

Marie H. Ellingsen

# Terapeuters opplevelse med å tematisere og involvere barn som pårørende av voksne pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Stian Solem

Medveileder: Trond Nordfjærn

Desember 2021



Marie H. Ellingsen

# **Terapeuters opplevelse med å tematisere og involvere barn som pårørende av voksne pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)**

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Stian Solem  
Medveileder: Trond Nordfjærn  
Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden





## Forord

Forfatteren av denne oppgaven har vært ansvarlig for utforming av formål, søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), innsamling av datamaterialet i form av ti intervjuer og gjennomføring av analyse på datamaterialet. Studien er uavhengig, og ikke en del av et større forskningsprosjekt.

\*\*\*

Rusmiddelavhengighet rammer ikke nødvendigvis bare brukeren av rusmiddelet, men også deres pårørende. De siste årene har jeg jobbet som miljøterapeut i barnevernets avlastningstjeneste, og sett hvordan foreldres rusbruk har påvirket barnas liv på nært hold. Sterke inntrykk fra arbeidslivet gjorde meg nysgjerrig på hva helsepersonell gjør i praksis for at barn av rusmiddelavhengige foreldre skal bli oppdaget, ivaretatt og fulgt opp så tidlig som mulig. En litteraturgjennomgang fikk meg til å innse at mange barn er «*usynlige*» i psykiske helsetjenester for voksne, og jeg ønsket derfor å undersøke hvordan det kan være tilfellet når loven pålegger helsepersonell å *se* dem. Jeg vil først og fremst takke de fantastiske barna jeg har møtt gjennom yrkeslivet. Dere har vært viktig for mitt faglige engasjement og er hovedmotivasjonen bak dette forskningsprosjektet. Dere, og alle andre barn i lignende situasjoner, fortjener at vi hjelpere anstrenger oss til det ytterste for å forstå, forbedre og videreutvikle måter å bistå på.

Prosessen med å skrive hovedoppgaven har vært lang og omfattende, men samtidig veldig spennende og engasjerende. Jeg vil rette en stor takk til veileder Stian Solem og biveileder Trond Nordfjærn for et godt og lærerikt samarbeid. Deres støtte, oppmuntrende ord og konstruktive tilbakemeldinger har gitt meg mye motivasjon. Videre vil jeg spesielt takke Kristin Tømmervik og Marit Magnussen ved FoU-seksjonen, klinikk for rus og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital som bistod med rekruttering av deltakere, engasjement og gode innspill. Jeg vil også takke klinikklederne ved de ulike TSB-avdelingene som opprettet kontakt med informantene mine. En like stor takk til alle de ti flotte terapeutene som lot seg intervjuer, og som på den måten ga meg mulighet til å få innsikt i deres tanker, erfaringer og refleksjoner rundt oppfølgingen av barn som pårørende av foreldre med rusmiddelavhengighet. Uten dere hadde det ikke vært mulig å utføre denne studien.

*Marie H. Ellingsen  
Trondheim, desember 2021*

### Sammendrag

Omtrent 90 000 barn i Norge har en forelder med rusrelatert lidelse. Disse barna utgjør en stor risikogruppe i samfunnet. Siden 2010 har norsk helsepersonell vært lovpålagt å identifisere og sikre oppfølging av barn som pårørende av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Arbeidet med barn som pårørende preges imidlertid av en rekke utfordringer. Formålet med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan terapeuter opplever å tematisere og involvere barn som pårørende av voksne pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Det ble gjennomført totalt ti semi-strukturerte intervjuer med terapeuter på tvers av de ulike TSB-seksjonene i Midt-Norge. Datamaterialet ble analysert med tematisk analyse. Det ble funnet ulike barrierer og fasilitatorer knyttet til fem overordnede tema; terapeutnivå, pasientnivå, allianse, pårørendenivå og systemnivå. I tråd med tidligere forskning, rapporterte terapeutene fremdeles om manglende kompetanse, kunnskap, erfaring, trygghet, tid og ressurser knyttet til det barnefokuserte arbeidet. Nye funn fra foreliggende studie indikerer at det kan være aktuelt å tilrettelegge for økt autonomi med mulighet for terapeutene å tematisere barna senere i behandlingsforløpet. Dette kan tenkes å øke sannsynligheten for at alliansen styrkes og pasientens motstand dempes. Dermed ivaretar man alliansen med pasienten, men også barnets beste. Den genererte kunnskapen er relevant for klinisk praksis, da den kan gi ledelsen og klinikere i de ulike TSB-seksjonene en økt forståelse av hvilke utfordringer terapeutene står overfor, samt hva de trenger mer av for å kunne gjøre et tilstrekkelig arbeid med barn som pårørende. Videre kan funnene benyttes til å vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig med en profesjonalisert rolle der vedkommende har et eksklusivt fokus på barn som pårørende. På den måten kan øvrige terapeuter i TSB frigjøres fra dette ansvaret, og utelukkende opprettholde et individfokus på den voksne pasienten. Til slutt kan funnene benyttes til å utvikle gode metoder som fasiliterer kompetanse- og kunnskapsheving. Resultatene fra denne studien kan videre bidra til å fremme implementeringsprosessen av lover, rutiner og retningslinjer gjennom ulike tiltak, slik at barn som pårørende av rusmiddelavhengige foreldre i større grad mottar nødvendig informasjon, støtte og hjelp. Det barnefokuserte arbeidet er noe en rekke ulike instanser og aktører må samarbeide om; både ansatte i førstelinje- og spesialisthelsetjenesten, lærere, barnehageansatte, helsesykepleiere, familiene selv, forskere og myndighetene. Således sikres en bred, forebyggende, tverrfaglig, tverretattlig og klinisk tilnærming til ivaretagelsen av barn som pårørende.

*Nøkkelord:* rusmiddelavhengighet, TSB, barn som pårørende, helsepersonelloven, terapeuter

### Abstract

Approximately 90,000 children in Norway have a parent with a substance-use disorder (SUD). These children make up a large risk group in our society. Since 2010, Norwegian health professionals have been required by law to identify and ensure follow-up on children of parents with mental illness and SUD. However, the child-focused practice faces several challenges. The aim of this qualitative study was to examine how therapists experience assessing and involving children of adult patients in interdisciplinary specialized treatment of substance abuse disorders. Ten semi-structured interviews were conducted with therapists across the various SUD treatment centers in Central Norway. Data was analyzed using thematic analysis. Various barriers and facilitators were found relative to five overarching themes: therapist level, patient level, alliance, children and caregiver level and system level. In line with previous research, therapists still reported a lack of competence, knowledge, experience, confidence, time and resources related to the child-focused practice. New findings from the current study suggest that it may be beneficial to enable therapists to assess children later in the course of treatment. This may increase the likelihood that the alliance is strengthened, and the patient's resistance is reduced. This allows for a protection of the alliance with the patient, as well as the child's best interest. The findings are relevant to clinical practice, as it can provide the management and professionals in SUD treatment centers increased understanding of the challenges facing therapists, as well as resources needed in order to adequately help children of parents with SUD. Furthermore, the findings can be used to assess whether it is advisable to create a professional role focused exclusively on children of parents with SUD. This would enable other therapists in SUD treatment centers to be released from this responsibility, allowing them to focus solely on the adult patient. Finally, the findings can be used to develop better methods that facilitate development of skills and knowledge. The results from this study can help promote compliance with current legislation, routines and guidelines through various interventions, ensuring children of parents with SUD receive necessary information, support and help. Collaboration among institutions and other interested parties is key to success of the child-focused practice, including employees in the primary- and specialist health care services, teachers, kindergarten teachers, school nurses, family members, researchers and authorities. This ensures a broad, preventive, interdisciplinary interagency and clinical approach to the care of children of parents with SUD.

*Key words:* substance-use disorder, SUD treatment center, children of parents with substance abuse, health personnel legislation, therapists



## Innhold

<b>INTRODUKSJON .....</b>	<b>7</b>
FORELDREFUNGERING OG FAMILIESAMSPILL .....	9
BARN SOM PÅRØRENDE AV RUSMIDDELBRUKERE – EN HETEROGEN GRUPPE.....	10
DEN SOSIALE ARVEN: EN TRANSGENERASJONELL OVERFØRING .....	12
ET PARADIGMESKIFTE – FRA INDIVID- TIL FAMILIEORIENTERT FOKUS.....	14
IMPLEMENTERINGSPROSESSEN – ER ENDRING OPPNÅDD?.....	15
UTFORDRINGER I DET BARNEFOKUSERTE ARBEIDET I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE OG RUS .....	17
FORMÅL MED STUDIEN.....	20
<b>METODE.....</b>	<b>21</b>
REKRUTTERING OG UTVALG.....	21
<i>Rekrutteringsprosedyre</i> .....	21
<i>Inklusjonskriterier</i> .....	21
<i>Uvalg</i> .....	22
DATAINNSAMLING .....	22
<i>Intervjuguiden</i> .....	22
<i>Intervjuene</i> .....	23
ANALYSEPROSESSEN.....	24
<i>Transkribering av datamaterialet</i> .....	24
<i>Tematisk analyse (TA)</i> .....	24
ETISKE BETRAKTNINGER.....	27
<b>RESULTATER .....</b>	<b>29</b>
TERAPEUTNIVÅ .....	30
<i>Individuelle forskjeller</i> .....	30
<i>Psykologisk ubehag</i> .....	32
PASIENTNIVÅ .....	33
<i>Motvillighet</i> .....	33
<i>Frykt for konsekvenser</i> .....	34
<i>Skjerme barna</i> .....	34
ALLIANSE .....	35
<i>Samtykke og taushetsplikt</i> .....	35

<i>Skam og negative reaksjoner</i> .....	36
<i>Tematisere barna senere i forløpet</i> .....	37
<b>PÅRØRENDENIVÅ</b> .....	38
<i>Konfliktfylte forhold</i> .....	39
<i>Barnas ønske/behov</i> .....	39
<b>SYSTEMNIVÅ</b> .....	41
<i>Arbeids- og tidspress</i> .....	41
<i>Fysiske hindringer og digitale løsninger</i> .....	43
<i>Forsterke implementeringen av lovparagrafene</i> .....	43
<i>Kollegaskap</i> .....	44
<i>Individ- og gruppenivå</i> .....	46
<b>DISKUSJON</b> .....	47
TEMATISERING AV BARNAS SITUASJON – HIT, MEN IKKE LENGRE.....	47
BEHANDLINGSALLIANSE VS. BARNETS BESTE – UFORENELIG ELLER TVERT IMOT? .....	48
STYRKET IMPLEMENTERING PÅ SYSTEMNIVÅ .....	51
TID, RESSURSER OG FLEKSIBILITET FASILITERER KVALITETEN PÅ DET BARNEFOKUSERTE ARBEIDET .....	52
Å «KASTE BALL» MED KOLLEGER BIDRAR TIL KUNNSKAPS- OG KOMPETANSEHEVING .....	53
STYRKING AV DET TVERRETATLIGE SAMARBEIDET .....	55
STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER .....	56
IMPLIKASJONER AV FUNNENE.....	57
<b>KONKLUSJON</b> .....	60
<b>REFERANSER</b> .....	61
<b>VEDLEGG</b> .....	75
VEDLEGG A: GODKJENNING FRA NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA (NSD).....	75
VEDLEGG B: UTFYLLENDE INFORMASJONSSKRIV INKLUDERT SAMTYKKESKJEMA.....	77
VEDLEGG C: KORTFATTET INFORMASJONSSKRIV .....	81
VEDLEGG D: INTERVJUGUIDE (VERSJON 2) .....	82

## Introduksjon

I løpet av de siste tiårene har kunnskapen økt om risiko, belastning og resiliens hos barn som pårørende. Å vokse opp med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre resulterer ofte i en rekke belastninger og bekymringer, samt at barn som pårørende har høyere risiko for å utvikle fysiske, psykiske, sosiale, akademiske, emosjonelle og atferdsmessige problemer sammenlignet med andre barn (Anda et al., 2002; Christoffersen & Soothill, 2003; Cunningham et al., 2004; Connors et al., 2003). Videre har disse barna økt risiko for å oppleve redusert foreldrefungering, konfliktfylt familiesamspill og omsorgssvikt (Ruud et al., 2015; Haugland, 2012; Hosman et al., 2009; Dube et al., 2001). Dette medfører i mange tilfeller at barna selv må oppfylle foreldrenes omsorgsroller og ansvar i hjemmet.

Til tross for bred enighet om barns behov for informasjon og oppfølging, har innsatsen rettet mot barn som pårørende av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre tidligere vært beskrevet som tilfeldig, personavhengig, manglende og fragmentert (Ytterhus & Almvik, 1999; Aamodt & Aamodt, 2005; Haugland et al., 2012; Solbakken & Lauritzen, 2006). Det er derfor en betydelig uoverensstemmelse mellom kunnskapen vi har om risiko og belastning hos barn som pårørende, og hva som utøves i praksis for å ivareta dem i form av rutiner for identifisering av barna, informasjonsarbeid, forebyggende tiltak, støttetiltak, viderehenvisning eller samtale for barna og deres familier (Nicholson, 2009; Lauritzen et al., 2014; Reedtz et al., 2015).

At barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre er sårbare samt utilstrekkelig ivaretatt av helsepersonell, dannet grunnlaget for endringer i helsepersonelloven § 10 a fra 1. januar 2010 (Helsedirektoratet, 2018). I det nye lovverket understrekes det at barn som er pårørende har rett til adekvat ivaretagelse og oppfølging fra psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Således er det helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som pålegges ansvar for å kartlegge dette. Etter at barna er identifisert, er det viktig å sikre at de fortløpende får nødvendig informasjon og alderstilpasset oppfølging. For å styrke barnas posisjon ytterligere, pålegger bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a at helseinstitusjoner har tilstrekkelig med barneansvarlig personell. Dermed står helsepersonell i spesialisthelsetjenesten overfor en forpliktelse til å identifisere pasienters barn og sørge for å tilrettelegge for den støtten, oppfølgingen og tiltak de har behov for. Dette konkretiseres også i retningslinjene for TSB (Bergem, 2018; Kjellevold, 2008; Ruud et al., 2015).

Ifølge Ruud et al. (2015) førte ikke lovendringen til forventede resultater fem år etter de trådte i kraft; de hevdet at kartleggingen og dokumentasjonen av barna var mangelfull, slik at behovet for informasjon og videre henvisning ikke var dekt i spesialisthelsetjenesten. Dette bekreftes av Lauritzen et al. (2015) som fant at det ikke var signifikante forskjeller i hvorvidt helsepersonell tilbød støtte til familier berørt av foreldres psykiske lidelse like før og tre år etter lovendringen. Videre viste en gjennomgang av Reedtz et al. (2015) at det i 2012 bare var 7% av pasienter ved en allmennpsykiatrisk klinikk som var registrert med mindreårige barn. Dette til tross for at det er estimert at en tredel av pasienter i psykisk helsevern for voksne er foreldre til barn (Lilleeng et al., 2009; Ruud et al., 2019). Forskning viser altså at helsepersonell strever med å følge forpliktelsen i § 10 a i helsepersonelloven (Wangensteen et al., 2018; Bergem, 2018).

En mindre utforsket gruppe enn barn av psykisk syke, som ofte har enda mer kompleks problematikk, er barn av foreldre med rusmiddelavhengighet (Wangensteen, 2020). Rusmiddelavhengighet kan defineres som gjentatt, tvangsmessig inntak eller bruk av rusmidler til tross for negative konsekvenser for brukerens helse, yrke og sosiale liv (Lossius, 2012; WHO, 1999). Videre kjennetegnes rusmiddelavhengighet av behovet for gradvis økende doser (toleranseutvikling) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser). Brukeren kan sies å ha et rusrelatert problem når rusmiddelinntaket går ut over oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og når emosjonelle bånd belastes og forstyrres som følge av bruken (Holm, 2012). Rusmiddelavhengighet er blant de hyppigste forekommende psykiske lidelsene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Høyest forekomst av alkoholproblemer er i aldersgruppen 25-34 år, som gjerne er i den livsfasen mange etablerer seg og blir foreldre (Kringlen et al., 2001). Det eksisterer per i dag ingen konkrete tall på omfanget av rusmiddelavhengighet i Norge, og det er derfor vanskelig å si nøyaktig hvor mange barn som pårørende det finnes (Folkehelseinstituttet, 2018). Folkehelseinstituttet har imidlertid estimert at 90 000 barn i Norge lever med minst én rusmiddelavhengig forelder (Torvik & Rognmo, 2011). Ifølge Ruud et al. (2015) er det omtrent 5000 pasienter årlig i TSB som er foreldre med omsorg for barn under 18 år.

Relasjonelt kan pasienters avhengighet være svært krevende for pårørende (Lossius, 2012). Rusmiddelavhengighet kan i stor grad påvirke familielivet og særlig barnas omsorgssituasjon fordi de grunnleggende foreldrefunksjonene ofte svekkes. Videre kan de atferdsmessige forandringene skape et miljø som preges av utrygghet og uforutsigbarhet,

forelderens behov prioriteres over barnas, og at barna ofte må påta seg omsorgsoppgaver der foreldrene ikke strekker til. Det er nødvendig med et familieperspektiv på rusmiddelproblematikken, med fokus på hvordan rusmiddelbruk påvirker de ulike oppgavene og funksjonene som skal ivaretas i familien. Likevel tyder mye på at disse barna fremdeles er «de usynlige barna» mange steder i psykiske helsetjenester, til tross for kunnskap om deres behov. SINTEFs rapport for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Ose & Kaspersen, 2021) fant en nedadgående trend på 23 prosentpoeng i antall kommuner som ivaretar barn som pårørende til foreldre med rusproblemer godt/svært godt, fra 2019 til 2021. Dersom denne trenden skulle vise seg å være konsistent over tid, så vil det illustrere et behov for videre undersøkelse av potensielle årsaksforklaringer samt hva behandlere behøver for å lykkes med denne viktige jobben. Lauritzen et al. (2018) understrekte at implementering av endringene er en tidkrevende prosess. Vi har fremdeles en lang vei å gå for at barn som pårørende blir fanget opp, informert og ivaretatt i tråd med lovverket (Amundrød & Vatne, 2020). For at helsepersonell skal kunne hjelpe barn som pårørende av foreldre med rusmiddelavhengighet, er det viktig med kunnskap om hvordan ulike aspekter ved det barnefokuserte arbeidet oppfattes fra deres synspunkt. Denne studien vil derfor fokusere på terapeutenes perspektiv, tanker og erfaringer med å ivareta barn av foreldre med rusproblemer.

### **Foreldrefungering og familiesamspill**

I familier hvor omsorgspersonen har utviklet rusmiddelavhengighet, preges ofte familiesamspillmønstrene og barnets miljø negativt (Haugland, 2012). Omsorgspersoner som i utgangspunktet skal tilby stabilitet, struktur, trygghet og forutsigbarhet for sine barn har vansker med å strekke til når de ruser seg (Velleman & Templeton, 2016; Wangensteen et al., 2018). Rusmiddelavhengighet vil i mange tilfeller være uforenelig med å være en sensitiv, tilgjengelig, oppmerksom og ivaretakende omsorgsperson (Porreca et al., 2018; Dunn et al., 2002). Således svekkes de grunnleggende foreldrefunksjonene, som i sin tur forstyrrer de ulike oppgavene og behovene som skal ivaretas i familien. Særlig ser man utfordringer knyttet til det å tilrettelegge for rutiner i dagliglivet, prioritere barnets behov over egne, skjerme barna fra uheldige opplevelser, samt at barna ofte tildeles stort ansvar (Porreca et al., 2018; Håkansson, et al., 2017; Sundfær, 1999).

Mange rusmiddelavhengige foreldre har redusert forståelse for barnas følelsesmessige, kognitive og fysiske behov, og andre gir heller ikke tilstrekkelig fysisk omsorg (Killén, 2019). Dette skjer ofte som følge av at rusmiddelets betydning får størst prioritet (Holm, 2012). Videre

kan barna preges av utrygghet grunnet omsorgspersonens varierende tilstand, uforutsigbarhet og familiekonflikter (Orford et al., 2010; Haugland, 2003; Wangensteen, 2020). Dette kan skape et negativt emosjonelt klima for barnet. Enkelte barn kan bli gode på å tolke og tilpasse seg forelderens humør, sinnsstemning og behov, men vil i mindre grad prioritere egne behov. Derfor blir ofte barnets løsningsstrategi å være til minst mulig bry og til mest mulig hjelp (Sundfær, 2017). Grunnet foreldrenes manglende kapasitet, kan barna føle et ansvar for å påta seg vesentlig mer praktiske oppgaver, husarbeid og omsorgsoppgaver (Ruud et al., 2015). Dette kalles rollereversering eller parentifisering.

Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) er det nærmest 100 prosent større risiko for at barn av rusmiddelavhengige omsorgspersoner opplever negative hendelser i oppvekstmiljøet. Sammenlignet med andre, har disse barna høyere risiko for å bli forsømt, misbrukt og utvikle tilknytningsvansker (van Doesum, 2015). Rusmiddelavhengighetens karakter vil imidlertid ha forskjellig uttrykksform, intensitet og varighet (Solbakken & Lauritzen, 2006). Derfor vil forelderens rusmiddelbruk belaste barnas omsorgsmiljø i varierende grad og omfang. I tillegg til alvorlighetsgraden av foreldrenes psykopatologi, vil risikoen for at barna opplever negative hendelser avhenge av barnets alder ved forelderens sykdomsdebut og hvorvidt begge foreldrene er syke (Torvik & Rognmo, 2011; Killén & Olfsson, 2003). Å vokse opp med kun én rusmiddelavhengig forelder kan derfor reduserer risikoen for å oppleve negative hendelser, samt fremme en mer positiv utvikling (Anda et al., 2002).

Uavhengig av alder, vil det være krevende å leve sammen med en rusmiddelavhengig person (Selbekk et al., 2018). Selv vil en del rusmiddelavhengige omsorgspersoner undervurdere i hvilken grad deres rusbruk preger barna deres. Ifølge Ruud et al. (2015) tenker foreldre med rusmiddelavhengighet at deres barn har bedre livskvalitet enn det barna selv beskriver. Dessuten rapporterer kun 60% av foreldre med ruslidelse om problematisk bruk av rusmidler. Disse funnene peker mot en bagatellisering og manglende problemforståelse av hvordan deres rolle og foreldrefunksjon påvirker barna.

### **Barn som pårørende av rusmiddelbrukere – en heterogen gruppe**

I Norge er det estimert at barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre har dobbelt så stor risiko for å utvikle psykososiale vansker (Torvik & Rognmo, 2011). Forskingen gjort på området er sammenfallende, og peker mot et vidt spekter av problemer i ulike faser av barnas utvikling, slik som kognitive, emosjonelle, sosiale, akademiske, atferdsmessige og

fysiske (Anda et al., 2002; Christoffersen & Soothill, 2003; Christensen & Bilenberg, 2000; Loukas et al., 2001). Forskning på nervesystemet har demonstrert at uheldige barndomserfaringer forstyrrer normalutvikling (Bremner, 2003; Perry, 2009). Noen barn av rusmiddelavhengige foreldre gir uttrykk for eksternaliserende problemer og atferdsvansker i form av aggressivitet og impulsivitet (Harwin et al., 2010; Clark et al., 2004). Et slikt symptomtrykk kan imidlertid være et resultat av ADHD som går i arv, siden ADHD og ruslidelse kan ha felles genetisk opprinnelse (Yule et al., 2017). Således økes risikoen for å utvikle ruslidelse dersom noen i familien har ADHD. Flere studier av barn som pårørende av foreldre med rusmiddelavhengighet har demonstrert en økt risiko for å utvikle egne alkohol- og rusproblemer i ungdomstiden og voksen alder (Verhulst et al., 2014; Harwin et al., 2010). Ifølge Dube et al. (2003) hadde barnas rusbruk i voksen alder sammenheng med økt risiko for å utvikle utrygg tilknytning og relasjonsproblemer. Dette er i tråd med en kohortstudie av Anda et al. (2002) som undersøkte sammenhengen mellom risikofaktorer i barndommen, kalt «Adverse Childhood Experiences», og senere psykisk og fysisk helse. De fant at voksne med rusproblemer i større grad enn andre har opplevd vanskelige barndomserfaringer, slik som fysisk, seksuell eller psykisk vold, å være vitne til foreldres rusbruk, eller fysisk og emosjonell omsorgssvikt.

