

Hannah B. Eriksen

Rusmisbrukende mødre og fokus på barn i rusbehandling

En kvalitativ undersøkelse om behandleres erfaringer med rusmisbrukende mødre og fokus på deres barn i rusbehandling.

Masteroppgave i Master i Barnevern

Veileder: Anita Skårstad Storhaug

September 2019

Hannah B. Eriksen

Rusmisbrukende mødre og fokus på barn i rusbehandling

En kvalitativ undersøkelse om behandleres erfaringer med rusmisbrukende mødre og fokus på deres barn i rusbehandling.

Masteroppgave i Master i Barnevern
Veileder: Anita Skårstad Storhaug
September 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

Sammendrag

Masterprosjektet er en kvalitativ studie som omhandler behandleres erfaringer i møte med rusmisbrukende mødre i rusbehandling, og deres barn. Studien søker å finne ut hvilket fokus ulike rusinstitusjoner har på barnet i behandling av mor, og hvordan behandlerne tematiserer morsrollen i samhandling med mødrene. Andre hovedelementer er informantenes forståelse av utfordringer knyttet til å være en god omsorgsperson som rusmisbruker, og behandlernes opplevelse av samarbeidet med barneverntjenesten.

Problemstillingen for studien lyder: *Hvilket fokus har man på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre?* For å presisere problemstillingen har jeg formulert tre forskningsspørsmål: 1.) *Hvordan tematiseres rollen som forelder i samhandlingen med mødrene?* 2.) *Hva forstår behandlerne som de største utfordringene med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker?* 3.) *Hvordan opplever behandlerne samarbeidet med barneverntjenesten?*

Prosjektet har sin bakgrunn i ønsket om å tilegne innsikt i hvordan behandlerne, som er tett på mødrene, og ved flere tilfeller også barna, forstår barnas omsorgssituasjon og behov, samt hvilket fokus de har på barna i behandlingen av mor. Masteroppgavens datamateriale er basert på seks semistrukturerte dybdeintervju med seks forskjellige behandlere. Behandlerne arbeider ved fem ulike rusinstitusjoner, og har bred erfaring fra rusfeltet.

Samtlige behandlere uttaler at de har fokus på barnet i behandling av mor. Fokuset framtrer på litt ulikt vis. Ifølge informantene tematiseres morsrollen i stor grad i samhandling med mødrene, og flere vurderer morsrollen som hovedårsaken til rusbehandlingen for mange mødre. I tråd med dette, uttrykker samtlige informanter at målet med behandlingen er å dyktiggjøre mor i foreldrerollen, samtidig som en arbeider med rusmisbruket. I studien finner jeg noen nyanser i rusinstitusjonenes og barneverntjenestens terskel for hva som er «godt nok» for et barn. Ved enkelte tilfeller kan det se ut til at behandlerne omtaler en litt høyere terskel for hva som kan være forsvarlig for et barn å leve med, enn min vurdering av barneverntjenestens terskel. Studien konkluderer med at behandlerne ser når en omsorgssituasjon ikke er god nok, og har et barnefokus i tråd med lovverket. Samarbeidet mellom behandlerne og barneverntjenesten blir beskrevet som godt og viktig, men samtidig ikke helt uproblematisk. Hovedutfordringene ser ut til å være knyttet til manglende kommunikasjon, samt instansenes opplevde forskjellige utgangspunkt og synspunkt for bistanden som skal gis og avgjørelsene som skal tas.

Summary

This masters thesis takes the form of a qualitative study about the experiences of therapists working with substance abusing mothers in rehabilitation programs, and their children. The thesis aims to discover the role different rehabilitation institutions attribute to the child when treating the mother, and how the therapists address the role of motherhood when interacting with the women being treated. Other main aspects of the thesis are the interviewees understanding of the challenges tied to being a caretaker of a child while abusing substances, and the therapists experiences of the cooperation with Child Protective Services (CPS).

The problem statement of the thesis is: *What focus is given to the child in treatment of a substance abusing mother?* To further concretize the problem statement, three research questions are posed below: 1.) *How is the role of motherhood addressed when interacting with the mothers?* 2.) *What do the therapists consider to be the biggest challenges when combining substance abuse with being a good caretaker?* 3.) *How do the therapists experience the cooperation between themselves and Child Protective Services?*

This project stems from a wish to gain insight into how different therapists, who are working directly with the mothers and sometimes children, understand the needs of the child as well as what focus they place upon the child when treating the mother. The thesis builds upon data gathered from six semi-structured interviews with six different therapists. The therapists work at five different rehabilitation institutions and possess wide expertise in the field.

All of the therapists in this study report that the children are a focus when treatment of the mother is concerned. This focus manifests through different means. The interviewees report that motherhood is a central theme when interacting with the mothers, and multiple of them regard the maternal role as a the main driver behind the treatment. Following the same line, all of the therapists state the goal of the rehabilitation is to increase the mothers ability to care for her child, while still addressing the substance abuse. In the thesis I discover nuances in what different institutions and CPS classify as adequate care for a child. In some cases it seems like the therapists have a slightly lower bar for adequate care than what I can gather is set by the CPS. The thesis concludes that the therapists identifies when the level of care is not adequate, and that they operate with a standard of care that is within the current legislation. The cooperation between the therapists and CPS is described as both good and important, while not without its challenges. The main challenges seem to be tied to a lack of communication, as well as the different institutions experiencing a wide range of different basis and views of the assistance to be offered and the decisions to be made.

Forord og takk

Etter fem års studietid avsluttes mastergradsutdanningen i Barnevern ved NTNU i Trondheim. Det siste punktum er endelig satt, og jeg er en stor mengde kunnskap og erfaring rikere. Det har vært en svært lærerik, spennende og selvutviklende prosess, som har gitt meg nyttige refleksjoner og faglig styrke som jeg bringer med meg inn i arbeidslivet. Et masterprosjekt er visst ikke enkelt arbeid, og prosessen har slik også vært utfordrende og krevende. Veien fram mot målstreken har vært lang, og jeg er utrolig stolt over det arbeidet jeg i dag kan presentere i dette prosjektet. Dette har jeg mange å takke for.

Den største takken går til informantene som gledelig stilte til intervju og delte av sin brede kunnskap, sine mange erfaringer og svært reflekterte utsagn med meg. Dere var svært imøtekommende og givende av deres tid, og ga meg mye nyttig informasjon som jeg kan bringe med meg videre i mitt arbeidsliv. Uten deres deltakelse og raushet hadde ikke denne studien vært mulig å gjennomføre. Tusen takk!

Den neste takk vil jeg rette til min dyktige veileder Anita Skårstad Storhaug. Du har vært til uvurderlig hjelp med dine gode refleksjoner, nyttige innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Du har stilt opp for meg, og delt av din kunnskap med glede. Du har alltid svart godt, utdypende og raskt på alle spørsmål jeg har hatt, og vært god å ha i vanskelige skrivestunder. Uten deg hadde jeg ikke blitt ferdig med dette prosjektet.

Jeg vil også takke mine herlige medstudenter, særlig Malin og Agnethe. Timene på lesesalen har vært mange og lange, og hadde ikke vært på langt nær så kjekk å fullføre uten dere! Dere har bidratt med mye latter og glede, samtidig som vi har delt våre frustrasjoner og hatt faglige diskusjoner. Dette er jeg svært takknemlig for, og jeg vil savne den fine tiden med dere.

Min mor og far fortjener også en takk for at de alltid har støttet meg og kommet med oppmuntrende tilbakemeldinger underveis. Dere er verdens snilleste og mest omsorgsfulle foreldre, og jeg hadde ikke vært der jeg er i dag uten dere. Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke min fantastiske samboer Erlend. Du har stilt opp, og støttet meg når jeg har følt motgang i prosjektet. Takk for din omsorg og ditt alltid gode humør. Gleder meg til nye eventyr nå som vi begge er ferdig utdannet!

Trondheim, September 2019

Hannah B. Eriksen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Summary	2
Forord og takk	3
1. Innledning.....	7
1.1) Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2) Temaets faglige og samfunnspolitiske relevans for barnevern	9
1.3) Oppgavens formål og problemstillinger.....	9
1.4) Begrepsavklaring	10
1.5) Oppgavens strukturelle oppbygning	12
2. Teoretisk rammeverk.....	12
2.1) Forekomst av barn som vokser opp i rusbelastede hjem.....	13
2.2) Barn som pårørende av rusmisbrukende mødre	13
2.3) Konsekvenser for rollen som omsorgsperson	14
2.4) Skjult for omverdenen.....	16
2.5) Barnet inntar en voksenrolle	17
2.6) Barnets bekymring i perioder med og uten rus	17
2.7) Definisjonen av rusmisbruk	18
2.8) Lovendringer til gode for barnet	19
2.9) Hvilket fokus behandlerne bør ha på barnet i behandling av mødrene	19
2.10) Behandlingsfokus ved rusinstitusjonene	21
2.11) Familien i behandling.....	23
2.12) Optimale oppvekstforhold eller «god nok» omsorg?	25
2.13) Tilknytningsteori.....	26
2.14) Rusmisbrukende mødres mentaliseringsevne	28
2.15) Mentalisering som terapiform	29
2.16) Samarbeid med barneverntjenesten.....	30
3. Metode.....	32
3.1) Vitenskapsteoretiske betraktninger og utgangspunkt.....	32
3.2) Fenomenologi.....	33
3.3) Hermeneutikk.....	34
3.4) Er en kombinasjon av de to vitenskapelige perspektivene mulig?.....	35
3.5) Forforståelse	35
3.6) Forskningsstrategi	36
3.7) Utvalg og utvalgsriterier	36
3.8) Rekruttering av informanter.....	37

3.9) Gjennomføring av intervjuene	39
3.10) Bruk av lydopptak.....	41
3.11) Transkribering.....	42
3.12) Analyse av data.....	42
3.13) Systematisk tekstkondensering	43
3.14) Metoden i mer inngående trekk.....	44
3.15) Forskningsetiske overveielser	46
3.15.1) Informert samtykke	46
3.15.2) Anonymisering og konfidensialitet	46
3.15.3) Reliabilitet.....	46
3.15.4) Validitet.....	48
3.15.5) Generaliserbarhet	49
3.15.6) Forskningsetiske hensyn	49
4. Analyse og presentasjon av funn.....	51
4.1) Fokus på barnet	51
4.1.1) Behandlernes kontakt med barnet	52
4.1.2) Fokus på barnet i samtale med mor – morsrollen som tema i behandling	56
4.2) Mor som primærpatient	58
4.3) Hva er «god nok» omsorg for et barn?.....	59
4.4) Informantene om kombinasjonen av rus og omsorg	61
4.5) utfordringer knyttet til å være en god omsorgsperson som rusmisbruker	65
4.5.1) Emosjonell utilgjengelighet	66
4.5.2) Underkommunerer følelser.....	68
4.5.3) Tilknytning og ustabile forhold i barnets hverdag	68
4.6) Samarbeid med barneverntjenesten.....	70
4.6.1) Opplevelsen av samarbeidet.....	71
4.6.2) Informasjonsdeling mellom instansene	74
5. Diskusjon.....	75
5.1) Hvilket fokus har man på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre?	75
5.2) Hvordan tematiseres rollen som forelder i samhandlingen med mødre?	79
5.3) Perspektiv på både mor og barn	82
5.4) Hva forstår behandlerne som de største utfordringene med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker?	85
5.5) Samarbeid med barneverntjenesten.....	88
5.6) Har behandlerne en litt høy terskel for hva som kan regnes som skadelig for et barn sammenlignet med barneverntjenesten?.....	92

5.7) Har institusjonene et barnefokus i tråd med det lovverket sier?	96
6. Konklusjon og avslutning.....	100
7. Litteraturliste	104
Vedlegg	
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv	i
Vedlegg 2 – Samtykkeerklæring	ii
Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	iii
Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)	iv
Vedlegg 5 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), ny sluttdato	v

1. Innledning

Overordnet tema for studien er rusmisbrukende mødre og deres barn, og behandleres fokus på barnet i behandling av mor. Tematisering av morsrollen og mors omsorgsevne vil utforskes, og temaene «god nok» omsorg, mentaliseringsevne og tilknytning vil være sentrale elementer. Til sist vil samarbeidet informantene har med barneverntjenesten og opplevelsen de har av denne samhandlingen studeres.

I Norge i dag er det mange barn som har omsorgspersoner med et problematisk forhold til rusmidler (Bøckmann og Kjellevold, 2010, s. 255). Rusmiddelmisbruk vil kunne påvirke foreldrefunksjonen, samt relasjonene og de følelsesmessige båndene innad i familien. Ulike oppgaver i familien vil også kunne forstyrres som følge av rusmisbruk, samtidig som hjemmesituasjonen ofte har en kaotisk karakter og er preget av høyt konfliktnivå. Barn i rusbelastede hjem mangler gjerne den støtten og oppmuntringen de har behov for. Barn av mødre som har ruset seg over lengre tid, kan slik oppleve en mor som blir mindre opptatt av dem og hva de gjør (ibid.).

Mange familier rammes av rusmiddelmisbruk, og ansatte i hjelpeapparatet og behandlere må derfor ha kunnskap slik at de både kan oppdage og bistå ved rusmiddelmisbruk. Bistand må gis til hele familien, og medføre at rusmisbruket i beste fall kureres, men i alle fall reduseres og kontrolleres i større grad. Nødvendigheten av dette ligger i de alvorlige konsekvensene foreldres rusmisbruk har for barns utvikling og livskvalitet (Kvello, 2015, s. 336).

Behandlingsinstitusjonene må slik gi hjelp som styrker den rusmisbrukende sin foreldrerolle og omsorgsevne, og samtidig behandle rusmisbruket (Wiig, 2018, s. 26). Behandlerne må forstå og håndtere det faktum at mor både bidrar til barnets vansker, samtidig som hun er en viktig del av løsningen på barnets vei ut av problemene (Hansen, 2012, s. 72).

Behandlere og forskere har påpekt at barn av rusmisbrukende mødre er en risikogruppe som mangler et tilfredsstillende og passende tilbud innenfor første- og andrelinjetjenester i Norge (Solbakken og Lauritzen, 2006, s. 32). Barn av rusmisbrukende mødre klassifiserer til betegnelsen risikogruppe ved å vokse opp med ustabile omsorgspersoner hvor de utsettes for en rekke tilleggsbelastninger. Disse belastningene kan videre føre til psykiske problemer i barne- og ungdomså, samt risiko for eget rusmisbruk (Lindgaard, 2006, s. 24). De rusmisbrukende mødrene lever i en komplisert situasjon hvor de har et rusproblem samtidig som de skal være en god omsorgsperson. De kan enten erkjenne at aktivt rusmisbruk ikke er forenlig med å gi adekvat omsorg for et barn, eller holde fast ved at omsorgen de utøver er god nok til tross for rusmisbruket. Hjelpeinstanser vil likevel ofte hevde at omsorgen er

mangelfull, og barnevernet kan beslutte å frata mor den daglige omsorgen for barnet (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 18).

Rusmiddelproblematikk er et tabubelagt tema. Å betegne noe som tabu innebærer også usynliggjøring av det som er vanskelig. Det som blir usynliggjort, vil også ugyldiggjøres, og opplevelser forblir tause og tiet om (Hansen, 2017, s. 152). Rusmiddelproblemene holdes ofte hemmelig for omverdenen, og det er også barna sin oppgave å ikke fortelle hvordan oppveksten deres forringes. Det er særlig tabubelagt når mor misbruker rus, og det er liten aksept for å kombinere morsrollen og rusmisbruk (Holm, 2009, s. 45). Isolasjon og manglende åpenhet om problemene kan bidra til at barn av rusmisbrukende mødre er blant de mest sårbare grupper i samfunnet vårt. Dette gjelder særlig der rusmisbruket har vært tilstedeværende i flere generasjoner (Wiig, 2018, s. 11). Denne studien tar utgangspunkt i behandleres opplevde erfaringer knyttet til møte med disse kvinnene og deres barn gjennom arbeid på rusfeltet. Det er viktig at barnevernsarbeidere, som ofte møter disse barna, har kunnskap om dette temaet.

1.1) Bakgrunn for valg av tema

Utgangspunktet for valg av tema var min praksiserfaring fra rusfeltet og oppsøkende sosialt arbeid, samt min personlige interesse for å forstå disse kvinnene sin utfordrende livssituasjon og deres omsorg for sine barn. Ønsket om mer innsikt i hvordan behandlerne, som er tett på mødrene, og ved flere tilfeller barna, forstår barnas omsorgssituasjon og behov var også bakenforliggende årsaker til valget. Det er viktig å forstå hvilket fokus behandlerne har på barna, både hvordan de arbeider direkte med dem og hvilket fokus behandlerne har på barnets behov i arbeidet med mødrene. Behandlerne er forpliktet ved Helsepersonelloven (1999) § 10 a til å fokusere på barnet. Denne lovendringen er fortsatt relativt ny, og det er derfor interessant å undersøke hvordan dette blir fulgt opp i praksis og hvordan det gjenspeiles i holdninger til barnet.

Bachelorutdanningen innenfor sosialt arbeid viste meg viktigheten av å utforske barnevernsfeltet med fokus på rus nærmere. I praksisperiodene fikk jeg se betydningen av å inneha kunnskap vedrørende rusavhengighet og hvordan rusmisbruk påvirker barnet og omsorgspersonen. For å kunne bistå disse barna som barnevernsarbeider, er det avgjørende å besitte kunnskap som kan gjøre at en får øynene opp for denne gruppen slik at både mor og barn blir fokus for hjelpen som skal gis.

1.2) Temaets faglige og samfunnspolitiske relevans for barnevern

Det kommunale barnevernet arbeider med et stort antall familier hvor en eller begge av barnets omsorgspersoner har rusproblemer. Det kan derfor være nyttig å vite noe om hvilke erfaringer ansatte ved rusinstitusjoner har med problematikken, og hvordan de arbeider med rusmisbrukende mødre og deres barn. Denne kunnskapen kan være viktig for barnevernets møte med mødre, og kan gjøre dem mer bevisst hvilke utfordringer denne gruppen har. I tillegg er rusbehandlerne en sentral samarbeidspartner for barnevernet, og det er elementært at de innhenter informasjon fra rusinstitusjonene som kjenner mor og barn. Det å vite noe om behandlernes opplevelser av samarbeidet, kan være et relevant bidrag for å skape et bedre samarbeid ved at barnevernsarbeiderne er mer bevisst utfordringene samhandlingen kan gi.

1.3) Oppgavens formål og problemstillinger

Studien har til hensikt å undersøke hvordan behandlere erfarer arbeidet med rusmisbrukende mødre som har omsorg for barn. Hvilket fokus behandlerne har på barnet, hvordan de tematiserer rollen som mor i samhandling med mødre, hvilke erfaringer de har knyttet til mors omsorgsevne, behandlernes opplevelse av hva som er rusmisbrukende mødres største utfordringer knyttet til morsrollen, samt hva som betraktes som «god nok» omsorg, vil være sentrale tema for oppgaven. Til sist ser jeg på hvordan samarbeidet med barneverntjenesten fungerer for behandlerne, og hvordan de opplever dette samarbeidet.

Formålet med studien er å belyse og bidra til økt kunnskap omkring rusmisbrukende mødre og deres barn som pårørende. Rusens konsekvenser for barna er mange, og noen av dem vil presenteres i studien. Forhåpentligvis kan studien bidra til økt forståelse av viktigheten av fokus på barnet i behandling av mor. Og kanskje kan rollen som omsorgsperson og rusmisbruker i enda større grad tematiseres både i behandlingskontekst og i allmenheten. Det å rette fokus på rusmisbrukende mødre og deres barn er nyttig ikke bare for de mødre og barna det gjelder, men også for å bedre og styrke de behandlingsalternativene som finnes innenfor rusfeltet per nå.

Problemstillingen for studien lyder: *Hvilket fokus har man på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre?* For å presisere problemstillingen har jeg formulert tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan tematiseres rollen som forelder i samhandlingen med mødre?
2. Hva forstår behandlerne som de største utfordringene med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker?
3. Hvordan opplever behandlerne samarbeidet med barneverntjenesten?

1.4) Begrepsavklaring

Flere av studiene og bøkene jeg har benyttet som utgangspunkt for dette prosjektet, veksler mellom å basere seg på misbruk av alkohol, illegale stoffer og begge former for rus. Med rusmiddelmissbruk i denne besvarelsen menes derfor både misbruk av alkohol, illegale stoffer og reseptbelagte medikamenter. Ved å omtale alle de ovennevnte betegnelse som rus forstår jeg at noe av studienes nyanseringer kan falle bort. Å fatte et skille mellom legale og illegale stoffer hadde vært mulig, men da det finnes store mengder ulike illegale stoffer ville dette vært omfattende. Det finnes dessuten likhetstrekk mellom de ulike rusmidlene like etter inntak, og rusmidler generelt gir blant annet en følelse av velbehag, svekket konsentrasjon, nedsatt hukommelse og læringsevne, svakere evne til kritisk vurdering, samt økt impulsivitet (Brandt og Grenvik, 2010, s. 23).

Helsepersonelloven § 10 a (1999) benytter heller ikke et skille mellom de ulike rusmidlene, og omtaler rusmiddelavhengighet som begrep uten å utdype hvilket rusmiddel det gjelder. Det kan dessuten se ut til at belastningen barna opplever som følge av rusmisbruk er den samme, uavhengig av hvilken type rusmiddel som misbrukes (Killén og Olofsson, 2003, s. 10).

Hansen (2017, s. 151) skriver også om omfang av rusbruk, og at barna alltid vil påvirkes i en eller annen grad, uavhengig av mengde. Denne studien utdyper derfor ikke mengde rusinntak.

Den viktigste årsaken til at jeg har valgt å betegne all negativ bruk av rus som rusmisbruk, er at mine informanter i liten grad skiller mellom de ulike stoffene, men omtaler det som rusmisbruk. De påpeker at de jobber med avhengighetsproblematikken, uavhengig av hvilken type rusmiddel. Noen av informantene kommenterer dessuten at rusmisbruket ofte er bestående av en kombinasjon av alkohol og illegale rusmidler. Litteratur beskriver også at rusmisbruket hos de som kommer til rusbehandling i Norge ofte er bestående av et blandingsmisbruk (Kvello, 2015, s. 340).

Å avgjøre hva som kan betegnes som misbruk av rus kan være utfordrende fordi overgangen mellom vanlig bruk, misbruk og avhengighet er flytende (Holm, 2009, s. 41).

Rusmiddelmissbruk innebærer skadelig bruk av ulike stoffer, og anses som bruk som vil medføre skader eller problemer for personen selv, for andre og gi relasjonsmessige vansker (Kvello, 2008, s. 420). Frid A. Hansen (1990) sin eldre definisjon av rusmisbruk lyder slik: *Det eksisterer et rusrelatert problem når en person bruker rusmidler på en slik måte at det går utover de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og når følelsesmessige bånd belastnes og forstyrres av rusmiddelinntaket.* Denne definisjonen ser rusproblematikken

ut fra et familieperspektiv, og vil slik være passende for masterprosjektet som omhandler mødre og deres barn.

Studien fokuserer ikke på psykiske lidelser eller psykiske vansker som følge av eller som utløsende årsak til rusmiddelmisbruk. En ser svært ofte at psykisk sykdom og rusmiddelmisbruk opptrer sammen, og flere rusmisbrukende mødre har gjerne også psykiske vansker eller lidelser (Brandt og Grenvik, 2010, s. 37). Til tross for dette vil studien kun fokusere på mødre som misbruker rusmidler. Hovedårsaken til dette er den store mengden fagstoff vedrørende de to temaene, samt tidsperioden som er til rådighet for prosjektet. Flere bøker, rapporter og studier skriver imidlertid ofte om rusmisbruk og psykisk sykdom sammen, og jeg tar derfor høyde for at noe av informasjonen er tolket annerledes enn slik den var tiltenkt. Forfatterne presenterer likevel ofte tall fra eksempelvis undersøkelser om rusmisbruk og psykisk sykdom hver for seg, og en kan tydelig se forskjellen dem imellom. Store deler av det som er gjeldende for barn av foreldre med psykiske vansker, er samtidig gyldig for barn av rusmisbrukere (Ytterhus, 2012, s. 26).

Til tross for at rusinntak hos mor kan gi store skader og følger på fosteret ved svangerskap (Sundfær, 2012, s. 38), vil ikke dette være tema for undersøkelsen. Studien inneholder ei heller årsaker til mors utvikling av rusmisbruk, og forteller ikke om hvordan et rusmisbruk utvikles. Studien vil ikke omhandle kunnskap om ulike behandlingsmetoder for rusmisbruk, men omtaler mentaliserende behandling da dette var den terapeutiske metoden samtlige informanter brakte fram som eksempel på deres arbeid med rusmisbrukende mødre.

Når begrepene omsorgsperson eller omsorgsgiver benyttes, menes også her mor. Når benevnelsen primæromsorgsgiver ble benyttet i litteratur tidligere, gjaldt det nesten utelukkende for mor. I dag er mor og far mer likestilt i barneomsorgen, men mor anses fortsatt oftest som barnets primære tilknytningsfigur (Kvelling, 2015, s. 85). Grunnet oppgavens omfang valgte jeg å avgrense til mødre. Rusmisbrukende mødre er i denne sammenhengen mødre som har ett eller flere barn, og som misbruker rusmidler. De rusmisbrukende mødre som omtales i studien er i rusbehandling, men jeg velger å beholde betegnelsen «rusmisbrukende». Dette til tross for at behandlerne ikke benytter denne betegnelsen på sine pasienter når de er til behandling. Selv om mødre er i behandling og dermed ikke i aktiv rus akkurat nå, kan en anse dem som rusmisbrukere så lenge de er under behandling, da de fortsatt arbeider med rusmisbruket sitt. Forskning og annen litteratur som anvendes i denne studien omtaler dessuten mødre som misbruker rusmidler for rusmisbrukende mødre, selv om de er i behandling. Jeg velger på bakgrunn av dette *rusmisbrukende mødre* som betegnelse.

Betegnelsen *behandler* og *terapeut* benyttes om hverandre i løpet av oppgaven, og omhandler sosialfaglige ansatte som arbeider innenfor rusfeltet på ulike institusjoner. Årsaken til at betegnelse benyttes, er for å anonymisere informantenes bidrag i størst mulig grad. I virkeligheten har de gjerne ulike stillingstitler og jobber ved ulike avdelinger og institusjoner. Deres fellesnevner er likevel at de alle jobber med oppgavens tematikk og har bakgrunn for å besvare mine forskningsspørsmål. Rusinstitusjon, institusjon og behandlingsinstans er også betegnelser som brukes om hverandre, og refererer til stedet hvor informantene jobber og mødrene får behandling.

Med barn menes i denne studien personer under 18 år.

1.5) Oppgavens strukturelle oppbygning

Kapittel to er det teoretiske rammeverket, og er bestående av litteratur og forskning knyttet til blant annet rusmisbrukende mødre og deres barn, fokus på barn i rusbehandling, barn som pårørende og utfordringer knyttet til å være en god omsorgsperson som rusmisbruker. Videre følger kapittel tre og metodedelen. Vitenskapelige perspektiver som anvendes presenteres, samt beskrivelse og begrunnelse av metodevalg. Leseren blir presentert for gjennomføringen av intervjuene, og alt arbeid som er gjort før og etter dette. Ethiske betraktninger er også tema for dette kapitlet. Analyse og presentasjon av funn framkommer i kapittel fire. Her presenteres funnene fra intervjuene og sitatene analyseres og tolkes. Kapittel fem inneholder drøfting av analysens funn og relevant teori. I kapittel seks avrundes oppgaven og hovedelementene fra studien blir omtalt. Avslutningsvis presenteres forslag til videre forskning. Til sist vises litteraturhenvisninger anvendt i masterprosjektet etterfulgt av vedlegg.

2. Teoretisk rammeverk

Ulike databaser som Oria, Google Scholar og Idunn har blitt benyttet for få finne relevant forskning og litteratur for studien. Følgende søkeord er brukt i ulike kombinasjoner: *rus*, *rusmisbruk*, *rusmisbrukende mødre*, *fokus på barn i behandling*, *rusbehandling*, *barn som pårørende* og *rusens konsekvenser*. Ved enkelte tilfeller har litteratur av eldre dato blitt inkludert grunnet dets relevans. Eksempler på dette er Mary Ainsworth (1978) og John Bowlby (1969) sine kjente verk. Jeg har imidlertid forsøkt å benytte litteratur fra de siste ti årene i hovedsak. Da jeg så det som nødvendig å bevege meg utenfor landets grenser for å finne relevante studier vedrørende temaet, er teorkapitlet bestående av både nasjonal og internasjonal litteratur og forskning. Det har ikke vært mulig å favne all aktuell litteratur på feltet grunnet studiens begrensede omfang, men besvarelsen presenterer og anvender den litteraturen som anses som mest sentral for tematikken.

2.1) Forekomst av barn som vokser opp i rusbelastede hjem

Når det gjelder omfang av barn som lever med rusmisbrukende foreldre, viser forskjellige undersøkelser til noe ulik forekomst. Torvik og Rognmos (2011, s. 5) undersøkelse viser for eksempel at om lag 90 000 barn i dagens Norge har foreldre med moderat til alvorlig rusmiddelproblem knyttet til alkohol. Av disse er det rundt 30 000 som har foreldre med et klart alvorlig rusmiddelproblem som trolig går utover daglig fungering (ibid.). Så mange som 200 000 barn reagerer sterkt på foreldres rusbruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 10). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) gjennomførte i 2009 en befolkningsrepresentativ spørreundersøkelse som viste at mellom 50 000 og 150 000 barn hadde foreldre som drakk mye eller ruset seg ofte. Hvilke avgrensninger som er gjort og hvordan spørsmålene er formulert, kan forklare spriket i resultatene og vil påvirke hva en finner (Torvik og Rognmo, 2011, s. 17).

En kan likevel anslå at i underkant av 100 000 barn har foreldre som misbruker alkohol i Norge. Tallet for risikabelt forbruk er trolig av dobbel størrelse (Torvik og Rognmo, 2011, s. 17). Det er utfordrende å gi et eksakt tall på antall barn som lever under slike forhold. En av årsakene til det kan være at rusproblematikk fortsatt er svært tabubelagt, og det kan derfor være høye mørketall. Disse tallene forteller ikke hvordan rusmisbruket påvirker barnets psykiske helse, eller hvordan deres mor fungerer i rollen som omsorgsperson. Det kan likevel gi en pekepinn på hvor mange barn som lever sårbare liv grunnet foreldrenes rusbruk. Uansett antall barn, er omfanget betydelig og vanskene barna står i omfattende.

2.2) Barn som pårørende av rusmisbrukende mødre

Ytterhus (2012, s. 26) beskriver barn som er pårørende av rusmisbrukere som barn av en eller flere omsorgsgivere som er avhengige av ett eller flere rusmiddel. Hansen (2017, s. 150) understreker at kun én av foreldrene behøver å være rusavhengig for at et barn anses som pårørende. Det kan nemlig føles like belastende med én rusmisbrukende forelder og én frisk forelder, fordi den friske forelderen ofte bruker mye av sin tid og sine ressurser på den rusavhengige slik at dens foreldrefunksjon blir forstyrret (ibid.). Barnet risikerer derfor å miste begge foreldrenes støtte og oppmerksomhet (Lindgaard, 2008, s. 42). Min studie har imidlertid valgt å fokusere på barn som vokser opp med rusmisbrukende mødre som er alene om omsorgen, og det vies derfor ikke stor plass til en eventuell annen forelder. Barnet står gjerne overfor en helt annen type sårbarhet når det lever med kun én forelder som har et rusproblem, enn om barnet hadde levd med to rusmisbrukende foreldre (Hansen, 2012, s. 42).

«Barn av rusmisbrukere» er en paraplybetegnelse som favner svært ulike fenomener og viser til barn som berøres på ulikt vis (Mohaupt og Duckert, 2010, s. 408). Denne studien retter fokuset mot barn som pårørende av rusmisbrukende mødre som er i behandling for sin rusproblematikk. Barn av rusmisbrukende mødre er en stor og heterogen gruppe. Til tross for det blir barna gjerne referert til som *en homogen gruppe med en felles problematikk og sårbarhet* innenfor både psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling (ibid.). Den nærmeste familien preges i stor grad av å leve sammen med en rusmisbruker, og utsettes ofte for stort og vedvarende press. Situasjonen er verst for barna (Brandt og Grenvik, 2010, s. 41). Foreldres rusproblemer gjør potensielt store skader på barna og utsetter dem for uforutsigbarhet, stress og konflikter i familien. Men det er først i de senere tiår at en har blitt oppmerksom på de store skadene rusmisbruk kan påføre også pårørende av den som misbruker rus (Hansen, 2008, s. 1266). Tidligere har barn som pårørende til rusmisbrukende mødre gjerne blitt oversett og ikke vært aktuell å behandle. Betegnelser som «de skjulte barna» og «de usynlige barna» har vært beskrivende for gruppen (Hansen, 2017, s. 149).

Familier med rusmiddelproblemer preges ofte av hemmeligholdelse, tap, konflikter, vold og misbruk, emosjonelt kaos og frykt (Lander, Howsare og Byrne, 2013, s. 195).

Rusmisbrukende mødre sitt liv og levesett styres og organiseres gjerne fra dose til dose, og det er misbruket, abstinenssymptomer og russug som får høyest prioritet. Hverdagen er gjerne bestående av lite struktur, kaos og dårlig døgnrytme, og flere lever slik på siden av fellesskapet. Dette mønsteret kan vedvare også etter langvarig behandling, og er lite forenlig med omsorgsrollen og tilhørende oppgaver (Brandt og Grenvik, 2010, s. 38).

Barn av rusmiddelavhengige foreldre kan ha utfordringer knyttet til opplevelse av ensomhet, konsentrasjonsvansker på skolen, sosial ekskludering, fattigdomsproblematikk, smalt nettverk, psykiske og psykososiale plager samt egne rusmiddelproblemer (Torvik og Rognmo, 2011, s. 34). De lever også ofte med angst og er i konstant beredskap, blant annet fordi de ikke vet hvordan mor er når de kommer hjem (Bøckmann og Kjellebold, 2010, s. 256). Barn tror ofte det er deres skyld at forelderen er rusmisbruker, og at de må oppføre seg pent og liste seg på tå slik at mor kan bli frisk igjen (Sundfær, 2012, s. 16). Dette er opplysninger som indikerer hvor viktig det er å rette fokuset også mot barnet i behandling av rusmisbrukende mødre og oppdage dem på et tidlig stadium.

2.3) Konsekvenser for rollen som omsorgsperson

Rusmisbruk er et komplekst problem som utover misbruket medfører stor grad av tilleggspromblematikk både for mor og barn. Faktorer som hyppig flytting, ustrukturert og

uforutsigbar hverdag, venner fra rusmiljøet, abstinenssymptomer og voldsproblematikk er eksempler på fysiske, psykiske og sosiale funksjoner som rusen påvirker (Kvello, 2015, s. 350). Slik kan rusmisbruket føre til sosial ekskludering og marginalisering, fordi den rusmisbrukende gjerne er utelatt fra ulike samfunnsarenaer. Livet hun lever kan være ustrukturert, og hun har gjerne ingen rusfrie venner (Wiig, 2018, s. 68). Ekskludering og stigmatisering kan videre føre til lav selvtillit og negativt selvilde hos mor. I mangel på sosial integrering øker også mors sårbarhet. Denne sårbarheten kan ha flere dimensjoner. Sårbarhet kan gjøre omsorgspersonen mer mottakelig for stress og belastninger som videre kan gi svikt i omsorgen. Barnet kan bli sårbart ved utsettelse for omsorgssvikt, og særlig sårbart om det opplever isolasjon og manglende støtte fra både mor og utenforstående. Barnet kan også oppleve den sosiale skammen og stigmaet rundt mors rusmisbruk som belastende (Kvello, 2008, s. 454).

Rusen kan føre til svekkede foreldrefunksjoner som igjen kan utvise seg i omsorgssvikt, for eksempel ved manglende oppfølging av barnet, uforutsigbarhet i familiens liv, samt manglende sensitivitet og trygghet fra mor (Killén og Olofsson, 2003, s. 64). Det er påvist at rusmisbrukende mødre har flere brudd i ansikt-til-ansikt-samspill med spedbarn enn øvrige mødre (Tronick, Messinger, Weinberg, Lester, LaGasse, og Seifer, 2005, s. 712).

Rusmisbrukende mødre viser svakt engasjement, responderer dårlig på barnets signaler og tar lite initiativ i frilek med barnet (Molitor og Mayes, 2010, s. 123). Samspillet mellom mor og barn svekkes i stor grad når mor misbruker rusmidler. Nærhet og samspill er nødvendige verdier i et barns utvikling av trygg tilknytning. Samspill med nære omsorgspersoner gir barnet et syn på hva det kan forvente av sine nærmeste, og er med på å forme barnets bilde av seg selv og omgivelsene rundt (Sundfær, 2012, s. 59). En rusmisbrukende mor har gjerne ambivalente følelser knyttet til det å ha barn, og har liten forståelse for et barns omsorgsbehov. De viser også lavere grad av refleksjon rundt barnets følelsesmessige og kognitive erfaringer (Brandt og Grenvik, 2010, s. 141). De virker flate og avvikende, eller overdrevent emosjonelle i samspillet, og har vanskelig for å oppfatte og tolke barnets signaler. Deres evne til å leve seg inn i barnets situasjon og dets behov er ofte fraværende selv i rusfri tilstand (Kvello, 2015, s. 348).

Mor må være emosjonelt til stede for barnet for at det skal utvikle seg optimalt. Dersom mor er syk som følge av rusmisbruk, vil dette svekke den følelsesmessige tilgjengeligheten for barnet (Kvello, 2015, s. 348). En rusmisbrukende mor har gjerne nok med sitt og sine egne vansker, og barnet kan slik komme i annen rekke eller bli glemt. I et rusbelastet hjem kan

barnet lære seg at dets behov blir tilsidesatt fordi det er mor og hennes vansker som prioriteres (Sundfær, 2012, s. 112). En rusmisbrukende mor vil trolig også ha en vekslende følelsesmessig tilgjengelighet, hvor hun veksler mellom å være nedstemt, irritabel, oppstemt eller sløvet ved rusinntak. Rusmisbruket vil påvirke samspillet kvalitet og rutinene i omsorgen. Ved å motta uforutsigbare og motstridende svar fra mor når barnet er sliten, sulten, glad eller utforskende, kan det bli engstelig og oppleve usikkerhet (ibid.). Rusmisbrukende mødre har ofte problemer med selvregulering, noe som igjen vanskeliggjør hennes evne til å regulere barnet (Kvello, 2015, s. 348).

