (desorganisert/desorientert). Jeg vil kort gjøre rede for tilknytningsstil D, ettersom den er relevant i studiens sammenheng. Barn med tilknytningsstil D kan ha foreldre eller omsorgsgivere som har virket skremmende på dem. Det kan være foreldre som ruser seg, er svingende i humør og psykisk form. Imidlertid kan disse barna ha engstelige foreldre som ikke fremstår som trygge og kompetente nok, barnet vil da ikke ha nok tillit til at foreldrene kan beskytte det. Barn med tilknytningsstil D har ingen klare strategier for bruk av omsorgspersonene i stressende situasjoner, de kan smile mens de gråter og barna kan være mer opptatt av å trøste andre enn seg selv (Kvello, 2010, s. 95). Bowlby (1994) viser til Main og Webston (1981) sin undersøkelse om tilknytning. I undersøkelsen kom det frem at barn med trygg tilknytning til begge sine foreldre, var de mest tillitsfulle og kompetente barna. Barn med utrygg tilknytning til begge foreldre var i minst grad tillitsfull og kompetent, mens barn med trygg tilknytning til minst en av foreldrene, lå i midten (s. 19). Imidlertid vil mennesker i sjelden grad ha kun en tilknytningsstil, men man kan ha elementer av flere typer i seg eller en kombinasjon av de ulike stilene (Kvello, 2010, s. 90). Kvello (2010) understreker også at ikke alle mennesker med en utrygg tilknytningsstil (D) utvikler psykiske lidelser, men mange med psykiske lidelser har utrygg tilknytningsstil (s. 99).

### **2.4 Tverrfaglig- og tverretatlig samarbeid**

I denne studien vil begrepet ”samarbeid” omhandle: samspill, fellesskap og det å arbeide sammen (Glavin & Erdal, 2013, s. 27). Tverrfaglig vil si et samarbeid mellom fagpersoner med ulik fagbakgrunn og kompetanse, det kan være fagpersoner som arbeider innenfor samme organisasjon. For eksempel i barnehagen kan ansatte ha en pedagogisk utdanning, eller de kan være utdannet vernepleier. Tverretatlig vil si et samarbeid med fagpersoner fra ulike etater i første- og andrelinjetjenesten, der fagpersoner møtes for å tilføre sin kompetanse

i samarbeidet ut i fra deres etat (Kinge, 2012, s. 32-33). Samarbeid gir grunnlag for en helhetlig pedagogikk og for at samarbeidet skal oppleves som konstruktivt, handler det om å anerkjenne både egen og andres kunnskap (Mørland, 2008, s. 26).

Et godt samarbeid innad i kommunen og med barnets familie vil bidra til å sikre og styrke barnets oppvekstmiljø. Samtidig vil de involverte i samarbeidet ha en gylden mulighet til å dele sin kompetanse med hverandre. For å styrke barn og unges oppvekstmiljø kreves det både helhetlig planlegging og innsats fra fagpersoner samt andre relevante aktører.

Tverrfaglig samarbeid vil gi en større mulighet til å få frem det helhetlige bildet av barnets situasjon. Det vil være alt fra forebygging til koordinert samarbeid både innad i kommunen og på tvers av etater (Glavin & Erdal, 2013, s. 22). Fagpersoner vil ha ulike kjennskap til barnet og familien, som for eksempel barnehagelærer og helsepersonell. Barnehagelærer vil ha en relasjon til barnet og familien, mens helsepersonell med ansvar for foreldrenes behandling vil ha en annen relasjon til barnet og familien. I et tverretatlig samarbeid vil det samles fagpersoner som har opplysninger som kan være nødvendig i en helhetlig vurdering av barnet og familiens situasjon, imidlertid vil samarbeidet være preget av begrensninger som ligger i lovverket som det arbeides etter. Samarbeidet vil også kunne bidra til støtte for den enkelte fagperson når han eller hun står ovenfor følelsesmessige belastende saker. Etatene kan bli mer synlig for hverandre gjennom samarbeid som igjen kan bidra til en positiv holdning mellom deltakerne, samt bidra til kompetanseheving. For eksempel kan spesialpedagogen i PP-tjenesten dra ut til barnehagen og drøfte ulike problemstillinger sammen med barnehagepersonalet (Glavin & Erdal, 2013, s. 23-24).

Hjelpeapparatet vil bestå av mange etater med delansvar for tiltak. I NOU 2009: 18 understrekes det at det ligger mange utfordringer i samarbeidet mellom etatene, som for eksempel samordning og samarbeidskompetanse. Videre kommer det frem at det utføres mye dobbeltarbeid og det er lite fokus på helheten i tiltakene som igangsettes. Den ene etaten har ikke oversikt over hva den andre etaten gjør (s. 24). Imidlertid kan fagpersoner forsvare eget mandatområde ved å ta bruk uheldige strategier som fører til konkurranse, konflikt og konfrontasjon i det tverretatlige samarbeidet (Knudsen, 2004, s. 43). Etatene kan ha ulike forståelser av utfordringer, og hvordan de kan møte utfordringene på en best mulig måte. Det kan også være uenigheter mellom deltakerne om hva som er gode hjelpetiltak, samtidig som fagpersoner kan ha lite kunnskap og innsikt om hverandre (NOU 2009: 18, s. 24).

Med tanke på barns beste og å kunne yte den nødvendige hjelpen til rett tid, vil ulike perspektiver og tilnærminger være en forutsetning. Barnet og familien bør prege arbeidet og regnes som en ressurs da de er eksperter på egen situasjon (Glavin & Erdal, 2013, s. 24-25). Forutsetninger for å skape et godt samarbeid handler først og fremst om trygghet i eget fag, samtidig en felles problemforståelse, klar ansvarsfordeling og realistiske forventninger til samarbeidet (Glavin & Erdal, 2013, s. 35).

#### **2.4.1 Handlingskompetanse**

Handlingskompetanse består av fire typer kompetanse: fagkompetanse, læringskompetanse, metodekompetanse og sosial kompetanse. Fagkompetanse handler om innsikt i enkelte fagområder, mens læringskompetanse handler om å tilegne seg nye kunnskaper.

Metodekompetanse innebærer evne til å analysere en situasjon, og kunnskap om fremgangsmåter. Sosial kompetanse handler i dette tilfelle om evne til å samarbeide og løse konflikter, og evne til å håndtere mellommenneskelige forhold. Handlingskompetanse utvikles på flere måter og gjennom forskjellige læringsformer. For eksempel kan handlingskompetanse utvikles i et læringsmiljø, der det møtes på både faglige og sosiale utfordringer. For at mennesker skal utvikle handlingskompetanse ligger det noen grunnleggende egenskaper i prinsipp. Selvtillit og tro på egne evner til både å løse arbeidsoppgaver og utfordrende saker (NOU 1991: 4, s. 6).

#### **2.4.2 Taushets- opplysningsplikt**

Taushetsplikten understrekes både i forvaltningsloven (1967) (forvaltningsmessig taushetsplikt) og helsepersonelloven (1999) (yrkesmessig taushetsplikt). Den yrkesmessige taushetsplikten omhandler all pasientinformasjon, mens den forvaltningsmessige taushetsplikten omhandler alle som arbeider i blant annet: skole, barnehage, PP-tjeneste og barneverntjeneste. Forvaltningsloven har ulike unntak som gir tjenestene mulighet til å utveksle informasjon. For eksempel hvis barneverntjenesten trenger opplysninger av PP-tjenesten eller barnehagen for å kunne utføre sitt arbeid, vil tjenestene ha opplysningsplikt til barneverntjenesten. Foreldre kan også gi samtykke på vegne av sine barn, da kan samarbeidspartnere utveksle informasjon og synspunkter seg imellom (Forvaltningsloven (1967), § 13 a-f). Imidlertid vil det være viktig at foreldre får god informasjon om hva et samtykke innebærer, og muligheten til å trekke sitt samtykke.

Som nevnt er barn av psykisk syke i en risiko for selv utvikle psykiske lidelser (Beardslee et al., 1998; Rutter & Quinton, 1984; Reupert, et al., 2012; Rutter, 1990; Torvik & Rognmo, 2011). Forebygging og tidlig innsats kan gi mulighet for en positiv utvikling hos barn.

## **2.5 Forebygging og tidlig innsats**

Begrepene forebygging, tidlig innsats og tidlig intervensjon fungerer delvis overlappende (Groven, 2013, s. 105). Tidlig innsats omhandler innsats på et tidlig tidspunkt i barns liv. Det handler om å gripe tidlig inn når problemene oppstår eller avdekke problemene i løpet av barnehage-, skole- og voksen alder (St.meld. nr. 16 (2006-2007), s. 10).

Forebygging i den spesialpedagogiske sammenheng omhandler tidlig innsats for å komme en uheldig utvikling i forkjøpet. Befring (2012) gjør rede for tre ulike nivåer av forebygging. 1) Primær (allmenn), 2) sekundær (probleminnsikt) og 3) tertiærforebygging.

Primærforebygging vil si systematiske tiltak for å hindre at problemer eller skader oppstår, og er rettet mot befolkningen som helhet eller avgrensede undergrupper. Det kan for eksempel være skolebarn som ikke er definert ut fra en risikovurdering. Sekundærforebygging har til hensikt å motvirke utvikling av problemtilstander hos risikogrupper, en uheldig utvikling er i gang. Det siste nivået av forebygging er tertiær som handler om å redusere ytterligere uheldige følger av problemer som allerede har oppstått, på et individnivå. (Befring, 2012, s. 132).

Befring ser på tertiærforebygging som et mer rehabiliterende hjelpetiltak. Slik jeg ser det vil disse nivåene av forebygging være sentralt for arbeid med barn av psykisk syke foreldre. Særlig pedagoger vil ha mye kunnskap om barn og barns utvikling, og kan bidra til å tidlig identifisere og oppdage vansker både hos barnet og i miljøet nær barnet. I følge Befring (2012) er det viktig å tenke helhet gjennom forebyggingen, og det vil være gunstig at etatene er samordnet, som barneverntjenesten, PP-tjenesten og skolehelsetjenesten (s. 131).

Hvilke forebyggende tiltak som igangsettes vil variere med årsaksforholdene. For eksempel er nettverksbygging en positiv form for forebyggende virksomhet, som består av støttetiltak som kan styrke barnets og familiens nettverk. Et trygt sosialt fellesskap kan gi barn og familien mulighet for skjerming, trivsel og personligutvikling (Befring, 2012, s. 138). Et godt sosialt nettverk kan bidra til at familien mottar sosial støtte, og mestrer sine livspåkjenninger



(St.meld. nr 25 (1996-97) s. 34). Forebygging kan ses i sammenheng med utvikling av motstandsdyktighet, og i følge Befring (2012) er Antonovsky en av pionerne på dette området (s. 141).

### **2.5.1 Opplevelse av sammenheng**

Antonovsky (2012) utviklet en teori om det som fremmer helse og utvikling (salutogenese), med fokus på hvordan enkeltindivid og miljøet rundt bidrar til god helse gjennom ”opplevelse av sammenheng” i møte med de påkjenningene personen utsettes for i egen hverdag.

Antonovsky legger vekt på hvor i kontinuumet en person er mellom helse og uhelse (s. 27).

Antonovsky utviklet tre kjerne kategorier som fører til veien til mestring og ”opplevelse av sammenheng” eller ”sense of coherence” (SOC). Disse tre kjerne kategoriene er: 1)

begripelighet, 2) håndterbarhet og 3) meningsfullhet. De tre komponentene skal bidra til å støtte menneskers helse og trivsel som forårsaker sykdom. Videre kan SOC defineres som en global innstilling (Antonovsky, 2012, s. 41).

Begripelighet handler om i hvilken grad en person opplever at de påkjenninger han eller hun utsettes for i det ytre og indre miljøet, er kognitiv forståelig, sammenhengende og strukturert. I motsetning til kaotisk, uorganisert og uforståelig. Mennesker som har høy begripelighet, har en forventning om at ulike påkjenninger som personen møter på i fremtiden, er forutsigbare og hvis de er spontane vil de kunne plassere dem i en sammenheng og forklarer. Ikke alle påkjenninger er ønskelige, som død og sykdom. En person vil allikevel kunne sette dem inn i en forståelig sammenheng. For eksempel et barn som opplever psykisk sykdom i nære relasjoner, vil med høy grad av begripelig kunne klare og forstå og sette sykdommen i en sammenheng.

Den andre komponenten er håndterbarhet. Håndterbarhet handler om i hvilken grad en person opplever å ha tilstrekkelige ressurser til disposisjon for å kunne takle de påkjenningene man utsettes for. Det kan være ressurser man har kontroll på, eller ressurser som er kontrollert av en man stoler på, og har tillitt til. Som for eksempel en lærer, venn eller andre familiemedlemmer. Mennesker med høy opplevelse av håndterbarhet, vil ikke føle de er et offer for omstendighetene, samtidig vil de være i stand til å takle motgang, bearbeide sorgen og komme seg videre.

Den siste komponenten er meningsfullhet. Det handler om i hvilken grad en person føler at livet er forståelig, rent følelsesmessig. At man har noe man engasjerer seg i, og tar tak i noen av de påkjenningene man utsettes for. For eksempel et barn som har psykisk syke foreldre er villig til å møte utfordringen og finne en mening i den, samtidig som barnet gjør sitt beste for og komme seg gjennom det på en anstendig måte. Meningsfullhet kan anses som et motivasjonselement (Antonovsky, 2012, s. 39-41).

Det salutogene perspektivet retter seg mot personens motstandsressurser, som kan gjøre virkningen av stressfaktorer helsefremmende. Motstandsressurser bidrar til å skape livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom under- og overbelastning, på denne måten styrker motstandsressursene en sterk SOC (Antonovsky, 2012, s. 50.) Imidlertid vil jeg påpeke at en sterk SOC ikke er en mestringsstil men en person med sterk SOC, velger den mestringsstrategien som egner seg best til å håndtere stressfaktorer personen må håndtere (Antonovsky, 2012, s. 148).

### **2.5.2 Barne- og familiesamtalen i andrelinjetjenesten**

I en familie hvor en av foreldrene er psykisk syk kan kommunikasjonen mellom familiemedlemmene stoppe opp. Det kan være vanskelig for familien å snakke om sykdommen da det kan oppleves som skamfullt (Helgeland, 2012, s. 185). I følge Helsepersonelloven §10 a 3.ledd stå det nedfelt at helsepersonell skal:

...bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (Helsepersonelloven (1999) § 10 a, 3.ledd).

Samtalen helsepersonell tar i bruk, skal være tilpasset barnets individuelle forutsetninger (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Er mor eller far innlagt, skal barnet få mulighet til å se hvor de er innlagt. Barnet skal få vite hvem som skal hjelpe foreldrene under innleggelse og behandling, og helsepersonell skal undersøke hvilke opplevelser barn sitter med samt svare på eventuelle spørsmål. Samtidig er et av målene med samtalen å avstigmatisere psykiske lidelser (Osen et al., 2015, s. 40). Barne- og familiesamtalen har som utgangspunkt, samtaler med barn som pårørende til psykisk syke. Små barns tankemåter er preget av egosentrisk tankegang, noe som vil si at barna tolker sine opplevelser med utgangspunkt i seg selv, og vil

derfor tro at de er årsaken til det meste (Nordenhof, 2012, s. 38). Informasjonen som gis til barn gjennom samtalene skal gis i samarbeid med foreldrene. Det oppfordres til at foreldrene selv tar ansvar for samtalene, helsepersonell vil da støtte og motivere foreldrene.

Helsepersonell kan for eksempel bistå foreldrene med å avklare hva de kan si, og hvordan formidle ord og uttrykk slik at barn forstår (Helsedirektoratet, 2010, s. 11; Osen et al., 2015, s. 34; Nordenhof, 2012, s. 56). Til slutt vil jeg påpeke at hvis foreldrene ikke gir samtykke til at barna skal få informasjon om deres helsetilstand, kan helsepersonell gi barnet generell informasjon om det ikke foreligger unntak fra taushetsplikten.