Barn av rusmiddelavhengige foreldre kan videre oppleve internaliserende problemer slik som stress, angst- og depressive symptomer og lav selvtillit i skolealder og tenårene (Fraser, 2009; Ólafsdóttir et al., 2018). Mange preges av vedvarende bekymring, fortvilelse og belastning knyttet til foreldrenes rusbruk. Ofte resulterer det i vansker med å håndtere disse følelsene; mange blir stille og har problemer med å stole på andre (Templeton, 2009; Hill, 2015). I en kvalitativ levekårsstudie av Kufås et al. (2015) ble hverdagslivet for barn som pårørende av foreldre med rusmiddelavhengighet utforsket. De fant at barna ( $N = 15$ ) kan oppleve lojalitetskonflikter, uforutsigbarhet, vanskelige valg og dilemma, samt negative følelser som vedvarende ensomhet og skam. Det er ofte mye stigma knyttet til foreldrenes rusmiddelbruk, og derav en frykt for at andre skal få innsikt i problemene (Wangensteen, 2020). Barna er ofte solidariske og lojale overfor foreldrene ved å ikke røpe familiens hemmeligheter. Videre bruker mange barn mye energi på hemmeligholdelse, hvilket resulterer i at man lever mer isolert og blir sosialt ekskludert (Orford et al., 2010). Det er heller ikke uvanlig med lærevansker og svake faglige prestasjoner (Connors et al., 2003).

Om lag en tredjedel av barna får alvorlige psykiske problemer når de blir eldre, og en stor andel opplever alvorlige og vedvarende tilpasnings-, relasjons- og tilknytningsproblemer (Velleman & Templeton, 2016; Mowbray et al., 2004, Rutter et al., 1984; Solis et al., 2012). Samtidig er det viktig å poengtere at barn av rusmiddelavhengige foreldre har vist seg å være en heterogen gruppe med stor variasjon i psykososial helse fra god fungering til store psykososiale problemer og utvikling av psykopatologi. Derfor kan mange av disse barna klare seg godt i skolen, ha en alminnelig god sosial atferd og normal utvikling til tross for store belastninger (Holm, 2012).

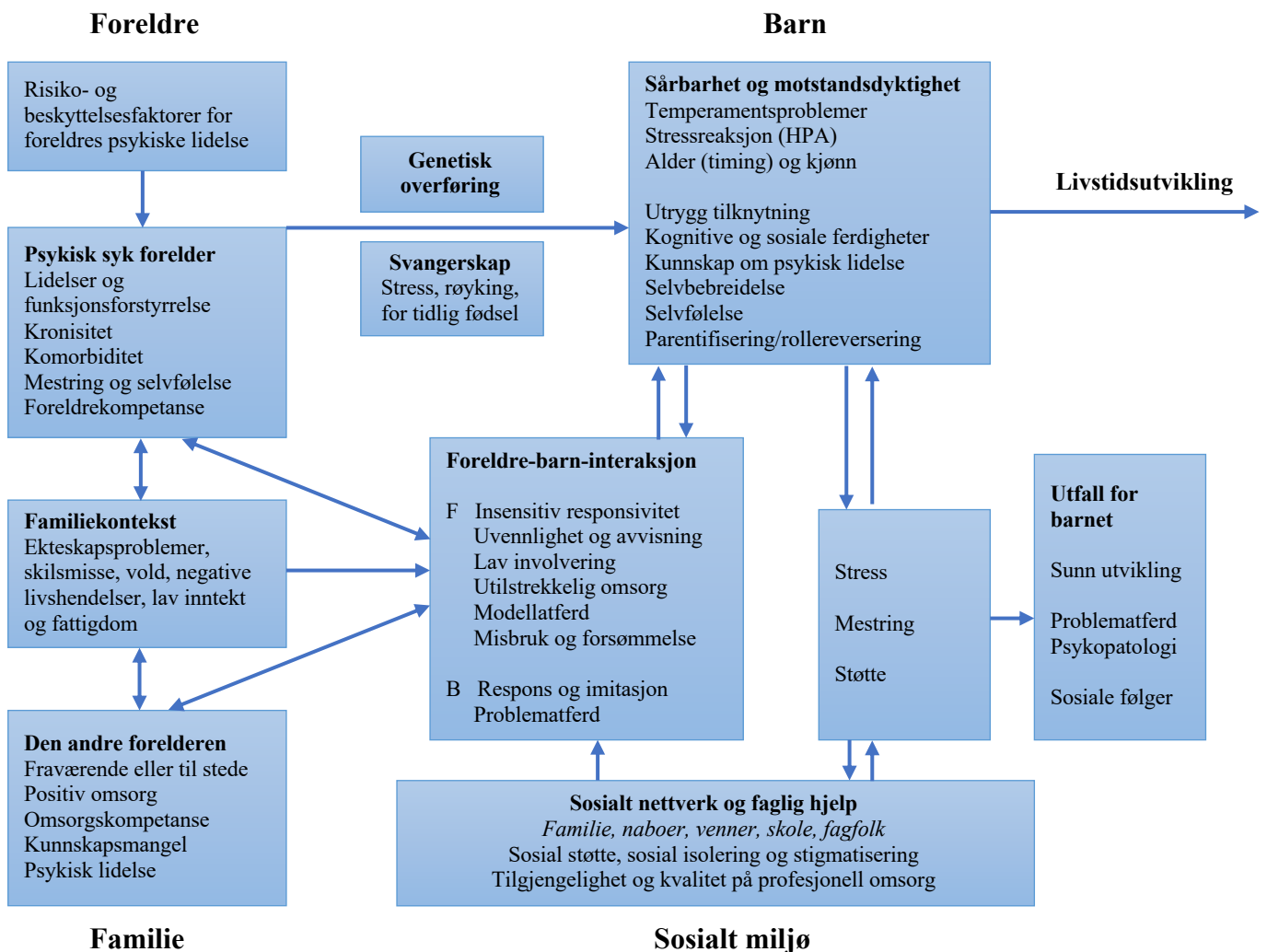
### **Den sosiale arven: en transgenerasjonell overføring**

Den potensielle risikoen for å utvikle psykososiale problemer og symptomdannelse virker å overføres fra foreldre til barn gjennom et komplekst samspill av genetikk, neurobiologiske risikofaktorer samt en rekke psykososiale risiko- og beskyttelsesfaktorer (Rutter, 1990; Skogøy et al., 2018). En metaanalyse fant at barn av psykisk syke selv hadde en 50% sjans for å utvikle en psykisk lidelse (Leijdesdorff et al., 2017). Figur 1 viser en forskningsbasert utviklingsmodell for overføring av psykopatologi gjennom generasjoner, som differensierer mellom ulike domener og aspekter med tilhørende risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker barnets livstidsutvikling (van Doesum, 2015). Den illustrerer hvordan risikoen for en transgenerasjonell overføring av psykopatologi medieres blant annet gjennom måten foreldre samspiller med barna sine på (foreldre-barn-interaksjon), reduserte foreldrefunksjoner og svekket omsorgskompetanse som følge av psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet (Killén, 2019). Videre kan påvirkningen skje direkte gjennom foreldrenes emosjoner og atferd, eller gjennom et utfall av familiære, sosiale og kontekstuelle belastninger knyttet til foreldrenes psykiske sykdom eller rusmiddelavhengighet (Goodman & Gotlib, 1999; Cummings et al., 2001; Hosman et al., 2009). Andre viktige faktorer som påvirker barnets livstidsutvikling er barnets temperament, mestringsstro, grad av sårbarhet og resiliens, og om barnet har et positivt selvbilde og evne til å distansere seg fra det som er vanskelig hjemme (Borge, 2005).

Tidlig intervensjon til barn som er pårørende kan bidra til å bryte den sosiale arven (Reedtz et al., 2019). Et overordnet mål er derfor å forebygge overføring av psykososiale problemer, alvorlig mistilpasning og rusavhengighet mellom generasjoner og å gi barna en mulighet for optimal sosial og emosjonell utvikling (van Doesum, 2015; Skogøy et al., 2018). Å identifisere og tilnærme seg de ulike risikofaktorene av både genetisk, psykososial og sosioøkonomisk art kan være utfordrende (Rutter, 1990). Økt kunnskap om overførings-



mekanismer er derfor viktig fordi det styrker vår forståelse av hvordan barnas vansker oppstår, hvilke belastninger de utsettes for, og hvilke barn som har høyere risiko for å utvikle problemer. I utviklingen av forebyggende intervensjoner bør man vektlegge hvordan den psykologiske og sosiale risikoen kan minimeres, og hvordan beskyttelsesfaktorer kan forsterkes (Reedtz, 2015). Eksempler på slike faktorer er å styrke foreldres omsorgskompetanse, fokusere på foreldres og barns mestringsstrategier, samt bistå med sosial støtte og faglig, profesjonell hjelp for familier (se figur 1). Hjelpeapparatet står i den sammenheng overfor en viktig oppgave; barna og deres familier må tilbys langvarig behandling og tett oppfølging i deres nærmiljø slik at belastningene ikke videreføres fra generasjon til generasjon (Haugland, 2012).



Figur 1. Utviklingsmodellen for overføring av psykopatologi gjennom generasjoner

Note: Basert på figur fra *Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre* (s. 30) av K. van Doesum, 2015, i B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red), Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Gjengitt med noen omjusteringer med tillatelse fra Fagbokforlaget.

### **Et paradigmeskifte – fra individ- til familieorientert fokus**

Innenfor psykisk helsevern for voksne har det vært tradisjon for at pasientens barn først kommer i fokus når barna selv har vansker i den grad at de blir henvist til utredning og/eller behandling (Maybery & Reupert, 2009). Med regjeringens satsingsperiode for barn som pårørende fra 2007 til 2010 ble økonomiske, administrative og kompetansehevende tiltak innført, med et økt fokus på tidlig intervensjon og langsiktig bistand til mindreårige barn som pårørende (Kallander et al., 2012). I den sammenheng trådte nye lovparagrafer i kraft januar 2010. Helsepersonell ble lovpålagt å ivareta mindreårige barn som pårørendes behov for informasjon og oppfølging (helsepersonelloven § 10 a). Samtidig ble barneansvarligfunksjonen lovpålagt i spesialisthelsetjenesten med et særskilt ansvar for å tilrettelegge for og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn (spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a). For spesialisthelsetjenesten innebærer lovendringene derfor en stor omstilling fra å ha individfokus på den voksne pasienten, til også å inkludere barne- og familieperspektivet i behandlingen (Lauritzen et al., 2018; Osen et al., 2015). I arbeid med rusmiddelavhengige pasienter vil et familieperspektiv innebære et større fokus på foreldreferdigheter og hvordan rusmiddelbruk påvirker de ulike oppgavene og funksjonene som skal ivaretas i familien.

Stigma, manglende problemforståelse og fornektelse kan gjøre rusmiddelavhengige pasienter mindre motiverte for å ta imot profesjonell hjelp (Corrigan, 2004; Hjelmseth & Aune, 2018). Annen forskning tilsier derimot at de fleste familier og barna selv oppgir å ha behov for tjenester innen psykisk helsevern i form av å motta sosial støtte, ha samtaler om situasjonen og motta tilstrekkelig informasjon om foreldrenes psykiske utfordringer og konsekvensene av de (Afzelius et al., 2018; Perera et al., 2014; Orford et al., 2010; Stallard et al., 2004). Wangensteen et al. (2018) fant at ungdommene ( $N = 12$ ) uttrykte behov for samtaler med trygge voksne der de kan snakke fritt om sine opplevelser, tanker og følelser. Reedtz et al. (2019) fant imidlertid at kun halvparten av barna mottok informasjon om foreldrenes psykopatologi, der barn i aldersgruppen 0-5 år syntes å være den mest sårbare gruppen som mottok minst informasjon eller forebyggende tilbud. Ruud et al. (2015) fant at en fjerdedel av barna opplevde å ikke vite nok om foreldrenes sykdom. Til slutt fant Lauritzen et al. (2018) at 55% av pasientene ( $n = 140$ ) oppga at barna ikke ble gitt informasjon om konsekvensene av forelderens psykiske lidelse. Disse funnene tilsier at behovet for alderstilpasset informasjon ikke er tilstrekkelig dekt. Helsepersonell står i posisjon til å hjelpe foreldre å snakke om psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet, samt tydeliggjøre for barna at de ikke har skyld i foreldrenes problemer (Lauritzen, 2018). Dessuten kan informasjon om forelderens psykiske lidelse styrke foreldre-

barn forholdet og redusere risikofaktorer for at barnet utvikler psykopatologi (Beardslee et al., 2003; Siegenthaler et al., 2012). I tillegg kan involvering av barna ha stor innvirkning på bedringsprosessen til pasientene (Amundrød & Vatne, 2020).

Det har det siste tiåret blitt utformet en rekke standardiserte og godt dokumenterte verktøy og tiltak som helsepersonell kan benytte i det familiefokuserte arbeidet. Eksempler på foreldreveiledningstiltak som synes å ha gode utfall er *De utrolige årene (DUÅ)* og *tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)* (Reedtz, 2012; Larsson et al., 2009; Kjølbi & Ogden, 2012; Högström et al., 2017). For eksempel viste en metaanalyse som gjennomgikk 50 studier med totalt 4745 deltakere at DUÅ kan være en effektiv intervensjon med en gjennomsnittlig effektstørrelse på 0.27 (Menting et al., 2013). Videre vil det være virksomt med barnesamtaler både med og uten foreldrene, forebyggende tiltak, støttetiltak, informasjonsarbeid og i enkelte tilfeller viderehenvisning av barna til andre instanser (Osen et al., 2015; Amundrød & Vatne, 2020). Dette arbeidet krever god planlegging av behandlingen og tverrfaglig samarbeid slik at både voksne pasienter og pårørende ivaretas. I 2012 utga Bröning et al. en systematisk oversikt over evalueringer av ulike forebyggende tiltak for barn som pårørende til pasienter med rusmiddelavhengighet. Vektete effektstørrelser gikk fra 0.17 (sosial atferd) til 0.55 (kunnskap) med en gjennomsnittlig effektstørrelse på 0.33. Konklusjonen var at forebyggende programmer, slik som familiebaserte tiltak, kommunale tiltak og skolebaserte tiltak kan ha positiv virkning, særlig hvis de innebærer foreldre- og familietreningstiltak. Tiltakene er altså godt utprøvde, har dokumenterte positive utfall og er tilgjengelige både i Norge og utlandet (Lauritzen, 2018). Ifølge Kallander et al. (2012) er det likevel bare et begrenset antall barn som har benyttet de tilgjengelige tiltakene som følge av satsingsperioden. Potensielle årsaker er at terapeutene har for stor tillit til barnevernet som primærtiltak, begrenset grad av brukermedvirkning og utilstrekkelig tverretattlig samarbeid om barn som pårørende (Hjelmseth & Aune, 2018).

### **Implementeringsprosessen – er endring oppnådd?**

Implementering innebærer den komplekse prosessen der forskningsbaserte tiltak etableres og integreres i vanlig praksis (Fixsen et al., 2005). Implementering kan defineres som alle aktivitetene som har som mål å integrere en innovasjon i en organisasjon, og er en planlagt og målrettet systemisk prosess heller enn tilfeldig og kontekstavhengig (Sørli et al., 2010). For å lykkes med endringsarbeid er det like viktig med en beskrivelse av *hva* som skal gjøres (intervensjonen), som *hvordan* dette arbeidet skal gjøres (implementeringen). Det innebærer eksempelvis å tilrettelegge for ansattes opplæring og kunnskap om den nye praksisen, samt

utvikling av gode verktøy og prosedyrer (Maybery & Reupert, 2009; Reedtz & Lauritzen, 2015). Implementering er altså bindeleddet mellom kunnskap og praksis, men gjennomføres sjelden knirkefritt og uten hindringer.

Systematisk implementering av prosedyrer og rutiner for å identifisere barn som pårørende, opplæring av barneansvarlig, generell kompetanseheving og satsning på tidlig intervensjon, ser i sin helhet ut til å være noe styrket etter satsningen (Lauritzen et al., 2018; Velleman & Templeton, 2016; Kallander et al., 2012). For eksempel fant Ruud et al. (2015) i sin undersøkelse at 85% av pasienter med alvorlig somatisk sykdom, psykisk lidelse eller rusavhengighet ( $N = 518$ ) oppga at de ble spurt av helsepersonell om de hadde barn. Videre fant Reedtz et al. (2015) at antall ansatte i psykisk helsevern for voksne som identifiserte pasienters barn økte med 21% fra før implementering av nye tiltak til to år etter. Videre ble familiesamtaler tilbudt av 31%, og gjennomført av 25% av de ansatte. En kvantitativ oppfølgingsstudie av Lauritzen et al. (2018) hadde som mål å undersøke om ansatte ved ulike klinikker opplevde at praksisen hadde endret seg som følge av lovendringene og de implementerte intervensjonene. I tråd med tidligere forskning, fant de en signifikant økning (fra 44% til 72%) i helsepersonell som identifiserte barn. Dette indikerer en viss grad av endring i klinisk praksis, og at man er på riktig vei. Videre har forskning demonstrert at helsepersonell har positive holdninger knyttet til oppgaven med å identifisere pasienters barn, er bevisst sine forpliktelser, samt har god kunnskap om konsekvensene foreldrenes psykiske helse har for barna (Lauritzen et al., 2014).

Til tross for at man siden lovendringene har sett en gradvis forbedring på nasjonalt nivå, blir langt ifra alle pasienters barn kartlagt slik lovverket og retningslinjene krever. Når det gjelder god og svært god ivaretagelse av pasienters barn i kommunene, har det blitt funnet en nedgang fra 2019 til 2021 (Ose & Kaspersen, 2021). Ifølge Rimehaug og Helmersberg (2015) snakker terapeutene om barnas situasjon med pasientene, men at temaet typisk avsluttes dersom foreldrene selv er av oppfatning at barna ikke merker noe til problemene. Verken foreldrene eller helsepersonell snakker da med barna om deres faktiske opplevelse. Tall fra elektroniske pasientjournaler tilsier at det er en mangelfull registrering av pasientenes barn i tråd med helsepersonelloven (Reedtz et al., 2015). Dette støttes av Ruud et al. (2015) som demonstrerte at bare et lite mindretall av helsepersonell brukte kartleggingsskjema og skrev journalnotat om pasientenes barn. Videre fant de at langt ifra alle terapeuter hadde samtale om foreldrefunksjon og barnas situasjon. Dessuten var det en vesentlig forskjell i hva pasienter og helsepersonell rapporterte, der 64% av pasientene og 84% av helsepersonellet hevdet at de hadde hatt samtale

om barnets situasjon. En kvantitativ studie av Skogøy et al. (2019) fant derimot at majoriteten av ansatte i psykisk helsevern for voksne, somatikk og rus ( $N = 280$ ) undersøkte barnas situasjon og behov med foreldrene, men at bare en tredjedel gjennomførte barnesamtaler. Lignende funn ble gjort av Lauritzen et al. (2018), som fant en ikke-signifikant forskjell i antall helsepersonell som gjennomførte familiesamtaler fra 2010 til 2015. Når det gjelder å koble på andre aktører, fant Ruud et al. (2019) at en tredjedel av barn av polikliniske pasienter ( $N = 8035$ ) ble videreført til relevante instanser og tjenester. Tre prosent av pasientene ble rapportert å ha barn med udekkede behov som ikke ble henvist videre, mens for åtte prosent av pasientene manglet det dokumentasjon om barnas behov for videre hjelp.

Oppsummert tilsier funnene at vi til tross for kunnskap om risiko og belastning hos barn som pårørende, fremdeles har et stykke å gå for å implementere de nye lovparagrafene og føringene til klinisk praksis. Barnas behov for videre informasjon og oppfølging er ikke dekt i spesialisthelsetjenesten (Ruud et al., 2015, 2019; Lauritzen et al., 2015). Lovgivning eller holdningsendring alene medfører ikke nødvendigvis tilstrekkelig endring av klinisk praksis. Implementeringsprosessen er tidkrevende, og utviklingen går svært sakte (Lauritzen et al., 2018). Helsepersonell står i en unik posisjon til å fange opp «de usynlige barna» når foreldre er pasienter i poliklinikk eller innlagt ved døgnpost, og det er derfor av spesiell interesse å få kunnskap om deres forståelse av hva som er gode metoder og fremgangsmåter i dette arbeidet. Kunnskap om helsepersonells perspektiver kan belyse hvilke muligheter og begrensinger som eksisterer innenfor deres kontekst når de skal tematisere og involvere barna. Dette antas å være førende for de praksiser som utvikles ved de ulike behandlingseenhetene. Et forebyggende arbeid der barna fanges opp tidlig kan dessuten medføre store samfunnsøkonomiske besparelser.

### **Utfordringer i det barnefokuserede arbeidet i psykisk helsevern for voksne og rus**

Mange ansatte i psykisk helsevern for voksne opplever arbeidet med barn som pårørende som krevende, komplisert og uten fasit (Halsa & Kufås, 2012). Årsakene til at det er utfordrende å endre praksis i helsetjenestene er mange, og kan forklares ut ifra ulike forhold og faktorer (Reedtz & Lauritzen, 2015). Tidligere studier har utpekt barrierer i arbeidet med barn som pårørende av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Herunder er det særlig fire tema som går igjen; det overordnede, det organisatoriske, personal- og pasientnivået. På det overordnede nivået ble geografisk avstand, uklare lovparagrafer og taushetsplikt identifisert som handlingslammede faktorer (Lauritzen & Reedtz, 2013). Kartlegging og tiltak som inkluderer samtaler med barna i familien er vanskelig når de har fysisk stor avstand til klinikken.

På det organisatoriske nivået er særlig tid og ressurser begrenset i det kliniske arbeidet, hvilket gjør at helsepersonell ikke har mulighet til eller prioriterer å ta seg tid til å kartlegge om pasientene har barn og hva deres behov er (Lauritzen et al., 2014). Således trekkes manglende tid til å utføre lovpålagte oppgaver frem som en sentral faktor. Når det gjelder økonomiske ressurser, kan en forklaring være at finansiering av helsetjenestene tradisjonelt sett er basert på pasientkontakt (Osen et al., 2015). Ettersom pasientenes barn ikke har pasientstatus selv, gir ikke barnesamtaler nødvendigvis økonomisk uttelling alle steder i psykisk helsevern for voksne, slik som ved døgnpost. Videre er helsepersonell ofte i en presset situasjon der de må gjøre vurderinger og prioriteringer ut ifra hvilke oppgaver som er mest påtrengende (Lauritzen & Reedtz, 2014). På det organisatoriske nivået ser man også utfordringer knyttet til manglende tydelige rammer, retningslinjer, rutiner, opplæring, veiledning, støtte og ledelsesforankring (Maybery & Reupert, 2009; Hjelmseth & Aune, 2018). Dette støttes av en studie av Skogøy et al. (2018) som undersøkte implementering av tiltak for barn som pårørende ved fem norske sykehus. De fant at ledelsen ofte undervurderte behandlernes utfordringer i forbindelse med implementeringsprosessen. Videre har forskning demonstrert at dårlig kvalitet på det tverrfaglige samarbeidet innad i seksjonene bidrar til mer negative holdninger til endringer i klinisk praksis (Lauritzen & Reedtz, 2014). Studier har også vist at samarbeid på tvers av instanser og kommunale tjenestetilbud, slik som spesialisthelsetjenesten, barne- og familietjenesten, helsesykepleiere, skole eller barnehage, preges av manglende struktur og prosedyrer (Maybery & Reupert, 2009; Hjelmseth & Aune, 2018; Afzelius et al., 2017).