2.4) Skjult for omverdenen

Barn blir ofte ansvars personer for å opprettholde fasaden utad til eksempelvis barnehage, skole, venner, og besteforeldre. Slik benytter mor barnet til å løse noen av problemene som oppstår som følge av rusmisbruket og tildekke det overfor andre (Kvello, 2008, s. 454). Barn opplever ofte skam og tabu knyttet til mors rusmisbruk, og har tidlig lært at misbruket ikke skal prates høyt om og skjules for omverdenen. Ei heller alvorlige og dramatiske hendelser i familien kan deles. Dette medfører at barnets følelser og reaksjoner ofte ikke bekreftes eller ivaretas av omsorgspersonen, og at det derfor stenges inne. Innestengte følelser kan utvikle seg til betydelige skader hos barnet ved å ikke bli satt ord på, samt gi barnet en opplevelse av at dets følelser og reaksjoner ikke er viktige. Barnet får slik heller ikke et språk på det det opplever (Sundfær, 2012, s. 32).

Ved flere tilfeller ønsker barnet selv å dekke over mors rusmisbruk, og utvikler strategier for å unngå nærgående spørsmål og lyver om hjemmesituasjonen. Barnet lever da i løgnaktighet og mangel på ekthet kan forhindre nærhet til andre. Dette mønsteret og den avvikende hjemmesituasjonen kan medføre sosial isolasjon og avvisning for barnet (Kvello, 2015, s. 349). En overlevelsesstrategi som rusmisbrukende mødre kan benytte er å anvende benektelses- og projiseringsmekanismer. Mødrene vil da benekte, bagatellisere og rasjonalisere sin rusbruk overfor omverdenen. Dette kan belaste barnet i stor grad og virke forstyrrende. Mor kan projisere på barnet, og barnet kan slik oppleve at det er ansvarlig for hennes rusmisbruk (Kvello, 2008, s. 454). Barn av rusmisbrukende foreldre har ofte dårlig samvittighet knyttet til negative tanker om den som misbruker rus, eller tanker om at mors rusmisbruk er deres skyld. Barnet kan tenke tanker om at «bare jeg hadde vært snillere, stillere og flinkere, så hadde ikke mamma blitt sånn». Noen mødre ilegger også barnet skylden for sitt rusmisbruk. Det er imidlertid aldri tilfelle, og det må helsepersonell tydelig formidle til barnet (Bøckmann og Kjellebold, 2010, s. 256).

2.5) Barnet inntar en voksenrolle

Barn av rusmisbrukere opplever ofte et stort ansvar for sine foreldre, og sørger gjerne for at nødvendige oppgaver blir utført i hjemmet. Deres løsningsstrategi på problemet blir slik å være minst mulig til bry og mest mulig til hjelp (Sundfær, 2012, s. 112). Barn som lever i et rusbelastet hjem hvor mor misbruker rus, har ofte store utfordringer og opplever som nevnt belastende hendelser. Det er ikke alltid at omverdenen ser disse utfordringene eller oppfatter barnets behov, og disse barna kalles derfor ofte for *de usynlige barna* (Hansen, 2017, s. 149).

Begrepet *parentifisering* er her sentralt. Parentifisering kan omtales som en form for rollebytte hvor barnet overtar foreldrerollen, og forelderens behov settes foran barnets. Med foreldrerollen følger omfattende ansvars- og omsorgsoppgaver innad i familien (Kvello, 2015, s. 94). Dette kan være oppgaver av både følelsesmessig og praktisk karakter. Følelsesmessige oppgaver innebærer gjerne å trøste foreldre, megle i konflikter, samt gi råd til foreldre og søsken. Praktiske gjøremål er ofte husarbeid, stell av søsken, økonomiansvar og ivaretagelse av foreldre både i rus og bakrus. Barnet føres slik inn i en voksenverden det ikke er modent for, og får flere belastninger enn det som anses som forsvarlig for barnets alder og modenhet (ibid., s. 95).

Ved å innta en voksenrolle for tidlig, kan barnets utvikling hindres (Sundfær, 2012, s. 138). Dersom barnet tidlig involveres i voksenverdenen, kan det prege dets syn på hvem det er. Når barnet må innta rollen som trøster eller samtaleterapeut, opplever de en kort grense mellom dem som barn og mor som voksen (ibid.). Mors svik blir på mange måter barnets ansvar ved at det forsøker å rette opp i mors feil, og avhjelpe i ulike kriser. Barnet lever ofte i kronisk bekymring for mor og hvordan de begge skal klare seg (Hansen, 2008, s. 1266). Barn skal ikke inneha et voksenansvar, og behøver ofte hjelp til å se at mors rusmisbruk ikke er et problem barnet kan løse, eller har noe skyld i (Bøckmann og Kjellebold, 2010, s. 257).

2.6) Barnets bekymring i perioder med og uten rus

Barna kan være bekymret over og bli berørt av mors rusmiddelproblemer lenge før mor selv anser rusmiddelinntaket som problematisk eller synlig. Mor kan oppleve at hun skjerner barnet for sitt rusmisbruk, eller tro at barnet ikke har kjennskap til det (Kvello, 2015, s. 349). Barnet blir ikke nødvendigvis belastet av selve inntaket av rusmidler, men uroen og utryggheten kommer i takt med de atferdsmessige endringene som skjer hos mor når rus inntas. Mors holdning til barnet kan forandres uten forvarsel, og det behøver ikke være i sammenheng med hva barnet gjør eller ikke gjør. Endring av regler, grenser og ritualer forekommer, ikke etter hva som er til barnets beste, men ut fra tilstanden hjemme (Holm,

2009, s. 42). Barnet blir slik utrygt og lever med store bekymringer for hvordan mor kan være fra dag til dag. Redselen kan forstyrre konsentrasjonen på skolen eller ved sosialt samvær med venner, fordi bekymringen for hvordan forholdene er hjemme tar så stor plass (Brandt og Grenvik, 2010, s. 33).

Det er ikke nødvendigvis periodene med stort inntak av rusmidler som er vanskeligst for barnet. Periodene hvor mor er edru kan være minst like vanskelig fordi barnet da fylles med bekymring og engstelse for når rusmisbruket igjen inntreffer og hvordan den perioden blir (Holm, 2009, s. 42). Omfattende rusmisbruk er dessuten en økonomisk kostbar livsstil. Kilden til slike store summer kan være gjennom prostitusjon, innbrudd og ran. Dette er aktiviteter som kan være stressende og oppmerksomhetsslukende, og skyve barnet i bakgrunnen. Aktivitetene kan være angstskapende og svært overveldende for barnet, og det kan frykte for mors liv (Kvello, 2008, s. 454). Mors behov kommer i første rekke og blir avgjørende for hvilke regler som blir gjeldende. Slik blir mor-barn-relasjonen snudd på hodet, og relasjonen dem imellom kan fylles med konflikter og skuffelser (Holm, 2009, s. 42.). Barnet blir ved å tilpasse seg mors humør og sinnsstemning god på å tolke hennes behov, men blir som konsekvens av dette mindre kjent med egne behov (Sundfær, 2012, s. 112). Barnet vil slik underkommunisere egne behov, og former dem heller i samsvar med det omgivelsene kan tilby (Brandt og Grenvik, 2010, s. 97). Barnet kan slik bli fremmed overfor seg selv, og inneha en svak affektbevissthet (Kvello, 2015, s. 89).

2.7) Definisjonen av rusmisbruk

Som nevnt innledningsvis har den eldre definisjonen til Frid A. Hansen (1990) av rusmisbruk et familieperspektiv: *Det eksisterer et rusrelatert problem når en person bruker rusmidler på en slik måte at det går utover de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og når følelsesmessige bånd belastes og forstyrres av rusmiddelinntaket.* Definisjonen forteller hvordan rusmisbruket forstyrrer ulike oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og slik også barna. Behandlere må ha evne til å oppdage hvordan mors rusmisbruk forstyrrer de følelsesmessige relasjonene mellom henne og barnet. Den støtte og oppmuntring som mødre normalt gir sitt barn, forsvinner ofte og barnet påføres som følge av dette, og annen type svikt, uheldige opplevelser (Hansen, 2008, s. 1266).

Flere definisjoner retter fokuset på enkeltpersonen, altså den rusmisbrukende selv, og sier lite om den skade og belastning rusen påfører både pårørende og livsområder. I behandling må en sette rusmisbruket opp mot alle livsforhold, og definere rusmisbrukets konsekvenser også som en relasjonell utfordring (Lossius, 2011, s. 34). Det er mer vesentlig å se på hvordan familien

og relasjonen mellom mor og barn påvirkes og forstyrres av rusmisbruket. Barns utvikling og psykiske helse må fokuseres på om de lever i rusfamilier, fordi de er utsatt for multipel risiko grunnet belastningen familien som helhet påføres (Brandt og Grenvik, 2010, s. 32).

2.8) Lovendringer til gode for barnet

Helsepersonelloven (1999) fikk 1. januar 2010 en ny paragraf, § 10 a. Loven spesifiserer at: «*Helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand.*» Dette er viktige endringer for barn og deres foreldre fordi barn trenger å bli sett og hørt i en oppvekst preget av alvorlig sykdom hos foreldre (Bøckmann og Kjellebold, 2010, s. 259). Fokus på barna har i eldre litteratur og forskning vært etterspurt, og det har blitt antydnet at det sjelden stilles spørsmål ved hvordan det går med barna til rusmisbrukere som mottar behandling (Hansen, 2008, s. 1267). Dersom behandlere setter fokus på barnet i behandling av mor, kan dette virke som en beskyttende faktor for barnet ved at det ser at voksne bryr seg (Kvelling, 2015, s. 246).

For å styrke barnas stilling ytterligere er det vedtatt en ny bestemmelse i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) ved § 3-7 a. Bestemmelsen er gjeldende ved alvorlig sykdom hos foreldrene, og helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten pålegges slik å ha tilstrekkelig grad av barneansvarlig personell. Barneansvarlig skal fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn av eksempelvis rusmiddelmissbrukere, og sikre at barnet fanges opp tidlig. Prosesser skal iverksettes for at barn og forelder skal bli bedre i stand til å mestre livssituasjonen sin (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a). Flere av informantene mine arbeidet ved institusjoner som hadde behandlere som arbeidet spesifikt med oppfølging av barn og unge som pårørende av rusmisbrukende mødre. Ordlyden *barn som pårørende* må ikke tolkes dithen at barna skal ivareta mødrenes behov. Et barn er underlagt og prisgitt sin mors omsorg, og barnet skal beholde sin rolle som barn. Barnet skal ikke måtte påta seg voksenrollen når dets mor ikke i tilstrekkelig grad ivaretar sin funksjon som forelder (Helsedirektoratet, 2010).

2.9) Hvilket fokus behandlerne bør ha på barnet i behandling av mødre

Helsepersonelloven (1999) § 10 a skal altså sikre at mindreårige pårørende barn mottar den hjelpen de behøver. Helsepersonell har en unik og gylden mulighet til å lære barnets situasjon å kjenne når mor er i rusbehandling, og finne løsninger som er til det beste for både mor og barn. En måte å avdekke og avhjelpe barnets utfordringer på er å omtale barn som et tema i behandlingen. Å fokusere på barnets situasjon og samtidig se til at det får tilstrekkelig

oppfølging, bør gjerne være en del av den rusmisbrukende klientens totalsituasjon (Mohaupt og Duckert, 2010, s. 412). Barnets situasjon bør tematiseres før behandling av mor finner sted, og en bør ha barnet i mente når en kartlegger den rusmisbrukende morens situasjon. Mors omsorgsevne kan nemlig være betydelig svekket som følge av et liv i rus (ibid.). Det er høyst nødvendig å tydeliggjøre overfor barnet at hjemmesituasjonen fullt og helt skyldes mors egne problemer, og at barnet selv ikke har noe ansvar for det. For at barnet skal få best mulig bistand, er det ofte helt nødvendig å samtale med barnet direkte. Behandlere fokuserer slik på barnets perspektiv, og viser viktigheten av å lytte og forstå barnets egne opplevelser og erfaringer (Hansen, 2012, s. 81).

Behandlere behøver imidlertid samtykke fra mor før de forteller barnet om taushetsbelagt informasjon. De fleste foreldre gir klarsignal på videreformidling av informasjon fordi de ønsker at barnet deres skal ha det godt og forstår at barnet trenger å få vite om sykdommen (Sundfær, 2012, s. 16). Noen frykter imidlertid at de belaster og skader barnet ytterligere ved å tilføre denne informasjonen, og motiveres slik til å skjule misbruket. Dette gjelder særlig der mye tid og krefter har gått med til å skjule rusmisbruket, og foreldrene mener at barnet ikke har kjennskap til det (ibid., s. 17). De fylles med skam ved tanken på at sykdommen skal avsløres for barnet, og ønsker gjerne å skjule hvor høyt de har prioritert rusen på bekostning av sitt eget barn. Her må behandlerne gi foreldrene motivasjon slik at de forstår at barnet mister muligheten til kunnskap om sykdommen dersom de ikke får informasjon (ibid., s. 19). De voksne kan oppleve denne åpenheten som en belastning, men manglende åpenhet kan i større grad være belastende for barnet (Bøckmann og Kjellevold, 2010, s. 261). Å skulle ta innover seg barnets perspektiv kan likevel føles svært belastende for mange mødre, da de opplever å ha nok med eget sykdomsbilde i perioder (Sundfær, 2012, s. 6).

Når behandlere har fokus på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre, prater med barnet og stiller spørsmål om det som er vanskelig, får barnet anledning til å fortelle sin historie. Forskning viser at barn blir tryggere av å snakke om det som er vanskelig, heller enn å bli skadelidende av det (Raundalen og Schultz, 2008, s. 127). Redsel for å påføre barnet unødig skade og bekymring ved å prate om hva de opplever hjemme er vanlig. Helsepersonell kan også inneha slike holdninger. Dersom en velger å ikke spørre barnet hvordan det har det hjemme, signaliserer en samtidig at dette er et tema en ikke skal snakke om utad og framstiller det som utrygt (ibid.). Barnet har ofte levd med og tilpasset seg mors rusmisbruk i flere år. Når mor da endelig kommer til behandling, slipper barnet å ha ansvaret i hjemmet for en stund. Kanskje får det også håp om at mor kan bli frisk og stanse rusingen, slik at det ikke

lenger trenger å være engstelig og bekymret for mors helse. Til det trenger barnet informasjon, anerkjennelse og støtte. Dette må det få fra blant annet helsepersonell ved behandlingsinstitusjonen. Informasjonen en gir til barnet må selvfølgelig være tilpasset barnets alder og modenhet. Å videreformidle informasjon og fortelle at flere barn lever i samme situasjon, kan være overraskende og åpnende for barnet, fordi det kanskje har følt seg alene i lang tid (Sundfær, 2012, s. 21). Barnet kan ha trodd at det er alene om å ha det slik, noe som kan gjøre det vanskelig å fortelle andre hvordan det har det. Dette forsterkes av at barnet kan føle at det må skjule hjemmesituasjonen for omverdenen, og late som at alt er som det skal, noe som kan være svært tungt (Bøckmann og Kjellehold, 2010, s. 256).

Mer åpenhet rundt barnets situasjon er nå lovpålagt, og det kan hjelpe barnet. Kanskje ved at det ikke lenger er barnets ansvar å holde mors «hemmelighet» for seg selv. Behandlere som har rusmisbrukende mødre i behandling, må se barnet og sørge for at det blir ivaretatt. Dette betyr at barnet må inkluderes i behandlingen av mor (Sundfær, 2012, s. 21). Ved å samtale med både mor og barn og fokusere på begge i behandling, kan en minske risikoen for at barn blir brukt som mors terapeut og samtalepartner. Når mor er til behandling får hun kanskje den hjelpen hun behøver slik at hun ikke må rette seg mot barnet for å få pratet ut. Hun vil trolig også informeres om belastningen hun kan påføre barnet ved å fortelle det om sine vanskeligheter (Mohaupt og Duckert, 2010, s. 410).

Da gruppen «barn av rusmisbrukere» er en svært heterogen gruppe, bør deres behandlingstilbud være tilsvarende variert (Mohaupt og Duckert, 2010, s. 41). Det er høyst nødvendig å samtale med barnet når mor er i behandling for et rusproblem og hun har gitt sitt samtykke, men det er langt fra tilstrekkelig. Som tidligere nevnt er barn av rusmisbrukere en risikogruppe med tanke på utvikling av psykiske lidelser og atferdsproblemer. Mors misbruk er ofte av langvarig karakter, og har gjerne påvirket familien gjennom lang tid før behandlingsstart. I samtale med barnet yter man behandling og har samme ansvar som man har som behandler ellers. Hvilket innhold samtaler med mindreårige pårørende av rusmisbrukere skal ha og hva formålet er, varierer imidlertid i stor grad (ibid., s. 42).

2.10) Behandlingsfokus ved rusinstitusjonene

Tidlig innsats i problemutviklingen er viktig i et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Dette både av hensyn til mor som forelder, og av hensyn til barnet (Hansen, 2017, s. 150). Fokus på bruk av rusmidler i behandling kan som tidligere nevnt anses som viktigere enn å fokusere på avhengigheten. Dette fordi barn som har vokst opp i et rusbelastet hjem har opplevd store belastninger og omkostninger lenge før mor får en diagnose (ibid.). Barnet

behøver imidlertid ikke ha synlige symptomer, og skal ifølge den norske BAPP-modellen (Barn av foreldre med rus- og psykiske problemer) ikke omtales som pasienter (Rimehaug et al., 2006, s. 1493). BAPP-modellen ble ikke nevnt i samtale med noen av informantene, og vil derfor ikke omtales videre.

Det er en krevende jobb å arbeide for rusfrihet hos mor og samtidig dyktiggjøre henne i rollen som omsorgsgiver. Institusjonene jeg var i kontakt med hadde som utgangspunkt å favne både rusbehandling, veiledning og trening for bedre ivaretagelse av barnet. Fokus for behandlingen var slik både rusmisbruket og samspillet mellom mor og barn. Neger og Prinz (2015, s. 74) har undersøkt kombinasjonen av rusmisbruk og veiledning i rollen som omsorgsperson. Resultatene er gode både med tanke på redusering av rusbruk og bedring av barnas omsorg (ibid.). Slike resultater viser at det er mulig å kombinere rusbehandling og arbeid med omsorgsrollen. Å rette fokus mot både mor og barn i behandlingen kan virke støttende for mor og skape bedre helse hos barnet (Wiig, 2018, s. 63). Trening av morsrollen synes også nyttig for å avdekke årsaker til og kjennetegn ved rusmisbruket, for slik å kunne gi mor bistand ved ivaretagelse av barnets behov på en ansvarlig måte. Barn som pårørende blir indirekte hjulpet ved at mor får hjelp til å forstå og mestre seg selv og sitt liv, slik at de kan gi barnet den omsorgen det behøver (Kvello, 2015, s. 360). Det er viktig å påpeke at behandlerne har opplysningsplikt til barnevernet dersom barnet lever i en omsorgssituasjon som truer barnets helse og/eller utviklingsprosess alvorlig (Hansen, 2012, s. 52).

Ved å starte tidlig med tematisering av morsrollen i samhandling med mødrene og følge opp barnet, kan en forhindre negativt samspill mellom mor og barn (Kvello, 2015, s. 360). Ved å ha barnefokuserte samtaler med mor kan en finne ut hvordan rusmiddelproblemet har påvirket hennes funksjon som mor, samt hvilke følger dette har fått for barnets omsorgsbetingelser. Samtalene kan bidra til at mor får en oversikt over og en forståelse av hvor belastende situasjonen har vært og er for barnet (Hansen, 2012, s. 52). Foreldreveiledning kan videre bidra til redusering av stress og depressive symptomer (Kvello, 2015, s. 360). Mødrene behøver også ofte hjelp med egne tilknytningsvansker og traumer før de kan nyttiggjøre seg av samspillsveiledning (ibid., s. 348).

Det er funnet signifikant sammenheng mellom trygg tilknytning i ung voksen alder, og det å ha fått sensitiv omsorg fra mor som spedbarn og fram til tenåringsalder. Tilknytningsstilen til rusmisbrukende mødre kan derfor se ut til å være sentralt å arbeide med (Wiig, 2018, s. 60). Behandlerne i denne studien fortalte om hvordan de arbeidet med mødrenes mentaliseringsevne og deres evne til å forstå barnets følelser og reaksjoner. Enkeltstudier har

funnet at fokus på mentaliseringsevnen hos foreldrene kan bedre barnets fungering (Pajulo, Pyykkönen, Kalland, Sinkkonen, Helenius, Punamäki og Suchman 2012, s. 76; Ordway, Sadler, Dixon og Slade, 2014, s. 3497).

Noen av institusjonene som informantene var ansatt ved hadde tilbud om døgntilbud hvor mor og barn bodde sammen, og benyttet slik her-og-nå-situasjoner til veiledning av mødrene. Veiledningen var ment til å øke bevisstheten rundt samspillet med barnet, egne følelser, samt barnets emosjoner og reaksjoner. Behandlerne fikk også muligheten til å være med på å strukturere hverdagen, og gjøre ulike hverdagslige aktiviteter relatert til barnet. Da rusmisbrukende mødre gjerne har vokst opp under kaotiske og dysfunksjonelle familieforhold, er viktigheten av å trene på hverdagsrutiner og struktur sammen med dem svært sentral (Wiig, 2018, s. 65). Slik var terapeutene også alltid tilgjengelig for mødrene og barna og ga dem trygge rammer. Slike «present moments»-situasjoner har stort terapeutisk potensiale (Stern, 2004, s. 367). Ifølge Stern (ibid.) baserer forandring seg på erfaring som inkluderer både emosjoner og handlinger som er tilstedeværende i øyeblikket.

En målsetting og viktig drivkraft for innleggelse ved rusinstitusjon er ofte å skulle få beholde omsorgen for barnet. Innleggelsen kan være mors siste mulighet til å vise barneverntjenesten at hun er en god nok omsorgsperson. Innleggelsen kan også begrunnes med et ønske om å få kontroll på rusmisbruket for barnets skyld. Kanskje har mor selv vokst opp med rusmisbrukende foreldre, og ønsker ikke å videreføre dette til barnets oppvekst. Dette er begrunnelser som handler om mors innleggelse, ikke barnets. Barnet er med fordi mor skal innlegges (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 18). Mødrene ønsker gjerne ikke å være adskilt fra barnet over lengre tid, eller har et håp om at det å leve med barnet vil hjelpe dem til å beseire rusmiddelproblemer. Ifølge Sirusrapport 5 (ibid., s. 36) var det 161 barn som var innlagt med sine foreldre i løpet av 2004. Dersom mor har omsorgen for barnet og barnevernet vurderer det som forsvarlig, kan barnet bli lagt inn sammen med mor. Beslutningen tas ut fra vurderinger vedrørende barnets behov og mors omsorgskompetanse (Brandt og Grenvik, 2010, s. 162). Woldstad (2009, s. 22) fant i sin studie ut at om lag 1/3 av barna som ble inkludert i deres materiale, bodde sammen med forelderen som mottok rusbehandling. Det kan derfor tenkes at hovedvekten av barna er ivaretatt av andre når mor er i rusbehandling.

2.11 Familien i behandling

Foreldrenes fungering er avgjørende for barnas hverdag (Wiig, 2018, s. 11). En må derfor arbeide med hele familien for at barna skal få det bra, og det har de siste tiårene vært fokus på

å involvere hele familien i behandlingen, ikke bare mor. Familiebehandling er omfattende og kostnadskrevende, men kan virke lønnsomt på sikt da barna er i starten av livet og mødrene kan inneha potensiale for et langt og selvforsørgende liv, sammen med sitt barn (ibid., s. 12). Ved flere av institusjonene som informantene arbeidet ved var også barnets far eller mors partner en del av mor og barnets liv, og ble derfor involvert i behandlingen etter ønske. Dersom far også misbruker rus ved innleggelse, er dette en gylden mulighet til å gi han hjelp med sitt rusmisbruk, og la han delta i eksempelvis foreldreveiledning og samspillsterapi med mor og barn. De fleste rusmisbrukende fedre ønsker ifølge Trulsson (2003, s. 27) å bli involvert i behandling, men føler seg ofte utestengt av helsepersonell. Dersom de ikke får ta del i behandlingen, kan de som følge av manglende oppfølging forsvinne ut av barnets liv.

Selbekk (2016, s. 2) viser viktigheten av familiens deltagelse ved rusbehandling av eksempelvis mødre. Behandlingen får slik større effekt, samtidig som forholdet mellom familiemedlemmene forbedres. Dersom behandling har effekt og mødrene finner veien ut av rusmisbruket og lærer å være sensitive, trygge og forutsigbare mødre, vil både de selv og barna bli spart for mange belastninger. Dette vil også være gjeldende for samfunnet for øvrig, med tanke på kostnader til helsehjelp, sosialstønad og tiltak innen kriminalomsorgen (Wiig, 2018, s. 13). Barn som pårørende av rusmisbrukende mødre har dessuten ved lov rett til å motta hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a).

Copello, Velleman og Templeton (2005, s. 378) anbefaler rusbehandling som har en mer helhetlig tilnærming og integrerer mange ulike aspekter av familiemedlemmenes liv. Behandlingen må ha en helhetlig, systematisk tilnærming for å kunne ivareta barnet ordentlig. Dersom behandlingen rettes mot hele familien og barna som pårørende, og ikke kun den som har rusproblemer, vil dette gi størst behandlingseffekt både for den med rusproblemer, for familiesamspillet og for familiemedlemmenes psykiske fungering (ibid.). Ett familiemedlems rusmisbruk kan forstyrre de følelsesmessige relasjonene mellom alle familiemedlemmene (Hansen, 2008, s. 1266). I Norge finnes ulike rusinstitusjoner hvor foreldre og deres barn kan legges inn til døgnbehandling. Mødre og andre med uttalte avhengighetsproblemer har krav på tilrettelagt behandling. Barn som pårørende og andre som påvirkes av rusmisbruket, skal også tilbys behandling. Målet med behandlingen vil være å redusere negative konsekvenser av rusmisbruk, både for den som har utfordringer, for de pårørende og for samfunnet (Helsedirektoratet, 2017). Manglende rutiner i den rusmisbrukende mors ustrukturerte liv, sett i sammenheng med blant annet rus og svakt samspillrepertoar, kan medføre at mor blir upålitelig, uforutsigbar og inkonsistent i møte med barnet (Kvillo, 2015 s. 347). I et forsøk på

å øke mødrenes evne til sensitivitet i samspillet med sitt barn, kan en mulig terapeutisk tilnærming være bedring av følelsesregulering (Wiig, 2018, s. 60).

2.12) Optimale oppvekstforhold eller «god nok» omsorg?

Noen barn kan oppleve å få god omsorg og oppvekst til tross for rusproblemer i familien, og det er ikke alltid diagnosen som avgjør utførelsen av foreldrefunksjonen, men måten omsorg uttrykkes på (Sundfær, 2012, s. 59). Men voksne barn av rusmisbrukere forteller ofte om «en barndom som gikk tapt», og praktiske byrder, skam- og skyldfølelse, frykt og skuffelser er noe av det de bringer med seg videre i livet (Rimehaug et al., 2006, s. 1493).

Det finnes ikke et entydig svar på hva en kan betegne som «god nok» omsorg. Det som kan betegnes som godt nok for ett barn, kan være dårlig for et annet (Sundfær, 2012, s. 56). Ved for tidlig fødsel eller påvirkning av rusmidler i fosterstadiet, behøver barnet mer ro og en annen form for stimulering enn robuste barn som fødes til tiden. Dersom barnet gråter mye og er vanskelig å roe, stiller det høyere krav til mors evne til å trøste og roe barnet, enn hvis barnet er rolig og regulerer seg greit (ibid.). For å gi god nok omsorg er det sentralt at man er til stede for barnet, ikke bare i fysisk forstand, men også har følelsesmessig og emosjonell tilknytning til barnet (Brandt og Grenvik, 2010, s. 90). Uforutsigbar omsorg hvor barnet ikke får tilstrekkelig hjelp og støtte, ikke blir bekreftet eller opplever mangelfull regulering av følelser og frustrasjon er ikke god nok omsorg (ibid., s. 134).

Vurderinger knyttet til hva som er «godt nok» versus hva som er utilstrekkelig omsorg medfører utfordrende beslutninger i barnevernsarbeid. Et barns omsorg må vurderes ut fra det enkelte barns forutsetninger og behov, da forskjellige barn vil oppleve ulik grad av risiko, ulike beskyttelsesfaktorer og ha varierende grad av sårbarhet. Beskyttelsesfaktorer er ulike faktorer ved eller rundt barnet som reduserer sannsynligheten for negativ psykososial utvikling hos barnet (Kvello, 2015, s. 246). Et barn kan også være resilient, og slik ha god fungering og greie seg bra til tross for store og belastende påkjenninger i oppveksten (Sundfær, 2012, s. 169).

«God nok» omsorg er langt fra perfektjon, og selv gode omsorgspersoner gjør stadige feil og mistolkninger i samspillet med barnet (Brandt og Grenvik, 2010, s. 77). For å gi barnet god omsorg bør en være emosjonelt involvert i samspill med barnet, og tolerere barnets umodne sinnstilstand. Regulering av egne og barnets følelser er vel så viktig, samt å anerkjenne og bekrefte disse. En må være i stand til å se barnets behov og tolke dets signaler, og slik utøve sensitivitet i omsorgen. Emosjonelt tilgjengelige omsorgspersoner er helt avgjørende for

optimaliseringen av barnets utvikling (ibid., s. 78). Med det menes omsorgspersoner som er sensitive, i stand til å se barnets behov og initiativ, samt å kunne respondere på dem. Sensitive omsorgspersoner kan få barnet til å føle tiltro til at dets behov for omsorg blir fylt når det trengs. Dette skaper trygghet hos barnet. Barnet vil i større grad utforske omgivelsene, signalisere sine behov mer affektivt, samt svare tilstrekkelig på andres initiativ dersom det er trygg på at omsorgsgiver er sensitiv og tilgjengelig (ibid., s. 79).

Det er gjort studier vedrørende rusmisbrukende mødres eget perspektiv på moderskapet. Et eksempel er Söderström (2012) sin forskning. Denne studien viser at det er to hovedperspektiv på egen omsorgsevne: Mødrene har en forståelse for at rusmisbruket påvirker barnet deres negativt, men forsøker å utvide tanken om hva en god mor kan være. De forteller at det å være rusmisbruker ikke er ensbetydende med at de er en dårlig omsorgsperson, og mener de både er omsorgsfulle og sensitive til tross for rusen. Det andre perspektivet viser at rusmisbrukende mødre opplever barrierer mot å oppsøke hjelp fordi de frykter profesjonelles bedømmelse av dem som mødre, og at identiteten deres som mor er forsvarspreget (Söderström, 2012, s. 461).

2.13) Tilknytningsteori

Tilknytning handler om kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom personer som er viktige for hverandre (Kvello, 2015, s. 82). Den klassiske tilknytningsteorien setter omsorgsperson-barn-relasjoner i sentrum av sin teori (Bowlby, 1969, Ainsworth, 1978). Deres tilknytningsperspektiv retter fokuset mot barn og unge, men tilknytning har med årene blitt sett i et livsløpsperspektiv fordi vi ikke opphører å være tilknyttet når vi blir voksne (Kvello, 2015, s. 83). Denne studien omhandler imidlertid barn og fokuset vil derfor rettes mot tilknytning hos nettopp barn.

Ainsworth og hennes medarbeidere (1978) fant tre tilknytningstyper ut fra Bowlbys (1969) teori om tilknytning. De tre tilknytningstypene ble tildelt kategoriene *unnvikende* (utrygg) (A), *trygg* (B) og *ambivalent* (utrygg) (C). Senere ble tilknytningskvaliteten *desorganisert* (D) funnet av Main og Solomon (1986). De fire typene blir i dag referert til som ABCD-modellen for tilknytning, og dominerer teorifeltet i stor grad (Kvello, 2015, s. 88). En har funnet at 50 – 80 % av barn som er tilknyttet eksempelvis barnevernet eller barne- og ungdomspsykiatrien har desorganisert og utrygg tilknytning (Gervai, 2009, s. 2). Med den skisserte høye forekomsten som utgangspunkt, tas desorganisert og utrygg tilknytning med videre i dette kapitlet.

For at barns utvikling av grunnleggende psykiske, sosiale og kognitive ferdigheter skal finne sted, understreker tilknytningsteorier betydningen av samspillet mellom barn og omsorgsperson (Perry, 2009, s. 250). Det finnes trolig mottagelige atferdsmønstre hos spedbarn som gradvis utfolder seg i takt med at sentralnervesystemet modnes. Dette kan videre utløse spesifikk atferd hos mor som omsorgsgiver. Omsorgsgiverens sensitivitet kommer til syne gjennom både bevisste og ubevisste handlingsmønstre, som er tilpasset utviklingsbehovet hos barnet. Dette er nødvendig for at grunnleggende motoriske og psykiske ferdigheter, samt mer komplekse evner som språk, emosjonell selvregulering, empati og finmotorikk utvikles hos barnet (ibid.). Barnet får relasjonserfaringer med mor som omsorgsgiver, og etter hvert andre, og danner slik indre arbeidsmodeller som er til hjelp i relasjonelle situasjoner. Indre arbeidsmodeller bistår barnet med å orientere seg i relasjoner (Smith, 2008, s. 147).

Rusmisbruk har blitt knyttet til tilknytningsforstyrrelse (Mohaupt og Duckert, 2010, s. 411). Dette kan komme til syne senere i livet som rigide, kontrollerbare og ustabile atferdsmønstre i nære relasjoner. Slike atferdsmønstre hos rusmisbrukende omsorgspersoner kan arte seg som risikofaktorer for barna som bor med dem (ibid.). Det er funnet at rusmisbrukende mødres evne til å tilstrekkelig stimulere barnet ofte er begrenset (Suchman, DeCoste, Castiglioni, Legow og Mayes, 2008, s. 514). Årsaker til dette kan være faktorer knyttet direkte til selve rusmisbruket, som eksempelvis grad av rusmisbruk, abstinenser, kaotisk livsstil og urolig søvnrytme (Mohaupt og Duckert, 2010, s. 411). Rusmisbrukende mødre som har vært under institusjonsbehandling har vist svært begrenset evne til å sette seg inn i barnets situasjon og behov, også i rusfri tilstand. De har mindre oppmerksomhet rettet mot barnet, og er lite speilende i forhold til barnets signalement i tilknytningssituasjoner (ibid.). Barnet vil imidlertid knytte seg til mor og eventuelle andre nære omsorgspersoner, uansett hvordan det har blitt behandlet. Barnet gjør det for å overleve, og knytter seg derfor på ulikt vis (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 73).

Hjemmet som omsorgsbasis blir svekket dersom omsorgspersonen er emosjonelt utilgjengelig som følge av rus. Dette være seg både når mor er i aktiv rus og i en abstinensfase. Slik risikerer barn av rusmisbrukende mødre å utvikle en utrygg tilknytningsstil (Kvelling, 2015, s. 349). Dette fordi sensitivitet, varme, lindrende trøst og emosjonell tilgjengelighet er noen av de viktigste samspillsdimensjonene for utvikling av trygg tilknytning. Utrygg tilknytning kan framtre som følge av emosjonell utilgjengelighet, skremmende eller skremt atferd hos mor. Barn som vokser opp i et rusbelastet hjem har oftere utrygg tilknytning, og gjerne spesielt

utrygg desorganisert tilknytning, sammenlignet med normalpopulasjonen (ibid.). Barnet står overfor et uløselig dilemma hvor det er avhengig av mor som omsorgsperson, men samtidig er redd for henne og mangler tillit i relasjonen (ibid., s. 89). En utrygg tilknytningsstil vil også kreve mer av mor som omsorgsperson med tanke på hennes evne til innlevelse i barnet og hennes sensitivitet overfor barnet. På samme tid vil nettopp disse rusmisbrukende mødrene gjerne ha mindre å gi, noe som igjen kan gi en negativ utviklingsspiral hos barnet (Zucker, Donovan, Masten, Mattson og Moss, 2008, s. 254).

For å kunne utvikle god sosial og følelsesmessig fungering er det en forutsetning at barnet utvikler en trygg relasjon til minst én primær omsorgsgiver (Wiig, 2018, s. 22). Barnet utvikler gjerne en relasjon til en omsorgsgiver som er sensitiv og responderende i samhandlingen med det (Ainsworth, 1978). En kan forvente at rusmisbruk skaper utfordringer ved evnen til å være sensitiv i samspill med barnet (Wiig, 2018, s. 22). Barnets tilknytning skapes gjennom deres behov og ut fra mors forutsetninger (Kvello, 2015, s. 84). Dersom mor viser usikkerhet eller har en fiendtlig innstilling i tilknytningsfasen, kan barnets mentaliseringsevne forstyrres. Dette kan igjen medføre ikke-mentaliserende samspill med barnet. Det ser ut til å være en sterk sammenheng mellom tilknytningsprosesser og utvikling av evnen til å skape forestillinger om mentale tilstander både hos en selv og andre (Arefjord og Karterud, 2011, s. 199).

2.14) Rusmisbrukende mødres mentaliseringsevne

Mentalisering indikerer mors grad av innsikt og forståelse, og dette er videre sterkt styrende for hennes handlinger og atferd i omsorgen (Kvello, 2015, s. 136). Det har vist seg nyttig å trene mentaliseringsevnen, for slik å utvikle sensitivitet overfor barnet og forbedre samspillet (Brandt og Grenvik, 2010, s. 115). Barnets omsorgsperson spiller en sentral rolle i dets evne til å utvikle et harmonisk følelsesliv, samt ferdigheter i følelsesregulering (Kvello, 2015, s. 333). Dersom barnet utvikler god kvalitet på sin mentaliseringsevne, kan det virke som en beskyttelsesfaktor med tanke på generasjonsoverføring av risikofylt barneomsorg (ibid., s. 222).