### **2.5.3 Barnesamtaler i førstelinjetjenesten**

Kinge (2006) understreker at samtaler med barn skal blant annet bidra til prosesser som gir selvinnsikt, og utvikling av språk slik at barnet kan uttrykke egne reaksjoner, følelser og behov (s. 108). Samtalene baseres på anerkjennelse og empati, og styres i stor grad av barnet selv. I pedagogisk praksis vil samtalen ofte handle om barnets følelser og opplevelser i barnehagen eller skolen med utgangspunkt i venner, trivsel og generelle tanker barnet gjør seg. Temaer om barnets hjemmesituasjon kan dukke opp, og i pedagogisk og spesialpedagogisk arbeid vil det da være naturlig å se disse forholdene i sammenheng med barnets hverdag. Innspillene kan benyttes som økt forståelse av barnets handlinger og væremåter (Kinge, 2006, s. 113). Ved å ta tak i og respondere på barnets tanker og spørsmål, kan barnets forestillinger korrigeres, og ved å bekrefte barnets følelser kan barnet få hjelp til å finne gode mestringsstrategier (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 13).



### **3.0 Metodisk tilnærming**

I dette kapittelet vil jeg presentere valg av forskningsmetode og hva metoden innebærer. Videre vil jeg kort gjøre rede for hermeneutikk etterfulgt av min forforståelse og forskerrollen. Følgende vil jeg ta for meg egen forskningsprosess, så redegjøre for kvaliteten i studien og etiske betraktninger i arbeidet, deretter avslutter jeg med en systematisk presentasjon av informantene.

#### **3.1 Valg av forskningsmetode**

Begrepet metode stammer fra det greske "methodos", og betyr å følge en bestemt vei mot målet. Den samfunnsvitenskapelige metoden omhandler hvordan vi skal gå frem for å få informasjon om virkeligheten, og hvordan vi skal analysere og fortolke denne informasjonen (Johannssen, Tuftte & Christoffersen, 2010, s. 29). Forskningens formål vil variere utfra hva forsker er ute etter, og uansett forskningsmetode starter forskningen med en undring (Kleven, 2011, s. 12). Jeg ønsket innsikt i og kunnskap om hvordan første- og andrelinjetjenester arbeider i forhold til barn av psykisk syke foreldre, og problemstillingen lyder som følger:

*Hvordan sam(arbeider) tre fagpersoner i hjelpeapparatet rundt mindreårige barn av psykisk syke foreldre, og hvilke konsekvenser gir dette for nåværende praksis i det spesialpedagogiske felt?*

Jeg valgte kvalitativ forskningsintervju som en fremgangsmåte for å søke svar på problemstillingen (Kleven, 2011, s. 16). Med utgangspunkt i problemstillingen ønsket jeg "...beskrivelser som tolker og forklarer kulturen, livet, samfunnet og de sosiale strukturene som styrer interaksjoner og holdninger" (Guðmundsdóttir, 2011, s. 17). En kvalitativ forskningsmetode egnet seg best for denne studien. Samtidig vil bruk av kvalitativ forskningsintervju gi meg en fleksibilitet der jeg kunne foreta eventuelle endringer underveis i forskningsprosessen (Thagaard, 2013, s. 18).

#### **3.2 Kvalitativ forskningsintervju**

Forskningsintervju er en profesjonell samtale, som bygger på dagliglivets samtaler. Samtalen har en struktur og en hensikt, og går dypere inn i hverdagen enn den spontane

meningsutvekslingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). Ett av kjennetegnene ved kvalitativ forskningsintervju er å ta for seg et begrenset felt, for deretter å gå i dybden. Innenfor kvalitativ forskning er det viktig å gi fylldige beskrivelser av konteksten, aktiviteter og informantens oppfatninger (Guðmundsdóttir, 2011, s. 16). Ettersom jeg har få informanter i denne studien egnet kvalitativ forskningsintervju seg best. Samtidig fikk jeg mulighet til å gå i dybden i informantenes miljø, oppfatninger og aktiviteter.

Det er flere former og retninger innenfor kvalitativ forskningsintervju, og semistrukturert intervju er den mest vanligste formen for intervju (Dalen, 2011, s. 26; Tjora, 2012, s. 104). For meg ble et semistrukturert intervju gunstig i denne studien da jeg ønsket informantenes perspektiv på tematikken. I forkant av intervjuene hadde jeg valgt ut temaer som samtalen rettet fokus mot (Dalen, 2011, s. 26). Kvale og Brinkmann (2015) viser til ulike filosofiske grupperinger som har påvirket den nåværende samfunnsvitenskapen, og er relevant for forskningsintervju. De filosofiske grupperingene er opptatt av sentrale aspekter ved kunnskap som blant annet de hermeneutiske fortolkningene av tekstens innhold (s. 30). I denne studien har jeg har latt meg inspirere av en hermeneutisk tilnærming.

### **3.2.1 Hermeneutikk**

I det hermeneutiske synspunkt ligger hovedfokuset på fortolkningen av mening i tekst. Gjennom den hermeneutiske fortolkningen skal forsker oppnå en gangbar og allmenn forståelse av tekstens innhold (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74). Jeg ønsket og finne en dypere mening i informantens utsagn en det som umiddelbart ble oppfattet. For å få tak i den dypere meningen måtte jeg sette budskapet i lys av helheten (Dalen, 2011, s. 17-18). Ved en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men tolkninger av fenomener på flere nivåer (Thagaard, 2013, s. 41).

I den hermeneutiske tradisjon ligger det flere prinsipper for fortolkning, og det mest sentrale elementet er den ”hermeneutiske sirkel/spiral”. Med utgangspunkt i den hermeneutiske sirkel, går forsker kontinuerlig frem- og tilbake mellom deler og helhet for og oppnå en dypere forståelse. Vi starter ofte med en uklar og ubevisst forståelse av teksten som en helhet. Deretter fortolker vi dens forskjellige deler, og ut fra fortolkningene setter vi delene på ny relasjon til helheten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237).

Nilssen (2012) henviser til Giddens (1976) som gjør rede for dobbel hermeneutikk. Dobbelt hermeneutikk vil si, forskers fortolkninger av informantens fortolkninger av sin situasjon. Forsker vil gå bak fortellingen ved å få frem refleksjoner, holdninger og begrunnelser som ligger bak det som blir sagt (Giddens gjengitt etter Nilssen, 2012, s. 72-73). Fortolkningen bygger på informantens uttalelser, men videreutvikles i dialog mellom det empiriske datamaterialet og forsker. Forforståelsen påvirker analyse- og tolkningsprosessen, og forsker må derfor være den bevisst (Nilssen, 2012, s. 61). Bevisstgjøring av egen forforståelse gjorde meg mer sensitiv for å kunne se muligheter for teoriutvikling i datamaterialet (Dalen, 2011, s. 16-17).

### **3.2.2 Forforståelse og forskerrollen**

Innenfor den kvalitative tilnærmingen er det blant annet viktig å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Jeg vil nå gjøre rede for min forforståelse da den ligger til grunn for mine fortolkninger av datamaterialet (Thagaard, 2013, s. 11 & 194).

Min utdanning og mine holdninger som jeg bærer med meg er en del av forskningsprosessen (Guðmundsdóttir, 2011, s. 20). Imidlertid vil ulike faglige tilnærminger og teoretiske ståsteder åpne for forskjellige tolkninger av det samme datamaterialet (NESH, 2016, s. 10). Dette betyr at min tilnærming til feltet vil være preget av mitt vitenskapsteoretiske syn, så jeg som pedagog vil tolke datamaterialet med pedagogiske ”briller”. Dette gir et annet grunnlag for perspektivtegning enn hva det for eksempel ville gjort for en sykepleier (Thagaard, 2013, s. 194-195). Samtidig er min tilnærming til feltet preget av tidligere erfaringer, noe som handler om verdier, holdninger og erfaringer til feltet som skal studeres (Nilssen, 2012, s. 68).

Mitt kunnskapssyn er av betydning for hva jeg søker informasjon om og danner et utgangspunkt for den forforståelsen jeg utviklet og bar med meg i forskningsprosessen (Thagaard, 2013, s. 37). Jeg har fagbrev i barne- og ungdomsarbeiderfaget, bachelorgrad i førskolelærerutdanningen og i tillegg er jeg i et mastergradløp i spesialpedagogikk. Jeg har lite erfaring om tematikken fra de årene jeg arbeidet i barnehagen, og jeg har heller ingen personlige erfaringer, noe som tilsvarer at jeg ikke hadde noe spesiell nærhet til temaet i forkant av studiet. Ettersom jeg fant ut at tematikken gjenspeiles innenfor det helsefaglige felt, måtte jeg bevege meg innenfor nye rammer og et nytt miljø, som for eksempel psykiatrien. Samtidig har jeg kun kjennskap til PP-tjenesten gjennom litteratur fra mitt

tidligere studium, og har ikke fysisk vært innenfor miljøet. Thagaard (2013) påpeker at forskerens kjennskap til feltet har både positive og negative sider. Kjennskap til miljøet som studeres kunne gitt meg et bedre grunnlag for å forstå informantens situasjon, og egen erfaring kunne ha bekreftet forståelsen som utvikles. Ettersom jeg hadde lite kjennskap og et distansert forhold til miljøet som skulle studeres, var det mindre sannsynlig at jeg overså nyanser ved å sammenligne med egne erfaringer (Thagaard, 2013, s. 206-207). For å få innsikt i informantens miljø leste jeg meg opp på teori og jeg satte meg inn i lover og regler som følges. Jeg ble invitert til kurs innenfor psykiatrien som omhandlet hvordan psykiatrien arbeider rundt barn som pårørende. Her fikk jeg en viss innsikt i konteksten som den ene informanten var en del av.

Flere fagbøker gjør rede for forsker som sitt eget instrument (Kvale & Brinkmann, 2015; Nilssen, 2012; Postholm, 2010; Delamont, 1992). Min verdi som eget instrument er avhengig av at jeg er bevisst på egen rolle, mine interaksjoner, teoretiske ståsted og det empiriske materialet. Subjektiviteten skal ikke unngås men må håndteres i forskning. Jeg måtte derfor forholde meg refleksivt til egen subjektivitet gjennom hele forskningsprosessen (Delamont, 1992, s. 9).

### **3.3 Forskningsprosessen**

#### **3.3.1 Tema, problemstilling og tilgang til feltet**

Temaet ”barn av psykisk syke foreldre” for denne studien har jeg hatt klart lenge, og jeg ønsket å undersøke temaet gjennom en systemtilnærming noe som innebærer samspillet mellom de ulike etatene (Fandrem & Roland, 2013, s. 27). Startfasen begynte med søk i tidligere forskning og relevant forskning om tematikken, etterfølgende dannet jeg meg en forskbar problemstilling med utgangspunkt i tematikken (Dalen, 2011, s. 23).

Problemstillingen var fleksibel slik at jeg fikk mulighet til å utforske temaer som viste seg å være interessant underveis. Imidlertid var problemstillingen avgrenset slik at den kunne foretas innenfor de rammene jeg ville forholde meg til (Thagaard, 2013, s. 51).

Med utgangspunkt i problemstillingen ønsket jeg å kartlegge og utforske miljøet jeg ønsket å studere. Dalen (2011) kaller denne tilnærmingen for ”spaning” (s. 25). Jeg tok kontakt med to forskjellige PP-tjenester gjennom epost. Jeg forklarte hva jeg ønsket å undersøke, og spurte



om spørsmålene jeg hadde utarbeidet kunne være relevante å undersøke i forbindelse med studiet. Dette gjorde jeg fordi jeg ikke viste om tematikken var relevant innenfor PP-tjenesten. Jeg fikk tilbakemelding fra begge PP-tjenestene at de ikke primært arbeider med barn som har psykisk syke foreldre, og det var tilfeldig om de fikk vite om de barna som ble henvist hadde psykisk syke foreldre. Videre ble det fortalt at PP-tjenesten har et helhetsperspektiv i forhold til barn som blir henvist etter Opplæringsloven § 5.

Neste steg i prosessen var å kontakte psykiatriske sykehus. Jeg kom i kontakt med to psykiatriske sykehus, og fikk tilsendt en kort redegjørelse om hvordan de arbeider med barn som pårørende. Her fikk jeg for første gang høre om tittelen ”barneansvarlig”. Gjennom kontakt med det ene sykehuset, ble jeg henvist videre til en doktorgradsstudent. Dette psykiatriske sykehuset ble en viktig ”døråpner”, som ga meg adgang til deres felt (Thagaard, 2013, s. 66). Jeg ble deretter invitert til kurs om barn som pårørende. Gjennom kurset fikk jeg en bedre innsikt i hvordan psykiatrien arbeider med barn av psykisk syke foreldre, og hvilket lovverk de forholder seg til, noe som ga meg en pekepinn på hva jeg skulle søke videre på når det gjaldt tilgang til fagstoff om temaet. Etter å ha foretatt undersøkelser av miljøet og relevant forskning, var neste mål i prosessen og finne informanter.

### **3.3.2 Utvalg**

Valg av informanter er en viktig faktor i et kvalitativt forskningsintervju (Dalen, 2011, s. 45). Med tanke på studiets størrelse ble det sentralt å ikke ha for mange informanter, men samtidig å ha nok informanter til å få et tilstrekkelig grunnlag for analyse og tolkning. Valg av informanter var strategisk i forhold til problemstillingen, da jeg ønsket informanter med relevant utdannelse og erfaring innenfor feltet (Thagaard, 2013, s. 60). For å få et mest mulig helhetlig bilde av hvordan hjelpeapparatet arbeider rundt barn av psykisk syke foreldre, ble det gunstig med informanter fra både første- og andrelinjetjenesten. Jeg ønsket å intervju en barneansvarlig helsepersonell og to spesialpedagoger i PP-tjenesten. Det endelige utvalget ble noe annerledes.

For å få tak i en barneansvarlig tok jeg kontakt med doktorgradsstudenten, som deretter tok kontakt med potensielle informanter. Thagaard (2013) omtaler denne metoden for snøballmetoden (s. 61- 62). Jeg fikk epost fra en informant om ønske å stille til intervju, og vi avtale tid og sted for intervju. Det var utfordrende å få tak i informanter i PP-tjenesten. Det

var mange som ikke hadde tid til å stille til intervju, samtidig som flere mente at de ikke hadde erfaring innenfor tematikken og med dette ikke ønsket å stille til intervju. Da jeg kartla miljøet kontaktet jeg som nevnt to PP-tjenester, og jeg satt igjen med en oppfatning av at barn av psykisk syke er lite på agendaen innenfor tjenesten. I prosessen med å finne en potensiell informant innenfor PP-tjenesten kom jeg over en kommune med stort fokus på tematikken, og tverretattlig samarbeid. Informanten jeg kom i kontakt med arbeidet som rådgiver i kommunen, og ønsket å inkludere meg i deres virksomhet. I kontakt med informanten fikk jeg for første gang høre om ”modellkommuneforsøket”. Senere i prosessen kom jeg i kontakt med en spesialpedagog som arbeider i PP-tjenesten som kunne stille til intervju. Utvalget bestod da av: en barneansvarlig helsepersonell, en rådgiver som arbeider i kommunen og en spesialpedagog i PP-tjenesten. Jeg var nå klar for å utarbeide en intervjuguide.

### **3.3.3 Utforming av intervjuguide**

Et semistrukturert intervju innebærer at samtalen vil fokusere på temaer valgt ut på forhånd. Jeg utarbeidet to intervjuguider, en til informanten med helsefaglig bakgrunn og en til informantene med pedagogisk bakgrunn (se vedlegg nr. 2). For å holde den røde tråden i utarbeidingen av relevante spørsmål, hadde jeg både tema og problemstillingen foran meg (Dalen, 2011, s. 26-27). Jeg startet med innledende spørsmål som informantens bakgrunn og arbeidserfaring, før jeg gikk over på spørsmål som fokuserte de sentrale temaene. De avsluttende spørsmålene gikk på mer generelle forhold. Dalen (2011) kaller denne metoden for traktprinsippet, og beskriver det som å starte åpent, deretter komprimere for så å åpne trakten til slutt (s. 27). Slik jeg ser det kan traktprinsippet assosieres med et timeglass, og jeg tegnet opp ett timeglass og la det foran meg for hjelp.