På personalnivået trekkes særlig manglende kompetanse, kunnskap, interesse, trygghet, erfaring, ferdigheter, forpliktelse og kapasitet frem som potensielle årsaksforklaring til at barn som pårørende ikke ivaretas tilstrekkelig (Lauritzen et al., 2014; Humerfelt, 2014; Maybery et al., 2014). For eksempel har ansatte innen psykisk helsevern for voksne gitt uttrykk for stor usikkerhet og bekymring knyttet til hvordan de i praksis skal utøve arbeidet med barn som pårørende (Aamodt & Aamodt, 2005; Amundrød & Vatne, 2020; Afzelius, 2015). Dette gjelder både i forbindelse med tematisering av barnas situasjon med pasienten og gjennomføring av barnesamtaler da det er sensitive tema å diskutere. Helsepersonell som arbeider med voksne kan føle seg usikre på å inkludere pasientens barn i behandlingen fordi de ikke har tilstrekkelig erfaring eller utdanning til dette (Lauritzen & Reedtz, 2013). Enkelte anser sin kompetanse som begrenset til voksnes psykiske helse, og kjenner på ubehag knyttet til involvering av barna. Andre lener seg på at aktører og voksne i barnets nærmiljø tar ansvar ved å fange opp og ivareta barn som har behov for hjelp (Wangensteen et al., 2019). Videre er bekymringen for å skade

barnet ved å snakke om vanskelige tema en årsak til at temaet foreldreskap og psykisk sykdom ikke blir bragt opp (Aamodt & Aamodt, 2005). Menneskene man møter er særlig sårbare og ofte i stor krise; terapeuter kan derfor frykte ytterligere belastning av barna. Videre er det ifølge Tchernegovski et al. (2018) utfordrende for terapeuter å opprettholde fokus på både foreldrene og barna. Mange frykter tematiseringen kan resultere i alliansebrudd med pasienten (Grimsgaard, 2008). Dette bekreftes av Solbakken et al. (2005) som belyste motstridende interesser mellom barn og foreldre som et fremtredende dilemma helsepersonell ofte står overfor. Til slutt kan de ansattes holdning til endringer i rutiner og arbeidsoppgaver anses som potensiell årsaksforklaring (Maybery & Reupert, 2009).

På pasient- og pårørendenivå ser man gjerne motvillighet til å snakke om tematikken og det å komme i posisjon til å snakke med familien som sentrale faktorer (Lauritzen et al., 2014; Humerfelt, 2014; Wangensteen et al., 2019). I noen tilfeller ønsker ikke pasienten som forelder å involvere barn og familie i behandlingen grunnet fokus på egne behov og frykt for involvering av barnevernet (Maybery & Reupert, 2009). Andre pasienter forsøker å skjerme barna fra sin psykiske lidelse og de negative konsekvensene det medfølger (Perera et al., 2014). Videre er det utfordrende for helsepersonell dersom pasienten ikke anerkjenner sin situasjon og effekten deres psykiske tilstand har på barna (Maybery & Reupert, 2006). I den sammenheng har de ansatte problemer med å motivere foreldrene til å motta hjelp til foreldrerollen fordi pasienten ikke ser behovet (Hjelmseth & Aune, 2018). I andre tilfeller har ikke barnet muligheter av praktiske årsaker eller ønske om å bli involvert i pasientens behandling.

Totalt sett har tidligere forskning demonstrert at en rekke relasjonelle, kontekstuelle og strukturelle faktorer kan hindre arbeidet med barn som pårørende av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. utfordringer knyttet til å få på plass systematiske rutiner som sørger for ivaretagelse av alle barn som pårørende synes å være prevalente også i utlandet (Laletas et al., 2015; Lee et al., 2012). For å sikre at barna får den oppfølgingen de har krav på, er det viktig å undersøke, vurdere og kvalitetssikre rutiner og tiltak som terapeutene benytter i møte med pasientene og deres familier, samt hva som hindrer og fasiliterer arbeidet. Flere forskere og fagfolk innen dette feltet påpeker viktigheten av ytterligere forskning. Lauritzen et al. (2018) etterlyser mer forskning som undersøker utfordringene med å endre klinisk praksis til å inkludere barne- og familieperspektivet, samt hva som kan fasilitere dialoger der barna og familiene blir vurdert. Ifølge Wangensteen (2020) er det aktuelt og nødvendig med flere studier som undersøker implementering av lovreguleringen knyttet til barn som pårørende, og

fortrinnsvis med fokus på TSB. Videre anses det som viktig å supplere kvalitative aspekter til dette feltet, da mye av allerede eksisterende forskning har en kvantitativ tilnærming. Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskers subjektive erfaringer og synspunkt (fenomenologi) (Langdridge, 2006; Malterud, 2002). Hensikten er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves av de involverte i deres naturlige sammenheng. I tillegg er kvalitative studier egnet til å undersøke pasient-klient interaksjonen og er i økende grad brukt innenfor medisin og helseforskning (Willig, 2013). Dessuten kan kvalitative metoder generere kunnskap om aspekter ved organisering, endringsprosesser og kvalitetsforbedring innen helsetjenester (Frich, 2007).

### **Formål med studien**

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan terapeuter i TSB opplever å tematisere og involvere pasienters mindreårige barn, med tilhørende barrierer og fasilitatorer knyttet til det barnefokuserede arbeidet. Det var ønskelig å utforske, forstå og beskrive hvordan terapeuter erfarer, tenker og handler i møte med pasienter og deres pårørende barn. For at helsepersonell skal kunne hjelpe barn som pårørende av foreldre med rusmiddelavhengighet, er det viktig med kunnskap om terapeuters opplevelse av hva som fungerer og fasiliterer arbeidet, og hva som oppleves som vanskelig og trenger forbedring for å skape de nødvendige endringene. Målet er at studien bidrar til kunnskap om hvordan man kan omsette lovens ord og intensjoner om til en forebyggende innsats overfor pasienters barn til handling i den kliniske hverdagen. På den måten kan fagfeltet utvikles, samt nye teorier og diskurser genereres, slik at barna og deres familier kan motta bedre hjelp og støtte enn de får i dag.



## Metode

### Rekruttering og utvalg

**Rekrutteringsprosedyre.** Deltakerne ble rekruttert i samarbeid med seksjon for forskning og utvikling (FoU), klinikk for rus og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital. Det ble foretatt et strategisk utvalg, som bygger på systematiske vurderinger av hvilke enheter som ut fra teoretiske og analytiske formål er mest relevant og interessant å inkludere i en bestemt studie. Det ble benyttet utvelgning ved selvseleksjon, hvilket er en metode der informantene selv avgjør om de ønsker å være med i studien (Larsen, 2017). Deltakerne ble rekruttert fra ulike institusjoner med formål om å samle et bredt og regionalt materiale gjennom semi-strukturerte intervjuer. Prosjektet ble først presentert av seksjonsleder ved FoU, for alle som leder TSB-enheter i regionen i et forskningsutvalgsmøte, hvor det fikk bred støtte som et viktig klinisk prosjekt. Deretter ble det sendt ut informasjon om studien og invitasjon til å delta per e-post via seksjonsleder ved FoU. I første omgang var tilbakemeldingen at alle klinikkene ønsket å delta. Klinikkleder på de respektive stedene hadde førstegangskontakt med potensielle deltakere. De som ønsket å delta i studien tok selv kontakt med meg eller seksjonsleder ved FoU per e-post. Etter en uke hadde tre terapeuter meldt seg. Klinikkene fikk derfor en ny påminnelse, som resulterte i at tre nye informanter tok kontakt, hvor én ikke møtte inklusjonskriteriene da vedkommende ikke hadde minst 3 års erfaring. Ettersom mange av informantene var kvinner, ble det presisert ved påminnelsen at det var ønskelig med flere mannlige deltakere for å utjevne kjønnsfordelingen i utvalget. Det ble dessuten spesifisert at man ikke trengte å være særlig opptatt av eller ha spesiell kunnskap om temaet. Etter en ny påminning til klinikkene tok samtlige kontakt. Til slutt bestod utvalget av ti deltakere, hvilket ble vurdert som en tilstrekkelig utvalgsstørrelse (se også Braun & Clarke, 2006). Grensen for antall deltakere ble bestemt ut ifra en vurdering om at ytterligere datamateriale ikke tilførte ny informasjon, og metningspunktet var oppnådd (Malterud et al., 2016).

**Inklusjonskriterier.** Inklusjonskriteriene var at informanten hadde erfaring med å behandle pasienter som har barn under 18 år. Det var ønskelig med deltakere med minst 3 års personlig erfaring med rusmiddelavhengige pasienter og deres barn, og gjerne erfaring med foresatte med både små og eldre barn. Som følge av en omtrentlig utregning av hvor lang tid det tar med utdanning og opparbeiding av erfaring innen rusbehandling, ble alderen 28-65 år satt som et inklusjonskriterie.

**Utvalg.** Totalt ti informanter deltok i studien. Utvalget bestod av fire menn og seks kvinner, i aldersgruppen 30-65 år der alle jobbet som terapeuter i TSB Midt-Norge. Gjennomsnittsalderen for utvalget var 47.1 år ( $SD = 9.62$ ). Det var ønskelig med bred og regional rekruttering, hvilket er årsaken til variasjon i instansene inkludert. Fire av deltakerne var ansatt ved St. Olavs klinikk for rus- og avhengighetsmedisin. To av deltakerne var ansatt ved Ålesund behandlingssenter, klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, mens to av deltakerne jobbet ved rus og avhengighet (ARA), klinikk for psykisk helsevern og rus, helse Nord-Trøndelag. Én informant var ansatt ved Tyriliseret Trondheim og én ved Blå Kors, Lade behandlingssenter. Halvparten av informantene jobbet ved poliklinikk, og halvparten ved døgnpost med innlagte pasienter. Seks av ti informanter hadde rollen som barneansvarlig eller pårørendekoordinator, og de øvrige fire hadde tidligere erfaring med barn som pårørende. Utdannelsen varierte fra sykepleier, sosionom og psykolog, til førskolelærer, grunnskolelærer og barnevernspedagog. Deltakernes erfaring innen russeksjonen varierte fra 8 år til 26 år, der gjennomsnittlig erfaring var på 14.2 år ( $SD = 4.94$ ). Alle deltakerne, med unntak av én, hadde en del pasientkontakt. Den ene ble likevel inkludert da vedkommende hadde personlig erfaring med rusavhengige pasienter og deres barn i tråd med inklusjonskriteriene. Tabell 1 viser oversikt over noen av deltakernes karakteristikk.

Tabell 1

*Deltakernes karakteristikk*

	<b>Pseudonym</b>	<b>Kjønn</b>	<b>Alder</b>	<b>Utdanning</b>
1	Vera	Kvinne	40-45	Sosionom og familieterapeut
2	Maria	Kvinne	40-45	Sosionom og familieterapeut
3	Børge	Mann	50-55	Psykolog
4	Rolf	Mann	55-60	Sykepleier
5	Anders	Mann	35-40	Barnevernspedagog
6	Guro	Kvinne	45-50	Førskolelærer og sykepleier
7	Randi	Kvinne	60-65	Sosionom og familieterapeut
8	Frida	Kvinne	30-35	Sosionom
9	Truls	Mann	35-40	Lærer
10	Heidi	Kvinne	55-60	Psykiatrisk sykepleier

**Datainnsamling**

**Intervjuguiden.** Utgangspunktet for intervjuene var en semistrukturert intervjuguide med fenomenologisk tilnærming, som bestod av brede og mer spissede spørsmålsformuleringer (vedlegg D). Gjennom semistrukturerte intervjuer kan man undersøke forhåndsbestemte aspekter ved informantens opplevelser knyttet til problemstillingen, samtidig som det gir

fleksibilitet til å utforske den enkeltes erfaringer (Willig, 2013). Grunnet intervjuformens fleksibilitet, ble det stilt oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål underveis for å oppnå mer dybde og forståelse. Intervjuguiden ble laget med spørsmålskategorier knyttet til problemstillingen, men inneholdt også en del spørsmål som kunne bidra til å utdype tematikken og skape refleksjon. Intervjuguiden hadde seks spørsmålskategorier: (1) bakgrunn og erfaring, (2) rammene for arbeidssted og stilling, (3) erfaringer med tematisering av barnas situasjon, (4) gjennomføring av barnesamtaler (5) behov ved ivaretagelse av barn som pårørende, (6) oppfølging av barna etter utskrivelse. Ved intervjuets slutt fikk informantene anledning til å tilføye ytterligere tanker og erfaringer dersom ønskelig. Intervjuguiden ble pilottestet på en medstudent som går profesjonsstudiet i psykologi, og justert ut ifra tilbakemeldinger og erfaringer (vedlegg D). Én av deltakerne ønsket å motta intervjuguiden på forhånd slik at vedkommende kunne forberede seg, hvilket det ble tilrettelagt for.

**Intervjuene.** Grunnet COVID-19-situasjonen og krav om å holde fysisk avstand til andre personer, fikk deltakerne velge om intervjuet skulle skje ansikt til ansikt ved deltakerens arbeidsplass, ved NTNU Dragvoll eller over videosamtale. Det var fleksibilitet knyttet til tidspunkt for intervjuet og dets varighet. Det ble gjennomført totalt ti intervjuer i perioden april-juni 2021. Alle deltakerne ønsket å gjennomføre intervjuet digitalt, til tross for muligheten til å møte fysisk med god tilrettelegging for tilstrekkelig avstand, unngå håndhilsning og eventuelt bruk av håndsprit og munnbind i denne perioden. Plattformen som ble benyttet var Confrere, da den ivaretar hensyn om konfidensialitet og anses som en sikker plattform for digital kommunikasjon. En båndopptaker ble benyttet under intervjuene. Dessuten lå penn og papir tilgjengelig dersom det ble behov for å notere elementer som det var ønskelig å komme tilbake til senere. Intervjuene hadde varierende lengde, der det korteste intervjuet varte i 35 minutter og det lengste i 66 minutter. Gjennomsnittlig varighet for intervjuene var 51.1 minutter ( $SD = 8.51$ ). Et par av intervjuene bar preg av svak internettforbindelse som påvirket flyten i intervjuet da partene måtte legge på og gjenopprette kontakten. Underveis i intervjuprosessen ble intervjuguiden noe justert, slik at den ble mer tilpasset spørsmålskategorier som ble mer vesentlige i de første intervjuene. Noen av spørsmålene ble belyst av informantene selv, ved at de i løpet av samtaleintervjuet trakk inn elementer som var på intervjuguiden. Deltakerne ble oppfordret til å ta kontakt per e-post eller telefon i etterkant av intervjuene dersom de ønsket å tilføye noe de mente var relevant for tematikken. Én deltaker valgte å gjøre dette, og kom med flere innspill. I etterkant av hvert intervju ble inntrykk, erfaringer, tanker og ideer som kunne være av nytte videre i analyseprosessen oppsummert.

## Analyseprosessen

**Transkribering av datamaterialet.** Alle intervjuopptakene ble transkribert, hvor alt av personidentifiserende opplysninger ble anonymisert. Ekte navn ble erstattet med fiktive (pseudonymer), mens de faktiske behandlingsinstitusjonene ble beholdt. Transkripsjonen ble som regel gjort rett etter hvert intervju i den utstrekning det var tid til det før gjennomføring av neste intervju. Det ble tilstrebet å transkribere ordrett for alle verbale uttalelser (grundig ortografisk avskrift), men samtidig ivareta lesbarhet. Det er viktig at transkripsjonen bevarer informasjonen man trenger, samtidig som den er lik slik den opprinnelig var (Braun & Clarke, 2006). Pauser, ekstra trykk på enkelte ord og latter ble inkludert, mens ikke-språklige lyder ble ekskludert. Selve transkriberingen kan anses som en tolkningsprosess, og er en viktig del av analysen (Kvale & Brinkmann, 2009). Den totale mengden materiale bestod av 55 524 ord. Lydopptakene ble slettet etter at transkripsjonen var ferdigstilt.

**Tematisk analyse (TA).** Datamaterialet ble analysert med tematisk analyse (TA), som er en fleksibel kvalitativ analysemetode som er anerkjent innen psykologi, sosial- og helsevitenskap (Clarke et al., 2015). Hensikten er å identifisere, analysere og rapportere gjentatte mønstrede meninger og overordnede tema på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse ble ansett som en egnet metode for denne studien da den gjør det mulig å trekke ut og organisere relevante tema fra datamaterialet som gjenspeiler forskningsspørsmålene man ønsker å belyse. Dessuten er metoden relativt enkel å lære, fleksibel og mye benyttet i klinisk sammenheng på tvers av fagretninger og helseforskning (Braun & Clarke, 2014).

Det har blitt tilstrebet å benytte en deskriptiv og induktiv fremgangsmåte. Analysen er først og fremst datadrevet ved at mønster og tema har blitt identifisert på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Kodeprosessen ble forsøkt gjennomført uten et tydelig eksisterende teoretisk og epistemologisk rammeverk, eller analytisk forutinntatthet. Det er imidlertid vanskelig å unngå at ens teoretiske perspektiver og antakelser preger analysen til en viss grad. Dette fordi gjennomgang av eksisterende teori, utarbeidelse av intervjuguide og søknader på forhånd krever en forståelse av teoretiske perspektiver innen feltet. Således farges analysen av deduktive elementer ved at analyse og generering av forskningsresultater påvirkes av forskerens aktive og påvirkende rolle (Braun & Clarke, 2006). Analysen er derfor konstruert gjennom et dialektisk samspill der informantenes historier og forskerens teoretiske antakelser krysser (van

Manen, 2016). Man beveger seg fra å analysere beskrivelser, der dataene har blitt organisert til å vise et semantisk mønstret innhold, til tolkning, der man teoretiserer betydningen av mønstrene og deres bredere implikasjoner. Braun og kollegers (2019) seks anbefalte faser dannet utgangspunktet for analysen: (1) familiarisering, (2) koding, (3) søking etter tema, (4) gjennomgang av tema, (5) definering og navngivelse av tema, og (6) rapportskrivning.

1. Familiarisering: Det første steget i TA innebærer å gjøre seg godt kjent med datamaterialet. Først ble det transkriberte materialet gjennomlest og lydopptakene lyttet til flere ganger for å gi et generelt inntrykk av helheten i materialet, og for å bli godt kjent med informantenes stemme. Innledende notater av observasjoner og refleksjoner skapte noen ideer for videre analyse. Gjennom prosessen er det viktig å ha en åpen, nysgjerrig og spørrende tilnærming til datamaterialet. Da intervjuene var transkribert, ble setning for setning gjennomgått og markert i Word kommentarfunksjon for å identifisere og forstå betydningsfulle meningsenheter. Tidlig i prosessen ble det tydelig at individ- og systemnivå, med tilhørende utfordringer og fasilitatorer, kom til å være viktige meningsbærende kategorier.

2. Koding: Deretter ble datamaterialet identifisert, organisert og kodet på en mer systematisk måte for å forsøke å svare på forskningsspørsmålene. Denne prosessen resulterte i en rekke overordnede og underordnede deskriptive koder, hvilket danner et solid grunnlag for temautvikling. Det var i all hovedsak de dataekstraktene som ble ansett å være relevant for forskningsspørsmålet som ble kodet. Ved gjennomgang av kodene ble enkelte koder ekskludert dersom de ble vurdert som mindre relevant for problemstillingen eller at få informanter snakket om det (Braun & Clarke, 2006). Tabell 2 viser et eksempel på hvordan koder ble til ut ifra et tekstutdrag.

Tabell 2

*Et eksempel fra kodefasen*

<b>Tekstutdrag</b>	<b>Koder</b>
«Jeg tror at det jeg særlig er bekymret for er jo det her i det tilfellet hvor pasienten tenker at nå sladrer jeg til barnevernet, ikke sant. Da er jeg redd for at hvis jeg ikke klarer å skape en tillit eller trygghet hos pasienten, så vil han rett og slett ikke si noe. Da blir det stopp på det temaet.»	Rapporteringsplikt til barnevernet Bekymring for tillitsbrudd Pasientens skepsis til intensjon Tematiseringen stagnerer

3. Søking etter tema: Etter å ha kodet datamaterialet, begynte konstrueringen av innledende kandidattema. Kodene fra hvert intervju ble først samlet i en felles liste med formål om å danne innledende mønstre av tema. Dette skapte en oversikt over hvilke koder som var hyppigst forekommende i hvert enkelt intervju og på tvers av intervjuene. Målet her var å finne et bredere nivå av mening i form av tema heller enn enkeltkoder. Det ble vurdert hvordan ulike koder kunne kombineres for å danne overordnede og underordnede kandidattema. Temaer som dukket opp var blant annet psykologisk ubehag, konfliktfylte forhold, arbeids- og tidspress, kollegaskap, fysiske hinder og allianse. Tabell 3 viser et eksempel på hvordan en rekke koder ble utviklet til undertema og tema. I fase tre skiftes det analytiske fokuset til å generere et plausibelt og sammenhengende tematisk kart over datamaterialet (Braun et al., 2019). Et tematisk kart er en figurativ presentasjon av forholdet mellom kodene og potensielle tema. Tema kan eksistere både i hierarkiske og laterale forhold; denne analysen endte opp i tre temanivå – hovedtema, tema og undertema (Clarke et al., 2015).

Tabell 3

*Eksempel på hvordan koder ble utviklet til kandidat-undertema og -tema*

<b>Koder</b>	<b>Undertema</b>	<b>Tema</b>
Rapporteringsplikt til barnevernet	Samtykke og taushetsplikt	Allianse
Bekymring for tillitsbrudd		
Pasientens skepsis til intensjon		
Tematiseringen stagnerer		
Taushetsplikt ovenfor pasient		
Dilemma – allianse vs. barnets beste		
Ivareta motstridende interesser		
Pasient gir ikke tillatelse		

4. Gjennomgang av tema: Gjennomgang og generering av tema skjer i praksis om hverandre. Således jobber man frem og tilbake mellom de ulike fasene. På dette stadiet var ikke den endelige temastrukturen fastsatt. De først utviklede kandidattemaene ble gjennom en kontinuerlig prosess vurdert opp mot sorterte og kodede data for hvert tema, og deretter i forhold til datasettet i sin helhet (Clarke et al., 2015). Dette med formål om å skape tema som var internt samstemte (intern homogenitet) og distinkte fra hverandre (ekstern heterogenitet). Således ble temaene gjenstand for konstant evaluering, og strukturen på hovedtema, tema og undertema revidert flere ganger. Kodene og temaene ble altså kombinert, separert eller forkastet gjennom hele prosessen. For eksempel var «Allianse» først et undertema av «Terapeutnivå».

Etter hvert ble «Allianse» omgjort til et eget tema med flere undertema, da behandlingsalliansen angår både terapeuten og pasienten, samt at allianse ble hyppig nevnt av informantene.

5. Definerings og navngivelse av tema: Avslutningsvis ble det gjort en endelig avgrensning og definerings av tema som skulle inkluderes. Det ble skrevet relativt korte og konsise beskrivelser/titler med formål om å fange opp temaenes essens og omfang.

6. Rapportskriving: Det siste steget omhandler å presentere resultatene i en rapport (Braun et al., 2019). Det skal dog sies at det ikke finnes et klart skille mellom analysen og skrivingen i TA, hvilket innebærer at man begynner å skrive så snart man begynner analysen. Oppskrivningen involverer derfor å samle inn, organisere og redigere eksisterende analytisk tekst samt produsere ny tekst. Resultatdelen ble skrevet i lys av forskningsspørsmålene, med tilhørende sitater for å illustrere de endelige temaene. I resultatdelen benyttes symbolet "(...)" der en del av teksten er fjernet som følge av at det anses å være overflødig for å vise poenget med sitatet.

### **Etiske betraktninger**

Etiske vurderinger og hensyn må integreres i alle faser av en kvalitativ studie (Halvorsen & Jerpseth, 2019). Prosjektskissen og forskningsprotokollene ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 535271, vedlegg A) før prosjektets oppstart. Studien ble ikke vurdert å være meldepliktig til Regional Komite for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) da utvalget bestod av terapeuter, hvilket ikke anses å være en sårbar gruppe og dermed ikke faller under helseforskningsloven.

Seksjonene ble tilsendt et utfyllende (vedlegg B) og et kortfattet informasjonsskriv (vedlegg C) om hva deltakelse i studien innebar, som skulle videreformidles til deltakerne i god tid før intervjuene. Et par av deltakerne meddelte at de ikke hadde mottatt noe informasjonsskriv av sin klinikkleder, og i disse tilfellene ble det enten tilsendt per e-post eller gjennomgått ved oppstart av intervjuet. Dette for å sørge for at deltakerne hadde tydelig informasjon om studiens hensikt. På oppfordring fra NSD ble det presisert for terapeutene at de under intervjuene måtte være påpasselige med å unnlate opplysninger som kunne identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon om pasientene og deres familier. Dette innebar at alle personidentifiserende bakgrunnsopplysninger måtte utelates. Slike opplysninger kunne være en kombinasjon av for eksempel stedsnavn, alder, kjønn, tidspunkt,

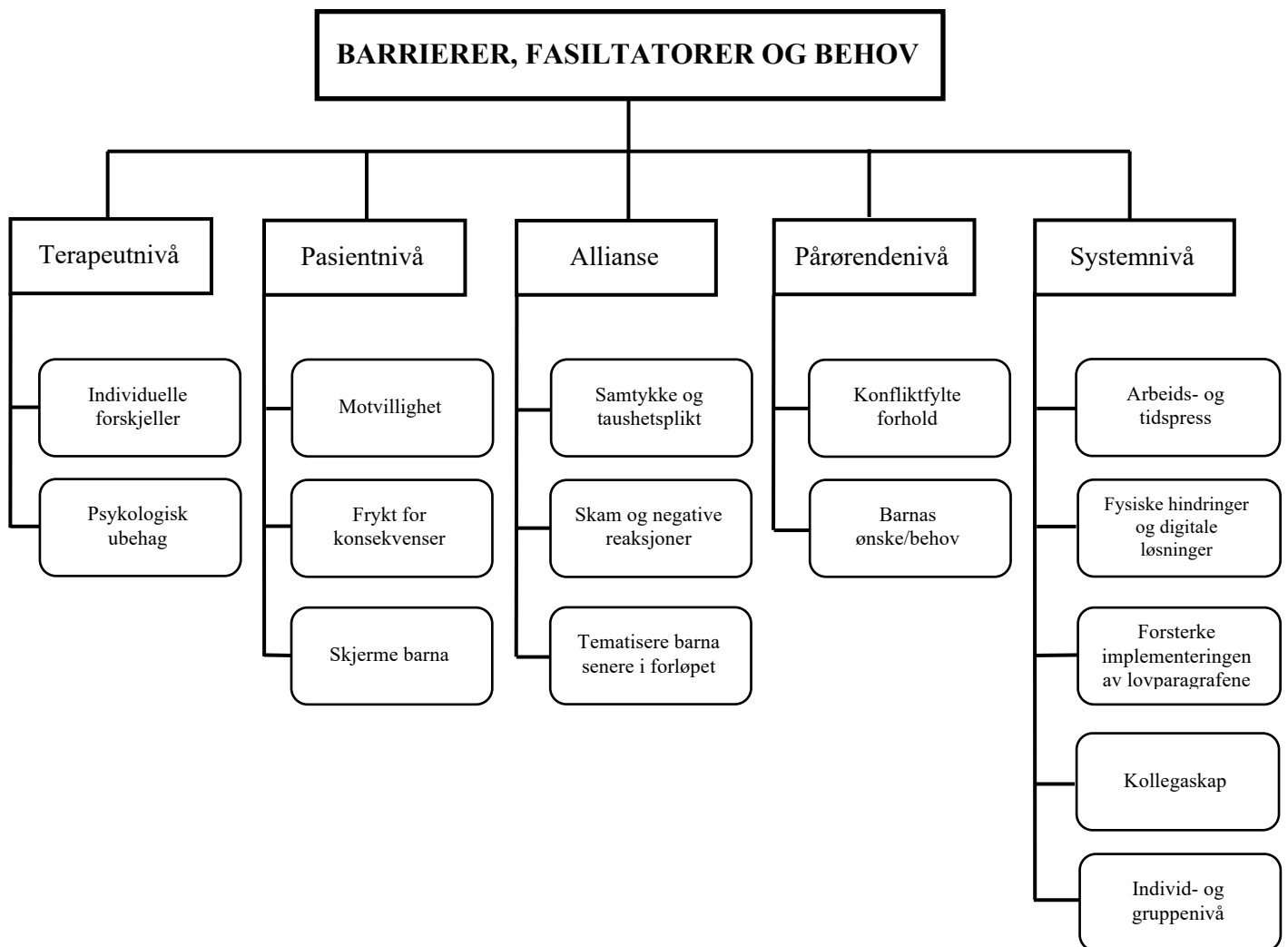
diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Deltakerne ble derfor bedt om å være forsiktig ved bruk av eksempler under intervjuene. Før intervjuene begynte, fikk deltakerne anledning til stille eventuelle spørsmål de måtte ha angående studien. Alle deltakerne signerte en eksplisitt skriftlig informert samtykkeerklæring (vedlegg B) i forbindelse med intervjuene. Disse ble tilsendt og returnert per e-post. Samtykket var fritt, informert og uttrykkelig. Deltakerne ble orientert om prosjektets formål og tidsperspektiv, bruk av opptak, behandling og oppbevaring av sensitive personopplysninger, samt muligheten til å kunne trekke seg når som helst. Deltakerne ble ikke tilbudt noen form for betaling eller belønning for deres bidrag, og det har derfor ikke preget deres motivasjon til deltakelse. Ingen av informantene rapporterte noe ubehag knyttet til gjennomføringen av intervjuet. En fordel med deltakelse i forskningsprosjektet var muligheten for økt refleksjon og bevissthet knyttet til problematikken både under og etter intervjuet.

Med hensyn til sensitiviteten av innsamlet datamateriale, ble noe data anonymisert under transkripsjonen. Det ble brukt pseudonymer for at det ikke skulle være mulig å identifisere enkeltindividet. Alder ble inndelt i aldersgrupper slik at deltakerne fikk mer anonymitet. Dessuten ble det utelatt informasjon som kunne gi en kumulativ effekt i identifisering dersom det ble kombinert med andre opplysninger (Braun et al., 2019). Sitater som omhandlet pasientene som var av svært beskrivende karakter ble ikke benyttet i resultatdelen, hvilket var tilfellet i fire av intervjuene.



**Resultater**

Den tematiske analysen identifiserte «Barrierer, fasilitatorer og behov» som hovedtema. Hovedtemaet sammenfatter beskrivelser av ulike hindringer, forutsetninger og behov terapeutene i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) opplever å ha i forbindelse med utforskning og involvering av pasientens barn på (1) terapeutnivå, (2) pasientnivå, (3) allianse (4) pårørendenivå og (5) systemnivå. Resultatene er illustrert i Figur 2, som viser hovedtemaet, med tilhørende tema og undertema.



Figur 2. Oversikt over identifiserte hovedtema, tema og undertema

## Terapeutnivå

På terapeutnivå var det to fremtredende undertema på tvers av intervjuene. Undertemaet (1) *individuelle forskjeller* omhandler terapeutenes varierende erfaring, engasjement og kompetanse samt hvordan dette kan styrkes for å fasilitere en bedre jobb knyttet til barn som pårørende, mens undertemaet (2) *psykologiske ubehag* tar for seg det engstelsen, vegringen eller utryggheten informantene kan oppleve i forbindelse med tematisering og involvering av barna.

**Individuelle forskjeller.** Halvparten av totalt ti informanter påpeker at det er behandleravhengig hvor mye personlig engasjement, fokus, kunnskap, kompetanse og/eller erfaring hver enkelt terapeut har i forbindelse med tematisering av barna og gjennomføring av barnesamtaler. Samtidig opplever alle informantene at økt kompetanse og ytterligere erfaring fasiliterer en opplevelse av økt trygghet i forbindelse med tematisering av barna og gjennomføring av barnesamtaler. Ifølge Vera legger de individuelle forskjellene føringer for hvor gode dialoger terapeutene får til med pasientene om barna, og hvor dyktig man er til å kartlegge barnas situasjon i foreldresamtaler. Frida forteller at hun har snakket med flere kolleger som opplever å ha manglende kompetanse og kunnskap, som er til hinder for tematisering av barna:

«(...) Behandlerne føler kanskje på en litt sånn utilstrekkelighet da. Både når det kommer til kompetanse, i det å snakke om barn og med barn, (...) og at det kan være med å gjøre at dette blir en litt vanskeligere samtale for mange da.» **Frida**

Selv om man er lovpålagt å kartlegge barnas situasjon tidlig i forløpet, hevder Vera det er usikkert hvor mye hver enkelt behandler følger opp temaet dersom pasienten er avvisende til å snakke om det. Ifølge Børge er det trolig ikke alle terapeuter som er kjent med lovparagrafene; han er av den oppfatning at mange ikke har lest de. Videre er det ifølge Vera behandleravhengig hvor mange terapeuter som har barne- og foreldresamtaler eller melder inn saker, hvilket er en sårbarhet:

«(...) Så er det litt sånn at det er opp til hver enkelt av oss som jobber hvor mye fokus vi har på det. Det er jo en sårbarhet. Det ser vi jo, at det er en forskjell på hvor mange behandlere som melder inn saker, eller ikke melder inn, for vi har jo oversikt.. med hvor mange som har foreldresamtaler og barnesamtaler (...) og det avhenger av engasjement, det er kompetanse, det er tid.» **Vera**

Et par av informantene beskriver tematisering av barnas situasjon og gjennomføring av barnesamtaler som et arbeid man er pålagt å gjøre, men som skaper usikkerhet grunnet manglende kompetanse og en frykt for å gjøre noe feil under samtalen. Truls forteller følgende:

«Man kjenner jo på den kompetansen, at man ikke føler seg kompetent. Altså, vi har egentlig ingen opplæring i det (...) Personlig så ble jeg kasta litt ut i det, litt ufrivillig (...) og man er jo veldig usikker når man skal ha sånne samtaler, og det er jo et ansvar man ikke har lyst til å trå feil i da.» **Truls**

Frida tror det er mange barn hun ikke har fanget opp som følge av at hun ikke har opparbeidet seg erfaring og kunnskap til å formidle viktigheten av temaet til pasienten:

«(...) Etter hvert som årene går, for min del, i denne bransjen her, så har jo jeg lært mer og forstått mer og hatt andre forutsetninger for å både snakke med pasienten selv, men også få invitert med barnet inn. Og min kompetanse før ikke var god nok til å klare å formidle hvorfor dette er viktig da. Og dessverre er det sikkert mange barn som har hatt behov for et tilbud som jeg ikke har fanget opp eller fått bidratt til da. Og det kan jo skje dagen i dag og, for all del (...) det kan være ulike ting som gjør at barna dessverre også blir nedprioritert da. Og det er jo forferdelig å si det. Men det kan jo selvfølgelig skje.» **Frida**

Maria forteller at hun de siste årene har blitt mer komfortabel med å tematisere barna med pasienten nettopp som følge av lengre erfaring. Flere av informantene ser imidlertid behovet for å innhente ytterligere kunnskap og kompetanse, og herunder nevnes flere potensielle måter å gjøre det på. Heidi meddeler at hun skulle hatt mer kompetanse gjennom grunnopplæringen. Anders ønsker mer mengdetrening, og det å få mulighet til å snakke om og med barn oftere:

«Jeg synes jo selv at jeg har jo for lite erfaring og kompetanse om å snakke med barn, egentlig. (...) Jeg har jo på en måte god nok kompetanse, og vil nok fungere bra i en samtale med barn. Men jeg har liksom gjort det veldig lite. Jeg tror man trenger mengdetrening, og det har det vært veldig lite av.» **Anders**

Halvparten av informantene understreker behovet for faglig påfyll og inspirasjon. Økt kompetanse kan ifølge informantene innhentes gjennom eksempelvis kurs, konferanser, seminarer og internundervisning og/eller veiledning. Frida forklarer at hun ønsker faglig påfyll jevnlig, der man får input i form av eksempelvis konferanser. Det bidrar til at man i større grad er oppdatert på temaet, samt at det gir grobunn for nye ideer og inspirasjon til hvordan man kan tematisere foreldrerollen med pasienten og hvordan man kan snakke med barna i samtale. Slik beskriver Rolf viktigheten av å holde seg oppdatert:

«Det må jo holdes varmt. Vi må jo ha internundervisning om temaet og. Vi har jo tusen ting vi skal følge med og passe på å være oppdatert i forhold til. Og det her med barn er jo bare én av veldig mange andre ting. (...) Sammenlign med for eksempel et brannvern da. Hvis det ikke er praktisk brannvernopplæring en gang annethvert år eller noe sånt så glemmer du fort hva du skal gjøre (...). Vi trenger å få det repetert da, og gjentatt.» **Rolf**

Vera forteller at viktige forutsetninger for arbeidet er å ofte ha barn som pårørende som tema i internundervisningen og fagdager. Et overordnet fokus der ivaretagelse av barna regelmessig er på agendaen gir en opplevelse av at det er et felles prosjekt. Således sikrer man at alle ansatte har kompetansen og føler seg trygg på oppfølgingen av barna:

«(...) Vi har jo det her som tema ofte i internundervisningen og fagdag. Hvor vi har virkelig fokus på barn da, og hvordan vi skal sikre at alle har den kompetansen og at det kjennes trygt ut. (...) At vi har et felles fokus, et satsningsområde, at det hele tiden er på agendaen, at du ikke hele tiden føler at du står alene, har jeg behov for.» **Vera**

Randi motiveres til å tematisere barna i samtale med ruspasienter grunnet de mange triste historiene om barnas negative erfaringer med foreldrenes rusbruk. Dette har etterlatt sterke inntrykk og skapt et engasjement der hun ønsker å forebygge at flere barn opplever lignende. Vera innhenter inspirasjon i samtalegrupper der de snakker med barn av foreldre med rusavhengighet. Der får man et innblikk i hvor mange som har det vondt, som skaper en ekstra inspirasjon og motivasjon til å jobbe aktivt med det. Truls beskriver det slik:

«Jeg har jo vært på sånne konferanser om (...) løvetannbarn. Det var veldig fint å få høre historier fra barn som har opplevd det å vokse opp i et rushjem da, og høre om problematikken og deres perspektiv på det.»  
**Truls**

**Psykologisk ubehag.** Et undertema som var fremtredende på tvers av data var terapeutenes psykologiske ubehag knyttet til å involvere barna i terapien, der informantene bidro med ulike perspektiver. Åtte av ti informanter rapporterer at de på ett eller annet tidspunkt har opplevd en form for emosjonelt ubehag, stress, engstelse, vegring eller utrygghet enten når barna skulle tematiseres med pasienten eller i forbindelse med barnesamtale. Maria forteller at det ikke føles bra å skulle betvile noens foreldrekompentanse og ytre bekymring for deres barn:

«Det er jo snakk om foreldreferdighet, og det å snakke om på en måte at man er bekymret for noen sitt barn er jo veldig sårbart. Det er ikke noe hyggelig å høre (...). Det er mange som kvier seg for å ta opp akkurat det.» **Maria**

Tre av informantene opplever det ikke som vanskelig å tematisere barna med pasientene. De peker derimot på ubehaget rundt det å skulle presse pasienten til å snakke videre om temaet dersom pasienten signaliserer at det ikke er ønskelig. Børge beskriver det slik:

«Det er ikke så veldig mange ting som hindrer meg i å tematisere relasjonen til barn, men det er jo mer en sånn følelse av 'hvor hardt skal jeg presse pasienten på noe som han eller hun åpenbart ikke har lyst til å prate om?'» **Børge**

Frida beskriver at det kan være utfordrende å utforske barna videre dersom man er i tvil om det pasienten forteller er sant eller at problematikkens alvorlighetsgrad bagatelliseres:

«Og jeg vet ikke om det er en slags yrkesskade... men det å være litt sånn usikker, ja 'er dette løgn?' Det er jo litt sånn fælt å si høyt, men av og til kan jeg bli usikker på om det som blir fortalt er sant. Og hvordan jobbe med det da? (...) Så det kan være litt mer utfordrende.» **Frida**

To av informantene forteller at de kan oppleve ubehag i forbindelse med å høre historier hvor det avdekkes at barna har opplevd traumer, slik som vold eller overgrep. Som terapeut kan det kan være vondt å ta imot historier med grovt innhold, noe Randi beskriver slik:

«(...) Det er jo ganger der man kan kjenne på uroen av andre ting da. Det kan jo være et barn som har bodd oppe i en plass hvor det har vært mye fester, og folk går inn og ut, og alt sånn. Du vet at de barna har sett og opplevd mer enn de burde, så det kan jo være litt sånn ubehagelig å få tatt opp.» **Randi**

## Pasientnivå

Informantenes ulike perspektiver resulterte i temaet pasientnivå med tre tilhørende undertema. Undertemaet (1) *motvillighet* til tematikken omhandler terapeutenes opplevelse av at pasientene av ulike årsaker viser motstand knyttet til tematiseringen av barna, (2) *frykt for konsekvenser* belyser pasientenes tendens til å tilbakeholde informasjon for å unngå negative utfall, og (3) *skjerme barna* omfatter pasientens oppfatning av at barna ikke bør involveres i behandlingen.

**Motvillighet.** Dette temaet utpekte seg i syv av intervjuene, og belyser informantenes opplevelse av at pasienten kan fornekte, bagatellisere, tildekke, idyllisere eller mangle innsikt i hvordan deres rusbruk påvirker barnet. Flere av informantene har opplevd en uoverensstemmelse mellom foreldres beskrivelse av barnas oppvekst og rusens påvirkning, og barnas faktiske erfaringer. Noen pasienter er ikke i stand til eller synes det er for overveldende, å skulle innta barnets perspektiv. Ifølge Heidi kan det være vanskelig å komme i posisjon til å snakke om barna når pasienten underkommuniserer hvor stor innvirkning rusen har:

«Enkelte kan jo være litt uvillig til å gå inn i tematikken, og benekter at det har noe betydning, det at ungene har det greit, og at de ikke er påvirket av det. En sånn beskyttelsesmekanisme for seg selv.» **Heidi**

Således vil fornektelse eller manglende innsikt i hvor stor påvirkning rusbruk har resultere i at forelderen ikke ser nødvendigheten av å involvere barnet, for eksempel slik Guro forklarer det:

«I avhengighetssyndromet så ligger det også en god porsjon fornektelse (...) og jeg tenker at hvis man forneker at man har et problem, så er det jo logisk for dem, at det her er da heller ikke noe problem for ungene.» **Guro**

**Frykt for konsekvenser.** Ifølge halvparten av informantene kan pasientenes frykt for negative konsekvenser forklare deres motstand knyttet til å diskutere barna. Særlig formidles en skepsis til systemet og negative holdninger til barnevern som årsak til at pasienten ikke vil samarbeide. Dette er til hindring for tilstrekkelig utforskning av barnets situasjon. Guro, Truls, Heidi og Frida meddeler også hvordan pasientene blir usikre når barnet tematiseres og involveres, grunnet frykt for konsekvenser slik som at barnevernstjenesten kobles på. Denne erfaringen deler de med Børge, som beskriver det slik:

«(...) Så er det jo en ren sånn praktisk ting som går på det her formelle ansvaret vi har i forhold til rapportering til barnevern da, at de [pasientene] rett og slett tenker at det er best at det her ikke blir tematisert så nøye for at de er usikre på grensen mellom vår taushetsplikt og vår rapporteringsplikt. (...) At de tenker at det er tryggest å styre utenom de her temaene for det kan kanskje bli brukt mot dem senere.» **Børge**

Heidi har innimellom spekulert i om pasienten noen ganger lyver om at de har spurt barna om de vil på samtale, for å beskytte seg selv fra potensielle konsekvenser:

«Enkelte har sagt at ungene ikke vil (...) og da har jeg lurt på 'er det for å beskytte seg selv? Har de egentlig snakka med dem om det? Og hvordan har de snakka med dem om det?」 **Heidi**

**Skjerme barna.** Seks av ti informanter fremhevet pasientenes ønske om å skjerme barna som hinder for videre utforskning av deres situasjon. Dette undertemaet omhandlet pasientens påstand om at barna ikke skal involveres i behandlingen fordi de er for små, at de bør skånes eller at de må skjermes fra mer belastende opplevelser:

«Det er mange pasienter som har den innstillinga at: 'nei, dette trenger ikke barna å vite. De er altfor små. Dette skal de ikke vite noe om」 **Randi**

Maria påpeker at pasientene hevder det vil bli verre for å barna om de skal involveres, at de ikke ønsker å belaste sine pårørende:

«(...) De aller fleste pasientene sier at 'nei, jeg vil ikke involvere de fordi de har vært så belastet av min problematikk så lenge, så jeg vil skjerme dem' (...) Jeg kan jo forstå en sånn tankegang.» **Maria**

Et par av informantene opplever at mange pasienter synes det er vanskelig å snakke med sine barn om hva de sliter med. Anders formidler at enkelte pasienter dikter opp historier om hvorfor forelderen med rusproblem ikke er hjemme – de er uærlige fordi de tenker at barnet ikke tåler det. Det er ifølge Rolf et tabu tema som medfører hemmeligholdelse i familien:

«(...) Mange av de her pasientene synes det er vanskelig å snakke med barna sine, om hva de sliter med. (...) Det kan i mange tilfeller være noe som ikke snakkes om, og da blir det en offentlig hemmelighet som hele familien har, og det blir jo ikke noe bra da.» **Rolf**

## Allianse

Temaet allianse omfatter dilemmaet terapeutene opplever når man har et ønske om å ivareta behandlingsalliansen med pasienten samtidig som man er pålagt å ivareta barnets behov. Herunder beskrives flere barrierer, slik som utfordringer med (1) *samtykke og taushetsplikt* der pasienten nekter at pårørende kontaktes og kobles på, (2) *skam og negative reaksjoner* pasienten får som følge av terapeutens tematisering av deres barn, og fordelen terapeutene ser med å (3) *tematisere barna senere i forløpet* når man har opparbeidet en sterkere allianse med pasienten.

**Samtykke og taushetsplikt.** Når det gjelder behandlingsalliansen, beskriver samtlige informanter det som et dilemma å skulle ivareta pasientens ønsker, men samtidig gjøre det som er barnets beste. Å håndtere motstridende interesser mellom barn og foreldre er utfordrende:

«Det er kjempevanskelig når du kommer i den her at du både skal være politimann og terapeut-konflikten.» **Børge**

Vera beskriver det som en kunst å bevare alliansen og samtidig ha god dialog med pasienten om barna, da mange pasienter blir usikre på terapeutens intensjon og derfor sier minst mulig. Børge forteller at han særlig kan bli bekymret for at han skal si noe som gjør at pasienten ikke har tillit til terapeuten. Han hevder at manglende trygghet kan resultere i at pasienten slutter å dele mer informasjon om tingenes tilstand i frykt for at terapeuten bryter taushetsplikten og «sladrer». Også Frida opplever noen ganger å være i skvis grunnet ønsket om å opprettholde allianse med pasienten, men samtidig etterstrebe at barnet får informasjon og oppfølging:

«(...) Det kan handle om at man blir i en slags skvis fordi at en skal opprettholde og bygge en god allianse med pasienten, også samtidig så har vi jo en kontrollhatt som vi må ha på. (...) Er det sånn at disse barna har behov for noe, så har jo jeg plikt til å påse at de får informasjon eller oppfølging, eventuelt om vi må melde bekymring til barnevernstjenesten. Og at man kan oppleve at den skvisen kan være utfordrende da.» **Frida**

Noen pasienter gir ikke samtykke til å ta kontakt med pårørende, hvilket gjør videre utforsking av barnas situasjon og gjennomføring av barnesamtaler vanskelig. Guro forteller at man noen ganger ikke kommer i mål med en tillatelse fra pasienten, og at videre tematisering stopper opp uten samtykke. Dette bekreftes av Frida, som meddeler at det er utfordrende med situasjoner der pasientene er avvisende til å inkludere pårørende i behandlingen slik at man ikke får tilgang på andre perspektiv. Terapeutene er påkrevd å overholde taushetsplikten ovenfor pasienten. Således tvinges man til å akseptere pasientens ønske, og hindres fra å gå videre på tematikken:

«Taushetsplikt er et hinder. Hvis pasienten sier at 'jeg vil ikke at du skal ringe barnemor', så kan vi ikke gjøre det, (...) og det er jo kanskje barnemor som har ansvaret eller omsorgen for barnet. Så da må vi jo bare forholde oss til det. Så taushetsplikten er jo et ganske stort hinder i å kunne ivareta barn.» **Vera**

Ifølge Maria og Rolf er det et mål å bevare en god allianse med pasienten, men at barnets beste alltid har forrang. Dersom pasienten sier noe som vekker bekymring, meldes det derfor til barnevernet uavhengig av hva pasienten egentlig ønsker:

«(...) Hvis det er barn inn i bildet, og jeg er bekymret for dem, så er min på en måte min hovedlojalitet da, blir til barna. (...) Jeg kan ikke vite eller ha kjennskap eller være bekymret for barn, også holder jeg tilbake den informasjonen fordi jeg tenker at jeg skal ha liksom en behandlingsallianse til den pasienten. Nei, det går ikke.» **Maria**

**Skam og negative reaksjoner.** I intervjuene rapporterte samtlige informanter at pasientene kunne reagere med skam og negative reaksjoner når deres barn ble nevnt. Ubehaget pasienten opplever knyttet til å prate om sine barn kan gjøre videre tematisering utfordrende. Det er sårbart å skulle snakke om oppdragelse og oppfølging av barna, og ifølge Rolf sitter det langt inne å skulle dele og innrømme hvor man har trådd feil. Frida forteller at pasientene reagerer veldig ulikt når terapeuten utforsker barnas situasjon, der noen synes det er helt greit å prate om, mens andre blir sinte og avviser tematikken. Noen informanter trekker fram sinne, irritasjon og frustrasjon som reaksjon hos pasienten når barna tematiseres:



«Du kan få litt pigger, og du kan få litt sånn 'nei, faen, dette gidder jeg faen ikke snakke om' og det er klart, jeg forstår jo de som har det sånn, når de ikke har kontakt med barna sine og de vet de har rusa seg vekk fra den foreldrerollen da. (...) De er ikke den forelderen de kanskje hadde ønska de skulle være.»

**Randi**

Anders meddeler at mange pasienter kan unngå temaet fordi de skammer seg:

«Jeg tror at mange av pasientene er litt redde. De skammer seg veldig. At det er noe de ikke har lyst til å snakke om. Altså, enda en ting de kanskje vil rømme litt ifra da. Jeg tror det gjelder for de fleste av de.»

**Anders**

Seks av ti informanter har sett en negativ effekt på alliansen som følge av utforskning av barnas situasjon. Særlig beskrives sinte, hissig og skuffede pasienter når bekymringsmelding til barnevernet vurderes eller sendes som følge av informasjon som har dukket opp i samtale. Noen pasienter bryter samarbeidet, avslutter behandlingen og vil ikke ha noe mer med institusjonen å gjøre. Dette fordi det oppleves som et tillitsbrudd som resulterer i at pasientene føler seg sviktet. Rolf formidler at pasientene kan reagere med å bli skeptiske, føle seg overkjørt, og oppleve skam og skyld når barna tematiseres og det blir snakk om å koble på barnevernet. Børge forteller hvordan alliansen kan påvirkes negativt på følgende måte:

«Men det kan jo hende at folk sier noe om rusbruken sin, som gjør at jeg begynner da å sende bekymringsmelding til barnevernet. Eller at de ikke engang har sagt det, men at jeg ser det på urinprøve eller noe sånt, og blir nødt til å rapportere det. Og det er ofte sånn at, ja, det er kjempeødeleggende for behandlingsalliansen hvis du kommer en sånn situasjon at (...) du blir sladrehanen.» **Børge**

Til tross for at vurdering av bekymringsmelding kan påvirke alliansen negativt, fins det også tilfeller der det ikke er noe problem. Flere av informantene påpeker at det kan være positivt for alliansen å tematisere barna da pasienten føler seg sett. Guro forteller at noen pasienter kan kjenne på at situasjonen ikke er grei overfor barna, og synes det er hjelpsomt at noen tar tak i det. Vera illustrerer variasjonen i pasientenes reaksjoner på følgende måte:

«Vi har jo erfaring med at når vi vurderer bekymringsmelding så blir pasientene sinte og lei seg. Og noen har ikke ville hatt noe mer med oss å gjøre. Så har vi også eksempler på at det har gått helt fint, at de kanskje takker oss etterpå.» **Vera**

**Tematisere barna senere i forløpet.** Seks av informantene poengterer at det oppleves som problematisk at kartleggingen av barnas situasjon skal gjennomføres allerede i første time. Årsaken er at pasienten ikke har hatt tid å etablere en trygg relasjon til terapeuten. Dette er noe

som påvirker i hvor stor grad pasienten ønsker å dele om barna da det er et sårbart tema. Som tidligere beskrevet møter man ofte motstand i pasienten når barnas situasjon tematiseres. Flere informanter gir derfor uttrykk for at det er bedre at man tematiserer barna lenger ut i forløpet når alliansen har blitt styrket som følge av at man har brukt god tid på å bli kjent. Vera spekulerer i om det hadde vært fordelaktig å kartlegge barnas situasjon eksempelvis i fjerde samtale når pasienten er tryggere, istedenfor i første samtale. Slik beskriver Randi fordelene av å tematisere barna senere:

«Men det handler litt om timing også. Når de har fått litt mer tillit, synes det er lettere litt inn i behandlingsforløpet, så er det vanskelig å ta det helt i starten. Sånn at når du har fått den alliansen så er det lettere å begynne å ta tak i sånne ting.» **Randi**

Å dempe motstanden til pasienten kan ifølge Randi gjøres gjennom motivasjonssamtale, psykoedukasjon og ytterligere informasjon. På den måten kan pasienten ombestemme seg og bli mer åpen for å inkludere barna i behandlingen. Det er derfor fordelaktig å tematisere barna når pasienten selv er klar, da det gjør at man beholder alliansen med pasienten samtidig som man får ivare tatt barna. Frida beskriver det slik:

«(...) Vi har jo en plikt til å undersøke, så vi må jo bare. Men jeg ser i hvert fall at der vi har anledning til å bruke tid, og der vi har anledning til å bli kjent over flere uker, så vil ofte den motstanden dempes litt, fordi vi får anledning til å bli bedre kjent med hverandre da. Også er det jo mange av våre pasienter som er litt i underskudd når de er her, litt sånn livssituasjon totalt sett da, så da at de også trenger tid på å lande litt og bygge seg opp da.» **Frida**

Dersom det ikke haster og er akutt, venter Rolf på at behandlingsalliansen skal være bygd opp i den grad at det er naturlig og komfortabelt å tematisere barna. Pasientene er ofte mer villig til å snakke om barnas situasjon et stykke ut i forløpet, og åpner seg i tilfeller der de føler seg trygge og respektert. Også Guro hevder det ikke alltid haster med å involvere barna så lenge det ikke foreligger rusbruk i storskala:

«Det er ikke alt som er på en måte 'bæ-bu, bæ-bu' heller. Altså, vi kan godt rive på oss å være litt tålmodig og tenke prosess, istedenfor at vi skal liksom ha en barnesamtale innen seks uker. For dette er ofte noe som har pågått over lengre tid. Og det brenner ikke akkurat i forhold til det med informasjonen.» **Guro**

### **Pårørendenivå**

På pårørendenivå ble to undertema belyst på tvers av intervjuene. Undertemaet (1) *konfliktfylte forhold* omhandler at partners negative relasjon til pasienten gjør involveringen av

deres felles barn vanskelig, mens (2) *barnets ønske/behov* tar for seg hvordan barnets motivasjon og behov rundt oppfølgingen må tas hensyn til og respekteres.

**Konfliktfylte forhold.** En barriere fire av informantene rapporterer er høyt konfliktnivå mellom pasient og pårørende. Terapeutene kan derfor ha utfordringer knyttet til å få barnets foreldre til å kommunisere og samarbeide. Truls forteller at arbeidet med å ivareta barna kan stagnere grunnet dårlige relasjoner mellom pasient og pårørende:

«Også er det kanskje at de har dårlig samarbeid med den andre forelderen i utgangspunktet – at de ikke ønsker noe samarbeid med de kan jo være en greie. (...) Det er ofte at det er dårlige relasjoner mellom foreldrene da. Problematiske relasjoner.» **Truls**

Et høyt konfliktnivå kan være til hinder for å få tillatelse til å involvere barnet. Flere av informantene påpeker at enkelte pårørende, ofte den andre forelderen, hevder barnet ikke tåler å forholde seg til pasientens rusproblem, og at de derfor heller bør skjermes. Utfordringen med å ivareta barn som pårørende er derfor å nå barna ved at tilbudet tas imot av den andre forelderen. Børge forklarer hvordan han ikke kommer i posisjon til å tematisere barna ytterligere fordi man ikke får samtykke fra den andre omsorgspersonen som barnet bor hos:

«(...) Så det har faktisk hendt ganske ofte at (...) vi skal tilby barnesamtale til den ungen, også ringer vi til mammaen eller pappaen til den ungen, som de bor hos (...) så får du en sånn tilbakemelding som at 'nei, vi synes at det der er... vi vil ikke at... han har skuffet oss så mye, vi vil egentlig ikke ha noe med det her å gjøre.'» **Børge**

**Barnas ønske/behov.** Fem informanter belyser utfordringer med å skulle utforske barnets situasjon ytterligere eller ha barnesamtale dersom barna selv ikke ønsker det. Det er ikke alltid barna ønsker, er motivert for eller klar for samtale. Truls meddeler at noen av barna blir fulgt opp mye fra før, og av den grunn ikke vil prate med flere. Anders forteller at noen barn er skeptiske til å bli involvert, og føler at de allerede har informasjonen:

«Men det er jo mange av barna som kan være skeptisk også, spesielt hvis man har blitt tenåringer og, at man føler at 'det her vet jeg. Jeg har fått pratet med noen, det er greit.'» **Anders**

Guro har opplevd at et barn holdt tilbake informasjon om egne erfaringer og opplevelser med foreldres rusbruk, da barnet ikke var klar for å snakke om det med terapeuten enda. Ifølge et par av informantene er det noen samtaler som ikke skulle vært gjennomført. Det gjelder

særlig i tilfeller der barnet ikke ønsker det selv og det har blitt presset frem av ansatte i barnevernet:

«Det har vært noen sånne tilfeller der barnet ikke hadde ønsket det selv, der det har blitt presset frem av ansatte i barnevernet som ikke forstår hensikten med samtalen på en måte. De får bare beskjed om at de tilbyr barnesamtale også vet de ikke nødvendigvis hva det er, (...) om det er behov for det eller sånne ting. Hvis det er presset frem fra noen (...) blir det med en gang et dårlig møte da.» **Truls**

Flere informanter understreker viktigheten av å se og forstå barnet, samt møte dem på deres behov, nivå og premisser. Det innebærer at informasjonen i samtalen må tilpasses barnets alder og modenhet, slik som at de bare skal få detaljene de faktisk tåler å høre. Flere av terapeutene har nemlig erfaring med at det har blitt gjennomført samtaler man helst skulle vært foruten. Årsaken er at barnet enten ikke har fått noe ut av samtalene fordi de ikke var mottakelige, eller at det i verste fall har forverret situasjonen. Randi har opplevd å være med på barnesamtaler som hun hevder ble for sårt og forvirrende for barnet, og tilsynelatende bare gjorde vondt verre fordi barnet ble redd. Vera forteller at det kan være vanskelig å vurdere hvordan barnet har det i etterkant av samtale, om det settes i gang masse prosesser, og hvorvidt det er behov for mer oppfølging. Denne oppfatningen deler hun med Heidi:

«Men innimellom så har jeg vært engstelig for hvordan forholdet blir til forelderen i etterkant (...). Jeg har hatt dårlige opplevelser der jeg har liksom hatt en sånn klump i magen etter timen da – at hvordan blir det her for ungen i etterkant? Er mor eller far i stand til å ta det videre, snakke om det som skjedde, eller blir mor eller far frustrert og sint for det som har blitt sagt.» **Heidi**

Informantene hevder imidlertid at barna i utgangspunktet har godt av å få forklart aspekter ved foreldrenes rusbruk de potensielt har misforstått. God og alderstilpasset informasjon som er oppklarende, er viktig:

«Vår erfaring er at når de ikke får hjelp til å skape seg en mening og forklaring, så gjør de det likevel, men på et helt annet grunnlag, og at det da blir en helt annen og verre forklaring enn hvis en trygg voksen er med inn og hjelper de da, med å danne seg ei mening.» **Frida**

Videre er det viktig å bruke god tid både før og under samtale med barnet. Hvis ikke kan det ifølge Randi bli et overgrep nærmest, der barna får informasjon som de ikke er i stand til å ta inn eller bearbeide på en god måte. Samtidig må situasjonen ufarliggjøres, slik at barnet føler seg komfortabel og trygg under samtalen:

«(...) Også med å møte barnet der barnet er, gi de [barna] selvfølgelig tid og friminutt om de trenger det. Rammene rundt (...) vi prøver å ha litt kjeks og saft og vi har et barnerom med leker, tavle så vi kan skrive opp, tilgjengelig informasjon. Så de kan få gå og leke seg litt, så kan vi fortsette. Så det synes jeg er det viktigste, at vi må ha tid. Også lage det litt hyggelig da, litt ufarlig.» **Randi**

Tre av informantene understreker at samtalen må skje på barnets premisser, at det ikke er et krav eller bestilling fra andre instanser, og at ikke for mange aktører er påkoblet. Videre påpeker Truls, Frida og Randi viktigheten av at barnet får snakke om dette sårbare temaet sammen med den som er best egnet. Ofte er det bedre å ha samtale med en voksen som barnet er trygg på og kjenner godt, hvilket ikke nødvendigvis er terapeutene:

«Jeg tenker at i mange tilfeller er det jo de som kjenner de [barna] best som kan ha de beste samtale rundt dette her med rus fordi at det er barn som kommer hit og har ikke nødvendigvis sett meg før eller kjenner meg i det hele tatt, så skal jeg inn i en sånn samtale med de hvor de ikke er trygge på meg. Det er jo også verdt å tenke over da – hvem er det som skal ta disse samtale her? Og at det hensynet må gå foran at vi skal på en måte få loggført at så-så mange barnesamtaler er gjennomført da.» **Frida**

### Systemnivå

Temaet systemnivå omhandler at det kan være institusjonsavhengig hvorvidt ledelsen har et overordnet fokus på barn som pårørende, om det er implementert gode rutiner og systematisk oversikt, samt tilrettelagt for tids- og ressursmessig. Vera formidler at hennes arbeidsplass har kommet langt med å sikre at barn blir vurdert og fulgt opp, men at andre på samme klinikk, men annen avdeling, har hatt utfordring med å få implementert det i et system. Undertemaene beskriver derfor utfordringene informantene formidlet knyttet til (1) *arbeids- og tidspress* og (2) *fysiske hindringer og digitale løsninger*. Videre omfatter undertemaene behovet informantene belyser i forbindelse med å (3) *styrke implementeringen av lovparagrafene* ytterligere, (4) et godt *kollegaskap* og tverrfaglighet, samt (5) å jobbe på *individ- og gruppenivå* med pasienten.

**Arbeids- og tidspress.** Fem av ti informanter belyser arbeidspress, arbeidsmengde, overbelastning og manglende tid som barrierer for en tilstrekkelig utforsking av barnas situasjon. Maria forteller at hun har vært i kontakt med flere barn som ikke har blitt oppdaget til tross for et tydelig behov for ivaretagelse, og ser mangel på tid og ressurser som sannsynlige årsaker. Tematiseringen av pasientens barn påvirkes av krav ovenfra til å gjøre mange arbeidsoppgaver. Dette skaper et stress og hastverk rundt tematikken, heller enn at man får tatt det i et rolig og passende tempo der man får kartlagt barnas situasjon tilstrekkelig:

«Det er jo også litt sånn totale arbeidsmengden og det som skal gjøres under et pasientforløp. (...) Det er veldig tidkrevende (...). Mitt inntrykk er at det har blitt såpass mange rapporteringer som skal inn at det kanskje mister litt den roen til å ta for seg dette temaet uten å rushe det heller da. At det er en av mange ting man skal gjøre, og man på en måte skal gjennom da. Så det også tenker jeg at påvirker en sånn samtale.» **Frida**

Tilstrekkelig med tid er altså en forutsetning for arbeidet som innimellom er en mangelvare i praksis. Informantene har behov for at det barnefokuserte arbeidet blir prioritert og tilrettelagt for i en travel hverdag uten et stort press om produksjon ovenfra:

«Også er det det at det er tid til det da. Det er vel litt som det kanskje er i alle bransjer da, at det er litt sånn, ja, krav til produksjon og krav til at man skal ha gjort masse, så da må man prioritere av og til hva som er viktigst da. Så prøver jeg å prioritere barn. Men så tror jeg at jo mer man har å gjøre, jo dårligere arbeid blir det – tror jeg. Så må man ha kapasitet til det, tidsmessig (...).» **Vera**

Guro anser derimot ikke tid som en hindring, og hevder det handler om prioritering:

«Det er mange som svarer tid vet jeg. Jeg har en litt annen opplevelse av det der. Fordi at den barnesamtalen teller jo som en vanlig poliklinisk time, og det har jeg jo likevel sikkert, hver 14. dag eller hver uke. Så om jeg bruker den ene timen på det [barna], det går fint (...). Altså, man må jo tenke litt annerledes.» **Guro**

Også barneansvarlige opplever et stort arbeidspress og begrenset med tid til å gjøre oppgaver knyttet til ivaretagelsen av barn som pårørende, til tross for at man har en særskilt rolle knyttet til det. Å være barneansvarlig beskrives nemlig som en rolle som medfølger ekstraoppgaver, på toppen av alle andre oppgaver som enhver ansatt i TSB har. Rolf meddeler at de barneansvarlige har like stor arbeidsbelastning som andre, og at ingen har god tid til oppgaver knyttet til barn som pårørende. Anders beskriver hvordan han har behov for mer tid avsatt til å gjøre flere barnefokuserede oppgaver knyttet til sin rolle som barneansvarlig:

«For meg som barneansvarlig da, så hindrer det jo meg at jeg ikke får tid til å gjøre det jeg har lyst til å gjøre – det hindrer jo meg i veldig stor grad. Hvor de på en måte har gjort meg til en spesialist i én ting, men ikke gir meg tid til å gjøre noen spesialistoppgaver da, på en måte. (...) Altså, i utgangspunktet så er det tid da. Det er det jeg trenger mest.» **Anders**

Tre av informantene forteller at de hadde foretrukket om det var en egen stilling med utelukkende fokus på barna, eller en utvidet stilling som barneansvarlig. Således kunne de ansatte med denne stillingen ha fokusert ekstra på tematikken og påtatt seg alt ansvar som omhandler barn som pårørende. Truls opplever at kombinasjonen av liten tid og mange

arbeidsoppgaver resulterer i at det blir liten plass til barneansvarligrollen. Han forteller at han godt kunne ha hatt en 50% stilling som barneansvarlig. Heidi kommenterte følgende i en e-post sendt i ettertid av intervjuet:

«Når det gjelder organiseringen av arbeidet, synes jeg at det beste hadde vært om det i poliklinikk og døgnavdeling var en egen stilling til dette formålet, da det ville gjort at personer med spesiell interesse og fagkunnskap om barn og utvikling kunne få brukt tiden sin til det – dette ville forbedret jobben knyttet til barn som pårørende.» **Heidi**

**Fysiske hindringer og digitale løsninger.** Tre av informantene beskriver at fysisk avstand og tidsbruk knyttet til å bo fysisk langt unna institusjonen kan være til hinder for gjennomføring av barnesamtale, slik at videre tematisering av barna anses som lite hensiktsmessig:

«(...) Da prater vi jo litt om sånn her fysisk ting (...) at det er folk som kommer ifra Namsos eller Molde eller, ikke sant, i ytterkantene av vårt område. (...) At det kan bli en sånn uvilje mot å ta ungene ut av skole for å... eller bruke en dag eller to faktisk på å dra hit til Trondheim da.» **Børge**

Koronapandemien har hatt negativ innvirkning på ivaretagelsen av barn som pårørende, da det har begrenset terapeutene i å ta imot barna. I tillegg har et par av informantene hatt utfordringer med å bruke teknologiske løsninger, slik som videosamtale, for å snakke med barna. Guro meddeler at koronatiden har resultert i at mye ikke har fungert det siste året. Det samme gjelder på Fridas arbeidsplass:

«En ting er jo at det har vært korona nå, og ikke anledning til å ta imot barna.» **Frida**

**Forsterke implementeringen av lovparagrafene.** Intervjuene avdekket at implementeringsprosessen har ført til at mange av poliklinikkene har begynt med en mer overordnet og systematisk oversikt og rutiner, hvilket har bidratt til en bedre ivaretagelse av barna. Lovverket har skapt et økt fokus på barn slik at det er mindre sannsynlighet for at de går usett. Ifølge Guro er retningslinjer, rundskriv, forskrifter og veiledere styrende for jobben, og har gyldighet rent juridisk. Børge beskriver hvordan barn som pårørende undersøkes fordi man er lovpålagt å gjøre det, samt at det er en forventning fra ledelsen, slik at man kan havne i knipe dersom det ikke er gjort:

«Det har jo vært veldig fokus på det, og vi har jo merket det veldig på mengden papirarbeid egentlig (...) at det blir et sånn fokus på barneregistrering og at det blir på en måte en sånn ting som ledelsen er veldig opptatt av – at det skal journalføres at vi har spurt om barn, og at det skal på en måte stå på en lett

oversiktlig plass i journalen, så ikke de får trøbbel hvis helsetilsynet kikker i journalen, og kikker dem i kortene.» **Børge**

Flere av informantene hevder altså at poliklinikkene har kommet et godt stykke med å implementere rutiner og retningslinjer for arbeidet. Randi synes det er positivt at det er kommet en prosedyre, og at det er forventninger om hvordan de barnefokuserte oppgavene skal utføres. Tre av informantene ser imidlertid et behov for tydeligere rammer og retningslinjer rundt ivaretagelsen av barna og hvordan arbeidet skal gjøres i praksis. I tillegg kunne noen av de implementerte metodene vært fornyet. For eksempel ser Truls behovet for et revidert kartleggingsverktøy, da det nåværende ikke er oversiktlig eller like relevant for pasientgruppen. Randi meddeler at man kunne hatt litt løsere rammer, med mulighet for flere samtaler og et bedre system rundt ivaretagelsen av barna. Vera forteller hvordan manglende system kan gjøre at oppfølgingen av barna glipper:

«Det er jo egentlig det vi har begynt med, med systematisk oversikt, alle skal vurderes, og at vi har en plan på 'hvordan skal barn ivaretas', med foreldresamtaler, barnesamtaler og barneansvarlige. Det tror jeg har vært vår suksessoppskrift. Så vet jeg jo at avdelingene har ikke gjort det der. De har det mer opp til behandlerteamene, og der er det mer sårbart ser vi. Der glipper jo mer oppfølging og vurdering da. Så det å få det i et system er viktig da.» **Vera**

Flere av informantene ser nytten av at barn som pårørende er ledelsesforankret. Ifølge Maria kjennes det trygt å ha en ledelse her som er veldig opptatt av pårørendeperspektivet. Frida beskriver det slik:

«Jeg tenker at det er viktig at det prioriteres (...) og ikke minst at det er forankret i ledelsen da. At ledelsen også er med på å holde det fokuset oppe. Jeg tenker at hele organisasjonen må ha det på agendaen da, at det er ikke sånn at det er opp til hver enkelt behandler da for det er på en måte en del av et system, og det systemet sier noe om 'hva er det som er viktig her?' og 'hva er det vi skal prioritere her?' (...)» **Frida**

**Kollegaskap.** Et fremtredende undertema informantene belyser, er behovet for et godt kollegaskap og tverrfaglighet. Nyttens ses i form av å ha mulighet til å drøfte og sparre med andre, gi innspill og motta tilbakemeldinger, samt bli inspirert av andres arbeid. Det skaper en økt trygghet tilknyttet arbeidet med barn som pårørende. Et godt kollegaskap nevnes av totalt syv av ti informanter. Heidi forteller at jobben som barneansvarlig har vært ensom. Derfor kunne hun tenkt seg mer drøfting i team der man kunne delt sin kompetanse om temaet. Et økt fokus i miljøet hadde skapt en opplevelse av trygghet og støtte. Også Anders og Maria ser store fordeler av jevnlig drøfting på tvers av enheter, i team og på behandlingsmøter. I slike



settinger kan man nemlig dele erfaringer, få inspirasjon, samt innspill og støtte til vanskelige vurderinger – dette bidrar til å yte en god jobb knyttet til å ivareta barn som pårørende. Anders beskriver hvor viktig det er med tette samarbeid mellom enhetene:

«(...) Jeg tror vi var fem forskjellige enheter som var med på det møtet, og det vi snakket om var at vi skal ha mer samarbeid mellom enhetene da, med delinger av erfaring og jevnlig møter. Så det er ikke noe jeg trenger, men det er noe jeg vil ha veldig godt av. Både med tanke på erfaringer, inspirasjon, og måten vi gjennomfører ting på. Også hjelpe hvis det er noen vanskelig vurderinger eller at man også kan spille på andre enheter, og ikke bare sine egne da.» **Anders**

Frida belyser viktigheten av å kunne drøfte og vurdere vanskelige situasjoner med sine kolleger:

«(...) Og muligheten til å kunne vurdere med kolleger hvis det er situasjoner som jeg kjenner er utfordrende eller hvor jeg på en måte ønsker å tenke sammen med andre. For det tror jeg er kjempeviktig, at vi ikke sitter... for min del ikke sitter alene også ikke har noen å henvende meg til da, hvis jeg har behov for det.» **Frida**

Maria beskriver hvordan man fokuserer på tverrfaglighet og at man jobber flere kolleger sammen, med ulik bakgrunn og erfaring, for å fange opp mer bredt:

«Jeg tror at tverrfaglighet er veldig viktig. Vi jobber alltid to terapeuter i sånne samtaler. Det tror jeg er kjempeviktig. Fordi at det foregår så mye i sånne samtaler som er helt umulig, vil jeg påstå da, for én terapeut å få med seg. Sånn at vi er alltid flere med, og det tror jeg er viktig.» **Maria**

På Marias arbeidsplass benyttes reflekterende team, der to terapeuter er med i samtalen med barna. Mens én terapeut snakker, observerer den andre. Deretter gir man tilbakemelding på hva man kunne gjort annerledes i samtalen. Hun anser det som en viktig metode for arbeidet med barn som pårørende. Å sparre med kolleger gjør at man fanger opp ytterligere informasjon. Dette er noe også Børge anser som viktig, og forklarer hvordan tilbakemeldinger, korrigeringer og innspill fra kolleger hjelper en til å gjøre en bedre jobb knyttet til å ivareta barna:

«Det er jo teamet som jobber rundt det, og det kjenner jeg er litt sånn trygt. De gangene jeg har hatt barnesamtaler, så er det sånn at jeg har ikke hatt de alene. Det har jo vært med en av de andre i teamet også (...) å ha noen å sparre med og noen som kan sparke meg på leggen hvis jeg på en måte ser at 'nå må du skjerpe deg, nå prater du ikke sånn du skal prate til en 10-åring, nå er du på feil nivå her.'» **Børge**

Rolf ser nytten av at de som besitter kunnskap deler den videre:

«De [barneansvarlige] har jo fått ekstra kursing på temaet og sånn, og (...) de kan ikke sitte på den kunnskapen uten å dele det med sine kolleger, for da er det jo ikke så mye vits. (...) Så det må på en måte spres ut i systemet.» **Rolf**

**Individ- og gruppenivå.** Flere av informantene understreker viktigheten av å jobbe på flere nivå – både individuelt ved å klargjøre pasienten til å involvere pårørende, men også i grupper da det skaper rom for å snakke med andre pasienter som er i lignende situasjoner. Halvparten av informantene anser det som svært viktig å jobbe på et individuelt plan med pasienten før barna involveres. Frida påpeker nødvendigheten av å bruke god tid og følge det tempoet som er naturlig for pasienten selv. Maria forklarer hvordan man i individualbehandlingen kan undersøke hvor pasienten står, bli godt kjent med problematikken, samt klargjøre de for å involvere familien etter hvert. Randi forteller at en viktig forutsetning for å ivareta barn som pårørende er god forberedelse til samtale med barna. Ifølge Randi og Rolf medfører gode forberedelser at pasienten vet hva som skal skje, samt at de kan føle seg trygg på at det ikke kommer noen store overraskelser:

«De få samtalene som jeg har vært med på så har det gått bra, fordi at foreldrene vet, eller far eller mor vet hva som skal skje fordi det er gjennomgått på forhånd, så det er ikke noe som kommer som ei bombe på de da. (...) Det er viktig å ha det klart på forhånd.» **Rolf**

Maria forklarer hvordan pasienter som deltar i gruppeterapi kan komme i kontakt med andre pasienter i lignende situasjon, og som kan dele positive erfaringer med å involvere barna:

«Og dette med gruppenivå skal man ikke undervurdere altså (...). Hvis en medpasient som du har tillit til da, sier at 'ja, jeg har nå hatt et par familiesamtaler, og det var sterke greier altså, men herlighet det var viktig for meg å høre perspektivet til ungene mine.' Så klart at det når inn... kanskje på en litt annen måte enn når en behandler sitter der.» **Maria**

I gruppeterapi er terapeuten i en unik posisjon til å snakke med pasientene om vanskelige tema, slik som barnas situasjon. Gjennom deltakelse i gruppe kan pasienten føle en slags tilhørighet:

«Det viktigste for meg er at de får satt seg ned i samme rom og snakket om et tema som er veldig viktig, og blir hørt, og at de får delt erfaringer, og at de kanskje finner litt sammen da (...). De gruppene tenker jeg er litt sånn nøkkel for meg da, for å være litt ovenpå ansvarsområdet mitt.» **Truls**

## Diskusjon

Formålet med studien var å undersøke hvordan terapeuter opplever å tematisere og involvere barna til pasienter i TSB. Deltakernes perspektiv belyste både hvor viktig det er å ivareta og ha fokus på pasientenes barn, men også hvor vanskelig det kan være. I tillegg fremkom det hva terapeutene har behov for i forbindelse med å forbedre jobben knyttet til barn som pårørende, inkludert forslag til hvordan ulike utfordringer kan løses. Oppsummert viste funnene at terapeutene opplever en rekke kontekstuelle faktorer som fremmer og hemmer utforskning og ivaretagelse av barn som pårørende. Terapeutene ga uttrykk for at individuelle forskjeller blant ansatte, slik som varierende erfaring, engasjement og kompetanse, kan svekke det barnefokuserte arbeidet. Resultatene viste at terapeutene ofte opplever det som et stort dilemma å skulle ivareta pasientens ønsker, men samtidig barnets beste. Videre indikerte funnene at motstand i pasienten, manglende samtykke fra pårørende og barnets manglende ønske om å involveres kan hindre terapeutene i å utforske barnas situasjon ytterligere. Til slutt demonstrerte funnene at en rekke faktorer på systemnivå påvirker det barnefokuserte arbeidet, slik som arbeids- og tidspress, utilstrekkelig implementering, samt kollegaskap, tverrfaglighet og tverretatlig samarbeid. Informantenes perspektiv gir kunnskap på individ- og systemnivå når det gjelder helsepersonells arbeid med å forbedre klinisk praksis.

### **Tematisering av barnas situasjon – hit, men ikke lengre**

Terapeutene hadde sprikende beskrivelser av hvor utfordrende det er å tematisere foreldrerollen og barnas situasjon med pasientene. Mens noen fortalte at det ikke oppleves som vanskelig å tematisere barnas situasjon med pasienten, beskrev andre en rekke faktorer som kunne ha innvirkning på utforskningen. Mange av informantene opplevde imidlertid at tematiseringen kom naturlig opp fordi det nå er en prosedyre å registrere barna. Seksjonene har rutiner som pålegger terapeutene å kartlegge om pasientene har barn, barnets alder og eventuelt hvem som har omsorg for barna når den ene forelderen er i behandling hos TSB (Helsedirektoratet, 2018). Således er det tilrettelagt for at foreldrerollen og barnas situasjon blir tematisert med pasientene. Retningslinjer, rundskriv, forskrifter og veiledere ble beskrevet som styrende for jobben, med gyldighet rent juridisk. Én informant fortalte at ledelsen er veldig opptatt av registrering og journalføring av pasientens barn, da det kan få konsekvenser dersom helsetilsynet undersøker og oppdager at det ikke har blitt gjort.

Funnene indikerte at alle informantene oppfyller kravene som loven pålegger dem, men at det varierer hvor mye terapeutene gjør utover minimumsinnsats. Tematikken har en tendens til å stoppe opp dersom pasienten viser stor motstand, foreldrene ønsker å skjerme barna eller at det framkommer at barna selv er avvisende til å involveres. Terapeutene formidlet at det er vanlig praksis å snakke om foreldreskap, men at temaet typisk stagnerer dersom pasientene benekter at barna merker noe til problemene. Halvparten av informantene oppga å ha møtt svært få barn, og at de sjelden gjennomfører barne- og familiesamtaler. En vanlig årsak til at barna i liten grad blir invitert til barne- og familiesamtaler, er at terapeutene opplever å ha begrenset med erfaring med å snakke med barn, og at de kjenner på utilstrekkelig kompetanse til å evaluere barnas omsorgssituasjon (Ruud et al., 2015; Humerfelt, 2014). Ifølge Myrvoll (2013) kan arbeidet få en alibifunksjon. Man rapporterer og beviser at arbeidet er utført slik at systemkravet imøtekommes, uten at man får avdekket barnas situasjon og behov tilstrekkelig. Lignende funn har man også sett i utlandet. En studie gjennomført i Finland fant at terapeutene kartla om pasientene i rusbehandling har barn, men at barna sjelden ble invitert til barne- og familiesamtaler, og at de heller ikke mottok tilbud om direkte hjelp og støtte fra foreldrenes behandlere (Itäpuisto, 2014). Funnene vitner om at mange voksenpsykiatriske klinikker har utviklet rutiner på å vurdere situasjonen til barna hos pasientene, men at det ikke har medført tydelige endringer i hvordan barna ivaretas utover dette. Informasjonen som gis til barn synes derfor å være mer engangshendelser enn utvikling av en implementert samtalekultur. Dermed vil den enkelte terapeuts initiativ og kunnskap legge føringer for hvilken hjelp familiene tilbys, hvilket resulterer i svært varierende og tilfeldig tilbud. Som vi skal se, belyste informantene en rekke faktorer som kan gjøre tilstrekkelig tematisering av barnas situasjon vanskelig, hvilket kan forklare hvorfor videre oppfølging uteblir.

### **Behandlingsallianse vs. barnets beste – uforenelig eller tvert imot?**

Et fellestrekk blant informantene var at de har et personlig engasjement for barna og et iboende ønske om å hjelpe de som har behov for det. De fremsto motivert til å jobbe forebyggende for å bryte den sosiale arven samt fange opp barn som kan ha blitt oversett. Informantene belyste at barn trenger god og alderstilpasset informasjon som er oppklarende, da de ofte kan misforstå ulike aspekter ved foreldrenes rusbruk. Funnene er i tråd med tidligere forskning som viste at helsepersonell hadde positive holdninger knyttet til oppgaven med å identifisere pasienters barn, samt god kunnskap om konsekvensene foreldres psykiske helse har

for barna (Lauritzen et al., 2014). Ønsket om å inkludere barneperspektivet i behandlingen til voksne pasienter er til stede, og informantene anså det som viktig arbeid.

Å komme i posisjon til å tilstrekkelig utforske barnas situasjon kan imidlertid by på utfordringer. Tanken på å skulle involvere barnet i behandlingen kan frembringe mange følelser i pasientene. Informantene formidlet at skam, irritasjon, sinne og frustrasjon var vanlige reaksjoner pasientene hadde når deres barn ble tematisert. Potensielle årsaker til denne motstanden var blant annet fornektelse av problemene, en skepsis til systemet og usikkerhet rundt terapeutens intensjoner. Pasientene har for eksempel ikke alltid god kunnskap om balansegangen mellom terapeutens taushetsplikt overfor pasient og meldeplikt til barnevernet. Når relasjonen til terapeuten oppleves ubehagelig, uforutsigbar og angstvekkende, kan regulering av overveldende følelser bli vanskelig (Crittenden, 2015). Mangel på tillit og usikkerhet kan føre til en tilsynelatende rigid holdning, og kan oppleves av terapeuten som motstand mot endring og uvillighet til samarbeid (Duncan et al., 1997). En negativ effekt på alliansen kunne altså hindre videre utforskning av barnas situasjon.

Ivaretagelsen av behandlingsalliansen og lojaliteten til pasienten syntes å være et viktig anliggende for terapeutene. Kvaliteten på den terapeutiske alliansen er et kritisk element i behandlingen, og øker sannsynlighet for endringsarbeid og et godt utfall (Safran & Muran, 2000; Wampold, 2015). Den foreliggende studien viste, i tråd med både norsk og internasjonal litteratur, at helsepersonell frykter at behandlingsalliansen med pasienten påvirkes negativt dersom de tematiserer barnas situasjon og foreldrerollen i behandlingen (Maybery & Reupert, 2009; Grimsgaard, 2008; Solbakken et al., 2005; Stallard et al., 2004). Én informant fortalte at han særlig kan bli bekymret for å si noe som gjør at pasienten mistet tillit til terapeuten. Videre hadde mange av informantene opplevd det svært uheldige scenarioet der initiativet til å diskutere barnas situasjon har forstyrret eller medført brudd i alliansen, der enkelte pasienter har brutt samarbeidet og avsluttet behandlingen.

Dilemmaet resulterer i en opplevelse av å være i skvis fordi de ulike partene kan ha motstridende interesser (Solbakken et al., 2005; Wiig et al., 2018). Utfordringen ligger i å vurdere taushetsplikten overfor pasienten opp mot forsvarlighet og informasjonsbehovet barna har. Dersom pasienten ikke samtykker til å informere barnet, invitere til samtale eller inkludere andre pårørende eller aktører, skal terapeuten i utgangspunktet respektere dette etter reglene om taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2008; Bergem, 2018; Kjellevold, 2008). Dersom man er alvorlig bekymret for barnas omsorgssituasjon er man derimot pliktig å varsle barnevernet,

hvilket innebærer at reglene om taushetsplikt overfor pasienten må vike. Mange pasienter er bekymret for at tiltak rettet mot barnet kan resultere i negative konsekvenser for dem. Én informant forklarte at pasientens opplevelse av manglende trygghet kan medføre at de tilbakeholder informasjon om hvordan omstendighetene faktisk er, i frykt for at terapeuten bryter taushetsplikten og «sladrer». Rammene terapeutene arbeider innenfor kan resultere i at pasientfokus står i konkurranse til barnefokus. Terapeutens vurderinger og beslutninger kan få alvorlige konsekvenser for den det gjelder, hvilket kan oppleves som emosjonelt belastende. Flere av informantene understrekte dog at hensynet til barnet går framfor pasientens dersom det foreligger tvil om barnets velferd. I de mest alvorlige tilfellene må barnet prioriteres slik at de får viktig informasjon og oppfølging fra helsepersonell. Dette er grunnleggende prinsipper fra FNs barnekonvensjon om barnets beste (Helsedirektoratet, 2008).

Funnene i den foreliggende studien tilsa at terapeutene opplever det som problematisk at kartleggingen av barnas situasjon skal gjennomføres tidlig i pasientens behandlingsforløp. Den nåværende systemordningen bærer preg av stramme tidsrammer med et høyt tempo og krav til produktivitet (Osen, 2015). I tillegg er det forventet at pasientens barn skal registreres og journalføres i første time. Flere informanter poengterte at det er usannsynlig at en trygg relasjon har blitt etablert på det tidspunktet barna skal tematiseres, slik ordningen er nå. Terapeutene opplevde at dette påvirker i hvor stor grad pasienten ønsker å dele informasjon om barnas situasjon. Fordi temaet er utfordrende og sårbart å ta opp, og man ikke har etablert en trygg allianse de første timene, foreslo samtlige terapeuter at det skulle vært tillatt praksis å tematisere barna senere i forløpet såfremt det ikke foreligger umiddelbar bekymring for barnets omsorgssituasjon. Moran et al. (2004) har beskrevet en rekke suksesskriterier som øker sjansen for å etablere et samarbeid med foreldrene. Herunder er terapeutens kompetanse, å bruke tid på å styrke alliansen samt evne til å lytte til foreldrenes behov essensielt. I slike tilfeller vil trolig pasienten være mer åpen og villig til å snakke om barnas situasjon, til tross for at bekymring ytres og barnevernet foreslås trukket inn. Allianse sikres gjennom en kontinuerlig og dynamisk samarbeidsprosess der en trygg og gjensidig relasjon til terapeuten vil kunne dempe pasientens engstelse, usikkerhet og tvil. Tematikken bør derfor tas opp når det kjennes naturlig og komfortabelt, og på pasientens premisser. På den måten forbereder, klargjør og motiverer man pasienten til å involvere pårørende, hvilket var noe flere av informantene anså som viktig.

Mange av informantene hadde et mål om å ta hensyn til behandlingsalliansen og pasientens modningsprosess, men også barnets beste. I Helsedirektoratets (2018) retningslinjer

står det at terapeutene selv bør ha råderett over når og på hvilken måte barnas situasjon skal tas opp. Med en slik autonomi kan terapeuten selv bestemme hvordan vedkommende skal gå fram for å ivareta begge parters interesser. Studier har vist at endrede retningslinjer for klinisk praksis i form av mer overordnet styring, og økte krav til dokumentasjon og standardisering er faktorer som påvirker terapeuters opplevelse av autonomi i arbeidssituasjonen (Dimmen & Ødegård, 2012; Utvåg et al., 2014). Selv om det kan være fordelaktig med en slik autonomi over når og hvordan terapeuten skal tematisere barnas situasjon, kan det potensielt skape noen utfordringer. For det første kan det medføre uklare rammer, hvilket man har forsøkt å unngå ved å implementere tydelige rutiner og retningslinjer. I verste fall blir det avglemt som følge av at andre mer påtrengende oppgaver prioriteres. Videre vil slike vurderinger baseres på klinisk skjønn og «sunn fornuft», hvilket er behandleravhengig.

Det skal også nevnes at informantene ikke beskrev en utelukkende negativ effekt på behandlingsalliansen når foreldrerollen og barnas situasjon tematiseres; tvert imot mente de fleste informantene at den terapeutiske relasjonen kunne styrkes. Når pasienter kjenner på at barna lever under forhold som ikke er optimale, vil det oppleves som hjelpsomt at noen tar tak i det. Derfor kan det være godt for pasientene at utfordringene med å være omsorgsperson diskuteres, der man får veiledning i forbindelse med foreldrerollen, hvordan samtale med barna og bistand til at behovet for aldersadekvat informasjon dekkes.

### **Styrket implementering på systemnivå**

Implementeringsforskning har avdekket faktorer som er viktig for at intervensjoner skal gi positive resultater når de tas i bruk i praksis. Fornyelse gjennomføres best ut ifra vurderinger av ressurser, hindringer og svakheter, samt at strategiene må tilpasses dynamisk gjennom prosessen (Rimehaug & Helmersberg, 2015). Dersom implementeringen er ufullstendig, ineffektiv, tilfeldig eller dårlig utført, medfører dette at mottakerne – i dette tilfellet pasientene og deres pårørende – får et dårligere tilbud enn de burde hatt (Sørliet et al., 2010). Flere av informantene hevdet implementeringen av rutiner og retningslinjer for arbeidet med barn som pårørende har kommet et godt stykke på vei. De fremsto positive til at det er kommet spesifikke rammer og forventninger, og anså det som nødvendig for å møte barnas behov. Likevel uttrykte noen av informantene et behov for enda tydeligere standardiserte prosedyrer og retningslinjer rundt ivaretagelsen av barna og hvordan arbeidet skal gjøres i praksis. Så hva skal egentlig til for at terapeutene opplever god nok tilrettelegging for oppfølging av barna?

### **Tid, ressurser og fleksibilitet fasiliterer kvaliteten på det barnefokuserte arbeidet**

Ledelsen har en sentral rolle i å sikre at det er tilstrekkelige ressurser til endringer innad i en behandlingsenhet (Skogøy, 2019). Dersom det er institusjonsavhengig hvorvidt ledelsen har et overordnet fokus på barn som pårørende – med tilhørende tilrettelegging for gode rutiner, tid og ressurser – vil det gi terapeutene ulike utgangspunkt og handlingsrom for å følge opp pasientenes barn. Det er ofte tids- og ressurskrevende å undersøke pasientens foreldrefungering, informere og snakke med barnet og eventuelt sikre at de blir fulgt opp av andre instanser. Kun et par av informantene oppga at de har tilstrekkelig tid til denne kliniske oppgaven. For mange av informantene ligger derfor utfordringene i å gjøre et tilfredsstillende arbeid innenfor stramme tidsrammer. Informantene ga uttrykk for at det barnefokuserte arbeidet er noe man er motivert til å prioritere og bruke tid på, men som man ofte må haste seg igjennom av ulike grunner. Kombinasjonen av liten tid, begrenset fleksibilitet i stillingen og mange arbeidsoppgaver kan altså ramme kvaliteten på det barnefokuserte arbeidet. Dette gjaldt også for terapeuter med rolle som barneansvarlig. Funnene er i tråd med en rekke studier, gjennomført ved ulike voksenpsykiatriske klinikker, som konkluderte med at tid var en faktor som deltakerne fremhevet som en mangelvare og en absolutt forutsetning knyttet til arbeidet med barn som pårørende (Lauritzen & Reedtz, 2013; Lee et al., 2012; Maybery & Reupert, 2009; Stallard et al., 2004).

Barneansvarligrollen innebærer et ansvar for å fremme og koordinere oppfølging av pasientens barn, hvilket bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a pålegger alle helseinstitusjoner å ha. I den foreliggende studien ble oppfølgingsarbeid av barn som pårørende beskrevet som minst like krevende for ansatte med rolle som barneansvarlig. De fleste barneansvarlige har denne funksjonen i tillegg til de oppgavene som følger den stillingen de er ansatt i. Med andre ord blir de tildelt en rekke tilleggsoppgaver uten at det nødvendigvis gis ekstra tid eller stillingsandel til det (Osen, 2015). Mange av informantene, inkludert de barneansvarlige, kjente på en utrygghet i det barnefokuserte arbeidet grunnet manglende kompetanse og en frykt for å gjøre noe feil. Et par informanter beskrev det som ufrivillig arbeid. Resultatet er i motsetning til funn av Skogøy et al. (2019) der det barneansvarlige personellet hadde *mer* kunnskap og trygghet i arbeidet med familiene, samt at de i større grad henviser barna videre slik at de blir fulgt opp. Variasjonen i funnene kan indikere at kvaliteten på det barnefokuserte arbeidet er tilfeldig, institusjons- eller behandleravhengig.



Et par av informantene i den foreliggende studien foreslo en potensiell løsning som innebærer en omstrukturering av arbeidet i form av en ny rollefordeling. En egen stilling til formålet med utelukkende fokus på barna, eller en utvidet stilling som barneansvarlig ble ansett som hensiktsmessig. Således kan terapeuter med et personlig engasjement, spesiell interesse og god fagkunnskap om barn og utvikling fokusere utelukkende på barnas situasjon. Med en slik profesjonalisert rolle delegeres plikten alt helsepersonell har fått, til én person, og oppgavene knyttet til barn som pårørende utføres av vedkommende (Halsa & Kufås, 2012). Fordelen med en slik løsning er at vedkommende får mengdetrening i barnefokusert arbeid, hvilket bidrar til at man tilegner seg kunnskap og faglig trygghet i møte med foreldre og barn (Osen, 2015). Dette kan tenkes å gi større mulighet for at foreldre og barn blir møtt av en person med kompetanse på deres utfordringer og kunnskap om de ulike hjelpeinstanser familiene kan henvises videre til. Å delegerer det barnefokuserte arbeidet videre til den med en slik særskilt rolle kan tenkes å beskytte behandlingsalliansen, samt skåne terapeutene fra det emosjonelle ubehaget som følger det vanskelige behandlingsdilemmaet. En ulempe med en slik løsning kan imidlertid være at den barneansvarlige ikke har en relasjon til pasienten fra behandlingsstart, der manglende trygghet i relasjonen potensielt hindrer pasienten å fortelle ufiltrert. Dessuten kan terapeuten med den profesjonaliserte rollen tenkes å få flere saker tildelt enn det stillingsandelen kan romme, og dermed bli overbelastet.

### **Å «kaste ball» med kolleger bidrar til kunnskaps- og kompetanseheving**

Terapeutene kan kjenne på en utrygghet knyttet til arbeidet med barn som pårørende fordi det oppleves som diffust, udefinert og uten fasit (Halsa & Kufås, 2012; Osen, 2015). Én informant hevdet at ikke alle terapeuter kjent med innholdet i paragrafene i helsepersonelloven. I så fall er ikke alle bevisste sine forpliktelser knyttet til barn som pårørende, hvilket er i motsetning til hva Lauritzen et al. (2014) fant. Noen av informantene i den foreliggende studien følte seg alene om ansvaret for det barnefokuserte arbeidet. Som tidligere nevnt, oppga flere av informantene at de kan kjenne på psykologisk ubehag og usikkerhet når barna skal tematiseres og inkluderes i behandlingen. Det er et ukjent terreng for mange, da yrkeskulturen bærer preg av at man tradisjonelt har hatt utelukkende individfokus på den voksne pasienten. Mange av informantene beskrev at usikkerheten hadde en sammenheng med manglende kunnskap, kompetanse og erfaring til å arbeide innenfor et barne- og familieperspektiv. Dette samsvarer med tidligere forskning som fant at disse faktorene begrenset terapeutene i å implementere

identifisering og oppfølging av pasientens barn i klinisk praksis (Reedtz & Lauritzen; 2015; Itäpuisto, 2014; Humerfelt, 2014).

Informantene anså det som nødvendig å tilegne seg ytterligere kompetanse og erfaring knyttet til barn som pårørende av foreldre med rusmiddelavhengighet. Det fasiliterer en opplevelse av økt faglig trygghet og mestringstro i forbindelse med tematisering av barnas situasjon og gjennomføring av barnesamtaler. For eksempel ytret flere informanter et behov for mer erfaring gjennom mengdetrening, hvilket innebærer å møte og snakke med barn oftere. Videre påpekte informantene at kunnskaps- og kompetanseheving kan oppnås gjennom en grundigere grunnopplæring, etterutdanning, internundervisning, fagdager og kurs. I tillegg er det viktig med en sterk informasjonskanal ovenfra, der ledelsen er opptatt av pårørendeperspektivet, har temaet på agendaen og sikrer ansattes faglige påfyll. Disse funnene understøttes av flere studier som har påpekt betydningen av kvalitetssikring, systematikk og støtte fra ledelsen (Maybery & Reupert, 2009; Hjelmseth & Aune, 2018; Skogøy et al., 2018).

For å sikre kvaliteten på det barnefokuserte arbeidet og utvikling av fortløpende kompetanse innenfor seksjonen, må ildsjeler og ansatte med god kunnskap tilrettelegge for veiledning, drøfting og sparring med kolleger. For eksempel fungerer barneansvarlige som rollemodeller og inspirasjon for kolleger som deltar sammen med dem i samtale, slik at deres kunnskap spres videre på den måten (Osen, 2015). Videre kan utveksling av ideer og tilbakemeldinger inspirere til nye innfallsvinkler for arbeidet. Én informant fortalte om et tett og praktisk faglig samarbeid mellom ulike terapeuter der bruk av reflekterende team benyttes som metode for å ivareta ulike perspektivers innspill i enkeltsaker.

Tverrfaglig samarbeid kan defineres som et samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjoner om en felles utfordring, mot et felles mål (Glavin & Erdal, 2013). Studiens funn demonstrerte at de ulike institusjonene består av ansatte med svært ulik bakgrunn, erfaring og utdanning. Mange av informantene så nytten av å ha jevnlig drøftinger på tvers av enheter, i team og på behandlingsmøter da det bidrar til å bygge opp den enkeltes kompetanse- og kunnskapsnivå. Et godt tverrfaglig samarbeid og kollegaskap opplevdes som støttende for terapeutene når de sto overfor emosjonelt belastende saker og vanskelige vurderinger. For eksempel fant Skogøy et al. (2019) at støtte fra kolleger var assosiert med økt antall barnesamtaler. En helhetsvurdering som flere bidrar til, vil kunne gi nye perspektiver og tilnærminger, samt korrigere for eventuelle feiloppfatninger. Samkjøring av kunnskap og koordinering av informasjon i tverrfaglige møter kan gjøre det lettere å fatte beslutninger og

raskt iverksette de riktige tiltakene slik at barn og familier får best mulig hjelp til rett tid. Dersom det barnefokuserte arbeidet oppleves å være et felles prosjekt som påvirker hele yrkeskulturen, kan det skape en økt følelse av kollektivt samarbeid, samhold, kollegaskap og motivasjon (Glavin & Erdal, 2013).

### **Styrking av det tverretatlige samarbeidet**

Informantene rapporterte at det er uvanlig å viderehenvise til, samarbeide med eller kontakte andre aktører. Det ble begrunnet med at det er foreldrene, og ikke barna, som er pasienter i TSB. Informantene ga uttrykk for at ansvaret for barnet primært omhandler å dekke et informasjonsbehov. Sjeldent var det dialog med kommunale aktører for å videreføre oppfølgingen av barna, slik som barne- og familietjenesten, helsesykepleiere, skole eller barnehage. Nærmeste samarbeidspartner var barnevernet, som ble koblet på i de mest alvorlige tilfellene. Det ble gjort lignende funn i en studie av Hjelmseth og Aune (2018) som konkluderte med at terapeutene opplever store utfordringer i samhandling med andre hjelpeinstanser, og at det primært er foreldrene selv som må ta initiativ til å kontakte andre aktører ved behov. Det at andre aktører sjeldent ble koblet på var et noe paradoksalt funn, da mange av informantene hevdet at de som er best egnet må snakke med og informere barna, hvilket ikke nødvendigvis er terapeutene selv. Denne holdningen underbygges av en norsk studie av Almvik og Ytterhus (2004) som fant at barna primært ønsker støtte fra nettverk og familie, og ikke fra profesjonelle. Ifølge Stavnes et al. (2016) ønsker foreldre ofte at skole og barnehage skal kontaktes og informeres dersom barnas opplever vansker, slik at de som er i barnets nærmiljø kan samtale med dem, men at det er sjeldnere at terapeutene faktisk gjør det. Det tverretatlige samarbeidet rundt barn som pårørende virker å mangle en tydelig systematisk praksis, og avhenger dermed av enkeltpersoners initiativ og kunnskap (Rimehaug & Helmersberg, 2015).

Tilsynelatende ligger det et stort og uutnyttet potensial til økt støtte og videre oppfølging i barnas hverdag gjennom et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten/TSB og barnehage/skole. Det samme gjelder kontakt med eller henvisning til førstelinjetjenesten, slik som barneverntjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste, skolehelsetjeneste og fastlege. Disse aktørene anses som naturlige etterfølgere i oppfølging av barnet. Med gode og etablerte samarbeidsrutiner mellom nivåene vil prosessene og tiltakene som eventuelt settes i gang i TSB, ikke stoppe opp ved pasientens utskrivelse eller avsluttet behandling, men kunne fortsettes i barnets nærmiljø. Et slikt samarbeid vil kunne skape en bedre kvalitet på den hjelpen barnet og

familien blir tilbudt. På den måten kan man oppnå helhet og sammenheng i arbeidet med barn som pårørende og man unngår at samarbeidet blir varierende, tilfeldig og personavhengig.

### **Studiens styrker og begrensninger**

En styrke med den foreliggende studien er dens utforskende design, hvilket kan bidra til å danne nye teorier og således styrke full implementering av lover og retningslinjer slik at alle barn blir identifisert og får nødvendig informasjon, støtte og hjelp. Informantene ble rekruttert gjennom et strategisk utvalg, med fokus på å rekruttere bredt og regionalt fra klinikker i hele Midt-Norge. En styrke med studien er at den består av et relativt heterogent utvalg, med variasjon i kjønn, alder, arbeidssted, region, erfaring og hvorvidt man er barneansvarlig eller ikke. Begrepet «metning» innebærer at datainnsamlingen pågår så lenge den frembringer ny informasjon, og indikerer hvorvidt utvalgsstørrelsen er tilstrekkelig (Malterud et al., 2016). I kvalitative studier er det viktigere at deltakerne bidrar med betydningsrike data enn at de er mange i antall. Grensen for antall deltakere ble derfor bestemt ut ifra en fortløpende vurdering av studiens informasjonsstyrke, der metningspunktet ble ansett å være nådd etter det tiende intervjuet. Antallet informanter og det heterogene utvalget øker studiens generaliserbarhet. Det heterogene utvalget representerer nemlig fordelingen av de ulike personkarakteristikkene som man gjerne finner i TSB-populasjonen, hvilket øker den ytre validiteten (Kennedy-Martin et al., 2015). Kunnskapen kan således ha en overføringsverdi ved at den kan være nyttig også i andre kontekster og sammenhenger enn den som studien er utført i (Thomas & Nelson, 2001).

På motsatt side kunne inklusjonskriteriene vært strengere for å styrke studien validitet. For eksempel består utvalget av seks barneansvarlige og pårørendekoordinator (av ti), hvilket kan antyde et personlig engasjement overfor barn som pårørende. Samtidig omtaler noen av terapeutene seg som ufrivillig barneansvarlig, som kan indikere at man ikke er spesielt interessert i det barnefokuserede arbeidet selv om man har denne rollen. En mulig begrensning med studien er at den er basert på rekruttering gjennom selvseleksjon, hvilket kan medføre at terapeutene som er spesielt interessert og engasjert i barneperspektivet samtykket til studien. Dersom studien har et overtall av «ildsjeler» eller barneansvarlige, kan det resultere i et mindre representativt utvalg for ansatte i TSB. En fordel med å inkludere terapeuter som er spesielt interessert i undersøkelsens tema, er imidlertid at de med større sannsynlighet har mer innsikt og erfaring innen feltet, hvilket bidrar til potensielt mer utfyllende svar og dermed verdifull informasjon. Videre var det sprikende erfaring med barn som pårørende i utvalget, der halvparten av informantene rapporterte at de har møtt svært få barn til tross for mange års

erfaring innen rusbehandling. Dette kan ha gjort noen av spørsmålene vanskelige å besvare, da man ikke har konkrete hendelser og erfaringer å referere til. På motsatt side kan det være en generell tendens i TSB at man møter få barn, og at det uansett ville vært vanskelig å rekruttere deltakere som har tilstrekkelig erfaring med barn. Det skal også nevnes at én av deltakerne mottok spørsmålene på forhånd, slik at vedkommende kunne forberede seg. Dette kan potensielt medføre polerte og veloverveide svar. Dessuten kan svært positive holdninger til egen kompetanse og systemet, samt underrapporterte utfordringer i det barnefokuserede arbeidet i TSB være et resultat av sosial ønskelighet (Paulhus, 2002), der man ønsker å gi uttrykk for at arbeidet utføres i tråd med lovparagrafene.

Til slutt skal det påpekes at man ved å bruke kun én analysetilnærming risikerer å gå glipp av viktig informasjon og ulike perspektiver ved intervjuene. Dette kunne vært løst ved å triangulere ulike analysetilnæringer, slik som fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) eller diskursanalyse på ett eller flere intervjuer, for å undersøke om det hadde tilført ytterligere informasjon og kunnskap. Videre er denne studien begrenset til terapeutenes opplevelser og erfaringer, til tross for at pasient- og barneperspektivet anses å være et svært relevant og viktig bidrag til kunnskap om hvordan man best går fram for å ivareta barn som pårørende og deres familier. I den sammenheng anbefales det at fremtidige studier triangulerer på informantnivå, der også foreldrenes og barnas perspektiv blir inkludert.

### **Implikasjoner av funnene**

Barn som pårørende og deres foreldre utgjør en heterogen gruppe; den enkelte families behov for støtte og hjelp må utforskes og tematiseres i samarbeid med dem det gjelder. For at helsepersonell skal kunne hjelpe barn som pårørende av foreldre med rusmiddelavhengighet, er det viktig med kunnskap om hvordan ulike aspekter ved det barnefokuserede arbeidet oppfattes fra deres perspektiv. Funnene i den foreliggende studien tilfører kvalitative aspekter til dette feltet, og representerer terapeutenes opplevelse av hva som fungerer og fasiliterer det barnefokuserede arbeidet, samt hva som oppleves som vanskelig og trenger forbedring. Herunder synes kombinasjonen av tydelig forankring, samhold og engasjement nedenfra med faglig kvalitetssikring og støttesystem ovenfra å sørge for en helhetlig implementering av lovene (Rimehaug & Helmersberg, 2015). Den genererte kunnskapen kan bidra til å fremme implementeringsprosessen av lover og retningslinjer slik at barn som pårørende av rusmiddelavhengige foreldre blir identifisert, samt mottar nødvendig informasjon, støtte og hjelp.

Et konkret eksempel på et mulig tiltak rettet mot TSB, basert på funnene i denne studien, er en omstrukturering av arbeidet i form av en ny rollefordeling. Den profesjonaliserte rollen gjør at andre ansatte i TSB delegerer arbeidet med barn som pårørende videre til én person som har eksklusivt fokus på barna, slik at de selv frigjøres og kan fortsette med et individfokus på den voksne pasienten. Dersom barne- og familieansvaret derimot skal fortsette å desentraliseres til terapeuten som har behandlingsansvaret for pasienten, bør det tilrettelegges for ytterligere i form av tid, fleksibilitet og ressurser. Dessuten forutsetter det en økt kunnskaps- og kompetanseheving, der man på det overordnede plan har det på agendaen, samtidig som at det engasjeres, sparreres, drøftes og diskuteres jevnlig blant kolleger. For å komme i posisjon til å ha en forebyggende innsats overfor barna, er det essensielt med en trygg og tillitsfull relasjon til foreldrene. Det oppnås best gjennom en kontinuerlig og dynamisk samarbeidsprosess, slik at usikkerhet og engstelse knyttet til terapeutens intensjoner dempes. Således trenger terapeutene i TSB mer autonomi til å tematisere barna når det virker mest hensiktsmessig å gjøre det, og gjerne senere i behandlingsforløpet. Til syvende og sist krever et godt forebyggende arbeid individuell oppfølging, prosessarbeid, en trygg allianse og ofte tverrfaglighet. Arbeidet med barn som pårørende er noe en rekke ulike aktører, på ulike nivå, må samarbeide om fremover; både ansatte i førstelinje- og spesialisthelsetjenesten, men også lærere og helsesykepleiere i barnets nærmiljø, familiene selv, forskere og myndighetene. Det generelle målet bør være å ha en bred, forebyggende, tverrfaglig, tverretattlig og klinisk tilnærming.

Studier med kvalitativ orientering bør suppleres med kvantitative studier, med formål om å undersøke om funnene i den foreliggende studien er reelle i et større TSB-utvalg. Herunder vil det være hensiktsmessig å undersøke i hvor stor grad terapeutene opplever en betydelig effekt på behandlingsalliansen som følge av tematisering av barnas situasjon. I den sammenheng bør det utforskes om terapeutene konsekvent opplever at tematisering av foreldrerollen senere i forløpet er ideelt for ivaretagelse av alliansen, og hvorvidt det skaper en økt følelse av autonomi eller mer utydelige rammer. Videre burde en slik studie undersøke i hvor stor grad terapeutene opplever å mangle kunnskap, kompetanse og erfaring, og hvordan slike forhold eventuelt kan styrkes. Det ville også vært spennende å undersøke flere faktorer som predikerer antall barnesamtaler, slik som personlige egenskaper ved terapeuten, hvorvidt man jobber ved poliklinisk avdeling eller på døgnpost, eller hvorvidt man er barneansvarlig eller ikke. Herunder bør det undersøkes om insentivene for barnesamtaler er lik i døgn og poliklinikk, da det kan tenkes å påvirke frekvensen av barnesamtaler som gjennomføres.

Terapeutene rapporterte at andre aktører enn terapeutene selv kan være bedre egnet til å snakke med barna, samtidig som at de i liten grad samhandler med andre instanser. I lys av terapeutenes perspektiv, bør fremtidige forskningsprosjekter undersøke hva terapeutene tenker om det systemiske samarbeidet mellom TSB og øvrige aktører og instanser, slik som barnehage, skole, helsesykepleier og kommunale og statlige barnevernstjenester. Andre studier som belyser barnets eller foreldrenes perspektiv ville vært av interesse, for å få kunnskap om hvordan mottakeren av tilbudet opplever ivaretagelsen i TSB. Til slutt kunne man undersøkt hvordan pasientene foretrekker å bli møtt av terapeuten, med formål om å dempe pasientens motvillighet til tematikken og i større grad tillate involvering av barna.

### Konklusjon

Den foreliggende studien har undersøkt hvordan terapeuter i TSB opplever å tematisere og involvere pasientens barn, med tilhørende barrierer og fasilitatorer knyttet til det barnefokuserte arbeidet. Informasjon som barna mottar omtales mer som engangshendelser heller enn en implementert samtalekultur. Således kan det være varierende og behandleravhengig hvorvidt barna følges opp i tråd med lovverket. Nye funn fra foreliggende studie indikerer at det kan være aktuelt å tilrettelegge for økt autonomi der terapeutene tillates å tematisere barna senere i behandlingsforløpet, når alliansen med større sannsynlighet er styrket og pasientens motstand er dempet. Således kan man ivareta behandlingsalliansen, men også barnets beste. Videre tilsier resultatene fra denne studien at det bør utprøves en særskilt profesjonalisert rolle med et utelukkende fokus på barna. Da vil helsepersonells plikter knyttet til barn som pårørende delegeres til vedkommende, og øvrige terapeuter kan bevare det tradisjonelle individfokus på pasienten. Dersom det barnefokuserte arbeidet derimot skal fortsette å desentraliseres til alt helsepersonell, har terapeutene behov for økt tilretteleggelse i form av tid, fleksibilitet, ressurser, kompetanseheving og økt tverrfaglig samarbeid, hvilket er i tråd med funn fra tidligere forskning. Dessuten tilsier funnene at det tverretatlig samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, førstelinjetjenesten og øvrige aktører bør styrkes ytterligere for videre ivaretagelse av barnet i dets nærmiljø, slik av oppfølging av barna også sikres etter at pasientene er utskrevet fra TSB. Videre bør det reflekteres over hvem som er best egnet til å gjennomføre samtale med barna, enten det er profesjonelle, barnets foreldre, øvrige familiemedlemmer, eller ansatte i barnehage/skole. Et slikt hensyn bør trumfe systemkravet. Den genererte kunnskapen fra den foreliggende studien kan være bidragsgivende til å belyse viktige aspekter som fremtidig revidering av nasjonale lover og retningslinjer, videre implementeringsprosess, samt ledelsen og behandlere i klinisk praksis bør ta i betraktning. Dette øker forhåpentligvis sannsynligheten for at barn som pårørende av rusmiddelavhengige foreldre mottar den nødvendige informasjonen og støtten de har krav på.



### Referanser

- Afzelius, M., Plantin, L. & Östman, M. (2015). How adult psychiatry professionals view children. *Austin Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2(2), 1041.
- Afzelius, M., Östman, M., Råstam, M. & Priebe, G. (2017). Parents in adult psychiatric care and their children: a call for more interagency collaboration with social services and child and adolescent psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(1), 31-38.  
<https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1377287>
- Afzelius, M., Plantin, L. & Östman, M. (2018). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 69-77. <https://doi.org/10.1111/jpm.12433>
- Almvik, A. & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker* (Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap nr. 50). Trondheim: NTNU.
- Amundrød, E. W. & Vatne, M. V. (2020) Involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet – med relasjon til pasienten som utgangspunkt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(5), 118-128.
- Anda, R., Whitfield, C., Felitti, V., Chapman, D., Edwards, V., Dube, S. & Williamson, D. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001>
- Beardslee, W., Gladstone, T., Wright, E. & Cooper, A. (2003). A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131. <https://doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>
- Bergem, A. K. (2018). Barn som pårørende. *Når barn er pårørende* (1. utg., 16-39). Gyldendal akademisk.
- Borge, A. I. H. (2005). *Resiliens risiko og sunn utvikling*. Gyldendal Akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers?. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. & Terry, G. (2019). Thematic analysis. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, 843-860.

- Bremner, J. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 271-292.  
[https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(02\)00098-6](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(02)00098-6)
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P., Schaunig-Busch, I., & Ruths, S., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1747-597x-7-23>
- Christensen, H. & Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 219-226. <https://doi.org/10.1007/s007870070046>
- Christoffersen, M. & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 107-116. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00116-8](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00116-8)
- Clark, D. B., Cornelius, J., Wood, D.S. & Vanyukov, M. (2004). Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 685-691.
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 222-248).
- Conners, N., Bradley, R., Mansell, L., Liu, J., Roberts, T., Burgdorf, K. & Herrell, J. (2003). Children of Mothers with Serious Substance Abuse Problems: An Accumulation of Risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(4), 743-758.  
<https://doi.org/10.1081/ada-120026258>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Crittenden, P. M. K. (2015). Danger, Development and Adaption: Seminal Papers on the Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaption. I A. Landini, M. Hart, C. Baim, S. Landa. Waterside Press.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C. & Papp, L. M. (2001). Couple conflict, children and families: It's not just me and you, Babe. I A. Booth, A. C. Crouter & M. Clements (Red.). *Couples in conflict* (s. 117-147). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cunningham, J., Harris, G., Vostanis, P., Oyeboode, F. & Blissett, J. (2004). Children of mothers with mental illness: Attachment, emotional and behavioural problems. *Early Child Development and Care*, 174, 639– 650.

- Dimmen, Ø. & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kassaapparatet virker. En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(11), 1061-1066.  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=277737&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=277737&a=2)
- Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Croft, J., Edwards, V. & Giles, W. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1627-1640.  
[https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00293-9)
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W. & Anda, R. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *PEDIATRICS*, 111(3), 564-572.  
<https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Duncan, B. L., Hubble, M. A. & Miller, M. D. (1997). *Psychotherapy with "Impossible" Cases: The Efficient Treatment of Therapy Veterans* (1. Utg.). Norton.
- Dunn, M., Tarter, R., Mezzich, A., Vanyukov, M., Kirisci, L. & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1063-1090. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00132-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00132-0)
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network.
- Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. I Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S.  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Fraser, C., McIntyre, A. & Manby, M. (2009). Exploring the Impact of Parental Drug/Alcohol Problems on Children and Parents in a Midlands County in 2005/06. *British Journal Of Social Work*, 39(5), 846-866.  
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn016>
- Frich, J. C. (2007). Kvalitative studier. *Tidsskriftet den norske legeforening*.  
<https://tidsskriftet.no/2007/10/fra-redaktoren/kvalitative-studier>
- Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge* (3. utg.) Kommuneforlaget AS.

- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.3.458>
- Grimsgaard, C. (2008). «Jeg vet du bare vil det beste for barna dine.» *Kvinnelige helsearbeideres opplevelser og erfaringer i tilknytning til å snakke med psykisk syke mødre om barna deres* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Halsa, A. & Kufås, E. (2012). De nye vaktbikkjene; barneansvarlige i helseforetak. I B. S. M. Haugland, B Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s 202-219). Abstrakt Forlag AS
- Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2019). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien Forskning*, (57440), e-57440. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2019.57440>
- Harwin, J., Madge, N. & Heath, S. (2010). *Children affected by Parental Alcohol Problems (ChAPAPs). A Report on the Research, Policy, Practice and Service Development relating to ChAPAPs across Europe. An ENCARE 5 Project funded by the European Union*. Brunel University & ENCARE Network.
- Haugland, B. S. M. (2003). Paternal Alcohol Abuse: Relationship Between Child Adjustment, Parental Characteristics, and Family Functioning. *Child Psychiatry and Human Development*, 34(2), 127-146. <https://doi.org/10.1023/a:1027394024574>
- Haugland, B.S.M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I: Haugland, B.S.M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende* (s. 82-106). Abstrakt forlag.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet (2008) *De usynlige barna. Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. <https://bufdir.no/contentassets/ed7a489b2fbf4c808e4637c037e51450/barn-av-psykisk-syke-og-rusmiddelavhengige-foreldre---de-usynlige-barna.pdf>
- Helsedirektoratet (2018, 28. juni). § 10a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Hentet 7. februar 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-10a.helsepersonells-plikt-til-a-bidra-til-a-ivareta-mindrearige-barn-som-parorende>

- Hill, L. (2015). 'Don't Make Us Talk!': Listening to and Learning from Children and Young People Living with Parental Alcohol Problems. *Children & Society*, 29(5), 344-354. <https://doi.org/10.1111/chso.12064>
- Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien Forskning*, (65521), e-65521. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2018.65521>
- Holm, H. E. (2012, 15. mai). *Barn i familier med rusmiddelproblemer*. Borgestadklinikken. <https://www.forebygging.no/artikler/2014-2012/barn-i-familier-med-rusmiddelproblemer/>
- Hosman, C. M. H., van Doesum, K. & Van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands. I *Scientific basis of a comprehensive approach. Australian e-Journal for Advancement of Mental Health*, 8(3), s. 250-263.
- Humerfelt, K. (2014). Fra handlingslammelse til handlingskraft : å identifisere omsorgssituasjonen til barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer. *Fontene Forskning*, 2, 31-43.
- Högström, J., Olofsson, V., Özdemir, M., Enebrink, P. & Stattin, H. (2017). Two-Year Findings from a National Effectiveness Trial: Effectiveness of Behavioral and Non-Behavioral Parenting Programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 527-542. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0178-0>
- Håkansson, U., Söderström, K., Watten, R., Skårderud, F. & Øie, M. (2017). Parental reflective functioning and executive functioning in mothers with substance use disorder. *Attachment & Human Development*, 20(2), 181-207. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1398764>
- Itäpuisto, M. (2014). Helping the children of substance-abusing parents in the context of outpatient substance abuse treatment. *Addiction Research & Theory*, 22(6), 498-504. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.892930>
- Kallander E. K., Brodal L. & Kibsgård, H. (2012). Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007–2010. Oslo: Helsedirektoratet, IS-2011.
- Kennedy-Martin, T., Curtis, S., Faries, D., Robinson, S. & Johnston, J. (2015). A literature review on the representativeness of randomized controlled trial samples and implications for the external validity of trial results. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1023-4>

- Killén, K. & Olfsson, M. (2003). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2019). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar* (4. utg.). KF AS.
- Kjellevoid, A. (2008) Pårørende i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(4), 355-365. [https://www.idunn.no/tph/2008/04/parorende\\_i\\_psykisk\\_helsearbeid](https://www.idunn.no/tph/2008/04/parorende_i_psykisk_helsearbeid)
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of Brief Parent Training in primary care settings. *Prevention Science*, 13(6), 616-626.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Kufås, E., Faugli, A. & Weimand, B. M. (2015). «Når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet...» *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer – en kvalitativ levekårsstudie* (Rapport IS-2398). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norske Forlag.
- Laletas, S., Reupert, A., Goodyear, M. & Morgan, B. (2015). Pathways of Care: targeting the early childhood sector for early intervention. *Advances in Mental Health*, 13(2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1066293>
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Tapir Akademisk Forlag.
- Larsen, A. (2017). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård B. H. & Mørch W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52.
- Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2013). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16(10), 12-18. <https://doi.org/10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875>
- Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2014). Translating Knowledge about Parental Mental Illness to the Field of Practice. *Journal of General Practice*, 02(05). <https://doi.org/10.4172/2329-9126.1000176>

- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., van Doesum, K. & Martinussen, M. (2015). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 864-871. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9895-y>
- Lauritzen, C. (2018). Barn som pårørende anno 2018. *Tidsskrift For Psykisk Helsearbeid*, 15(04), 368-373. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-10>
- Lauritzen, C., Kolmannskog, A. & Iversen, A. (2018). Family assessment conversations as a tool to support families affected by parental mental illness: a retrospective review of electronic patient journals. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0199-x>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Rognmo, K., Nilsen, M. & Walstad, A. (2018). Identification of and Support for Children of Mentally Ill Parents: A 5 Year Follow-Up Study of Adult Mental Health Services. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00507>
- Lee, C., Christie, M., Copello, A. & Kellett, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: A qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(3), 244-252. <https://doi.org/10.3109/09687637.2011.644599>
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R. & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312-317. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000341>
- Lilleeng, S., Ose, S. O., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I. & Kalseth, J. (2009). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne* (SINTEF-rapport 3/09). <http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport11408-polikliniske-pasienter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2008.pdf>
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I Lossius, K. (Red.) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., 23-38). Gyldendal Akademisk.

- Loukas, A., Fitzgerald, H. E., Zucker, R. A. & von Eye, A. (2001). Parental Alcoholism and Co-Occurring Antisocial Behavior: Prospective Relationships to Externalizing Behavior Problems in their Young Sons. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **29**, 91-106.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet den norske legeforening*.  
<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, *26*(13), 1753-1760.
- Maybery, D. & Reupert, A. (2006). Workforce Capacity to Respond to Children Whose Parents have a Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(8), 657-664. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01865.x>
- Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*(9), 784-791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Maybery, D., Goodyear, M., O'Hanlon, B., Cuff, R. & Reupert, A. (2014). Profession Differences in Family Focused Practice in the Adult Mental Health System. *Family Process*, *53*(4) <https://doi.org/10.1111/famp.12082>
- Menting, A. T. A., Bram, O. C. & Walter, M. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 901-913.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- Moran, P., Ghate, D. & van der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence* (Policy Research Bureau Report RR574). Department for Education and Skills.  
[https://www.researchgate.net/publication/242603685\\_What\\_Works\\_in\\_Parenting\\_Support\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_International\\_Evidence](https://www.researchgate.net/publication/242603685_What_Works_in_Parenting_Support_A_Review_of_the_International_Evidence)
- Mowbray, C., Lewandowski, L., Bybee, D. & Oyserman, D. (2004). Children of Mothers Diagnosed with Serious Mental Illness: Patterns and Predictors of Service Use. *Mental Health Services Research*, *6*(3), 167-183.  
<https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000036490.10086.95>



- 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.
- Nicholson, J. (2009). Building the evidence base for families living with parental mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 222-226.
- Ólafsdóttir, J., Hrafnadóttir, S. & Orjasniemi, T. (2018). Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(3), 165-178. <https://doi.org/10.1177/1455072518766129>
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R. & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17, 36-43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 44-62. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514192>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF-rapport IS-24/8 nr. 7) Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf/\\_attachment/inline/cabeb7bb-7db3-43ee-b017-aafb3807be5:16286828bbb6f49d6d1dd870a854deb553a4a9b7/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf/_attachment/inline/cabeb7bb-7db3-43ee-b017-aafb3807be5:16286828bbb6f49d6d1dd870a854deb553a4a9b7/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf)
- Osen, N. L. (2015). «Medvindsfaktorer» for barneansvarligarbeidet i voksenpsykiatrien. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen og S. Gjesdahl. (Red). *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 213-227). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Osen, N. L., Relling, M. H., Overvik, M. & Glørstad, T. (2015). Arbeid med barn som pårørende i psykisk helsevern. *Barne- og familiesamtaler i psykisk helsevern for voksne. En praktisk håndbok for helsepersonell og barneansvarlige* (1. utg., s. 15-30). Kommuneforlaget.
- Paulhus, D. L. (2002). Socially Desirable Responding: The Evolution of a Construct. I H. I. Braun, D. N. Jackson & D. E. Wiley (Red.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (s. 49-69). Mahwah NJ: Erlbaum.

- Perera, D., Short, L. & Fernbacher, S. (2014). There is a lot to it: Being a mother and living with a mental illness. *Advances in Mental Health*, 12(3), 167-181.  
<https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081895>
- Perry, B. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 240-255. <https://doi.org/10.1080/15325020903004350>
- Porreca, A., Biringen, Z., Parolin, M., Saunders, H., Ballarotto, G. & Simonelli, A. (2018). Emotional Availability, Neuropsychological Functioning, and Psychopathology: The Context of Parental Substance Use Disorder. *Biomed Research International*, 2018, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2018/5359037>
- Reedtz, R. (2012). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(12), 1174-1179.
- Reedtz, C. & Lauritzen, C. (2015). Children of mentally ill parents: The need for new routines and better implementation strategies. *Scandinavian Psychologist*, 2. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e10>
- Reedtz, C. & Lauritzen, C. (2015). Å se og ivareta barn av psykisk syke foreldre. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.) *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. (s. 29-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Reedtz, C., Mørch, L. & Lauritzen, C. (2015). Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? – Kritisk søkelys på implementering av ny klinisk praksis i psykisk helsevern for voksne. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1, 36–45.
- Reedtz, C., Lauritzen, C., Stover, Y., Freili, J. & Rognmo, K. (2019). Identification of Children of Parents With Mental Illness: A Necessity to Provide Relevant Support. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00728>
- Rimehaug, T. & Helmersberg, I. (2015). Dyrke vekstkraft og forvente uår. Implementering av forebyggende tiltak. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.) *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. (s. 29-44). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rutter, M. (1984). Psychopathology and Development: II. Childhood Experiences and Personality Development. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 18(4), 314-327. <https://doi.org/10.3109/00048678409158793>

- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. I J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Red.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (181–214). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013>
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., **Skogøy**, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie* (Rapport, IS-0522). Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/\\_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf)
- Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., Skogøy, B. E. & Ose, S. O (2019). Adult Mental Health Outpatients Who Have Minor Children: Prevalence of Parents, Referrals of Their Children, and Patient Characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00163>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: a Relational Treatment Guide*. Guildford Press.
- Selbekk, A., Adams, P. & Sagvaag, H. (2018). “A Problem Like This Is Not Owned by an Individual”: Affected Family Members Negotiating Positions in Alcohol and Other Drug Treatment. *Contemporary Drug Problems*, 45(2), 146-162. <https://doi.org/10.1177/0091450918773097>
- Siegenthaler, E., Munder, T. & Egger, M. (2012). Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018>
- Skogøy, B. E., Sørgaard, K., Maybery, D., Ruud, T., Stavnes, K., & Kufås, E., Peck, G. C., Thorsen, E., Lindstrøm, J. C. & Ogden, T. (2018). Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3393-2>

- Skogøy, B. E., Maybery, D., Ruud, T., Sørgaard, K., Peck, G. C., Kufås, E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Ogden, T. (2018). Differences in implementation of family focused practice in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0256-5>
- Skogøy, B. E., Ogden, T., Weimand, B., Ruud, T., Sørgaard, K. & Maybery, D. (2019). Predictors of family focused practice: organisation, profession, or the role as child responsible personnel?. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4553-8>
- Skogøy, B. E. (2019). *From policy to practice. Implementing changes in law to support and protect children of ill parents* [Doktorgradsavhandling]. Norges Arktiske Universitet.
- Solbakken B., Lauritzen G. & Lund M. K. Ø. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer* (SIRUS-rapport 5/2005). Oslo: SIRUS
- Solbakken, B. & Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer* (Rapport nr. 1/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R. & Hussong, A. M. (2012). Understanding the Diverse Needs of Children Whose Parents Abuse Substances. *Current Drug Abuse Review*, 5(2), 135-147. <https://doi.org/10.2174/1874473711205020135>
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E. & Cribb, J. (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39-52. <https://doi.org/10.1177/1359104504039767>
- Stavnes, K., Hagen, K. A. & Ruud, T. (2016). Lov i praksis: Helsevesenets oppfølging av pasienters barn. *Rus & Samfunn*, 10(2), 33-37.
- Sundfær, Aa., (1999). Ung og lovende. Barna til 31 mødre med rusproblemer har blitt ungdommer. Barne- og familieetaten/Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Sundfær, Aa. (2017). Å være barn eller ungdom i familier med rus og/eller psykisk sykdom. *Tidlig innsats: kunnskapsbase og publiseringskanal for folkehelse- og rusforebygging*. Helsedirektoratet. <https://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/A-vare-barn-eller-ungdom-i-familier-med-rus-ogeller-psykisk-sykdom/>
- Sørli, M. A., Ogden, T., Solholm R. & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(4), 315-321. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/04/implementeringskvalitet-om-fa-tiltak-til-virke-en-oversikt>

- Tchernegovski, P., Hine, R., Reupert, A. & Maybery, D. (2018). Adult mental health clinicians' perspectives of parents with a mental illness and their children: single and dual focus approaches. *BMC Health Services Research*, 18(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3428-8>
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E. & Boon, S. (2009). Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: 'No-one has ever asked me how I feel in any of this'. *Journal of Substance Use*, 14(3-4), 139-150.  
<https://doi.org/10.1080/14659890802624287>
- Thomas, J. R. & Nelson, J. K. (2001). *Research methods in physical activity* (4. utg). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-barn-av-foreldre-med-psykiske-lidelser-eller-alkoholmisbruk-omfang-og-konsekvenser.pdf>
- Utvåg, K. M., Steinkopf, S. & Holgersen, H. (2014). Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(10), 861-867.  
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2014/10/vilkar-klinisk-autonomi-og-dens-betydning-god-praksis?redirected=1>
- van Doesum, K. (2015). Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.) *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. (s. 29-44). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge.
- Velleman, R. & Templeton, L. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: an update. *Bjpsych Advances*, 22(2), 108-117. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014449>
- Verhulst, B., Neale, M. & Kendler, K. (2014). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Medicine*, 45(5), 1061-1072. <https://doi.org/10.1017/s0033291714002165>
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

- Wangensteen, T., Bramness, J. & Halså, A. (2018). Growing up with parental substance use disorder: The struggle with complex emotions, regulation of contact, and lack of professional support. *Child & Family Social Work*, 24(2), 201-208.  
<https://doi.org/10.1111/cfs.12603>
- Wangensteen, T., Jansen, S. & Halså, A. (2019). Foreldreskap og rus – den tause skammen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2).
- Wangensteen, T. (2020). *Når stigma og skam står i veien for at barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet får beskyttelse og meningsfulle samtaler. En kvalitativ studie* [Doktorgradsavhandling]. Høgskolen i Innlandet.
- Wiig, E., Halså, A., Bramness, J., Myra, S. & Haugland, B. (2018). Rescue the child or treat the adult? Understandings among professionals in dual treatment of substance-use disorders and parenting. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(3), 179-195.  
<https://doi.org/10.1177/1455072518773615>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. utg.) Maidenhead: McGraw Hill Open University Press.
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.
- Ytterhus, B. & Almvik, A. (1999). Har kommunene et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk sykke foreldre? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 119(18), s. 2667-2669.
- Yule, A. M., Martelon, M., Farone, S. V., Carrellas, N., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2017). Examining the association between attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: A familial risk analysis. *Journal of Psychiatric Research*, (85), 49-55.
- Aamodt, L. G. & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. RBUP Sør-Øst.

## Vedlegg

### Vedlegg A: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

09.12.2021, 11:16

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## Vurdering

**Referansenummer**

535271

**Prosjekttittel**

Terapeuters opplevelser av tematisering av barnas situasjon med voksne pasienter i TSB, og hva de trenger for å møte lovverkets krav om å identifisere og ivareta deres behov

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for psykologi

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Stian Solem , stian.solem@ntnu.no, tlf: 73550493

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Marie Ellingsen, marie\_ellingsen\_94@hotmail.com, tlf: 95168075

**Prosjektperiode**

10.03.2021 - 15.12.2021

**Vurdering (1)**

---

**26.03.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 26.03.2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.12.2021.

**LOVLIG GRUNNLAG**

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/601afd5f-8a42-4d35-8a12-612cb3783974>

1/2

09.12.2021, 11:16

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

Ved bruk av databehandler (f.eks ved skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.



**Vedlegg B: Utfyllende informasjonsskriv inkludert samtykkeskjema****Vil du delta i forskningsprosjektet**

***” Terapeuters opplevelser av tematisering av barnas situasjon med voksne pasienter i TSB. Hva trenger de for å møte lovverkets krav om å identifisere og ivareta barnas behov?”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan terapeuter opplever å tematisere barna i samtale med rusmiddelavhengige pasienter – hva er det som gjør at man velger å utforske/velger å ikke utforske barnas situasjon med voksne pasienter i rusbehandling? Videre er formålet å bidra til økt forståelse av hva behandlere har behov for slik at de kan styrke jobben knyttet til å ivareta barnefokuset. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

**Formål**

Målet med hovedoppgaven er å undersøke hva det er som gjør at terapeuter velger å tematisere/ikke tematisere barnas situasjon med voksne pasienter som er i rusbehandling, og eventuelt hvilke faktorer som gjør det vanskelig for terapeutene å utforske barnas situasjon med voksne i terapi. Videre er formålet å utforske hva behandlerne har behov for slik at de kan forbedre jobben knyttet til oppfølging og ivaretagelse av barn som pårørende, og hva de anser som viktige forutsetninger og metoder for dette arbeidet. I tillegg vil det være ønskelig å se på hvordan videre oppfølging sikres etter at pasienter med barn under 18 år avslutter sin behandling i TSB.

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Psykologisk Institutt ved NTNU Dragvoll er ansvarlig for prosjektet. Videre utføres forskningsprosjektet i samarbeid med FoU-seksjonen, klinikk for rus og avhengighetsmedisin – region Midt-Norge, som tilrettelegger for rekruttering. Prosjektbeskrivelsen er gjennomgått i regionalt fagledernetverk for TSB 11. mars 2021, og har fått støtte som et regionalt prosjekt.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Det er ønskelig at deltakerne består av et lite utvalg med cirka 10 terapeuter som jobber i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og som har erfaring med å behandle pasienter som har barn under 18 år. Det vil være en fordel om informantene har erfaring med foresatte med både små og eldre barn. Det er videre ønskelig med deltakere som har minst 3 års erfaring. Av den grunn bør informanten være minst 28 år gammel og opptil 65 år. Videre er det å foretrekke deltakere av begge kjønn.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et individuelt intervju som anslås å vare i +/- 1 time. Der lydopptak vil benyttes for å registrere opplysningene. Spørsmålene som stilles har til hensikt å fange opp dine opplevelser og erfaringer med å tematisere barnas situasjon med voksne pasienter i rusbehandling, hva du opplever å mangle/trengte for å yte en god jobb med ivaretagelse av barn som pårørende, samt hvordan videre oppfølging etter endt behandling sikres. Dine svar vil registreres gjennom et båndopptak som vil medbringes til intervjumøtet, samt notater.

Gjennomføring av intervjuene er noe usikkert per dags dato, da det avhenger av Covid-19-situasjonen. I utgangspunktet er de planlagt å gjennomføres ved Psykologisk Institutt ved NTNU Dragvoll, eventuelt ved din arbeidsplass eller der du måtte ønske gitt at intervjuet gjennomføres i private rom uten forstyrrelser. Dersom intervjuet ikke lar seg gjennomføre fysisk, enten fordi du ikke befinner deg i Trondheim eller at Covid-19-situasjonen ikke tillater det, vil intervjuene gjennomføres digitalt. Plattformen som benyttes i disse tilfellene er Confrere, da den ivaretar hensyn om konfidensialitet og derav anses som trygg. Tidsrom for gjennomføring vil være våren 2021, i perioden mars til mai.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ved NTNU Dragvoll er det kun meg og mine veiledere som vil ha tilgang på informasjonen som lagres om deg. Under intervjuene vil det benyttes båndopptaker, og deretter vil opptakene transkriberes, hvor alt av personidentifiserende opplysninger vil anonymiseres.

Båndopptakene vil oppbevares i et skap med kodelås ved NTNUs psykologiske poliklinikker. Som deltaker vil du ikke kunne gjenkjennes i eventuell publikasjon.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er i desember 2021. De benyttede båndopptakene vil slettes og notatene makuleres ved prosjektslutt. Transkribert datamateriale (nedskrevet intervju, anonymisert) vil kunne brukes i videre forskning etter prosjektets slutt.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Psykologisk institutt, NTNU Dragvoll ved Marie Ellingsen: [mariehel@stud.ntnu.no](mailto:mariehel@stud.ntnu.no), min veileder Stian Solem [stian.solem@ntnu.no](mailto:stian.solem@ntnu.no) eller biveileder Trond Nordfjærn [trond.nordfjarn@ntnu.no](mailto:trond.nordfjarn@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Stian Solem  
(Forsker/veileder)

Marie Ellingsen  
(Student)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Terapeuters opplevelser av tematisering av barnas situasjon med voksne pasienter i TSB*. Hva trenger de for å møte lovverkets krav om å identifisere og ivareta barnas behov?, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet
- at transkribert datamateriale (nedskrevet intervju, anonymisert) vil kunne brukes i videre forskning etter prosjektets slutt

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

**Vedlegg C: Kortfattet informasjonsskriv****ØNSKER DU Å DELTA I MIN STUDIE OM HVORDAN TERAPEUTER OPPLEVER Å TEMATISERE BARN I SAMTALE MED RUSMIDDELAVHENGIGE PASIENTER?**

Kontakt  
Marie Ellingsen  
95168075  
mariehel@stud.ntnu.no

Jeg er profesjonsstudent i psykologi ved NTNU Dragvoll, og skriver for tiden hovedoppgave. I den anledning ønsker jeg kontakt med deg som er terapeut i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og som har erfaring med pasienter som har barn under 18 år.

Forskningsprosjektet har til hensikt å undersøke hvordan terapeuter opplever å tematisere barna i samtale med rusmiddelavhengige pasienter – hva er det som gjør at man velger å utforske/velger å ikke utforske barnas situasjon med voksne pasienter i rusbehandling? Videre er formålet å bidra til økt forståelse av hva behandlere har behov for slik at de kan styrke jobben knyttet til å ivareta barnefokuset. Hovedveileder for prosjektet er Stian Solem og biveileder er Trond Nordfjærn ved Institutt for psykologi, NTNU.

Deltakelse i studien innebærer en intervjusamtale som er estimert å vare omtrent **45 minutter - 1 time**. Intervjuet vil gjennomføres ved Psykologisk Institutt ved NTNU Dragvoll, ved din arbeidsplass eller der du måtte ønske gitt at gjennomførelsen skjer i private rom uten forstyrrelser. Grunnet Covid-19-situasjonen vil det tilrettelegges for digital gjennomførelse av intervjuet dersom det er ønskelig. Alle personidentifiserende opplysninger vil anonymiseres før materialet anvendes i studien. Les utdypende informasjonsskriv med samtykkeerklæring for flere opplysninger om prosjektet.

Ta kontakt dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien!

**Vedlegg D: Intervjuguide (versjon 2)**

1. Kan du fortelle litt om deg selv?
  - Kjønn
  - Alder
  - Utdanning
  - Erfaring
  - Arbeidssted
  - Stilling
  - Hvor lenge har du jobbet her?
2. Hvordan er arbeidsoppgavene organisert – hva er rammene?
3. Hvordan tematiserer/utforsker du vanligvis barnas situasjon i møte med voksne pasienter?
4. Hva motiverer / hjelper deg til å utforske dette temaet med pasienten?
5. Hva hindrer deg eventuelt i å tematisere/utforske barnas situasjon med pasienten?
  - Tid, kunnskap, kompetanse, faglig vurdering?
  - Hvordan tror du det å snakke om barna påvirker alliansen med den voksne pasienten?
    - Kan du gi noen eksempler der alliansen har blitt påvirket av at du tok opp barnas situasjon?
  - I hvor stor grad tror du pasienten tåler å snakke om hvordan deres livssituasjon påvirker barnet?
  - Er det noe du er redd for å gjøre feil når du tar opp barnets situasjon med forelderen? Andre årsaker til at det er vanskelig å tematisere?
6. Er det noen barn du tenker at du burde ha snakket med, men som du ikke har snakket med?
  - Hva er årsaker til at disse samtalene ikke har blitt gjennomført? Er det noen faktorer som gjør gjennomføring av disse samtalene vanskelig?
  - I hvor stor grad tror du barn tåler å snakke om egne og foreldres vansker?
7. Hva har du behov for, for å tilrettelegge for flere barnesamtaler, eller for å gjøre en bedre jobb knyttet til oppfølging av barn som pårørende?
8. Hva skal til for å lykkes med å ivareta barn som pårørende? Hva anser du som viktige forutsetninger dette arbeidet?
9. Hvor ofte / i hvilke tilfeller henvises barn videre / iverksettes det tiltak for videre oppfølging av barnet?
10. Hvordan sikrer man at barnet får videre hjelp og oppfølging etter at de ikke er underlagt TSB lenger? F.eks. overgangen til de kommunale tiltakene? I skole/barnehage? Hvordan skjer det i praksis?