Ved at mor speiler barnet og dets følelser, utvikler barnet forståelse av mentale tilstander. Denne utviklingen kan imidlertid begrenses ved at barnet utsettes for alvorlige relasjonelle konflikter eller mangler, akutt stress eller traumer (Wiig, 2018, s. 27). Rusmisbruket svekker mentalisering overfor en selv, øker graden av likegyldighet og kan føre til glemsel av andre menneskers mentale tilstander (Arefjord og Karterud, 2011, s. 195). Mentaliseringsevnen kan påvirkes i positiv retning av trygg tilknytning, men bli svakere ved utrygg tilknytning. Mors

mentaliseringssevne overfor barnet vil ha betydning for utøvelsen av morsrollen, samt barnets evne til utvikling av en trygg tilknytning og egen mentaliseringssevne. Mødrene må arbeide med å forstå seg selv, reflektere over egen atferd og egne emosjoner, samt forstå hvordan barnet har det «på innsiden» (ibid.). Én dimensjon ved mentalisering er oppmerksomt nærvær, som innebærer *å være her og nå* (Kvello, 2015, s. 121). Rusmisbrukende mødre kan imidlertid ha vansker med oppmerksomhetsfokus mot barnet, da andres opplevelser, behov og følelser ofte stenges ute fra eget sinn og fokuset gjerne er rettet mot rusmidler (ibid., s. 349). Ved å ikke rette oppmerksomheten fullt og helt mot barnet, kan utviklingen av selvregulering og sosial kompetanse hos barnet hindres (Söderström og Skårderud, 2009, s. 59). Rusmiddelmissbrukende foreldre har ofte urealistiske forventninger til sine barn, og blander gjerne egne og barnets behov (Kvello, 2015, s. 347). Svak mentaliseringssevne kan medføre en svart-hvitt-tankegang og feiltolkninger (Arefjord og Karterud, 2011, s. 193).

2.15) Mentalisering som terapiform

Begrepet «parental reflective functioning» ble presentert av Slade (2005, s. 269) og har på norsk blitt oversatt til *med evne til mentalisering* (Wiig, 2018, s. 26). Begrepet forklares ut fra tilknytningsteori og beskriver foreldrenes representasjoner av barnet og av relasjonen mellom barnet og omsorgsgiveren (ibid.). Terapiformen benyttes gjerne for rusmisbrukende pasienter som har omfattende problemer med følelsesregulering (Arefjord og Karterud, 2011, s. 193). Rusen kan påvirke mor slik at hun ikke ser seg selv utenfra og barnet innenfra, og det finnes en betydelig sammenheng mellom rusinntak og svekket mentaliseringssevne (ibid., s. 195). Mentaliseringssevnen hennes er redusert, og kan i det videre føre til omsorgssvikt (Johnsen, 2013, s. 238). Lossius (2011, s. 199) påpeker at mentalisering påvirker vår sosiale kompetanse, som igjen vil vise seg gjennom hvordan vi samhandler, samarbeider, tar hensyn, vurderer andres behov og dialogen vi har med andre mennesker.

Når en driver mentaliserende behandling er nysgjerrighet, undring og opptatthet av eget og andres sinn grunnelementer. Emosjoner og følelsesliv er også sentralt. Dersom en har en rusmisbrukende mor i behandling, vil terapiens hensikt være å synliggjøre hennes eget og andres sinn (Brandt og Grenvik, 2010, s. 121). Kvinnen må bevege seg fra sitt eget og videre til den andre personens ståsted, og forsøke *å se den andre innenfra* og seg selv utenfra (ibid.). Behandlingen søker i hovedsak å øke kvinnens forståelse av seg selv og andre. Mentaliseringsbasert behandling kan oppleves som en trygg havn hvor kvinnen føler omsorg fordi terapeuten har et genuint ønske om å forstå hennes erfaringer og opplevelser. I og med at barnet i så stor grad lærer sin mentaliseringssevne av foreldrene, vil bedring av mors

mentaliseringssevne være av stor effekt med tanke på generasjonsoverføring av svekket evne til mentalisering (ibid., s. 125).

Langtidsbehandling med trening i mors evne til mentalisering i fokus, er å anbefale for familier med rusmisbrukende omsorgspersoner (Söderström og Skårderud, 2009, s. 60). Et stort flertall av behandlerne som stilte til intervju fortalte mye om viktigheten av å trene mors mentaliseringssevne, og knyttet dette i stor grad til mors sensitivitet og omsorgsutøvelse, samt tilknytning hos barnet.

2.16) Samarbeid med barneverntjenesten

Begrepet samarbeid blir av Glavin og Erdal (2018, s. 28) definert som *samspill, kompaniskap og det å arbeide sammen*. Et samarbeid mellom to instanser vil ha til hensikt å utforme et mer helhetlig tjenestetilbud som er tilpasset brukerens behov (Ødegård, 2016, s. 114).

Barneverntjenesten har ved lov plikt til å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når samhandlingen kan bidra til å løse oppgaver som er pålagt etter Lov om barneverntjenester (1992), § 3-2.

Som tidligere nevnt kan rusmisbrukende mødre være ambivalente i spørsmålet om å søke behandling. De kan også være svært vanskelig å komme i kontakt med grunnet deres livssituasjon (Wiig, 2018, s. 11). Dette betyr imidlertid ikke at de ikke har et stort hjelpebehov. Mødre med alvorlig grad av rusmisbruk, uttrykker at de føler de bør søke rusbehandling slik at de kan unngå å miste omsorgen for barnet. Samtidig frykter de at ved å oppsøke behandling, vil risikoen for omsorgsovertakelse øke. Rusmisbrukende mødre tør gjerne ikke å kontakte hjelpeapparatet og snakke om det å være rusmisbruker og mor. Dette til tross for at de strever med å balansere behovet for rus, og ønsket om å ivareta barnet (ibid., s. 20).

Gjennom kvalitative intervju med rusmisbrukende mødre fant Trulsson (2003, s. 102) at de er redd for å miste omsorgen for barna, og at sosialtjenesten derfor anses som deres største trussel. Dette til tross for at sosialtjenesten skal hjelpe personer med rusproblematikk. De har derfor gjerne utviklet en egen «koreografi» som de benytter i møte med myndighetspersoner og hjelpeapparatet for øvrig. Mødrenes frykt ved å avsløre overfor sosialtjenesten at de trenger hjelp, er at sosialtjenestens vurdering kan være omplassering av barna (Wiig, 2018, s. 20). Samtidig som de fryktet hjelpeapparatet og kanskje barnevernet spesielt, uttrykte de rusmisbrukende mødre i studien til Wiig (ibid., s. 47) likevel at de forstod at de var nødt til å samarbeide med dem.

Barnas viktigste omsorgspersoner er foreldrene, og de føler ofte sterk lojalitet til dem, uavhengig av rusmisbruk. Foreldrefunksjonen svekkes som tidligere nevnt ofte ved rusmisbruk, og da er det terapeuter med behandlingsansvar for mor som er pliktig i å se til at barnet får best mulig oppfølging og hjelp (Sundfær, 2012, s. 19). Dette betyr å hjelpe mor med å ivareta sin omsorg for barnet ut fra hennes evne og mulighet. En viktig oppgave for barneansvarlig er å få mor til å forstå at barnet trenger videre hjelp og oppfølging. Dette kan hun gjøre ved å tone seg inn på den delen av mor som fortsatt ønsker å være en god omsorgsperson for barnet (ibid.). Dersom dette arbeidet ikke lykkes, er barneansvarlig pliktig til å kontakte andre instanser ved behov, først og fremst barnevernet. I mange tilfeller med rusmisbrukende mødre vil imidlertid dette arbeidet med mor som omsorgsperson foregå mens barnet er ivaretatt av andre. Målet er gjerne at mor på sikt skal kunne fungere som en god omsorgsperson. For å oppnå dette må hun få hjelp til sine egne problemer først. Mor er imidlertid ansvarlig for barnets omsorgssituasjon med mindre barnevernet har bestemt noe annet (Hansen, 2012, s. 52).

Lovparagrafene i Helsepersonelloven (1999) § 33, Opplysningsplikt til barnevernet, viser helsepersonell sin opplysningsplikt og ansvar ved yting av helsehjelp. Helsepersonell må slik være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet og være nøye på å se barnets behov. Samtale vedrørende innsending av bekymringsmelding skjer ofte i samhandling med den rusmisbrukende mor som er i behandling. Lovverket åpner likevel for at helsepersonell skal melde sin bekymring selv uten samtykke fra mor (Sundfær, 2012, s. 20). Mor har rett på å få vite hvilken informasjon som har blitt sendt til barnevernet. I noen tilfeller vil sending av bekymringsmelding være ønsket både av mor selv og av helsepersonell. Der det ikke er tilfelle, vil trolig relasjonen mellom mor og behandler settes på prøve. Ivaretagelse av barnet er imidlertid viktigst, til tross for at relasjonen med mor vakler eller brytes som følge av bekymringsmeldingen (ibid.).

Mange rusmisbrukende mødre har gjerne selv erfaring med barnevernet fra egen oppvekst, og har negative følelser knyttet til det. De kan derfor føle stor mistillit til barnevernet og hjelpeapparatet generelt (Brandt og Grenvik, 2010, s. 213). Et betydelig motivasjonsarbeid må derfor gjerne iverksettes for å få kvinnene til å motta hjelp (Kvelling, 2015, s. 259). Sentrale tema i behandlingen bør derfor være utvikling av tillit til hjelpere og en fremstilling av hva de må prestere som mor for å beholde, eventuelt få tilbake, omsorgen for barnet (Brandt og Grenvik, 2010, s. 213). Flere bærer på historier hvor de ikke ble hørt, og beslutningen ble tatt uten at de fikk ha noen bestemmelsesrett. Noen ganger var dette nødvendig, andre ganger

ikke. Å gi bekreftelse på mors følelse av redsel er viktig, og ved å respondere på følelsen av umyndiggjøring kan tillit bygges. Informasjon om at helsepersonell må sette barnet først, til tross for at det noen ganger kan være vanskelig for mor, må gis. Tett samarbeid med barnevernet bør utvikles, slik at de kan lære familien å kjenne og bli deres samarbeidspartner (ibid.).

Det ble i de fleste intervju presisert av behandlerne selv at barnevernet er en av de kommunale etatene som er og bør være involvert med familien gjerne allerede ved svangerskap, og uansett etter fødsel. Barneverntjenesten er som regel involvert før innleggelse av mor og eventuelt barnet (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 19). Barnevernet skal være en viktig samarbeidspartner gjennom behandlingsforløpet, og gjerne også etter at familien er utskrevet. Det tette samarbeidet mellom barnevernet og behandlingsinstitusjonene skulle tilsi at det finnes undersøkelser som sier noe om hvordan de to instansene praktisk sett samarbeider og eventuelle erfaringer ved slike samarbeid. Slike studier har imidlertid vist seg vanskelig å finne, og det behøves derfor mer kunnskap på feltet. Analysekapitlet i denne studien vil imidlertid vise mine informanters opplevelse av deres samarbeid med barneverntjenesten.

3. Metode

3.1) Vitenskapsteoretiske betraktninger og utgangspunkt

Fremskaffelse av ny kunnskap og utfordring av eksisterende teorier er drivkraften ved forskning. Den vitenskapelige rammen for forståelse blir styrket i søken etter kunnskap om en virkelighet eller et fenomen (Thomassen, 2006, s. 63). Forskningsprosessens valgte metodologiske tilnærming vil alltid inneha svakheter og manglende presisjon ifølge Jacobsen (2010, s. 17). Ved å redegjøre for det metodologiske grunnlaget i et forskningsprosjekt åpner en opp for kritisk blikk på mulige svakheter ved funnene som er resultatet av studien. Denne studien inneholder funn fra kvalitative dybdeintervju med seks behandlere på rusfeltet, og det er kommunikasjon som anses som redskapet for forskning. Samtale mellom mennesker gir oss muligheten til å lære om andres erfaringer, opplevelser og livsverden (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 21). Studien baserer seg slik på erfaringer og refleksjoner presentert gjennom seks behandleres stemmer. Gjennom intervjuene ønsker jeg å utvide min forståelseshorisont omkring studiens tema, ved hjelp av behandlernes fortellinger og refleksjoner.

På bakgrunn av min problemstilling, har jeg valgt å anvende to vitenskapsteoretiske perspektiv: Fenomenologi og hermeneutikk. De to retningene stammer begge fra åndslæren og samfunnsvitenskapen, nærmere bestemt humanvitenskapene (Thomassen, 2006, s. 63).

Perspektivene benyttes gjerne ved ønske om å utforske informantenes personlige erfaringer, forståelser og beskrivelser. Hensikten med prosjektet er å utforske følgende problemstilling: *Hvilket fokus har man på barn i behandling av rusmisbrukende mødre?* Utdypende informasjon om behandleres egne erfaringer med tematikken i møte med rusmisbrukende mødre og deres barn var derfor sentral å innhente. Studien presenterer behandleres erfaringer med og innsikt i temaet, men sier ikke noe om hvordan disse kvinnene eller barna selv opplever deres liv. Behandlerne ga meg ved personlig møte bredere innsikt og forståelse av hvordan tematikken så ut fra deres perspektiv og livsverden.

Dette kapittelet vil videre omhandle den valgte vitenskapelige tilnærmingen, samt de ulike valg som har blitt tatt underveis i studien vedrørende blant annet metodevalg og forskningsdesign, intervjuguide og intervju, lydopptak og transkribering. Til sist kommer en vurdering av reliabilitet og validitet, samt etiske betraktninger i forskning.

3.2) Fenomenologi

Ordet «fenomenologi» er gresk og dets betydning kan deles i to: *phainomenon*; fremtoning, det som viser seg, og *logos*; lære. Fenomenologien omhandler hvordan verden oppleves og erfares fra et subjektperspektiv – for eksempel fra behandleres eget perspektiv og opplevelse av rusmisbrukende mødre, og forsøker å forstå den *levde erfaringsverden* (Thomassen, 2006, s. 83). Fenomenologien har sitt utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og forsøker å finne forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2013, s. 40).

Edmund Husserl er grunnleggeren av denne sentrale tankeretningen innen filosofien, og hans arbeid er utgangspunktet for alle de retningene fenomenologien nå har spredt seg i (Thomassen, 2006, s. 82). Beskrivelser av menneskers erfaringer vektlegges i fenomenologien, uten å henvise til teori eller utøve tolkning (Smith, Flowers og Larkin, 2009, s. 21).

I korte trekk kan en beskrive fenomenologisk tilnærming som en filosofi som forsøker å forstå mennesker og deres egen forståelse av sosiale fenomener og verden omkring dem (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 45). De formulerte problemstillingene for denne studien omhandler fenomennære opplevelser og erfaringer, om behandleres egen forståelse og erfaring, samt hvordan de forholder seg til den rusmisbrukende kvinnen og hennes barn i behandling. Altså er det, som tidligere presisert, behandlerens egne subjektive opplevelser og erfaringer som utgjør empirien i studien. Dette har jeg videre forsøkt å forstå i det analytiske arbeidet. Fenomenologien illustrerer i stor grad menneskers opplevelse av sin egen livsverden, og er

slik egnet for å studere sosial praksis. De sosiale fenomenene blir forstått ut fra aktørens egne perspektiver og beskrivelser (ibid., s. 46).

3.3) Hermeneutikk

Begrepet «hermeneutikk» stammer fra det greske ordet *hermeneuein* og betyr å tolke eller fortolke (Thomassen, 2006, s. 157). Hermeneutikken handler om læren om tekstfortolkning og tolkningslære. Betegnelsen kan forstås som en generell beskrivelse av hvordan vi forstår virkeligheten gjennom vår fortolkning av den. Hensikten med fortolkning er å komme fram til nye forståelsesmåter eller å bekrefte en kjent forståelse (Langergaard, Rasmussen og Sørensen, 2006, s. 126). I nyere tid har imidlertid begrepet utviklet seg til å omhandle *en allmenn teori om fortolkning og forståelse* i bred forstand (Thomassen, 2006, s. 157).

Den tyske teologen og filosofen Friedrich D. E. Schleiermacher, produserte et av de første forsøkene av hermeneutikk som allmenn lære om fortolkning og forståelse. Schleiermacher fant ut at muligheten for å forstå aldri går av seg selv, og «sanne» tolkninger må ses i sammenheng med konteksten den befinner seg i, samt dens relasjon til den større helheten. For å forstå menneskelige handlinger og aktiviteter må de fortolkes, og det er gjennom mine fortolkninger at «virkeligheten» blir tilgjengelig (Thomassen, 2006, s. 158). Hermeneutikken utforsker en dypere mening enn den som umiddelbart framtrer. Hermeneutikken framhever at mening kun kan forstås i lys av den sammenheng det vi ser på og er en del av – slik forstås delene i lys av helheten. I vitenskapelig sammenheng anses hermeneutikk som læren om fortolkning og handler om hvordan materiale av vitenskapelig karakter framstår som meningsfullt (Thagaard, 2013, s. 41).

Hans-Georg Gadamer er svært sentral innenfor den hermeneutiske vitenskapsforståelsen, og hans tanker omkring begrepet «forståelse» er relevant. Gadamer hevdet at ethvert menneskes forståelse bunner i akkurat dette menneskets *forforståelse* (Thomassen, 2006, s. 86). Begrepet forforståelse innebærer at vi ikke kun opplever realiteten via sansene våre, og at det vi anser som rene sanseintrykk i virkeligheten er stor grad av tolkning (Thurén, 2009, s. 66).

Forforståelsen er ikke mulig å skyve fra seg, men dersom vi er bevisst at den påvirker vår vurderingsevne, kan vi forsøke å være nøytral og reflektert ved vurderinger og handlinger. Vi kan reflektere over spørsmål vi stiller, undres hvorfor vi stiller dem og finne ut hvilke metoder som benyttes for å besvare spørsmålene. Slik kan en nedtone forforståelsens påvirkningskraft, og forsøke å danne et mer nøytralt grunnlag for en felles fortolkning i forskning med hermeneutisk tilnærming (Thomassen, 2006, s. 86).

I hermeneutikken står den hermeneutiske sirkel sentralt. Dersom en person ønsker å utvide sin forståelseshorisont blir den hermeneutiske sirkelen aktuell. En vil trolig forsøke å forstå deler av et fenomen i søken på å forstå fenomenet. Forståelsen av delene kan gi en forståelse av det helhetlige fenomenet. Den hermeneutiske sirkel begrenses i lys av menneskets forståelseshorisont, men den endres stadig og påvirkes i takt med at mennesket eksponeres for nye erfaringer (Thomassen, 2006, s. 159).

3.4) Er en kombinasjon av de to vitenskapelige perspektivene mulig?

Fenomenologi og hermeneutikk kan ses som to motstridende tilnæringer, med fenomenologiens vektlegging av beskrivelser og hermeneutikkens hovedvekt på fortolkning. Dersom en anvender fenomenologien alene vil det forekomme begrensninger i form av at betydningen av forskerens fortolkning og aktive rolle som medskaper av forskning ikke erkjennes. Hermeneutikkens bidrag er slik et viktig supplement. Til sammen gir de to tilnærmingene et godt grunnlag for å utforske informantenes perspektiv. Som tidligere nevnt har fenomenologien en forståelse av at en skal utforske et fenomen så forutsetningsløst som mulig og slik tilside sette sin egen forforståelse. Hermeneutikken mener, som forklart, at forforståelse alltid vil være til stede og være en forutsetning for vår forståelse og kunnskapsutvikling. For å kombinere de to vitenskapssynene kan det slik være fruktbart å forstå at en til enhver tid har en forforståelse av et fenomen, men at en ikke behøver å la seg oppsluke helt av denne forforståelsen. Kanskje kan fenomenologien føre til at en finner nye og overraskende aspekter (Johansson, 2016).

3.5) Forforståelse

Jeg har selv jobbet en periode innenfor rusfeltet, men mine erfaringer er imidlertid få sammenlignet med informantenes. Til tross for det kan dette føre til at jeg forsøker å forstå informantenes erfaring i lys av min egen. Informantenes utsagn og kommentarer kan også påvirkes av at de fortolker min grad av kjennskap til feltet. Jeg valgte imidlertid å ikke informere informantene om mine erfaringer fra rusfeltet, med mindre de spurte direkte, før mot slutten av intervjuet, og forsøkte å stille meg undrende og nysgjerrig med kunnskapshull jeg ønsket å tette. Det kan derfor tenkes at informantene formidlet sin kunnskap og sine erfaringer til meg på en mer eksplisitt og tydelig måte. Jeg måtte likevel være bevisst min egen forforståelse og hele tiden være påpasselig på at det var informantenes mening som fremkom, og ikke en fortolkning på bakgrunn av mine egne erfaringer.

Forforståelse kan gjøre blind, og fungere som skylapper i søken etter ny forståelse (Malterud, 2017, s. 44). Forforståelsen kan legge føringer og begrensninger i fortolkningen. Selv om det

er ønskelig, er det nok ikke mulig å tenke at denne studien ikke er påvirket av min forforståelse. Men den uheldige påvirkningen fra negative fordommer har et botemiddel. Forskeren bør være aktiv og bevisst sin forforståelse og forstå hva som bringes inn i en forskningsprosess (ibid.). En aktiv refleksiv holdning må inntas, og en bør søke etter konfrontasjoner med egne forestillinger, posisjoner og fordommer. Med stor nysgjerrighet og åpenhet, samt engasjement og god veiledning, håper jeg at jeg har klart å plassere fordommer tilstrekkelig til side. Studien har lært meg mye, og jeg har fått innblikk i andre faktorer enn hva jeg kunne se i starten av prosjektet.

3.6) Forskningsstrategi

Masterprosjektet baserer seg på en kvalitativ undersøkelse med seks dybdeintervjuer av seks behandlere som jobber med kvinner og rus og oppfølging av deres barn. Kvalitativ metode støtter seg på fenomenologi og hermeneutikk, og er derfor svært anvendbar for å fremme informanternes egne erfaringer og forståelsesrammer. Det kvalitative forskningsintervjuet gir en privilegert adgang til menneskers grunnleggende opplevelser av sin livsverden. Det uttalte målet er å få fram behandleres erfaringer og avdekke deres opplevelse. Kvalitativ metode framhever mangfold og nyanser da den rettes mot beskrivelser av fenomener gjennom fortalte ord og ikke tall (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 21). Kvalitative metode bygger ifølge Malterud (2017, s. 32) på både teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkninger (hermeneutikk).

Kvalitativ metode utsettes for kritikk fra flere hold, deriblant fra de som anser kvantitativ forskning som den eneste virkelige forskning (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 309). Kritikken begrunnes i at kvalitativ form for forskning ikke er målbar eller etterprøvbar på lik linje med den kvantitative formen. Ulike tolkninger og funn framkommer som følge av hvem som er forsker. Det anses også som kritikkverdigg at det er problematisk å skille god forskning fra mindre god forskning. Kvalitativ metode setter likevel store krav til forskeren, både praktisk, kunnskapsmessig og etisk (ibid.).

3.7) Utvalg og utvalgskriterier

Ved kvalitative intervjustudier ønsker man i hovedsak å intervju informanter som kan uttale seg på en reflektert måte om det valgte temaet. Et slikt utvalg vil kunne kalles strategisk eller teoretisk (Tjora, 2017, s. 130). Hvem forskeren skal innhente informasjon fra avhenger av hvordan utvalget er definert (Thagaard, 2013, s. 60). Den kvalitative metoden kan basere seg på *strategiske utvalg*, og jeg har valgt å benytte denne formen for utvalg. Strategiske utvalg innebærer at deltakerne har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske med tanke på

problemstillingen og prosjektets teoretiske utgangspunkt (ibid.). Dette prosjektet omhandler rusmisbrukende mødre og deres barn i behandling. Det var derfor aktuelt å komme i kontakt med behandlere som jobbet med tematikken på en daglig basis.

Utvalgsriteriet for informantene til undersøkelsen var at de arbeidet med tematikken kvinner og rus, samt at de hadde en form for oppfølging av kvinnenens barn. Utvalget skulle være bestående av behandlere som hadde erfaringer og kunnskap vedrørende rusmisbrukende mødre og deres omsorg for barn. Krav til antall års arbeidserfaring, alder eller kjønn ble ikke satt. Alle informantene hadde imidlertid flere år innenfor yrket og hadde i tillegg lang arbeidserfaring fra andre arbeidsforhold innenfor det sosialfaglige feltet, ofte rettet mot rustematikk. Deres stillingstitler var noe ulik, men i og med at dette ikke ville være et fokus i oppgavebesvarelsen, ble det ikke satt som et utvalgsriterium. Informantene arbeidet ved fem ulike rusinstitusjoner.

Alle informantene var kvinner. I forkant av innsamlingen av datamaterialet forstod jeg at det ville være utfordrende å få tak i menn, i og med at den sosialfaglige arbeidsarenaen ofte i hovedsak er bestående av kvinner, og kanskje særlig på nettopp dette feltet jeg hadde valgt å ta for meg. Jeg spesifiserte derfor ikke at jeg ønsket å snakke med hverken kvinner eller menn, men forhørte meg om «noen ved deres arbeidsplass» hadde anledning til å delta på et intervju. Det at alle mine informanter var kvinner kan ha påvirket datamaterialet og den videre besvarelsen til en viss grad. Dersom jeg hadde intervjuet menn kan det tenkes at de hadde hatt et annet syn på de ulike spørsmålene eller tematikken generelt, og at de hadde opplevd og oppfattet det forskjellig fra kvinnene.

3.8) Rekruttering av informanter

Rekrutteringen av mine informanter foregikk i all hovedsak per e-post. Å kommunisere med arbeidsplassen per telefon ble også vurdert, men utelukket da jeg av ulike grunner anså det som mer hensiktsmessig å ta kontakt per e-post. Hensiktsmessig både for informanten selv som blant annet fikk tid og mulighet til å tenke gjennom deltakelse, og for meg som slik fikk alle avtaler skriftlig. I første omgang kontaktet jeg to aktuelle arbeidsplasser med spørsmål om deltakelse i mastergradsprosjektet. E-posten inneholdt informasjon om meg i korte trekk, samt redegjørelse av prosjektet. Vedlagt i mailen lå også informasjonsskrivet jeg hadde utformet med mer inngående informasjon om masteroppgavens tema, beskrivelse av intervjusituasjonen, informasjon vedrørende deres mulighet til å kontakte meg, veileder eller andre for utdypede informasjon eller klager. Jeg mottok relativt raskt svar fra begge

informantene jeg hadde henvendt meg til, og deres respons var utelukkende positiv med tilbakemelding om at det valgte temaet var viktig og spennende å forske på.

I og med at jeg ikke hadde direkte mail til noen av de aktuelle informantene, sendte jeg e-post til arbeidsstedets «hovedbase», og de videresendte så mailen til aktuelle behandlere. Slik ble det fra meg som forsker formidlet kontakt til dem som mulige deltagere. Det skapes en formell kontakt ved en formell henvendelse som presenterer rommet for forskningen og gjør det til en hensiktsmessig måte å rekruttere på (Thagaard, 2013, s. 31). Dette ga de aktuelle informantene muligheten til å lese min forespørsel, og deretter vurdere om de ønsket å delta. De aktuelle informantene ble slik ikke presset til deltakelse, slik de kanskje kunne få en opplevelse av dersom forespørselen kom via telefon eller personlig henvendelse (Tjora, 2017, s. 130). De fikk tid til å vurdere om de ønsket å delta, og slik en opplevelse av å delta på eget initiativ i og med at de eventuelt kunne takket nei til forespørselen uten at jeg fikk vite det.

Etter gjennomføringen av to intervju, ble *snøballmetoden* benyttet. Snøballmetoden er en utvalgsmetodikk hvor en starter med et lite utvalg av førstekontakter, som gradvis utvides ved at forskeren blir tipset om andre aktuelle informanter av førstekontaktene (Tjora, 2017, s. 135). Informantene oppga på forespørsel og ved eget initiativ navn og kontaktinformasjon på aktuelle intervjuobjekter for masterprosjektet. Dette gjorde at jeg raskere og enklere kom i kontakt med de riktige personene for temaet.

Det er likevel en del utfordringer knyttet til snøballmetoden. Det kan for eksempel bli vanskelig å ha kontroll over en utvalgsprosess preget av tilfeldigheter (Tjora, 2017, s. 135). I min studie var det likevel fortsatt de samme utvalgskriteriene som gjaldt. Thagaard (2013, s. 61) formidler at snøballmetoden kan medføre at utvalget kun består av personer innenfor samme nettverk. Dette var imidlertid ikke problematisk ved min studie fordi jeg ønsket at informantene skulle jobbe med samme tematikk. Noe av det mest utfordrende kan imidlertid være å opprettholde forskningsetiske krav når informanter «angir» hverandre (Tjora, 2017, s. 136). Aktuelle deltakere kan slik bli utnevnt uten at de selv ønsker å delta eller utgi sitt navn til meg som ukjent. Informantene får da ikke muligheten til å gi sitt informerte samtykke til deltakelse, og jeg som forsker får informasjon om dem som de ikke har gitt samtykke til (Thagaard, 2013, s. 62).

Det kan i noen tilfeller være slik at personene i utvalget som er villige til å delta i studien, har en følelse av at de mestrer sin livs- og arbeidssituasjon, og at innsyn fra forskeren derfor ikke er til bry for dem (Thagaard, 2013, s. 63). Studien kan derfor gi et bilde av behandlere som

lykkes og mestres i arbeidet med rusmisbrukende mødre, og ikke vise mer utfordrende forhold. Jeg vil likevel presisere at informantene til tider fortalte historier om rusmisbrukende kvinner og barn som ikke hadde endt i suksess, og at studien derfor slik også gir et bilde av mindre solfylte historier.

3.9) Gjennomføring av intervjuene

I informasjonsskrivet ble det oppfordret til at intervjuet gjerne kunne finne sted på informantens arbeidsplass. Dette ønsket jeg fordi informantene trolig ville være mer komfortabel og avslappet på sin kjente og trygge arbeidsplass, heller enn på et ukjent sted. Intervjuet omhandlet dessuten informantens arbeid, og det var derfor nærliggende å foreta intervjuet på arbeidsplassen. På kontorene hadde informantene også tilgang til ulike bøker og skriv som de brukte til å illustrere deler av det de fortalte. Stedsvalg for intervjuet har mye å si for kvaliteten på intervjuet (Tjora, 2017, s. 121). De fleste intervjuene foregikk uten noen form for avbrudd, men ved et par tilfeller ble vi forstyrret av telefoner som ringte eller personer som banket på døren. Det gikk imidlertid raskt å finne tilbake til den gode intervjuerelasjonen etter slike avbrudd.

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Det er svært hensiktsmessig å benytte en slik intervjuguide for å kunne strukturere intervjuene (Tjora, 2017, s. 153). Et semistrukturert intervju kan beskrives som en samtaleform som hverken er en åpen samtale eller bærer preg av et lukket spørreskjema. En semistrukturert intervjuguide tar utgangspunkt i bestemte tema, men er samtidig åpen og legger kun en ramme for temaet det skal samtales om (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 47).

Min intervjuguide var i hovedsak semistrukturert, men samtidig ikke så åpen at den kun la en ramme for temaet det skulle snakkes om. Spørsmålene i min intervjuguide var fullstendige og ferdigformulerte og fulgte en kronologisk rekkefølge. Stikkordspregede spørsmål og tilleggstemaer var imidlertid notert på intervjuguiden og i en notatbok jeg hadde med på hvert intervju, og ble gjerne benyttet dersom informanten ikke kommenterte et aktuelt tema selv. Enkelte stikkord ble også notert i en notatbok underveis. Disse stikkordene benyttet jeg gjerne senere i intervjuet for å stille oppfølgingsspørsmål slik at ingen nye spørsmål skulle påvirke en god tankerekke hos informanten negativt. De noterte stikkordene ble makulert samme dag som intervjuet fant sted. Noen spørsmål i intervjuguiden ble omformulert, presisert eller fjernet etter første og andre intervju, og guiden ble bearbeidet jevnlig. Hovedtematikken og de mest sentrale spørsmålene stod likevel urørt, og informantene svarte slik i stor grad på de samme spørsmålene.

Selv om spørsmålene fulgte en kronologisk rekkefølge, forsøkte jeg å være fleksibel og hoppet gjerne over spørsmål for så å komme tilbake til dem igjen dersom informanten begynte å snakke om en annen tematikk enn det som var hovedanliggende der og da. Dersom jeg stilte spørsmål fra andre kategorier, informerte jeg om dette i forkant, og jeg kommenterte alltid hvilket tema vi skulle bevege oss inn i. Slik kunne informanten få noen rammer for tematikken før spørsmålene ble stilt, selv om informanten selvfølgelig stod fritt til å snakke bredt om emnet, eller snakke seg ut i en annen tematikk (Tjora, 2017, s. 157). Mentalisering var et tema alle informantene så ut til å være svært opptatt av. Dette var et tema jeg ikke hadde ansett som sentralt på forhånd, og jeg hadde derfor ikke spørsmål om dette i intervjuguiden. Jeg stilte meg imidlertid åpen til temaet under intervjuene, og var fleksibel overfor informantene sine innspill og fanget slik opp deres interesse. Da mentalisering viste seg å være svært aktuelt for alle informantene, ble temaet også sentralt i presentasjon av funn og for masterprosjektet som helhet.

Intervjuguiden fungerte som et svært nyttig hjelpemiddel for meg som forsker. Selv om jeg etter hvert intervju ble bedre kjent med intervjuguiden og spørsmålene, var det fint å ha et hjelpemiddel som viste hvilke tema og spørsmål som gjenstod til enhver tid. Intervjuguiden viste seg også å være nyttig for å danne struktur under selve intervjuet. Med god struktur ble ikke intervjuet uryddig eller usystematisk, samtidig som det gjorde det enklere å holde intervjuet innenfor den timen vi hadde til rådighet. Det var ingen andre enn intervjuer og informant til stede da intervjuene ble gjennomført, og det ble derfor få eller ingen avbrytelser underveis. Dette førte til en god flyt i intervjuet. Samtlige intervju ble etter skriftlig samtykke tatt opp med båndopptaker. Lydopptaket ble overført til en ekstern harddisk etter hvert intervju, og deretter umiddelbart slettet fra opptakeren.

Da intervju nummer seks var gjennomført, følte jeg at datamengden hadde godt volum og at innhenting av flere informanter ikke var nødvendig. Jeg hadde også Kvale og Brinkmann (2012, s. 129) sitt uttrykk *fallende utbytte* i mente, et uttrykk som innebærer at etter et visst punkt vil et økt antall respondenter tilføre stadig mindre ny kunnskap. Dalland (2017, s. 76) mener dessuten at det ikke er hensiktsmessig å innhente mer data enn det er mulig å benytte. Som tidligere nevnt startet jeg intervjuene med en kort presentasjon av meg selv, litt informasjon om temaet jeg ønsket å utforske og intervjusituasjonen i korte trekk. Jeg spurte også om informanten ønsket å fortelle om sin bakgrunn og arbeidsoppgaver før lydopptakeren ble slått på. Denne informasjonen var viktig for å kunne gi en beskrivelse for utvalget mitt, og hjalp både meg og informantene til å bli komfortabel og avslappet i situasjonen. Informantene

ble slik litt kjent med meg som person og jeg fikk samtidig et inntrykk av hvem de var. I starten av hvert intervju overleverte jeg også informasjonsskrivet jeg tidligere hadde sendt på mail og signering av samtykkeerklæring fant sted.

Etter at oppvarmingsspørsmålene var stilt, startet jeg med spørsmål vedrørende rusmisbruk og morsrollen. Videre fulgte spørsmål om fokus på barnet, mentaliseringsevne, samt tilknytning og desorganisert tilknytning. Den siste kategorien omhandlet «god nok» omsorg og samarbeid med barnevernet. På slutten av hvert intervju spurte jeg om det var noe mer informanten ønsket å tilføye. Slik fikk informanten mulighet til å bringe opp temaer hun eventuelt hadde tenkt på under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 161). Jeg forhørte meg også om informanten hadde noe teori hun hadde lyst til å anbefale. Til sist stilte jeg spørsmål ved hvordan informanten synes det hadde vært å delta på intervjuet. Dette fordi informanten ikke skulle ha en opplevelse av å ha sagt for mye eller føle seg blottlagt (ibid.).

Det var utfordrende å skulle konsentrere seg om å danne en god kjemi med informanten og vise engasjement ved å nikke, smile, holde øyekontakt osv., samtidig som en skulle forberede seg til neste spørsmål. Dette falt mer naturlig etter hvert som jeg ble kjent med intervjusituasjonen, og turte å rive meg litt løs fra intervjuguiden. Å ikke følge intervjuguiden slavisk førte også til et mer samtalebasert intervju, hvor jeg følte det var større rom for oppfølgingsspørsmål. Oppmerksomheten var fullt og helt rettet mot informanten, og aktiv lytting ble benyttet. Her opplevde jeg at erfaring fra tidligere semestre med rollespill viste seg nyttig. Denne erfaringen kan ha bidratt til at jeg ble tryggere i rollen som intervjuer.

Etter at første intervju var gjennomført, reflekterte jeg rundt hva som hadde fungert og hva som kunne vært gjort annerledes for slik å kunne stille enda bedre forberedt til de videre intervjuene. Selv om jeg forsøkte så godt jeg kunne å drive fokusert lytting og å utforske tausheten (Shulman, 2013, s. 217), opplevde jeg i ettertid at jeg kanskje burde ventet enda litt lenger med å stille et nytt spørsmål. Noen av oppfølgingsspørsmålene mine oppfattet jeg også som ledende da jeg hørte gjennom lydopptaket på nytt etter intervjuet. Spørsmålene det gjaldt ble derfor umiddelbart fjernet fra intervjuguiden og har ikke blitt tatt med i analysearbeidet. I de videre intervjuene fokuserte jeg derfor på å gi informanten mer tid og rom for refleksjon og ettertanke, og jeg følte at intervjuene ble godt gjennomført.

3.10) Bruk av lydopptak

Lydopptaker ble benyttet ved samtlige intervju etter skriftlig og muntlig godkjenning fra informantene slik at jeg i større grad kunne være deltagende i samtalen. Diktafonen ble slått

på etter at godkjenningen var avklart og jeg hadde presentert meg selv, intervjusituasjonen og temaet i korte trekk. Ingen av informantene hadde innvendinger til opptak av samtalen. Et par stykker kikket av og til bort på lydopptakeren mens intervjuet pågikk, men ga ikke nærmere uttrykk for at de var ukomfortabel med å bli tatt opp på bånd. De snakket videre og ble mer avslappet etter hvert som tiden gikk. De fleste informantene så imidlertid ut til å «glemme» at diktafonen lå på bordet foran dem, og enset den ikke nevneverdig.

Det forekom ingen utfordringer med lyd kvaliteten på diktafonen. Noe av årsaken til det kan ha vært at alle intervjuene fant sted på informantenes kontor eller på et møterom hvor det var stille og lydisolert. Det oppstod derfor ingen vanskeligheter med å høre hva informantene formidlet.