Å stille gode oppfølgingsspørsmål er en viktig strategi for å gå i dybden i temaet. Disse kan utarbeides i forkant, eller uformes underveis i intervjuet (Postholm, 2010, s. 80). Jeg hadde utarbeidet meg oppfølgingsspørsmål i forkant av intervjuene. For å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål, krevde det at jeg hadde kunnskap om temaene som ble tatt opp (Postholm, 2010, s. 82). Jeg hadde som nevnt lest meg opp på forskning og teori i forhånd, slik at jeg kunne forstå informantenes begreper og referanser.

Etter å ha bestemt utvalget og ferdigstilt intervjuguiden foretok jeg prøveintervjuer med mine romkamerater, for både å prøve ut intervjuguidene og øve meg som intervjuer. En annen

hensikt med prøveintervju var å bli bevisst på eget kroppsspråk, tonefall og mimikk, jeg ønsket derfor tilbakemeldinger på dette. Etter utført prøveintervju forandret jeg litt på rekkefølgen av spørsmålene (Dalen, 2011, s. 30-31).

### **3.3.4 Gjennomføring av intervju**

Informasjonsskriv, samtykkeskjema (vedlegg nr. 1) og intervjuguide (vedlegg nr. 2) ble sendt på forhånd til informantene, derved fikk informantene kjennskap til studiens formål og mulighet til å forberede seg. Intervjuene fant sted på informantenes arbeidsplass på lukkede møterom, uten noen form for forstyrrelser. Selv om jeg hadde sendt intervjuguide, informasjonsskriv og samtykkeskjema i forkant, valgte jeg å skrive ut ekstra eksemplarer. Informantene fikk da mulighet til å ha intervjuguiden foran seg, og jeg fikk skriftlig samtykke til intervjuet. Intervjuene varte mellom 45 – 120 minutter, jeg hadde på forhånd bedt om å få avsatt ca 60 minutter til intervju.

Ved bruk av intervju som forskningsmetode, var det en nærhet mellom meg og informantene, noe som ga meg tilgang til kunnskap det ellers ville vært utfordrende å få tak i (Kleven, 2011, s. 19). Under intervjuene var jeg lyttende, anerkjennende og viste en genuin interesse for det informantene fortalte, samt bevisst på eget kroppsspråk. Jeg ga tid og rom for refleksjon underveis i intervjuene, slik at informantene fikk tid til å reflektere over stilte spørsmål (Dalen, 2011, s. 32-33). Det jeg opplevde med dette, var at noen av informantene kom med praksisfortellinger. Ved å gi tid og rom fikk informantene mulighet til å ta opp temaer de selv ønsket å fortelle. I følge Postholm (2010) er det hensiktsmessig med et semistrukturert intervju i en slik setting (s. 75). For å runde av intervjuene foretok jeg en oppsummering for å oppklare eventuelle uklarheter, samtidig spurte jeg informantene om de hadde noe de ønsket å tilføye.

Under intervjuet med rådgiver og spesialpedagog beveget vi oss litt vekk fra intervjuguiden. Rådgiver ønsket å vektlegge modellkommuneforsøket, og komme med sine erfaringer underveis. Spesialpedagogen fortalte fritt om egne erfaringer ved hjelp av de sentrale temaene i intervjuguiden. I følge Thagaard (2013) gir semistrukturert intervju rom for at informantene kan ta opp temaer som ikke er planlagt på forhånd, og forsker kan da tilpasse spørsmålene opp mot temaene (s. 97).

### ***Tekniske hjelpemidler***

Det ble brukt lydopptaker noe som ga meg mulighet til å ha fullt fokus på informantene. Etter fullført intervju med spesialpedagogen la jeg merke til at båndopptakeren ikke hadde gjort opptak. Jeg dro rett hjem å skrev ned alt jeg husket fra intervjuet. Deretter sendte jeg en oppsummering av intervjuet tilbake til spesialpedagog, informanten fikk da mulighet til å se om hun kjenner seg igjen, gi tilbakemeldinger om eventuelle faktafeil, samt legge til noen kommentarer hvis ønskelig. Dette ble gjort for å få et bedre utbytte av datamaterialet samt bidra til å styrke studiens troverdighet, dette omtales som "member check" (Lincoln & Guba, 1985, s. 373-378). Imidlertid vil tekster som forsker produserer aldri være helt nøyaktige, i denne sammenheng ble den nedskrevne oppsummeringen farget av hva jeg synes var viktig, ettersom det var det jeg husket best (Nilssen, 2012, s. 46). Jeg har valgt å ikke ta med direkte sitater fra intervjuet med spesialpedagogen i funn- og drøftingsdelen, ettersom det ikke er informantens direkte ord.

## **3.4 Analyse av datamaterialet**

I kvalitative studier starter bearbeidelsen av datamaterialet og analyseprosessen tidlig. Analyseprosessen starter allerede under intervjuet, der forsker observerer underveis i intervjuet (Postholm, 2010, s. 86; Dalen, 2011, s. 56). Etter hvert enkelt intervju satt jeg igjen med lydfiler og disse lydfilene skulle transkriberes, og det var her organiserings- og bearbeidingsprosessen begynte.

### **3.4.1 Transkribering**

Transkribering er en viktig del av analyseprosessen. Ved å transkribere selv ble jeg godt kjent med datamaterialet (Dalen, 2011, s. 55). Jeg transkriberte så autentisk som mulig i løpet av den samme dagen som intervjuet fant sted. For å gjenskape tonefall og de ordene informanten la trykk på, markerte jeg med kursiv og fetskrift i teksten, samtidig som jeg noterte pauser (Nilssen, 2012, s. 47). Jeg prøvde samtidig å være så detaljert som mulig i transkripsjonene, i følge Tjora (2012) er det viktig å være detaljert ettersom forsker ikke vet hva som er de viktigste temaene (s. 144). Noen av informantene hadde dialekt, men jeg valgte å transkribere på bokmål. Dette gjorde jeg for å bevare anonymiteten, og for å få en god flyt i teksten. Neste steg i prosessen var å kode og kategorisere det transkriberte datamaterialet.

### 3.4.2 Koding og kategorisering

I analyseprosessen kom jeg fram til funn og tolkningsprosessen bidro til å skape mening i funnene (Nilssen, 2012, s. 104). Jeg leste først grundig gjennom transkripsjonene for å få ett inntrykk av helheten (Guðmundsdóttir, 2011, s. 27). Samtidig ønsket jeg å oppnå en forståelse av hva datamaterielt betydde for å finne de meningsfylte handlingene i tekstens innhold (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74).

Jeg tok for meg ett og ett intervju. Deretter markerte jeg det som virket interessant med markeringstusj, dette kunne være alt fra nøkkelsetninger til ord som gjentok seg. I marginen ved siden av skrev jeg ned tanker og refleksjoner jeg gjorde meg underveis, imidlertid var det ikke noe bestemt jeg lette etter i datamaterialet. Videre begynte jeg å kode og kategorisere datamaterialet for å få en bedre oversikt og redusere mengden data (Nilssen, 2012, s. 82-84). Etter mye frem og tilbake mellom deler av teksten som de fortolkningene og refleksjonene jeg gjorde meg og teksten som helhet, kom jeg frem til ulike koder. Dette samsvarer med den hermeneutiske sirkel, som forklart tidligere i teksten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237).

Videre sammenlignet jeg kodene og utarbeidet kategorier som passet for kodene. For eksempel kategorien ”samarbeid”, under kategorien satte jeg eksempelvis kodene: familien, foreldre og barnevern. Dette var koder som omhandlet hvem informantene samarbeidet med. Kategoriene jeg dannet var sett fra informantenes faglige perspektiver, og jeg dannet derfor underkategorier (Nilssen, 2012, s. 113). Eksempelvis hovedkategori: ”barns sammenheng i hverdagen”. Informantene fortalte om hvordan de utførte samtaler med barn av psykisk syke. Jeg dannet derfor underkategoriene: ”pedagogiske gruppesamtaler med barn” og ”barne- og familiesamtalen i spesialisthelsetjenesten”. En utfordring med koding- og kategoriseringsprosessen var å passe på at jeg ikke utelukket relevant informasjon (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011, s. 164-165).

Hovedkategoriene jeg kom frem til er: 1) Kunnskap, 2) Samarbeid og 3) Barns sammenheng i hverdagen. Et funn jeg ønsket og presentere som jeg ikke anser som en kategori, var en modell. I følge Thagaard (2013) bør formålet med å presentere en modell være å presentere en forenklet framstilling av sentrale mønstre og sammenhenger (s. 196). Modellen gir en enkel beskrivelse av hvordan personer som arbeider med barn kan gå frem på en hensiktsmessig måte. Kategoriene og underkategoriene vil bli drøftet i kapittel 4.

Etter jeg hadde kodet og kategorisert datamaterialet, fant jeg aktuell teori og forskning som jeg kunne drøfte kategoriene opp mot. Jeg ønsket å la situasjonen være med på å forme studien. Postholm (2010) beskriver en induktiv tilnærming som at teorien ikke skal være nedskrevet på forhånd og ikke styre forskningen, teorien skal utvikle seg etter hvert som analysen trer frem (s. 26). I prosessen med å utarbeide intervjuguide og for å være forberedt til intervjuene, satt jeg meg inn i teori, litteratur og tidligere forskning. Teorien styrte ikke forskningen, men den gjorde meg mer forberedt på datainnsamlingen. Teori, litteratur og forskning jeg drøftet kategoriene opp mot, ble hentet underveis i analyseprosessen. Derved ble det naturlig for meg å veksle mellom helsefaglig- pedagogisk- og psykologisk litteratur. Imidlertid vil jeg påpeke at teorien styrte forskningen i noen grad. Jeg vil i neste avsnitt ta for meg kvaliteten i studien og etiske betraktninger.

### **3.5 Kvalitet i studien**

#### **3.5.1 Reliabilitet (pålitelighet), validitet (gyldighet) og overførbarhet.**

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, og tar utgangspunkt i spørsmålet om en annen forsker som anvender samme metode vil kunne komme frem til samme resultat (Thagaard, 2013, s. 201-202). Imidlertid vil det være utfordrende å stille krav om reliabilitet i en kvalitativ studie, og min rolle som forsker å samspillet mellom meg og informantene er derfor vesentlig. Atmosfære, kommunikasjon og dagsform er andre faktorer som eksempelvis påvirker intervjuet. Ved å styrke studiens pålitelighet har jeg gjort rede for forskningsprosessen (Dalen, 2011, s. 93; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 230). Som nevnt spilte ikke lydopptaker av under intervjuet med spesialpedagog, og jeg tok da i bruk det Lincoln og Guba (1985) benevner som ”member check” (s. 373-378).

Validitet handler om studiens gyldighet av de tolkninger forsker kommer frem til (Thagaard, 2013, s. 204). For å styrke studiets gyldighet har jeg gjort rede for min forforståelse, forskerrollen, kjennskap til miljøet og fenomenet som ble studert. Slike beskrivelser gir leseren mulighet til å avgjøre kritisk i hvilken grad forholdene har påvirket tolkningen av resultatene (Dalen, 2011, s. 94). Hvordan spørsmålene er utformet i intervjuguiden er en forutsetning for studiens gyldighet. Jeg utformet åpne spørsmål som ga informantene anledning til å komme med fyldige uttalelser (Dalen, 2011, s. 97).

I denne studien vil overførbarehet handle om den forståelsen jeg utviklet innenfor rammen av studien, kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard, 2013, s. 194). Funn og det teoretiske rammeverket kan være relevant for personer som arbeider med barn, eller personer som interesserer seg for tematikken. Informantene forteller om deres tilnærminger og hvordan de støtter barn av psykisk syke foreldre, slike fremgangsmåter kan overføres til andre tjenester som arbeider med barn og familier. Det vil være opp til de som leser denne studien om hvor vidt resultatene fra studien er overførbare til andre sammenhenger (Thagaard, 2013, s. 194).

### **3.6 Etiske betraktninger i studien**

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) understreker at forskning må underordne seg etiske prinsipper og retningslinjer. Videre påpeker de at etikk handler om regler, retningslinjer og prinsipper for vurdering av om handlinger er riktige eller gale (s. 89). I følge Thagaard (2013) må forsker forholde seg til de etiske prinsipper som gjelder innenfor forskningsmiljøet og i relasjon til omgivelsene (s. 24). Denne studien er meldt inn og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i januar 2016 (se vedlegg nr. 3).

#### **3.6.1 Informert fritt samtykke og konfidensialitet**

Studier som inkluderer mennesker skal kun settes i gang etter informantenes eller deltakernes informerte og frie samtykke. Samtykket skal være frivillig, informert, uttrykkelig og dokumenterbart (NESH, 2016, s. 14-15). Jeg utarbeidet informasjonsskriv og samtykkeskjema som først ble sendt til NSD for godkjennelse, deretter til informantene. Samtykke skal forebygge krenkelser av informantens frihet og personlig integritet, samtidig skal samtykke baseres på studiens hensikt.

Gjennom informasjonsskrivet fikk informantene informasjon om konfidensialitet, personvern og studiens tematikk. Konfidensialitet omhandler personopplysninger som informantens navn, konkret arbeidssted og andre opplysninger som gjør informanten identifiserbar (NESH, 2016, s. 16). Informantene ble informert om at de kunne trekke både før, under og i etterkant av studien. Videre understreket jeg at lydopptaket vil bli slettet senest ved studieavslutning, og det var kun jeg som skulle lytte til opptaket. I følge Dalen (2011) er det viktig at informantene føler seg trygge på at opplysninger de kommer med blir behandlet fortrolig, og opplysningene ikke skal kunne spores tilbake til informantene (s. 102). Dette gjorde jeg ved å skape en tillit

mellom informantene, med både å sende informasjonsskriv og opplyse muntlig samt spørre om de hadde noen videre spørsmål i møte med informantene.

Dalen (2011) gjør rede for noen etiske utfordringer i kvalitativ forskningsintervju, og påpeker nærhet og engstelse. Informantene kan føle en engstelse over at forsker skal avsløre motstridende eller krenkende praksis (s. 19-20). Da jeg søkte om godkjenning av studiet til NSD, ønsket de at jeg skulle skrive i både informasjonsskriv og i intervjuguiden at informantene ikke skulle ta opp enkelt saker med barn eller pasienter. Dette gjorde jeg, og ingen av informantene snakket direkte om enkeltsaker.



### 3.7 Presentasjon av informanter

I tabellen nedenfor vil jeg presentere informantene jeg har intervjuet i denne studien. Tabellen skal bidra til en god oversikt, og jeg har valgt å betegne informantene etter deres arbeidstittel.

Informant	Utdanning	Stilling	Erfaring
<b>Barneansvarlig</b>	Psykiatrisk sykepleier Gruppelederutdanning	Barneansvarlig ansatt i Distriktpsykiatrisk avdeling (DPS)	Lang erfaring som psykiatrisk sykepleier. Lang erfaring med barn av psykisk syke foreldre
<b>Spesialpedagog</b>	Førskolelærerutdanning Spesialpedagogikk avdeling 1	Spesialpedagog ansatt i pedagogisk- psykologisk tjeneste (PP-tjenesten)	Lite erfaring med barn av psykisk syke foreldre
<b>Rådgiver</b>	Lærerutdanning	Rådgiver ansatt i kommunen	Middels erfaring med barn av psykisk syke foreldre



## 4.0 Funn og drøfting

I dette kapittelet vil jeg presentere og drøfte funn utfra datamaterialet med utgangspunkt i problemstillingen:

*Hvordan (sam)arbeider tre fagpersoner i hjelpeapparatet rundt mindreårige barn av psykisk syke foreldre, og hvilke konsekvenser gir dette for nåværende praksis i det spesialpedagogiske felt?*

Jeg vil starte med en kort presentasjon av en modell jeg ble presentert for i intervju med rådgiver. Modellen er en beskrivelse for personer som arbeider med barn, og viser hvordan en kan gå frem om det oppstår en undring over barnets atferd eller bekymring ved barnets hjemmesituasjon. Videre deles kapittelet inn etter hovedkategoriene: 1) Kunnskap, 2) Barns sammenheng i hverdagen og 3) Samarbeid.

Hovedkategori 1 er delt inn i underkategorier: ”Mangel på kunnskap” og ”Kunnskap for egen trygghet”. Hovedkategori 2 er delt inn i underkategoriene: ”Pedagogiske gruppesamtaler med barn” og ”Barne- og familiesamtalen i spesialisthelsetjenesten”. Den tredje hovedkategorien er delt inn i underkategoriene: ”Tverretatlig samarbeid”, ”Utfordringer i det tverretatlige samarbeidet” og ”Samarbeid med familien”. Hver kategori vil presenteres informantenes utsagn gjennom oppsummeringer og direkte sitater.

Som en ramme for drøftingen har jeg tatt utgangspunkt i Antonovsky sine tre kjernekategoriene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Kjernekategoriene viser hvordan fagpersoner kan bidra til å styrke barns, foreldre og hverandres sammenheng i hverdagen. SOC kan anses som en forståelse om hvordan hjelpeapparatet kan fremme god helse og velvære hos barn av psykisk syke foreldre. Antonovsky (2012) gjør rede for at helse ikke handler om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle de påkjenningene vi utsettes for gjennom livet (s. 16).

### 4.1 Modell ved undring

Rådgiver har vært med på utviklingen av modellkommuneforsøket. Jeg skal nå presentere en modell som ble utviklet gjennom prosjektet, der målet er å fange opp barn som har psykisk syke- eller rusmiddelavhengige foreldre. Under beskrivelsen av modellen vil jeg ta

utgangspunkt i barnehagen. Modellen kan fungere som en støtte for ansatte ved å gi en oversikt over hva de skal gjøre, dersom de har en dårlig magefølelse for et barn, eller mistanke om at noe ikke er som det skal. Rådgiver forteller at arbeid med barn går gjennom foreldrene. ”Altså i modellkommunen så var målgruppa barn fra 0-6 år, men man kunne likeså greit ha sagt at det var foreldrene som var målgruppa” (Rådgiver). Før jeg går inn på modellen vil jeg understreke at foreldrene skal være involvert gjennom hele prosessen, med unntak ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt.

Modellen starter med hva de ansatte i barnehagen kan foreta seg innenfor egen virksomhet, når undringen eller den dårlige magefølelsen oppstår. I modellen oppfordres ansatte til å ta initiativ med en gang. Personale starter med observasjon av barnet, og dokumenterer underveis. Foreldrene kontaktes og det oppfordres til at begge foreldrene kommer sammen til barnehagen for en samtale. Rådgiver understreker at det er foreldrene som kjenner barnet best. Samtidig kan ansatte få relevant informasjon av foreldrene om barnets situasjon. Sammen med foreldrene skal det planlegges hvilke tiltak barnehagen kan igangsette for barnet. Får barnet det bedre, holdes fortsatt jevnlig kontakt med foreldrene for å forsikre at den positive utviklingen til barnet fortsetter.

Ved fortsatt bekymring hos ansatte etter noen måneder, kontaktes foreldrene til en ny runde. Om tiltakene som ble satt i verk ikke har fungert tilstrekkelig, tilbys foreldrene kommunens tverretatlige kompetanse. Den tverretatlige kompetansen er satt sammen i et team som består av flere fagpersoner, som for eksempel en ansatt fra barneverntjenesten, PP-tjenesten og helsesøster. Teamet kommer på barnets arena, som i dette tilfellet er barnehagen. Sammen drøftes og skisseres utfordringene barnet og familien står ovenfor. Det utarbeides et referat som påpeker hvem som gjør hva når. Det vil si foreldrenes bidrag, offentlige eller private bidrag og tiltak. Rådgiver forteller at hvis foreldrene samtykker til tilbudet, opprettholdes det et nært samarbeid med foreldrene videre for å forsikre seg om at barnet utvikler seg positivt. Hvis foreldrene ikke samtykker eller ikke ønsker noe hjelp videre, anerkjennes deres avslag. Samtidig skal ansatte forklare foreldrene hvilke konsekvenser dette kan ha for barnets utvikling, og hvilke forpliktelser de har som offentlige ansatte. Det kan være meldeplikt til barneverntjenesten ved alvorlig bekymring.

I alle stadier i modellen skal som sagt foreldrene være involvert. Går barnet i barnehagen understrekes det flere steder i barnehageloven at barnehagen skal samarbeide med barnets

hjem (Barnehageloven (2005), §1, 2 & 4). Som nevnt tilbys kommunens samla kompetanse til foreldrene. For at fagpersoner sammen skal kunne drøfte det enkelte barnet, og dele personlige opplysninger seg imellom, kreves det et samtykke fra foreldrene (Forvaltningsloven (1967), § 13 a).

### Drøfting

Jeg anser modellen som en beskrivelse og en prosedyre av hvordan ansatte som arbeider med barn kan gå frem dersom de får en dårlig magefølelse, eller mistenker at et barn ikke har det bra hjemme. Det kan være en følelse av at barnet har det vanskelig, men det kan være utfordrende å sette ord på akkurat hva. Modellen oppfordrer ansatte til å ta initiativ med en gang og ikke vente, noe som kan sees i tråd med tidlig innsats. I Stortingsmelding 16 (2006-2007) kommer det frem at tjenester som arbeider med barn må komme tidlig inn i barns liv for å gripe fatt i utfordringene, det handler om å avdekke eller hindre at vansker utvikler seg (s. 10). Videre tar stortingsmeldingen for seg tidlig innsats, med hovedfokus på barns læring. Det som nevnes i stortingsmeldingen av barn med psykisk syke foreldre, er at disse barna kan ha sammensatte problemer som igjen vil virke inn på deres læringsarbeid i skolen (St.meld. nr. 16 (2006-2007), s. 34). Det vil blant annet være en sammenheng mellom opplæring, utdanning og helse. God helse bidrar til bedre læringsresultater og utdanning er viktig for reproduktiv helse (Meld. St. 25 (2013-2014) s. 15-16).

Rådgiver fortalte at det oppfordres til at begge foreldrene kommer til en samtale på barnets arena. Ved at begge foreldre kommer til en samtale, og det åpner for en god dialog, kan andre faktorer som påvirker barnets atferd komme frem. Imidlertid understreker Nordenhof (2012) at det kan være utfordrende for en familie å snakke om psykisk sykdom, noe som kan være viktig å ha i bakhodet dersom et barn har psykisk syke foreldre. Psykisk sykdom er ofte skambelagt, noe som kan legge en grunnramme av taushet (s. 27). Det kan bli en utfordring for ansatte å snakke med foreldrene om hjemmesituasjonen og om ulike tiltak i barnehagen, dersom foreldrene føler skam og ikke ønsker å dele. Samtidig kommer det frem i Barnevernloven (1992) at kommunen har ansvar for å følge med på de forholdene barn lever under, og sette i gang tiltak som kan forebygge omsorgssvikt (§ 3-1). Jamfør forvaltningsloven (1967) skal ansatte ved bekymring for alvorlig omsorgssvikt, sende bekymringsmelding til barnevernet. Med fokus på foreldrenes helse vil Antonovsky (2012) sine kjerne kategorier begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet være relevant. Et tett og velfungerende samarbeid vil kunne styrke foreldres opplevelse av sammenheng i hverdagen.

Som nevnt forteller rådgiver at foreldrene skal være involvert under hele prosessen. Foreldrenes begripelighet kan styrkes ved at fagpersoner gir klar og tydelig informasjon om ulike tiltak som kan igangsettes. Et velfungerende og inkluderende samarbeid, der foreldre ser at de har ressurser til rådighet for å hjelpe barnet, kan bidra til å styrke deres håndterbarhet av bekymringer for egne barns helse og situasjon midt oppi sin egen sykdom. Foreldrenes tillit til fagpersoner og andre som arbeider med barnet vil være viktig for følelsen av meningsfullhet. Det blir viktig at foreldre ikke får en følelse av at samarbeidet kun er en ekstra belastning, noe som vil svekke foreldres opplevelse av håndterbarhet som igjen kan føre mot uhelse (Antonovsky, 2012, s. 125).

Jeg har nå beskrevet en modell som kan anses som en prosedyre og en veiledning for hvordan fagpersoner kan gå frem ved en undring eller bekymring om et barn. Målgruppen inkluderer barn fra 0-6 år, men kan også tas i bruks for eldre barn. Videre i mine funn viser det seg at det er behov for mer kunnskap og kompetanse om barn av psykisk syke foreldre, og særlig i førstelinjetjenesten. Jeg vil i neste underkategori ta for meg kunnskap.

## **4.2 Kunnskap**

Gjennomgående i intervjuene kom det frem at informantene så behovet for økt kunnskap om barn av psykisk syke foreldre. Rådgiver og spesialpedagog vektlegger kunnskap innenfor det pedagogiske felt, mens barneansvarlig forteller at også helsepersonell som ikke er oppnevnt som barneansvarlige har behov for kunnskap.

### **4.2.1 Mangel på kunnskap**

Informantene er enige i behovet for økt kunnskap og kompetanse i både første- og andrelinjetjenesten. Spesialpedagogen forteller at hennes første møte med barn som har psykisk syke foreldre var da hun arbeidet i barnehagen. Hun understreker at det ble en bratt læringskurve, og hun måtte tilegne seg kunnskap raskt. Videre forteller spesialpedagogen at med økt kunnskap i både barnehagen og PP-tjenesten om tematikken, kunne det vært lettere å fange opp de barna som har psykisk syke foreldre. Rådgiver henviser til modellkommuneforsøket, og forteller at hensikten var å fange opp de sårbare barna i samfunnet, fra null til seks år. Barneansvarlig forteller at hennes rolle innebærer å hjelpe og veilede annet helsepersonell til å ivareta barn og familier, slik at de også får kompetanse på området. Videre forteller hun at "... vi har kanskje bitt oss selv i halen ved at vi glemmer alle

de andre” (Barneansvarlig). Betegnelsen ”de andre” vil si annet helsepersonell innenfor psykiatrien.

#### **4.2.2 Kunnskap for egen trygghet**

Spesialpedagogen forteller at økt kunnskap og kompetanse om barn som har psykisk syke foreldre i barnehagen og PP-tjenesten, kan bidra til å trygge de ansatte. Hun forteller at det kan være utfordrende for ansatte ved å stille spørsmål til foreldre om deres hjemmesituasjon. Kunnskap om tematikken kan bidra til å trygge de ansatte slik at de føler seg mer komfortable ved å stille spørsmål om hjemmesituasjon med utgangspunkt i sykdom. Rådgiver forteller at det er behov for mer pedagogisk tenkning rundt tematikken, ettersom barn går i barnehage og skole. Manglende kompetanse gjør det vanskelig å komme videre i forhold til forebygging og tiltak som kan igangsettes for barn av psykisk syke foreldre av etater.

#### Drøfting

Som funnene viser vil mangel på kompetanse om barn av psykisk syke foreldre skape utrygghet blant ansatte som arbeider med barn og familier. I forhold til kompetanseløfting vil tverretatlig samarbeid være betydningsfullt (Schei & Kvistad, 2012, s. 39). Gjennom tverretatlig samarbeid kan fagpersoner øke kompetansenivået hos hverandre. For eksempel kan PP-tjenesten og barneverntjenesten møtes på barnets arena, for sammen å drøfte utfordringene til både barnet og de ansatte. Drøfting kan også bidra til ny innsikt hos fagpersoner, som igjen kan bidra til en større helhetsvurdering av barnet (Glavin & Erdal, 2013, s. 23-24). Fagpersoner vil bære med seg forskjellig erfaring ettersom de sitter med ulik spisskompetanse og møter barn på forskjellige arenaer. En slik tilnærming kan bidra til økt kompetanse hos fagpersoner, og øke muligheten til å hjelpe barn. For at fagpersoner skal utvikle sin handlingskompetanse handler det om trygghet i eget fag (Fandrem & Roland, 2013, s. 20).

Det vil også være andre vesentlige faktorer som spiller inn for at fagpersonene kan tilegne seg kunnskap om barn av psykisk syke foreldre. Motivasjon er en forutsetning for kompetansebygging, samtidig innebærer det at fagpersoner tør å bevege seg uti og møte det som er utfordrende. Fagpersoner er i samhandling med andre mennesker. For eksempel spesialpedagogens møte med familier eller i et tverretatlig samarbeid. Deltakerne som er i kommunikasjon med hverandre vil være med på å påvirke situasjonen. Fuglestad (2013) gjør rede for kommunikasjon som kunnskap i handling (s. 37). For at fagpersoner skal tilegne seg

kunnskap gjennom handling og utvikle kunnskap om tematikken, forutsetter det deltagelse, dialog og samhandling med hverandre. Gjennom dialog kan fagpersonene synliggjøre faglige verdier, og legge vekt på hva de tenker er det beste for barnet. Det vil være viktig at fagpersonene i et tverretattlig samarbeid fokuserer på hverandre, er lyttende og viser engasjement for sakene som diskuteres. Det vil bidra til å skape et tillitsbånd mellom deltakerne. Samtidig kan de søke lærdom utfra erfaringene de gjør seg ved å reflektere over situasjonen og erfaringene som kommer inn underveis (Fuglestad, 2013, s. 38-39), noe som igjen kan bidra til utvikling av en bredere eller ny forståelse (Gjertsen, 2013, s. 52).

For at fagpersoner skal kunne bevare sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse, kan kunnskap bidra til å styrke fagpersoners SOC. Med kunnskap vil fagpersoner utvikle en forståelse (begripelighet), kunnskapen vil fungere som ressurs, der fagpersoner føler de har kontroll og kan takle utfordringene de møter på (håndterbarhet). Samtidig kan kunnskap om barn av psykisk syke gi fagpersoner motivasjon for videre arbeid (meningsfullhet) (Antonovsky, 2012, s. 38-41). Med utgangspunkt i arbeidslivet påpeker Antonovsky at opplevelsen av håndterbarhet styrkes gjennom blant annet opplevelser og arbeidserfaringer som står i forhold til den ansattes evner (s. 125).

Imidlertid påpeker Gjertsen (2013) at det er i ferd med å skje et perspektivskifte i forhold til forståelse og hjelp til utsatte barn, og at fokuset retter seg mot faktorer som fremmer positiv utvikling. Det handler om å styrke barns atferdsmessige, kognitive og sosiale evner og ferdigheter, noe som vil gjøre barn i bedre stand til å takle stress og risiko (s. 230). Med utgangspunkt i transaksjonsmodellen påpeker Kvello (2008) at de miljøene barn er en del av endres over tid, og barn vil utvikle forskjellige ferdigheter i de ulike miljøene (s. 207). Barn som lever i familier med psykisk sykdom kan oppleve miljøendring ved at foreldrenes sykdom varierer, der foreldres tilstedeværelse er skiftende. Samtidig kan barn oppleve miljøendring ved at mor eller far blir innlagt til behandling, eller at barneverntjenesten setter inn avlastningstiltak for en periode. Barnet blir da uten den ene eller begge foreldrene for en periode. Stress og sårbarhet virker forskjellig for hvert enkelt individ, og kan virke mer negativt på noen. Stress omhandler i dette tilfelle uheldige miljøbetegnelser, og sårbarhet er medfødte trekk som gir en økt risiko for utvikling av psykiske lidelser. Barns livserfaringer påvirker sårbarheten, og sårbarheten forandrer seg over tid i forhold til erfaringene barn tilegner seg. Ved at fagpersoner i for eksempel barnehagen og skolen gir barn gode livserfaringer og er støttende, kan dette hjelpe barn til å finne gode mestringsstrategier og et



positivt selvbilde. Derved blir barn robuste med tiden (Kvello, 2008, s. 210), noe som fremmer god helse. Jeg vil i neste kategori ta for meg samtaler med barn og familier, med utgangspunkt i SOC (opplevelse av sammenheng) og hvordan informantene kan bidra til å styrke barns SOC.