3.11) Transkribering

Alle intervjuene ble transkribert dagen etter selve intervjuet uten hjelp av transkriberingsprogram. Samtlige intervjuer ble transkribert ordrett direkte fra opptak, og pauser, registrering av alle «eh»-er og liknende samt aktuelle følelsesuttrykk ble inkludert. I transkripsjonen synes dette ved (...), eksempelvis (*humrer*) og (*gråter*). Dette er imidlertid fjernet i analysekapitlet. Transkripsjonene er formulert på bokmål slik at ingen dialekter eller dialektnære uttrykk skal komme til kjenne. Dette for å ivareta informantenes anonymitet. Foran mine uttalelser har jeg satt bokstaven I for «intervjuer», mens informantenes utsagn har fått tallene 1, 2, 3, osv. De ferdigstilte transkripsjonene ble lagret på en ekstern harddisk, og hadde et omfang på om lag 10-15 A4-sider med enkel linjeavstand per intervju.

3.12) Analyse av data

I forsøk på å forstå det innhentede datamaterialet, ble den hermeneutiske og fenomenologiske tilnærmingen grunn for tolkningsarbeidet. Kvalitative data kan gi et stort rom for fortolkning, og det er derfor avgjørende at forskeren starter den kvalitative analysen så åpent som mulig, uten å bli styrt av ulike teorier eller oppfatninger (Tjora, 2010, s. 46). Som tidligere nevnt er det nærmest umulig å fortolke resultater og inntrykk uten å benytte seg av den forforståelsen og de forståelsesrammer en har fra før. Tjora (ibid., s. 102) påpeker at en forsker ikke vil ha mulighet til å legge til side sin egen forståelse og være helt nøytral i rollen som forsker. En må likevel gjøre et forsøk. Det er også viktig å tenke gjennom hva forforståelsen bygger på og innebærer, samt å åpne for alternative forståelsesmåter.

Analysen av intervjuene skal gi en systematisk og strukturert oversikt over innhentet materiale, slik at forskeren kan foreta tolkninger av funnene. Den kvalitative analysen har til hensikt å styrke leserens kunnskap på feltet, uten at han eller hun må gå gjennom alt av data

som har blitt frembragt i masterprosjektet (Tjora, 2010, s. 102). Når en analyserer er det ensbetydende med å dele noe opp i elementer, noe som forenkler leserens gjennomgang av materialet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 219). Transkriberingen viste seg å bli en sentral del av selve tolknings- og analysearbeidet fordi jeg gjennom å transkribere foretok en repetisjon og gjennomgang av intervjuene. Kvale og Brinkmann (2012, s. 188) anser transkriberingen som en startende tolkningsprosess i seg selv.

Det analytiske arbeidet har også vært bestående av å fortløpende forstå teorier og lese litteratur som kunne være aktuell for selve analysen og forståelsen av fenomenene som kom fram i datamaterialet. Dette tydeliggjør den hermeneutiske sirkelens bevegelse fra data til teori og tilbake igjen. Sirkelen medvirket til at jeg fikk se noe annet og noe mer, og slik ble forståelsen utvidet for videre analyse og tolkning av innhentet materiale. Det dialektiske forholdet mellom teori og data betegnes som abduksjon (Thagaard, 2013, s. 74).

Til tross for at den valgte metoden søker å utforske informantenes erfaring fra eget perspektiv, medfører det nødvendigvis forskerens eget syn på verden, i tillegg til samhandlingen mellom intervjuer og deltaker. Min tilgang til deres erfaringer avhenger av hva de ønsker å fortelle meg. Bevisstgjøring rundt dette er derfor svært sentralt, samt å forsøke å aspirere til en induktiv tilnærming. Deltakernes erfaringer er heller aldri direkte tilgjengelig for meg som forsker, og foregår gjennom tolkning av innhentet materiale (Smith et al., 2009, s. 34).

Utgangspunktet for analyseprosessen av datamaterialet er fenomenologisk på den måten at framstillingens grunnlag er behandlernes uttalelser, og målet er å beskrive deres levde erfaringer og opplevelser. Det hermeneutiske vitenskapssynet er også synlig i studien ved at det informantene forteller er deres tolkning av egne erfaringer med rusmisbrukende mødre. Deres tolkninger blir videre fortolket av meg som forsker i lys av min forståelseshorison. Den er igjen bestående av min forforståelse, min korte erfaring fra rusfeltet og valgt teori og litteratur for dette temaet. De ovennevnte punktene utformer alle resultatene som presenteres i denne studien. Sluttresultatet kunne sett annerledes ut dersom jeg hadde hatt andre erfaringer eller benyttet et annet teoretisk utgangspunkt. Da hadde jeg kanskje hatt et annet fokus i møte med informantene, og vektlagt andre aspekter ved historiene deres.

3.13) Systematisk tekstkondensering

Den valgte metoden for analyseprosessen er Malteruds (2017) *systematisk tekstkondensering*. Systematisk tekstkondensering er en nyttig og praktisk metode for tematisk analyse av kvalitativt datamateriale. Metoden viser hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en

systematisk og oversiktlig måte, men er samtidig en detaljert og tidkrevende prosedyre (Malterud, 2017, s. 115). Når en benytter en bestemt metode, kan en foreta noen valg i forhold til hva en ønsker å framheve og benytte seg av ved metoden. Denne studien følger ikke Malterud (ibid.) sin metode slavisk, men benytter seg av hovedelementene, og vektlegger i tillegg hermeneutikken. Dette fordi en som tidligere nevnt ikke kommer utenom fortolkning, og at man som forsker påvirker resultatene ubevisst (Tjora, 2010, s. 46). Jeg har blant annet ikke vektlagt kondensater i analysen.

Etter å ha gjennomført seks intervju med seks forskjellige informanter, satt jeg igjen med om lag 70 sider med enkel linjeavstand med transkripsjon. Transkripsjonene var utgangsmaterialet for analyseprosessen, og ble gjennomlest flere ganger. Dette for å skape et generelt inntrykk av helheten i intervjuene, og for å bli kjent med informantenes stemmer. Dette generelle inntrykket kan gi noen foreløpige meningsbærende tema for den videre analysen. Videre tok jeg et dypdykk i datamaterialet, og forsøkte å identifisere, organisere og kode innholdet på en systematisk måte for å finne ut om det kunne besvare forskningsspørsmålene mine. Setning for setning i hvert intervju ble gjennomgått for å finne og sortere meningsenheter som hørte sammen, og kategoriene fikk tildelt ulik farge (Malterud, 2017, s. 98).

Hermeneutikken passer godt med metoden, da systematisk tekstkondensering sier at teori ikke skal styre forskningen. Selv om systematisk tekstkondensering har en sterk inspirasjon i Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, er det ikke en rent fenomenologisk metode (Malterud, 2017, s. 115). Metoden deler imidlertid den fenomenologiske oppfatningen av at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap, og setter for eksempel egne erfaringer til side for å ikke overdøve informantenes stemmer (ibid., s. 116). Analysen innebærer en induktiv tilnærming. Forskningsspørsmålene belyses gjennom empiriske data fra enkeltpersoner, og gjennom fortolkning sammenfattes funnene slik at de kan si noe mer allment. Ved å gå fram systematisk og foreta grundige overveielser for hva som kan styrke funnernes overførbarhet, blir ikke den induktive prosessen tilfeldig eller preget av synsing (ibid., s. 113).

3.14 Metoden i mer inngående trekk

Første trinn handler om å skaffe et helhetsinntrykk. En har her et fugleperspektiv, og fokuserer heller på helheten enn iøynefallende detaljer (Malterud, 2017, s. 99). I første steg vurderte jeg mulige temaer som på en eller annen måte kunne representere eksempelvis rusmisbrukende mødres morsrolle og barnefokus i behandling. Selv om en skal legge fra seg

sin forforståelse og teoretiske referanseramme ved dette trinnet, må en fortsatt ha problemstillingen i mente. Dette er nødvendig for at en kan stille seg åpen for inntrykkene som formidles gjennom materialet. På dette trinnet skal en rette fokus mot hvilke foreløpige fire til åtte temaer som kan skimtes i transkripsjonen (ibid.).

Andre analysetrinn har fokus på den delen av materialet som skal studeres nærmere, og forsøker å danne et analytisk rom med flere nyanser heller enn konsensus (Malterud, 2017, s. 100). En kan for eksempel samle tre til fem reviderte foreløpige tema heller enn fire til åtte. Ut fra disse temaene dannes kodegrupper. Andre trinn omhandler også å finne meningsbærende enheter, og skille relevant tekst fra irrelevant. Tekst som innebærer kunnskap om ett eller flere av temaene fra første analysetrinn velges ut, og blir meningsbærende enheter. Ved indentifisering av meningsbærende enheter sorterer en dem inn i de bestemte kodegruppene. De enkelte kodegruppene representerer ulike sider av problemstillingen, og dette kalles koding. Kodegruppene lokaliserer tekstbiter som etter sitt innhold markeres med en kode, og tekst med lik type innhold får samme kode (ibid., s. 101). Her valgte jeg å fargelegge de ulike kodene slik at det ble synlig hvilke tekstbiter som hørte sammen. Eksempelvis var morsrollen markert med rosa tusj og barnefokuset i behandlingen fikk grønn markering. En må her overveie om kodene kan inkludere noenlunde samme tema, eller om et nytt tema tvinger seg fram. Dersom nye koder etableres underveis, må en gå tilbake til transkripsjonene og finne ut om en har fått med alle meningsbærende enheter som omhandler den nye kodegruppen og se om de nye temaene passer sammen med de første utsagnene (ibid., s. 103). Dette er i tråd med den hermeneutiske sirkel som beskriver at delene må ses i sammenheng med helheten, og omvendt (Thomassen, 2006, s. 159).

Dette tar oss videre til tredje analysetrinn hvor en skal sammenfatte den sorterte informasjonen ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Meningsdannelse skal finne sted, og de meningsbærende enhetene plasseres som nevnt i tre til fem kodegrupper. Etter hvert observerer man kanskje at enkelte kodegrupper inneholder få meningsbærende enheter. Da må en gjøre en vurdering på om de skal plasseres under andre koder, eller om de skal kuttes (ibid.). Sortering og sammenslåing av kodegrupper førte til at jeg satt igjen med fem kategorier: *Fokus på barnet, morsrollen som tema, samarbeid med barneverntjenesten, tilknytning og mentalisering.*

På det fjerde og siste trinnet skal bitene settes sammen igjen. En sammenfatning av det en har funnet i form av fortolkede synteser skal danne grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre. Formidlingen skal være lojal mot informantenes stemmer, og gi leseren

innsikt og tillit. En vurdering av hvorvidt resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den konteksten de opprinnelig ble uthentet fra, gjøres. Først må en frembringe kunnskapen fra de dannede kodegruppene og subgruppene. Dersom en har dannet kondensater, benyttes disse til å danne en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe (Malterud, 2017, s. 108).

Kondensater ble ikke dannet i denne studien.

3.15) Forskningsetiske overveielser

3.15.1) Informert samtykke

Informantene ble informert om prosjektets overordnende formål og temaet som skulle utforskes. De fikk også innsikt i hva det innebar for dem å delta, og det ble påpekt at samtykket når som helst og uten grunn kunne trekkes. Dersom en informant ønsket å trekke seg, skulle det ikke stilles spørsmål rundt dette, og de ble fortalt at det ikke ville ha noen negative konsekvenser for dem å tilbaketrekke sitt samtykke. Et informert samtykke innebærer at man selv som forsker sikrer at informantene deltar på frivillig basis (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 300). Samtykkeerklæring ble presentert helt i starten av hver intervjusituasjon, og ble signert av alle informantene.

3.15.2) Anonymisering og konfidensialitet

All informasjon om informantens personlige forhold har blitt behandlet konfidensielt i dette prosjektet. Innhentet materiale fra dybdeintervjuene er anonymisert slik at informantene unngår skade eller andre urimelige belastninger som følge av deltakelse (Tjora, 2017, s. 175). Opplysningene har blitt behandlet på en forsvarlig måte, og det er forsøkt å utelukke personidentifiserbare opplysninger slik at enkeltpersoner ikke kan identifiseres i den endelige oppgaven. Det fortelles ikke hvor informantene jobber, hvilken utdanning eller stillingstittel de har, heller ikke deres navn og alder. Det er kun min veileder og jeg som har hatt tilgang til intervjumaterialet.

3.15.3) Reliabilitet

«Reliabilitet», eller pålitelighet, er ett av de viktigste kvalitetsindikatorerne for forskning. Det innebærer at en analyserer kritisk ut fra behandlingen, samt eventuelle føringer forskeren kan ha lagt. Videre må en kritisk vurdere om dette kan ha påvirket resultatet (Tjora, 2017, s. 235). Forskeren vil i all type samfunnsforskning ha en form for engasjement i det temaet hun forsker på, til tross for at idealet er nøytralitet eller objektivitet. Dette engasjementet innenfor temaet kan imidlertid forstyrre prosjektet og slik skape støy som igjen kan påvirke prosjektresultatene (Tjora, 2010, s. 113). Det vil likevel ikke være mulig for forskeren å være fullstendig nøytral i sin rolle, og forskeren må selv gjøre rede for hvordan hennes posisjon kan

prege arbeidet. Det viktigste er likevel ikke å oppsøke feltet uten en faglig eller hverdagslig forforståelse, men å være åpen og kapabel til å endre forståelsen underveis (ibid.).

Masterprosjektets pålitelighet kan omtales i lys av den presenterte vitenskapsteoretiske rammen. Datainnsamling ut fra et fenomenologisk perspektiv ønsker som tidligere nevnt å få innsikt i informantens livsverden. Hermeneutikken som vitenskapsteori mener imidlertid at en som forsker aldri kan være helt nøytral og objektiv til det som skal forskes på og observeres. Forforståelsen forskeren innehar vil ifølge den hermeneutiske tradisjon påvirke hennes evne til tolkning og vurdering, og kanskje medføre at hun distanserer seg fra informanten (Thomassen, 2006, s. 86). For å stille gode og presise spørsmål er kunnskaper om det valgte temaet en fordel. God kunnskap kan imidlertid også utspille seg som en ulempe med tanke på mange forutinntattheter og forforståelse, som tidligere nevnt (Tjora, 2010, s. 114).

Kriteriet om reliabilitet vil i mitt tilfelle bli behandlet i spørsmål vedrørende mitt forhold til mine informanter: Har vi noe til felles? Hvordan er mitt engasjement for tema? Hva er min forforståelse av tema og den kunnskapen behandlerne besitter? Kan dette igjen ha påvirket min tilgang til feltet, utvalg, dataanalysen eller funnene (Tjora, 2010, s. 115)? Jeg kan for eksempel stille spørsmål ved om jeg ble styrt av egen forforståelse med tanke på rusmisbrukende mødre og deres omsorgsevne. Er denne forforståelsen blitt ledet fram i funnene?

Funn og drøfting av disse blir presentert i ulike kapitler for å styrke oppgavens reliabilitet. Redegjørelse av hvilken informasjon som kommer fram under datainnsamlingen og hva som er forskerens egne analyser er viktig å få fram. Jeg valgte å benytte båndopptaker da jeg gjennomførte dybdeintervjuene. Dette gjorde det mulig å framvise direkte sitater fra informantene i den grad det var mulig med tanke på dialektbruk (Tjora, 2010, s. 115).

Troverdigheten og påliteligheten blir styrket ved at informantenes «stemme» blir synliggjort for lesere av oppgavebesvarelsen. Det er imidlertid forskeren som velger ut hvilke sitater som skal presenteres. Dette, samt hvor sitatene legges fram og hvilke sitater som bortfaller vil kunne utfordre kriteriet om reliabilitet (ibid.). Valg av sitater er forsøkt gjort i samsvar med problemstillingen. Utvalget av sitater forsøker å tydeliggjøre de rusmisbrukende mødrenes liv og omsorg for barn og hvilket fokus man retter mot barnet i behandling av mor, slik informantene presenterte det for meg. Dette er min konstruksjon og bearbeidelse av informantenes utsagn.

Ved reliabilitetstester stiller en gjerne spørsmålet: *Ville resultatet blitt det samme dersom en annen forsker gjorde den samme jobben?* (Tjora, 2010, s. 115). Et klart «ja» vil trolig være utfordrende i kvalitative studier. En forklaring på hvorfor nettopp disse resultatene framkom er fordi akkurat jeg som forsker og de valgte informantene var involvert (ibid.). Kan det faktisk at jeg er utdannet sosionom og sannsynligvis slik har et annet barneperspektiv hatt betydning eller påvirket resultatet på noen måte? Kanskje blir informantenes erfaringer med barnevernet, særlig om de har mindre gode erfaringer og vet at jeg er sosionom, holdt litt tilbake.

En svakhet ved studien er at den kun omfatter seks respondenter når målsetningen er forholdsvis vid. Ifølge Malterud (2017, s. 32) krever studier med vide mål større utvalg. Resultatene må som følge av dette tas med forbehold. I det videre er det behov for flere studier som beskriver rusmisbrukende mødre og deres omsorgsevne for egne barn, og hvilket fokus som rettes mot barnet i behandling av mor. En styrke er at informantene jobbet på ulike steder og hadde ulike arbeidsoppgaver knyttet til den samme tematikken. Et par av informantene jobbet imidlertid på samme arbeidsplass, men de hadde forskjellige erfaringer og ulike synspunkt på mine spørsmål. Behandlere ansatt andre steder i landet kunne bidratt med andre forståelser utover det som ble funnet i denne studien. Dette var imidlertid ikke gjennomførbart grunnet ressursmessige hensyn.

Det er viktig å ha en klar bevissthet rundt hvilke «briller» jeg som forsker har på meg når jeg skal forsøke å finne svar på min formulerte problemstilling. Malterud (2017, s. 44) forklarer at en fallgrube kan være å la sin egen forforståelse overdøve kunnskap som kunne vært å finne i det empiriske materialet. Min korte erfaring fra rusfeltet medfølger et annet forskningsgrunnlag enn forskere med bred erfaring fra feltet. Likevel kan dette anses som en styrke. Dersom mitt yrke hadde vært innenfor rusmisbrukende mødre og omsorg for barn over flere år, kunne forforståelsen ha virket inn på hva jeg ønsket å finne både under intervjuene og ved gjennomføringen av analyse. Forutinntatt forståelse kan være en begrensning ved lang yrkeserfaring med forskningstema. Eksempelvis kan forskningsspørsmålene under intervjuet bære preg av tema eller utfordringer forskeren kjenner til fra tidligere praksisforhold. Forforståelsen trenger imidlertid ikke bare påvirke det faglige synet. Dersom jeg hadde hatt erfaring som mor, kunne dette gitt meg innsikt og forståelse av mødrenes livssituasjon.

3.15.4 Validitet

Ordet «validitet» betyr gyldighet (Tjora, 2010, s. 115). Validitet i forskning forsøker å finne ut om de svarene en har mottatt fra informantene faktisk er svar på spørsmålene en forsøkte å

stille, og om resultatene samsvarer med problemstillingen og eventuelle forskningsspørsmål (ibid.). En kan stille spørsmål ved om tolkningene som er gjort er gyldige i forhold til den virkeligheten en har studert (Thagaard, 2013, s. 205). En e-post med et vedlagt dokument med oversikt over valgte sitater, ble tilsendt hver enkelt informant. Slik framkom sitatsjekk fra informantene, og de fikk anledning til å se om de kjente seg igjen i egne uttalelser.

For å sikre høy grad av validitet bør forskningen pågå innenfor faglige rammer, forankret i annen relevant forskning (Tjora, 2010, s. 116). En bør altså være seg bevisst tidligere forskning på samme tema som er utført med samme metoder, og se på hva en selv og tidligere forskning har konkludert med. Økt validitet vil også framkomme dersom en er åpen om hvordan forskningen praktiseres ved å redegjøre for hvilke valg en tar, ved å være sensitiv overfor hva som er vesentlig innenfor feltet og om dette vil endre seg (ibid.).

3.15.5) Generaliserbarhet

Generaliserbarhet omhandler studiens gyldighet utover de tilfeller som ble forsket på samt funnenes overførbarhet (Tjora, 2017, s. 258). Kan funnene i dette masterprosjektet overføres til problemstillingen min vedrørende rusmisbrukende mødre og deres omsorg for barn? For at funn skal kunne generaliseres settes det krav til et stort utvalg (Ringdal, 2018, s. 285). Denne oppgaven har imidlertid et lite antall informanter og oppfyller dermed ikke kriteriet om generaliserbarhet. Til tross for at funnene ikke er generaliserbare, kan de likevel gi en pekepinn på hvordan behandlere erfarer rusmisbrukende mødres omsorgsevne og deres barn som pårørende. Det har dessuten ikke vært vanlig å benytte begrepet generaliserbarhet i kvalitativ metode, og begreper som *troverdighet*, *bekreftbarhet* eller *overførbarhet* anvendes i større grad. Hensikten med kvalitative metoder er gjerne forståelse heller enn forklaring (Malterud, 2017, s. 32). Utgangspunktet for dette masterprosjektet var å tilegne mer kunnskap vedrørende behandleres erfaring i møte med rusmisbrukende mødre og deres barn i behandling. Studiens siktemål har derfor ikke vært å trekke generelle slutninger, men å bidra til mer fokus på temaet og spre viktigheten av å se denne gruppen.

3.15.6) Forskningsetiske hensyn

Dette forskningsprosjektet ble innmeldt til Norsk senter for forskningsdata, NSD, og ble godkjent. Prosjektet inneholder ikke personopplysninger, men NSD har regler for hvordan informasjonsskrivet, samtykkeerklæringen, intervjuguiden, beskrivelsen av prosjektet osv., skal utformes. Disse skrivenes, samt ulike opplysninger vedrørende eksempelvis lydopptak og ivaretagelse av dem, er godkjent fra NSD slik vedlegg nr. 4 og 5 viser.

To særdeles viktige etiske aspekt ved et forskningsprosjekt er at informantene må gi sitt informerte samtykke til deltakelse, samt at de ikke blir skadelidende for deltagelse i studien (Everett og Furseth, 2012, s. 27). Hva et informert samtykke innebærer er tidligere presentert. Deltakerne fikk mulighet og tid til å tenke gjennom om de ønsket å gi sitt informerte samtykke da jeg sendte informasjonsskrivet til dem noen uker før intervjuet fant sted. Informantenes rettigheter ble igjen fortalt da jeg møtte dem til intervju, og alle underskrev samtykkeerklæringen. Prinsippet om konfidensialitet er et tredje etisk prinsipp som også i høy grad må ivaretas. Konfidensialitet er tidligere presisert, men omhandler i korte trekk at innhentet informasjon kun holdes hos dem som har autorisert adgang til den (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 106). Det å sikre at de etiske prinsippene overholdes og at kunnskapen og informasjonen jeg har mottatt fra informantene benyttes på en respektfull måte, er viktig. Ivaretagelse av den enkelte informants faglige integritet er foretatt, og det har i størst mulig grad blitt forsøkt å ikke utlevere noen. Men ved videreformidling av den kunnskapen informantene har gitt, foreligger det likevel en sjanse.

Maktforholdet under intervjuet er asymmetrisk fordi intervjueren styrer samtalen og har kontroll over situasjonen i større grad enn informanten. Denne makten kan utspille seg selv om den ikke utøves med overlegg, og kan ikke strykes da den tilhører det mellommenneskelige (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 52). Intervjusubjektene må derfor, som tidligere nevnt, få god informasjon om hva de deltar på, være kjent med forskningsprosjektets hensikt og hva deres rolle er. Jeg erfarte makt i min styringsrett av intervjuprosessen og hvilke tema vi skulle bevege oss inn i. Jeg forsøkte likevel å la informanten snakke utover det opprinnelige spørsmålet dersom det var ønske om det. Dette ga meg nyttige tanker om andre aktuelle tema som jeg kunne tilføre i studien, og slik ble temaet mentalisering sentralt. I noen tilfeller følte jeg egen forsiktighet overfor enkelte informanter. I ettertid relaterer jeg dette til det asymmetriske forholdet mellom meg som ung og nyutdannet sosionom, uten særlig arbeidserfaring, og en erfaren behandler med autoritet og mange år innenfor feltet.

I et forsøk på å utjevne maktubalansen, ble intervjuene gjennomført på informantenes arbeidsplass der de var kjent og følte tilhørighet og trygghet. Maktubalansen ble også forsøkt utjevnet ved å informere om hvilke tema vi skulle samtale om før intervjuet startet. Jeg ønsket imidlertid ikke å sende intervju spørsmålene til informantene på forhånd, til tross for at dette kunne fått informanten til å føle seg helt forberedt på møtet. Svarene ville da blitt nøye gjennomtenkt, og jeg ville ikke fått deres umiddelbare tanker. På den annen side kunne svarene blitt enda mer innholdsrike dersom de hadde fått lengre betenkningstid. Jeg velger

likevel å anse datamaterialet mitt som utdypende og inngående i tematikken. Informantene avga lange, innholdsrike svar på mine spørsmål. Jeg som forsker besitter også makt i etterkant av intervjuet når tolkninger og analysearbeid skal finne sted (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 52). Faren for at jeg tolker meninger og uttalelser annerledes enn slik det var tiltenkt, er til stede. Jeg har forsøkt å ikke legge noen føringer i analysearbeidet, og mener at slik materialet fremstår i denne studien er slik informantene ønsket å besvare spørsmålene.

Informanten kan imidlertid møte den asymmetriske makten med ulike former for motkontroll (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 52). Motkontrollen kan komme til syne i det skjulte eller det åpne, gjennom eksempelvis å tilbakeholde informasjon, snakke utenom tema, stille spørsmål eller føre åpen protest. Følgelig kan dette føre til konsekvenser for kunnskapen som produseres (ibid.). Motkontroll som mellommenneskelig fenomen kan ha vært til stede i mine intervjuer, og jeg har forsøkt å reflektere rundt dette i ettertid. Dersom motkontroll fant sted, må det ha skjedd i det skjulte. Alle informantene var svært imøtekommende og gavende av sin tid og kunnskap, og det asymmetriske forholdet ble visket bort ettersom intervjuet startet.

4. Analyse og presentasjon av funn

Formålet med prosjektet var å utforske erfaringer behandlere ved rusinstitusjoner hadde i møte med rusmisbrukende mødre og deres barn i behandling. Et sentralt tema var også hvilket fokus behandlerne hadde på barnet i behandling av mor, og deres tematisering av morsrollen i samhandling med mødrene. I intervjuene framkommer behandlerens erfaringer og refleksjoner knyttet til denne tematikken. Utvalgte sitater fra samtlige informanter blir i det videre presentert i kursiv og analysert i påfølgende avsnitt. De valgte sitatene er de jeg tenker kan belyse den definerte problemstillingen med tilhørende forskningsspørsmål i størst grad.

4.1) Fokus på barnet

Samtlige informanter ble spurt om hvilket fokus de hadde på barnet i behandlingen av mor. Fokus på barnet i behandling vil i denne studien omfatte fokus på barnet på to ulike måter: ved fokus på barnet for å hjelpe barnet direkte, og ved at en har barnet som tema i samtaler og behandling av mor.

Det ble i teorikapitlet reist spørsmål ved hvor vanlig det er at mor fortsatt har omsorgen for barnet mens hun er i rusbehandling. Arbeidet med mor som omsorgsperson foregår gjerne samtidig som barnet ivaretas av andre, fordi mor må få hjelp til egne vansker slik at hun på sikt kan bli en god omsorgsperson. Mor er imidlertid ansvarlig for barnets omsorgssituasjon til barnevernet eventuelt beslutter noe annet (Hansen, 2012, s. 52). Ut fra mitt materiale er det

vanskelig å få inntrykk av om det er vanlig at mødrene har omsorgen for barnet sitt mens de er i behandling eller ikke, men flere av informantene er oppfattet av at man ikke kan ha omsorgen for et barn mens man ruser seg. Noen rusmisbrukende mødre har barnet med seg på institusjonen, mens andre har mistet eller overlatt omsorgen til andre mens de er i behandling.

4.1.1) Behandlernes kontakt med barnet

Samtlige informanter opplyser at de har fokus på barnet i behandling av mor, og forteller at de møter barnet direkte ved blant annet barnesamtaler, i barnegrupper, i samspillsterapi og samspillsveiledning. Informant 6 uttaler for eksempel at: «*Vi jobber direkte med barn og foreldre i samspillsveiledning og samspillsterapi*». Flere av informantene er også opptatt av at barnet skal få en forklaring i historien sin, og uttrykker at det er deres jobb å tette hullene som eventuelt finnes i barnets historie. Informantene ser alle viktigheten av at barnet blir sett og møtt på en ordentlig måte, tilpasset barnets alder og behov. Behandlerne har imidlertid ulike måter å forholde seg til barnet på, og fokuserer gjerne på forskjellige metoder eller tilnærminger. Noen av informantene har egne barnerom hvor barnet er velkommen til å leke eller prate med behandleren, mens andre institusjoner har barneleker på stuen slik at leken implementeres i behandlingen. Barnet blir da en del av behandlingen til enhver tid. En informant fortalte at de både hadde leker på stuen og et eget lekerom. I stuen var det til enhver tid en ansatt som observerte hva som skjedde i samspill mellom mor og barn.

Samspillstrening fant også sted på lekerommet, med veiledning fra behandleren underveis i leken. Fokuset til dette behandlingsstedet kan tolkes dithen at de ønsker å la mor og barn finne sine roller i samspillet, og at de forsøker å se om mor møter barnets behov. Mine informanter er i kontakt med barnet på litt ulike måter. Samtlige informanter er likevel, ut fra sitatene å tolke, opptatt av å snakke med barnet. Noen barnesamtaler er gjerne planlagt fordi behandlerne anser det som nødvendig å prate med barnet for å kunne behandle mor. Andre barnesamtaler finner sted under litt mer tilfeldige omstendigheter, for eksempel ved et tilfeldig besøk til behandlingsinstitusjonen hvor mor oppholder seg. Behandlerne tar da gjerne en litt mer uhøytidelig prat med barnet, og gir en forklaring på hva som skjer med mor.

Ved et par av institusjonene er det mulighet for at barnet kan bo sammen med mor under behandlingsoppholdet. Samtalen med barnet kan slik gjerne finne sted både tilfeldig og ved mer planlagte tidspunkt. Ved noen tilfeller er barnet som nevnt i fosterhjem eller ivaretatt av andre omsorgspersoner mens mor er i behandling. Sitatene som framkommer fra informantene, forteller også om indirekte måter å arbeide med barnet på. Et eksempel på dette er et utsagn fra informant 3 hvor hun forteller at de ønsker barnet velkommen til avdelingen

for å besvare eventuelle spørsmål barnet måtte ha. Det er her usikkert om barnet kommer til faste avtaler eller om det kan oppsøke avdelingen mer tilfeldig.

Til tross for at barnet tidligere ofte var usynlig i møte med hjelpeapparatet (Rimehaug et al., 2006, s. 1493), framstiller nå flere av informantene at barnet fokuseres på i stor grad og plasseres i «forsetet» av behandlingen. Et informantutsagn som illustrerer dette:

En viktig del av behandlingen er å ha fokus på barnet. Du kan jo på en måte ikke drive rusbehandling av foreldre og ikke snakke med barnet deres, for det er jo det viktigste for dem. Det går ikke. Og rus handler jo ofte om vanskelige relasjoner og vanskelige følelser og da må vi jobbe med disse vanskelige relasjonene og følelsene, og da er det jo barnet som er mest nærliggende å jobbe med. Så, sånn sett har vi jo masse fokus på barn. Det er barnet i forsetet i behandlingen her. (Informant 1).

Informant 1 forteller at rusbehandling ikke kan forekomme uten at en samtaler med barnet til den som er i behandling. Dette begrunner hun med at barnet er det viktigste i forelderens liv. Hun snakker videre om at rus og rusmisbruk kan omhandle vanskelige relasjoner og følelser, og sier at barnet da: «[...] er mest nærliggende å jobbe med». Dette er, ut fra min tolkning, bakgrunnen til at barnet er: «[...] i forsetet i behandlingen». Ut fra sitatet kan det se ut til at behandleren jobber direkte med barnet, og at barnet er et av utgangspunktene for behandlingen som utøves. Samtidig sier ikke informanten noe konkret om hvordan de fokuserer på barnet, bare at de gjør det. En annen måte å forholde seg til fokus på barnet er:

Vi har veldig fokus på at barna skal få komme hit og se hvordan avdelingen ser ut. Da snakker vi om mindre barn som er under 18 år. [...] De får komme inn på avdelingen og se hvordan det ser ut, fordi vi vet at barn trenger å få veldig konkrete bilder og vite hvor mamma er, og se at det ser hyggelig ut [...] og vi har jo et lekerom her med en del leker og sånn, og så har vi et ungdomsrom her òg. (Informant 3).

I utsagnet beskriver informanten viktigheten av å bringe barn med inn i lokalene hvor mor går til behandling, og slik ufarliggjøre situasjonen ved å gi konkrete bilder på at: «[...] det ser hyggelig ut». Behandlingsstedet har barne- og ungdomsrom, og viser slik at de legger til rette for barnets besøk. På rommene kan det trolig også forekomme samtaler om situasjonen barnet befinner seg i, slik at behandlerne kan finne ut hvordan barnet har det. Lekene som befinner seg på barnerommet kan brukes bevisst i forhold til barnet og samtalen de skal ha (Ruch, Winter, Cree, Hallett, Morrison og Hadfield, 2016, s. 1020). Det kan være enklere for et barn å være delaktig i samtalen om vanskelige tema dersom det får leke samtidig (Langballe,

Gamst og Jacobsen, 2010, s. 38). Relasjon mellom behandler og barn kan slik etableres og utvikles, noe som kan gjøre det enklere for barnet å fortelle om det som er vanskelig (Ruch et al., 2016, s. 1020).

Barna kan få stille spørsmål og vi vil gjerne at de skal fortelle hvordan de har det, og hva de lurer på. Og snakke så åpent som mulig om mammas problemer, mammas sykdom, tilpasset alder selvfølgelig. Prøve å avmystifisere deres reaksjoner, hjelpe de til å forstå at de er viktig, at de har sine egne følelser og at det er lov å være sint på mamma og være lei seg og redd, altså normalisere hele det følelsesspekteret som vi kan anta at barnet har da. (Informant 3).

Informanten forteller at de ønsker å høre hvordan barnet har det, og at det gjerne kan stille spørsmål det lurer på. Kanskje kan informant 3 forstås som at behandlerne ved denne rusinstitusjonen har direkte fokus på barnet, da sitatet over viser stort fokus på barnets følelser. Ved å snakke om det som er vanskelig, kan barnet få et språk på sine følelser, tanker og opplevelser, og videre utvikle evne til refleksjon (Sundfær, 2012, s. 19). Barnets følelser vil kunne forbli ensomme og overveldende dersom de ikke snakkes om. Barnet kan ved samtale også få innsikt i at det ikke er alene om å leve i en slik situasjon, og det ser at noen bryr seg og er genuint interessert i å høre deres historie. Mors utfordringer og problemer blir ifølge informanten omtalt og snakket om tilpasset barnets alder, og barnet får hjelp til å takle ulike følelser og reaksjoner. En kan tolke dette som at det i det videre vil hjelpe barnet til å i større grad forstå mors rusmisbruk, og få vite at uansett hvilke følelser det har, er det normalt. Barnet kan som følge av at mor har vært hovedfokus i hjemmet, ha innestengte og skjulte følelser fordi det ikke har vært plass til barnet og dets behov (ibid., s. 20). Når barnet blir møtt og forstått på sin naturlige bekymring for situasjonen, og samtidig får alderstilpasset informasjon, hjelp og støtte, gis barnet muligheten til å bearbeide det som foregår. Barnet kan slik gå videre i sin utviklingsprosess til tross for mors utfordringer (Hansen, 2012, s. 43).

Barna trenger for det første hjelp til at foreldrene blir rusfri. Ja, for barnet i seg selv kan jo ikke fikse foreldrene sine, og klarer ikke foreldrene det, så trenger ungene hjelp til at noen andre ser og hjelper dem til å få noen andre omsorgspersoner i livet sitt. De trenger trygghet, de trenger forutsigbarhet, og så trenger de å vite hva som skjer i livene deres, og hva som skjer med mammaen. Gi en forklaring. Der gjøres det nok litt lite, man på en måte glemmer at et barn trenger forklaring [...] så jeg er veldig opptatt av at ungene må få helhet i historien sin. (Informant 5).

Informant 5 forteller hva barn av rusmisbrukende mødre trenger hjelp til, og forklarer at det er nødvendig at andre ser og hjelper dem dersom ikke foreldrene deres har mulighet. Hun er opptatt av at barnet skal få en forklaring på hva som skjer. Dette er litt i tråd med det informant 3 forteller, og de ønsker begge å forklare barnet hvor mor er og hva som skjer med henne. Uten helhet i historien sin hadde barnet blitt plassert på sidelinjen, uten å vite hva som foregikk med mor og hva behandlingen innebar. Informant 5 sier at barnet trenger hjelp til at foreldrene blir rusfri. Med dette kan det forstås som at hun mener at mor må til behandling og få hjelp til å bli rusfri før barnet kan få hjelp, og at mors behandling indirekte skal hjelpe barnet. Dette fordi det er mor som har ført barnet inn i risiko, og for å hjelpe barnet må en derfor gi hjelp til mor. Dette vil i mange tilfeller lykkes, men noen ganger har ikke barnet mulighet til å vente på at mor skal ordne opp i sitt eget liv (Kvillo, 2015, s. 361). I disse tilfellene, og kanskje ved flere slike tilfeller, vil barnet trenge at behandlerne ser det og bistår med hjelp samtidig som mor er inne til behandling. Dette kan være hjelp vendt direkte mot barnet i form av eksempelvis samtaleterapi.

Informanten uttrykker også at det trolig gjøres: «[...] litt lite, og at en glemmer at et barn trenger forklaring». Dette kan indikere at behandlerne i for liten grad snakker med barnet om hva som foregår, både med tanke på selve rusmisbruket og hva det betyr, samt hvorfor mor er til behandling og hva det innebærer, både for mor og barnet selv. Dette til tross for lovendringer i barnets favør og innsettelse av barneansvarlig ved institusjonene (Helsepersonelloven, 1999). Det kan imidlertid se ut til at det er ulikt fokus ved institusjonene, da informant 3 tidligere i teksten har fortalt at de ønsker å gi barnet en forklaring på hva som foregår.

Barnet er blant annet ofte opptatt av å forstå hvorfor mor misbruker rusmidler, og mange har store mangler og hull i denne forklaringen (Holm, 2009, s. 42). Dersom behandleren hadde valgt å ikke prate med barnet om hendelsene og slik ikke gitt bekreftelse på at det barnet hadde opplevd var virkelig, kunne barnet i verste fall følt at det som skjedde ikke var reelt eller trodde at hendelsene var så vonde at de ikke skulle prates om (Hansen, 2017, s. 153). Det kan videre føre til at barnet mister muligheten til å bearbeide hendelsene følelsesmessig og dele dem med andre (Holm, 2009, s. 42). Ved å gi barnet en forklaring gjør en også barnets liv mer forutsigbart. Når barnets liv blir mer forutsigbart, frigjøres krefter hos barnet som ellers ville knyttet seg til forvirring og usikkerhet fordi det ikke vet hva som skal skje (Killén, 2010, s. 211). Dersom behandlerne ikke kan hjelpe barnet med å redusere belastningene, kan de sette det i kontakt med andre instanser som kan følge det opp videre:

Vi inviterer barna inn til en samtale her eller vi er hjemme hos dem, og det kan være flere samtaler. Vår rolle blir jo å sette barna i kontakt med noen som kan følge dem opp videre da. Enten det er helsesøster på skolen, barnevernet, Kompasset, eller våre barnegrupper. (Informant 2).

Informant 2 forteller at de har en samtale med barnet på institusjonen, eller drar hjem til barnet for å ha samtalen der. Informanten uttrykker ikke hva samtalene handler om, men sannsynligvis ønsker behandlerne å møte barnet og se hvordan det har det. Helsepersonell er nemlig pliktig i å kartlegge barnets situasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a). Det kan også tenkes at behandlerne gir barnet en forklaring på hva som skal skje med mor i behandling. Informanten forteller videre at deres rolle er å sette barnet i kontakt med andre instanser som kan følge dem opp videre. Dette tilsier at behandleren ikke følger dem videre, og overfører dette ansvaret til andre. Samtidig sier informanten at de har egne barnegrupper, men informerer ikke om hvem som får oppfølging her og hvem som henvises videre.

4.1.2) Fokus på barnet i samtale med mor – morsrollen som tema i behandling

I det videre vil temaet være fokus på barnet som en del av behandlingen av mor ved at terapeutene har barnet og morsrollen som tema i behandling. Alle informantene var svært opptatt av morsrollen i rusbehandlingen.

Vi må jo på en måte jobbe parallelt da, både med å løfte fram barna og hjelpe mor til å bli en enda bedre mor, sånn at hun kan hjelpe barna sine selv. Så vi må liksom ha to tanker i hodet da. (Informant 3).

Informanten forteller om det parallelle arbeidet de må utføre ved å både hjelpe mor og barn. Når informanten sier: «[...] til å bli en enda bedre mor», kan det forstås som at morsrollen skal arbeides med og forbedres. Det kan se ut til at bistanden de gir mor, skal medføre at hun selv kan hjelpe barna sine etter endt behandling. Dette er det flere andre informanter som også er opptatt av.

Det er de (barna) som er utgangspunktet for å jobbe med foreldrene her. Vi jobber med hva som er godt nok for et barn, som gjør at mamma kan være forelder og ha barna sine. (Informant 6).

Informanten formidler indirekte at de jobber med og tematiserer morsrollen i veiledningen. Etter utsagnet å tolke er barnet en viktig del av behandlingen på denne institusjonen, og har en sentral rolle i terapien. Dette er en institusjon hvor både gravide og mødre er velkommen.

Det (morsrollen) tematiseres på alle måter hele tiden, fordi det er det vi jobber med. Det tematiseres i samspillsveiledning, i individualterapi hvor man snakker om både forhistorie og hvordan man har det her og nå, og i gruppe i fellesskap med de andre som bor her. [...] Det er foreldrerollen som er årsaken til at de er her, og også det å jobbe med rusavhengighet. (Informant 6).

Informant 6 sier at morsrollen: «[...] tematiseres på alle måter hele tiden», og forteller videre at det er det de jobber med. Det er foreldrerollen som er årsaken til at mødrene er til behandling. De arbeider slik indirekte rettet mot barnet. Et annet informantutsagn illustrerer også at de arbeider med å hjelpe mødrene til å se barnets perspektiv:

Og det er jo det jeg tenker er vår oppgave: å hjelpe våre damer til å orke å høre barnas versjon uten å falle ned i den skyldfølelsesgrøften. Få dem til å forstå at barna sin historie har like stor verdi som hennes historie. [...] Mor må orke å høre at barna hadde en annen opplevelse enn henne selv. (Informant 3).

Behandlingen ser også ut til å omhandle tematisering av morsrollen, og å hjelpe mor med å ta innover seg barnets opplevelse og følelser omkring hendelsene. Dersom mor takler å ta innover seg barnets historie, vil dette igjen trolig kunne hjelpe barnet. Arbeidet med tematisering av morsrollen vil slik kunne hjelpe barnet indirekte.

Vi har gode kurs, foreldreveiledningskurs, der vi hjelper foreldrene med å regulere egne følelser for å klare å regulere barnas følelser. Først skolerer vi foreldrene til å håndtere egne følelser, og da handler det om følelser rundt det å prate, føle skam og skyld, og ikke overføre det til barna. (Informant 4).

Informant 4 forteller om et foreldreveiledningskurs som de tilbyr foreldrene. På foreldreveiledningskurset skal de få hjelp til å regulere egne følelser. Dette skal igjen hjelpe dem til å regulere barnets følelser. Foreldreveiledningskurs tematiserer foreldrerollen, og vil slik kunne hjelpe barnet indirekte.

Vi jobber med å se, få fram følelsene, jobbe med det intuitive foreldreskapet som er at du er opptatt av å forstå barnet ditt. [...] at du kjenner inni deg, at du undrer deg litt: «hva gjør du på nå?», «er du trøtt eller sulten?». Gå de rundene der, kjenne det litt i magen og ha litt refleksjoner rundt både seg selv og barnet. (Informant 6).

Informant 6 forteller at de jobber med foreldreskapet og det å få fram hvilke følelser mor har overfor barnet, ved å være utforskende og positivt nysgjerrig. Slik kan mors eget sinn og

barnets sinn synliggjøres (Brandt og Grenvik, 2010, s. 121). Informanten snakker om å ha refleksjoner rundt seg selv og barnet. Slike refleksjoner kan medføre at mor må bevege seg inn i barnets ståsted, og se barnet innenfra. Utvikling av sensitivitet overfor andres behov vil slik dannes (Kvello, 2015, s. 122). Mor får også muligheten til å forstå seg selv bedre, og hennes deltakelse i behandling blir også aktivert. Mor må imidlertid ikke bli overveldet av følelser knyttet til barnet, og mentaliseringen må foregå mens hun er i *kontrollerbar affekt* (Brandt og Grenvik, 2010, s. 123). Mor skal altså være aktivert, men ikke for sterkt aktivert. Hennes evne til mentalisering er nemlig avhengig av hvor godt hun er i stand til å regulere egne følelser (Kvello, 2015, s. 139).

[...] ofte så handler jo det om vurderinger, og de vurderingene er det jo foreldrene som skal lære å ta ut fra hvordan barnet har det, hvordan de opplever og ser at barnet har det. Så det er jo det viktigste vi jobber med; at de lærer å forstå sitt barn, ikke bare sånn generelt om hvordan barn trenger å ha det, men at de er opptatt av å kjenne etter hvordan de opplever sitt barn. (Informant 6).

I dette utsagnet snakker informanten om vurderinger vedrørende barnet og dets behov som foreldrene må lære å ta, og videre hvordan de skal speile sitt eget barn. Veiledning av mor som primærpasient hvor hun skal lære om morsrollen og hvordan ivareta sitt eget barn og dets opplevelser, ser ut til å være hovedansvarlig. Her kommer mentaliseringen til syne ved å sette seg inn i hvordan barnet har det, og forsøke å forstå hva som foregår i eksempelvis barnets tanker. Ved å tematisere morsrollen slik, presiseres også viktigheten av barnet og fokuset rettes også mot det.

4.2) Mor som primærpasient

I noen tilfeller blir mor ansett som primærpasient og får dermed primærfokus i behandlingen:

Når barnet blir født her, så er ikke barnet primærpasienten, primærpasienten er jo den voksne som har et rusproblem. Det er jo dem som på en måte er søkt inn til behandling, men barn er pårørende som vi òg har valgt å ha et tilbud til da. Med samspillsterapi, gi barnesamtaler, legge til rette for at barnet skal bli skjermet i hverdagen og ikke bli utsatt for den voksenpraten som kan være uheldig. (Informant 5).

Utsagnet beskriver mor som hovedfokus for behandlingen fordi det er hun som misbruker rus, og det er hun som er søkt inn til behandling. Barnet kommer litt i andre rekke. Tidligere har vi sett at noen vektlegger at barnet er i forsetet av behandlingen, men i utsagnet til informant 5

henviser hun til mor som primærpatient med primærfokus. Her finnes det altså ulike meninger blant informantene og måten de arbeider på. Med ordet «*voksenprat*» forstår jeg det som at informanten mener samtale hun har med mor om eksempelvis hennes rusmisbruk og hennes omsorgsevne. Selv om voksenprat kan være uheldig for et barn, forteller en annen informant dette:

[...] du kan prate med et barn om alt, men med et barnespråk. (Informant 4).

Dersom barnet får informasjon om hva rusmisbruk er tilpasset barnets alder, og en har et felles språk på rusmisbruk, kan en snakke om disse temaene med barn til stede. *Rusmisbruk, alkohol og narkotika* kan være skremmende betegnelser for et barn hvis det ikke har fått anledning til å prate med noen om det og fått informasjon om hva det er. Det kan også hende at barnet ikke har ordforrådet som trengs for å forklare den voksne hvordan det har det, og kanskje har barnet det vondt uten å kunne fortelle hva det føler. Overveldende og ukjente følelser knyttet til mors rusmisbruk og helsetilstand kan skremme barnet. Barnet kan også være redd for hvordan den voksne vil reagere dersom det stiller vanskelige spørsmål. Viktigheten av å ha et felles språk er her sentral (Bøckmann og Kjellebold, 2010, s. 262).

4.3) Hva er «god nok» omsorg for et barn?

Et sentralt tema blant informantene som flere reflekterte over, var hva som kan forstås som «god nok» omsorg for et barn. Det rådet stort sett enighet rundt hva som kunne regnes som godt nok, men litt ulikhet viste seg i hvor strengt informantene definerte begrepet. I det videre skal jeg blant annet utforske hva mine informanter mener om hvorvidt rusmisbrukende mødre kan ha omsorgen for barnet eller ikke.

God nok omsorg for et barn er jo en omsorg som ikke fratår barnet muligheten til å utvikle seg både psykisk, fysisk og sosialt. (Informant 1).

Informant 1 er kort i definisjonen av hva hun betegner som «god nok» omsorg. God nok omsorg handler ifølge henne om at barnet har muligheten til å utvikle seg «*psykisk*», «*fysisk*» og «*sosialt*».

Er det nok at de har et hus, har mat på bordet, følger opp skole eller barnehage? Nei. God nok omsorg er når du er 100 % genuint interessert i barnet ditt og etter beste evne prøver å skjøte omsorgen til det beste for barnet. [...] Med en gang de åpner opp og sier «Jeg trenger hjelp, dette skjønner eller klarer jeg ikke.» Så sier vi at vi kan veilede dem og gi dem kurs. Hvis vi da ser at de er veiledningsbare og det er mulig å spille på den omsorgen de har, da er det godt nok. (Informant 4).

Informant 4 beskriver en litt strengere definisjon av hva hun betegner som «god nok» omsorg, og sier at du må være: «[...] 100 % genuint interessert i barnet ditt». Informant 4 forteller videre at dersom mødrene er *veiledningsbare* og hun som behandler kan hjelpe dem til å forbedre den omsorgen de allerede utøver, da er det «godt nok». Det er imidlertid ikke sikkert at behandleren makter å fremme utviklingen av mors foreldreferdigheter slik at de blir tilfredsstillende nok (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 80). Ved å si at mor ikke er veiledningsbar, sier behandleren samtidig at mor selv har ansvar for at behandleren ikke kunne behandle og veilede henne. Begrepet veiledningsbar kan på den måten være problematisk å benytte, da det kan forstås som at behandleren fraskriver seg ansvar for om veiledningen fungerer. Informantutsagnet nedenfor illustrerer et eksempel hvor det er en mulighet for at mor er åpen for veiledning:

Hvis vi går tilbake til eksempelet med moren som fikk beskjed fra barna sine om at barnas eget råd til mor er at hun ikke skal drikke i det hele tatt. Når hun da går hjem og sier: «Okei, da skal jeg ikke gjøre det.», da tenker jeg at det er godt nok. Men hvis hun da hadde gått i gang med luring og skjuling så ville jeg gått noen runder med henne og spurt hva hun holder på med. (Informant 3).

Informant 3 beskriver at omsorgen for barnet ikke kan defineres som «god nok» dersom mor vet hva barnet ønsker at hun skal foreta seg, men ender med å gjøre det motsatte. Da er det kanskje ikke mulig å: «[...] spille på den omsorgen de har», slik informant 4 er inne på, og en stor del arbeid i behandling gjenstår. Det kan se ut til å være litt lettvtint at behandlerne skal tro på mor når hun sier at hun skal slutte å drikke. Det kan hende mor ønsker å stanse drikkingen, men det kan være svært vanskelig å gjennomføre. Behandlerne må derfor selvfølgelig følge henne og barna videre, og se til at «*luring*» og «*skjuling*» ikke forekommer slik at barnet igjen må leve under hemmeligholdelse. Samtidig kan det se ut til at informanten beskriver et relativt vanlig behandlingsforløp, som viser hvor vanskelig det er for mor å stanse rusmisbruket og at hun har behov for behandling. Delen av sitatet hvor informanten sier: «*Når hun da går hjem og sier: «Okei, da skal jeg ikke gjøre det», kan kanskje tolkes som at mor viser vilje til endring. Dette er et element som er viktig å ha på plass for at behandlerne skal kunne hjelpe mor. Behandlerne må trolig uansett regne med noen runder med: «[...] luring og skjuling». Selv om mor slutter å ruse seg, er det flere elementer i livet som også skal opprettholdes for at omsorgen skal være god nok:*

Hvis det er ganske dårlig på økonomi og litt dårlig på psykisk helse, men bra på samspill og sosialt nettverk for eksempel, så kan det være at det er bra nok fordi du har mange rundt deg og du har sluttet å ruse deg. (Informant 6).

Informant 6 refererer til en funksjonssirkel som de bruker til daglig i behandlingen.

Funksjonssirkelen viser en oversikt over ulike elementer i livet, som for eksempel psykisk helse, sosialt nettverk, arbeid og økonomi. Hun forklarer i sitatet at dersom mors score er høy nok på for eksempel samspill eller mors innsats viser at hun forsøker å forbedre samspillet, samtidig som flere andre elementer i funksjonssirkelen er tilstrekkelig, så kan foreldreskapet på sikt bli godt nok. Veiledning for å bedre mors omsorgsevne er i tråd med hva både informant 2, 3 og 4 sier, og det kan se ut til at mødre som er åpen og motivert for behandling kan gi «god nok» omsorg i etterkant av et behandlingsforløp ifølge informantene.

4.4) Informantene om kombinasjonen av rus og omsorg

I det videre presenteres refleksjoner fra informantene rundt kombinasjonen av rus og omsorg for et barn.

Vi tenker ikke at alle må få en sjanse til å være mor, vi tenker ikke det. Vi tenker at alle skal få så god hjelp som vi klarer å gi dem. Eller i alle fall jeg tenker at barnet må komme først. (Informant 1).

Informant 1 sier at ikke alle kan få en sjanse til å være mor. Når informantene sier: «[...] jeg tenker at barnet må komme først», kan det tolkes dithen at dersom mor ikke er egnet til å ha omsorgen for barnet mens hun er i rusbehandling, må barnet være førsteprioritet og få tilstrekkelig hjelp og omsorg fra andre enn moren for en periode. Et annet informantutsagn illustrerer også at ikke alle kan få en sjanse til å være mor:

En aktiv rusmisbruker skal ikke ha barna sine, så hun må slutte å ruse seg, eller få hjelp til det. (Informant 4)

Informant 4 uttrykker tilsynelatende enighet med informant 1, og sier at en aktiv rusmisbruker ikke kan ha omsorg for sine barn. Dersom hun stanser rusingen eller mottar behandling som gjør at rusingen opphører, kan hun kanskje få tilbake omsorgen for barnet. Dersom mor får beholde omsorgen for barnet til tross for rusmisbruk, eller får tilbakeført omsorgen for barnet mens barnet fortsatt er spedbarn, bør en være observant på det informant 1 forteller:

Veldig mange mestrer morsrollen i starten, men mange får store problemer etter hvert. [...] Det kan handle om at å dekke primærbehovene, i alle fall om barnet er noenlunde

godt regulert og ikke bare skriker hele tiden, går bra i starten. Men barn krever jo mer etter hvert. Foreldrene blir mer utsatt for tilbakefall til rus når barnet blir 1-3 år. [...] Hvis de har brukt rus til å regulere livet sitt tidligere, så er jo sjansen stor for at når det dukker opp nye utfordringer, så er det den måten de velger å gjøre det på.
(Informant 1).

Informant 1 forteller at mange mødre mestrer morsrollen i starten, fordi det da i stor grad handler om å dekke barnets primærbehov. Etter sitatet å tolke kan det se ut til at mor er mer utsatt for tilbakefall til rus når barnet blir eldre og mer krevende. Det viser hvor viktig det er at mor får tett oppfølging i morsrollen, for å sikre at barnets behov blir ivaretatt på en god måte over lengre tid. Selv om noen mødre ikke mestrer morsrollen tilstrekkelig etter barnets første leveår, understreker en av informantene at mødre ønsker at barnet skal ha det bra, og at de tror de gir barnet hva det trenger:

De vil jo at barna skal ha det bra, og de tror jo selv at de klarer jobben ganske bra fordi blikket på seg selv og blikket på ungen blir mangelfullt. De ser ikke selv hvordan de fungerer med rus. Så de tenker jo selv at de er like gode som andre. Mens vi som ser kombinasjonen tenker at det fungerer veldig dårlig, at det ikke lar seg kombinere.
(Informant 5).

Informanten forklarer at mødre gjerne tror at de klarer å utføre foreldrejobben på lik linje med mødre som er rusfrie. Dette kan trolig vitne om svekket mentaliseringsevne, og de evner kanskje ikke å se seg selv utenfra og andre innenfra (Brandt og Grenvik, 2010, s. 114). Noen mødre kan holde fast ved at de er gode nok omsorgspersoner i rusfri tilstand, til tross for at omgivelsene synes det motsatte. Andre er bevisst sine mangler og utfordringene de står overfor, og ønsker kanskje at institusjonsoppholdet skal bedre deres omsorgsevne og morsrolle, slik flere av informantene hadde til hensikt å oppnå (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 19). En annen informant kommenterer også kombinasjonen av rus og foreldrerollen, og uttrykker tilsynelatende enighet med informant 5, 4 og 1:

I utgangspunktet så tenker jeg nei, det kan ikke kombineres. Når du er ruset så kan du faktisk ikke være mamma, eller du kan ikke ha daglig omsorg for et barn i alle fall, for du vil ikke ha evnen til å lese og se barnet ditt. Men så er jo spørsmålet om det er noen andre der i den familien som kan tre inn. Men den ustabiliteten [...] det vil ikke være godt nok rett og slett. (Informant 2).

Etter utsagnet å tolke kan en av årsakene til at rus og foreldrerollen ikke kan kombineres, være svekket mentaliseringsevne som kommer til syne ved at mor ikke klarer å lese og se sitt eget barn. Informanten åpner deretter for at det kan være forsvarlig at barnet bor med rusmisbruk dersom det finnes noen andre familiemedlemmer som kan tre inn i familien. Dersom for eksempel en bestemor eller en onkel har mulighet til å bidra i ulike deler av oppdragelsen, kan det fungere som en beskyttende faktor for barnet. Nettverk og sosial støtte har vist seg å ha stor betydning for familier med store utfordringer (Brandt og Grenvik, 2010, s. 136). Samtidig vil det, som informanten selv påpeker, være svært ustabil i et hjem preget av rusmisbruk, og det er ikke gitt at barnet vil få en god utvikling som følge av eventuelle beskyttelsesfaktorer. Dersom en eventuell beskyttelsesfaktor for eksempel er den andre rusfrie forelderen, er ikke dette en garanti for at barnet og dets helsetilstand blir godt nok ivaretatt (Hansen, 2012, s. 7). Dette fordi barnet, som tidligere nevnt, risikerer at begge foreldrenes støtte og oppmerksomhet forsvinner ved å ha én rusmisbrukende forelder (Lindgaard, 2008, s. 42). Informanten ser ut til å konkludere med at det ikke er godt nok for et barn å bo i et rusbelastet hjem, og at rusmisbruk og omsorg for barn ikke lar seg kombinere.

Selv om informant 5, 4, 2 og 1 i hovedsak er enig om at rusmisbruk og omsorg for barn ikke er en mulig kombinasjon, er informant 2 som nevnt likevel innom tanken om at det kanskje kan være godt nok for barnet dersom for eksempel et annet trygt familiemedlem trer inn i familien og fungerer som en beskyttelsesfaktor. En kan her stille spørsmål ved om de ulike rusinstitusjonene har en romsligere definisjon av hva som kan være forsvarlig å leve med enn hva barnevernet har. Spørsmålet diskuteres videre i drøftingskapitlet.

Jeg tenker at rus og barn ikke har noe med hverandre å gjøre, en ruspåvirket tilstand har ikke noe med barnet å gjøre. [...] Men det er jo en veldig kategorisk ting å si at rus og barn ikke skal finne sted sammen, for vi vet jo at det gjør det. [...] Jeg tenker at rus og barn er så mangt, samtidig som jeg tenker at det ikke er forenlig på den ene siden, og forenlig på den andre siden fordi vi vet at det er der. Og så er det ikke rusen i seg selv som er skadelig, det er manglende påkobling. (Informant 4).

Informanten påpeker først at en ruspåvirket tilstand ikke har noe med barn å gjøre, og utsagnet kan slik forstås som at hun sier seg enig i andre informanters uttalelser om at rusmisbruk og omsorg for barn ikke lar seg kombinere. Videre i sitatet resonnerer informant 4 seg fram til at rus og barn på den ene siden ikke er forenlig, men forenlig på den andre siden: «[...] fordi vi vet at det er der». Informanten mener her trolig at rusmisbruk og barn kan finne sted sammen, nettopp fordi vi vet at det foregår. Men det at rusmisbruk og barn er forenlig og

at det opptrer sammen, betyr ikke nødvendigvis at det er forsvarlig. En annen informant fortalte om en episode hvor barnet fikk ha kontakt og samvær med omsorgspersonen til tross for rusepisoder og positive rusprøver. Informanten uttalte at en ikke kan benytte rusepisoder som en straff mot omsorgspersonene, da det, ifølge henne, ville gå utover barnet som behøver å se forelderen sin. Det kan med det se ut til at rusinstitusjonene ikke setter en absolutt grense, og at rus i enkelte tilfeller kan være forenlig med samvær med barnet. En annen informant forteller om dette:

For det er jo helt avhengig av hvor langvarig rusen er og hvordan tilstanden er ellers. Hvordan er den psykiske helsen til omsorgspersonen? Er det andre som ruser seg hjemme? Har barnet en god utvikling ellers? (Informant 1).

Informant 1 reflekterer over ulike faktorer som kan påvirke om barnet kan ha samvær med omsorgspersonen eller ikke, og er opptatt av ulike faktorer både ved omsorgspersonen, barnet og situasjonen rundt. Ut fra sitatene til informant 4 og informant 1 kan en diskutere om de beskriver en litt høy terskel for hva som kan regnes som skadelig for et barn, og sette spørsmålstegn ved hvor godt behandlere ser når en omsorgssituasjon er tydelig skadelig for et barn. Dette vil diskuteres nærmere i drøftingskapitlet.

[...] men det (rusinntak med barn til stede) foregår hele tiden, så jeg tenker at bevissthet rundt det og veiledning kan dekke opp ganske mye av det. (Informant 4).

Informant 4 forteller at foreldreveiledning og tematisering av morsrollen kan øke bevisstheten rundt at rusinntak er svært skadelig for barn. Kanskje kan denne bevisstheten føre til at flere mødre oppsøker hjelp av fri vilje for å hjelpe sitt barn. Å øke bevisstheten rundt skadeligheten av rusinntak med barn til stede kan gi mor økt kunnskap hun kanskje ikke hadde fra før.

En felles tankegang for samtlige informanter er at rusmisbruk og omsorgsevne i hovedsak er uforenlig, og at en rusmisbrukende mor ikke kan ha daglig omsorg for et barn. Informant 4 forteller samtidig, som nevnt, at det på en måte er forenlig fordi det finnes barn som lever med rusmisbrukende mødre. Det kan være flere årsaker til at barn lever i rusbelastede hjem, men det kan tenkes at stor grad av hemmeligholdelse gjør innsyn fra omverdenen vanskelig. Når mor er rusfri kan hun kanskje se og forstå barnets uro og redsel, men opplever så mye smerte og skyldfølelse knyttet til rusmisbruket at hun ikke evner å anerkjenne barnets følelser. Rusmidler kan slik benyttes for å unngå mentalisering av barnet og slik unnslippe vonde følelser ved å ikke ta realiteten innover seg (Holm, 2009, s. 44).

4.5) utfordringer knyttet til å være en god omsorgsperson som rusmisbruker

Å være en god omsorgsperson som rusmisbruker kan være svært utfordrende, og flere faktorer vil kunne virke forstyrrende på det som er «godt nok» for barnet. Vi har i forrige avsnitt sett at informantene i hovedsak er enige om at rus og omsorg for barn ikke er forenlig, og informantene viser enighet i at rusmidler fjerner fokuset og gjør det vanskelig å sette seg inn i andres følelser og behov. Informantene i de videre avsnittene reflekterer rundt hvilke utfordringer rusmisbrukende mødre møter som følge av livet de lever, og gir eksempel på hvordan mor forstår forholdet mellom seg selv og sitt barn.

Utfordringen de har, hvis jeg skal si noe generelt om dem i forhold til andre, så er det jo at de kan ha brukt mye tid i livet sitt på å skjule og døyve følelser med rus. De har ikke tilgang til egne følelser. Rusen har vært følelseslivet. Og er det noe man vet er bra for et barn så er det foreldre som har ganske god styring på og kjennskap til sitt eget følelsesliv for å kunne forstå barna. (Informant 6).

Hvis mor ikke har kontroll på og kjennskap til sine egne følelser, kan en sette spørsmålsteget ved om hun vil ha kapasitet og mulighet til å forstå barnets følelser. Informant 6 forteller videre om en utfordring rusmisbrukende mødre kan ha, gjerne fordi «[...] de ikke har tilgang til egne følelser». I utsagnet under presenterer informant 2 et eksempel på en mor som ikke klarer å skille eller forstå sine egne og barnets følelser og behov:

Noen foreldre klarer ikke å skille mellom egne og barnets behov. Og det er jo noen som sier: «Vi er så tett vi skjønner du, vi har bestandig hatt så god kontakt.» Og det, ja, jeg tenker noen ganger at du har brukt barnet ditt som en sånn voksenperson. Du har ikke vært mamma og barnet ditt har ikke vært barnet ditt. (Informant 2).

I dette utsagnet forteller informanten at noen mødre anser barnet sitt som en voksenperson, og benytter det som en samtalepartner. Forholdet dem imellom blir i større grad preget av en vennskapelig relasjon heller enn en mor-barn-relasjon. Ved å innta rollen som mors samtalepartner, får barnet et svært voksent ansvar som ikke er beregnet at et barn skal ha (Bøckmann og Kjellebold, 2010, s. 257). Dersom mor og barn har hatt en vennskapelig relasjon, kan det ligge mye arbeid i det å skulle finne tilbake til sine roller. Barnet har kanskje ikke fått muligheten til å være barn, og har gått glipp av en barndom (Rimehaug et al., 2006, s. 1493). Mor har kanskje ikke hatt forståelse for at barnet ikke har kapasitet til å høre på og ta innover seg hennes utfordringer, og har ikke klart å skille mellom egne og barnets behov. Å

benytte et barn som samtalepartner kan anses som parentifisering av emosjonell type, hvor en innlemmer barnet i voksentemaer som barnet ikke har anledning til å håndtere grunnet dets alder. Dette er eksempelvis når mor bruker barnet som trøst (Kvelling, 2015, s. 214).

Et stort flertall av informantene kommenterte at dersom du har dårlige opplevelser fra egen barndom og lite erfaring med hva som er trygt og godt, hvordan skal du da kunne bidra med trygghet i møte med ditt eget barn? Hvordan skal du kunne gi «god nok» omsorg dersom du ikke har opplevd denne typen omsorg selv? Mor har ikke noe å sammenlikne med fra egen oppvekst. Informantene fortalte at det handler om hvilke erfaringer mor selv har med seg med tanke på å bli sett, anerkjent og bekreftet som barn, samt hvilket forhold hun har til sine egne følelser og alvorlighetsgraden i rusproblemet. Dersom mor bærer på mange belastninger fra før, og har vært utsatt for traumer i oppveksten, er omsorgsutøvelsen for barnet gjerne ikke god nok. Men dersom mor klarer å sette barnet og dets behov foran sine egne behov, slik informant 3 forklarer med sitt eksempel om en mor som ble frarådet å drikke alkohol av sine barn, så kan det være et godt utgangspunkt.

Behandlerne må si fra dersom de observerer noe som ikke er godt nok for barnet, både til mor selv og barnevernet dersom det er nødvendig. Samtidig er det også viktig at behandlerne kommenterer alt det som faktisk er bra (Brandt og Grenvik, 2010, s. 211). For det kan være mye ved både mors omsorgsevne og samspillet generelt som er bra, og da er det viktig å vise at også det positive kommer i fokus. Når mor vet at behandlerne kommenterer dersom noe er bra eller mindre bra, slipper hun å bruke energi og krefter på å spekulere i hva behandlerne egentlig tenker, og kan heller rette fokus mot egne arbeidsoppgaver (ibid.).

4.5.1) Emosjonell utilgjengelighet

Samtlige informanter forteller at rusinntaket sperrer for mors optimale omsorgsevne, og at sensitiviteten i hennes omsorgsevne blir påvirket og forstyrret. Mors utilgjengelighet, både fysisk og emosjonelt, kan være utfordrende for barnet å leve med.

Det som er det mest skadelige for barnet er å ikke ha en 100 % tilgjengelig voksenperson i moren sin. Rusen døyver noe i deg som gjør at du ikke er 100 % påkoblet det barnet. Du vil bli fjernere for de rundt deg ved rusinntak, inklusiv ditt barn. Rusen setter en distanse mellom mor og barn. (Informant 4).

Informant 4 sier at det mest skadelige for barnet er om mor ikke er 100 % tilgjengelig for det. En kan her stille spørsmål ved om en, rusmisbruker eller ei, alltid klarer å være 100 % tilgjengelig for barnet sitt. Svaret på det er sannsynligvis nei. Informanten forteller videre at:

«[...] rusen døyver noe i deg» som medfører at mor ikke er 100 % til stede for og påkoblet barnet, og at rusen distanserer mor fra barnet. Mors tilgjengelighet blir tilsløret av rusmisbruk. Mor er ikke 100 % til stede for barnet fordi hun som tidligere nevnt har tankene et annet sted, og hun setter eget behov for rusinntak høyere enn barnets behov for trøst. Dersom mor har stengt av seg selv kan hun ha vansker med å gi emosjonell omsorg til barnet, og er slik kanskje ikke følelsesmessig til stede eller emosjonelt tilgjengelig for barnet. Mor responderer gjerne lite på barnets forsøk på kontakt, og involverer seg lite i barnet og det det gjør. Mor utsetter slik barnet for psykisk omsorgssvikt (Kvello, 2015, s. 214).

Er man ruspåvirket så er jo oppmerksomheten mot barnet, det å se de små endringene, tolke signalene, dårligere hos en mamma med rusmidler. Man fanger ikke opp de små signalene [...], de nyansene i barnets signaler og behov forsvinner. (Informant 5).

Informant 5 forteller at oppmerksomheten mot barnet er dårligere hos en rusmisbrukende mor. Finsensitiviteten forsvinner ved inntak av rus, og en er ikke lenger i stand til å se, tolke og lese barnets signaler og behov i like stor grad. Oppmerksomheten er trolig ikke fullt rettet mot barnet, og en kan forstå det som at mors behov kommer i første rekke og at det sjeldent er plass til barnet og dets behov. Mor kan slik anses som emosjonelt utilgjengelig for barnet. Barnet vil trolig også oppfatte at mor ikke er følelsesmessig engasjert og til stede. Barnet blir slik usynlig i mors rusing. Når mor er fraværende og emosjonelt utilgjengelig, må barnet som tidligere nevnt ofte innta en voksenrolle for å passe på at eksempelvis matinnkjøp blir gjort og husarbeid utføres (Kvello, 2015, s. 94).

Jeg tenker at det (rus) forstyrrer morsrollen veldig, og at det forstyrrer relasjonen til barnet. Det er jo sånn at forhold til rusmidler har en tendens til å komme i veien for eller til dels også erstatte mellommenneskelige relasjoner. [...] og så er det jo en skala fra svak grad av påvirkning av relasjonen til totalt ødelegge relasjonen til barnet, og at barnet blir utsatt for omsorgssvikt og satt til side, og helt usynlig i mors rusing. (Informant 3).

Informant 3 kommenterer at relasjonen mellom mor og barn svekkes som følge av mors rusmisbruk, og at den til dels også kan erstatte den mellommenneskelige relasjonen. En kan også argumentere for at relasjonen svekkes av at mor ikke retter sin oppmerksomhet mot barnet, og ikke forstår eller fanger opp de signalene og behovene barnet signaliserer.

4.5.2) Underkommuniserer følelser

Det kan være utfordrende for barnet å ikke ha muligheten til å vise sine følelser til omsorgspersonen og andre. En informant uttrykker hvordan barnet lærer å underkommunisere sine følelser som følge av at mor alltid er i fokus:

Barn som vokser opp med foreldre som har store problemer tilpasser seg, og lærer veldig fort å underkommunisere egne følelser. De tenker at: «Omsorgspersonen min har mer enn nok med seg selv, så jeg skal være stille og skrike mindre». De har et stort ansvar som ikke et barn skal ha, de er ensom og opplever fravær av glede. De går glipp av en barndom rett og slett. Men barn er jo veldig god til å skjule. Barnet kan framstå veldig glad og fornøyd, men går en litt nærmere, så ser man at det er ganske trist for det barnet. (Informant 5).

Bildet informanten tegner av barnets situasjon kan forstås som at barnet opplever at det ikke er plass til han eller henne. Barnet ønsker kanskje ikke å være til bry for sin mor, fordi barnet vet at mor har nok med eget sykdomsbilde i perioder til å ta innover seg hva barnet behøver (Sundfær, 2012, s. 6). Barnet *underkommuniserer* slik sine følelser, og former egne behov etter hva som samsvarer med det omgivelsene kan tilby (Brandt og Grenvik, 2010, s. 97). Kanskje har ikke barnet så stor kjennskap til egne følelser heller, fordi det ikke har blitt møtt på sine følelser tidligere. Barnet kjenner imidlertid ofte godt til mors følelser. Informanten sier at barnet tilsynelatende kan være glad og fornøyd, men dersom en kommer nærmere barnet, ser en at barnet ikke har det godt. Det kan tenkes at informantene mener barn som skjuler sine følelser for omverdenen, og ikke viser sitt «sanne jeg» utad. Barnet tviholder på mors hemmelighet, og vil ikke la andre se hvor trist det egentlig har det. Når barnet ikke får anledning til å «slippe noen inn», vil barnet trolig oppleve ensomhet. Ensomheten kan også oppstå som følge av at barnet er for opptatt med å bekymre seg for mor og hemmeligheten, til at barnet makter å anskaffe venner (Kvelling, 2015, s. 349). En viktig oppgave for behandlerne i dette tilfellet blir å få øye på hva barnet skjuler, og la det fortelle det som er trist.

4.5.3) Tilknytning og ustabile forhold i barnets hverdag

Det kan være svært utfordrende for et barn å leve under ustabile forhold som rusmisbruk medfører. Tilknytning var et sentralt tema hos flere av mine informanter, og barnets tilknytning til mor var sentral i behandlingen de utøvde. Flere av barna de møtte i behandlingssammenheng hadde utrygg og desorganisert tilknytning. Den høye forekomsten av desorganisert tilknytningsstil blant barn tilknyttet barnevernet eller barne- og ungdomspsykiatrien (Gervai, 2009, s. 2), gjør det interessant å se nærmere på informantutsagn

i forbindelse med dette og tilknytning generelt. Det vil imidlertid ikke bli gjort et dypdykk i tilknytningsteori da dette er et svært bredt fagfelt.

Vanskeligheter med mentalisering kan jo være knyttet til tilknytningsvansker for eksempel. Hvis du har vokst opp i et hjem hvor det har vært mye ustabilitet og du ikke har fått utviklet en trygg tilknytning til de rundt deg, så vet du kanskje ikke hvordan følelsene dine blir møtt. Hvis du har en rusmisbrukende mamma som svinger, som er veldig av og på, og reagerer ulikt i samme type situasjoner, så blir jo barn utrygge og usikker på hvordan de rundt egentlig forstår dem. (Informant 6).

Stabilitet er viktig for utviklingen av en trygg tilknytning. Rusmisbruk kan imidlertid medføre at mor ikke er stabil, og tilværelsen blir uforutsigbar for barnet. Barnet behøver forutsigbarhet for å bli trygg (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 73). Informant 6 forteller at dersom du ikke har fått utviklet en trygg utvikling til dem rundt deg, vet du kanskje ikke hvordan følelsene dine blir møtt. Med en utrygg tilknytning har barnet kanskje ikke forventinger til at mor skal dekke dets behov, fordi disse behovene ikke har blitt dekket tidligere. Barnet har forstått at mor ikke ser hvilke behov det har (Kvello, 2015, s. 89).

[...] å vokse opp med en utrygg barndom fører til en utrygg tilknytning. [...] Så har du den ungen som har sett en veldig ruset mamma, som skaper frykt rett og slett, som får den desorganiserte stilen. [...] Det er litt avhengig av erfaringene til den ungen når den skal søke trygghet og trenger beskyttelse. Har den gang på gang opplevd at mor har vært utilgjengelig og ikke til å stole på; «Mor har ikke gitt trøst, nærhet og trygghet når jeg trenger det», så reagerer jo barn over tid med et mønster der de prøver å trekke seg unna. (Informant 5).

Dersom barnet har erfaring med at mor ikke responderer på eller ser barnets behov for trøst og trygghet ved bekymring og redsel, kan det bli utrygt i sin tilknytning (Brandt og Grenvik, 2010, s. 97). Omsorgspersonen kan slik være emosjonelt utilgjengelig for barnet, virke skremmende for barnet i ruset tilstand eller ha ubearbeidede tapsopplevelser (Kvello, 2015, s. 89). Barnet finner slik usunne strategier for å dempe egen sorg eller frykt. Barnet trekker seg gjerne unna omsorgsgiveren fordi det opplever frykt og ikke får dekket sine behov.

Det trenger ikke ha noe med omsorgsevnen å gjøre, for hvis mor er en kjempegod omsorgsperson når hun ikke er ruset, så vil jo det skape en enda mer utrygg tilknytning enn en som lærer seg å leve med en utrygg tilknytning. Men sånn

overordnet så er rus skadelig for tilknytning, men det trenger ikke å skape skadelig tilknytning. (Informant 4).

Barnet blir utrygt ved at hjemmeforholdene er ustabile og i stadig endring. Informant 4 sier at barnet i større grad blir utrygg av det, enn om det hadde vokst opp i en konstant utrygg situasjon. Da hadde situasjonen i alle fall vært konsistent. Barnet utvikler gjerne strategier for å få sine behov dekket. Hvis mor har store svingninger, vil barnet trolig ha vanskeligheter med å velge strategi fordi det ikke vet om mor er trygg eller utrygg. Det er slik veldig ustabilit (Smith, 2008, s. 147). Informanten tilføyer at rus ikke trenger å skape en skadelig tilknytning. Dette kan tolkes som at det kan finnes beskyttende faktorer ved eller rundt barnet, som medfører at det klarer seg til tross for belastende faktorer i et rusbelastet hjem.

Rusen vil imidlertid skade tilknytningen, ifølge informanten. Dette kan være fordi mor ikke er emosjonelt tilgjengelig for barnet fordi rusen danner en sperre imellom dem. Det kan også stilles spørsmål ved om mor bruker rus i nærheten av barnet eller ikke, samt hvor ofte hun ruser seg og når rusingen startet. Dersom mor ikke begynner rusingen før barnet er litt eldre, har barnet trolig utviklet en indre arbeidsmodell om ulike forventinger det har til at mor er trygg, tilgjengelig og i stand til å dekke dets behov. Barnet har forventninger til at mor er til stede. Barnets indre arbeidsmodell blir oppdatert ut fra hvilke samspillserfaringer det har (Smith, 2008, s. 140). Dersom mor plutselig blir rusmisbruker, vil barnets indre arbeidsmodell trolig ikke endres øyeblikkelig, men ha motstand for å bli endret. Barnet vil slik trolig ikke få utrygg tilknytning idet mor starter rusingen hvis det er vant til å få behovene dekket.

Tilknytningen vil kanskje bli mer utrygg etter hvert dersom mor blir utilgjengelig eller ikke responderer på barnets følelser eller behov, som følge av rusmisbruket. Barnet blir utrygt og usikker på om mor vil beskytte det ved behov (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s. 73).

4.6) Samarbeid med barneverntjenesten

Alle mine informanter samarbeider med barneverntjenesten. Samarbeidet starter enten før eller etter barnet er født, og varer så lenge mor og eventuelt barn er til behandling. I det videre vil utsagn vedrørende hvordan informantene samarbeider med barnevernet, samt hvordan de opplever dette samarbeidet bli presentert. Samarbeidet blir av de fleste informantene oppfattet som godt, men ved enkelte tilfeller er ikke informantene helt tilfreds.

Vi forsøker alltid å samarbeide med barnevernet under svangerskapet, og det gjør så mye med jobben å kunne ha en avslappet og god relasjon til barnevernet før barnet er

født. Men uansett så blir det et samarbeid når barnet er født, og det er det hele tiden mens de er her. (Informant 6).

Informanten forteller at tidspunktet for starten på samarbeidet har mye å si for hvordan samarbeidet og relasjonen dem imellom blir. Dersom en har kjennskap til hvordan den andre parten arbeider og tenker, kan det være enklere å samarbeide og få god nytte av samhandlingen som foregår under hele behandlingsforløpet.

Ofte så har vi samarbeid med barnevernet sånn i utgangspunktet da. Så da er jobben vår å få dem til å samarbeide med barnevernet, istedenfor å gå i kamp. (Informant 3).

Flere rusmisbrukende mødre har gjerne egne erfaringer med barnevernet fra oppveksten. Kanskje er dette mindre gode erfaringer som gjør at de har liten tiltro til barnevernet og ikke ønsker å samarbeide med dem. Behandleren beskriver i sitatet at de må forsøke å endre mors lyst fra å gå i kamp til å samarbeide med barnevernet. Begge parter ønsker i hovedsak det samme: barnets beste. Det må bare fattes en felles forståelse av hva det er. Behandlerne må opptre både respektfullt og sensitivt i møte med mor, og vise forståelse for hennes eventuelle tidligere mindre gode erfaringer med barnevernet (Brandt og Grenvik, 2010, s. 210).

4.6.1) Opplevelsen av samarbeidet

Mine informanters opplevelse av samarbeidet med barnevernet vil i det videre bli presentert.

Jeg tror vi etterstreber å ha et godt samarbeid, og så kan vi ha forskjellig utgangspunkt og forskjellig ståsted, forskjellige ting som vi tenker at vi må belyse. Og vi vil gjerne at barnevernet skal komme og treffe foreldrene og bli kjent med dem mens de er her, slik at vi får en god dialog. [...] Jeg vil ikke si at det alltid er enkelt, og det tror jeg ikke barnevernet synes heller, men vi tenker at det er en veldig viktig samarbeidspartner. (Informant 6).

Informantens utsagn kan tolkes dithen at begge instanser etterstreber å ha et godt samarbeid, og at det av og til blir vellykket, og av og til mindre suksessfylt fordi de har: «[...] forskjellig utgangspunkt og forskjellig ståsted». Informant 6 påpeker også at instansene har ulike faktorer de ønsker å belyse. Dette kan trolig forstås som ulike faktorer ved saken. Dette kan sees i sammenheng med et tidligere funn som omhandler at de ulike institusjonene som informantene arbeider ved og barneverntjenesten, har ulik forståelse av for eksempel hva som er «godt nok» for et barn i et rusbelastet hjem.

Vi har tett samarbeid, der vi hele tiden formidler hva vi ser og observerer. Men det er både òg. Veldig bra når vi får til en god dialog og planlegger hvordan ting skal formidles og hvordan vi skal ivareta både mor og barn. Der det er vanskelig er der barnevernet ikke vil forberede mammaen på at hun for eksempel skal bli fratatt et barn. Vi tenker at det er aller best når forelderen selv får være med å planlegge og være med i prosessen. (Informant 5).

Informantutsagnene fra informant 6 og 5 handler trolig begge om at kjennskap til hverandre og kjennskap til familiene som skal gis bistand, vil bedre samarbeidet. De ser ut til å mene at mor må få være delaktig i hele prosessen og ta del i dialogen som føres mellom de to instansene. Dersom avgjørelser vedrørende eksempelvis omsorgsovertakelse skal fattes, mener informantene at mor må informeres om dette og være delaktig i forberedelsene. Informant 5 beskriver samarbeidet som: «[...] både òg». Altså kan det nok til tider være suksessfylt, mens det andre ganger ikke lykkes helt. Informantutsagnet under viser også at samarbeidet kan ha forskjellig resultat, men at det ofte er: «[...] veldig bra»:

Det er veldig forskjellig, men ofte veldig bra [...] Jeg synes vi stort sett får til et godt samarbeid med barnevernet. Sånn på det jevne. De er en viktig samarbeidspartner for oss. (Informant 3).

Mine informanter nevnte enkelte tilfeller hvor de ikke var særlig tilfreds med samarbeidet de hadde med barnevernet, og nevnte gjerne eksempler på hvorfor det hadde oppstått misnøye. Det kan se ut til at mye av misnøyen handler om det informant 6 sa vedrørende at behandlingsinstansene og barnevernet har ulik forståelse av hvilke faktorer som skal belyses, og at det er forskjellig syn på hva som kan være viktig å foreta for et barn. I utsagnet under uttrykker informant 2 tilsynelatende enighet med at de innehar ulik forståelse:

I veldig mange tilfeller så ser vi at når vi ber om bistand fra barnevernet så er det ikke alltid vi får den hjelpen vi ber om og skulle ønske vi kunne ha fått. Og det handler litt om at barnevernet ofte vurderer at når spesialisthelsetjenesten er inne, så er det godt nok fordi mammaen blir behandlet. Men de skal jo på en måte ta vare på barna, og vi skulle nok ønske oss at de kunne gjort det i større grad, uten å overlate det ansvaret til oss. (Informant 2).

Informant 2 sier at de ikke alltid mottar den hjelpen de ber om og skulle ønske at de kunne ha fått. I denne sammenheng kan en trekke inn kommunikasjon og dialog, tidligere nevnte elementer for fungerende samarbeid. Dersom behandlerne ikke får den hjelpen de ber om fra

barnevernet, bør barnevernet beskrive hvorfor det eventuelt ikke er mulig å gi hjelpen som etterspørres. Behandlerne må også være tydelig på hvilken bistand de behøver. Informanten uttaler videre at barnevernet kan vurdere situasjonen som «god nok» når spesialisthelsetjenesten er påkoblet og mor er til rusbehandling. Behandling av mor gir som nevnt ofte også effekter for barnet i den forstand at moren blir kapabel til å utøve den omsorgen barnet trenger. I noen tilfeller har barnet imidlertid ikke tid til å vente på at mor skal få kontroll på sin egen situasjon, og andre tiltak må iverksettes (Kvello, 2015, s. 361). Som tidligere nevnt er hjemmeforholdene ofte skjult for omverdenen, og barnet bidrar til å holde rusmisbruket hemmelig i lojalitet med mor (Sundfær, 2012, s. 115). Det kan derfor være vanskelig å se om barnet vil få effekt av mors behandling og har mulighet til å vente, eller om det kun tilsynelatende har kapasitet til å vente.

Informant 2 sier: «[...] Men de (barnevernet) skal jo ta vare på barna, og vi skulle nok ønske oss at de kunne gjort det i større grad, uten å overlate det ansvaret til oss». Utsagnet ser ut til å formidle at barnet er barnevernets hovedansvar, mens rusinstitusjonene er ment for mødrene og behandling av dem. Det er ifølge informanten barnevernet som skal ta vare på barnet, og hun sier videre at hun skulle ønske at barnevernet kunne gjøre det i større grad. Ut fra utsagnet kan det se ut til at informanten føler at store deler av ansvaret for barnet hviler på dem, uten at de er riktig instans for det. Det kan se ut til at barnevernet og rusinstitusjonen har litt ulikt syn på hva som er deres oppgave, og hvem som har ansvar for hva. Barnevernets stemme kommer ikke fram i studien, og det er derfor vanskelig å gi et svar på dette. Som nevnt i avsnittet over, uttrykker informanten at barnevernet ofte vurderer omsorgen som god nok når spesialisthelsetjenesten er inne. Dersom dette ikke er tilfelle, må spesialisthelsetjenesten informere barnevernet om at de ikke synes det er godt nok selv om de er inne. Barnevernet er likevel ansvarlig for å undersøke barnets omsorgssituasjon. Det som i verste fall kan forekomme, er ansvarsfraskrivelse for barnet. Barnet ser i utsagnet fra informant 2 ut til å «falle mellom to stoler», da ingen påtar seg hovedansvaret for det.

Samarbeidet er for så vidt bra det altså, men jeg kunne ønske at barnevernet i større grad hadde hatt flere tiltak jeg kunne sette inn i forhold til barna. [...] Veldig mange av de barna vokser jo opp i fattigdom, så vi har jo bidratt der vi har kunnet og søkt på midler som finnes, men jeg synes barnevernet har mistet mer og mer insentivmidler som kommer barna til gode. (Informant 2).

Igjen settes det spørsmålsteget ved om det er et ulikt syn på hva som er den enkelte instansen sine oppgaver. Informant 2 ønsker flere tiltak fra barnevernet som hun kan tilby barnet, og

begrunner behovet med at det ofte er trangt økonomisk i ruspregede familier. Anstrengt økonomi kan gjøre noe med barnets selvfølelse (Sundfær, 2012, s. 146). Viktigheten av at barnevernet og andre instanser har insentivmidler som kan komme familien og barnet til gode er slik stor. Tiltakene som iverksettes kan ha forebyggende effekt, og sikre ivaretagelse av barnets livskvalitet i større grad. Dette kan videre anses som en investering i barnets psykiske helse på lang sikt (Ruud et al., 2015, s. 80).

4.6.2) Informasjonsdeling mellom instansene

For at et samarbeid skal være fruktbart, må en både motta og overføre nødvendig informasjon vedrørende mor og barn. Samtlige informanter viser til at dialog og kommunikasjon er viktige elementer for samarbeidet, ellers kan beslutninger fattes på feilaktig grunnlag, slik informantutsagnet under illustrerer:

Jeg har sett at barnevernet har reagert veldig på info de har hentet fra oss, og så har de hentet barnet i all hast, og så har det vist seg at den diagnosen (hos mor) kan dere ikke bare tolke sånn. [...] Hvis man ikke har nok kompetanse om rus, så kan man bli veldig redd og aktivert når det er snakk om barn og rus. Og det skal vi jo bli også, men noen ganger så blir man litt for aktivert og tenker at barn og rus er helt uforenlig. Hvis noen bare trekker pusten en gang til og spør seg selv hva som er best for barnet. Det har vært et par saker der jeg har tenkt at barnevernet kanskje har snakket litt for lite med oss sånn at de har tatt beslutninger på litt tynt grunnlag, og kanskje har de tolket informasjonen fra oss feil, men stort sett så har vi god erfaring med samarbeidet. (Informant 1).

Informant 1 forteller at barnevernet ofte blir aktivert med en gang de får beskjed om at barnet lever i et rusbelastet hjem. Hun ser ut til å mene at man til tider kan bli for aktivert når det gjelder barn og rus, og at en må fokusere på hva som er det beste for barnet. Utsagnet kan tolkes som at hun mener at det ikke alltid er riktig å ta barnet bort fra mor, til tross for rusepisoder. Dette er et informantsynspunkt som også har kommet fram tidligere i studien. Dersom barnevernet har lite kunnskap om eksempelvis rusmidler og rusmisbruk, og tenker at barn og rus er uforenlig, kan de trekke forhastede beslutninger som kan få negative følger for barnet. Kanskje fatter de beslutning om at barnet må tas ut av hjemmet umiddelbart, noe som i ytterste konsekvens kan være svært skadelig for barnet. Større grad av kommunikasjon og bedre forklaring før beslutninger tas kan kanskje være en løsning.

Jeg synes barnevernet er flink, men det krever også at vi er litt på. Vi kan ikke bare sitte på gjerdet og vente at barnevernet skal vite hva som foregår. Vi må òg gi dem den infoen. Og da er det ikke så vanskelig å samarbeide med dem. (Informant 1).

I utsagnet sier informant 1 at hun synes at barnevernet er: «[...] flink», men at et samarbeid krever at en må forklare og utdype informasjonen som gis. Hvis ikke har kanskje ikke barnevernet noen forutsetning for å vite hva eksempelvis en diagnose handler om og kan slik fatte beslutning på feil grunnlag. Dette er et samarbeid som går begge veier, og en må gi nødvendig informasjon slik at riktige tiltak blir iverksatt.

Oppsummert kan en si at samtlige informanter har et samarbeid med barnevernet og at dette samarbeidet ofte oppleves som godt. Informantene anser barnevernet som en viktig samarbeidspartner. Til tider opplever informantene samarbeidet som utfordrende, gjerne fordi de selv og barnevernet som instans har ulikt utgangspunkt og ulike synspunkt for bistanden som skal gis og avgjørelsene som skal tas.

5. Diskusjon

I det videre vil diskusjonskapitlet bli strukturert på bakgrunn av problemstillingene, det teoretiske rammeverket og empirien. Den valgte problemstillingen lyder som nevnt: *Hvilket fokus har man på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre?* For å presisere den valgte problemstillingen, er det formulert tre forskningsspørsmål: 1). *Hvordan tematiseres rollen som forelder i samhandlingen med mødrene?* 2). *Hva forstår behandlerne som de største utfordringene med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker?* 3). *Hvordan opplever behandlerne samarbeidet med barnevernet?* I diskusjonen vil også innspill og sitater fra analysekapitlet bli inkludert.

5.1) Hvilket fokus har man på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre?

Rusmisbrukende mødre som søkes til behandling, enten frivillig eller ved tvang, befinner seg ofte i en sårbar situasjon, en situasjon som blir spesielt utfordrende når barn er involvert. Flere undersøkelser har likevel vist at en i spesialisthelsetjenesten for rus, for sjeldent spør hvordan barna til foreldrene som mottar rusbehandling har det. Disse barna blir med rette gjerne kalt «de glemte barna» (Hansen, 2008, s. 1267). I analysekapitlet formidles et utsagn som omhandler at barnet behøver en forklaring på hva som foregår. Informanten forteller at det her trolig gjøres: «[...] litt lite», og at: «[...] en glemmer at barnet trenger forklaring». Dette handler ikke direkte om at barnet blir spurt hvordan det har det, men det kan indikere at barnets behov blir bortglemt, og ikke snakket med i stor nok grad. Studien til Kufås, Faugli og

Weimand (2015, s. 23) formidler også at barn opplever manglende forklaring og informasjon som kunne gitt dem trygghet vedrørende situasjonen de befinner seg i. Samtidig forteller en annen informant at: «[...] vi vil gjerne at de skal fortelle hvordan de har det», og formidler slik at de ønsker å vite hvilke følelser og opplevelser barnet bærer på. Som vist i analysekapitlet, kan det se ut til at rusinstitusjonene har noe forskjellig barnefokus. Hansen (2008, s. 1267) går så langt som å si at mange hjelpere er feige. Hun mener det er åpenbart at behandling av eksempelvis mors rusproblematikk må inneholde en vurdering av hvordan dette igjen berører henne som mor, og se viktigheten av å inneha et perspektiv på barna i rusbehandlingen (ibid.).

Hansen (2008, s. 1267) skriver at dersom en skal unngå å møte flere voksne som forteller at barndommen gikk tapt som følge av mors rusmisbruk, må rusmisbruk settes på dagsordenen. Ved å ha fokus på barnet i behandlingen av rusmisbrukende mødre, kan termen «de glemte barna» forsvinne fra litteraturen om rus. For å lykkes med det må også stigmaet rundt rusmiddelmisbruk arbeides med, fordi tabubelagte problemer kan føre til usynliggjøring (Holm, 2009, s. 45). Det kan være utfordrende å hindre skjevutvikling hos barn av rusmisbrukende foreldre fordi det er vanskelig å utpeke entydige symptomer som utelukkende kan knyttes til rusmisbruket (Hansen, 2008, s. 1267). I denne studien ble eventuell skjevutvikling hos barnet omtalt i sammenheng med blant annet «*ødelagte mellommenneskelige relasjoner*» mellom barn og mor, «*emosjonell utilgjengelighet*» hos mor og tilknytningsvansker hos barnet som følge av rusmisbruk hos mor. En informant forklarte at barn ofte: «[...] *underkommuniserer egne følelser*». Hun fortalte at barnet kunne framstå veldig glad og fornøyd, men dersom en studerte litt nærmere, kunne man se at det var: «[...] *ganske trist for det barnet*». Dette kan indikere at barnet ikke har det godt, og kan være ett av mange tegn på at barnet er i risikozonen for skjevutvikling. Barneansvarlig personell på avdelingen har da ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barnet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-7). Flere av institusjonene i denne studien har egne barnegrupper, og dette er et alternativ for videre oppfølging av barnet.

Barnet vil trolig behøve hjelp til å samtale om og bearbeide ulike hendelser som har forekommet i familielivet (Hansen, 2012, s. 43). Flere av informantene forteller at de samtaler med barnet når mor er inne til rusbehandling, og samtlige informanter uttrykker at de har fokus på barnet. Barnet møtes direkte i barnesamtaler, i barnegrupper, i samspillsterapi og samspillsveiledning, for å nevne noe. Barnet møtes også ved at de er velkommen på besøk til avdelingen hvor mor oppholder seg, for besvarelse av eventuelle spørsmål. Andre informanter

er også opptatt av viktigheten av å gi barnet en forklaring på mors situasjon, og informere om hva som skal skje videre. Studien til Kufås, Faugli og Weimand (2015, s. 9) fant også at behovet for å få informasjon om egen og mors situasjon var stort. Informantene ser alle ut til å være opptatt av, samt se viktigheten av å snakke med barnet om hvordan det har det og hvordan det opplever situasjonen.

Barn føler ofte skyld og ansvar for familiesituasjonen sin (Killén, 2010, s. 214). Dersom tiltak er iverksatt kan barnet ha vanskelig for å nyttiggjøre seg dette, og selve tiltaket kan dessuten oppleves som enda en belastning. Barnet viser ofte stor tillit og lojalitet til sine foreldre, på tross av at de er rusmisbrukere. Barnet er derfor troende til å avvise tiltak om eksempelvis besøkshjem, fordi det opplever at det kan svikte sin lojalitet til mor. Behandlerne må jobbe med og forstå emosjonelle dilemmaer som årsak til barnets lojalitet til mor (Kufås, Faugli og Weimand, 2015, s. 10). En informant fortalte at hun skulle ønske at barnevernet kunne tilby flere tiltak som hun kunne sette inn i forhold til barnet. Dette kan indikere at informanten ikke har erfaring med at det blir iverksatt gode tiltak for barn av rusmisbrukere, og at barnevernet og rusomsorgen ikke har et godt nok samarbeid om passende tiltak for barna.

Under et behandlingsforløp kan tilbakefall eller fortsatt bruk av rusmidler forekomme (Hansen, 2012, s. 48). Her bør en forsøke å finne skjermingstiltak som kan etableres rundt barnet og sikre beskyttelse mot situasjoner med aktiv rus. Det ble ikke nevnt så mange skjermingstiltak i intervjuene, men en informant fortalte at dersom barnet ble utsatt for «*voksenprat*», kunne det være uheldig. I analysekapitlet ble ordet «*voksenprat*» tolket som samtaler om eksempelvis rusmidler og rusmisbruk som kan inneholde skremmende ord og uttrykk for et barn. Beskyttelse av barnet er særdeles viktig, men beskytter en barnet ved å hindre at det blir utsatt for voksenprat? På den ene siden kan barnet bli redd og fylt med bekymringer når det får høre om mors situasjon og sykdomsbilde. På den andre siden kjenner gjerne barnet situasjonen godt fra før, da det ofte har levd med mor lenge før mor fikk en diagnose (Hansen, 2017, s. 150). Kanskje synes barnet det er godt å få satt ord på hva som har skjedd hjemme, og hvilke følelser både det selv og mor har knyttet til rusmisbruket. Det er ikke alltid barnet har forståelse av at det som har skjedd, har skjedd fordi mor er syk.

Barnet tar som tidligere forklart ofte ansvar i en rusbelastet familie, og innehar gjerne en voksenrolle det ikke skal ha (Kvelling, 2015, s. 94). Flere barn føler eksempelvis at de har kontroll på mors alkoholinntak ved at de setter merker på flasker, heller ut flaskers innhold eller erstatter innholdet med vann. Barnet tar slik ansvar for mors problem, og anstrenger seg til det ytterste for å prøve å forhindre mors rusinntak. Dette til tross for at barnet ikke innehar

evner eller ressurser for å stanse problemene (Hansen, 2012, s. 44). En informant fortalte om rusmisbrukende mødre som gjerne var stolt over barnet sitt, nettopp fordi barnet hadde kontroll i hjemmet og passet på henne som mor. Dette viser mors trolig svake evne til refleksjon over barnets behov og følelser. I forbindelse med at barnet har et voksenansvar, formidlet en informant at barnet ofte: «[...] opplever fravær av glede». Det kan være flere forskjellige grunner til at barnet ikke opplever glede, men en årsak kan være voksenansvaret det ikke er modent nok til å ha. Dersom mor er stolt over barnet sitt fordi barnet inntar en voksenrolle, og ikke ser hvor trist barnet egentlig er, kan mor ha svekket mentaliseringsevne som medfører at hun ikke klarer å lese barnets signaler og behov (Brandt og Grenvik, 2010, s. 114).

En annen informant kommenterte at det likevel ikke er så enkelt at hjelpeapparatet bare kan ta fra barnet arbeidsoppgavene det har hatt i hjemmet, og så vil alt ordne seg. Dette fikk ikke plass i analysedelen, men jeg finner det likevel relevant å nevne i denne sammenhengen. Arbeidsoppgavene kan være en viktig del av barnet som det, ifølge informanten, bør få bekreftelse på. Behandlerne bør gjerne fortelle barnet at hun har vært en god storesøster for eksempel, eller at hun har gjort mye fint hjemme. Dette fordi informanten mente at en ikke bare kan fortelle et ansvarsfullt barn at det kan gå ut å leke. En må gi barnet anerkjennelse for jobben og ansvaret det har hatt, og snakke om det vanskelige (Sundfær, 2012, s. 111). Det er likevel slik at det vil kunne ha en belastende effekt på barnet dersom det utøver oppgaver det ikke er aldersmessig modent for. Dette gjelder spesielt ved tilfeller hvor barnet blir mors trøster eller samtalepartner, slik det ble vist til i analysekapitlet. Selv om behandlerne ifølge informanten ikke bare kan ta arbeidsoppgavene fra barnet, kan det være viktig for barnet at behandleren forteller det eller gir bekreftelse på at barnet får lov til å leke og ha det gøy (Kufås, Faugli og Weimand, 2015, s. 58).

Som tidligere nevnt lever barn ofte i rusbelastede hjem over lengre tid før mor søker eller sendes til behandling (Sundfær, 2012, s. 149). Dette er barn som har lært å tilpasse seg og måttet finne egne løsninger på vanskeligheter. Slike faktorer kan gjøre at de oppfattes som modne, selvhjulpne og velfungerende (noe de også kan være), som kan medføre at behovene for anerkjennelse og å bli sett ikke oppdages så lett. Det er likevel svært viktig at disse barna som tilsynelatende har mestret hjemmesituasjonen og som framstår ansvarlig og selvhjulpne, også får samtale med hjelpere (ibid.). Selv om de ikke har klare symptomer, har hverdagen deres vært farget av store bekymringer og belastninger over lang tid. Barn vil reagere ulikt, men de fleste behøver hjelp til å forstå og håndtere situasjonen, samt hjelp til bearbeidelse av

vonde og utfordrende erfaringer som det rusrelaterte samspillet har gitt (Hansen, 2008, s. 1267). Ut fra innhentet materiale kan det se ut til at behandlerne anser det som viktig å samtale med barna til rusmisbrukende mødre, og finne ut hvordan de har det. De er også pliktig i å kartlegge barnets situasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a). Det er imidlertid viktig at de ikke anser én samtale med barnet som nok. Barnet kan ha behov for flere samtaler, eller andre tiltak, også til tross for at de tilsynelatende virker uberørt av hendelsene. En av informantene fortalte at deres rolle, etter å ha pratet med barnet, var å sette barnet i kontakt med andre instanser som kan gi det videre oppfølging. Det er viktig at barnets behov blir tatt på alvor, og dersom behandleren føler at rusinstitusjonen ikke kan gi barnet den bistanden det behøver, må hun kontakte andre instanser slik at barnet får rett oppfølging.

Selv om fokus på barnet kan bidra til god hjelp og barna i stor grad trenger trygge voksne å forholde seg til, viser studien til Kufås, Faugli og Weimand (2015, s. 9) at barn som vokser opp med rusavhengige foreldre har lav tillit til voksne, seg selv og jevnaldrende, grunnet erfaringer med svik og uforutsigbarhet. Flere barn fortalte at de hadde erfart destruktiv atferd hos foreldrene, samt manglende omsorg og oppmerksomhet. Dette hadde videre medført krevende situasjoner, der barnet ofte hadde opplevd å stå alene uten støtte fra voksne. De følte at de selv var ansvarlig for egen omsorg (ibid., s. 22). Behandlerne må bruke god tid for å møte barnet på en slik måte at de utvikler en god relasjon. Hvordan barnet blir møtt, vil være avgjørende for om det åpner seg og vil ta imot hjelpen behandleren tilbyr (Sundfær, 2012, s. 25). Informantene i denne studien fortalte hvor «*triste*», «*ulykkelige*» og «*ensomme*» barn av rusmisbrukende mødre er. Flere av dem reflekterte over at det som er bra for et barn er: «*[...] foreldre som har ganske god styring på og kjennskap til sitt eget følelsesliv for å kunne forstå barna*». De var slik opptatt av mentaliseringsbasert terapi, og anså det som særdeles viktig for behandlingen at mødrene: «*[...] lærer å forstå sitt barn, og er opptatt av å kjenne etter hvordan de opplever sitt barn*». Mødrene kan slik bli mer emosjonelt tilgjengelig for barnet.

5.2) Hvordan tematiseres rollen som forelder i samhandlingen med mødrene?

Studien hadde blant annet til hensikt å finne ut hvordan behandlerne tematiserte rollen som forelder i samhandling med mødrene. Morsrollen viste seg å være et sentralt tema i mors behandling som samtlige behandlere fokuserte på. Spørsmål omkring barnet som en del av behandlingen av mor, ved at terapeutene hadde barnet og morsrollen som tema i behandling, ble stilt under intervju. Det kom blant annet fram at behandlerne ønsket å gjøre mor til: «*[...] en enda bedre mor*», og at bistanden de ga skulle medføre at mor selv kunne hjelpe barna etter endt behandling. En annen informant uttrykte at: «*[...] det er foreldrerollen som er årsaken til*

at de er her, og også det å jobbe med rusavhengighet». Dette kan indikere at morsrollen blant noen anses som hovedårsaken til hvorfor mødrene er i rusbehandling.

En må finne ut i hvilken grad og på hvilken måte mor er kapabel til å imøtekomme barnet og dets behov. Tempoet dette foregår i må være forsvarlig med tanke på barnets situasjon og hjelpebehov (Hansen, 2012, s. 48). Noen mødre har sterk motivasjon for å bedre barnets situasjon, mens andre kan føle vegring og vil trolig bagatellisere eller idyllisere deres liv. I noen tilfeller vil ikke mor være klar for endring, og behandleren må derfor prioritere å hjelpe barnet først. En informant fortalte at: «[...] *det første er at man må ta direkte kontakt med barnet, som man må få tillatelse til fra den voksne*». Dette kan indikere at informanten ønsker kontakt med barnet med én gang for å finne ut av dets situasjon og eventuelle hjelpebehov. Informanten forteller videre at barnet gjerne: «[...] *har en helt annen opplevelse enn mor*». Denne opplevelsen er trolig interessant for behandleren å høre, slik at barnet kan motta riktig hjelp. Det er flere utsagn fra behandlerne som indikerer at barnet er en viktig og sentral del av behandlingen av mor.

Det vil ifølge Killén (2010, s. 26) ikke være nok å kun fokusere på å lære de rusmisbrukende mødrene å være sensitive og kompetente overfor barnets behov. Behandlingen av rusmisbruket bør i tillegg innebære en evaluering av mødrenes interne arbeidsmodell for omsorgsrollen, hvordan de skal klare å ivareta denne, hvilket potensiale de har for utvikling, hvordan de utøver samspill med barnet, deres egen tilknytningsstil og miljøfaktorer, samt sosial støtte og økonomiske ressurser (ibid.). Dette omfatter behandling der tjenesteapparatet både arbeider med å tematisere og styrke rusmisbrukerens morsrolle, og behandler hennes rusmiddelmisbruk (Wiig, 2018, s. 26).

Samtlige av informantene arbeidet mot rusfrihet hos mor samtidig som de tematiserte morsrollen i behandlingen. Det kan imidlertid være krevende for behandlerne å fokusere på to store tema på én og samme tid. Wiig (2018, s. 63) sin studie viste at de fleste behandlere som ønsket å ivareta begge problemstillingene, endte med å i hovedsak fokusere på enten rusbehandlingen eller dyktiggjøring av mødrene i morsrollen for bedre ivaretagelse av barnet. Dette til tross for at terapeutene uttrykte at målet for behandlingen var å favne begge områder (ibid.). Selv om mine informanter hadde til hensikt å arbeide med begge områder, kan det ut fra materialet se ut til at flere av behandlerne rettet hovedfokus mot morsrollen og forberedelsen til å bli en god nok omsorgsperson for sitt barn. Det kan imidlertid framstå slik fordi det var morsrollen som ble fokusert på under intervju, og det var morsrollen som var mitt fokus. Flere informantutsagn uttrykte at behandlingen fokuserte på å hjelpe mødrene til å

i større grad se barnets perspektiv, og bli en enda bedre mor som kunne hjelpe barnet sitt på egenhånd. Selv om det er dette perspektivet som skinner gjennom i analysedelen, er det likevel mange informanter som også uttrykte at de arbeidet med mors rusmisbruk. Det kan derfor se ut til at informantene ønsker å favne begge områder, og noen lykkes kanskje også, men at flertallet i hovedsak fokuserer på ett område om gangen.

Motsetningen som fremtrer kan være forårsaket av nye prioriteringer i møte med tradisjonell rusbehandling. Tidligere forsøkte en å stabilisere mor emosjonelt før behandlingsfokuset ble rettet mot samspillet mellom mor og barn. En tenkte at så lenge mor opplevde russug eller hadde vanskelige minner eller traumer som virket forstyrrende, ville hun ikke være i stand til å konsentrere seg om og fokusere fullt og holdent på barnet (Wiig, 2018, s. 63). I studien til Wiig (ibid.) kom det fram at noen av behandlerne mente at dersom mor på et for tidlig stadium fokuserte på morsrollen og samspillstrening, ville det kunne føre til nye opplevelser av mislykkethet. Andre behandlere mente imidlertid at samspillstreningen måtte igangsettes raskt slik at best mulige betingelser ble gitt for barnet og mor-barn-relasjonen. Deres tanke var at mors oppmerksomhet mot barnet og tematisering av morsrollen, ville skyve rusuget hun eventuelt opplevde til side, og øke hennes motivasjon for rusfrihet slik at hun kunne beholde omsorgen for barnet (ibid.). Det kan tenkes at størsteparten av mine informanter tilhører den sistnevnte tankegangen hvor morsrollen og samspillsterapien fokuseres på i første omgang. Det er her mulig å diskutere hva som vil ha størst effekt for både mor og barn. Samtidig er flere av informantene svært direkte i sine utsagn om at rusmisbrukende mødre ikke kan ha omsorg for barn, og at de derfor må se til at rusingen opphører. De ønsker at mor skal inn til behandling for å stanse misbruket. Hvis dette er tilfellet, vises et skille blant informantene, mellom de som ønsker å prioritere behandling av rusmisbruket og de som ønsker å fokusere på morsrollen i behandling. Dette kan også ses i sammenheng med at forskjellige typer rusinstitusjoner har ulikt fokus, mandat eller målgruppe.

Neger og Prinz (2015, s. 74) anbefaler derimot å kombinere rusbehandling med tematisering av morsrollen og samspill med barnet. Deres studie fant imidlertid at mor trolig vil ha størst utbytte av behandlingen dersom en først fokuserer på psykologiske mekanismer og emosjonsregulering, før en konsentrerer seg om dyktiggjøring av spesifikke foreldreferdigheter (ibid.). Dette er i tråd med hva flere behandlere fortalte i studien til Wiig (2018). En informant i mitt prosjekt formidlet at de jobbet med å få fram følelser og undring hos mor knyttet til barnet. Informanten ønsket at mor skulle undre seg litt over barnets oppførsel for eksempel, og foreta refleksjoner rundt både seg selv og barnet. Dette kan trolig

anses som fokusering på psykologiske mekanismer, mentalisering og emosjonsregulering. En mor med en lang rushistorie bak seg, vil likevel trolig behøve noe tid for å bli tilstrekkelig kognitivt klar, slik at hun kan nyttiggjøre seg det pedagogiske opplegget med tematisering av foreldrerollen (Kvello, 2015, s. 361).

Flere informanter stilte spørsmål ved hvordan mødre som hadde opplevd vonde hendelser fra sin barndom og derfor hadde lite erfaring med hva som betegnes som trygt og godt, kunne gi «god nok» omsorg til sitt eget barn. Det finnes imidlertid rusmisbrukende mødre som kan utøve god omsorg for sine barn til tross for egne oppveksterfaringer (Sundfær, 2012, s. 56). De kan være sensitive og gode omsorgspersoner så fremt de får behandling for rusproblematikk og/eller egne psykiske problemer. Ved å rette fokuset mot kvinnens forståelse av morsrollen, og tematisere rollen som forelder i samhandling med mødrene, kan gode og tilpassede tiltak for familien utvikles (Wiig, 2018, s. 25). Ved refleksjon over egen barndom, kan rusmisbrukende mødre gjøres bevisst på hvilke endringer de må foreta, samt hvilke faktorer de ønsker å videreføre fra sin egen familie. Dette kan bidra til at kvinnen forstår og aksepterer egen historie, og finner ut hvordan hun vil utforme sin rolle som omsorgsperson (Klette, 2007, s. 145). Det er imidlertid viktig å vise forståelse for at det kan være vanskelig å prate om barnet sitt og oppveksten det har hatt. Dette fordi barnetemaet kan minne mor om hennes egen opplevelse av utilstrekkelighet. Det er derfor viktig at behandleren løfter fram barnet. Hvis ikke barnet samtales om, kan en skadelig «taushetsallianse» dannes mellom behandler og mor som kan fortelle at en ikke er verdifull som forelder (Sundfær, 2012, s. 72).

5.3) Perspektiv på både mor og barn

De siste tiårene har det som tidligere nevnt vært fokus på å involvere hele familien i rusbehandlingen, heller enn kun personen som har rusmiddelproblemet (Wiig, 2018, s. 12). Behandlingen kan ha større effekt ved familiens deltagelse, og forholdet mellom familiemedlemmene vil også trolig forbedres (Selbekk, 2016, s. 2). Som nevnt innledningsvis, anses fortsatt mor som barnets primære tilknytningsfigur (Kvello, 2015, s. 85). Fokuset i denne studien rettes slik mot mor. Familiebegrepet brukes i denne sammenhengen derfor kun om mor og barn. I videre studier ville det vært interessant å se på hvilken rolle og betydning far har når mor er rusmisbruker.

Flere rusmisbrukende mødre er isolert fra sitt sosiale nettverk, og det kan derfor være hensiktsmessig å involvere familiemedlemmer og andre nære personer av mor og barnet i behandlingen (Neger og Prinz, 2015, s. 74). Et kriterium for god behandling er dessuten at en

må arbeide med bredden i brukerens problematikk, ikke bare med rusmisbruket. Det kan gjerne bety å arbeide med relasjoner og ta familien med i behandling (Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005, s 78). En informant fortalte at rus ofte handler om: «[...] *vanskelige relasjoner og vanskelige følelser, og da er det jo barnet som er mest nærliggende å jobbe med*». Barnet var ved denne institusjonen en sentral del av behandlingen av mor. Barnets situasjon kartlegges ved forståelsen av at rusmisbruk hos ett familiemedlem er et problem for hele familien. Barn vil på ulikt vis bli berørt og belastet til tross for at mor ikke hadde det til hensikt eller intensjon, eller ikke oppfattet i tilstrekkelig grad hvordan det har vært for barnet og hva barnet selv tenker. Det kan imidlertid være utfordrende å favne hele familien i behandling, og det ender gjerne med at det er mor eller barn som prioriteres. At barnet involveres i foreldrenes rusbehandling er relativt nytt, og medfører slik nye utfordringer for rusbehandlingsinstitusjonene (Wiig, 2018, s. 64).

Informantene involverer familien i behandling på litt ulikt vis. Som tidligere forklart tilbyr noen av institusjonene at barnet og eventuelt barnets far eller mors partner kan bo sammen med mor under behandlingsoppholdet. Ved unntak av å nevne dette, fortalte ikke informantene noe særlig om fars rolle eller betydning for behandlingen. Dette kan være forårsaket av studiens fokus på mor. Andre informanter forklarte at barnet var ivaretatt av andre omsorgspersoner mens mors behandling pågikk. Barnet kom likevel gjerne på besøk på institusjonen, enten for samtale, for å se hvor mor oppholdt seg eller for å være på lekerommet.

Selbekk og Sagvaag (2016, s. 1062) fant at selv om familiebehandling var anbefalt og ønskelig, endte det oftest med at behandlerne rettet fokuset mot den enkelte rusmisbruker som pasient. Dette støtter oppunder tanker om at det er vanskelig å favne hele familien og ha fokus på både mor og barn samtidig (Wiig, 2018, s. 69). En av årsakene til at behandlerne gjerne ender med å kun fokusere på for eksempel den voksne, er at familiesamtaler med barn til stede er svært tidkrevende og ikke nødvendigvis fremmer lønnsomhet (Holm, 2009, s. 47). Familiesamtaler kan imidlertid være effektfulle, og familieorientert behandling kan forbedre vanskene innad i familien ved å eksempelvis senke konflikt- og stressnivået (Lindgaard, 2006, s. 23). I intervju med informantene kom det fram ulike syn på hvem de anså som sin «primærpasient». Noen var svært tydelig på at det var mor som var søkt inn til behandling, det var mor som hadde et rusproblem, og derfor var det også henne som var primærpasienten. Andre mente imidlertid at barna var årsaken til at mødrene var i rusbehandling, og anså barna som det viktigste for mor og derfor mest nærliggende å arbeide med og ha fokus på.

Det kan som sagt se ut til at behandlerne har litt ulikt syn på hvem de anser som primærpasient. Hvordan klarer de ulike institusjonene å ivareta perspektivet på både mor og barn når det gis litt ulike signaler vedørende hvem som er primærpasient? Som tidligere omtalt under temaet morsrollen i behandling, beskriver en behandler at de ønsker å: «[...] hjelpe mor til å bli en enda bedre mor». Dette utsagnet kan tolkes som at det er morsrollen, og dermed barnet, som er hovedårsaken til at de er i rusbehandling. Eller det kan tolkes dithen at det er mor som er hovedfokus, og det er hun som mottar hjelp og behandling for sitt rusproblem. Informanten sier videre at bistanden de gir mor, skal hjelpe henne til å hjelpe sine barn på egenhånd. Altså vil, som tidligere nevnt, mors hjelp være ment til å indirekte hjelpe barnet. Det kan også tenkes at både mor og barn er primærpasienten i dette tilfellet, da informanten beskriver at de må: «[...] jobbe parallelt, både med å løfte fram barna» og bistå mor. Hvordan henger dette sammen med at andre behandlere kun anser mor som primærpasient? Et informantutsagn la tydelig vekt på at mor var primærpasienten fordi det var hun som var søkt inn til behandling, og det var hun som hadde et rusproblem. Hun betegner barnet som pårørende, og forteller at de har egne tilbud til det. Dette er eksempelvis barnegrupper og barnesamtaler som har blitt nevnt tidligere. Barnet ser slik ikke ut til å være hovedfokus ved denne behandlingsinstitusjonen. Det vil være vanskelig å gi et fullstendig svar på hvordan institusjonene klarer å ivareta perspektivet på både mor og barn når det gis ulike signaler om hvem som er primærpasient, men jeg anser det som et viktig spørsmål å løfte fram, som en potensiell utfordring i dette arbeidet dersom man ikke er det bevisst.

Selv om noen av informantene ser ut til å ha barnet i forsetet av behandlingen, anser barnet som utgangspunktet for arbeidet med mor, og samtaler om barnet med mor, kan det se ut til at barnet ikke alltid er fysisk til stede i samtalen. En kan her stille spørsmål ved om en da har familien i behandling eller om det egentlig kun er mor som mottar behandling, til tross for at samtalen omhandler barnet. Selv om det er barnet som er hovedtema for samtalen, og samtalen kanskje er ment for å hjelpe barnet, vil ikke barnet motta direkte hjelp som følge av dette (Kvelling, 2015, s. 360). Flere informanter forteller at de har barnet i direkte fokus når de samtaler med barnet alene, enten ved en planlagt samtale på lekerommet, eller ved et mer tilfeldig besøk på avdelingen. Kanskje finner informantene det mer effektivt å samtale med mor og barn hver for seg, da litteratur som nevnt viser til at familiesamtaler ofte ikke fremmer lønnsomhet (Holm, 2009, s. 47). En informant fortalte imidlertid at de hadde leker i stuen slik at barnet ofte var til stede når behandlerne snakket med mødrene. Samtidig som barnet lekte i stuen sammen med mor, fikk behandlerne anledning til å studere samspillet dem imellom.

Barnet var slik også delaktig i de aktuelle samtale med behandleren. I slike tilfeller kan det se ut til at behandleren har fokus på både mor og barn samtidig, og har den lille familien i behandling. Det kan se ut til at barnefokuserede samtaler med foreldrene til stede vil være til størst hjelp for barnet. Slik samtaler behandleren og mor om og holder fokus på samspeillet i familien, som er svært viktig for barnet (Hansen, 2012, s. 54).

5.4) Hva forstår behandlerne som de største utfordringene med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker?

I studien framkommer behandlerens opplevelser av hvilke utfordringer de forbinder med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker. Informantene ser ut til å ha en felles forståelse av at dersom du eksponerer barnet ditt for rus, blir fjernere eller emosjonelt utilgjengelig som følge av rus, så er det utfordrende for barnet og ikke «godt nok». Utfordringene knyttes i hovedsak til tilknytningsvansker, svekket mentaliseringsevne, emosjonell utilgjengelighet og parentifisering.

Som beskrevet i analysekapitlet, løftet informantene fram rusmisbruk som en faktor barnet kan oppleve som utfordrende å leve med, da det kan medføre ustabilitet og uforutsigbarhet i barnets hverdag. Strukturen i hverdagen kan bære preg av mors humør. Graden av struktur i hjemmet kan se ut til å ha betydning for hvor trygge barn føler seg. Manglende struktur vil slik kunne oppleves som mer utrygt. En informant fortalte at rusmisbrukende mødre ofte: «[...] svinger, og reagerer ulikt i samme type situasjoner». Dette kan være svært utfordrende for barnet å forholde seg til. Dersom mor reagerer ulikt i like situasjoner, vet ikke barnet hva det kan forvente eller hvordan det skal forholde seg til mor. Å ha en rusmisbrukende mor med store humørsvingninger vil kunne påvirke barnets tilknytningsmønster. Tolking av mors følelser blir i mange tilfeller nødvendig for at barnet skal håndtere hverdagen, og barnet skaper gjerne sin egen form for struktur og forutsigbarhet (Sundfær, 2012, s. 111). Selv om mor kanskje misbruker rus når hun mottar behandling, kan barnet oppleve det som betryggende at hun er i behandling og kanskje føle behandlingen som en form for struktur (Kufås, Faugli og Weimand, 2015, s. 29).

Barn med utrygg og unnvikende tilknytningsstil vil forsøke å dempe eget behov for trygghet. Barnet har som nevnt gjerne opplevd at behovet for trygghet ikke besvares av omsorgspersonen, og har slik lært å skjule eller begrense sine uttrykk for redsel og bekymring og klare seg på egenhånd (Brandt og Grenvik, 2010, s. 97). Et informantutsagn formidler også at: «[...] barn er jo veldig god til å skjule». Barnet kan slik oppleves som rolig og trygg i skremmende situasjoner, men føle uro og frykt på innsiden. Informanten forteller imidlertid at

en kan se at barnet har det ganske trist dersom en studerer det nærmere. Dette kan bety at behandlerne har god kompetanse på og erfaring med å studere barnet, og se hvordan det egentlig har det. Det kan også være utfordrende å forstå barnets egne behov når mor er til behandling dersom det skjuler sine følelser for omverdenen, og viser tilsynelatende beherskelse av situasjonen. Det kan tenkes at barnet har tilegnet mestringsstrategier gjennom oppveksten, slik at eventuell mistilpasning kan være vanskelig å avdekke. Hjelpeapparatet må likevel undersøke om barnet har behov for avlastende samtaler og hjelp (Holm, 2009, s. 45).

Barnet har fra fødselen av en drivkraft etter å søke og opprettholde kontakt med sine omsorgsgivere (Bowlby, 1982). Miljøet må imidlertid respondere adekvat for at kompetansen skal vedlikeholdes. Barnets stimulering kan beskrives som kontingent dersom eksempelvis mor gjentatte ganger responderer på barnets initiativ. Barnet får slik en forståelse av at mors respons kommer som følge av dets handlinger. Denne formen for stabilitet i barnets oppvekst nevnes også av informantene, og en informant forteller at stabilitet i omsorgen er viktig for utviklingen av trygg tilknytning. Dette kan videre gi barnet en opplevelse av å være en aktiv aktør. Dersom mor gjentatte ganger ikke responderer på barnets initiativ, kan dette medføre at barnet ikke blir stimulert og ikke lenger opplever seg selv som aktiv aktør i eget liv (Brandt og Grenvik, 2010, s. 71). Dersom mor har svekket grad av mentaliseringsevne som følge av rusmisbruk, kan dette være en bakenforliggende årsak til hvorfor mor ikke responderer på barnets initiativ. Mor er ikke påkoblet barnet og er ikke emosjonelt tilgjengelig. Mor forstår heller ikke barnets behov (Kvello, 2015, s. 122). En informant fortalte at: «[...] *rusen døyver noe i deg som gjør at du ikke er 100 % påkoblet det barnet*». Informanten uttrykte at utilgjengeligheten dette medførte, var det mest skadelige for barnet, og sa at: «[...] *det ikke er rusen i seg selv som er skadelig, det er manglende påkobling*». En annen informant forklarte at når mor ikke responderer på barnets følelser, vet ikke barnet hvordan dets følelser blir møtt og hvordan andre egentlig forstår det. Som tidligere nevnt, lærer barn sin mentaliseringsevne i stor grad fra foreldrene. Når barnet ikke blir møtt på sine følelser, svekkes mentaliseringsevnen, og barnet lærer ikke seg selv eller andre å kjenne ut fra følelsene det har. Dette kan gjøre barnet utrygt, blant annet fordi det kan være vanskelig å forstå seg selv og fungere optimalt i sosiale situasjoner (Brandt og Grenvik, 2010, s. 114).

Mentaliseringsbasert behandling har de siste årene vært sentral i hjelpen av rusmisbrukere (Kvello, 2015, s. 360). Samtlige informanter fortalte om hvordan de arbeidet med terapiformen ved behandlingsstedet. De ønsket å fremme mors refleksjoner knyttet til følelser og tanker omkring henne selv og barnet. Som tidligere nevnt, vil rusmisbruk kunne gi svekket

mentaliseringssevne (Arefjord og Karterud, 2011, s. 196). En informant sa: «[...] *de tror jo selv at de klarer jobben ganske bra fordi blikket på seg selv og blikket på ungen blir mangelfullt. De ser ikke selv hvordan de fungerer med rus*». Dette utsagnet kan indikere at mors mentaliseringssevne er svekket. Hun ser ikke at rusen setter sperrer for samspill og relasjon, og forstår kanskje ikke hvor skadelig hennes atferd i ruspåvirket tilstand er for barnet. Dersom mor tviler på egen evne til beslutningstaking, er det viktig at behandleren ikke hjelper i for stor grad slik at mors selvstendighet svekkes. Behandleren må styrke mors tro på at hun kan ta gode valg for seg selv og sitt barn, og fremme mors egne refleksjoner (Brandt og Grenvik, 2010, s. 203). En informant forklarte at de jobbet med det: «[...] *intuitive foreldreskapet*» som handlet om at en er opptatt av å forstå barnet sitt og undre seg litt over hva barnet tenker og gjør. Hun var opptatt av at mor skulle reflektere rundt både seg selv og barnet. Slik kan mor lære å fatte en beslutning, heller enn at behandleren skal fatte den for henne.

Et informantutsagn illustrerer hvordan mødrene anser barnet som en voksenperson og bruker det som en samtalepartner. Informanten beskriver at noen mødre synes at deres forhold til barnet er så «tett», og sier at: «[...] *vi har bestandig hatt så god kontakt*». Ved å anse barnet som en voksenperson, kan det hende at mor ikke har forståelse for at dette kan være utfordrende og belastende for barnet. Mor skyver alle sine bekymringer og tanker over på barnet, og hun klarer kanskje ikke å tolke situasjonen eller barnet. Som nevnt i teorikapitlet, kan barnet oppleve en kort grense mellom det selv som barn og mor som voksen når det må innta rollen som samtaleterapeut (Sundfær, 2012, s. 138).

Tidligere i dette kapitlet og i analysekapitlet, ble det vist til at barnet lærer seg å underkommunisere egne følelser grunnet mors rusmisbruk. Mor er, som tidligere nevnt, gjerne i hovedfokus, og det er hennes følelser som er gjeldende. Barnets følelser blir satt på sidelinjen, og blir skjult i mors rusing. Mor strever gjerne med egne vansker, og barnet lærer tidlig at dets følelser og reaksjoner må holdes tilbake (Sundfær, 2012, s. 112). Som nevnt over, fortalte en informant at barnet ofte er: «[...] *usikker på hvordan de rundt egentlig forstår dem*». Barnet har gjerne mange følelser, men har ikke kjennskap til hva de betyr, eller hvordan andre forstår disse følelsene, fordi barnet ikke har blitt møtt på disse følelsene tidligere. For at barnet skal utvikle kjennskap til og trygghet på å uttrykke alle sine følelser, må barnet oppleve at omsorgspersonen fanger opp og «inntoner» disse følelsene. Slik vil barnet kunne føle seg forstått. Om forelderen ikke toner seg inn på følelsene, vil sentrale opplevelser og erfaringer fra barnets liv ikke bli delt eller satt ord på, men bli uvirkelige,

utydelige og ensomme. Barnet kan få en opplevelse av at dets følelser og reaksjoner ikke er viktig, og at det ikke mottar bistand for forståelse av seg selv og hjelp til følelsesregulering (ibid.). Her kommer vi tilbake til dette med å sette ord på barnets følelser, og gi barnet tillatelse til å ha sine egne følelser, slik en informant uttalte.

5.5) Samarbeid med barneverntjenesten

Samtlige av informantene samarbeider med barneverntjenesten. I analysekapitlet ble informantenes tanker om og opplevelse av samarbeidet omtalt. Flere av informantene uttrykte at samarbeidet som oftest var av god kvalitet, men at det til tider oppstod lav grad av tilfredshet. Samarbeidet kan gjerne beskrives som: «[...] både òg», slik en informant sa det. Kommunikasjon og åpen dialog ble av flere informanter nevnt som nøkkelen til et godt samarbeid.

Resultatene indikerer at barnet og dets behov er bakgrunnen for samarbeidet mellom barnevernet og rusinstitusjonene. Instansene bør derfor arbeide sammen om en samlet forståelse og mot et felles mål. Samarbeidet kan imidlertid være av varierende kvalitet, skal en forstå informantene rett. En informant forteller i intervju at barnevernet ved enkelte anledninger har innhentet informasjon fra rusinstitusjonen angående en rusmisbrukende mor og hennes diagnose, og ut fra det besluttet å hente barnet i all hast. Informanten ser ut til å begrunne beslutningen med at barnevernet i noen tilfeller ikke har nok kompetanse om rusmidler og rusmisbruk, og at barnevernet reagerer med å bli aktivert og redd for barnet og dets hjemmesituasjon. Her kan det se ut til at samarbeidet har sviktet, og at partene ikke har kommunisert nok med hverandre om mor og barns situasjon. Kan det tenkes at informasjonen som behandleren har skrevet om mor og barn, ikke er av god nok kvalitet? Kanskje står det skrevet på en måte som er vanskelig å forstå for en som ikke arbeider ved institusjonen, og kanskje fremkommer det ikke tydelig nok hvorvidt barnet lever i en forsvarlig omsorgssituasjon eller ikke. Definisjonsmakt i denne sammenhengen kan handle om hvem som innehar rett forståelse av barnets behov. Det kan også handle om at instansene har ulike mandat, hvor behandlerne har hovedfokus på mor, hennes behov og bedringsprosess. Behandleren ser ut til å mene at barnevernet reagerer for raskt og blir aktivert for fort i noen slike tilfeller. Men dersom barnevernet ikke hadde handlet ut fra sitt mandat om å ivareta barnets behov, hadde de ikke utført arbeidet i tilstrekkelig grad, og en kunne risikert at barnets behov for ivaretagelse ikke ble tilstrekkelig møtt. Kanskje kan det ligge en usikkerhet knyttet til barnevernets kompetanse på rusfeltet, og barnevernets mandat og lovverket de arbeider ut fra kan oppleves som utfordrende for samarbeidet. En løsning kan være at rusinstitusjonen gir

bedre og gjerne mer forståelige beskrivelser av barnets omsorgssituasjon, slik at barnevernet får et mer konkret og realistisk bilde av situasjonen, og at samarbeidet er tettere, slik at man får sikret større grad av felles forståelse av situasjonen. Barnevernet på sin side har kanskje behov for kompetanseheving på rusfeltet, og å tilegne seg bedre forståelse for rusmisbrukende mødre og deres barn. Samtidig er det slik at barnevernet utøver bistand for barnets beste, og de vil derfor kanskje være strengere i sin definisjon av hva som er forsvarlig for et barn å leve med enn hva rusinstitusjonen er.

Solbakken, Lauritzen og Lund (2005, s. 47) fant i sin studie at flere rusinstitusjoner som får inn gravide rusmisbrukere, rapporterer om at det ikke alltid er enkelt å igangsette samarbeid med barnevernet. I noen tilfeller ønsker barneverntjenesten, ifølge studien, å avvente til etter at barnet er født før de eventuelt går inn i saken. Dette så lenge mor er bosatt i et skjermet institusjonsmiljø. Rusinstitusjonene kan oppleve dette som lite tilfredsstillende, da de gjerne ønsker at kontakten med barnevernet skal etableres så tidlig som mulig, og ikke avvente til en eventuell sviktende omsorgsevne hos forelderen framtrer (ibid.). Et par av informantene i min studie informerte om at de forsøkte å starte samarbeidet med barnevernet før barnet var født, fordi det hadde mye å si for relasjonen som skulle dannes mellom instansene. Da lærte de hverandre å kjenne, og samarbeidet kunne slik bli av bedre kvalitet ifølge dem. Slik får også mødre innsikt i barnevernets mandat, og det kan minske deres lyst til: «[...] å gå i kamp» som en av mine informanter uttrykte. I og med at informanten sier at de: «[...] forsøker» å starte samarbeidet før barnet er født, kan det tilsi at samarbeidet ikke alltid er på plass før etter at barnet er født. Det må derfor tilrettelegges for samarbeid mellom instansene (NOU 2009: 22, s. 49).

Det kan være en fordel for rusinstitusjonene og det kommunale barnevernet å utarbeide en felles forståelse for hvordan samarbeidet bør se ut og være. Det kan være fordelaktig å inneha kunnskap om hverandre som instans, og være åpen om hva en ønsker å få ut av samarbeidet og hva det skal føre til. Dette er faktorer som kan være avgjørende for samarbeidets funksjon. Tilfredsstillende kunnskap om hverandre som instans kan øke effektiviteten av arbeidet til både barnevernet og rusinstitusjonene. Flere av informantene la ut om sine tanker rundt dette, og uttrykte at kommunikasjon kunne løse mye. Det finnes imidlertid flere ulike definisjoner på samarbeid, og det kan skape en usikkerhet rundt hva samarbeid med andre instanser egentlig innebærer. Det finnes heller ingen beskrivelse av hvordan samarbeidet mellom barnevernet og helse- og omsorgstjenester skal forekomme (Barnevernloven, 1992, § 3-2). Ut fra mitt materiale kan det se ut til at samarbeidet mellom barnevernet og rusinstitusjonene til

tider støter på uenigheter og utfordringer som gjerne omhandler ulik forståelse av hverandres mandat. Det oppstod også uenighet rundt hvilke faktorer i saken som skulle belyses, samt forskjellig syn på hva som kan være viktig å foreta for et barn. En informant uttalte at de muligens hadde: «[...] forskjellig utgangspunkt og forskjellig ståsted» for det som skulle samarbeides om. Ulike perspektiver og synspunkter behøver imidlertid ikke være negativt i et samarbeid, men for at et godt samarbeid skal finne sted, må tydelig målsetting ligge til grunn (NOU 2009: 22, s. 55). En annen informant fortalte i intervju at hun opplevde samarbeidet som godt i de tilfellene hvor mødrene ble informert om og forberedt på hva som skulle skje videre, og fikk være delaktig i prosessen. I en slik situasjon vil eventuelle ulike utgangspunkt og forskjellige ståsted kunne bli diskutert før avgjørelser fattes, og en kan ha en god dialog. I tilfeller hvor alle involverte parter er aktiv og deltakende, vil trolig utfallet kunne bli av bedre kvalitet og mer tilpasset den enkelte. Andre faktorer som har vist seg avgjørende for et velfungerende samarbeid er respekt for hverandres roller, trygghet på egen kompetanse, forventinger om å oppnå resultater og å møtes fysisk (ibid.).

Dersom barnevernet og rusinstitusjonen har ulike meninger om og fatter ulike vurderinger vedrørende barnets situasjon, kan konsekvensen av dette i verste fall være at barnets situasjon forverres. Barnevernet og rusinstitusjonen er begge hjelpeinstanser, men den ene hjelpen fører ikke nødvendigvis til den andre. Det betyr at selv om barnevernet tror at barnet har det godt når mor er i behandling, kan rusinstitusjonen mene at barnet heller burde vært ivaretatt av barnevernet. En av mine informanter kommenterte at det ved flere tilfeller hadde vært slik at barnevernet vurderte situasjonen som forsvarlig og god nok så lenge spesialisthelsetjenesten var inne og mor fikk behandling. Hennes mening var imidlertid at det var barnevernet som skulle ivareta barnet, og at deres oppgave som rusinstitusjon var å behandle mødrene, ikke ha ansvar for ivaretagelsen av barnet. I slike situasjoner vises viktigheten av å ha en felles forståelse for hverandres mandat om hva som er barnets behov og hva som er «godt nok» for et barn, slik at adekvat hjelp kan utøves fra både barnevernet og rusinstitusjonene. En felles forståelse kan for eksempel omhandle enighet om hvilke tiltak som skal iverksettes eller enighet om hvordan samarbeidet mellom instansene skal utføres. Dersom en har ulik forståelse av hjelpen som bør gis, kan også manglende interesse av å inngå et forpliktende samarbeid oppstå (NOU 2000: 12, s. 10). En felles forståelse av hva som er «godt nok» for barnet skal avgjøres av hensynet til barnets beste. Hvilken plass får barnets beste når mor er primærfokus i behandlingen? Klarer en tydelig å se barnets behov dersom en har mor i hovedfokus? Dette er viktige spørsmål å løfte fram.

Barnevernet kan ha stor nytte av samarbeid med behandlingsinstitusjonene som gjerne har jobbet med og sett mor og barn over en lengre periode, sett samspillet mellom dem, fulgt barnet og dets utvikling. Dette er viktige opplysninger for barnevernet når eventuelle tiltak skal iverksettes, og barnet kan få mer tilpasset hjelp. Et par av informantene uttrykker også et ønske om at barnevernet burde besøke institusjonen for å hilse på mor og barn, og lære dem å kjenne. Dette kunne forsterket båndet mellom både barnevernet og rusinstitusjonen, samt båndet mellom barnevernet, mor og barn. Mor kunne slik utviklet et godt samarbeid med barnevernet, og ikke lenger ønsket: «[...] å gå i kamp», slik en av informantene uttalte.

Til tross for at det finnes flere fordeler ved at barnevernet og rusinstitusjonene har kunnskap om hverandre, og flere av informantene ser ut til å anse kjennskap til hverandre som betydningsfullt, kan ulempene komme til syne ved at instansene grunnet dette tar hverandres kompetanse for gitt. Forventninger knyttet til roller og ansvarsfordeling kan skapes, noe som igjen kan prege andre samarbeidsforhold. Dersom en har et for godt kjennskap til hverandre kan dette påvirke fokuset til de samarbeidende partene. Kjennskapet kan skape stor enighet som medfører lite utfordringer i diskusjonen hvor en belyser barnets helse- og omsorgsbehov fra flere sider (Aasland, 2014, s. 35). Informasjon som ikke er samtykket til, kan også bli delt som følge av godt kjennskap mellom instansene. Bedre kjennskap til hverandres ansvarsområde kan føre til at barnet mottar riktig hjelp til rett tid, heller enn at barnevernet og institusjonen jobber med ulike målsettinger hver for seg. Dersom det er et for tydelig skille mellom barnevernets og rusinstitusjonenes ansvarsområde, kan imidlertid barnet havne i en gråsoner hvor det ikke mottar noe form for hjelp (NOU 2009: 22, s. 50).

Snever kunnskap og liten forståelse for ulikhetene mellom barnevernet og institusjonene kan i verste fall medføre mangel på samarbeid, og manglende samarbeid kan få konsekvenser for barnets omsorg- og helsebehov. Til tross for at det finnes ulikheter i forståelsen av samarbeidet, kan disse ulikhetene forstås av de involverte ved at de bekrefter hverandres roller og kompetanse, viktige faktorer som tidligere er nevnt for godt samarbeid. Et mer nyansert og helhetlig bilde på barnets helse- og omsorgssituasjon kan framtre som følge av ulikhetene. Dersom en ikke bekrefter de ulike synspunktene og vurderingene som fremkommer i samarbeidet, kan et smalt bilde av barnets omsorgssituasjon tegnes. For at et samarbeid skal være velfungerende, kreves kanskje ikke bare kunnskap og kjennskap til hverandre som instans, men også evnen til ansvarstaking (Myhrvold, Møller, Zeiner, Vardheim, Helgesen og Kvinge, 2011, s. 66).

Taushetsplikt var ikke et tema som ble nevnt av noen av informantene, og det er derfor usikkert om taushetsplikten kan anses som et hinder for samarbeidet. Det kan likevel tenkes at en bør informere både mor og barn om hvilken informasjon som deles med barnevernet. En informant nevnte at en god og trygg relasjon bygger på tillit, og at en bør samtale med mor og barn om hva som blir skrevet og delt videre av informasjon vedrørende dem. Samtykke vedrørende informasjonsdeling fra mor behøver imidlertid ikke å være ensbetydende med at taushetsplikten oppheves. Selv om rusinstitusjonene er pliktig i å informere barnevernet om barnets situasjon, uten hinder for taushetsplikten, har ikke institusjonene krav på ytterligere informasjon fra barnevernet (Barnevernloven, 1992, § 6-4). Kan behandlerne og barnevernet oppleve taushetsplikten som en gråsoner i samarbeidet dem imellom? Taushetsplikten er imidlertid noe begge instanser har god kjennskap til, og den skal ikke virke hemmende for kjennskap til hverandre.

Tar institusjonene nok hensyn til de skadelige virkningene mors rusmisbruk kan påføre barnet? Det bør være et viktig spørsmål i samarbeidet mellom instansene. Under intervju framkom enkelte utsagn som kunne gi et bilde av at rusinstitusjonene hadde en litt høy terskel for hva som kunne være tilstrekkelig for et barn å leve med.

5.6) Har behandlerne en litt høy terskel for hva som kan regnes som skadelig for et barn sammenlignet med barneverntjenesten?

Et interessant funn som framkom i analysekapitlet, var spørsmålet om hvor godt behandlerne som arbeider ved rusinstitusjonene ser at en omsorgssituasjon er skadelig for et barn, og hvordan de forholder seg til det. Det ble i analysekapitlet satt spørsmålsteget ved om rusinstitusjonene har en litt høy terskel sammenlignet med barnevernet.

I intervju med informantene kom det ved noen tilfeller fram utsagn hvor en kan undre seg over om rusinstitusjonene har høyere terskel og ulik forståelse for barnets forsvarlighet enn hva barnevernet har. En informant uttalte at: «[...] det ikke er forenlig på den ene siden, og forenlig på den andre siden fordi vi vet at det er der». Informanten refererte til rus og barns opptreden sammen. Det at barn og rus finner sted sammen, betyr imidlertid ikke at det er forsvarlig. Selv om informanten flere ganger sier at: «[...] en aktiv rusmisbruker ikke skal ha barna sine», så er hun innom tanken på at det kan kombineres når hun sier at det på en måte er forenlig. Samtidig forteller en annen informant om kombinasjonen av rus og omsorg for barn, og sier at: «[...] vi som ser kombinasjonen tenker at det fungerer veldig dårlig, at det ikke lar seg kombinere». Dette kan indikere at behandlerne ikke anser rusmisbruk som forsvarlig eller forenlig med omsorg for barn. Flere informanter uttrykker at det ikke kan

forenes, og en sier at: «[...] når du er ruset, så kan du faktisk ikke være mamma». Flere av behandlerne forteller slik at du ikke kan ha omsorg for barn når du er i aktiv rus. Det kan likevel se ut til at informantene i enkelte sammenhenger ser for seg en høyere terskel enn hva barnevernet gjør.

I teorikapitlet og analysekapitlet ble beskyttende faktorer for barn som vokser opp i rusbelastede hjem omtalt. Beskyttelsesfaktorer ved eller rundt barnet ser ut til å være interessant for informantene. Flere nevner at kvaliteten på barnets omsorgssituasjon med en rusmisbrukende mor avhenger av hvordan tilstanden til mor og barnet er ellers, mors psykiske helse, barnets utvikling, samt om det er andre som ruser seg i hjemmet. Det nevnes også at dersom det finnes noen andre i hjemmet som kan utøve omsorg for barnet og overta diverse oppgaver, så kan omsorgen anses som god nok. Studien til Kufås, Faugli og Weimand (2015, s. 10) forteller også at barn av foreldre med rusproblematikk behøver trygge voksne og trygge steder å bo i perioder hvor forelderen misbruker rus. Spørsmålet er om disse beskyttelsesfaktorene i tilstrekkelig grad utøver beskyttelse for barnet, eller om risikoen som mors rusmisbruk medfører overskygger de beskyttende faktorene. For selv om kun mor misbruker rus, vil, som tidligere nevnt, en eventuell annen forelder involveres i misbrukets konsekvenser i stor grad, og barnet står alene uten støtte og oppmerksomhet fra noen av dem (Hansen, 2008, s. 1266). Hansen (2012, s. 54) skriver imidlertid at i samtale med mor vil fokuset også rettes mot hvilke ressurser hun og familien har, samt hvilke beskyttende faktorer som finnes for familien og barnet. Beskyttelsesfaktorer er slik et viktig fokus å ha, både for å finne beskyttende tiltak for barnet i form av eksempelvis besøkshjem, men også for å få en forståelse av barnets belastende situasjon. Forskning har vist at de barna som klarer seg best, til tross for ulike former for omsorgssvikt, er barna som har hatt tilknytning utenfor familien, samt fått hjelp til bearbeidelse av belastende hendelser (Killén og Olofsson, 2003, s. 175).

En kan fort bli redd begrepet rus når man hører det i sammenheng med barn. Dette nevner som tidligere nevnt også en informant og sier at barnevernet ofte aktiveres veldig raskt når de får høre at et barn bor i et rusbelastet hjem. Informanten sier at det er riktig å bli aktivert, men at barnevernet i noen tilfeller blir for aktivert og tenker at barn og rus er helt uforenlig. Hun forteller at barnevernet ved flere anledninger har hentet barnet i all hast, og at det å bli dratt ut av hjemmet på en slik måte kan være like skadelig for et barn som selve rusen. Igjen kommer behovet for samarbeid og kommunikasjon mellom instansene tydelig fram. Dersom en kommuniserer godt, behøver kanskje ikke barnevernet å hente barnet i all hast.

Rusinstitusjonen har gjerne jevn kontakt med mor i behandling, og kan slik formidle hvordan

situasjonen er til barnevernet, slik at barnevernet ikke behøver å fatte forhastede beslutninger om plassering av barnet, men kan sette inn bedre planlagte tiltak. Som tidligere nevnt, kan det være avgjørende for relasjonen til mor å fortelle henne hvilken informasjon som blir sendt til barnevernet, med mindre informasjonen omhandler eksempelvis utøvelsen av vold eller seksuelle overgrep mot barnet (Barnevernloven, 1992, § 6-4). Informanten sier videre: «[...] *Vi må òg gi dem den infoen*». Rusinstitusjonene kan ikke holde på informasjonen og ikke føre den videre. De må se viktigheten av å dele den med barnevernet og føre en så åpen dialog som mulig. Barnevernet må, som tidligere nevnt, tilegne seg god kunnskap om rusmisbruk og rusmidler. Det kan forekomme en forskjell mellom behandlerne, og en kan oppleve ulik terskel ut fra hvem en mottar bistand fra. Dette kan en også se i sammenheng med samarbeid, hvor en må kommunisere om hva en ser og tolker situasjonen som. En må dele av sin kunnskap, og informere om hvilken informasjon en har innhentet.

Behandlerne nevner betegnelsen «godt nok» for et barn jevnlig i løpet av intervjuene. En informant forteller også at foreldrerollen og hva som er «godt nok» for et barn, er årsaken til at mødrene er i rusbehandling. En kan sette spørsmålstegn ved hvordan behandlerne tilsynelatende har en høy terskel for hva om er forsvarlig for et barn å leve med, når det ser ut til at de jevnt over er svært opptatt av hva som er «godt nok» for barnet? Det ser ut til å fremkomme fra materialet at det blant noen behandlere og institusjoner finnes en litt høyere terskel for hva en anser som forsvarlig. Det er imidlertid viktig å påpeke at behandlerne aldri har sagt selv at de har høyere terskel. Kan behandlerne ha ulik forståelse for hva rusmisbruk innebærer for morsrollen enn hva barnevernet har? Eller innehar de forskjellig forståelse av hva det innebærer å være rusmisbruker? Til tross for at det finnes en rekke negative konsekvenser av mødres rusmisbruk, kan en mor som ruser seg også være en omsorgsperson med ressurser (Kufås, Faugli og Weimand, 2015, s. 9). Kan det tenkes at rusinstitusjonene i større grad fokuserer på mors ressurser, heller enn konsekvenser av rus? En informant fortalte at det var viktig å fokusere på mors ressurser, og ikke benytte positive rusprøver som en straff mot mor, da det ble feil overfor både mor og barn. Kanskje ser institusjonene andre konsekvenser av rus enn barnevernet? Samtidig er det ikke slik at en bare kan prøve og feile, det er hensynet til barnets beste som må i fokus. Å finne ut hva som er barnets beste, kan være særdeles vanskelig. Eksponering for rus ser ikke ut til å være barnets beste, og det ser heller ikke ut til at behandlerne mener det, men kanskje tøyer de strikken litt lenger for hva de tenker er forsvarlig enn hva barnevernet gjør. Det kan være ulike årsaker til det, som nevnt over. Dette er et spørsmål jeg tenker er interessant å løfte fram.

Graden av kaos i mors liv og rusproblematikk behøver imidlertid ikke nødvendigvis å være proporsjonal med grad av omsorgssvikt. Ulike sider av mors foreldrekompetanse kan fortsatt være intakt til tross for at situasjonen framstår som kaotisk for omverdenen (Hansen, 2012, s. 45). Kanskje er rusinstitusjonene bedre i stand til å se de sidene ved mors omsorgskompetanse som fortsatt virker intakt enn hva barnevernet er. Særlig ved rusinstitusjonene hvor mor og gjerne barnet bor og oppholder seg over lengre tid, får behandlerne anledning til å bli kjent med dem, deres ressurser og utfordringer. Samtidig kan mor oppleve det som svært utfordrende å motta rusbehandling, være mor, forbli rusfri og samtale med barnevernet på én og samme tid. En risikofylt livssituasjon behøver heller ikke være ensbetydende med skjevutvikling hos barnet. Mange barn som har vokst opp i et rusbelastet hjem, kan gjerne befinne seg i en gråson mellom å være behandlingstrengende og å være tilnærmet velfungerende (Hansen, 2017, s. 151). Rusmisbruket behøver ikke alltid å være en belastning for barnet (Hansen, 2012, s. 43). Det er mulig for mor å samhandle med barnet slik at mors rusproblemer avgrenses fra det. Mor kan forskåne barnet fra det vanskelige ved å forholde seg på en bestemt måte både forståelsesmessig og handlingsmessig. Dersom barnet får en forståelse av at mor forholder seg aktivt til og løser problemene uten at barnet selv dras inn i vanskene, kan barnet bli forskånet (ibid.). Barnet vil imidlertid trolig i større grad dras inn i mors vansker dersom hun ikke er emosjonelt tilgjengelig for barnet og barnet må innta et voksenansvar (Kvello, 2015, s. 94).

I rusbelastede familier forekommer ofte endring av regler og grenser, endringer som ikke nødvendigvis er til barnets beste, men som tilpasses ut fra tilstanden hjemme (Holm, 2009, s. 42). Rusmisbruket umuliggjør imidlertid ikke opprettholdelsen av de «normale» reglene og grensene, samt familiens rytme og trygghet. Dersom mor evner å se barnet og dets behov, og beskytter barnet fra involvering i hennes rusproblematikk, kan rytmen i familien bestå. Ved å ikke involvere barnet i rusmisbruket, gjør mor det mulig for barnet å se henne foruten problemene. Slik kan barnet se mor for den hun er, og ikke kun se «problemet» (Hansen, 2012, s. 43). Mors evne til å se og forstå barnet og dets emosjonelle behov, avhenger imidlertid som tidligere nevnt av hennes evne til å regulere sine egne følelser (Kvello, 2015, s. 360). Dersom barnet blir møtt og forstått på sin naturlige bekymring for mor, samt gis alderstilpasset informasjon, hjelp og støtte til å forstå og ikke være engstelig for det som foregår, kan barnet få mulighet til å bearbeide hendelsene og gå videre i sin utviklingsprosess til tross for mors problematikk (Hansen, 2012, s. 43). En informant nevner at de forsøker: «[...] å normalisere hele det følelsesaspektet som vi kan anta at barnet har». Dette innebærer

at de snakker åpent om barnets reaksjoner og følelser, lar dem fortelle hvordan de har det og hjelper dem til å forstå at de er viktig. I flere rusbelastede hjem har nemlig mor vært hovedfokus og barnet må slik få vite at dets historie også må bli hørt (Sundfær, 2012, s. 19). Det er også viktig å få mor til å forstå at barnets historie har like stor verdi som hennes historie. En informant uttalte at dette var en viktig del av arbeidet i rusbehandlingen, og tilførte at: «[...] mor må orke å høre at barna hadde en annen opplevelse enn henne selv». Det kan tenkes at mor ønsker og tror at barnet har blitt beskyttet for rusmisbruket (ibid.).

Til tross for at barn i rusbelastede hjem som tidligere nevnt ofte påtar seg et voksenansvar som det er for ung til å ha, kan andre sider ved samspillet mellom mor og barn være godt ivarettatt (Hansen, 2012, s. 44). Barnet kan tidvis oppleve mor som emosjonelt tilgjengelig og støttende, og mor kan være åpen om problematikken. Dette kan medføre at barnet ser og forholder seg til voksenproblematikken som noe som foregår på utsiden av det selv, og ikke noe det føler skyld for (ibid.). Som tidligere nevnt, har nemlig barn ofte en følelse av at det er deres feil at mor misbruker rusmidler (Sundfær, 2012, s. 16). Det er det selvfølgelig aldri, og en informant sa at: «[...] barnet i seg selv kan jo ikke fikse foreldrene sine». Det kan tolkes dithen at barnet behøver hjelp fra andre voksne for at foreldrene kan bli rusfri, og at de i seg selv ikke klarer å «fikse» situasjonen.

Behandlerne forteller en del om hva som er utfordrende og uforenlig med rusmisbruk og omsorg for barn. Det er derfor viktig å vise nyansene slik at terskelen for det rusinstitusjonene vurderer som «godt nok», ikke blir framstilt som høyere enn hva empirien tilsier. Som nevnt tidligere, ser informantene ut til å ha en felles forståelse av at dersom en eksponerer barnet for rus, eller blir fjernere og emosjonelt utilgjengelig som følge av rus, så er det utfordrende for barnet og ikke «godt nok». En informant fortalte for eksempel at de tenkte at: «[...] ikke alle må få en sjanse til å være mor», og tilføyde at: «[...] barnet må komme først». Dette kan være med på å vise at de gjerne setter barnet i første rekke, og prioriterer barnet og dets helse foran mor. Når hun sier at ikke alle mødre kan få en sjanse til å være mor, kan dette indikere at behandlerne ser når det er forsvarlig for barnet å være sammen med mor, og når det ikke er det.

5.7) Har institusjonene et barnefokus i tråd med det lovverket sier?

I teorikapitlet ble lovendringer til gode for barnet løftet fram. Helsepersonelloven (1999) fikk i 2010 en ny paragraf, § 10 a, hvor det ble fremhevet at helsepersonell skulle bidra til å ivareta barn av eksempelvis rusmisbrukende mødres behov for informasjon og oppfølging. For å styrke barnets stilling ytterligere, ble det samme år innført en ny bestemmelse i

Spesialisthelsetjenesteloven (1999), § 3-7 a. Bestemmelsen omhandler barneansvarlig personell ved helseinstitusjoner, som har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av eksempelvis barn av rusmisbrukende mødre. Dette betyr blant annet å følge opp barnets informasjons- og oppfølgingsbehov. Flere informanter i denne studien informerte om at de hadde barneansvarlig ved avdelingen, som hadde et ekstra ansvar for oppfølging av barna. De fortalte at de blant annet utførte samtaler med barna for å få en oversikt over hvordan de hadde det, samt formidlet informasjon om hva som skulle skje videre. En annen informant fortalte at barneansvarlig observerte samspillet mellom barnet og mor når de tilbrakte tid sammen i stuen. Dette kan anses som nødvendig oppfølging av barnet, særlig dersom samspillet mellom barn og mor tidligere har vært svekket. Informantene fortalte om og hadde ulike eksempler på hvordan barneperspektivet ble fremmet i behandlingshverdagen.

Ut fra materialet ser det ut til at informantene holder seg innenfor lovverket, ved å ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging som følge av at mor er rusmisbruker. Det gjenstår imidlertid litt usikkerhet knyttet til hvilken type oppfølging barna får utover lovbestemmelsene. Det er slik mer et spørsmål om hvordan barnefokuset blir ivaretatt av behandlerne ved rusinstitusjonene. Som tidligere nevnt, fortalte mine informanter at barnets besøk var velkommen på avdelingen slik at barnet kunne få informasjon og stille spørsmål. Noen barn bor sammen med mor på rusinstitusjonen, men flertallet bor andre steder. Dersom mor kommer alene til behandling, er det viktig at behandleren eller barneansvarlig undersøker hvor barnet er og hvordan det har det (Sundfær, 2012, s. 70). Flere informanter var svært opptatt av at barnet måtte få en forklaring på situasjonen sin, og gi nødvendig oppfølging i form av eksempelvis barnesamtaler og samspillsterapi, gjerne sammen med både mor og barn. Nødvendig oppfølging ble også gitt ved å undersøke barnets behov, og deretter sende det videre til andre instanser dersom de kunne dekke barnets behov bedre. Barneperspektivet er slik sentral i behandlingshverdagen, og er i tråd med barneansvarlig sine oppgaver ifølge rundskrivet (Helsedirektoratet, 2010). Flere av informantene omtaler det som svært viktig å ha et barnefokus, og anser det som sentralt å fremme barnefokuset i behandling av mor. Behandlerne har ofte fokus på barnet i samtale med mor, og har da barnet og morsrollen som tema i behandlingen. Ledelsen har ansvar for å tilrettelegge for at barneansvarlig skal kunne utøve sine oppgaver og lovpålagte plikt, men lederne ved rusinstitusjonene må også fremme barneperspektivet gjennom holdningsskapende arbeid (ibid.).

Noen barnesamtaler finner som nevnt sted ved planlagte tidspunkt, mens andre samtaler får en mer tilfeldig karakter. Det kan se ut til at noen informanter har gode rutiner på å ha planlagte

samtaler med barnet. Flere fortalte at barnet ofte var den første personen de ønsket å prate med, og planlagte slik samtale med barnet tidlig i prosessen. Andre informanter fortalte at barnesamtalen gjerne kunne finne sted på lekerommet når barnet var på besøk ved mors avdeling. Slike samtaler vil trolig være av litt mer tilfeldig karakter. Det vil ikke bli diskutert hvorvidt barnet får bedre hjelp av planlagte enn tilfeldige samtaler, men det kan tenkes at samtalene som finner sted ved tilfeldighet er mer uformell enn planlagte samtaler.

Informantene samtaler som nevnt med barnet på litt ulikt vis. Det varierer også om barnet samtales med alene, etter samtykke fra mor, eller om barnet deltar i samtale med mor og behandler. I samtale med mor, innhenter behandlerne informasjon om barnet og dets situasjon. I tillegg til at mor gir nyttig informasjon om barnet, kan samtalen med mor være en innfallsvinkel til en samtale om barnet. Flere av informantene tematiserer morsrollen i samhandling med mødrene, og samtaler slik også om barnet. I analysen vises det til at det kan være utfordrende for mødrene å ta innover seg barnets perspektiv, samt dets historie og opplevelse av oppveksten. En informant forteller at en viktig oppgave for behandlerne er å: «[...] Få dem (mødrene) til å forstå at barna sin historie har like stor verdi som hennes historie».

I intervjuene fremkommer det at kartlegging vedrørende mor og barnets situasjon gjennomføres og at barnet identifiseres. Kartleggingen kan føre til økt fokus og anerkjennelse av morsrollen hos mor, en rolle som gjerne har vært lite håndterbar grunnet rusmisbruket (Helsedirektoratet, 2010). Utfordringen som kan vise seg er om den kunnskapen behandlerne får gjennom samtale med mor, i stor nok grad kan avklare barnets behov for oppfølging og hjelp. Bakgrunnen for dette er funnene om at det ved noen institusjoner kanskje ikke samtales i stor nok grad med barnet, og at noen av samtalene med barnet finner sted mer tilfeldig. For å få innsikt i barnets behov for oppfølging og hjelp, må behandlerne samtale direkte med barnet. Dette må de, som tidligere nevnt, få tillatelse til fra mor. I samtale med barnet vil en gi barnet informasjon, samt oppnå forståelse av barnets situasjon og behov. Dette er viktige bidrag i vurderinger om hjelpetiltak. I samtale med barnet får en kunnskap om barnet fortalt med dets egne beskrivelser og ord, ikke bare kunnskap om barnet gjennom samtale med mor. En kan benytte samtale som et viktig virkemiddel for å bryte hemmeligholdelse som opprettholdes av foreldrenes rusmisbruk (Sundfær, 2012, s. 70). I denne studien uttalte samtlige informanter at de samtalte med barnet, fra én til flere ganger. Det kom imidlertid ikke helt tydelig fram ved alle tilfeller om samtalene kun var mellom behandleren og barnet, eller om mor også var delaktig. Rusinstitusjonene følger slik loven, men en kan reise spørsmål

ved hvorvidt barnet får tilstrekkelig hjelp som følge av at mor er til stede under samtalen. Kanskje tør ikke barnet å bryte sin lojalitet eller familiens hemmelighet med mor til stede, og fortelle behandleren om hjemmesituasjonen (Killén, 2010, s. 214). Slik kan en risikere at barnet ikke får den hjelpen det behøver, og at feilaktige vurderinger om eksempelvis hjelpetiltak besluttes. Kartleggingen har imidlertid flere utfordringer, da det fremkommer få føringer fra de nevnte lovbestemmelsene og rundskrivet om hvordan kartleggingen skal løses i praksis. Dette utfordres ytterligere av eventuell usikkerhet hos behandlerne, mors vanskeligheter med å forstå og se barnet og ulik grad av kommunikasjon med barnet.

Når barnet besøkte avdelingen, kunne det få stille spørsmål og fortelle behandleren hvordan det hadde det dersom barnet ønsket det. Behandleren sa at de pratet: «[...] så åpent som mulig om mammas problemer, tilpasset alder selvfølgelig». Her har behandlerne et barnefokus i tråd med lovverket, hvor de finner ut hvordan barnet har det og hvilke behov det har. Men det kan se ut til at det er mer en samtale enn oppfølging, og at samtalene finner sted under tilfeldige og uformelle tilfeller. Når det er sagt, sier ikke alle behandlerne at de driver oppfølging av barn. Deres oppgave er ifølge noen å finne ut hvordan barna har det, fortelle dem om deres og mors situasjon og henvise dem videre til andre aktuelle tiltak ved andre instanser. Dette er i tråd med hva rundskrivet formulerer (Helsedirektoratet, 2010). Rundskrivet (ibid.) påpeker imidlertid at informasjon til barnet bør gis av foreldrene selv, men at det er viktig at behandlerne bistår foreldrene med hvordan de kan prate med barnet og hva de bør informere om. Det kan være nyttig at behandleren er til stede under samtalen, slik at hun kan støtte mor, og samtidig sikre at barnet får all nødvendig informasjon, tilpasset dets alder og modenhet.

Som vist i teorikapitlet lyder Helsepersonelloven (1999) § 10 a slik: «*Helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand.*» Når jeg leser lovbestemmelsen, får jeg inntrykk av at behandlerne som møtte til intervju gir barna nødvendig informasjon og oppfølging slik de har behov for og krav på. Paragrafen er imidlertid mulig å tolke i vid forstand, og det er slik positivt at Spesialisthelsetjenesten (1999) § 3-7 ble innført samme år for å minske usikkerheten rundt helsepersonells oppgave. Informantene hevder som nevnt at de blant annet har fokus på barnet ved å samtale med det, samtale med barnet og mor, tematisere morsrollen i behandling av mor og la barnet delta i samspillsterapi. Barnet ser ut fra informantenes uttalelser til å være sentral i behandlingen. En informant tydeliggjør dette ved å si: «[...] Det er de (barna) som er utgangspunktet for å jobbe med foreldrene her».

Det fremkommer av materialet at det kan være litt ulike forståelser fra behandlerne om hva barnet trenger, og hvilket nivå man skal legge seg på med tanke på oppfølging. En informant beskriver at de til enhver tid må ha to tanker i hodet. De skal hjelpe mor til å bli en bedre mor, samtidig som de skal: «[...] løfte fram barna». Det å: «[...] løfte fram barna» kan tolkes noe ulikt, og det er litt uklart hva som menes med dette utsagnet. Studien har i sammenheng med dette også vist til at behandlerne ser ut til å ha litt ulik terskel for hva som er tilstrekkelig for et barn å leve med. Det eksisterer dessuten en form for usikkerhetsdimensjon i forhold til at behandlerne ikke sier noe konkret om hvilken type oppfølging eller hvor mye oppfølging barnet skal ha. De gir riktignok eksempler på ulike måter å involvere barnet i behandlingen av mor, men det kommer ikke helt tydelig fram hvilken oppfølging barnet får alene. Det er viktig at en har en bevissthet på dette innad i rusinstitusjonen, hvor en møter barn og mødre direkte, og i en dialog mellom rusinstitusjonene og barnevernet. Det er viktig å ha en bevissthet rundt og løfte fram barnas behov, samt usikkerheten knyttet til dette.

I forståelsen av Helsepersonelloven (1999) § 10 a ligger det mye ansvar for behandlerne i å se hva som er barnets behov, og behandlerne vil slik føre refleksjoner rundt dette. For å få en tydelig forståelse rundt barnets behov, er det sentralt å ha en bevissthet og en felles refleksjon på dette innad ved behandlingsinstitusjonen og med barnevernet. Det ser ut til at alle behandlerne og rusinstitusjonene har en form for oppfølging av barnet, men Helsepersonelloven (1999) § 10 a gir et stort rom for skjønn, og dermed et stort ansvar for hver enkelt behandler med tanke på hvilken type oppfølging barnet har behov for. En kan stille spørsmålsteget ved om oppfølgingen barnet får, står i stil med barnets behov. Dette er uklart ut fra min empiri. Dette kan imidlertid knyttes til at det kan se ut til at rusinstitusjonene og barnevernet har litt ulik forståelse, og det er med å synliggjøre behovet for at en har en intern refleksjon og bevissthet, samt dialog med barnevernet. Det er en viss usikkerhet rundt dette, men det er viktig for feltet for å gi best mulig hjelp til barna. En må ta en vurdering av hva som er barnets beste i hver enkelt sak, og empirien min gir ikke noe kunnskap vedørende om behandlerne gjør det eller ikke. Det er imidlertid viktig at en ved den type arbeid gjør det.

6. Konklusjon og avslutning

Viktigheten av å få øye på og gi tilstrekkelig bistand til barn som vokser opp med rusmisbrukende mødre kan ikke uttrykkes nok. Barn i rusbelastede hjem lever i en risikofylt omsorgssituasjon, og klamrer seg til den vanskelige voksenverdenen de lever i (Hansen, 2017, s. 168). Nødvendigheten av å rette fokus mot dem i behandling av mor, er slik av stor viktighet. Studien har blant annet hatt til hensikt å finne ut hvilket fokus behandlere har på

barnet, og hvilken oppfølging barnet får når mor er i behandling. Behandlerne som har deltatt i studien er i kontakt med barnet på ulike måter, blant annet ved samtale, ved besøk på avdelingen og ved lek på institusjonens lekerom. Flere beskriver at de har: «[...] barnet i forsetet av behandlingen», og at det er barnet som er årsaken til hvorfor mor mottar rusbehandling. Behandlerne har likevel litt ulike måter å arbeide med barnet på, både på direkte og indirekte vis. Noen steder anses mor som primærpasient, og barnet kommer litt bakgrunnen.

Morsrollen tematiseres i stor grad av informantene i samhandling med mødrene. Flere informanter presenterer morsrollen som en hovedårsak til hvorfor mødrene er inne til rusbehandling. Studien har sett på hvordan tematisering av morsrollen og arbeid mot rusfrihet er fokus for behandlingen. Det kan se ut til at det er vanskelig å fokusere på å dyktiggjøre mødrene i morsrollen og samtidig utføre rusbehandling. Selv om informantene fortalte at målet for behandlingen var å favne begge områder, kan det ut fra materialet se ut til at det oftest ender med å i hovedsak fokusere på én av problemstillingene. Dette til tross for at behandlerne uttrykte at de ønsket å ivareta begge. Det ser likevel ut til at behandlerne ønsker at mor skal bli rusfri, samtidig som hun skal bli en enda bedre mor som kan bistå sine barn på egenhånd, som følge av behandlingen.

Studien har funnet flere erfaringer fra behandlerne knyttet til utfordringer med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker. Det har i stor grad blitt fokusert på hva som kan betegnes som «godt nok» og forsvarlig for et barn å leve med. Tilknytning og mentaliseringsevne har blitt presentert som utfordrende elementer når barnet har en rusmisbrukende omsorgsperson. Andre utfordringer for barnet viser seg blant annet ved underkommunisering av følelser, humørsvingninger hos mor og ustabil og ustrukturert hverdag. Utfordringene for den enkelte vil imidlertid variere i stor grad, og det som nevnes i denne studien er kun eksempler på utfordringer som kan oppstå.

Mine informanter forteller at samarbeidet med barnevernet fungerer, og at de som oftest opplever samarbeidet som godt. Samtlige informanter samarbeider tett med barnevernet, og flere sier at det fungerer bra når de fører en kontinuerlig dialog. Ut fra mitt materiale forstår jeg det som at mine informanter anser samarbeidet med barnevernet som noe utfordrende til tider, da gjerne særlig i saker hvor hva som er det beste for barnet er uavklart, og det foreligger ulike meninger om hva som vil være «godt nok». Institusjonene og barnevernet har av og til ulik forståelse av hvilke faktorer som skal belyses, og det fremkommer til tider noe forskjellig syn på hva som kan være viktig å foreta for et barn. Materialet viser også at det kan

foreligge ulikt syn på hva som er den enkelte instans sitt ansvar. Et par informanter uttalte tilsynelatende at barnet var barnevernets ansvar, og at mødrene skulle bli ivaretatt av institusjonene. En bør her avklare hva som er den enkelte instans sitt hovedansvar. Det presenteres også ulikhet i hvordan informantene og barnevernet ser på forenligheten av rus og barn. Til tross for at et stort flertall av mine informanter mener at barn og rus er uforenlig, kan det ved et par tilfeller se ut til at institusjonene har en romsligere definisjon eller en høyere terskel for hva som kan være forsvarlig for et barn å leve med enn hva barneverntjenesten har.

Det ser ut til å være litt motstridende utsagn i materialet. Informantene uttrykker på den ene siden at dersom du eksponerer barnet ditt for rus, døyver følelsene dine med rus eller blir fjernere som følge av rusinntak, er det ikke godt nok for barnet. De forteller at en aktiv rusmisbruker ikke skal ha omsorg for sitt barn, og at hun da må få behandling og veiledning. Videre sier de at rusmidler forstyrrer morsrollen i stor grad, og at det kan virke ødeleggende for relasjonen til barnet. Samtidig forteller flere informanter at det blant annet avhenger litt av hvordan omsorgspersonen er foruten rusinntak, hvordan barnet har det ellers, om det finnes beskyttelsesfaktorer rundt barnet og hvordan barnets utvikling er. Flere informanter uttrykker også tilsynelatende at de til tider synes at barnevernet fatter forhastede beslutninger på grunnlag av at de finner barn og rus uforenlig. En informant fortalte at informasjonen barnevernet innhenter fra dem ikke alltid kan tolkes alene, og at en gjerne bør ha god kunnskap om rusmidler og rusmisbruk før en forsøker å tolke ulike diagnoser. Bedre kommunikasjon mellom instansene kan derfor se ut til å være en nøkkel som kan åpne for at institusjonene får lagt fram den informasjonen de har, og barnevernet får hjelp til å forstå denne informasjonen før de eventuelt fatter en beslutning. Det kan se ut til at det er behov for mer forskning om samarbeidet mellom barnevernet og rusbehandlingsinstitusjoner. Da vil en trolig i større grad kunne finne ut og fatte enighet om hva som er samarbeidets hensikt, hvordan en skal forholde seg til mor og barnets behov, samt spørsmålet om hva som er «godt nok» og forsvarlig for barnet.

For veien videre ville det vært av stor interesse å samtale direkte med mødrene selv og deres barn, og finne ut om de har samme opplevelse og erfaringer om deres livssituasjon som behandlerne forklarer. Ved å samtale med terapeuter om de rusmisbrukende mødrenes livsverden, mister man viktige nyanser og aspekter i fortellingen. Behandlerne kan informere om sin versjon og fortelle hvordan de oppfatter situasjonen, slik studien hadde til hensikt å formidle, men de kan ikke si hvordan rusmisbruk og omsorgsevne kombineres og føles på kroppen. Det er det kun de rusmisbrukende mødrene og barna selv som kan. Det hadde også

vært interessant å intervju ansatte i barnevernet om deres opplevelse av samarbeidet med rusinstitusjonene, og slik sett om andre eller liknende funn framkom. Det interessante funnet vedrørende at behandlere kanskje har en litt høyere terskel for hva de anser som forsvarlig for et barn å leve med, enn det barnevernet gjør, ville også vært av stor verdi å studere videre. Her ville det trolig vært relevant å spørre barnevernet om deres syn på saken, og slik fått et mer helhetlig bilde av situasjonen. Det er imidlertid viktig å fremheve nyansene i denne såkalte høyere terskelen, og påpeke at behandlerne ved rusinstitusjonene retter sitt fokus mot barnet og ivaretar det etter lovens formulering.

7. Litteraturliste

- Aasland, M. W. (2014). *Si det til noen. En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. og Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Arefjord, N. og Karterud, S. (2011). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I Lossius, K. (red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (1. utg.), s. 193-220. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barnevernloven (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Boris, N. (2009). Parental Substance Abuse. I Zeanah, C. H. (red.), *Handbook of Infant Mental Health*, s. 171-179. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Brandt, A. E. og Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum. Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. (1. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Bøckmann, K. og Kjellevoid, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christoffersen, M. N. & Soothill, K. (2003). The long term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Substance Abuse Treatment*, 25, s. 107-116. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629993>
- Copello, A., Velleman, R. & Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, s. 369-385. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16234133>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Everett, E. L. og Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Folkehelseinstituttet (2018) *Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-rusmiddelproblemer--en-kortfattet-historisk-oversikt/>
- Gervai, J. (2009). Environmental and genetic influences on early attachment. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 25, s. 1-12. Hentet fra: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-3-25>
- Glavin, K., og Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. 4.utg. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Hansen, F. A. (1990). Rusmisbruk i et familieperspektiv; hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 27, nr. 10, s. 737-758. Hentet fra: <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/07/Rusmisbruk-i-et-familieperspektiv.pdf>
- Hansen, F. A. (2008). Feige hjelpere og glemte barn – rus og familieliv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 45, nr. 10, s. 1266-1267. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2008/10/feige-hjelpere-og-glemte-barn-rus-og-familieliv?redirected=1>
- Hansen, F. A. (2012). *Familieorientert rusmiddelbehandling. Hvordan inkludere familien i behandlingen. Hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov*. Skien: Blå Kors Forlag.
- Hansen, F. A. (2017). Barn med rusmiddelmisbrukene foreldre. I Kvarme, L. G. (red.). *Sårbare skolebarn. Trivsel og helse for barn med psykososiale utfordringer* (s. 149 – 169). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv I5-5/2010). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>
- Helsedirektoratet (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Nasjonal faglig retningslinje. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-avrusmiddelproblemer-og-avhengighet>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørende)*. (Ot.prp. nr. 84, 2008-2009). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-84-2008-2009-/id560342/>
- Holm, H. E. (2009). Barn i rusfamilier – med rett til å bli sett! *Rusfag, 1*, s. 41-48. Hentet fra: <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag12009-barn-i-rusfamilier.pdf>
- Jacobsen, I. D. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi – et essay i vitenskapsteori. Norsk Forening For Musikkterapi, *Musikkterapi 2*. Hentet fra: <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>
- Johnsen, H. (2013). *Vekst i det vanskelige: utsatte barns liv og fortellinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Killén, K. (2010). *Sveket II. Ansvar og (be)handling* (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. og Olofsson, M. (red.). (2003). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Klette, T. (2007). Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner. *NOVA Rapport 17/07*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra: http://www.nova.no/asset/2721/1/2721_1.pdf
- Kufås, E., Faugli, A. og Weimand, B. (2015). *Barn og ungdommer som har foreldre med rusmiddelproblemer – En kvalitativ levekårsstudie. «Når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet...»*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvello, Ø. (2008). *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lander, L., Howsare, J. og Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Soc Work Public Health*, 28, (3-4), s. 194-205. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731414>
- Langballe, Å., Gamst, K. T. og Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige samtalen. Barneperspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse*. NKVTS. Rapport 2.
- Langergaard L. L., Rasmussen, S. B. og Sørensen, A. (2006). *Viden, videnskap og virkelighed* (1. utg.). Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. & Arner, O. (1997). A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment, method and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, s. 43-63. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/145861269701401S01>
- Lindgaard, H. (2006). *Familieorientert alkoholbehandling. Et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Lindgaard, H. (2008). *Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Lossius, K. (red.) (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mohaupt, H. og Duckert, F. (2010). Barn av rusmisbrukere – drøfting av sentrale risikofaktorer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 47, nr. 5, s. 408 – 414. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/05/barn-av-rusmisbrukere-drofting-av-sentrale-risikofaktorer>

- Molitor A. og Mayes, L. C. (2010). Problematic dyadic interaction among toddlers and their polydrug-cocaine-using mothers. *Infant Mental Health Journal*, 31, s. 121-140. Hentet fra: <https://europepmc.org/abstract/med/28543327>
- Myhrvold, T., Møller, G., Zeiner, H., Vardheim, I., Helgesen, M., og Kinge, T. (2011). Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet. NIBR-rapport, 25. Oslo: NIBR. Hentet fra: <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2011-25.pdf>
- Neger, E. N. & Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 39, s. 71-82. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25939033>
- NOU 2000: 12. (2000). *Barnevernet i Norge – Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo: Barne- og familiedepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-12/id117351/>
- NOU 2009: 22. (2009). *Det du gjør, gjør det helt – Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-22/id587673/>
- Ordway, M.R., Sadler, L. S., Dixon, J. & Slade, A. (2014). Parental reflective functioning: analysis and promotion of the concept for paediatric nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 23, s. 3490-3500. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24750548>
- Pajulo, M., Pykkönen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., Punamäki, R. L. og Suchman, N. (2012). Substance-Abusing Mothers In Residential Treatment With Their Babies: Importance Of Pre- And Postnatal Maternal Reflective Functioning. *Infant Mental Health*, 33 (1), s. 70-81. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22899872>
- Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, s. 240-255. Hentet fra: https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/09/TraumaLoss_BDP_Final_7_09.pdf
- Raundalen, M. og Schultz, J-H. (2008). *Kan vi snakke med barn om alt?* (1. utg.) Paperback.

- Rimehaug, T., Børstad, J. M., Helmersberg, I. og Wold, J. E. (2006). De «usynlige» barna. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, nr. 126, s. 1493-1494. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2006/05/kronikk/de-usynlige-barna>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (4. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruch, G., Winter, K., Cree, V., Hallett, S. Morrison, F. & Hadfield, M. (2016). Making meaningful connections: using insight from social pedagogy in statutory child and family social work practice. I *Child and Family Social Work*. (22), s. 1015-1023. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cfs.12321>
- Ruud, T., Faugli, A., Hellmann, A. Birkeland, B., Katrine Kallander, E., Kufås, E., Løvås, M., Christensen Peck, G., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E., Weimand, B., Amlund Hagen, K., Hilsen, M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Helsedirektoratet Rapport.
- Selbekk, A. S. (2016). Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families' involvement in alcohol and other drug treatment. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Stavanger).
- Selbekk, A. S. og Sagvaag, H. (2016). Troubled families and individualised solutions: An institutional analysis of family involvement in alcohol and other drug treatment. *Sociology of Health and Illness*, Volume 38, 7, s. 1058-1073.
- Shulman, L. (2013). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Day*, 7, 3, s. 269-281. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16210239>
- Smith, J.A., Flowers, P. og Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Solbakken, B. H., Lauritzen, G. og Lund, M. K. Ø. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldrene som er i behandling for rusmiddelproblemer*. Oslo: Sirus.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton & Company, New York.
- Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., Legow, N. & Mayes, L. (2008). The Mothers and toddlers program. Preliminary findings from an attachment-based parenting intervention for substance-abusing mothers. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 499–517. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802496/>
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Söderström, K. (2012). Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child & Family Social Work*. 17(4), s. 458-467. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2206.2011.00803.x>
- Söderström, K., & Skårderud, F. (2009). Minding the baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Psychology*, 61(3), 47-65. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.47>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. (1 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, F. A. og Rognmo, A. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (Folkehelseinstituttet 2011:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Tronick, E. Z., Messinger, D. S., Weinberg, M. K., Lester, B. M., LaGasse, L. og Seifer, R. (2005). Cocaine exposure is associated with subtle compromises of infants' and mothers' social-emotional behaviour and dyadic features of their interaction in the face-to-face still-face paradigm. *Developmental Psychology*, 41, s. 711-722. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16173869>
- Tjora, A. (2010). *Fra nysgjerrighet til innsikt. Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Trondheim: Sosiologisk forlag.

- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trulsson, K. (2003). *Konturer av ett kvinnligt fält. Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Socialhögskolan.
- Wiig, E. M. (2018). *Rusavhengige mødre oppvokst i familier med rusproblemer – en kvalitativ studie av generasjonsoverføring av avhengighet* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra: <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2018/10/Eli-Marie-Wiig-doktorgrad-2018.pdf>
- Woldstad, I. (2009). Hva kan rusbehandlere gjøre for barna til sine pasienter? *Rusfag*, 1, s. 19-25. Hentet fra: <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag1-2009birus.pdf>
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (red.), *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Zucker, R.A., Donovan, J.E., Masten, A.S., Mattson, M.E. & Moss, H.B. (2008). Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*, 121, 252–271. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18381493>
- Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I Ødegård, A., og Willumsen, E. (2016) (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

Mitt navn er Hannah B. Eriksen og jeg tar en Mastergrad i barnevern ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, i Trondheim. For tiden skriver jeg en masteroppgave som omhandler rusavhengighet hos kvinner og omsorg for barn. Jeg ønsker derfor å intervju fagpersoner på feltet som arbeider ved ulike behandlingsinstitusjoner for denne samfunnsgruppen. Dette er et spørsmål til deg om å delta i mitt masterprosjekt. I det følgende gir jeg informasjon om prosjektet samt hva deltakelse vil innebære for deg.

Masteroppgavens arbeidstittel er: *Rusmisbruk hos kvinner og omsorg for barn – når mor velger rusen fremfor barnet*. Formålet med masterprosjektet er å tilegne større innsikt i hvordan det er å være mor og rusavhengig, samt utforske fagpersoners kunnskap om og forståelse av hvordan barn som vokser opp i et rusbelastet hjem lever, med fokus på eventuelle tilknytningsvansker som følge av rus hos mor. Masterprosjektet vil forhåpentligvis bidra til mer kunnskap på dette fagfeltet, samt øke bevisstheten rundt barn som rusens usynlige ofre.

Jeg ønsker å foreta en kvalitativ undersøkelse med fagpersoner som informanter. Formen for undersøkelse vil være intervju, og jeg vil ta utgangspunkt i en intervjuguide hvor jeg stiller åpne spørsmål om det presenterte tema. Intervjuet vil ha en varighet på ca. én time, og jeg håper at det kan gjennomføres på deres arbeidsplass. Dersom du som informant godkjenner, ønsker jeg å ta opptak av intervjuet med båndopptaker slik at jeg i større grad kan være deltakende i samtalen. All informasjon som kommer til uttrykk under intervjuet vil være konfidensielt, og alle opplysninger vil bli anonymisert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den endelige masteroppgaven.

Din identitet ivaretas gjennom koblingsnøkler som lagres adskilt fra øvrige data, og det er kun min veileder og jeg som vil behandle datamaterialet. Opplysningene som fremkommer under intervjuet vil kun benyttes i masteroppgaven, og lydopptaket vil bli slettet ved planlagt prosjektslutt i juni 2019. Du har rett til innsyn i materialet fra ditt intervju, og vil få muligheten til å gjennomføre sitatsjekk med eventuell retting og sletting.

Det er frivillig å delta på dette masterprosjektet, og du kan når som helst trekke deg som informant. Dette være seg både mens intervjuet pågår og i etterkant av intervjuet. Du behøver ikke å oppgi årsak til hvorfor du ønsker å trekke deg som informant. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke lenger vil eller har mulighet til å delta, eller ønsker å trekke deg før prosjektslutt. Dersom du har spørsmål vedrørende masterprosjektet, ta gjerne kontakt med meg på tlf.: xx xx xx xx, eller på e-post: anonym@hotmail.com

Min veileder for masteroppgaven er Anita Skårstad Storhaug. Hun er førsteamanuensis ved Institutt for sosialt arbeid ved NTNU, og kan kontaktes på tlf.: 73 41 23 64 eller på e-post: anita.s.storhaug@ntnu.no dersom det skulle være ønskelig.

Thomas Helgesen er personvernombud ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU. Han kan kontaktes på tlf.: 93 07 90 38, eller på e-post: thomas.helgesen@ntnu.no

Studiet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Deres kontaktopplysninger er: tlf.: 55 58 21 17, og e-post: personverntjenester@nsd.no.

Du har rett til å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Med vennlig hilsen Hannah B. Eriksen

Vedlegg 2 – Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masterprosjektet *Rusmisbruk hos kvinner og omsorg for barn – når mor velger rusen framfor barnet*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg kan når som helst trekke mitt samtykke uten nærmere begrunnelse.

Jeg samtykker til å delta på intervju med båndopptaker, samt at min informasjon om tema behandles fram til prosjektets planlagte avslutning i juni 2019.

Signatur prosjektdeltaker: _____

Dato og sted: _____

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide

Rusmisbruk og morsrollen

1. Hvilke konsekvenser kan rusmisbruk ha for morsrollen?
Hvordan påvirker disse konsekvensene barnet?
2. I hvor stor grad klarer rusmisbrukende mødre å fungere i morsrollen?
Takler noen foreldreskapet bedre enn andre?
3. Hva er det eventuelt som gjør at noen rusmisbrukende mødre kan fungere greit i morsrollen?
4. Hva er de største utfordringene med å være en god omsorgsperson som rusmisbruker?
Hvilke utfordringer står rusmisbrukende mødre overfor i hverdagen med tanke på å gi barnet trygge oppvekstvillkår?
5. Hvordan tematiseres rollen som forelder i samhandlingen med mødrene?

Fokus på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre

1. Hvilket fokus har du/dere på barnet i behandling av rusmisbrukende mødre?
2. Hvilken oppfølging får barnet når mor er i behandling for rusmisbruk?
3. Hvilke behov for hjelp og støtte oppfatter du/dere at et barn med en rusmisbrukende mor har?
4. Hva er dine/deres tanker og erfaringer om hvordan et barn som bor sammen med en rusmisbrukende mor har det i hverdagen?
Hvordan er dette barnet sin omsorgssituasjon?

Tilknytning og desorganisert tilknytning

1. Hvordan erfarer du/dere at barnets tilknytning utvikles og påvirkes av å ha en rusmisbrukende mor?
2. Finnes en sammenheng mellom desorganisert tilknytning hos barn og rusmisbruk hos mor?
3. Hvilke belastninger kan rusmisbruket ha på tilknytningsprosessen?

«God nok» omsorg

1. Hva betrakter du/dere som «god nok» omsorg for et barn?
Hvilken forståelse har rusmisbrukende mødre av hva det innebærer å være en «god nok» mor?
2. Når oppfatter eller erfarer du/dere at omsorgen fra mor ikke er «god nok», og omsorgsovertakelse bør vurderes fra barneverntjenesten?
3. Hvordan opplever du/dere samarbeidet med barneverntjenesten i disse tilfellene?
4. Hvilken rolle får du/dere når bekymring er meldt til barneverntjenesten?

Avsluttende kommentarer

1. Er det noe du ønsker å tilføye eller vil få fram som jeg ikke har spurt deg om?
2. Har du noen spørsmål, enten til intervjuet eller selve masterprosjektet?
3. Hvordan synes du det var å delta i intervjuet?
4. Har du noen tips til videre teori eller andre personer jeg burde/kan kontakte?

Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Rusavhengighet og omsorg for barn - når mor velger rusen framfor barnet

Referansenummer

441436

Registrert

22.10.2018 av Hannah B. Eriksen - xxxxxxx@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosialt arbeid

Prosjektansvarlig

Anita Skårstad Storhaug, anita.s.storhaug@ntnu.no, tlf: 73412364

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Student

Hannah B. Eriksen, anonym@hotmail.com, tlf: xx xx xx xx

Prosjektperiode

03.09.2018 – 03.06. 2019

Status

05.01.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

05.01.2019 - 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 05.01.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 03.06.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), 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.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 5 – Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), ny sluttdato

Vurdering (2)

01.07.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 27.06.2019.

Vi har nå registrert 31.10.2019 som ny sluttdato for forskningsperioden. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen. Vår vurdering forutsetter at vilkårene i opprinnelig vurdering er etterfulgt.

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