### **4.3 Barns sammenheng i hverdagen**

Informantene har erfaring fra samtaler med barn av psykisk syke foreldre. Hensikten med samtale varierer etter informantens perspektiver og roller. Spesialpedagog og rådgiver fokuserer på barns mestring av egne følelser, og barneansvarlig gir barn hensiktsmessig informasjon om foreldrenes sykdom og hvilke konsekvenser sykdommen kan gi barnet og familien. Det overordnede målet er å sikre barnet en best mulig utvikling av egen helse og eget liv på lang sikt, og samtale vil bidra til å hjelpe barnet med å skape en sammenheng i hverdagen, ettersom det kan virke inn på barnets helse over tid. Jeg vil først presentere underkategorien ”pedagogiske gruppesamtaler”, deretter underkategorien ”barne- og familiesamtalen”.

#### **4.3.1 Pedagogiske gruppesamtaler med barn**

Både rådgiver og spesialpedagog har erfaring med gruppesamtaler med barn. Rådgiver har erfaring med barn fra tiårsalderen, mens spesialpedagogen har erfaring med barn i barnehagealder. Rådgiver forteller at i deres grupper er fokuset på barns mestring av egne følelser. De har samlinger der det snakkes om barnets nettverk, som familie, venner og naboer. De tegner også nettverkskart, så barna får en oversikt over hvor de kan henvende seg ved behov for ytterligere hjelp og støtte. Spesialpedagogen har også fokus på barns mestring av følelser i sine samtaler, der barna får kjenne på de ulike følelsene. Spesialpedagogens samtaler ble foretatt i PP-tjenesten, og barna kom dit.

#### **4.3.2 Barne- og familiesamtalen i spesialisthelsetjenesten**

Barneansvarlig foretar barne- og familiesamtaler, her snakkes det om tankesykdom og tankesykehus med barn fra åtte- niårsalderen. Barneansvarlig legger vekt på at barn skal tilegne seg kunnskap, og få nødvendig informasjon om foreldrenes sykdom, og hvilke konsekvenser sykdommen har for barnet og familien.

Det som er en sikker ting er at, det å vite hva som skjer i livet sitt og ha kjennskap til det som foregår, det er noe som er bra for alle oss mennesker. Det gjør oss i stand til å se på det som skjer, forstå det, kanskje vite hva jeg skal gjøre med det. På en måte skape en mening rundt det. Jeg vet ikke om du har hørt om Antonovsky? Han var jo en sosiolog som har en veldig ok tanke rundt dette her med helse, også mot god helse. Det med begripeligheten i hverdagen. Og det tenker jeg det er forebyggende delux, altså det her med at vi gir barne- og familiesamtalene, så er det en forebyggende faktor i det. Kunnskap til å vite og forstå hva som skjer her, en forutsetning for at du skal på en måte ha en sammenheng i hverdagen, som gjør at det henger sammen. Hvis ting er ubegripelig da blir vi redd, vi blir usikker, det blir vanskelig å håndtere hverdagen (Barneansvarlig).

Videre i intervjuet kommer det frem at ”å få lov til å komme og få en barne- og familiesamtale som vi tilbyr her hos oss, er absolutt minimum tenker jeg, og da handler det jo om at de skal få se hvor foreldrene er, hvem hjelperne er, hva slags hjelp de får...” (Barneansvarlig). Videre forteller barneansvarlig at hun er tydelig på at barn skal forbli i sin rolle som barn, og ikke påta seg voksenoppgaver. Mange barn har også skyldfølelse, og tror at det er deres feil at mor eller far er psykisk syk. I barne- og familiesamtalene forklarer barneansvarlig at det ikke er barnets skyld at mor eller far er syk, og prøver å sette det i perspektiv for barna. Videre forklarer hun at sykdommen vil ha kommet til uttrykk uansett, spesielt i de sårbare overgangene i livet som for eksempel ved bytting av jobb eller skilsmisse.

### Drøfting

Flere barn opplever psykisk sykdom i familien som noe de må holde hemmelig, og sykdommen har kanskje ikke vært et tema for samtale (Sundfær, 2012, s. 19). Barn som lever under vanskelige situasjoner har spesielt behov for å snakke om sine følelser og tanker (Kinge, 2006; Nordenhof, 2012; Helsedirektoratet, 2010; Osen et al., 2015). Alt helsepersonell er lovpålagt å gi tilpasset informasjon til pasientens barn (Helsepersonelloven § 10 a). Imidlertid motiveres det til at foreldrene selv foretar samtaler med sine barn. Foreldrene kan få støtte og veiledning av barneansvarlig til å utvikle et fellesspråk i familien, slik at barna forstår. Dette kan bidra til å styrke familien som en helhet, med rom for mer åpenhet, samtidig som man avstigmatiserer psykisk sykdom og forbedrer kommunikasjonen i familien (Osen et al., 2015, s. 40; Helgeland, 2012, s. 185).

I intervjuet viser barneansvarlig til Antonovsky sine tanker om god helse, og hvordan styrke barns opplevelse av sammenheng i hverdagen. Å gi barn tilpasset og tilstrekkelig informasjon om foreldrenes sykdom, og konsekvenser sykdommen har for familien, kan ses i tråd med

Antonovskys (2012) kjerne­kategorier, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (s. 39). Barn som opplever at mor eller far er psykisk syk, kan utsettes for ulike risikofaktorer som for eksempel i samspill med deres syke foreldre eller det kan være medfødte gener som øker sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser (Rutter, 2006, s. 19). Disse påkjenningene kan være vanskelige for noen barn å forstå, og barns alder og forutsetninger bør tas med i betraktning. Det kreves en kognitiv forståelse for at barnet skal forstå påkjenningene som han eller hun møter på i sitt miljø (Antonovsky, 2012, s. 39- 40). Imidlertid kan barneansvarlig fungere som en ressursperson, som gir tilstrekkelig og tilpasset informasjon utfra barnets forutsetninger, på en måte som gir barnet en sammenheng og struktur i hverdagen. Ved at barnet får mulighet til å fysisk se hvor mor eller far blir innlagt (Osen et al., 2015, s. 40), kan det bidra til en realitetsforståelse for barnet. Barnet kan danne seg et indre inntrykk, og kanskje blir det satt enda bedre i perspektiv.

Imidlertid kan vi ikke løsrive de tre komponentene til Antonovsky fra hverandre. Barn kan skåre høyere på den ene komponenten enn den andre. Selv om barnet har en høy opplevelse av begripelighet, betyr dette ikke nødvendigvis at barnet vil tro han eller hun kommer til å klare seg bra. Eksempelvis kan barn med høy begripelighet kombinert med lav håndterbarhet enten bevege seg mot god helse eller retning uhelse. Her vil barnets opplevelse av meningsfullhet være avgjørende. Hvis barnet imidlertid er engasjert og mener å forstå påkjenningen det står ovenfor, kan barnet være sterkt motivert til å finne ressurser (Antonovsky, 2012, s. 43).

Dersom et barn har søsken, ansatt i barnehagen eller andre omsorgspersoner han eller hun har tillit til, vil dette kunne gi barnet en økt opplevelse av håndterbarhet. Barnet kan da føle seg trygg, og få en følelse av at det kommer til å gå bra. Antonovsky (2012) påpeker at det er sjelden en person skårer lavt på begripelighet, og høyt på de to andre ettersom opplevelse av håndterbarhet er avhengig av høy begripelighet (s. 42-43). Videre påpeker Antonovsky at man skal være forsiktig med å konkludere at disse tingene er fastslått, ettersom dette er et resultat av tankeeksperiment. Imidlertid kan personer som ikke føler at livet er begripelig, håndterbart og meningsfullt ha en sterk SOC. For eksempel et barn som har begrensede praktiske og kognitive ferdigheter, og er lite engasjert i ulike aktiviteter i samfunnet vil allikevel kunne ha en sterk SOC. Det handler om at barnet har områder i livet som er viktige for hun eller han (Antonovsky, 2012, s. 44-45). Ved at barneansvarlig tar tak i barns problemstillinger, og skaper en sammenheng kan hun bidra til å styrke barns begripelighet og

håndterbarhet. Barnet vil da ikke føle seg som et offer for omstendighetene, men lære seg å takle og bearbeide sine følelser (Antonovsky, 2012, s. 40). Samtidig kan barneansvarlig forebygge grunnlag for tabu, følelsesmessig isolasjon og ensomhet (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 13).

Rådgiver og spesialpedagog sine samtaler med barn vil også kunne bidra til å styrke barns opplevelse av sammenheng. Ved at barn er i grupper med andre barn, kan de møte andre på egen alder som opplever noe av det samme som dem selv. Ved at fagpersoner i gruppene fokuserer på barna, er responderende og sensitive kan det gi barna en opplevelse av mening (Antonovsky, 2012, s. 110). Mennesker kan ikke være på et høyt følelsesmessig spenningsnivå uten å bli overbelastet, uavhengig om det er en positiv eller negativ følelse. Mennesker vil ha behov for og slappe av noen ganger for å forebygge utmattelse. Et barn med sterk SOC vil ha lettere for å bevisstgjøre seg egne følelser og opplever følelsene mindre truende (Antonovsky, 2012, s. 159). For eksempel vil et barn med sterk SOC som opplever at mor eller far må inn til behandling, fortsatt kunne vise sterke følelser og reaksjoner av tristhet. Men den forsterkede følelsen vil ikke dominere barnets hverdag og ikke stenge andre følelser ute. Derved vil barnet motvirke stress som kunne ført til sykdom eller uhelse (Antonovsky, 2012, s. 160). Som nevnt ovenfor forteller rådgiver og spesialpedagog at de har fokus på barns mestring av egne følelser. Antonovsky henviser til Schawart (1980) som gjør rede for at trening på selvsikkerhet og sinnehåndtering kan bidra til å skape et sunnere miljø, og samtidig bistå personer og takle miljøer som ikke kan endres (s. 159-160). Dette kan ses i sammenheng med Kvello (2008) sin dimensjon om tilskrevne og valgte miljøer. Tilskrevne miljøer er de miljøene som barnet ikke velger selv, for eksempel valg av barnehage og skole. Etter hvert som barnet blir større øker valget av miljøer (s. 214).

Rådgiver forteller at de foretar nettverkskartlegging i gruppene. Ved å tegne nettverkskart sammen med barna vil det gi barn en oversikt over hvor de kan henvende seg og søke ytterligere støtte i hverdagen. Imidlertid vil samtaler med barn i grupper bidra til å gi det enkelte barn en følelse av fellesskap, der de møter andre på egen alder som også har det utfordrende hjemme. Samtidig vil støtte fra voksne bidra til å styrke barns sosiale kompetanse, selvtillit og pågangsmot (Befring, 2012, s. 138). Dette kan ses i sammenheng med forebygging på individnivå, der ansatte gir barn positiv oppmerksomhet, støtte og oppmuntring som fører til at barn føler seg verdsatt i et fellesskap (Befring, 2012, s. 133).

En måte å nærme seg samtale med barn i barnehagen og skolen kan være å ta utgangspunkt i barns opplevelser utfra temaer som venner, trivsel eller andre generelle tanker barn gjør seg. Hensikten med samtalen vil være å gi barn anledning til og dele opplevelser, tanker og følelser for å øke selvinnsikten og forståelsen. Videre vil hensikten være å gi barn rom for læring og utvikling samtidig støtte barns samspill med andre (Kinge, 2006, s. 113). Ved å ta i bruk en slik tilnæringsmåte kan ansatte få innsikt i barns hverdag og utfordringer, noe som kan være til hjelp i det videre arbeid for å ivareta barnet på en god måte.

Imidlertid vil det ikke være like lett for alle barn å snakke om enkelte hendelser og ta opp temaer fra hjemmesituasjonen. Det kan være utfordrende for barn å snakke om det som er vanskelig, og noen ganger holder det at barn vet at det er noen voksne rundt som vet at de har det litt vanskelig. Voksne som er aktiv lyttende og ser hvert enkelt individ, vil være avgjørende for barns utvikling og selvopplevelse. Aktiv lytting handler om noe mer enn bare å ”høre på” barn, men at en åpner egne sanser for både de verbale og nonverbale uttrykkene hos barn, og samtidig gir barn tid til å uttrykke seg (Kinge, 2006, s. 76). Barn vil vise ulike former for uttrykk og atferd, gjennom for eksempel lek. Når barn leker vil de gi kroppslige uttrykk for sine følelser og tanker, og det vil derfor være viktig at ansatte anerkjenner, tilrettelegger og inspirerer barn til lek (Jensen & Osnes, 2009, s. 78-79). Leken er en grunnleggende livs- og læringsform som barn kan uttrykke seg igjennom, og gjennom lek kan barn bearbeide inntrykk (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 32). Videre påpeker Kinge (2006) at ”å se” barn handler om at fagpersoner er anerkjennende ovenfor det enkelte barnet ved å bekrefte, forstå og akseptere barnet for den han eller hun er (s. 79-80). For noen barn vil det holde at de har en voksenperson som er der for og sammen med barnet, en god og avslappende stund der den voksne gir full oppmerksomheten til barnet. Dette vil kunne gi barnet et energi løft, samtidig vil barn få en erfaring av positiv voksenkontakt i utgangspunkt av at relasjonen er preget av nærhet og tillit (Kinge, 2006, s. 100-101).

I denne kategori har jeg presentert og drøftet ett av tiltakene informantene tar i bruk i arbeid med barn av psykisk syke foreldre. Som nevnt er det overordnende målet å sikre barn en best mulig utvikling av egen helse og eget liv. På kort sikt vil samtaler hjelpe barn å skape en sammenheng i hverdagen, fordi det kan virke inn på barns helse over tid. I neste kategori vil jeg ta for meg samarbeid mellom etater og med familien.

## 4.4 Samarbeid

Jeg vil først ta for meg underkategorien ”tverretatlig samarbeid”, her vil jeg presentere og drøfte informantenes uttalelser om samarbeid med andre etater. Rådgiver forteller om samarbeidet mellom etatene i oppstartsfasen av modellkommuneforsøket, og barneansvarlig forteller om samarbeid med barnehagen og skolen. Spesialpedagogen forteller om samarbeid med barnehagen, og samarbeid med BUP i tilfeller der barnet blir henvist dit. Videre vil jeg ta for meg underkategorien ”utfordringer i det tverretatlige samarbeidet”. I denne kategorien vil fokuset ligge på spesialpedagogen, og det hun forteller om utfordringer i sitt arbeid. Barneansvarlig forteller om samarbeid med foreldre rundt bekymringsmelding, og rådgiver forteller om tilbud av foreldreveiledningskurs, denne underkategorien heter ”samarbeid med familien”.

### 4.4.1 Tverretatlig samarbeid

I modellkommuneforsøket var et av målene å lage systemer på tvers, forteller rådgiver. Videre forteller hun at under oppstartsfasen av prosjektet møttes fagpersoner fra ulike tjenester for å planlegge prosjektet. Utgangspunktet var å hjelpe sårbare barn (0-6 år) i samfunnet, barn av psykisk syke- og rusmiddelavhengige foreldre.

I den modellen har vi lagt en arena for tverrfaglig ledelse, når det er noe, når innbyggerne i en kommune har en utfordring, er det ikke nok at vi skal definere at da skal din sektor inn og bare dere, men hvordan skal vi klare dette sammen på tvers? (Rådgiver).

Videre forteller rådgiver at under planleggingsprosessen oppstod det diskusjoner som skapte frustrasjon over ansvarfordeling mellom etatene. ”...jeg kaller det skyveleken. Jeg definerer dette som at: nei, dette er deres oppgaver og dette er deres oppgaver, dette er lovpålagt til dere, dette er ikke lovpålagt til oss” (Rådgiver).

Barneansvarlig forteller at hun tilbyr familiene å ringe barnehagene eller skolene for å fortelle kortfattet om hva de har snakket om under barne- og familiesamtalen. Dette forutsetter at familien samtykker til dette.

Vi kan tilby oss å ringe til barnehagen og forteller hva vi har pratet om her. Det kan vi oppfordre familien til å gjøre selv, eller vi kan tilby at vi kan gjøre det. Samme med lærer, at vi informerer lærer at mor eller far er på tankesykehuset. Vi oppfordrer ikke dem til å blafre rundt med personlig informasjon, men det at noen vet at det er litt vanskelig hjemme akkurat nå, fordi mor eller far er syk. Det er jo viktig at de voksenpersonene som er rundt barna vet det. Når det kommer til tenåringene, ønsker de sjeldent at noen utenforstående skal vite så mye. Litt sånn skam og tabubelagt.... Det også motivere de til å se at det er lurt at noen kan støtte hvis det er litt tøft hjemme (Barneansvarlig).

Spesialpedagogen forteller at barnehagen kan henvende seg til PP-tjenesten når de er bekymret for et barn. Spesialpedagogen drar ut til barnehagen for å observere barnet, imidlertid kan ansatte fra barnehagen komme til PP-tjenesten for å drøfte enkeltbarn anonymt. Videre forteller informanten at hun kan henvise barn til BUP, og dette utgjør det videre samarbeidet mellom PP-tjenesten og BUP.

### Drøfting

For at fagpersonene skal kunne komme frem til en felles "løsning" eller forståelse forutsetter det god struktur på samarbeidet og kommunikasjon. Grunner til at etatene er uenige om ansvarfordeling kan være hva den enkelte fagperson oppfatter som legitime interesser. Samtidig kan uheldige samarbeidsstrategier føre til konkurranse og konflikt mellom etatene (Knudsen, 2004, s. 43). Et annet relevant punkt kan være, som Kinge (2012) påpeker, at stor grad av frustrasjon, bekymringer og manglende motivasjon mellom de enkelte kan hemme samarbeidet. Samtidig kan noen føle utilstrekkelighetsopplevelser (s. 48). Det vil kreve samarbeidskompetanse, evne til omstilling, fleksibilitet og helhetsforståelse av deltakerne. Samarbeidet vil være preget av begrensningene i forhold til lovverk hver etat arbeider etter. Imidlertid bør fokuset i samarbeidet ligge på hver enkelt fagpersons kunnskap og kompetanse til barns beste (Glavin & Erdal, 2013, s. 23-24). Det vil være krevende å implementere en ny samhandlingsform. Implementering handler om å skape endringsprosesser, som i dette tilfelle handler om hvordan etater kan komme sammen for å planlegge og organisere hvordan de på best mulig måte kan ivareta barn av psykisk syke foreldre. I forhold til modellkommuneforsøket var fagpersonene pliktet til å delta, og da er det opp til den enkelte hvordan de vil være med på å påvirke implementeringsprosessen (Fandrem & Roland, 2013, s. 143). Et annen relevant punkt kan være at fagpersonene ikke har innsikt i hverandres tjenester og ansvarsoppgaver, samtidig som det kan være uenigheter om hva som er gode hjelpetiltak (NOU 2009: 18, s. 24). Et godt fungerende tverretatlig samarbeid vil bidra til å

styrke barn og unges oppvekstmiljø, og gi fagpersoner et helhetlig bilde av barns situasjon (Glavin & Erdal, 2013, s. 22). Samtidig vil samarbeidet kunne gi barn og unge tiltak ut i fra den enkelte etats spisskompetanse.

Barneansvarlig forteller at hun tilbyr familier å ringe barnehager og skoler. Som Kvello (2010) påpeker er barnets øvrige oppvekstmiljø en avgjørende faktor for barns utvikling av vansker (s. 166). Ved at barnehagen og skolen får informasjon av barneansvarlig, vil de kunne arbeide mer bevisst med barnet. Personalet kan for eksempel gi den omsorgen barnet har behov for. Imidlertid kan barnehagelærer og lærer også støtte barn i henhold til Antonovsky sine tre kjerne kategorier. Barns erfaringer preget av indre sammenheng vil være med på å danne grunnlag for begripelighet, en hensiktsmessig belastningsbalanse utgjør grunnlaget for håndterbarhet, og medbestemmelser utgjør grunnlag for meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 106). I følge Antonovsky er barn sterkt motivert for å tilegne seg nødvendige ferdigheter, holdninger, atferdsmønstre og verdier for å danne en sosial identitet og finne sin plass (s. 111-112). Imidlertid vil pedagoger ha kunnskap om barns utvikling og skjevutvikling, og ved at barnehagen og skolen får informasjon fra barneansvarlig helsepersonell vil det bidra til økt forståelse av familiens situasjon. Drugli (2014) understreker at ulike barn har behov for å bli møtt på ulike måter av voksne (s. 30). En sensitiv barnehagelærer eller lærer vil kunne tilpasse sitt samspill med barnet i forhold til barnets behov. Å være sensitiv innebærer at personen responderer hensiktsmessig på barnets signaler og handlinger (Bowlby, 1994, s. 21). På grunn av barns medfødte evne til kontakt med andre mennesker (Kvello, 2010, s. 88), vil trygg tilknytning til en voksen på barnets arena være viktig (Brandtzæg, Torsteinson & Øiestad, 2013, s. 22). Imidlertid vil barnehagen og skolen være preget av ulike risikofaktorer som for eksempel kvaliteten på kontakten mellom barn og voksne og utskiftning av personalet (Kvello, 2010, s. 168). I ”Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver”, kommer det frem at kvaliteten på spillet barn-voksen i barnehagen er den viktigste forutsetningen for barns utvikling (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 56). Det vil da innebære at personalet er både fleksible og konsekvente i sitt arbeid, noe som kan være krevende, da de må rette oppmerksomhet mot barn-barn og voksen-barn samspill. Imidlertid vil det være behov for kontinuerlig vurdering og observasjon av relasjoner mellom barn-barn og voksne-barn (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 56).

Når det gjelder ungdom forteller barneansvarlig at de sjelden ønsker at personer utenfor familien skal ha særlig innsikt i deres og familiens utfordringer. Som nevnt innledningsvis i



denne studien er psykisk sykdom fortsatt skamfullt selv om det er blitt mindre tabubelagt (Sundfær, 2012, s. 19; Nordenhof, 2012, s. 27). I følge Nordenof (2012) skal det mye til for at barn søker hjelp, spesielt hvis det på en eller annen måte kan gå utover foreldrene (s. 27). Et annet relevant punkt jeg vil trekke frem er fra en undersøkelse fra Trondsen (2012), om ungdom som har psykisk syke foreldre. Her kommer det frem at ungdommene møtte på ulike praktiske og følelsesmessige utfordringer i sin hverdag. Videre kommer det frem at ungdommene opplevde mangel på åpenhet rundt sykdommen både innad og utenfor familien, som for eksempel skolen. Det kommer også frem at ungdommene hadde vansker med å betro seg til andre personer utenfor familien om familiens vansker og deres erfaringer. Dette kunne komme av grunner som liten tro på at andre kan forstå deres opplevelser, samtidig var etablering av tillit utfordrende (s. 178-180). I følge Antonovsky (2012) er ungdomstiden en ”Sturm und Drang”- periode (stormfullt og stressende), det vil si at for mange er ungdomstiden preget av forvirring, dårlig selvtillit og følelser av å være utestengt (s. 114).

Videre påpeker han at ungdom vil gå over til den voksne tilværelse med en sterk tvil og skeptisk ovenfor verden, men beredt til å forme erfaringene til en stabil, sterk SOC. Den sterke opplevelsen av sammenheng ungdom etablerer i ungdomstiden er foreløpig, det vil først være i overgang til voksenlivet at erfaringer fra barndom og ungdomsliv forsterkes i en bestemt retning (Antonovsky, 2012, s. 119). Ved å styrke barns SOC tidlig i barndommen kan gjøre barn mer rustet til en god SOC i ungdomstiden. Imidlertid vil styrking av SOC beror kognitiv modenhet, og det som kan være ubegripelig i tidlig barndom kan bli begripelig når de vokser til. Imidlertid påpeker Antonovsky at foreldre med en sterk SOC vil forme barnets livsopplevelser slik at barnet beveger seg i samme retning av SOC skalaen (s. 113). Dette kan ses i sammenheng med generasjonsoverføring, der foreldres atferd ovenfor sine barn kan være preget av tidligere hendelser fra egen barndom, og det vil være utfordrende for foreldre og overføre god nok omsorg videre (Bowlby, 1994, s. 23-25; Killén, 2013, s. 34). Jeg vil i neste underkategori ta for meg utfordringer spesialpedagogen forteller hun står ovenfor i sitt arbeid.

#### **4.4.2 Utfordringer i det tverretatlige samarbeidet**

Spesialpedagogen understreker at hun sjelden blir kontaktet av psykiatrisk sykehus eller annet helsepersonell med ansvar for foreldres behandling. Barnehager og skoler har ved flere anledninger ringt til PP-tjenesten ved bekymring for enkelte barns atferd, og hun har ved flere anledninger observert barn med en desorientert tilknytningsstil. Hun forteller at barn med

denne tilknytningen ofte er de barna som holder seg for seg selv, og barn som forventer lite av voksne rundt seg. Spesialpedagogen forteller videre at barna i enkelte tilfeller har blitt henvist videre til BUP. Videre forteller hun at hun skriver sakkyndige vurderinger og sørger for tildeling av spesialpedagogiske timer til enkeltbarn, uvitende om foreldrenes sykdom. Hvilke tiltak som igangsettes avhenger av barnets behov.

### Drøfting

I et tverretatlig samarbeid er det flere utfordringer. Lovverk kan skape begrensninger for det tverretatlige samarbeidet. Barneansvarlig og spesialpedagog samt andre fagpersoner vil arbeide etter ulike lovverk og retningslinjer. Informantene har taushetsplikt, og i forhold til barneansvarlig helsepersonell vil taushetsplikten og samtykke fra foreldre ligge til grunn for videre informasjon og oppfølging av barnet. Imidlertid skal ikke taushetsplikten alltid være til hinder for utveksling av relevant informasjon mellom tjenestene. Hvis foreldre gir samtykke til fagpersoner innenfor psykiatrien, vil det gi gode muligheter for psykiatrien til å samarbeide med PP-tjenesten, skolen og barnehagen. De vil da få mulighet til å utveksle informasjon og synspunkter seg i mellom (Forvaltningsloven (1967), § 13 a-f).

Tverretatlig samarbeid er viktig og nødvendig for at fagpersoner skal kunne danne seg et helhetlig bilde av barnets oppvekstmiljø, og derfra kunne sette inn tiltak for å styrke barnets oppvekstmiljø (Glavin & Erdal, 2013, s. 22-24). I følge Kinge (2012) kan mangel på oppfølging av tiltak være en barriere for videre samarbeid (s. 181). Som nevnt kan foreldrene gi samtykke for videre informasjonsutveksling mellom tjenestene, hvis tjenesten som inntar samtykke ikke følger opp eller yter seg av samtykket, vil videre informasjon og samarbeid med andre tjenester være begrenset. "Handlingsplan for barn og unge" tar utgangspunkt i helsetjenesten sin side, og understreker at PP-tjenesten er en av de viktigste samarbeidspartnerne og hjelpere til habilitering av barn i kommunen (Helsedirektoratet, 2009, s. 109). Lovverk viser til at tjenestene skal samarbeide med hverandre, men det er ikke gitt noe konkret regelverk om hvordan tjenestene skal organisere og gjennomføre samarbeidet (Helsetilsynet, 2009, s. 12). De kommunale tjenestene må forholde seg til flere lovverk innenfor både barnehagesektoren og andre tiltak for barn og unge. Dette kan føre til juridiske uklarheter og gråsoner, noe som kan føre til utfordringer med å gi barn og familier et helhetlig tilbud (NOU 2009: 18, s. 38-39).

Spesialpedagogen forteller at hun har observert desorientert tilknytning hos flere barn. Som forskning fra Main og Solomon (1986) viser kan barn med tilknytningsstil D ha foreldre som ruser seg, er svingende i humør og psykisk form (Gjengitt etter Kvello, 2010, s. 95). Barn som har en utrygg tilknytningsstil til sine foreldre vil ha ekstra behov for omsorgsfulle voksne og som Brandtzæg, Torsteinson og Øistad (2013) påpeker, vil barnehagen være av stor betydning for videre tilknytning (s. 22). ”... trygghet, man må jo ha noen trygge baser hvis det er utrygt hjemme” (Barneansvarlig). I likhet med dette kan barnehagen fungere som en trygg base forutsatt at de voksne er fysisk og psykisk tilgjengelig, støttende og sensitive. Imidlertid må ansatte vise forståelse og respektere barnets tilknytningsatferd (Bowlby, 1994, s. 19-22). Erfaringene barn gjør seg gjennom oppveksten er av betydning for hvordan hjernen videreutvikler seg (Hart, 2011, s. 16), noe som igjen vil ha betydning for barnets fysiske og psykiske helse.

Antonovsky (2012) stiller seg kritisk til blant annet Bowlby og Rutter sin forskning om tilknytning, og barns utvikling i samspill med omgivelsene. Han påpeker at Bowlby og andre forskere danner idylliske bilder av barnets verden, og at de går utfra det som burde skje, faktisk skjer i løpet av barnets utvikling. Antonovsky påpeker at man ikke burde ta barns livsopplevelser som indre sammenhenger, medbestemmelser og belastningsbalanse for gitt. Videre kritiserer han forskerne og understreker at de lever i et ”fantasiland”, der barn utvikler tilknytning til omsorgspersonen og derfra opplever en tilværelse fullstendig sammenhengende. Videre gjør han rede for at barn etterhvert vil oppleve at mennesker vil forsvinne men at barn regner med de vil dukke opp igjen. Barnet prøver å danne seg indre sammenhenger. Etter hvert oppdager barnet at det fysiske og sosiale miljøet ikke forandrer seg kontinuerlig, og barnets hverdag blir rutinepreget og velkjent. Barnet vet hvilken respons omsorgspersonen vil gi dem, og de vet hva de kan forvente av andre. Nå danner barn en begripelighet om hvordan verden er (Antonovsky, 2012, s. 109). Imidlertid anerkjenner Antonovsky andre teorier om hvordan barn tilegner seg begripelighet om verden. Han henviser til Condry (1984) som påpeker at barn har et medfødt begjær om å forstå hvordan verden er organisert. Videre påpekes det at barnet gradvis forstår og danner seg en oppfatning av den nåværende strukturen (Antonovsky, 2012, s. 108- 109).

Ved at spesialpedagogen får kjennskap til familiens situasjon fra barneansvarlig helsepersonell, vil hun kunne bidra til å gjøre barnets verden mer begripelig når ting er blitt vanskelige. Samtidig kan PP-tjenesten bistå barn med å utvikle gode mestringsstrategier, et

positivt selvbilde, og et støttende sosialt nettverk. Disse faktorene kan gjøre barnet mer robust (Kvello, 2008, s. 210), noe som innebærer at barnet vil bruke motgang til sin fordel (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998, s. 1139). Dermed kan fagpersoner bidra til å styrke barns SOC.

#### **4.4.3 Samarbeid med familien**

Barneansvarlig forteller om foreldresamarbeid ved en bekymring. Videre forteller hun at foreldre ofte er bekymret for sine barn, og det skrives bekymringsmelding til barnevernet sammen med familien.

Det er vanlig at man samarbeider rundt bekymringsmelding med familien. At man skriver det sammen med den familien det gjelder, slik at det ikke er noe overraskende. Jeg forteller tydelig at, det som du forteller meg nå, gjør at jeg blir kjempebekymret for sønnen eller dattera di, og for hvordan hun har det hjemme nå. Og at man er ærlig, gjerne la pasienten få lese igjennom den bekymringsmeldingen fordi det er noe som gjør at man kan få til et godt samarbeid. Det er ofte sånn at foreldre er jo bekymret for sine barn (...) Hvis jeg er bekymret er det stor sjanse for at moren eller faren her også er bekymret. At de faktisk skjønner hva jeg snakker om, hvis de ikke skjønner hva jeg snakker om da er det virkelig noe bekymringsverdig (Barneansvarlig).

Etter skissert bekymringsmelding kan barneverntjenesten sette inn tiltak som: veiledning i hjem, foreldre- barn samspill og tilsyn.

Barneansvarlig forteller videre at hun gjør rede for hvor i kommunen familien kan få ytterligere støtte i hverdagen. Hun forteller foreldrene om barnegrupper i regi av kommunen for barn som har psykisk syke foreldre, som for eksempel barnas stasjon.

Rådgiver forteller at det tilbys kurs til foreldrene. Kurset har som utgangspunkt å bevisstgjøre foreldrene om egen barndom, der målet er å bryte generasjonsoverføringen. Ved å bevisstgjøre foreldrene snakkes det om foreldrenes trygge base og trygge havn. Videre forteller rådgiver at de forteller om kurset til foreldre i blant annet barnehagen, og foreldrene melder seg på. Rådgiver understreker at kursene er etterspurt.

#### Drøfting

Slik jeg tolker sitatet til barneansvarlig, ønsker ikke hun å ”ødelegge” samarbeidet med sine pasienter ved å holde noe hemmelig. Ved å være ærlig og skrive bekymringsmeldinger sammen med familien, kan dette handle om ivaretagelse og respekt for pasienten.

Barneansvarlig vil ta i bruk meldeplikten til barneverntjenesten, hvis foreldrene ikke forstår

hennes videre bekymring for barnet. Sundfær (2012) påpeker at barneansvarlig er pliktet til å sikre at barnet blir sett, hvordan dette gjøres kan variere ut fra de ulike sykehusene (s.17). Psykisk syke foreldre som skal eller er under behandling, kan være så opptatt av dette at de mister nødvendig fokus på barnet (Sundfær, 2012, s. 18). Slik jeg ser det er det hensiktsmessig at helsepersonell har kunnskap om hvordan de ulike psykiske lidelsene kan påvirke rollen som foreldre. Killén (2013) gjør rede for fire viktige omsorgsfunksjoner: evne til å se barnet og akseptere barnet som han eller hun er, engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, empati med barnet, realistiske forventninger til barnets mestring. Disse funksjonene bør helsepersonell ha i bakhodet, slik at hun eller hun kan observere hvordan foreldrene engasjerer seg i barnet (s. 36).

Ved at barneansvarlig er i dialog med foreldrene og påpeker sin bekymring ovenfor barnet, kan hun bidra til utvikling av foreldrenes mentaliseringsevne (Slade, 2005, 2008 gjengitt i Killén, 2013, s. 39). Dette er også relevant i forhold til kurset rådgiver forteller om. Utvikling av mentaliseringsevne kan gjøres ved at fagpersoner bevisstgjør foreldrene om hvor viktige de er for barnet, og støtter foreldrene i deres rolle. Dette kan ses i sammenheng med kjernekategoriene begripelighet. Ved at barneansvarlig samarbeider med foreldrene i forhold til bekymringsmelding til barneverntjenesten, og samtidig er åpen og ærlig rundt situasjonen kan dette bidra til å skape en sammenheng for foreldres hverdag, og dermed bidra til at noen av utfordringene i en utsatt helsesituasjon blir lettere. Som nevnt er det først i overgangen til voksenlivet at en persons plassering på SOC skalaen mer eller mindre befestes (Antonovsky, 2012, s. 119). Ved at barneansvarlig inkluderer foreldrene i bekymringsmeldingen og er åpen for tilbakemeldinger, vil foreldrene kunne ha en viss innflytelse eller medbestemmelse. Med utgangspunkt i Antonovsky (2012) tolker jeg det slik at hvis foreldrene kjenner at de er deltakende vil de engasjere seg mer, innflytelse vil gi en opplevelse av håndterbarhet (s. 124). Dette kan også styrke samarbeidet mellom barneansvarlig og foreldre, der alle parter føler de er med i et fellesskap. Foreldre som er bekymret for sine barn, vil kunne få mulighet til å puste ut da de vet at de vil få tilstrekkelig hjelp i forhold til barnet. Samtidig kan samarbeidet forebygge at foreldrene opplever livet som kaotisk, uhandterlig og meningsløst. Det å få avklart barnas situasjon virker inn på deler av foresattes psykiske helse, og kanskje den forelderen som ikke er syk? Imidlertid vil en åpen og god forklaring fra barneansvarlig, vil foreldrenes begripelighet økes, og de kan få en oppfatning av at hjelpeapparatet rundt dem har system på ting. Dette vil igjen føre til en opplevelse av sammenheng hos foreldrene (Antonovsky, 2012, s. 126).

Bowlby (1994) påpeker at foreldrenes atferd ovenfor sine barn, kan være påvirket av tidligere hendelser fra egen barndom (s. 23-25). Rådgiver forteller at målet med kurset er å bryte generasjonsoverføringen. Å bevisstgjøre foreldrene på egen barndom, kan gjøre dem mer reflektert over egen væremåte ovenfor sine barn. Dette kan bidra til å øke foreldrekompetansen, og bryte generasjonsoverførbarheten (Killén, 2013, s. 34).

## **Oppsummering**

Kategoriene i denne studien vil på hver sin måte si noe om hvordan informantene i hjelpeapparatet (sam)arbeider rundt barn av psykisk syke ut i fra deres roller og perspektiver. Funnene viser hvilke og hvordan tiltak informantene igangsetter for å støtte barn og familier. Informantenes overordnede mål er å sikre barn en best mulig utvikling av egen helse og eget liv på lang sikt, og bruker samtaler for å hjelpe barn med å skape en sammenheng i hverdagen, noe som kan virke inn på deres helse over tid.

Ved å styrke barns opplevelse av sammenheng gjøres dette etter som nevnt informantenes perspektiver og roller. Rådgiver og spesialpedagog har gruppesamtaler med barn, der fokuset blant annet ligger på mestring av egne følelser. Videre kartlegges barnas nettverk i fellesskap for å vise de hvor de kan henvende seg for ytterligere støtte i hverdagen. Som nevnt vil gruppesamtaler med respondere og anerkjennende voksne bidra til å styrke barns sosiale kompetanse, selvtillit og pågangsmot (Befring, 2012, s. 138). Gruppesamtalene kan fungere som en trygg base der barn får slappe av og avkoble, og som Antonovsky (2012) påpeker har personer behov for å slappe av for å forebygge utmattelse (s. 159). Barneansvarlig arbeider bevisst for å styrke barns SOC. Dette gjøres ved å gi barn tilpasset og nødvendig informasjon samt kunnskap om foreldrenes sykdom og hvilke konsekvenser sykdommen kan ha for barnet og familien.

For å hjelpe barn på en best mulig måte må vi via foreldrene. Barneansvarlig har samtaler med foreldre og skisserer bekymringsmelding sammen med foreldrene. Her støttes foreldrenes opplevelse av sammenheng i hverdagen, som igjen kan bidra til og styrke foreldrerollen, og helseaspekter i det å være omsorgsgiver. Rådgiver holder foreldreveiledningskurs der temaer som trygg base og foreldre- barn samspill blir tatt opp.

Dette kan bidra til å bryte generasjonsoverførbarheten, og foreldrene kan bli mer bevisstgjorte i deres rolle som foreldre. Et annet moment er som funnene viser at manglende kunnskap og kompetanse om tematikken kan skape utrygge ansatte. Et tverretatlig samarbeid vil utgjøre en stor ressurs, der fagpersoner går i dialog og drøfter barnets og familiens utfordringer. En slik tilnærming kan gi fagpersoner økt innsikt og kunnskap hos hverandre. Imidlertid spiller personlige egenskaper som samhandling og kommunikasjon inn.





## 5.0 Konklusjon og avslutning

I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan (sam)arbeider tre fagpersoner i hjelpeapparatet rundt mindreårige barn av psykisk syke foreldre, og hvilke konsekvenser gir dette for nåværende praksis i det spesialpedagogiske felt?*

Temaet barn av psykisk syke foreldre krever kompetanseutvikling innenfor det pedagogiske felt, og som Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) påpeker er det viktig å bruke og sette av tid til arbeid med foreldrerollen, og den sosiale konteksten familien lever i.

Førstelinjetjenesten som barnehagen og PP-tjenesten har kunnskap om barns behov, utvikling, familiesamspill og foreldrefungering (s. 14), noe som i mine øyne fører til at psykiatrien og andre behandlingssteder for voksne bør koble inn PP-tjenesten i arbeidet. Osen et al. (2015) påpeker at barneansvarlig kan ha liten kunnskap om barns utvikling (s. 20-21), og her kan PP-tjenesten bidra til økt kunnskap hos barneansvarlig. Barneansvarlig kan også sitte på kunnskap som PP-tjenesten kan dra nytte av i sitt arbeid med barnet. Et tverretatlig samarbeid er avgjørende og viktig for å kunne se barnet og familien som en helhet. Taushetsplikten må ikke stå i veien, og dermed blir god relasjon og et godt samarbeid med foresatte svært viktig for at de skal gi tillatelse til informasjonsflyt. Et annet relevant punkt er at førstelinjetjenesten kan ha jevnlig kontakt med barna, og i intervju med rådgiver påpeker hun at kommunen også burde bli lovpålagt å oppnevne en barneansvarlig. Dette støttes av Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) som retter fokus på kommunehelsetjenesten. Ved at kommunehelsetjenesten oppnevner barneansvarlig, kan han eller hun få ansvar for oppfølgingstiltak ovenfor barn av psykisk syke foreldre (s. 13). Schei og Kvistad (2012) påpeker at en god kompetansegruppe er en bredt sammensatt gruppe som klarer å lede og koordinere arbeid, noe som vil utgjøre en ressurs i kommunen (s. 33). Min konklusjon tyder på at lovverk, retningslinjer, kunnskap og liten kvalitet på det tverretatlige samarbeidet gir utfordringer for den nåværende spesialpedagogiske praksis. Jeg undrer meg over om det vil være behov for mer pedagogikk innenfor helsefaglige utdanning, og mer fokus på helse innenfor pedagogikken.

Med utgangspunkt i transaksjonsmodellen etter Kvello (2008), vil det være behov for å styrke relasjonene på barns mikronivå (s. 205). Et godt samarbeid mellom relasjonene på mikronivået (psykiatrier, førstelinjetjenester og foreldre), vil kunne gi etatene mulighet til å se barnet fra ulike ståsted, samt bidra til en helhetsforståelse. Som nevnt er det ikke avgjort at barn som har psykisk syke foreldre selv vil utvikle psykiske lidelser, med det utgjør en risiko

(Beardslee, et al., 1998, Rutter & Quiton, 1984; Reupert et al., 2012, Rutter, 1990; Torvik & Rogmø, 2011). Barnets øvrige oppvekstmiljø som: barnehagen, skolen, familien og nærmiljøet står sentralt (Kvillo, 2010, s. 166). For å styrke barn av psykisk syke foreldre sin motstandsdyktighet og forebygge at barna selv utvikler vansker, vil det være sentralt og gi barns gode livserfaringer, som vil medføre utvikling av mestringsstrategier. Videre vil det være behov for og fremme barns selvbildet og sosiale nettverk, dette vil minske graden av sårbarheten (Kvillo, 2008, s. 210).

### **5.1 Veien videre**

Denne studien har gitt meg flere spørsmål jeg undrer meg over, og med tanke på veien videre hadde det vært spennende å gjøre en mer omfattende studie med flere informanten i både første- og andrelinjetjenesten. Et større utvalg vil kunne gi en bredere innsikt og helhetsforståelse om hvordan hjelpeapparatet arbeider rundt mindreårige barn arbeider. En annen faktor det hadde vært spennende å forske på er barns egen opplevelse av sammenheng i hverdagen når mor eller far er psykisk syk.

## Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Austvoll, B. I. (2014). *Voksne barn av psykisk syke. Voksnes erfaringer og refleksjoner knyttet til oppvekst med psykiske lidelser*. (Masteroppgave, universitet i Stavanger institutt for helsefag). Hentet mars 2016 fra [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224324/1/Austvoll\\_Beritiren.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224324/1/Austvoll_Beritiren.pdf)
- Barnehageloven (2005). *Lov om barnehager (Barnehageloven)*. Hentet april 2016 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)
- Barnelova (1981). *Innhaldet i foreldreansvaret (Barnelova)*. Hentet mars 2016 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven#KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven#KAPITTEL_6)
- Barnevernloven (1992). *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Hentet april 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>
- Beardslee, W. R., Versage, M. A., & Gladstone, T.R.G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American academy of children & adolescent psychiatry*. 37(11), 1134-1141.
- Befring, E. (2012). Forebygging blant barn og unge i et psykososialt perspektiv. I E. Befring & R. Tangen. (red.). *Spesialpedagogikk*. (4.utg). s. 129-146. Latvia: Cappelen Damm AS.
- Bekkhuis, M. (2012). *Resiliens – hvorfor klarer noen barn seg på tross av risiko?*. Hentet januar 2016 fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Resiliens---hvorfor-klarere-noen-barn-seg-pa-tross-av-risiko/>
- Bergem, A. K (2014). *Når barn som pårørende er unge omsorgsgivere*. Hentet februar 2016 fra [http://www.sshf.no/pasient/\\_kompetansentre/\\_barnsbeste/\\_kunnskapsiden/\\_lese/\\_faglige-artikler-og-innlegg/\\_Sider/Bergem,-A.K.-Når-barn-som-pårørende-er-unge-omsorgsgivere.aspx](http://www.sshf.no/pasient/_kompetansentre/_barnsbeste/_kunnskapsiden/_lese/_faglige-artikler-og-innlegg/_Sider/Bergem,-A.K.-Når-barn-som-pårørende-er-unge-omsorgsgivere.aspx)
- Bowlby, J. (1988/1994). *En sikker base – tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Fredriksberg: Det lille forlag.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Øiestad, G. (2013). *Se barnet innenfra: hvordan jobbe med tilknytning i barnehagen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalamont, S. (1992). *Fieldwork in educational settings. Methods, pitfalls and perspectives*. London: The Falmer Press.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Departementene. (2013). *Forebyggende innsats for barn og unge*. (Rundskriv Q-16/2013). Hentet mars 2016 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Rundskriv\\_Q16\\_2013.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Rundskriv_Q16_2013.pdf)
- Drugli, M. B. (2014). *Liten i barnehagen. Forskning, teori og praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fandrem, H., & Roland, P. (2013). De utfordrende barna – handlingskompetent tidlig innsats og systemperspektiv. I H. Fandrem & O. L. Fuglestad (red.). *Barn i utfordringer – systemtenkning og tidlig innsats i pedagogisk arbeid*. (s. 19- 29). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjærestad, T. (2014). "Være en døråpner". *En kvalitativ undersøkelse om barneansvarliges erfaringer ovenfor arbeid med barn som pårørende til psykisk syke og/eller*

- rusmiddelavhengige foreldre*. (Masteroppgave, høgsolen i Lillehammer avdeling for helse- og sosialfag). Hentet januar 2016 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/285091>
- FNs konvensjon om barnets rettigheter (1989). *Kapittel 3, Barns beste*. Hentet januar 2016 fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>
- Forvaltningsloven (1967). *Almindelige regler om saksbehandlingen (forvaltningsloven)*. Hentet mai 2016 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL\\_4#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4)
- Fuglestad, O. L. (2013). *Barn i utfordringer: systemtenkning og tidlig innsats i pedagogisk arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge*. (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Gjertsen, P. Å. (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Groven, B. (2013). *Spesialpedagogikk i endringstider*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Guðmundsdóttir, S. (1992/2011). Den kvalitative forskningsprosessen. I T. Moen & R. Karlsdóttir. (red.). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*. (s. 15-31). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven (1999). *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende (Helsepersonelloven)*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)
- Helsedirektoratet. (2009). *Handlingsplan for habilitering av barn og unge*. Hentet mai 2016 fra [http://www.habu.no/digimaker/documents/handlingsplan\\_til\\_netttet\\_1MBIVJ352et.pdf](http://www.habu.no/digimaker/documents/handlingsplan_til_netttet_1MBIVJ352et.pdf)
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende* (Rundskriv IS-5/2010). Oslo: Andvord grafisk AS. Hentet februar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-paerørende-IS-5-2010.pdf>
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). Barn i sentrum – hva vil vi løfte frem?. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus., & K. Dyregrov. (red.). *Barn som pårørende*. (s. 9-17). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland., B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. (s. 185 - 201). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jacobsen, H. (2009). Fosterbarn med tilknytningsvansker og tilknytningsforstyrrelser – hvilke veilednings- og behandlingsmetoder bør vi anbefale? *Tidsskriftet Norges barnevern*, 86(01), 40-51.
- Jensen, M., & Osnes, H. (2009). *Kroppen i lek og læring. Sirkus i barnehage og skole*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg.). Oslo: Abstrakt
- Killén, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar*. (3.utg.). Oslo: Kommuneforlag.
- Kinge, E. (2006). *Barnesamtaler: det anerkjennende samværet og samtalens betydning for barn med samspillsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn. En kilde til styrke og håp?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kleven. T. A. (2011). Forskning og forskningsresultater. I T. A. Kleven (red.). *Innføring i pedagogiske forskningsmetoder. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (2.utg.). Oslo: Unipub.

- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. (2.utg.). (s. 19-74). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvello, Ø. (2008). Transaksjonsmodellen: Mennesker og miljø utvikler hverandre, I Ø. Kvello (red.). (2008). *Oppvekst – om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Meld. St. 25 (2013-2014). (2014). *Utdanning for utvikling*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/118ab85ad919493699f9623aad5652fb/no/pdfs/stm201320140025000dddpdfs.pdf>
- Moen, L. G. (2012). *Barns møte med psykiske lidelser – en datters historie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Myrvoll, L. R. (2013). "Tidstyvene" – Barn som pårørende. En kvalitativ studie av hvordan behandlere ved en psykiatrisk avdeling forstår og handler for å ivareta mindreårige barn som pårørende. (Masteroppgave, høgskolen i Lillehammer avdeling helse- og sosialfag). Hentet januar 2016 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/145181/Masteroppgave%20Helse%20og%20sosialfaglig%20arbeid%20med%20barn%20og%20unge%20Lisbeth%20Rynning%20Myrvoll%20november%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mørland, B. (2008). *Temahefte om barn med nedsatt funksjonsevne i barnehagen*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH). (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teknologi. (4.utg.). Hentet fra [https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125\\_fek\\_retningslinjer\\_nesh\\_digital.pdf](https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf)
- Nilsen, V. (2008). Tiltaksmodeller med utgangspunkt i førstelinjetjeneste og andrelinjetjeneste. I: R. Haugen (red.). *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. (s. 189-228). Kristiansund: Høgskoleforlaget
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2009: 18 (2009). *Norges offentlige utredninger. Rett til læring*. Hentet april 2016 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/4797c40751334fb2b06592a22925c487/nou\\_2009\\_18\\_rett\\_til\\_laering.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/4797c40751334fb2b06592a22925c487/nou_2009_18_rett_til_laering.pdf)
- NOU 1991: 4 (1991). *Veien videre til studie- og yrkeskompetanse for alle*.
- Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Opplæringslova. (1998). *Spesialundervisning (Opplæringslova)*. Hentet februar 2016 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL\\_6#KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6)
- Osen, N. L., Relling, M. H., Overvik, M., & Glørstad, T. (2015). *Barne- og familiesamtaler i psykisk helsevern for voksne. En praktisk håndbok for helsepersonell og barneansvarlige*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rapport fra Helsetilsynet 5/2009. *Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn*. Hentet mai 2016 fra

- [https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport5\\_2009.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport5_2009.pdf)
- Reedtz, C., Mørch, L., & Lauritzen, C. (2015). Registreres psykiatriske pasienters barn i elektroniske pasientjournaler? *Nordisk sygepleieforskning*, 4(01), 36-45.
- Reupert, A. E., Maybery, D., & Kowalenko, N. M. (Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *MJA Open*, 1(1), 7-9.
- Rutter, M. (1990). Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental psychology*, 26(1), 60-67. 10.1037/h0092669.
- Rutter, M. (2006). *Genes and behavior. Nature-Nature Interplay Explained*. Malden Mass: Blackwell Publishing Ltd.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14(4), 853-880. Doi: 10.1017/S003329170009838.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellmann, A., Hilsen, M., ... Weimand, B. M (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Akershus universitetssykehus HF. IS-0522. Hentet januar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20pårørende-IS-0522.pdf>
- Schei, A. H., & Kvistad, K. (2012). *Kompetanseløft – langsiktige tiltak i barnehagen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Om barneansvarlig personell mv. (Spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 16 (2006-2007). (2006). *...og ingen stod igjen. Tidlig innsats for livslang læring*. Oslo: Det kongelige kunnskapsdepartementet
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosiale- og helsedepartementet.
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Søberg, A. N. (2009). *Oppfølging av barn som pårørende. I hvilken grad er anbefalinger fra Rundskriv IS-5/2006: "Oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre" implementert i praksis?* (Masteroppgave, høgskolen i Hedmark ved avdeling for Helse- og idrettsfag i samarbeid med høgskolen i Vestfold). Hentet januar 2016 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132500/Søberg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostand & Bjørke AS.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torvik, A. S., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk – omfang og konsekvenser*. Rapport 2011:4 Folkehelseinstituttet. Hentet desember 2016 fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>
- Trondsen, M. (2012). *Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives*. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188.
- Utdanningsdirektoratet (2009). *Spesialundervisning. Veileder til opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning*. Hentet fra [https://www.utdanningsforbundet.no/upload/Veiledn\\_Spesialundervisn\\_2009.pdf](https://www.utdanningsforbundet.no/upload/Veiledn_Spesialundervisn_2009.pdf)
- Waaktbaar, T. (2011). *Samme risiko – ulikt utfall*. Hentet fra <http://www.sshf.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/kunnskapsiden/lese/faglige-artikler-og-innlegg/Sider/waaktaar-t-samme-risiko---ulikt-utfall.aspx>

Ytterhus, B. (2012). Hva er et ”påførende barn”? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (red.), *Barn som påførende*. (1.utgave., s.18-43). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Østberg, E. (2014). *Når pasienten har barn*. Hentet Oktober 2015, fra:

<http://www.sshf.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/kunnskapsiden/lese/faglige-artikler-og-innlegg/Sider/Østberg,-E.-Når-pasienten-har-barn.aspx>



# Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Jeanette Markussen

Dronningens gate 68

7012 Trondheim

E-post: [nette.1988@hotmail.com](mailto:nette.1988@hotmail.com)

Tlf: 93 20 55 64

Trondheim, 2016

Xxxxxx

xxxxx

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

*Tema: Barn av psykisk syke i et førstelinjeperspektiv*

### Bakgrunn og formål

Mitt navn er Jeanette Markussen, og jeg er student på masterstudiet i spesialpedagogikk, som er et samarbeid mellom pedagogisk institutt NTNU Dragvoll og Dronning Mauds Minne.

I den forbindelse planlegger jeg og skrive en masteroppgave.

Tema for masteroppgaven er barn av psykisk syke i et førstelinjeperspektiv med fokus på forebyggende pedagogiske tiltak.

Du forespørres om å delta i prosjektet på grunn av din kompetanse innenfor tema: barn av psykisk syke foreldre.

### Hva innebærer deltakelsen i studiet?

Datainnsamlingen vil være i form av semistrukturert intervju, og intervjuet vil vare i omtrent en time. Data vil registreres gjennom lydopptak og eventuelt notater (dersom du godkjenner dette).



Jeg spør ikke om informasjon om enkeltbarn/enkeltsaker, men det kan være aktuelt at du gir anonymiserte eksempler på hvordan du arbeider forebyggende på ditt arbeid, dersom du ønsker det, uten å gå inn i enkeltsaker.

Min nåværende problemstilling er: *Hvordan jobber hjelpeapparatet i forhold til mindreårige barn av psykisk syke, og hva kan hjelpeapparatet gjøre for å forebygge problemutvikling hos barna som følge av psykiske syke foreldre?*

Andre forskningsspørsmål som er aktuelle: Hvordan du opplever det tverretatlige samarbeidet rund barn som pårørende og hva samarbeidet innebærer. Hvilke tiltak og tjenester som kan iverksettes i forhold til å forebygge problemutvikling og hjelpe barn til å mestre sin hverdag og sine utfordringer.

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

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og blir anonymisert og du vil ikke bli gjenkjent i oppgaven. Det er kun jeg og eventuelt veileder ved behov, som vil ha tilgang på personopplysninger. Under transkripsjon av intervju vil jeg utelukke personopplysninger. Forskningsprosjektet skal etter planen avsluttes 15.juni. 2016. Da prosjektet er avsluttet vil alt av datamateriell og opptak slettes.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn, både før, under og etter intervjuet. Dersom du trekker deg, vil all opplysninger om deg bli slettet.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

### **Kontaktinformasjon**

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med undertegnende (kontaktinformasjon øverst i brevet) så kan vi avtale tid og sted for intervjuet som passer deg best.

Veileder for oppgaven er Ingvild Åmot, førsteamanuensis ved Dronning Mauds Minne, (e-post: [iam@dmmh.no](mailto:iam@dmmh.no), tlf.: 73805228/ 91513839)

Håper på et positivt svar!

Med vennlig hilsen Jeanette Markussen

---

Underskrift, dato

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i Jeanette Markussen sitt forskningsprosjekt, Barn av psykisk syke. Jeg gir tillatelse til bruk av båndopptaker under intervjuet. All data vil bli behandlet konfidensialitet og lydopptakene vil bli slettet senest 15. Juni. 2016 ved avslutning av forskningsprosjektet.

.....  
(signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguider

### Intervjuguide barneansvarlig helsepersonell

Ønsker å rette fokuset på hvordan dere arbeider i forhold til barn som pårørende, med tanke på oppfølging av barnet, ulike hjelpetiltak og samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten.

På grunn av hensyn til taushetsplikten vil jeg minne på at du ikke gir opplysninger om enkeltbarn/enkeltsaker, men anonymiserte eksempler kan være aktuelt dersom du ønsker det.

Tema og undertema	Spørsmål
<b>BAKGRUNNSSPØRSMÅL</b>  Informasjon	Faglig bakgrunn  Arbeidserfaring  Arbeidsoppgaver
<b>FORSKNINGSSPØRSMÅL</b>  Barn som pårørende          Tverretatlig samarbeid	Hva legger du i begrepet barn som pårørende?  Kan du fortelle litt om dine erfaringer med arbeid av barn som pårørende? - utfordringer/dilemmaer  Samarbeider dere med andre instanser utenfor sykehuset? <ul style="list-style-type: none"><li>- Førstelinjetjenesten/kommunale tjenester</li></ul>

<p>Oppfølging av barnet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva dreier dette samarbeidet seg om?</li> <li>- Har dere faste rutiner på dette?</li> </ul> <p>Kan du fortelle litt om din erfaring om samarbeidet med andre instanser?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- som førstelinjetjenesten,</li> <li>- nærmeste familie</li> </ul> <p>Om barnet har behov for videre oppfølging utenfor sykehuset, hvem kontaktes da?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I forhold til her-og-nå situasjon og langsiktig</li> <li>- Barnehagen/skolen</li> <li>- BFT</li> </ul> <p>Om jeg skjønner det riktig, oppfordres foreldrene til selv å ta kontakt med eventuelt andre instanser, som barnehagen eller skolen for å informere om deres og barnets situasjon.</p> <p>- Hvilke erfaringer har du i forhold til dette?</p> <p>Kan du si noe om hva som gjøres av dere hvis foreldrene ikke ønsker selv å ta kontakt, og ikke gir samtykke til at dere kan ta kontakt?</p>
<p>Forebygging</p>	<p>I følge forskning er det en stor risiko for at barn av psykisk syke foreldre, selv utvikler psykiske</p>

	<p>lidelser.</p> <p>Har du noen erfaringer eller tanker rundt hvordan man kan forebygge problemutvikling hos disse barna?</p> <p>- Eventuelle tiltak som kan igangsettes både i første- og andre linjetjenesten for å avhjelpe barnets situasjon</p> <p>Hvilken informasjon og eventuelt veiledning kan du gi til andre instanser?</p> <p>Hva anser du som viktig og nødvendig hjelp til barn av psykisk syke foreldre?</p>
<p>AVSLUTNINGSSPØRSMÅL</p> <p>Synspunkter og spørsmål om tema</p>	<p>Oppfølgingsspørsmål</p> <p>Har forskningsdeltaker noe å tilføye?</p> <p>Oppklare eventuelle uklarheter</p> <p>Takke for intervjuet</p>



<p>Forebygging</p>	<p>Hvordan opplever du det tverretatlige samarbeidet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Også tverretatlig samarbeid i førstelinjetjenesten</li> <li>- Samarbeid med andrelinjetjenesten</li> <li>- Hvordan kontakter andrelinjetjenesten deg?</li> </ul> <p>Får du tilstrekkelig informasjon om barnet og familiens situasjon som du føler at du trenger?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva vil tilstrekkelig informasjon si for deg?</li> <li>- Hvis nei på spørsmål over, hvilke tanker gjør du deg om det?</li> </ul> <p>Kan du si noe om dine erfaringer og tanker rundt hvordan man kan forebygge problemutvikling hos barn av psykisk syke?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ulike tiltak som kan igangsettes i barnets hverdag</li> <li>- Kontakter du barnehagen eller skolen?</li> <li>- Kontakter du andre tjenester?</li> <li>- Hva med barns hjem?</li> </ul> <p>Hvilke tiltak kan iverksettes av deg?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- veiledning av personalet i</li> </ul>
--------------------	---

	<p>barnehagen eller skolen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tiltak for akutte behov</li> <li>- forebyggende tiltak som kan igangsettes i her- og-nå-situasjonene</li> </ul> <p>Hva tenker du er viktig og nødvendig hjelp i forhold til barn som pårørende?</p>
<p><b>AVSLUTNINGSSPØRSMÅL</b></p> <p>Synspunkter på spørsmål og tema</p>	<p>Oppfølgingsspørsmål</p> <p>Har forskningsdeltaker noe å tilføye?</p> <p>Oppklare eventuelle uklarheter</p> <p>Takke for intervjuet</p>



# Vedlegg 3: Brev fra NSD

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 985 321 884

Hans Petter Ulleberg  
Pedagogisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 14.01.2016

Vår ref: 46067 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.12.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

46067	<i>Barn av psykisk syke i et førstelinjeperspektiv og hvordan forebygge problemutvikling hos barn som følge av psykisk syke foreldre</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Hans Petter Ulleberg
Student	Jeanette Markussen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Jeanette Markussen nette.1988@hotmail.com



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til taushetsplikten helsepersonell og spesialpedagoger er underlagt, ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltbarn eller enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet og inkluderes i informasjonsskrivet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Det oppgis i meldeskjema at indirekte personopplysninger skal publiseres. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette og at informasjonsskrivet tilpasses dette. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

Forventet prosjektslutt er 15.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak