

Andrea Lucie Gjemse

## «En knallhard balansegang»

En kvalitativ studie om psykisk helsearbeidere i kommunen sine opplevde muligheter for å ivareta barn som pårørende i oppfølgingen av foreldre med psykiske lidelser

Masteroppgave i Psykisk helse

Veileder: Heidi Hjelmeland

Mai 2021



Andrea Lucie Gjemse

## «En knallhard balansegang»

En kvalitativ studie om psykisk helsearbeidere i kommunen sine opplevde muligheter for å ivareta barn som pårørende i oppfølgingen av foreldre med psykiske lidelser

Masteroppgave i Psykisk helse  
Veileder: Heidi Hjelmeland  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

## **Hensikt:**

Å undersøke hvordan ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste gjennom oppfølging av foreldre med psykiske lidelser opplever mulighetene for å ivareta barns informasjon- og oppfølgingsbehov.

## **Metode:**

Studien undersøkte gjennom semistrukturerte intervjuer hvordan ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste opplevde arbeidet med barn som pårørende. Dataene er analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering.

## **Resultat:**

Informantene synliggjør utfordringer i implementering av ivaretagelsen av barn som pårørende. Det knyttes til en opplevelse av barn som et sårbart tema, konflikt knyttet til den behandlende rollen de har for foreldrene, kompetanse og organiseringen av tjenestene.

## **Konklusjon:**

Studien indikerer at psykisk helsearbeidere har behov for økt kompetanse og tydeligere organisatoriske føringer for å få integrert barneperspektivet i rollen som behandler for foreldre med psykiske lidelser.

# Abstract

**Purpose:**

To investigate how employees in municipal mental health services experience the opportunity to take care of children's need of information and follow-up, through their follow-up of parents with mental disorders.

**Method:**

Through semi-structured interviews the study examined how employees in the municipal mental health service experienced their work with children as next of kin. The data is analyzed using systematic text condensation.

**Result:**

The informants highlight challenges in implementing the care of children as next of kin. This is linked to an experience of children being a vulnerable topic, conflict due to the treating role they have for the parents, and the competence and organization of the services.

**Conclusion:**

The study indicates that mental health workers need increased competence and clearer organizational guidelines to integrate children's perspective into their role towards the treatment of parents with mental disorders.

# Forord

I ungdomsårene leste jeg en tittel på omslaget av en bok skrevet av Kari Killen: «Barndommen varer i generasjoner». Dette var en tittel som festet seg hos meg og har bidratt til at jeg etter hvert har undret meg og stilt spørsmål ved hvorfor det er slik, og om det trenger å være slik. Studien har gitt meg mulighet til å fordype meg i et aspekt av dette gjennom intervju med psykisk helsearbeidere i kommunen som i sin arbeidshverdag møter foreldre med psykiske lidelser og som har ansvar også for å ivareta barn som pårørende. Gjennom dypdykk i intervjuer og teori har jeg søkt forståelse.

Det har vært en lang prosess, for underveis skjer livet. Samtidig gir tiden kunnskap muligheten til å modnes. Jeg er takknemlig for å ha fått denne muligheten til å fordype meg i et tema jeg brenner for.

En stor takk til informantene som ga meg tillit og innsikt. Takk til instituttet og medstudenter som har bidratt til kunnskap, trivsel og støtte i studieløpet og helt inn til «mål», og Heidi Hjelmeland, min veileder, som med sine konkrete tilbakemeldinger har holdt meg på «stien». Takk til mine kollegaer som har bidratt til at jeg fikk oppleve mestring både på jobb og som student. Takk til Trond Aasan for hjelp med det tekniske, Anne Nelly Gilsåmo som har hjulpet meg med Abstract og til Nina Fredriksen som leste korrektur. Ikke minst takk til familie og venner som har heiet på meg gjennom hele prosessen.

Sist, men størst: Takk til Felipe og Vida Mathilde som har vært så tålmodige, som har greid å hente fram det positive i en tilværelse hvor mye har blitt satt på vent. Min kjære pappa, uten deg hadde dette ikke vært mulig.

# Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Formål og problemstilling .....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.3	Avgrensing og presisering .....	2
1.4	Politiske føringer .....	3
1.5	Oppsummering .....	4
2	Empiri .....	5
2.1	Foreldre med psykiske lidelser .....	5
2.2	Barn av foreldre med psykiske lidelser .....	6
2.3	Status på arbeidet med barn som pårørende .....	6
2.4	Faktorer som hindrer arbeidet med barn som pårørende .....	7
3	Teori .....	9
3.1	Systemteori.....	9
3.2	Rolleteori .....	10
3.3	Rollen som psykisk helsearbeider .....	12
3.3.1	Verdigrunnlag knyttet til rollen som psykisk helsearbeider.....	13
4	Forskningsdesign og metode .....	15
4.1	Utvalg .....	15
4.2	Rekruttering av informanter .....	15
4.3	Gjennomføring av intervjuene.....	15
4.3.1	Transkribering .....	16
4.4	Analyse.....	16
4.4.1	Helhetsinntrykk.....	16
4.4.2	Meningsbærende enheter – fra tema til koder.....	17
4.4.3	Kondensering – fra kode til mening .....	17
4.4.4	Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper .....	17
4.5	Metoderefleksjon.....	18
4.5.1	Forforståelse .....	18
4.5.2	Etikk og personvern.....	18
4.5.3	Validitet .....	19
5	Funn og diskusjon .....	20
5.1	Indirekte rolle i ivaretagelsen av barn som pårørende .....	20
5.1.1	«Min rolle er å støtte foreldrene» .....	20
5.1.2	«Vi er jo mennesker» .....	21
5.2	Sårbart tema .....	22



5.2.1	«Det tar lang tid å opparbeide tillit» .....	22
5.2.2	«Vi smertes gjennom våre barn» .....	23
5.2.3	«De kjenner på frykten» .....	24
5.3	«Knallhard balansegang» .....	25
5.3.1	«Man må innrømme sin menneskelighet».....	25
5.3.2	«Fra magefølelse til handling» .....	26
5.4	Barn som pårørende – Hvem sitt bord? .....	26
5.4.1	«Vi er en tjeneste for voksne» .....	26
5.4.2	«Kommunen har jo et ansvar for dem» .....	28
5.4.3	«Det må være etablert en pasientkontakt».....	29
6	Generell diskusjon .....	32
6.1	Tillit til organisasjonen som system - Perspektiver, kunnskap og holdninger ....	32
6.2	Helsepersonell -systemets representanter og forvaltere av den systemiske tilliten. ....	33
6.3	Balansen mellom tillit og mistillit.....	36
7	Konklusjon og avsluttende betraktninger .....	38
7.1	Konklusjon .....	38
7.2	Avsluttende betraktninger .....	38
7.2.1	Studiens overførbarhet .....	39
	Etterord.....	40
	Vedlegg .....	43

# 1 Innledning

## 1.1 Formål og problemstilling

Formålet med studien er å bidra til økt innsikt i hvordan psykisk helsearbeidere som jobber i kommunen opplever mulighetene for å identifisere og ivareta barns informasjon og oppfølgingsbehov.

Problemstilling/forskningsspørsmål:

*Hvordan opplever ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste som følger opp foreldre med psykiske lidelser mulighetene for å identifisere og ivareta barnas behov for informasjon og oppfølging?*

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Min erfaring og interesse danner bakgrunnen for denne forskningsoppgaven. Tema for oppgaven er ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste sine opplevde muligheter for å identifisere og ivareta informasjon og oppfølgingsbehov hos barn som pårørende.

Det er nå over 11 år siden ble det gjort lovendringer som forplikter helsepersonell til å identifisere og bidra til å ivareta barns behov for informasjon og oppfølging når foreldre mottar behandling (Helsedirektoratet, 2010). Formålet med lovbestemmelsene er å forebygge problemer hos barn og foreldre. Forskning peker i positiv retning, men konkluderer med at loven ikke er implementert i tilstrekkelig grad (Ose & Kaspersen, 2020; Ruud et al., 2015).

Forebygging er en viktig del av psykisk helsearbeid, og med kunnskapen om risikofaktorer for barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser vil det for mange barn være avgjørende for å utvikle god helse at de fanges opp tidlig (Departementene, 2017; Helsedirektoratet, 2010; Ruud et al., 2015; Torvik & Rognmo, 2011). Det er ikke voksenpsykiatriens oppgave å behandle barna. De er i utgangspunktet friske og oppgaven består i å forebygge at de utvikler egne problemer ved å samtale med dem om deres opplevelser, gi dem støtte og informasjon, samt en opplevelse av trygghet i en livssituasjon med en psykisk syk forelder (Osen et al., 2015). Ved behov skal det henvises til riktig instans. Målet med tiltak er å forebygge, påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser (Helsedirektoratet, 2010).

Ifølge folkehelseinstituttet lever 37,3% barn i Norge med en eller to foreldre med diagnostiserbar mild, moderat eller alvorlig psykisk lidelse. 23,1% barn har foreldre med en psykisk lidelse som går utover daglig fungering (Torvik & Rognmo, 2011). Barn har stor sannsynlighet for å påvirkes negativt av å vokse opp med foreldre med psykiske utfordringer (Ruud et al., 2015; Torvik & Rognmo, 2011). Barn av psykisk syke foreldre har opptil fem ganger større sannsynlighet for å trenge psykisk helsevern (Boal et al., 2007; Olfson et al., 2003 referert i van Doesum, 2015). Overføringsrisikoen av psykiske lidelser framstår som et sammensatt samspill av genetikk, nevrobiologiske faktorer og en rekke psykososiale risikofaktorer. Sistnevnte kan handle om foreldrenes atferd eller kontekstuelle belastninger knyttet til foreldrenes psykiske helse (Hosman et al., 2009).

Disse foreldrene og barna lever sin hverdag i sin hjemkommune. I st.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* ble kommunene gitt et tydeligere og mer helhetlig ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. I dag medfører også høyere andel avslag i spesialisthelsetjenesten økt press på kommunale tjenester (Ose & Kaspersen, 2020), samtidig vil mange mennesker med psykiske lidelser aldri komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten (Malt & Aslaksen, 2021; Schjødt et al., 2012). Den kommunale psykisk helsetjenesten vil møte hele spekteret av hjelpebehov som utgjør et bredt kunnskaps- og praksisfelt, samtidig som fagfeltet er relativt nytt og organiseringen fortsatt befinner seg i støpeskjeen (Schjødt et al., 2012). I spesialisthelsetjenesten er det pålagt å ha en definert rolle som barneansvarlig. Det er ikke pålagt med barneansvarlig i kommunene, og organiseringen varierer mellom kommunene (Ose & Kaspersen, 2020; Schjødt et al., 2012). Foreldre med psykiske lidelser må kunne forvente at deres rolle som foreldre blir identifisert og at en vurdering av deres barns situasjon er en del av rutinen i arbeidet med forelderen. I følge Halså (2008) er behandlere av foreldre i en nøkkelposisjon til å identifisere foreldre og barn med behov. Helsepersonell i kommunene har ofte større nærhet til familiene, og har i perioder tettere kontakt med og større ansvar for behandling av foreldrene enn spesialisthelsetjenesten. Dermed kan de få bedre innsikt i barnets situasjon, og lettere være i posisjon til å iverksette tiltak for barna som har behov (Haugland et al., 2012).

### 1.3 Avgrensning og presisering

Spesifisering av psykiske lidelser er ikke tatt i betraktning i denne studien. Definisjon av psykiske lidelser:

«Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Årsakene til psykiske lidelser er som regel sammensatte, og inkluderer ofte en kombinasjon av arv- og miljøfaktorer. Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som reduserer livskvaliteten. Psykiske lidelser medfører ofte endring i atferd, men ikke alltid» (Malt & Aslaksen, 2021).

I studien brukes begrepet kommunal psykisk helsetjeneste. Kommunene har ulikheter i størrelse, økonomiske og demografiske forhold. Det er i denne studien ikke tatt hensyn til de enkeltes kommuners organisering av tjenester.

Begrepet bruker/pasient/forelder/tjenestemottaker brukes synonymt i studien for mottakere av psykisk helsehjelp fra kommunal psykisk helsetjeneste som er foreldre til barn under 18 år.

Behandling brukes som en samlebetegnelse på bistanden som ytes brukeren fra den kommunale psykisk helsetjenesten.

I kommunens psykiske helsetjeneste jobber det mennesker med ulik yrkesbakgrunn. Begrepene helsepersonell/ansatte i psykisk helsetjeneste/tjenesteyter/behandler blir brukt synonymt i studien for alle som yter helsehjelp i tilknytning til psykisk sykdom i kommunen.

Barn som pårørende omhandler i denne studien alle mindreårige barn av foreldre med psykiske lidelser som er i kontakt med kommunal psykisk helsetjeneste.

Kulturelle forskjeller er ikke tatt i betraktning i denne studien.

Empirien består i hovedsak av norsk forskning da dette best representerer arbeidet slik det er organisert i Norge.

Systemnivå omfatter i studien organisasjoner, der fagutøverne og brukerrepresentantene blir sett på som en del av systemet.

Individnivå omfatter de aktørene som deltar i en slik samhandling: brukerne og de profesjonelle.

## 1.4 Politiske føringer

Helsepersonelloven §10a kom som et resultat av et økende fokus på barn som pårørende og kunnskap om den negative påvirkningen sykdom hos foreldre kan ha for barn. Formålet med lovbestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig og at foreldre og barn får bistand til å mestre situasjonen når foreldre opplever alvorlig sykdom. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre og «at barna skal forbli i sin rolle som barn og ikke påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner» (Helsedirektoratet, 2010, s. 4).

*§ 10 a Helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende.*

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet:

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) Innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) Bidra til at barnet og personer som har ansvar for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. (Helsedirektoratet, 2010, s. 3)

Når det er grunn til å tro at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, skal helse- og omsorgspersonell uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste. Barnets situasjon bør vurderes fortløpende, og personellet bør konferere med andre aktører når de er i tvil. Det er mulig å diskutere en sak anonymt med barnevernet eller helsestasjon. I små kommuner bør en i mange tilfeller rådføre seg med en nabokommune for å hindre brudd på taushetsplikten. (Helsedirektoratet, 2014, s. 17).

Avgjørende for vurderingen vil være om helsetilstanden til pasienten er slik at den får, eller man kan regne med at den får, vesentlige konsekvenser for nær familie generelt og barna til pasienten spesielt. Man må vurdere om foreldrenes helsetilstand er av en slik karakter at den kan medføre at barna bli usikre og sårbare, får mestringsproblemer eller opplever bekymring. (Helsedirektoratet, 2010, s. 5)

I rundskriv om Barn som Pårørende (Helsedirektoratet, 2010) står det at det skal være lav terskel for at helsepersonell skal igangsette undersøkelser om hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging. Videre står det at barn ikke trenger å utvise symptomer før lovens plikt gjør seg gjeldende. Tilbud om hjelp og råd skal også gis til de foreldre som fremstår som mestrende og i stand til å takle situasjonen. Dersom at det er på det rene at barnet har blitt ivaretatt og fått den informasjonen den trenger, vil det ikke være grunn for helsepersonellet til å følge opp saken (Helsedirektoratet, 2010, s. 5)

For at plikten skulle la seg gjennomføre ble det vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25, tredje ledd, som åpner for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell, når det er nødvendig for å ivareta barna, med samtykke fra forelderen (Helsedirektoratet, 2010). Her er familie, privat nettverk, helsestasjon, familiesenter, fastlege, BUP og/eller barnevern naturlige samarbeidspartnere. Helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer (Helsedirektoratet, 2014). Etter helsepersonelloven § 16 er virksomhetene pålagt å organisere og utarbeide rutiner og retningslinjer slik at helsepersonell er i stand til å rette seg etter lovpålagte plikter (Helsedirektoratet, 2010). Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukerens mål og behov og deres pårørende. Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begrepsforståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet (Helsedirektoratet, 2014).

I Departementenes *Mestre hele livet* (2017) står det om systematisk og målrettet arbeid for å fremme barn og unges psykiske helse ved tidlig innsats og lavterskeltilbud, da effekten av innsats er større jo tidligere vansker oppdages hos barn og unge og tiltak settes inn. Det lagt vekt på at riktig hjelp skal tilbys i riktig omfang på riktig nivå (Departementene, 2017). Folkehelsemeldinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) underbygger dette ved å tydeliggjøre et prinsipp om at en skal forebygge der en kan, og reparere der en må. Det er altså fokus på det forebyggende perspektivet med tanke på å utvikle sykdom. Samtidig vil unødvendig intervensjon kunne medføre en tilleggsbelastning (Kvillo, 2010).

Samtidig som helsepersonelloven §10a ble det også spesialisthelsetjenestelov §3-7 a om barneansvarligfunksjonen innført. Det innebærer en rolle i spesialisthelsetjenesten med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av foreldre med psykiske lidelser. Kommunene er ikke pålagt å ha barneansvarlig personell, men har likevel plikt til å ivareta barn og unge som pårørende på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten (Departementene, 2017).

Lovendringene medfører fokusendring og overgang fra et individperspektiv til et utvidet familieperspektiv. Som følge av lovendringen er det utviklet veiledere, bøker og kurs for å lette implementeringen av arbeidet med barn som pårørende. BarnsBeste er et nasjonalt kompetansesenternettverk for barn som pårørende, som med mandat fra helse- og omsorgsdepartementet, jobber med å utvikle og formidle kunnskap om barn som pårørende. De legger til rette for kunnskapsoverføring mellom fagmiljøer, etater, behandlingsnivåer, universiteter og høyskoler. BarnsBeste har en nettside som er en oppdatert informasjons- og kunnskapskilde (Osen et al., 2015).

## 1.5 Oppsummering

I kapitlet er det redegjort for bakgrunn for valg av tema og rammer for psykiske helsearbeidere i kommunen som anses som relevant for studien. Studien har som mål å undersøke hvordan psykisk helsearbeidere i kommunen som følger opp foreldre med psykiske lidelser opplever mulighetene til å identifisere og ivareta barnas behov for informasjon- og oppfølging.

## 2 Empiri

Søk etter tidligere forskning er i stor grad gjennomført med snøballmetoden hvor aktuell forskning ble søkt opp som følge av referanser i forskningsartikler i tillegg til søk i Oria og Google Scholar. Det er mest forskning på arbeidet i spesialisthelsetjenesten, men forskningen som presenteres anses som relevant for å forstå hvordan arbeidet med barn som pårørende oppleves av ansatte i den kommunale psykisk helsetjenesten.

### 2.1 Foreldre med psykiske lidelser

I følge Ose og Kaspersen (2020) som har kartlagt blant annet kompetanse og innhold i Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid kommer det fram til at det er 23% av foreldre med psykiske lidelser registrert gjennom BrukerPlan som har barn under 18 år. Tallene indikerer at mottakere med omsorg for, eller samvær med barn har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet for alle mottakere med psykiske helseproblemer. Samtidig ble 38% av mottakerne registrert med svært lav levekårsindeks.

Ruud et al. (2015) viser til at foreldre med psykiske lidelser sliter med å klandre seg selv og at de føler at alt er et slit. Det kan ha en sammenheng med mindre overskudd til å fylle rollene de har hatt. Mange foreldre har skyldfølelse for at sykdommen har negativ innvirkning på de som de bryr seg om eller skyldfølelse over å ha fått den sykdommen en har. Studien viser at foreldre bekymrer seg for fremtiden og hvordan det skal gå med barna. De føler på sorg og skam over å ikke strekke til eller å være en belastning for de nærmeste. Mødre med psykiske lidelser kan oppleve et dobbelt stigma ved at de frykter å bli stemplet som dårlige mødre i tillegg til fordømmene som knyttes til det å ha en psykisk lidelse (Halsa, 2008; Hjelmseth & Aune, 2018; Ruud et al., 2015). Samtidig kommer det fram at foreldrene tror at barnas livskvalitet er bedre enn det barna beskriver (Ruud et al., 2015).

I Biebel et al. (2004) vises det til at behandlingen av foreldre har større sannsynlighet for å være vellykket hvis deres foreldrerolle blir inkludert på bakgrunn av at bekymringer rundt deres evne til foreldreskap vil komme i konflikt med deres evne til tilfriskning (Lauritzen et al., 2015).

I et forebyggende aspekt må tjenesten fokusere på de positive determinantene som innvirker på barna og familien som styrking av foreldre-barnforholdet, styrking av sosial støtte og forbedret mental helse hos forelderen, mens det samtidig reduserer risikofaktorer for barnet og familien (Reupert et al., 2012). Halsa (2008) argumenterer i sin studie for at de må støttes i foreldrerollen, og ved liten evne må foreldrene støttes på det som fungerer. Når omsorgen anses ikke å være ivaretatt tilstrekkelig må helsepersonell bidra til å veilede foreldrene og barna til passende hjelpeordninger.

Foreldrene i studien til Ruud et al. (2015) ønsker tettere oppfølging av barnehage og skole, deretter kommer helsesøster og BUP. Likevel er det Barnevernet som er den instansen det henvises oftest til, noe som bekymrer mange foreldre.

Familier etterspør nærhet og forutsigbarhet, i form av en familiekontakt, som følger dem fra sykdom inntrer. Denne bør møte familien hjemme, kartlegge situasjonen, bli kjent med voksne og barn, ta helhetsansvar for behovene, ha ansvar for en familieplan,

koordinere hjelpetiltak og kunne kontaktes av alle i familien om nye behov oppstår. Brukerne har opplevd gjennomføringen av loven mindre støttende enn forventet (Ruud et al., 2015).

## 2.2 Barn av foreldre med psykiske lidelser

WHO hevder at god helse hos barn og unge ikke bare handler om fravær av sykdom. Det handler også om deres opplevelse av livskvalitet og velvære i hverdagen som kan være med på å styrke eller svekke deres opplevelse av stress (Ruud et al., 2015). En rekke faktorer hos barnet, foreldrene, i familien og samfunnet er av betydning for om barna utvikler problemer, og mange greier seg bra (Hosman et al., 2009). Livskvalitet og trivsel kan gi viktige mål som kan gi oss informasjon om hvordan barn og ungdom har det selv om de ikke har utviklet kliniske symptomer eller diagnoser.

Barn av psykisk syke foreldre rapporterer lavere livskvalitet enn normalbefolkningen. Barn og unge har behov for å snakke om sin situasjon, men mange får ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå sin forelders sykdom og konsekvenser av den. Barn av foreldre med psykiske lidelser opplever ofte stort ansvar knyttet til arbeidsoppgaver hjemme, og omsorg for søsken eller foreldre (Ruud et al., 2015).

## 2.3 Status på arbeidet med barn som pårørende

Det er bare rapporten av Ose og Kaspersen (2020) som rettes direkte mot arbeidet med barn som pårørende i kommunene. Funn fra studier opp imot spesialisthelsetjenesten er tatt med der hvor det anses å ha overførbarhet til eller relevans for den kommunale psykisk helsetjenesten.

Ifølge I studien *Barn som Pårørende -resultater fra en multisenterstudie* (Ruud et al., 2015) undersøkes i hvilken grad bestemmelsene i helselovgivningen om barn som pårørende er implementert, og faktorer som har betydning for dette. Den konkluderer med at kommunehelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. Konklusjonen i studien er at lovendringen (Helsedirektoratet, 2010) ikke i tilstrekkelig grad har ført til de planlagte endringene og at ytterligere tiltak er nødvendig, både organisatorisk, kunnskapsmessig, holdningsmessig og økonomisk (Ruud et al., 2015).

Kommunikasjonen om henvisning mellom helsepersonell og pasient er mangelfull og kan føre til uklarhet i den videre oppfølgingen. 1/3 av helsepersonell og foreldre er bekymret for barnet, men gjenspeiles ikke i personalets henvisningspraksis. Henvisninger fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helsetjenesten inneholder sjeldent informasjon om barna slik at de ikke skal bli glemt. Når barneansvarlige først henviser foreldrene til annen kommunal instans er det i hovedsak barnevernet som kontaktes, noe som bekreftes i Hjelmseth og Aune (2018), deretter BUP og helsesøster. Videre avdekker funn at helsepersonell i for stor grad hviler i troen på at «barnevernet er inne i saken». Studien kan vise til at helsepersonell utsetter å henviser barn inntil de oppdager alvorlig omsorgssvikt, som de er lovmessig forpliktet til å formidle til barnevernet. På bakgrunn av dette stilles det spørsmålstegn ved om helsepersonell unnviker ansvar for videre henvisning av barnet, generelt sett, men at det med så stor alvorlighetsgrad ikke kan la ansvaret passere. Dette kan gi grunn til å lure på om det kan være forholdsvis alvorlige situasjoner for barn på bakgrunn av dette som ikke blir tatt hånd om (Ruud et al., 2015). Veldig få henviser barn til tettere oppfølging fra barnehage eller skole som i det norske systemet er mest nærliggende. I studien stilles det derfor også spørsmål til om hvis barn i større grad opplevde støtte rundt seg i hverdagen ved at de basale tjenestene

i større grad var involvert i forebygging, ville ha hatt mindre behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten og at det ville kunne forhindre generasjonsoverføring med tanke på blant annet psykiske lidelser (Ruud et al., 2015).

Ose og Kaspersen (2020) sin rapport for SINTEF viser til økning i fokuset i arbeidet med barn som pårørende i kommunene. Det er økning på alle punkter. 86% av kommunene rapporterer at de har rutiner for å dokumentere barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. 71% av kommunene har rutiner for samhandling med andre instanser om barn som pårørende. 59% av kommunene svarer at de har tillagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel, familiesenter, familiekoordinator, personell i voksentjenestene eller lignende. 34% av kommunene svarer at de i stor, eller svært stor grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende i kommunen, de fleste svarte i noen grad. 65% av kommunene svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Det er ifølge Ose og Kaspersen (2020) en økning fra 58% i 2019 og flere av kommunene hadde planer om dette i 2020 enn i 2019. Når det gjelder tiltak/tjenester for barn som pårørende er det mange som nevner at dette tas hånd om av helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsesykepleier. Om lag halvparten av mottakere av psykisk helsehjelp som har barn er ikke i kontakt med barnevernet. Prosentandelen for om kommuner har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi har sunket fra 15% i 2018 til 8% i 2020 (Ose & Kaspersen, 2020).

## 2.4 Faktorer som hindrer arbeidet med barn som pårørende

I studien gjort av Hjelmseth og Aune (2018) kommer det blant annet fram at det er uklare rammer som hemmer arbeidet med barn som pårørende. Ifølge Ruud et al. (2015) ser det ut til å mangle, eller være utilstrekkelige systemer for identifisering og kartlegging, som kan føre til at barn og familier ikke får tilstrekkelig hjelp. Det kommer fram at informantene ved avdelinger i spesialisthelsetjenesten har en viss oversikt over kommunale tilbud, men har ingen kontakt eller noe samarbeid med disse hjelpetiltakene (Hjelmseth & Aune, 2018). Dette bekreftes i studien gjort av Ruud et al. (2015): «Det er mangelfullt utviklede kommunikasjons- og rapporteringssystemer for å ivareta tilbakemelding og oppfølging av hindringer med å implementere lovendringen». Det er derfor primært foreldrene som må ta initiativ til å kontakte andre hjelpeinstanser. Funnene i studien tilsier også at det sjeldent ble mer enn den ene spørre- og informasjonssamtalen, og at de mister oversikt over hvorvidt familien blir fulgt opp videre i kommunen (Hjelmseth & Aune, 2018). Mangel på rutiner knyttet til arbeidet er også funn i studien Lauritzen et al. (2015).

Det er funn som tilsier at det er barrierer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet, ved mangelfull kommunikasjon og samarbeid mellom ansatte og organisasjoner (Maybery & Reupert, 2009). Som følge av dette blir det sett på som avgjørende at politiske føringer er tydeliggjort med fokus på kartlegging, veiledere og protokoller for utførelse i praksis. Støtte fra avdelingsleder som også kan se på betydningen av arbeidsmengde (Maybery & Reupert, 2009). Det er ifølge Ruud et al. (2015) og Hjelmseth og Aune (2018) mangel på veiledning fra ledelse. Utfordringer knyttet til ledelsens manglende engasjement og motvilje til å gi tilstrekkelige ressurser for å identifisere og følge opp barna av pasientene gjaldt majoriteten av helsearbeiderne, noe som kan vise til utfordringer knyttet til holdninger på organisasjonsnivå (Lauritzen & Reedt, 2013).

I studien gjort av Hjelmseth og Aune (2018) opplevde alle informantene at foreldrene vegret seg for å snakke om hjemmesituasjonen, barna og foreldrerollen. Studien utført



av Lauritzen og Reedtz (2013) viser til at foreldrene ofte ikke forstår at deres psykiske helse kan ha innvirkning på barna eller at de opplever at foreldrene opplever en redsel for barnevernet (Hjelmseth & Aune, 2018). Frykt for barnevern bekreftes også i studier av Maybery og Reupert (2009), Ruud et al. (2015). Foreldres uvillighet til å involvere barna kan handle om at de er opptatt av egen lidelse i oppfølgingen eller at de mangler forståelse av påvirkningen deres lidelse kan ha for barna Maybery og Reupert (2009), Ruud et al. (2015). Funn i studien utført av Hjelmseth og Aune (2018) tilsier at dette hindrer informantene til å få formidlet videre hjelp til familien og at det blir vanskelig å vurdere hvilke tilfeller som er så alvorlige at de måtte sende bekymringsmelding til barnevernet. Det blir i samme studie beskrevet av informantene at de må bruke lang tid på å trygge forelderen og oppnå forståelse før forelderen åpnet seg og ønsket å drøfte situasjonen rundt barna og mulige hjelpetilbud.

Noen ansatte kan tenke at familiemedlemmer kan legge ekstra byrde på brukeren og forverre den psykiske lidelsen, og derfor nøler med å inkludere familieperspektivet i behandlingen (Maybery & Reupert, 2009). Killen (2009) skriver at overidentifisering med forelderen ofte oppstår spesielt hos mennesker i voksenpsykiatrien. Håp og ønske om å hjelpe kan føre til urealistiske forventninger til forelderens omsorgsevne og bagatellisering av faktiske problemer ved foreldreskapet (Osen et al., 2015).

I forskningen til Lauritzen et al. (2014) viser funnene at de fleste av informantene hadde positive holdninger til å støtte pasientene i deres foreldrerolle og å støtte deres barn, men at under halvparten faktisk identifiserte om deres pasienter hadde barn. I Lauritzen og Reedtz (2013) tilsier funnene en holdning om å ikke involvere seg i barna da det ikke anses som deres arbeidsområde. Samtidig møter helsepersonell som regel brukeren alene, utenfor brukerens normale kontekst, noe som kan medføre at barna blir oversett eller glemt (Osen et al., 2015).

Det vises til begrensninger knyttet til kunnskap om og evne til å jobbe med barn, med foreldre om deres rolle og med familien som helhet (Lauritzen & Reedtz, 2013; Maybery & Reupert, 2009) og at søkelys må endres fra å være individorientert til å bli familieorientert (Hjelmseth & Aune, 2018; Maybery & Reupert, 2009). Det knyttes usikkerhet til hvordan helsearbeidere skal kunne motivere og ta i bruk nye tiltak på dette området. Det argumenteres for at psykisk helsearbeidere bør utarbeide måter å jobbe støttende og ikke konfronterende eller straffende, samt bygge relasjoner basert på tillit og åpenhet og snakke tydelig om hindre som omhandler deling av informasjon og taushetsplikt (Lauritzen et al., 2014).

## 3 Teori

I dette kapitlet presenteres teorier som anses som relevante for å kunne besvare problemstillingen. Teorier skal omhandle og forklare fenomener, og ulike teorier kan være nødvendig for å forklare det samme eller belyse ulike nyanser av de samme dataene. Inspirert av Kant, uttalt av Skjervheim: «*Innsamling av data uten teori er blind, og en teori uten data er tom*» (Bjørkum, 2009). Jeg anså systemteori som aktuell når jeg valgte tema for studien. Rolleteori ble interessant å se nærmere på etter analyse av data og vil kunne belyse samhandlingen mellom delene i systemet. Deretter presenteres Carl Rogers teori om personorientert tilnærming.

### 3.1 Systemteori

I systemteorien ser man hver aktør som en del av et sammenhengende system, i relasjon til en kontekst, med gjensidig avhengighet med tanke på kommunikasjon og handlingers påvirkning mellom systemene og på systemet som helhet. All kommunikasjon foregår innenfor et eller flere systemer og/eller mellom dem. Systemisk tenkning går ut på å forstå dynamikken i systemet. Et system utgjøres av helhetens interne dynamikk (Eide & Eide, 2017).

Organisasjonen, helsetjenesten, som et system utvikler seg for eksempel når innholdet eller tilbudene i tjenestene endrer seg. Når nye rutiner skal på plass så må man samhandle og kommunisere på nye måter. Dette kan utløse motkrefter ved at delsystemer trues under denne endringen (Eide & Eide, 2017).

Ved å se på psykisk helsearbeider- og brukerrelasjonen som et system så kan man tenke at hvis den ene forandrer seg, så vil dette ha innvirkning på den andre. Hvis den andre blir med i endringen skjer det en utvikling i systemet. Hvis den andre motsetter seg påvirkningen, vil den direkte, eller indirekte, forsøke å få den andre til å endre seg tilbake slik at systemet går tilbake til slik det var (Eide & Eide, 2017).

Helsepersonells kommunikasjon med bruker innebærer ofte en indirekte kommunikasjon med pasientens private kontekst. Den private konteksten, familien, kan betraktes som et eget system. Sykdom kan føre til at familien som system kommer i ubalanse. Samtidig er ikke familien et lukket system, men avhengig av sine omgivelser. Helsevesenet kan være en viktig del av disse omgivelsene. De ulike systemene er knyttet sammen i en større eller mindre grad av avhengighet. Helsearbeidere bør være oppmerksom på virkningene på det systemet eller de systemene brukeren tilhører, og systemenes virkning på brukeren (Eide & Eide, 2017).

Sosiologen Niklas Luhmann har utviklet ulike systemteorier. Han hevder at tillit er en mekanisme til reduksjon av sosial kompleksitet (Luhmann, 1999). Linell & Markova (2014) hevder at tillit og mistillit er grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon (Eide & Eide, 2017). Luhmanns analyse av personlig tillit, med begrepet selvframstilling kan ses på som en forlengelse av Goffmann (1992) sine analyser av hvordan mennesker opprettholder hverandres ansikt og samarbeider om opprettholdelsen av hverandres selvbilder. Personlig tillit er et spørsmål om selvframstilling mer enn handling, og dreier seg om den handlende framstår og oppleves som tillitsverdig i sin selvframstilling eller ikke. Uansett motiver for framstillingen, kan

man ikke unngå en vurdering ut fra tillitens synsvinkel og risikerer å bli møtt med mistillit eller misforståelse i forhold til sitt ideale selvilde. Luhmann (1999) hevder at den som handler etter ordre, eller gjør såkalte normale handlinger, oppnår ikke med dette tillitsverdighet, men den som derimot fremstiller seg selv med et potensiale for avvikende atferd kan oppnå tillit. Han beskriver personlig tillit som en gjensidig prosess mellom to partnere som starter med at den ene presterer tillit som en «*risikofylt forudytelse*» hvorpå den andre griper fatt i tilliten og bekrefter den. For både helsepersonell og pasient vil det å vise tillit innebære å gi fra seg makt, slippe kontroll og ta risiko. Ved å gjøre dette beveger man seg ut i noe ukjent som man ikke vet utfallet av. Tillit gir mulighet for hjelpe eller få hjelp, men gir samtidig den andre makt til å misbruke makten som ligger i en slik tillitsrelasjon (Eide & Eide, 2017). Luhmann (1999) hevder at tillit kun kan vinnes og opprettholdes i nåtid. Den systemiske tilliten er rammen rundt kommunikasjonen. Ved nye føringer, skal disse overføres til andre nivå som forutsetninger for endringer i praksis. Luhmann (1999) skriver: «*Opretholdelsen av differensen mellom system og omverden kræver omveje, der tager tid – i hvert fald for mere komplekse systemers vedkommende*». Han begrunner det med at ikke alle relasjoner mellom system og omverden en kan være punkt-til-punkt korrelasjoner. I dette tilfellet kan man tenke på det som tillit til helsevesenet som system og tiden det tar for systemet å oppfylle forventningene. Helsepersonellet er systemets representanter og forvaltere av den systemiske tilliten opp imot brukere av tjenesten (Eide & Eide, 2017).

Luhmann (1999) hevder at selv om det ikke nødvendigvis ligger en plikt i tilliten, så befinner man seg i en normativ sfære som gjør tillitsbrudd mindre akseptable.

## 3.2 Rolleteori

Et posisjonskart kan tegnes i alle sosiale systemer, men for å kunne for å kunne beskrive det sosiale liv innenfor og mellom systemene, selve samhandlingen, kan vi se på forventninger og handlinger de utløser (Martinussen, 1984). Erving Goffman utviklet teorien basert på «Teater-modellen» som ser samfunnet som bestående av roller med næranalyse av mennesker i samhandling (Goffmann, 1992). Rolle kommer fra det latinske ordet *rotula* som betyr liten rull og var noe som ble benyttet til å rulle skriftlige manus på. Ordet person (jfr. Personlighet) er avledet av *persona* som betyr maske, noe skuespillerne bar i antikkens drama for å skjule sitt indre fra andres kritiske blikk. Vi kan overføre tanken om teaterscenen som livet og menneskene som aktører i forskjellige roller med mer eller mindre ferdigskrevne manus. Rolleperspektivet springer ut fra samfunnsforskningen og kunnskap om mennesket som et sosialt vesen hvor begrepet sosial rolle er det som er mest benyttet. Teorier om roller viser til relasjonelle eller sosiale forhold som forklaring på menneskers adferd i større grad enn å se utelukkende på egenskaper ved den enkelte person. Det er interaksjonen og samhandlingen mellom mennesker som skaper adferd (Ekeland, 2014). Ulike definisjoner av *rolle*:

- «Summen av de forventninger som er rettet mot en person i en bestemt sosial posisjon. Personfaktoren er aldri <null>, men det vesentlige er den sosiale posisjonen personen er i og de oppgavene, funksjonene og forventningene som er knyttet til den.» (Ekeland, 2014)
- «... som det sett av forventninger vi møter fra omgivelsene i bestemte kontekster.» (Ytterhus, 2012)
- «Forventningene som knytter seg til en bestemt plass i et sosialt system.» (Martinussen, 2001)

Sosiale roller er aldri isolert, men skapes i relasjon med andre roller som det samhandles med. Summen av de ulike rollene et menneske innehar kalles individets «sosio» (Martinussen, 2001), eller rollerepertoar (Ekeland, 2014). Vi eksponerer ulike sider av oss selv i de ulike rollene og går alle inn og ut av situasjonsroller gjennom dagen (Ekeland, 2014). «Vi er i stor grad de vi er i kraft av vår samhandling med andre og hvordan de opptrer, og i kraft av de sosiale strukturene vi skaper sammen» (Ekeland, 2014). I samhandling uttrykkes rolleforventningene gjennom kommunikasjonen, ved sending og mottaking av normer. Normer er tilknyttet rollen og uttrykkes som skjulte forventninger om atferd som blir veiledende for hvordan individer skal handle i bestemte situasjoner eller posisjoner (Martinussen, 2001). De kan være universelle; knyttet til rollen, eller partikulære; knyttet til personen (Ekeland, 2014). Normene bidrar til å regulere og binde fellesskapet og skaper en vi-følelse som opprettholdes gjennom normativ solidaritet (Ekeland, 2014). Ifølge Martinussen (1984) består en sosial rolle av to typer normer. *Konstituerende* normer beskriver hvilke oppgaver som tilligger posisjonen og hvilke midler som kan brukes i løsningen av dem. *Strategiske* normer sier hvordan en rolleinnhaver best går fram for å fylle rollen og hvilke hensyn til samhandlingspartene det er fornuftig å ta. «De som samhandler har forventninger til hverandre om samhandlingen og forventninger til de andres forventninger til dem selv» (Martinussen, 2001). En god samhandling forutsetter at vi har lært det forventede adferdsrepertoaret, «manuset», knyttet til de ulike rollene (Ekeland, 2014).

Når vi trer inn i en sosial rolle, trer du inn i et *rollesett*. Den enkelte rolle i rollesettet har sitt eget *rollemønster*, som blir beskrevet av Martinussen (1984) som «Summen av de forventninger som sendes til innehaveren av en bestemt stilling, eller personene i en bestemt posisjon.» En rolleanalyse gir et bilde av *rollemønsteret*, med innehaveren av en rolle og de enkelte som forventer noe av den rollen som innehas, såkalte *rolleinteressenter*. For eksempel vil en psykisk helsearbeider i kommunen ha rolleinteressenter som blant annet overordnet, kolleger, spesialisthelsetjenesten, barnevern, helsestasjon, lov- og forskrifter, brukeren av tjenesten, pårørende. Rolleinteressentenes forventninger definerer rollen. Hvordan vi lever opp til forventninger i de roller vi innehar kalles *rolleatferden* (Martinussen, 2001).

For enhver rolle kan det være samsvar eller avvik mellom normer og atferd, mellom ideal og realitet. Martinussen (1984) peker på forholdet mellom personlighet og rolle med spørsmål om personer identifiserer seg med enkelte roller eller forholder seg distansert til dem og hvordan personer preges av sine roller når det gjelder selvoppfatning og handling (Martinussen, 2001).

*Komplementære roller* vil si roller som er gjensidig avhengige av hverandre, hvor den ene ikke eksisterer uten den andre (Ekeland, 2014). Psykisk helsearbeider og bruker er et eksempel på komplementære roller, i likhet med foreldre- og barnrelasjonen. I hjelperroller vil det være et spenningsforhold mellom nærhet og distanse, mellom makt og kontroll noe det forventes at man i denne rollen skal håndtere. Likevel kan belastningen til tider bli stor og konfliktskapende (Ekeland, 2014).

En *rollekonflikt* kan oppstå ved ulike forventninger knyttet til rollen eller mellom de ulike rollene et menneske innehar. Det er to typer rollekonflikter: interrollekonflikt eller intrarollekonflikt.

*Interrollekonflikt*, eller rollestress, kan oppstå når det er misforhold mellom to eller flere roller som innehas av samme person, eller mellom roller betjent av ulike personer. Når oppgaver knyttet til en funksjon går på bekostning av forventninger knyttet til en annen

funksjon, kan det oppstå en ubalanse som kan føre til en konflikt (Ekeland, 2014). Ved interrollekonflikt knyttet til ulike roller en person innehar kan man velge å prioritere mellom rollene, ved å gi opp en eller flere posisjoner, slå sammen rollene, eller holde normsendere atskilt (Martinussen, 2001).

Interrollekonflikt kan også oppstå i forholdet mellom komplementære rollepar ved ubalanse i avhengighetsforholdet mellom rolleinnhaverne.

Et annet eksempel er i ulike profesjonsgrupper hvor ulike arbeidsoppgaver skal koordineres. Ulik rolleforståelse i forhold til kollegaer og samarbeid rundt brukere kan gjøre samarbeidet vanskelig, men ikke direkte truende, slik som ved komplementære roller (Eide & Eide, 2017). I det moderne arbeidslivet er det en større vektlegging av mål og ansvar for å nå mål framfor detaljerte instruksjoner på hva og hvordan, noe som gir større selvstendighet til å utforme jobben. Organisasjoner kan gjerne unngå en streng rolledefinering fordi det gir større fleksibilitet med mål om at de ansatte tar ansvar i solidaritet med helheten og ikke bare ut ifra sin egen rolleforståelse. Ved uklar rolleavklaring på bakgrunn av uklar eller ulik oppfatning av hverandres forutsetninger og kompetanse, kan interrollekonflikt oppstå på to måter: Rollene kan *overlappe* hverandre, eller det kan bli for stor *avstand* mellom rollene. En slik overlapping av roller kan oppstå ved at menneskene i de ulike posisjonene opplever funksjonen som vesentlig for egen yrkesidentitet. Det kan ses på som en kvalitetssikring ved at det kan føre til at visse oppgaver ikke faller utenom og at det er flere om ansvaret, eller det kan føre til at posisjonene tramper i hverandres bed og det dermed oppstår en konflikt. Den andre varianten av en slik interrollekonflikt oppstår når det blir for stor avstand mellom rollene og det oppstår uklarhet om ansvar. I slike tilfeller kan det oppstå en samhandlingsdynamikk preget av at medarbeiderne blir mer opptatt av hva de ikke har ansvar for. I grupper uten avklart rollefordeling kan det utvikles en differensiering med tanke på forventninger knyttet til vår uformelle rolle Ekeland (2014). Martinussen (2001) hevder at slike konflikter sjeldent lar seg løse kun ved klarere forventninger og bedre kommunikasjon, men krever en endring i rolleinnhavernes verdier, eller i selve strukturen.

*Intrarollekonflikt*, eller rollesettkonflikt, oppstår med utgangspunkt i en bestemt rolle. Det kan for eksempel oppstå ved at rolleinteressentene har ulike forventninger knyttet til rollen, at summen av forventningene oppleves uoverkommelig, eller ved at rollen er uklart definert og oppleves forvirrende. Motsetninger i forventninger kan føre til krav om å velge side (Ekeland, 2014).

### 3.3 Rollen som psykisk helsearbeider

Rolle er altså et begrep om relasjoner, basert på gjensidige forventninger i forhold til andre. Rollebegrepet innebærer derfor en avhengighet i større eller mindre grad (Ekeland, 2014).

I rollen som psykisk helsearbeider møter man forventninger fra arbeidsgiver, kollegaer, fra pasienter deres pårørende og fra samfunnet og fra seg selv.

Mellom psykisk helsearbeider og bruker er det snakk om *komplementære rollepar* fordi rollene gjensidig definerer hverandre (Eide & Eide, 2017). Likevel er det en klar rollefordeling mellom personen som mottaker av omsorg og støtte og den profesjonelle. Ljungberg et al. (2015) hevder at denne relasjonen skiller seg fra andre relasjoner og muliggjør at relasjonen kan bli hjelpsom (Andersen, 2018). Maktforskjellen i det å ha

rollen som giver og rollen som mottaker vil aldri bli jevnbyrdig, og denne makten i rolleforskjellene bør aldri undervurderes (Eide & Eide, 2017). Yrkesrollen er en *ervert rolle* som er skaffet gjennom egen innsats, utdanning og kompetanse. Det er samtidig en *formell rolle* med posisjon og stilling i en gitt organisasjon (Ekeland, 2014) hvor man er underlagt juridiske standarder, yrkesetiske normer og verdier (Eide & Eide, 2017). Samtidig besitter vi *uformelle roller* knyttet til oss som personer (Ekeland, 2014). En yrkesrolle er et eksempel på en *stabil rolle*. I motsetning er bruker-rollen en *situasjonsrolle* som kan betraktes som en *tilskrevet rolle*, ved at det er egenskaper ved personen som ikke er valgt, som blir utgangspunkt for forventninger fra andre. Brukerrollen kan betraktes som en *uformell rolle* selv om det kan knyttes forventninger til rollen. Sykdom kan samtidig medføre endringer i personens rolle og funksjon i familien og i samfunnet.

Rollen som psykisk helsearbeider kan ses opp imot rolledimensjonene *Emosjonalitet, jeg-versus-andreorientering* og *universell-partikulær* dimensjon. Denne rollen har en høy grad av forventet emosjonalitet, fordi det ikke er mulig å hjelpe uten å ta brukerens perspektiv, og det er i stor grad brukerperspektivet som definerer rollen. Relasjonen skal være profesjonell og universell ved at handlingene som er en konsekvens av rollen skal være like uansett hvem man handler i forhold til (Eide & Eide, 2017; Ekeland, 2014), men fremheving av rollen (det universelle) kan ikke gå på bekostning av personen (det partikulære) som psykisk helsearbeider. Det universelle perspektivet kan også brukes i krevende roller for å distansere seg og balansere nærheten (Ekeland, 2014). Rollekravet kan med dette ikke ses på som spesifikt eller avgrenset, men i stor grad knyttet til skjønn. Dette krever en balansegang som kan føre til en innebygd konfliktdimensjon knyttet til rollen. «*Dette er en realitet og kan ikke løses, men håndteres med profesjonell bevissthet*» (Eide & Eide, 2017).

### 3.3.1 Verdigrunnlag knyttet til rollen som psykisk helsearbeider

Helsepersonells verdigrunnlag er basert på et formål om å fremme helse, forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Helsehjelpen skal baseres på barmhjertighet, omsorg og grunnleggende menneskerettigheter (Det internasjonale sykepleierforbundet, ICN, 2011 sitert i Eide & Eide, 2017). I helse- og sosialsektoren skal andres behov først og fremst definere rollen (Ekeland, 2014). I stedet for å ensidig fokusere på sykdomsfremkallende forhold, patogenesen, er arbeidet for å styrke helsen og motstandskraften mot de negative faktorene, *salutogenesen*, ansett som virkningsfull. Antonovsky (1987) hevder at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende, derav begrepet «sense of coherence» (Langeland, 2011). Begrepet er nært beslektet med opplevelse av trygg identitet, opplevelse av kontroll, og optimisme som er ansett som forhold som er viktige for mental helse hos voksne (Mæland, 2002). Den hjelpende relasjonen består av to dimensjoner: Den profesjonelle dimensjonen og den mellommenneskelige dimensjonen. Det understrekes at den profesjonelle dimensjonen og den menneskelige dimensjonen er sammenvevd og avhengig av hverandre og en forutsetning for en hjelpende relasjon i psykisk helsearbeid. Duncan et al., 2004; Duncan & Miller, 1999 og Wampold, 2001 viser til at den profesjonelle dimensjonen består i at en person blir mottaker av en tjeneste bestående av hjelp og støtte fra den profesjonelle som tilbyr dette, noe som muliggjør at relasjonen kan bli hjelpsom (Ekeland, 2014). Den mellommenneskelige dimensjonen består i møtet mellom to personer, hvor selve møtet kan være helende i seg selv (Andersen, 2018).

En av teoriene som har dannet grunnlaget for tilnærminger i psykisk helsearbeid er Carl Rogers' personorienterte tilnærming. Den er basert på et optimistisk menneskesyn hvor kjernen var å lytte til den andre som person, på personens egne premisser, uten å vurdere og dømme.

«Real communication occurs, and this evaluative tendency is avoided, when we listen with understanding.» (Rogers, 1961, s. 331)

Ifølge Rogers var terapeutens ekthet, ubetinget positiv tilnærmingsmåte og respekt, samt en betydelig grad av empati avgjørende for terapiens forløp. Han hevder at å møte personen med varme, toleranse og respekt bidrar til at personen kan hjelpes til å se seg selv på en ny måte. Ifølge Rogers er det først når helsepersonell lykkes i å overføre sin aksept, anerkjennelse og respekt til klienten, at virkelig kommunikasjon, forståelse og forandring kan oppstå. I begynnelsen av 2000-tallet fikk relasjonens betydning i behandling av mennesker med psykiske lidelser ytterligere fokus gjennom forskning. Resultatet er at brukernes stemme ble lagt til grunn for utviklingen av tjenestene da resultater viste til blant annet at relasjon til terapeut, altså den mellommenneskelige dimensjonen, er mer betydningsfull med tanke på bedring enn metode anvendt i terapien (Ekeland, 2014).

## 4 Forskningsdesign og metode

Kvalitativ forskningsmetode er best egnet til å forstå og få fram opplevelsen fra informantenes perspektiv gjennom erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Studien bygger på kvalitative forskningsintervju med semistrukturert intervjuguide. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er forskningsintervjuet en privilegert tilgang til menneskers grunnleggende opplevelser av livsverden. Med et utforskende og fleksibelt design søkte jeg forståelse framfor forklaring. Det ble utført to pilotintervju med en psykiatrisk sykepleier og en psykiatrisk vernepleier for å få praktisert og for å få et inntrykk av om spørsmålene i intervjuguiden fungerte.

### 4.1 Utvalg

Et strategisk utvalg av ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste som i sin arbeidshverdag følger opp foreldre med psykiske lidelser er aktuelle. I kvalitative studier er det ikke antall informanter eller data som er avgjørende, men informasjonsstyrken (Kvale & Brinkmann, 2015). Denzin, 2001a, s. 63 hevder at målet er å studere «*en forekomst som vitner om nærværet av et sett kulturelle forståelser som nettopp nå er tilgjengelig for medlemmene av en kultur*» (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var ønskelig med 6-8 informanter slik at det ble nok til å danne seg en forståelse av fenomenet i en kulturell kontekst, men ikke for mange til å kunne fordype seg tilstrekkelig i hvert enkelt intervju.

### 4.2 Rekruttering av informanter

Den første formelle forespørselen ble sendt til avdelingsleder for psykisk helse i en kommune i februar 2020. På grunn av pandemien ble prosjektet forsinket. I oktober 2020 fikk jeg bekreftet av avdelingsleder at jeg kunne rekruttere informanter fra avdelingen og ble gitt kontaktinformasjon til aktuelle informanter. En invitasjon til å delta, med informasjon om studien ble sendt til de ansatte ved avdelingene som var foreslått av avdelingslederne. Brevet inneholdt kontaktinformasjon som de inviterte benyttet ved interesse for å delta. To takket ja til å delta i prosjektet og en av slo da hun jobbet primært med personer med rusproblematikk. Jeg tok kontakt i en annen kommune hvor to av tre takket ja til å delta. Jeg tilbød meg å skaffe møterom for intervjuene, men informantene foreslo egne kontor på tidspunkt som passet dem.

På grunn av at det andre pilotintervjuet ble rikt på informasjon og at det ville styrke datainnsamlingen, ble det besluttet også å bruke dette intervjuet. Jeg satt til slutt med data fra fem informanter fra tre ulike kommuner. Alle kvinner med alder mellom 33 og 62 med en fartstid i kommunal psykisk helsetjeneste på mellom 10 til 25 år.

Alle informantene hadde helse- og sosialfaglig grunnutdanning på bachelornivå, med ulike videreutdanninger. De følger alle opp brukere med mild, moderat og alvorlige psykiske lidelser i sin arbeidshverdag.

### 4.3 Gjennomføring av intervjuene

Målet med intervjuene var å få belyst problemstillingen ved gå dypt inn i hvert enkelt intervju for å søke forståelse framfor å tilstrebe metning eller å presentere noe generelt



(Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet skulle bidra til at deltakerne fikk mulighet til å snakke mer åpent rundt temaene, og åpne for tema som ikke nødvendigvis var forberedt (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ga fleksibilitet ved at rekkefølgen på spørsmålene kunne bestemmes underveis. Et overordnet spørsmål knyttet til temaene *Informantens rolle i arbeidet med barn som pårørende, Å møte brukeren som forelder* og *Oppfølging* hadde som mål å åpne opp for at informantene fikk fortelle (vedlegg 2). Ved å få informantene til å snakke om opplevelser knyttet til de ulike temaene og å snakke om konkrete hendelser ble det mulig å få kjennskap til deres opplevde historie som kunne belyse problemstillingen. Det ga også gode muligheter for oppfølgingsspørsmål. Ved usikkerhet rundt hva informantene formidlet underveis i intervjuet tilstrebet jeg å forsikre meg om at jeg hadde forstått dem riktig. Jeg hadde forberedte nøkkelspørsmål som var mer direkte knyttet til problemstillingen som jeg brukte når jeg ønsket mer informasjon enn det som kom fram under hvert tema. Jeg tilstrebet å være åpen for informasjon som ikke var forventet, og for å kunne justere og tilpasse intervjuguiden underveis for å få hentet fram relevant informasjon (Schaufel, Nordrehaug et al., 2011 referert til i Malterud, 2011). Intervjuspørsmålene var knyttet til tema som rolle, samtale med pasienten som forelder, og samarbeid med andre yrkesgrupper.

Alle intervjuene foregikk på egnede rom uten forstyrrelser. Intervjuene varte fra 20 minutter til 45 minutter og ble tatt opp på lydfil etter informantens samtykke. Lydopptak gjorde det enklere å kunne ha oppmerksomt nærvær og komme med oppfølgingsspørsmål. Jeg benyttet prosjektlogg til å registrere ettertanker etter møtet med informantene slik at jeg kunne reflektere og dra lærdom og eventuelt justere kursen underveis (Malterud, 2011).

#### 4.3.1 Transkribering

Intervjuene ble transkribert ordrett rett etterpå. Tegnsetting ble brukt for å markere emosjonelle uttrykk. Da dialekt kan være en gjenkjennende faktor og for å gjøre dataene forståelig uavhengig av dialekt, ble intervjuene transkribert på bokmål. Jeg har vært lojal til de opprinnelige utsagnene til informantene. Uttrykk som ikke lot seg gjengi på bokmål fikk stå. Etter transkribering hadde jeg 30 sider med rådata.

### 4.4 Analyse

Malteruds systematiske tekstkondensering ble benyttet i analysen. Analyse av kvalitative data består i å stille spørsmål til materialet (Malterud, 2011).

De to første trinnene er fenomenologisk forankret og de to siste bruker tolkning og den hermeneutiske sirkel gjennom en analytisk vandring mellom helhet og del til ny forståelse utvikles. Analyseformen er deskriptiv og tverrgående og har fire trinn med dekontekstualisering og rekontekstualisering (Malterud, 2011).

#### 4.4.1 Helhetsinntrykk

*Trinn 1:* Ved å lese gjennom det transkriberte materialet ble det identifisert foreløpige tema knyttet til problemstillingen. Det transkriberte materialet ble lest gjennom en første gang for å danne et helhetlig bilde av materialet. Det ble jobbet aktivt for at forforståelse eller den teoretiske referanserammen ikke skulle prege inntrykket, i tråd med Malterud (2011). Materialet ble deretter lest gjennom flere ganger, mens jeg noterte stikkord som kunne belyse problemstillingen. Jeg satt igjen med stikkord som *støtte, råd og veiledning til foreldre, normalisering, tjeneste for voksne, barna ikke vårt område, kompetanse, uklart ansvarsområde, magesfølelse, samarbeid, barnevern, samtykke, sårbart tema, tillit*

og *balansegang*. Deretter ble inntrykket oppsummert og jeg satt igjen med noen foreløpige temaer. Disse temaene representerer kun et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet som mulige svar på problemstillingen (Malterud, 2011).

#### 4.4.2 Meningsbærende enheter – fra tema til koder

*Trinn 2:* Det ble søkt etter meningsbærende enheter i materialet under temaene som ble plukket ut i trinn 1, såkalt dekontekstualisering. Dette trinnet i analyseprosessen handler om å se nærmere på de foreløpige temaene, sortere det som oppleves som relevant knyttet til problemstillingen fra det som ikke er det. Materialet ble gått gjennom linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Disse ble fargekodet etter hvilken kodegruppene de falt under, og nummerert for å kunne gå tilbake til det intervjuet det tilhørte. De meningsbærende enhetene som kunne falt under flere kodegrupper ble markert med flere farger. Disse dannet grunnlaget for kodegruppene som vil representere ulike sider ved problemstillingen. Målet er å skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2011). Til slutt ble de gjennomgått på ny for å sikre validitet. Jeg ble bevisst på at jeg hadde låst meg litt til temaene i intervjuguiden og åpnet for å justere og utvikle kodegruppene. Koding-prosessen ble gått gjennom på nytt for å se på meningsbærende enheter etter justeringene. Så langt var de meningsbærende enhetene sortert under fire ulike kodegrupper: *Indirekte fokus*, *Sårbart tema*, *Relasjonen til bruker i fokus* og *Barn som pårørende -hvem sitt bord?* Materialet med tekst som ikke ble sett på som meningsbærende enheter ble lest gjennom på nytt for å kvalitetssikre det jeg vurderte som relevant og det jeg ikke vurderte som relevant.

#### 4.4.3 Kondensering – fra kode til mening

*Trinn 3:* De meningsbærende enhetene ble sammenfattet til kondensat, hvor tekstbitene ble gjenfortalt med fokus på å bruke deltakernes ord. Kondensering innebærer en systematisk gjennomgang av den kodede teksten. De meningsbærende enhetene under hver kodegruppe ble gjennomgått og delt opp i subgrupper under de ulike kodegruppene. De meningsbærende enhetene ble så omgjort til kondensat under hver subgruppe. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle undergruppen med utgangspunkt i informantens egne ord (Malterud, 2011). Jeg gikk derfor tilbake til transkripsjonene for best mulig å sikre informantens mening med uttalelsene og få synliggjort bakgrunnen for at subgruppen ble plassert under den aktuelle koden.

#### 4.4.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

*Trinn 4:* Materialet ble rekontekstualisert og kondensatene under hver kodegruppe og subgruppe ble sammenfattet til en analytisk tekst med sitater fra informantene for å illustrere funnene. Gullsitatene ble brukt som overskrifter på undertema. Den analytiske teksten gir fortellinger om oppgavens problemstilling. Den skal formidles lojalt i forhold til informantens fortellerstemmer (Malterud, 2011). For å vurdere om resultatet ga en gyldig beskrivelse av sammenhengen den var hentet ut fra, ble rådataene gjennomgått på nytt. Det viste seg at en av subgruppene heller falt under en annen kodegruppe og ble flyttet dit. Den analytiske teksten representerer funnene i denne studien.

## 4.5 Metoderefleksjon

Valg av metode medfører noen begrensninger. I dette kapitlet redegjøres det for sentrale problemstillinger og begrensninger som jeg har måttet ta hensyn til i forskningsprosessen.

### 4.5.1 Forforståelse

Forskerens rolle vil på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og resultatene (Malterud, 2011). Før datainnsamlingen er det viktig å ha identifisert forhold hos seg selv som kan påvirke inngangen til kunnskapen. Derfor har jeg forsøkt å forholde meg aktivt til egen forforståelse gjennom hele prosessen og synliggjør dette i tråd med Malterud (2011). Erfaringer fra yrkesliv og opplevelser godt tilbake i tid vil kunne prege min forforståelse. Å jobbe med den reflektsive holdningen blir derfor avgjørende for den vitenskapelige kvaliteten av analysen (Malterud, 1993 referert i Malterud, 2011).

Svarene er avhengige av spørsmålene som stilles (Malterud, 2011). Nøkkelspørsmål, oppfølgingsspørsmål og spørsmålsformulering krever bevissthet rundt hva jeg forventer å finne. Det ble bevisst stilt mest mulig åpne spørsmål for å få beskrivende svar. Under intervjuene sørget jeg for å få bekreftet/avkreftet utsagn hvor det er usikkerhet rundt betydningen av informantenes utsagn. I analysen kan det jeg mener er meningsbærende enheter og fortolkningen av dem påvirkes av min forforståelse. Jeg har derfor gått tilbake til rådata underveis i prosessen for å lete aktivt etter informasjon og tolkninger som kan være styrt av forforståelsen og som kan motbevise fortolkningen. Jeg har tilstrebet å innta en nysgjerrig og åpen holdning til datainnsamlingen og behandlingen av dem og være ansvarlig for selvstendig etisk vurdering under hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015).

### 4.5.2 Etikk og personvern

Jeg har lagt vekt på at informantene skal føle seg trygge og ikke presset eller invadert. Jeg er takknemlig og bevisst tilliten som blir gitt meg som forsker og ansvaret det medfølger med tanke på å skulle forvalte informasjonen som blir gitt.

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (vedlegg 3). Det ble sendt en formell forespørsel til avdelingsledere med positiv tilbakemelding. Prinsippet om informert samtykke ble ivaretatt ved at informantene fikk skriftlig informasjon om prosjektet før intervjuet (vedlegg 1). Det ble gjennomgått muntlig med muligheter til å stille spørsmål før de samtykket skriftlig til at data fra intervjuene brukes i masteroppgaven. Det ble tydelig formidlet muntlig og skriftlig at det er frivillig å delta i studien og at informantene kunne trekke seg fra studien inntil masteroppgaven er innsendt. Informantene samtykket til at intervjuene ble tatt opp på lydfil. Datamaterialet skal i tråd med retningslinjene fra NSD slettes ved prosjektets slutt.

Konfidensialiteten ble ivaretatt ved at samtykkeskjema ble holdt innelåst og adskilt fra datamaterialet. Lydfil ble oppbevart på kryptert minnepinne og transkribering til tekst foregikk uten internet-tilkobling. Navn på deltakerne og andre faktorer som kunne være gjenkjennende ble forandret på, men uten at det svekket påliteligheten av dataene. Det ble brukt fiktive navn knyttet til sitater i presentasjonen. Før intervjuet ble de minnet om taushetsplikt angående personer som omtales i intervjuet og ble bedt om at ingen omtales ved navn.

Deltakernes bidrag ble møtt med åpenhet, nysgjerrighet og som et betydningsfullt bidrag. Jeg var forberedt på at informantene kunne oppleve en lojalitetskonflikt ved

eventuelt å skulle dele informasjon om utfordringer knyttet til arbeidsforhold og kolleger. Barn og foreldreskap kan oppleves som et sensitivt tema og informantene som ønskes rekruttert jobber primært med voksne og kan føle at kompetansen angående dette temaet er begrenset. Derfor ble det stilt åpne spørsmål slik at informantene opplevde at de kunne snakke mer fritt uten å måtte svare på konfronterende spørsmål. Slik kan utfordringer rundt sensitive tema uttrykkes uten at informanten føler seg beklemt. Ved eventuelle oppfølgingsspørsmål var jeg bevisst på å innta en undrende og nysgjerrig holdning framfor å være konfronterende og oppleves preget av egen tolkning. Jeg har tilstrebet å være tro mot informantenes stemme gjennom analysen.

#### 4.5.3 Validitet

I kvalitativ forskning er ikke målet å gjøre studien etterprøvable, men å sørge for at det er tillit og pålitelighet til om funnene i forskningen er troverdige, såkalt reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er gitt en detaljert beskrivelse av analysen som synliggjør hvordan det er kommet fram til resultatene i studien. Dette har jeg tilstrebet ved å lytte gjentatte ganger i til lydopptak og gått tilbake til rådata for å se på sammenhengen dataene ble hentet ut fra. I transkripsjonen er pauser, tonefall og gjentakelser tatt i betraktning i tolkningen av det som ble sagt. I ettertid ser jeg at det ved noen uttalelser kunne ha forsikret meg oftere om at jeg hadde forstått informantene riktig. Temaene er illustrert med sitater, noe som styrker påliteligheten.

Validitet, eller gyldighet, i kvalitativ forskning består i å belyse hva funnene er sant om og i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). I kvalitativ forskning er funnene kontekstuelle, og derfor bare gyldige i den konteksten de ble undersøkt. Det er vurdert i hvilken grad metode, referanseramme og utvalg er egnet til å gi gyldige svar på problemstillingen og sørget for at det er redegjort for i en detaljert beskrivelse av analyseprosessen.

## 5 Funn og diskusjon

Gjennom analysen ble noen funn knyttet til informantenes opplevelse av mulighetene i arbeidet med barn som pårørende tydelige. Temaene som ble utviklet i analysen er *Indirekte rolle i ivaretagelsen av barn som pårørende*, *Vi smertes gjennom våre barn*, *Knallhard balansegang* og *Barns som pårørende -hvem sitt bord?* Funnene vil diskuteres fortløpende opp imot empiri. I neste kapittel vil funnene diskuteres mer i sammenheng.

### 5.1 Indirekte rolle i ivaretagelsen av barn som pårørende

Informantene formidler at de har en indirekte rolle med tanke på barna til foreldrene de følger opp gjennom å støtte og veilede foreldrene, samt bidra til å normalisere utfordringer knyttet til foreldrerollen. Det at foreldrene får hjelp med utfordringer knyttet til sin psykiske helse ses av informantene i sammenheng med foreldreskapet og barna. Funnene under temaet er delt inn og skildret i undertemaene «*Min rolle er å støtte foreldrene*» og «*Vi er jo mennesker*».

#### 5.1.1 «Min rolle er å støtte foreldrene»

Alle informantene formidler at deres rolle i ivaretagelsen av barn som pårørende kan oppleves indirekte gjennom å gi støtte, råd og veiledning til foreldrene som ønsker det som en del av behandlingsplanen. Ane: «*Jeg er samtalepartner eller behandler for forelderen, så min rolle opp imot barn som pårørende er indirekte, egentlig.*» Det forstås som at det i stor grad er brukerperspektivet som definerer rollen, men at det i tråd med lovgivningen (Helsedirektoratet, 2010) tilbys informasjon og veiledning til foreldrene. Alle informantene opplever at foreldrene er opptatt av barna skal ha det bra og at barna ofte er et tema i samtalene. Behovet for å snakke om barna sine er knyttet til opplevelsene foreldrene har med barna, både med fokus på det som er utfordrende og det som er fint og oppleves styrkende.

Gjennom kartleggingssamtalen med brukeren er det prosedyre for alle informantene å spørre om de har barn. Kari sier: «*Vi har jo måttet, eller blitt flinkere til å spørre om barna.*» Det tolkes som at lovgivningen (Helsedirektoratet, 2010) gjør at barna har fått et større fokus i behandlingen av foreldrene med tanke på kartleggingen. Dette bekreftes i forskning av Ose og Kaspersen (2020) hvor funnene tilsier at samtlige (86%) spør om barna i kartleggingssamtalen og at det er økning i fokuset i arbeidet med barn som pårørende. Siri opplever at prosedyren i kartleggingssamtalen formidler et mer helhetlig fokus: «*Jeg har fokus på deg, men jeg har også fokus på barna dine. For du er ikke bare du. Jeg håper at det blir mer og mer sånn.*» Det ytres med dette en positiv holdning til lovgivningen (Helsedirektoratet, 2010) og et ønske om et mer familiært fokus i oppfølgingen av foreldrene. Dette funnet samsvarer med funn i forskningen til Lauritzen et al. (2014) og Ruud et al. (2015) hvor de fleste av informantene hadde positive holdninger til å støtte pasientene i deres foreldrerolle og å støtte deres barn. Informantene oppmuntrer til at foreldrene snakker med sine barn om sin situasjon og de kan tilby samtale for partner av forelderen de følger opp. Kari sier: «*Der partner har behov for informasjon og utfordringer ved å være hustru eller mann, der kan vi*

*bidra.*» Dette er i tråd med lovgivningen om å bidra til å gi informasjon til annen omsorgsperson for barnet (Helsedirektoratet, 2010).

Fire av informantene trekker fram barna som viktig og at de har barna i tankene i oppfølgingen av foreldrene. Kari: *«Jeg tenker mye på barna til de her foreldrene.»* Ane: *«... for det er jo så viktig at barna har det bra!»* Ifølge (Ruud et al., 2015) er 1/3 av helsepersonell og foreldre er bekymret for barnet. Alle informantene sier at de vil reflektere sammen med foreldrene rundt barnas situasjon. Ane: *«Hvordan er det for barna og stå oppi det her? Snakke om at barna kanskje ser mer enn foreldrene tror da, at hvis de ikke har det bra så er det ikke sikkert at barna har det så bra heller. Da tror jeg at foreldrene skjønner mye mer av det.»* Det tolkes som at informantene ved å ta opp barnas situasjon kan oppleve at de har en mulighet til å skape en refleksjon hos foreldrene som kan bidra til at barnas situasjon kan styrkes gjennom foreldrenes refleksjoner. Det er i tråd med lovgivningen som tilsier at helsepersonell skal samtale med pasienten om barnets informasjonsbehov (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig er informantene opptatt av å formidle en bekreftende, empatisk og støttende holdning til forelderens. Ane: *«Hun er kjempeflink når hun har det bra, og prøver veldig selv.»* Siri: *«De ønsker jo bare barna sine godt.»* Dette forstås som at informantene har en grunntanke om at foreldrene er gode foreldre og formidler en bekreftende holdning i samtalene med fokus på forelderens ressurser og vilje til å ivareta barnet. Det kan tolkes som at informantene har fokus på de positive determinantene og styrking av sosial støtte og forbedring av forelderens psykiske helse, noe som kan redusere risikofaktorer for barnet og kan styrke foreldre- og barnforholdet. Dette blir framholdt som forebyggende i tråd med resultater i studien til Halså (2008) og Reupert et al. (2012). Halså (2008) argumenterer for at de må støttes i forelderrollen, og ved liten evne må foreldrene støttes på det som fungerer.

Alle informantene uttrykker et behov for å formidle tydelighet rundt det de opplever som egen rolle i relasjonen til forelderens. Det formidles av informantene at å opparbeide tillit står sterkt i relasjonen til brukeren. Ane: *«Åpenhet og ærlighet om hva som er vår rolle oppi det også, at det ikke er vi som skal vurdere om de skal ha barna. Og det tror jeg er viktig, for da tror jeg ikke at den tilliten har vært, eller relasjonen vår til de har blitt noe bra heller ... at jeg ikke skal være en som ... ja ...»* Det tolkes som en opplevelse av at temaet barn kan knyttes til vurdering av godt nok foreldreskap av foreldrene og at det derfor er et behov for å formidle en tydelighet rundt rollen som behandler for å skape tillit. Det kan samsvare med argumenter i studien til Lauritzen et al. (2014) om at psykisk helsearbeidere bør bygge en relasjon basert på tillit og å snakke tydelig om hindre som omhandler deling av informasjon og taushetsplikt.

### 5.1.2 «Vi er jo mennesker»

Tre av informantene opplever at de i samtalene bidrar til normalisering av utfordringene ved å være foreldre. Dette gjøres ved å relatere det til egne erfaringer og utfordringer som kommer med foreldreskap. Det tolkes som at informantene har stor grad av medmenneskelighet og empati og kan relatere seg til utfordringene og sende et budskap om at utfordringene nødvendigvis ikke trenger å ha sammenheng med forelderens sykdom eller kvaliteten på omsorgen. Alle informantene formidler en tydelig holdning om at psykisk sykdom ikke betyr at du er en dårlig forelder og har dette som utgangspunkt med tanke på foreldreskap. Siri: *«Det er jo ikke slik at om du er psykisk syk så er du ikke i stand til å ta vare på barna dine. Alle kan jo bli deprimerte og alle kan få angst. Så det er kanskje ikke nødvendig, heller.»* Med dette møtes foreldrene med et utgangspunkt og en holdning som kan styrke foreldrenes helse og opplevelse av mestring i

foreldrerollen ved at sykdommen i seg selv ikke gir grunn til å bekymre seg for barna. Det forstås som at det jobbes fra et salutogenetisk perspektiv ved å styrke motstandskraften mot de negative faktorene, for opplevelsen av trygg identitet, kontroll og optimisme i sin oppfølging av foreldrene (Langeland, 2011). Dette vil kunne bidra til å redusere risikofaktorer for barna og familien (Halsa, 2008; Reupert et al., 2012). Det jobbes også ut ifra at barn som pårørende i utgangspunktet er friske, i tråd med Osen et al. (2015). Brit: *«Det er jo noe med psykisk helse, det er så rart, for det er så tabu enda.»* Holdningen kan forstås som en bevisst motvekt til opplevelsen av at psykiske lidelser fortsatt er forbundet med et stigma. Kari: *«Vi er jo mennesker. Vi har med oss ting. Det å være bevisst det, og ikke lage seg et bilde basert på historien.»* Med dette formidles en holdning om å ikke være forutinntatt som behandler. Det kan tolkes som at informantene gjennom sitt menneskesyn har som hensikt å motvirke opplevelsen av dobbelt stigma og fordommer (Halsa, 2008; Hjelmseth & Aune, 2018; Ruud et al., 2015). Karis bruk av «vi» kan understøtte dette.

## 5.2 Sårbart tema

Alle informantene opplever at barna er et sårbart tema for foreldre med psykiske lidelser. Temaet er delt inn og skildret i undertemaene *Det tar lang tid å opparbeide tillit*, *Vi smertes gjennom våre barn* og *De kjenner på frykten*.

### 5.2.1 «Det tar lang tid å opparbeide tillit»

Tre av informantene formidler at det kan ta veldig lang tid å bygge en relasjon der foreldrene er trygge nok på dem til å i hele tatt snakke om barna sine. Brit: *«Og så tar det fryktelig lang tid for oss å få til en relasjon sånn at man blir trygg på hverandre og at foreldrene blir trygge på oss. Det kan ta enormt lang tid. Det har med tilliten å gjøre ... Det tar den tiden som trengs og det skjønner vi.»* Dette bekreftes i studien gjort av Hjelmseth og Aune (2018) hvor informantene formidler at de må bruke lang tid på å trygge forelderen og oppnå forståelse før forelderen åpnet seg og ønsket å drøfte situasjonen rundt barna og mulige hjelpetilbud. Det uttrykkes en forståelse på bakgrunn av informantenes kunnskap og medmenneskelighet. Det kan også ses i sammenheng med at psykiske lidelser kan påvirke tanker og følelser i negativ forstand (Malt & Aslaksen, 2021) og at det er forståelse for at det kan oppleves utfordrende for brukeren.

Alle informantene relaterer det til mange i brukergruppens erfaringer med tillitsbrudd gjennom livet. Brit: *«Det har vel kanskje vært så mange tillitsbrudd opp gjennom årene at det tar lang tid å opparbeide tillit til tjenesteyterne.»* Siri: *«Hun har vært uheldig før med hvem hun har møtt.»* Det kan ses i sammenheng med at psykiske lidelser ofte kan oppstå på bakgrunn av miljøfaktorer i kombinasjon med arv (Malt & Aslaksen, 2021) slik at mange i brukergruppen kan ha opplevd relasjonelle belastninger gjennom livet.

Informantene kan oppleve at selv om de bringer temaet barn er det ikke alltid at de får muligheten til å følge det opp ytterligere. De spør om barna, men informantene opplever ofte at det kan stoppe der. Brit sier: *«Vi spør jo litt, men foreldrene er ikke så villige til å dele med oss: <Det går bra. De får oppfølging> og så stopper det litt der.»* Informantene kan oppleve at det med dette ikke blir mulig finne ut mer om barnas situasjon eller behov. Dette underbygger funn i studien utført av Hjelmseth og Aune (2018) hvor alle informantene opplevde at foreldrene vegret seg for å snakke om hjemmesituasjonen, barna og foreldrerollen. Det at det stopper der kan tolkes som at informantene kan oppleve at det å gå videre med temaet kan legge ekstra byrde på brukeren og øke den psykiske lidelsen, i tråd med funn gjort i forskningen av Maybery og Reupert (2009).

Dette kan samsvare med forskning utført av Ruud et al. (2015) hvor funnene tilsier at kommunikasjonen om henvisning mellom helsepersonell og pasient er mangelfull og kan føre til uklarhet i den videre oppfølgingen.

Else: *«Det er personavhengig om vi får mulighet til å veilede foreldrene.»* At det beskrives som personavhengig kan forstås som mulighetene for å danne en god nok relasjon til den enkelte. Studien av Hjelmseth og Aune (2018) viser til at det sjeldent ble mer enn den ene spørre- og informasjonssamtalen, og at de mister oversikt over hvorvidt familien blir fulgt opp videre. Funnene ser ut til å kunne overføres til kommunal psykisk helsetjeneste. Informantene opplever det usikkert hvor mye barna vet om forelderens sykdom. Anne: *«Vi må jo oppmuntre foreldrene til å fortelle da, og det er jo ikke alle som vil det.»* Med dette forstås at informantene tar initiativ til og oppfordrer foreldre til å informere sine barn, men at de opplever at ikke alle vil det. Brit: *«Vi kan jo ikke gjøre noe hvis foreldrene ikke er meddelsom.»* Funnet kan samsvare med tidligere forskning som viser til at ansatte kan tenke at familiemedlemmer kan legge ekstra byrde på brukeren og øke den psykiske lidelsen, og derfor nøler med å inkludere familieperspektivet i behandlingen (Maybery & Reupert, 2009).

Alle informantene formidler at det er fra sak til sak om det blir oppfølgingsspørsmål i forhold til barna, men at de likevel vurderer foreldrenes psykiske helse og der gjennom tenkt omsorgsevne.

### 5.2.2 «Vi smertes gjennom våre barn»

Som Else sier: *«Vi smertes gjennom våre barn. Vi smertes gjennom at vår rolle som foreldre spørsmålstilles.»* Mange aspekter ved foreldrerollen betraktes som universell og det utvises forståelse og empati knyttet til spørsmål rundt forventningene som stilles. Ane: *«At de kanskje ikke føler at de er gode nok foreldre.»* Informantene relaterer det til erfaring med at foreldre med psykiske lidelser ofte kan oppleve at de ikke er gode nok foreldre, og at dette gjelder spesielt deprimerte mødre. Dette kan se ut til å underbygge forskning gjort av Halså (2008), Hjelmseth og Aune (2018) og Ruud et al. (2015) som tilsier at mødre kan oppleve et dobbelt stigma ved at de frykter å bli stemplet som dårlige mødre i tillegg til fordømmene som knyttes til det å ha en psykisk lidelse. Det vises til opplevelsen av sorg, skyld og skam som tenkes å ha en sammenheng med mindre overskudd til å fylle rollene de har hatt (Ruud et al., 2015). Flere av informantene uttrykker empati knyttet til utfordringer foreldre kan føle på som psykisk syk. Siri: *«Det kan man jo tenke seg til selv -man vil jo bare barna sine godt.»* Informantene uttrykker også forståelse for forelderens følelser knyttet til refleksjon rundt hvordan deres psykiske lidelse påvirker deres barn. Det oppleves av informantene slik funnene viser i studien av Maybery og Reupert (2009) at det oppleves av de ansatte som at temaet kan påføre en ekstra byrde for foreldrene og kan komme i veien for behandlingen. Dette kan knyttes til at man i rollen som psykisk helsearbeider har en høy grad av forventet emosjonalitet, fordi det ikke er mulig å hjelpe uten å ta brukerens perspektiv (Eide & Eide, 2017). Brit: *«Det er nok et sårt punkt for foreldrene. Litt vanskelig å snakke om.»* Det ytres en opplevelse av at det kan være krevende og utfordrende å skulle formidle en sammenheng mellom mors psykiske lidelse og barnets vansker når det er indikasjoner på det. Som Kari beskriver: *«Mor sa at det hadde ikke noe med hennes sykdom å gjøre da at gutten hadde det vanskelig. Vi jobbet en hel del med det.»* Det kommer fram at informantene kan oppleve at foreldrene ofte ikke forstår at deres psykiske helse kan ha innvirkning på barna, noe som underbygger funn i tidligere studier (Halså, 2008; Hjelmseth & Aune, 2018; Maybery & Reupert, 2009). Så fort man kommer innpå noe som kan tilsi at sykdommen har en effekt på barna kan det føre til skamfølelse (Ruud et



al., 2015) Ane: «Ofte er de ikke så dårlig at det går utover barna på en måte, tenker de selv i hvert fall.» Det kan også være at foreldrene tror at barnas livskvalitet er bedre enn barna beskriver i tråd med funn i studien av Ruud et al. (2015).

En av informantene opplevde at det oppleves som enklere å få veiledet når det er forelderen som tar opp problematikk som ligger hos barnet. Else: «For da blir det litt utenom 'meg' (ref. forelderen).» Det forstås som at forelderen lettere tar imot veiledning når de ikke opplever barnets utfordringer som direkte konsekvens/symptom på forelderens psykiske lidelse. Funnet kan også tenkes å være et resultat av forelderens opplevelse av kontroll eller selvbestemmelse.

### 5.2.3 «De kjenner på frykten»

Alle informantene formidler at de opplever en frykt hos foreldre når de tar opp temaet barn og at de er redde for å si noe som kan indikere at omsorgen for barna ikke er god nok. Fire av informantene formidler at de tror det handler om frykt for å bli meldt til barnevernet. Brit: «Foreldrene er ikke så villige til å dele med oss.» Uvilligheten forstås ofte av informantene som forbundet med frykten. Ane: «De kan spørre: Skal du melde oss til barnevernet nå, bare for at jeg snakker med dere?» Informantene kan oppleve at foreldrene er bevisst deres posisjon hva gjelder makt og lovpålagt ansvar knyttet til rollen. Else: «Mange synes at barnevernet er skummelt og at det er det store, stygge vernet som kommer og tar barna dine, og de kjenner på frykten.» Funnene samsvarer med tidligere studier som tilsier at foreldre med psykiske lidelser kvier seg for å snakke om barn og hjemmesituasjon av frykt for barnevernet (Halsa, 2008; Hjelmseth & Aune, 2018; Maybery & Reupert, 2009; Ruud et al., 2015). I studien Ruud et al. (2015) kommer det fram at når barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten først henviser foreldrene til annen kommunal instans er det i hovedsak barnevernet som kontaktes, og at barnevernet er den instansen det henvises oftest til, og at det bekymrer mange foreldre. Informantene legger vekt på å fremme tillit ved å være tydelige i sin rolle med en holdning om at foreldrenes sykdom ikke skal brukes som utgangspunkt for vurdering foreldreskapet. Ane: «Så jeg informerer foreldrene om at alle kan ha vanskelige perioder i livet og at det ikke er grunnlag for å melde bekymring.» Det er i samsvar med Halsas (2008) sine argumenter om tydelighet rundt deling av informasjon og taushetsplikt. Det forstås som at informantene opplever det som viktig å få formidlet en holdning om at psykiske lidelser er noe som kan ramme alle mennesker i forskjellig grad og at det i seg selv ikke gir grunn til å melde bekymring for barna til barnevernet.

Kari uttrykker en bevissthet rundt holdninger knyttet til kunnskap om påvirkningen en utrygg barndom kan ha i møte med foreldre som selv har vokst opp med barnevern: «Viktig å ikke danne seg et bilde basert på historien.» Det tolkes som en holdning om å være fordomsfri i møte med disse foreldrene.

Alle informantene er bevisst rundt måten å formidle på i samtaler om barna.

Else: «Introdusere temaet med <Nå tror jeg at du trenger litt råd og veiledning. > Formidle at barnevernet er her for å bistå deg.» Ane: «Jobbet mye med å få mor til å forstå at hvis hun tok imot hjelp fra barnevernet, så var det kanskje til hjelp for både hun og sønnen». Det forstås som at det kan være krevende å formidle på en måte som gjør at forelderen blir trygg nok til å ta imot hjelp og får en forståelse av at det kan fremme forelderens helse også at de mottar hjelp med tanke på barna. Det er i samsvar med forskning som kan vise til at behandlingen av foreldre har større sannsynlighet for å være vellykket hvis deres foreldrerolle blir inkludert på bakgrunn av at bekymringer

rundt deres evne til foreldreskap vil komme i konflikt med deres evne til tilfriskning (Biebel et al., 2004 referert i Lauritzen et al., 2014).

Flere av informantene fremmer åpenhet i oppbyggingen av et tillitsforhold til brukeren. Hvis de er bekymret eller blir bedt av barnevernet om å skrive en faglig uttalelse, så blir dette alltid presentert for foreldrene først. Ifølge Lauritzen et al. (2014) argumenteres det for at psykisk helsearbeidere bør utarbeide måter å jobbe støttende og ikke konfronterende eller straffende ved å bygge relasjoner basert på tillit og åpenhet og snakke tydelig om hindre som omhandler deling av informasjon og taushetsplikt. I funnene i denne studien kommer det imidlertid ikke fram at det er en slik tydeliggjøring som legges til grunn som utgangspunkt for oppfølgingen, men at det blir tatt opp som følge av at barnevernet skal inn eller er inn.

### 5.3 «Knallhard balansegang»

Funnene i teamet «Knallhard balansegang» betraktes som beskrivende og kan gi en dypere innsikt i tidligere funn angående psykisk helsearbeideres opplevelser av mulighetene til å ivareta barn som pårørende knyttet til det mellommenneskelige aspektet. Temaet er inndelt i undertemaene *Man må innrømme sin menneskelighet* og *Fra magefølelse til handling*.

#### 5.3.1 «Man må innrømme sin menneskelighet»

Else beskriver den opplevde risikoen og konflikten som kan utspille seg i situasjoner under samtaler om barna slik: «*Man må innrømme sin menneskelighet når man har jobbet med dette i noen år. Jeg har opplevd at selv om jeg har konkretisert hva det er som gjør at jeg er bekymret for barna så har vedkommende valgt å takke meg ut; avslutte faktisk. Noen går i baklås. Det risikerer man faktisk når man trår inn i noe så sårbart tema som barn. Barnets beste kommer alltid først, men det er også et spørsmål om å opprettholde relasjonen. Det er en knallhard balansegang ...*» Det forstås som at det oppleves en balanse mellom den formelle rollen hvor man er underlagt juridiske standarder, yrkesetiske normer og verdier, og det mellommenneskelige aspektet som i kombinasjon er viktig for å kunne stå i posisjon til å hjelpe (Eide & Eide, 2017). Dette funnet kan belyse hvordan belastningen til tider bli stor og konfliktskapende i tråd med Ekeland (2014). Opplevelsen av at noen foreldre «går i baklås» kan være i tråd med tidligere studier med funn angående foreldres frykt, eller manglende forståelse av påvirkningen deres lidelse kan ha på barna (Hjelmseth & Aune, 2018; Maybery & Reupert, 2009; Ruud et al., 2015).

Hvis relasjonen til brukeren ikke opprettholdes, vil ikke den indirekte hjelpen til barna ved at foreldrene får hjelp eller nærmere identifisering av behov bli mulig. Else sier videre: «*... se helheten ... selvfølgelig, det skal slå ut til barnas beste.*» Ved å ivareta relasjonen til foreldrene kan det forstås som en opplevelse av at det vil være til barnets beste også og i sin helhet vil kunne hjelpe både foreldrene og barna. Else: «*Ofte er det voksne barn av foreldre med psykiske lidelser som kommer hit. <Hvorfor var det ingen som så meg?>*» Else sier at hun opplever dette som sårt, og det kan være et uttrykk for et behov for å handle med barna i fokus. Hun sier videre at noen foreldre opplevde at barnevernet kom inn for sent i deres barndom og at det for henne oppleves som et paradoks: «*Barnevernet kom inn for sent. Der har vi liksom paradokset.*» Dette kan forstås som en utfordrende balansegang mellom å ivareta bruker og samtidig ta opp brukers egne barn. Else: «*... men det er noe annet når de står oppi det selv som foreldre,*

*den frykten*». Det kan tolkes som en forståelse av den innebygde konflikten også foreldrene står i.

### 5.3.2 «Fra magesfølelse til handling»

Magesfølelse blir nevnt av fire av informantene i forbindelse med at det kan være utfordrende å ha tillit til at de som tjenesteytere greier å fange opp signaler knyttet til barnas situasjon. Ane: *«Det går jo litt på magesfølelsen. Er det sant det hun sier?»* Siri: *«Greier hun å skjule det for barna, eller hva?»* Det ytres en usikkerhet rundt hvordan barna har det og at det oppleves som at tillitsspørsmålet kan være et hinder for å spørre mer rundt forholdene. Det kan tolkes som usikkerhet på hvordan de kan motivere og ta i bruk nye tiltak på dette området, i tråd med (Lauritzen & Reedtz, 2013). *«Jeg tør å spørre litt mer rundt barna nå som jeg har jobbet noen år.»* Med dette forstås at det krever noe av tjenesteyterne å skulle ta opp temaet barn, men at det oppleves som viktig. Dette kan forstås som at tilliten går begge veier med tanke på tjenesteyters behov for tillit til bruker om at barn er et tema det tåles/aksepteres å snakkes om.

Magesfølelsen er også nevnt med tanke på behov for å intervensere. Else: *«Hvordan definere denne grensegangen. At nå tror jeg at vi snakker med barnevern. Dette her med å kjenne på magesfølelsen, for vi har en veileder som heter fra magesfølelse til handling. Men det å få forklart, at nå er denne magesfølelsen så urolig at nå tror jeg at det er et tilfelle hvor jeg skal aksjonere. Det burde ikke være sånn, men det er noe med, her har du oppskriften, men så sitter du der i relasjonen»*. Magesfølelsen kan tolkes som informantens måleinstrument på barnas situasjon gjennom samhandlingen med forelderen. Det kan skyldes at manglede tillit fra begge parter påvirker kommunikasjonen. Funn i studien Hjelmseth og Aune (2018) tilsier at utfordringer i kommunikasjonen mellom forelderen og behandler om barna kan hindre at psykisk helsearbeidere får formidlet videre hjelp til familien og at det blir vanskelig å vurdere hvilke tilfeller som er så alvorlige at de måtte sende bekymringsmelding til barnevernet. Det forstås som at magesfølelsen blir alarmerende før terskelen nås for å skulle intervensere og temaet må tas opp. Temaet oppleves som så sårbart at det kan true relasjonen mellom tjenesteyter og bruker. Ifølge Ruud et al. (2015) utsetter helsepersonell å henvise barn inntil de oppdager alvorlig omsorgssvikt, som de er lovmessig forpliktet til å formidle til barnevernet. Det settes spørsmålstejn bak om helsepersonell unnviker ansvar for videre henvisning av barnet, generelt sett, men at det med så stor alvorlighetsgrad ikke kan la ansvaret passere. Det kan også i denne studien gi grunn til å lure på om det kan være forholdsvis alvorlige situasjoner for barn på bakgrunn av dette som ikke blir tatt hånd om.

## 5.4 Barn som pårørende – Hvem sitt bord?

Funnene under dette temaet skildrer informantens opplevelser knyttet til organiseringen av arbeidet med barn som pårørende. Temaet er inndelt i undertemaene *Vi er en tjeneste for voksne*, *Kommunen har jo et ansvar for dem* og *Det må være etablert en pasientkontakt*.

### 5.4.1 «Vi er en tjeneste for voksne»

Alle informantene er tydelige på sin rolle. Else: *«Vi er en tjeneste som er forbeholdt voksne.»* Oppfølging av barn til foreldre med psykiske lidelser anses av alle informanter som ikke deres område eller fagfelt og kan forstås som individfokustert. Brit: *«Det er ikke vårt område for vi er en tjeneste for voksne. Det er voksenpsykiatrien vi jobber i.»*

Alle informantene kartlegger om brukerne har barn gjennom førstesamtalen og sier at det er prosedyre. Ingen av informantene har noen rutiner på oppfølging av barnas situasjon utover kartleggings samtalen og at det derfor kan være fort gjort å glemme. Else: «*Prosedyre på oppfølging av barna utover kartleggings samtalen tørr jeg påstå at vi ikke har.*» Kari: «*Det kan være fort gjort å glemme. Det er jo vi som må komme på dette her da ...*» Det forstås som at det er en oppgave som kommer i tillegg til behandling av forelderen. Det kan underbygge funn som tilsier at det ofte blir med den ene spørre- og informasjonssamtalen om barna (Hjelmseth & Aune, 2018).

Det er ikke praksis å møte barna eller å tilby å gi informasjon eller oppfølging til barna. Ane: «*Vi møter jo ikke barna. De er på skole og barnehage når vi møter foreldrene.*» Det formidles at det opplevelse som en praktisk utfordring. Behandlingen foregår utenfor brukerens normale kontekst noe som kan medføre at barna blir oversett eller glemt (Osen et al., 2015).

Siri: «*Det er ikke et spørsmål egentlig.*» Dette kan tyde på at det også av praktiske årsaker blir sett på som uaktuelt å møte barna, samtidig som at det ikke blir ansett for å være tema på arbeidsplassen. Med tanke på bredden i alvorlighet ved ulike psykiske lidelser som følges opp i den kommunale psykisk helsetjenesten (Schjødt et al., 2012), kan det tolkes som at det ofte ikke anses å være et behov. Ifølge loven skal tilbud og råd og hjelp tilbys også til foreldre som fremstår som mestrende og i stand til å takle situasjonen (Helsedirektoratet, 2010). Ane: «*Nei, vi har ikke så mye med barna å gjøre, men det er jo dette med råd og veiledning da, men da er jo ofte barnevern inn hvis det er behov for det.*» Dette kan være i samsvar med funn i studien til Hjelmseth og Aune (2018) om at helsepersonell i for stor grad hviler i troen på at barnevernet er inn. Når andre instanser er koblet på sier alle deltakerne at de har en funksjon i samarbeidsmøter som behandler for forelderen.

Flere av informantene sier at det har blitt et større fokus på barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser de siste årene, men at det ikke betraktes som deres område da de er en tjeneste for voksne. «*Det har skjedd en utvikling de siste 15 årene med tanke på BSP, men det er ikke vårt område.*» Barn som pårørende har fått større fokus etter lovendringen, men er ikke ansett som noe som inngår direkte i deres yrkesutøvelse utover kartleggings samtalen hvor de er pålagt å kartlegge om foreldrene har barn. Dette stemmer med funn i Lauritzen og Reedtz (2013) sin studie med funn om en holdning om å ikke involvere seg i barna da det ikke anses som deres arbeidsområde.

Fire av informantene nevner kompetanse på barn og barn som pårørende som mangelfull og at de har ønske om mer kunnskap, eller ser det som avgjørende med kompetanseøkning med tanke på å skulle kunne jobbe mer direkte mot barn av foreldre med psykiske lidelser. Else: «*Vi jobber fram mot at disse barn og unge er det ikke vi som skal ta imot, for vi har ikke kompetansen ... I dette tilfellet har vi en plikt til å si noe om, at det her har vi ikke kompetanse til. Skal vi ha barn og unge så må vi få kompetanseøkning.*» Dette kan bety at de opplever et lovpålagt ansvar, men at de ikke nødvendigvis har fått tilsvarende kompetanseløft. Funnet er i samsvar med studiene til Maybery og Reupert (2009) og Lauritzen og Reedtz (2013) hvor det vises til begrensninger i arbeidet knyttet til kunnskap om og evne til å jobbe med barn, med foreldre om deres rolle og med familien som helhet.

Ane sier: «*Jeg synes at det kunne vært mer fokus på det fra ledelsen.*» Siri: «*... og få mer input om temaet.*» I følge helsepersonelloven § 16 skal virksomheter organiseres

slik at helsepersonell er i stand til å rette seg etter lovpålagte plikter (Helsedirektoratet, 2010). Kari: «*Jeg har savnet litt dette.*» Dette utsagnet kan tyde på at de ser behovet og har et ønske om å føle seg kompetent til og ser behovet for å kunne bidra mer i arbeidet med barn som pårørende. Det formidles kjennskap til veiledere om barn som pårørende fra tre av informantene. Ane: «*Vi har en sånn veileder vi kan forholde oss til hvis vi, ja det er nå ..., men ellers er det ikke noe hovedtema her det med barn, nei.*» Siri: «*Det er jo ikke så lenge siden det kom en veileder i forhold til det, men jeg synes jo at det kunne vært mer, syns jeg jo.*» Det kan tyde på at det ikke oppleves som tilstrekkelig for informantene at det finnes skriftlig veileder uten videre kunnskap eller fokus på bruken av dem. Funnet støtter at det blir det sett på som avgjørende at politiske føringer er tydeliggjort med fokus på kartlegging, veiledere og protokoller for utførelse i praksis (Maybery & Reupert, 2009). Utfordringer knyttet til ledelsens manglende engasjement og motvilje til å gi tilstrekkelige ressurser for å identifisere og følge opp barna av pasientene gjaldt majoriteten av helsearbeiderne i studien utført av Lauritzen og Reedtz (2013) og at manglende engasjement og motvilje fra ledere kan skape utfordringer knyttet til holdninger på organisasjonsnivå. Avdelingsleder bør også se på betydningen av arbeidsmengde, ifølge Maybery og Reupert (2009).

#### 5.4.2 «Kommunen har jo et ansvar for dem»

Det formidles av samtlige informanter en usikkerhet rundt organisering av tjenester og uavklart ansvarsfordeling når det kommer til barn som pårørende. Det er kommet fram at det er en pågående prosess og det formidles frustrasjon rundt organiseringen fra tre av informantene: Brit: «*Vi holder på å lage interne samarbeidsavtaler hvor vi fordeler ansvar. Hvem har ansvar for hva innad i kommunen. Men vi er ikke helt i mål med det enda ... det har ikke satt seg riktig enda.*» Dette signaliserer at arbeidet med barn som pårørende er i en prosess, noe som bekreftes i rapporten av Ose og Kaspersen (2020). Kari: «*Det trenger ikke være sånn. For hvis kommunen og kommunehelsetjenesten får til å få på plass ting. Så skal vi prøve å få til en prosedyre sammen med helsesykepleierne på dette med samtaler med barn og unge. Kommunen har jo et ansvar for dem.*». «Kommunen har et ansvar» kan tolkes som at mye av ansvaret er lagt på tjenestene uten å ha en fast rot i organiseringen med tydelige føringer knyttet til arbeidet.

Det formidles en uklar ansvarsfordeling med tanke på om det er helsesykepleiere eller psykisk helsevern som skal følge opp barna i tilfeller der det anses som nødvendig å snakke med barna. Else: «*... ved forespørsel fra foreldre om vi kan ta en prat med barna, så spør vi om, dette er vel kanskje helsesykepleier som skal ta en prat?*» Det forstås som at foreldre opplever det som nærliggende å spørre sin behandler om å snakke med barna om utfordringer barn har som følge av forelderens lidelse, men at tjenesten anser det som helsesykepleiers oppgave. Siri: «*... henvisning fra helsesykepleiere eller skole, men vi spør om ikke dette er noe helsesykepleiere skal ta tak i.*» I rapporten til Ose og Kaspersen (2020) er det mange som nevner at tiltak/tjenester for barn som pårørende tas hånd om av helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsesykepleier. I denne studien kan det tyde på at det også er uklart for andre tjenester hvor hjelpebehovet for barna skal rettes, og at det er en uklar rolleavklaring som går på bekostning av koordineringen i arbeidet med barn som pårørende.

Det formidles en oppfatning av at andre tar ansvar for å identifisere behov for oppfølging av barn som pårørende. «*Barnevernet er allerede koblet på der det er behov for det.*» Om lag halvparten av mottakere av psykisk helsehjelp er ikke i kontakt med barnevernet (Ose & Kaspersen, 2020). Den resterende halvparten kan representere

tilfeller hvor det ikke er behov eller skyldes at de hviler i troen på andre inn. Studien av Ruud et al., 2015) viser til at helsepersonell i for stor grad hviler i troen på at «barnevernet er inne i saken». Ane: «I de tilfellene der det er behov er andre instanser allerede koblet på.» Siri: «Og så vet man jo at de fleste, skulle jeg til å si, har kontakt med helsesøster og sånne ting hvis det skulle være noe.» Informantene kan oppleve at barna som har behov knyttet til foreldrenes psykiske helse er ivaretatt. Det kan være at behovet er vurdert og samtidig ansees som ivaretatt av andre yrkesroller, men det kan også tenkes at en slik tillit medfører at noen barn ikke får den informasjonen eller oppfølgingen de har behov for. Funnene tilsier at det ikke er noe hovedfokus på barna i oppfølgingen av foreldrene der andre tjenester ikke er koblet på. Ane: «Andre instanser er som regel koblet på, og hvis de ikke er koblet på så opplever jeg ikke at barn som pårørende er noe fokus.» I overført betydning tolkes det som at det ikke er noe fokus på det forebyggende i arbeidet med barn som pårørende da det vil kunne bli en barriere med tanke på identifisering av barns behov for informasjon og oppfølging. Berit: «Jeg har ikke viderehenvist noen barn i min tid, nei. Jeg har savnet litt dette.» Det kan tolkes som et ønske og et behov for samarbeid om barn som pårørende. Siri: «Det er ikke noe hovedtema med oppfølging av barna, og det er ikke så ofte det er et spørsmål, egentlig.» Manglende fokus og utilstrekkelig organisering av arbeidet kan ha en sammenheng mellom henvisningspraksis av barn som pårørende i organisasjonen. Det vil da kunne føre til at barn ikke får tilbud om informasjon og oppfølging ved behov, noe som samsvarer med funn i studien av Ruud et al. (2015) om at barn og unge har behov for å snakke om sin situasjon, men mange får ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå sin forelders sykdom og konsekvenser av den (Ruud et al., 2015).

Samtidig uttrykkes det av informantene tvil på om barna med behov blir identifisert. Ane sier: «Så lenge skole eller barnehage ikke obser på det, så er det jo ikke noe fokus på det egentlig da, så da blir det jo på en måte min rolle likevel.» Det kan tyde på at informanten anser det som sin rolle i et forebyggende aspekt, men at det kan være en grunntanke om at de som er tettest på barna tar ansvar for å henvise. For at barnehage eller skole skal sette inn tiltak forutsetter det at symptomer må ha gjort seg gjeldende hos barnet, noe som ikke er i tråd med lovgivningen (Helsedirektoratet, 2010), eller at foreldrene selv har informert skole eller barnehage. I studien gjort av Hjelmseth og Aune (2018) tilsier funn at det i stor grad overlates til foreldrene å ta kontakt ved behov for videre oppfølging. Foreldrene i studien (Ruud et al., 2015) ønsker tettere oppfølging av barnehage og skole, deretter kommer helsesøster og BUP. Det kan være i samsvar med funnene i denne studien hvor veldig få henviser barn til tettere oppfølging fra barnehage eller skole som i det norske systemet er mest nærliggende.

#### 5.4.3 «Det må være etablert en pasientkontakt»

Det formidles en tillit til at spesialisthelsetjenesten tar ansvar for barn som pårørende. Ane: «Hvis DPS er inne, da er de veldig åpne for at de tar inn, for eksempel barn da, til samtale.» Siri: «... det må være etablert en pasientkontakt» Else: «Det er når spesialisttjenesten er koblet inn, for der har de har jo pårørendeansvarlige.» Det kan knyttes til at kommunene ikke er pålagt å ha barneansvarlige i kommunen og at det er en oppfatning av at det er spesialisthelsetjenestens oppgave å sørge for kartlegging og eventuelt henvisning av barn i de tilfellene foreldrene har vært innlagt eller i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser funn i studien gjort av Ruud et al. (2015) at henvisninger fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helsetjenesten sjeldent inneholder informasjon om barna slik at de ikke skal bli glemt. Ifølge studien av Hjelmseth og Aune (2018) og Ose og Kaspersen (2020) er det lite eller ingen samarbeid

med kommunene om barna i etterkant av et opphold. Informantene ved avdelinger i spesialisthelsetjenesten har en viss oversikt over kommunale tilbud, men har ingen kontakt eller noe samarbeid med disse hjelpetiltakene (Hjelmseth & Aune, 2018). Funn i studien utført av Maybery og Reupert (2009) tilsier at det er barrierer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet, ved kommunikasjon og samarbeid mellom mennesker eller organisasjoner. Heller ikke alle med psykiske lidelser kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten (Schjødt et al., 2012). Funnene tilsier imidlertid at informantene opplever at samarbeid med andre yrkesgrupper er godt der de allerede er koblet på. Her nevnes barneansvarlige ved DPS, skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern og familieteam. Dette er i samsvar med Ose og Kaspersen (2020) som i sin statusrapport kommer fram til at 71% av kommunene har rutiner for samhandling med andre instanser om barn som pårørende og at 65% av kommunene svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Alle informantene er enige om at det er mest samarbeid med helsesykepleiere, eller barnevern hvis de er inn.

Alle informantene sier at de vil ta det videre, enten til helsesykepleier eller barnevern, hvis de har mistanke om at omsorgen for barna ikke er tilstrekkelig ivarettatt, men sier at de sjeldent eller aldri har ansett det som nødvendig. Helsepersonelloven § 25, tredje ledd ble vedtatt for å åpne for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell på bakgrunn av behov, ved at det foreligger samtykke fra forelderen (Helsedirektoratet, 2010). Informantene uttrykker at det ikke er fokus på samtykke med tanke på å kunne tilby barn oppfølging av andre tjenesteytere etter kartleggingssamtalen. Ingen av informantene opplyser at de direkte har henvist barn til oppfølging av helsesykepleier. Dette kan indikere at bruk samtykkeskjema ikke ansees som et verktøy som åpner opp for å henvise/samarbeide om å sikre barns rett til informasjon og oppfølging i et forebyggende aspekt i de tilfellene det er kan være et behov. Det kan også tolkes som at det oppleves utfordrende å be foreldre om samtykke, i tråd med Ruud et al. (2015) hvor indikasjoner som kan tilsa at sykdommen har en effekt på barna kan relateres til skam og dermed en tilleggsbelastning, slik at det ikke blir brukt annet enn ved behov for samarbeid med barnevernet.

Tre av informantene sier at taushetsplikten kan være til hinder for samarbeid. Brit: «*Taushetsplikten hindrer mye samarbeid*» og Ane sier: «*... Innhenter ikke samtykke før jeg eventuelt skal kontakte barnevernet.*» Dette kan bety at samtykkeskjema kun brukes i tilfeller hvor bekymringen for barna er så stor at de ser behov for å kontakte barnevern i tråd med Ruud et al. (2015) og Hjelmseth og Aune (2018), og at de sjeldent, eller aldri har meldt saker inn til barnevern, noe som kan ha sammenheng med at kun 8% har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi (Ose & Kaspersen, 2020).

En av informantene sier at hun har kontaktet barnevern når det er behov for rådgivning. Brit: «*Det hender at vi har samarbeid med Barnevernstjenesten, men de er litt mer distansert. Nei, det er vanskeligere å samarbeide med dem.*» Det kan tyde på at det kan oppleves som utfordrende å samarbeide, muligens på grunn av taushetsplikt og kanskje grunnet ulike perspektiver i yrkessammenheng. Samtidig så er det barnevernet informantene trekker fram som en av de instansene de samarbeider mest med fordi de ofte allerede er inn i bildet når foreldre kommer i kontakt med tjenesten eller i situasjoner hvor de er bekymret for barna. Dette er i samsvar med funn i studien til Hjelmseth og Aune (2018) som finner at når spesialisthelsetjenesten har direkte kontakt med annen instans er det hovedsakelig i form av bekymringsmelding til barnevernet (Hjelmseth & Aune, 2018). En av informantene sier at sending av bekymringsmelding til

barnevernet sjeldent skjer, og fire av informantene sier det aldri har skjedd. Else: *«For å trekke det ekstra langt, så leverte jeg en bekymringsmelding til barnevernet så sent som i forrige uke, men det er ikke så ofte det skjer.»* Det forstås som at det skal mye til for at en slik handling trer i kraft, noe som kan oppfattes som en motvekt til forelderens frykt og bevaring av tillitsforholdet mellom tjenesteyter og bruker, eller at det er vurdert til ikke å være behov. Funn i Hjelmseth og Aune (2018) viser at der forelderen vegrer seg for å snakke om barna og hjemmesituasjonen hindrer de ansatte til å få formidlet videre hjelp til familien og at det blir vanskelig å vurdere hvilke tilfeller som er så alvorlige at de måtte sende bekymringsmelding til barnevernet. Det kan også være at det er uklare rammer eller rutiner som påvirker opplevelsen av mulighetene for å intervensere i tråd med at prosentandelen for om kommuner har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi har sunket fra 15% i 2018 til 8% i 2020 (Ose & Kaspersen, 2020).



## 6 Generell diskusjon

I dette kapitlet diskuteres funnene i sammenheng opp imot valgte teorier og tidligere forskning. Tillit betraktes som en rød tråd gjennom alle funn og kapitlet er delt opp i temaene *Tillit til organisasjonen som system - Perspektiver, kunnskap og holdninger*, *Helsepersonell - systemets representanter og forvaltere av den systemiske tilliten* og *Balansen mellom tillit og mistillit*.

### 6.1 Tillit til organisasjonen som system - Perspektiver, kunnskap og holdninger

Helsepersonelloven §10a kan ha som hensikt å sikre en overlapping av roller med tanke på at alt helsepersonell er pliktig å sikre ivaretagelse av barn som pårørende. Lovgivningen (Helsedirektoratet, 2010) har ført til endring av innhold i tjenestene, som krever en holdningsendring fra individfokus til familiefokus, og det krever at organisasjonen som et overordnet system utvikler seg. Det stiller krav til utarbeiding av nye rutiner som krever at man må samhandle og kommunisere på nye måter i tråd med Ekeland (2014). Funnene tyder på at dette er en pågående prosess ved at tjenestene har en plan om å lage interne samarbeidsavtaler, noe som er i samsvar med Sintef-rapporten (Ose & Kaspersen, 2020). Ifølge Helsedirektoratet (2014), forutsetter et godt samarbeid at utøverne utvikler en felles forståelsesramme.

Informantene formidler en usikkerhet på fordeling av ansvar. Studien indikerer at organisasjonene unngår en streng rolledefinerings som kan ha som formål å legge opp til større fleksibilitet med mål om at de ansatte tar ansvar i solidaritet med helheten og ikke bare ut ifra sin egen rolleforståelse (Ekeland, 2014). Funnene indikerer imidlertid en opplevelse av usikkerhet utydelige føringer fra organisasjonen i arbeidet med barn som pårørende. Ved usikkerhet på hvor ansvaret skal rettes, slik funnene tilsier, vil det ifølge Ekeland (2014) kunne oppstå ubalanse i avhengighetsforholdet mellom rolleinnehaverne. Det utløses motkrefter i delsystemene på individnivå ved at de tilstreber en balanse ved å endres tilbake til utgangspunktet.

Funnene tyder også på en uklar forståelse av hverandres kompetanse og forutsetninger. Det forstås på informantene som at det oppstår en samhandlingsdynamikk preget av hva som ikke er den enkelte rolles ansvar i stedet for en overlapping av roller som kan ses på som en kvalitetssikring i arbeidet med barn som pårørende, i tråd med Ekeland (2014). Når endringene oppleves utfordrende, vil ifølge Eide og Eide (2017) systemet kunne tilstrebe balanse og tvinges tilbake til slik det var og bli et hinder for implementeringen av lovgivningen (Helsedirektoratet, 2010). Ulik rolleforståelse i forhold til kollegaer og samarbeid rundt brukere kan gjøre samarbeidet vanskelig, men ikke direkte truende, slik som ved komplementære roller (Eide & Eide, 2017). Funnene kan imidlertid tyde på at det er et hinder i arbeidet med barn som pårørende ved å påvirke samarbeidet mellom tjenestene og tillit til at ansvaret for barna blir imøtekommet. Det tolkes som en interrollekonflikt hvor barn som pårørende kan falle utenom ved at det oppstår uklarhet om ansvar og at det blir for stor avstand mellom rollene. Ekeland (2014) hevder også at det ved uavklart rollefordeling kan knyttes forventninger til vår uformelle rolle noe som kan føre til at oppfølgingen av barn som pårørende kan bli personavhengig, tilfeldig eller

knyttet til den enkelte relasjon. Funnene kan vise til alle punkter som i tråd med Ekeland (2014) gir grunnlag for opplevelsen av interrollekonflikt. Informantene gir inntrykk av at rollen oppleves uklart definert og diffus med tanke på barn som pårørende, at forventninger knyttet til rollen ikke er tydeliggjort og at summen av forventninger kan oppleves uoverkommelig.

Informantene ytrer et behov for kompetanseøkning. Informantene ytrer kjennskap til veiledere om temaet, men det tolkes som at det ikke er tilstrekkelig å vite at det finnes veiledere så lenge det ikke er gitt fokus fra ledelsen eller anses som et tema på arbeidsplassen. Når rammene eller rollene ikke er tydeliggjort og kunnskapen ikke oppleves tilstrekkelig kan det, i tråd med Ekeland (2014), oppstå «en innebygd konfliktdimensjon knyttet til rollen», som ser ut til å begrense informantenes opplevelse av muligheter i arbeidet med barn som pårørende. Ytringer fra informantene om at barn ikke er deres område kan være en måte å møte utfordringene og konflikten det skaper på, ved at de velger normsender, i tråd med Martinussen (2001). Ifølge Ekeland (2014) kan det universelle perspektivet brukes i krevende roller for å distansere seg og balansere nærheten.

Funnene kan indikere at det handler om informantenes tillit til organisasjonen som system. Begrensningene forstås som knyttet til kunnskap, uklar rolledefinering, lite fokus på temaet fra ledelse og i tjenesten, samt løs organisasjonsstruktur noe som kan ses på som et hinder for en holdningsendring fra individfokus til familiært fokus. Summen av disse faktorene anses å begrense informantenes opplevde muligheter i arbeidet med barn som pårørende.

Martinussen (2001) hevder at konflikter basert på verdioppfatninger sjeldent lar seg løse kun ved klarere forventninger og bedre kommunikasjon, men krever en endring i rolleinnhavernes verdier, eller i selve strukturen i det sosiale systemet. Luhmann (1999) hevder at endring i komplekse systemer tar tid fordi differansen mellom system og det han kaller omverden ikke er punkt-til-punkt korrelasjoner, men krever omveier. Studien kan gi et bilde på hvordan disse omveiene, som vi kan se på som utfordringer, fra endringer i føringer fra systemnivå til implementering og endring på individnivå, tar tid.

## 6.2 Helsepersonell -systemets representanter og forvaltere av den systemiske tilliten.

Helsepersonells kommunikasjon med bruker innebærer ofte en indirekte kommunikasjon med pasientens private kontekst (Eide & Eide, 2017). Gjensidige forventninger knyttet til rollene behandler og bruker spiller inn, og samtidig påvirkes vi av andre roller vi innehar som mennesker i livet; vårt «sosio». «De som samhandler har forventninger til hverandre om samhandlingen og forventninger til de andres forventninger til dem selv» (Martinussen, 2001).

Funnene viser til at informantene opplever muligheter til å identifisere og ivareta barn som pårørende begrenser seg da foreldre vegrer seg for å snakke om hjemmeforhold og barna. 38% av foreldre med psykiske lidelser registrert i BrukerPlan har svært lav levekårsindeks (Ose & Kaspersen, 2020) samtidig som opplevelsen av foreldrerollen i denne gruppen kan knyttes til følelsen av skam, skyld, bekymring og sorg (Ruud et al., 2015). Det kan ha en sammenheng med mindre overskudd til å fylle rollen som forelder. Samtidig påvirker psykiske lidelser tanker og følelser og vil ofte medføre nedsatt funksjonsevne i dagliglivet som kan skape ubehag og dermed redusere livskvaliteten i tråd med Malt og Aslaksen (2021). Dette kan tenkes å forsterke følelsen

av ikke å imøtekomme forventningene knyttet til foreldrerollen. Det kan på bakgrunn av dette tenkes at det oppleves krevende for foreldrene å opprettholde sin selvframstilling/maske når barn blir et tema. Ut fra informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til barn som tema i samtaler med foreldre tolkes det som at brukerne kan oppleve såkalt rollestress eller interrollekonflikt når deres foreldrerolle blir satt lys på av informantene. Det kan skyldes at de opplever misforhold mellom rollene de innehar, i dette tilfellet rollen som bruker og rollen som forelder. Opplevelsen av frykt hos foreldre i samtaler om barna er også et funn som underbygges av tidligere forskning (Hjelmseth & Aune, 2018; Lauritzen & Reedtz, 2013; Maybery & Reupert, 2009; Ruud et al., 2015). Det forstås som frykt knyttet til maktforholdet mellom bruker og behandler, ved makten representanter av organisasjonen innehar i kraft av sin profesjonelle rolle og opplevelsen av stigma (Halsa, 2008; Hjelmseth & Aune, 2018; Ruud et al., 2015). Samtidig viser funnene i denne studien i samsvar med tidligere forskning at foreldrene kan tro at barnas livskvalitet er bedre enn hva som er tilfelle (Ruud et al., 2015). Uansett årsak tolkes det som at det påvirker informantenes opplevde mulighet for videre identifisering av barnas behov. Informantene opplever at muligheten for å snakke om barna er bedre når foreldrene selv tar opp utfordringer som barna har uavhengig av deres sykdom. Det kan skyldes at brukeren da opplever å fylle forventningene knyttet til foreldrerollen og opplevelsen av at vurderingen av godt nok foreldreskap og egen sykdom ikke kommer i konflikt med rollen som forelder. På bakgrunn av funnene spekuleres det i om foreldrenes opplevelse hadde vært slik hvis barna hadde vært inkludert i behandlingen fra start som følge av en familiefokusert behandling og at barna har blitt betraktet som en uavhengig rolleinteressent, som en uavhengig normsender i form av lovgivningen (Helsedirektoratet, 2010), slik det kan tolkes ut fra noen av funnene.

Funnene tilsier at hvis forelderen opplever at rollen som psykisk syk oppleves å gå på bekostning av opplevelsen av rollen som forelder på grunn av skam eller frykt, risikerer behandler å «bli takket ut» til fordel for en opplevelse av foreldre/barnrelasjonen som trygg. Det betraktes som et tillitsspørsmål, hvor terskelen er lav for å tre ut av relasjonen med behandler.

For både helsepersonell og pasient vil det å vise tillit innebære å gi fra seg makt, slippe kontroll og ta risiko (Eide & Eide, 2017). Funnene indikerer at informantene anser tillit som en forutsetning for å stå i posisjon til å hjelpe eller å få hjelp. De formidler at det er tidkrevende å oppnå tillit. Ved å ta opp barna forstås det som at informantene opplever at de beveger seg ut i noe ukjent som de ikke vet utkommet av. I denne sammenhengen kan tilliten være skjør på grunn av makten helsepersonell har til å intervensere i familien. Familien som system vil kunne rokkes ved en intervensjon. Det forstås som en opplevelse av interrollekonflikt på grunn av ubalanse i avhengighetsforholdet mellom rolleinnhaverne. Funnene indikerer at informantenes rolleatferd tilstreber å opprettholde balanse i systemet. Kommunikasjonen med pasienten blir til kommunikasjon med brukeren i kontekst når barna trekkes inn, og at informantene fra et systemisk perspektiv på kommunikasjonen tilstreber å forstå dynamikken i den gjensidige påvirkningen, i tråd med Eide og Eide (2017). Men når det oppstår en gjensidig opplevelse av barn som et ømtålig tema, slik funnene indikerer, vil tilliten og den opplevde muligheten for å kunne stå i posisjon til å hjelpe kunne påvirkes.

Luhmann (1999) hevder at selvframstillingen blir vurdert ut fra om man er tillitsvekkende eller ikke noe det tolkes som at informantene legger vekt på. Foreldrene vil også kunne ha behov for en selvframstilling som fremmer tillit, kanskje i større grad på grunn av opplevelsen av dobbelt stigma knyttet til å være foreldre med psykiske lidelser (Halsa,

2008; Hjelmseth & Aune, 2018; Ruud et al., 2015). Luhmann beskriver personlig tillit som en gjensidig prosess mellom to parter som starter med at den ene presterer tillit som en «risikofylt forud-ytelse» hvorpå den andre griper fatt i tilliten og bekrefter den. Informantene har fokus på å framstå som tillitsverdig gjennom sin selvframstilling ved å utvise en tydelig rolleidentitet og rolleadferd i relasjonen til brukeren. På denne måten kan det tenkes at de lever opp til rolleinteressentens forventninger knyttet til rollen som behandler i tråd med Martinussen (2001). Funnene tilsier at det legges vekt på den mellommenneskelige dimensjonen i hjelperrollen, men med den profesjonelle dimensjonen i behandlingen som bakteppe blant annet med tanke på den relasjonelle betydningen for vellykket behandling. I lys av rolledimensjonen universell-partikulær (Ekeland, 2014) tolkes funnene som at det i stor grad tas partikulære hensyn for å stå i posisjon til å hjelpe. Fremheving av rollen går ikke på bekostning av personen. Informantene unngår å bære en «profesjonsmaske», men viser mennesket bak masken, i tråd med Goffmann (1992) sin referanse til masken for å skjule sitt indre for omgivelsene. Samtidig kan funnene indikere, eller forstås som at den universelle dimensjonen av rolleaspektet framtrer i forbindelse med ansvaret for barn som pårørende ved å presisere at deres rolle er å behandle forelderen og at barna ikke er deres ansvar. Ved at rollekravet i tillegg oppleves som lite spesifikt eller avgrenset, vil personfaktoren økes i tråd med Ekeland (2014), og handlingene vil kunne bli uforutsigbare med større behov for bruk av skjønn med tanken på tillitsforholdet i den enkelte relasjon.

Ved tydelig selvframstilling vil sending og mottaking av normer mellom forelderen og psykisk helsearbeideren fremme en god samhandling fordi det såkalte adferds-repertoaret, eller manuset, er forventet (Ekeland, 2014; Martinussen, 1984). Informantene utviser en tydelig selvframstilling i rollen ved å kommunisere de har fokus på forelderen og at det ikke er deres rolle å vurdere om de er gode nok foreldre. Det er i tråd med Rogers (1961) som hevder at god kommunikasjon oppstår ved at vurderinger unngås. I lys av Martinussen (1984) kan det forstås som at de *konstituerende normene* imøtekommes av informantene ved å uttrykke tydelighet rundt rollen med relasjonen i fokus for å møte oppgaven som tilligger posisjonen, nemlig å bidra til helsefremming hos forelderen. De *strategiske normene* møtes ved at rolleatferden til psykisk helsearbeideren er preget av åpenhet, er tillitsskapende uten å opptre vurderende eller styrende i behandlingen med hensyn til forelderen, i tråd med Rogers (1961).

Informantene bruker erfaringer fra eget liv i det som forstås som normalisering av utfordringene ved å ha barn. Luhmann (1999) hevder at den som handler etter ordre, eller gjør såkalte normale handlinger oppnår ikke med dette tillitsverdighet, men den som derimot fremstiller seg selv med et potensiale for avvikende atferd kan oppnå tillit. Det kan tolkes som at det utvises et potensiale for avvikende atferd knyttet til den universelle dimensjonen av rollen, som kan skape tillit i tråd med Luhmann (1999).

Det forstås som at informantene lytter til den andre som person, på personens egne premisser, uten å vurdere og dømme. De utviser varme, respekt, toleranse og en stor grad av empati, i tråd med Rogers (1961). Samtidig kan overidentifisering med foreldrene, med håp og ønske om å hjelpe, føre til urealistiske forventninger til forelderens omsorgsevne og bagatellisering av faktiske problemer ved foreldreskapet, ifølge Killen (2009) som referert i boka Osen et al. (2015). Martinussen (1984) peker på forholdet mellom personlighet og rolle. Det tolkes som at informantene preges av sine roller når det gjelder selvoppfatning og handling i tråd med Martinussen (2001), og at *vi-følelsen* opprettholdes gjennom normativ solidaritet (Ekeland, 2014).

### 6.3 Balansen mellom tillit og mistillit

Den systemiske tilliten er rammen rundt kommunikasjonen (Eide & Eide, 2017). Funnene under temaet *Knallhard balansegang* skildrer balansegangen mellom makt og avmakt, ideal og realitet, det mellommenneskelige aspektet hånd i hånd med det profesjonelle aspektet, balansen mellom tillit og mistillit.

Ifølge Luhmann (1999) kan man ikke unngå en vurdering ut fra tillitens synsvinkel og risikerer å bli møtt med mistillit eller misforståelse i forhold til sitt ideale selvbylde. Det ideelle selvbylde forstås som å kunne bidra til forbedret psykisk helse hos brukerne, og samtidig inkludere og ivareta barn som pårørende.

Personlig tillit er et spørsmål om selvframstilling mer enn handling. Informantene synes å legge stor vekt på sin selvframstilling for å oppnå tillit som grunnlag for en god relasjon. Psykisk helsearbeider og bruker er komplementært rollepar ved at rollene gjensidig definerer hverandre og er avhengige av hverandre i tråd med Ekeland (2014). Maktforholdet mellom brukeren og psykisk helsearbeideren balanseres gjennom gjensidig tillit hvor begge parter kan holde hverandres selvoppfatning/maske (Goffmann, 1992; Luhmann, 1999). Informantene jobber bevisst for å håndtere spenningsforholdet mellom nærhet og distanse, mellom hjelp og kontroll. Når tilliten er etablert i relasjonen vil det redusere den sosiale kompleksiteten, i tråd med Luhmann (1999), ved at tjenestemottaker og tjenesteyter som system er i balanse. I følge Luhmann (1999) ligger det ikke en plikt i tilliten, men man befinner seg i en normativ sfære som gjør tillitsbrudd mindre akseptable. Det forstås ut fra funnene som at det opparbeides en normativ solidaritet som skaper forventninger til adferd og handling som ikke utfordrer denne solidariteten. Temaet barn ser ut til å utfordre den gjensidige avhengigheten. Informantene opplever ofte at foreldrene ønsker å utelukke temaet fra behandlingen, noe som sett i lys av Eide og Eide (2017) kan føre at den ene bevisst eller ubevisst, vil forsøke å få den andre til å endre seg tilbake slik at systemet blir som før.

Informantene formidler opplevelsen av en indre konflikt og opplevelsen av mistillit når magesfølelsen gjør at de må følge opp spørsmål rundt barna. Funnene tilsier at tilliten derfor oppleves skjør for begge rolleinnhaverne. Informantene vet ikke utkommet av den «risikofylte forud-ytelse». Det tolkes som at temaet barn oppleves som truende av informantene fordi det kan sette relasjonen på spill. Det forstås som at informantene da opplever å ikke lykkes i å overføre sin aksept, anerkjennelse og respekt til klienten, slik at kommunikasjonen trues og blir et hinder for forandring, i tråd med Rogers (1961). Informantene kan på bakgrunn av dette oppleve det som utfordrende å gjensidig opprettholde selvframstillingen eller masken (Goffmann, 1992; Luhmann, 1999). Da tilliten, ifølge Luhmann (1999), kun er gyldig i nåtid vil den kunne tenkes å ikke være til stede lenger noe som vil prege kommunikasjonen mellom dem og forelderens og bli en barriere i arbeidet med barn som pårørende.

Gjennom funnene kan det tolkes som at informantene opplever en *intrarollekonflikt*. Rolleinteressentene som i dette tilfellet vil være de juridiske standarder og brukerens perspektiver kan oppleves å ha ulike forventninger knyttet til rollen som psykisk helsearbeider innehar. Informantene kan oppleve at summen av forventningene er uoverkommelig, i tråd med Ekeland (2014). På bakgrunn av en intrarollekonflikt kan det forstås som at informantene kan se seg nødt til å prioritere normsender, og velge side. Funnene indikerer at informantene prioriterer relasjonen til brukeren så langt det går når de opplever at det å identifisere behov hos barna ikke kan gjøres uten at det kommer i konflikt med rollen opp imot brukeren. Det kan skape en opplevelse av avvik mellom

normer og atferd, mellom *ideal*, å fylle rollen, og *realitet*, å utføre det i tråd med Martinussen (2001). Når det blir tydelig for informantene at barna ikke er tilstrekkelig ivaretatt og de må aksjonere kan det oppleves av informantene som umulig å leve opp til egne faglige idealer (Ekeland, 2014), og føre til en opplevelse av normbrudd.

Ut fra holdninger på systemnivå kan det også være et spørsmål rundt informantenes opplevelse av hvilke oppgaver som inngår i rollen de innehar. Funnene indikerer som nevnt tidligere et individfokus i behandlingen noe som kan gi grunn til å tenke at informantene ikke opplever barn som pårørende som integrert i rollen som behandler. Rolleorienteringen for ulike formål er ulike, med ulike normsendere. Hvis arbeidet med barn som pårørende forstås som en separat rolle og ikke integrert i behandlingen kan det føre til en opplevelse av en *interrollekonflikt/rollestress*. På bakgrunn av det kan funnene tolkes som at informantenes opplevde forutsetninger for å slå sammen rollene ikke er til stede i stor nok grad noe som kan føre til at man velger å prioritere mellom rollene, og gi opp posisjonen opp imot barn som pårørende. Resultatet, uansett hvilken type rollekonflikt informantene opplever anses utkommet å bli det samme ved at relasjonen til forelderen prioriteres inntil magesfølelsen tilsier at det må handles på barnas vegne.

Funnene belyser balansegangen og hvordan belastningen til tider kan oppleves stor og konfliktskapende, i tråd med Ekeland (2014) og Eide og Eide (2017), både for foreldrene og informantene. En av informantene brukte uttrykket paradoks knyttet til utfordringene. Det at vi *vi smertes gjennom våre barn*, slik Else uttrykte det tenkes å være grunnlag for å ønske å ta imot veiledning eller hjelp som foreldre når de føler at de ikke strekker til ved sykdom eller krise. Samtidig vil integrering av barna i behandlingen av foreldrene ha større sannsynlighet for å være vellykket hvis deres foreldrerolle blir inkludert da bekymringer rundt deres evne til foreldreskap vil komme i konflikt med deres evne til tilfriskning (Biebel et al., 2004 referert i Lauritzen et al., 2015). Det opplevde Paradokset og den *knallharde balansegangen* anses ut fra funnene å være sammensatt og knyttet til både systemnivå og individnivå. Utfordringer knyttet til temaet som belyst i tidligere forskning og i denne studien gir grunn til å tenke at det vil stille desto større krav til opplevelsen av et felles verdigrunnlag og opplevelsen av tilstrekkelig støtte i rammer og kompetanse for å møte utfordringene dette temaet ser ut til å innebære. Først når tilliten på systemnivå er opparbeidet i form av tydelige rammer, tenkes det at tilliten vil kunne påvirke delsystemer og tilliten mellom dem og videre ha påvirkning på systemet som helhet, noe som i tråd med Luhmann (1999) vil kunne redusere den sosiale kompleksiteten.

# 7 Konklusjon og avsluttende betraktninger

## 7.1 Konklusjon

Informantene oppleves genuint interessert i å bidra til å støtte brukerne i foreldrerollen, men resultatene fra studien synliggjør at mulighetene for å identifisere og ivareta barn som pårørende sitt behov for informasjon og oppfølging oppleves som begrenset og utfordrende.

Informantene opplever at forventningene knyttet til lovgivningen kan komme i veien for behandlingen når foreldrene engster seg for å snakke om foreldrerollen og barna. De står i en unik posisjon til å kunne ivareta barn som pårørende gjennom sin relasjon til foreldrene, men opplever ikke at de har tilstrekkelig kompetanse til å snakke med brukerne om foreldrerollen eller med barna.

Funnene indikerer at ansvaret er lagt på tjenestene uten å ha en fast rot i organiseringen med tydelige føringer og kompetanseøkning knyttet til arbeidet.

Studien gir grunnlag for å tenke at det forebyggende aspektet i arbeidet med barn som pårørende ikke er tilstrekkelig med tanke på å forebygge, påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser, spesielt der symptomer ikke har gjort seg gjeldende eller der det ikke er koblet på barnevern eller fått fokus fra spesialisthelsetjenesten.

## 7.2 Avsluttende betraktninger

Studien kan tyde på at det kreves en endring på systemnivå, gjennom en felles forståelse og en felles faglig plattform for å få implementert familiefokuset i behandlingen av foreldre med psykiske lidelser. Det er utarbeidet mange gode verktøy, bøker og veiledere om temaet barn som pårørende siden lovendringen, men at nyttegjørelsen forutsetter et fokus fra ledelse og rom for kompetanseøkning. Et større engasjement fra ledere med tydeligere rammer tenkes også ut fra funnene å kunne øke forutsetningen for bedre samarbeid mellom tjenestene i helsesektoren og i behandlingssammenheng. En holdningsendring på systemnivå gjennom et felles kompetanseløft i tjenestene antas å kunne føre til en holdningsendring på individnivå. Det tenkes videre å kunne bidra til å styrke samarbeid både i helsetjenesten og opp imot barnehager og skoler som er tette på barna i hverdagen, med foreldrenes samtykke.

Det bør være lav terskel for samarbeid mellom tjenestene for å skape følelsen av trygghet for familien som helhet gjennom en familiær tilnærming. Det kan tenkes å redusere følelsen av skyld eller skam hos foreldrene slik at det ikke går på bekostning av relasjonen til behandler. Samlokalisering av helsetjenester tenkes også å være en fordel.

Disse betraktningene tenkes ikke minst å gi psykisk helsearbeidere i kommunen bedre forutsetninger for å kunne fortsette å utføre den gode jobben de gjør. For det er ingen tvil om at informantene i denne studien har hjertet med seg i den viktige jobben de utfører.

Det foreligger en del forskning på barns betraktninger av hjelpetilbudet. Det ville ha vært nyttig med forskning som gir innsikt i hvordan foreldre opplever tilnærmingen til temaet

under behandling i kommunen. Også ledere i kommunen sin opplevelse av tilrettelegging for implementering av lovgivningen til tjenestene anses som nyttig.

### 7.2.1 Studiens overførbarhet

Denne studien har ingen allmenngyldig overførbarhet, men funnene kan være gjeldende for ansatte i spesialisthelsetjenesten og andre yrkesgrupper som jobber med foreldre og/eller barn. Studien vil kunne bidra til å forbedre tiltak som styrker mulighetene for å ivareta barn som pårørende. Alle informantene i studien er kvinner. Det kan ha påvirket resultatene med tanke på tilnærming til temaet i møte med brukere. Resultatet av studien må også ta i betraktning at deltakerantallet er lavt og at det er informanter fra kun tre kommuner med tanke på at det er stor variasjon i organiseringen av tjenestene.

At en annen forstår noe mer om sitt eget ut fra denne studien, er i tråd med Malterud (2011), en god indikasjon på overførbarhet.



## Etterord

Er det slik som Kari Killen skriver, at barndommen varer i generasjoner? Min forståelse er «ja». På hvilken måte, i hvilket omfang på godt eller vondt, avhenger etter min mening av mange faktorer. Deriblant psykisk helsearbeideres unike posisjon til å gjøre en forskjell for barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser.

# Referanser

- Andersen, Anders Johan W. (2018). *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Gyldendal akademisk.
- Bjørkum, Per Arne. (2009). *Annerledestenkerne kreativitet i vitenskapens historie*. Universitetsforlaget.
- Departementene. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*.
- Eide, Hilde & Eide, Tom. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal akademisk.
- Ekeland, Tor-Johan. (2014). *Konflikt og konfliktforståelse for helse- og sosialarbeidere*. Gyldendal akademisk.
- Goffmann, Erving. (1992). *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Pax Forlag A/S.
- Halsa, Astrid. (2008). *"Mamma med nerver" : en studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager* [Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap]. Trondheim.
- Haugland, Bente Storm Mowatt, Ytterhus, Borgunn & Dyregrov, Kari. (2012). Barna i sentrum - Hva vil vi løfte frem? I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. Abstrakt.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld. 47 Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *St. Meld 19 «Folkehelsemeldinga»*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende* (Rundskriv IS-5/2010).
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (IS-2076).
- Hjelmseth, Maria & Aune, Tore. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (65521), e-65521.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521>
- Hosman, Clemens M H, van Doesum, Karin T M & van Santvoort, Floor. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-journal for the advancement of mental health AeJAMH*, 8(3), 250-263. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.250>
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Kvelling, Øyvind. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Langeland, Eva. (2011, 2017-11-30). *Salutogenese - teori og praksis*. NAPHA. Hentet 2021-05-09 fra <https://www.napha.no/content/14219/salutogenese---teori-og-praksis>
- Lauritzen, Camilla & Reedtz, Charlotte. (2013). Support for children of service users in Norway. *Art & Science*, 16, 12-18.
- Lauritzen, Camilla, Reedtz, Charlotte, Van Doesum, Karin & Martinussen, Monica. (2015). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 864-871.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-013-9895-y>
- Lauritzen, Camilla, Reedtz, Charlotte, Van Doesum, Karin T. M. & Martinussen, Monica. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14(1), 58.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>

- Luhmann, Niklas. (1999). *Tillid: en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. Hans Reitzels Forlag A/S.
- Malt, Ulrik & Aslaksen, Per. (2021). *Psykiske lidelser*. Store medisinske leksikon. [https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)
- Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*. Universitetsforlaget.
- Martinussen, Willy M. (1984). *Sosiologisk analyse en innføring*. Universitetsforlaget.
- Martinussen, Willy M. (2001). *Samfunnsliv innføring i sosiologiske tenkemåter*. Universitetsforlaget.
- Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Mæland, John Gunnar. (2002). *Forebyggende arbeid: i teori og praksis*. AIT Otta A/S.
- Ose, Solveig Osborg & Kaspersen, Silje L. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (Bd. 2020:01034). SINTEF.
- Osen, Nina Lien, Relling, Marit Hegstad, Overvik, Marit & Glørstad, Torhild. (2015). *Barne- og familiesamtaler i psykisk helsevern for voksne: en praktisk håndbok for helsepersonell og barneansvarlige*. Kommuneforlaget.
- Reupert, Andrea, Maybery, Darryl & Kowalenko, Nicholas. (2012). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment [Article]. *Medical Journal of Australia*, 1(1), 7-9. <https://doi.org/10.5694/mjao11.11200>
- Rogers, Carl R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin Company.
- Ruud, Torleif, Birkeland, Bente, Faugli, Anne, Hagen, Kristine Amlund, Hellman, Anders, Hilsen, Marit, Kallander, Ellen Katrine, Kufås, Elin, Løvås, Maren, Peck, Gro Christensen, Skogerbø, Åshild, Skogøy, Bjørg Eva, Stavnes, Kristin, Thorsen, Eivind & Weimand, Bente M. (2015). *Barn som pårørende: resultater fra en multisenterstudie*. Akershus universitetssykehus HF, i samarbeid med Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF Stavanger universitetssykehus, Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør, BarnsBeste.
- Schjødt, Britt Randi Hjartnes, Onsøien, Ragnhild & Hoel, Anne Kari. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Universitetsforl.
- Torvik, Fartein Ask & Rognmo, Kamilla. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (2011:4). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- van Doesum, Karin. (2015). Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Fagbokforlaget.
- Ytterhus, Borgunn. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. Abstrakt.

# Vedlegg

1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
2. Intervjuguide
3. Godkjenning fra NSD

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***“Helse- og omsorgspersonells muligheter for ivaretagelse av barn som pårørende gjennom oppfølging av foreldre med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om helse- og omsorgspersonells muligheter for ivaretagelse av barn som pårørende gjennom samtaler med foreldre med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Studiens formål er å få økt kunnskap om helse- og omsorgspersonell i primærhelsetjenesten sine opplevelser og erfaringer knyttet til mulighetene for ivaretagelse av barn som pårørende gjennom samtaler med foreldre med psykiske lidelser. Etter at helsepersonelloven §10a trådte i kraft i januar 2010 vet vi lite om hvordan arbeidet oppleves av helsepersonell i kommunene. Problemstillingen er:

*Hvordan opplever helse- og omsorgspersonell i primærhelsetjenesten at de gjennom samtaler med foreldre med psykiske lidelser får ivaretatt barns behov for informasjon og oppfølging?*

Studien er en masterstudie i psykisk helse ved NTNU.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

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

Helse- og omsorgspersonell som følger opp voksne med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten forespørres om å delta i studien. Inntil åtte personer ønskes rekruttert. Studien har blitt godkjent av NSD-Norsk senter for forskningsdata. Din kontaktinformasjon er gitt undertegnede av avdelingsleder etter samtykke til å utføre studien ved avdelingen.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, vil du bli intervjuet om hvordan du opplever at samtaler med foreldre med psykiske lidelser gir muligheter for å ivareta barn som pårørende. Spørsmålene vil være knyttet til tema som rolle, samtaler med brukeren som forelder, samarbeid med andre yrkesgrupper. Intervjuet vil vare i omtrent en time og bli tatt opp på lydbånd. Lydfilen vil bli slettet etter transkribering av intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene formidlet i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun undertegnede (masterstudent og veileder) som har tilgang til opplysningene. Personopplysninger vil holdes innelåst og atskilt fra lydfil og transkripsjon som blir lagret på kryptert minnepinne.

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

Ved prosjektets slutt vil forskningsdataene anonymiseres. Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 15.05.2021.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler personopplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) har NSD-Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med Andrea Lucie Gjemse på telefon 47253599 eller e-post [andrelg@stud.ntnu.no](mailto:andrelg@stud.ntnu.no). Veileder Heidi Hjelmeland kan kontaktes på telefon 73591883 eller e-post [heidi.hjelmeland@ntnu.no](mailto:heidi.hjelmeland@ntnu.no).

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

Personvernombud NTNU: Thomas Helgesen, e-post [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no) eller telefon 93079038.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

(Veileder)

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Helse- og omsorgspersonells muligheter for ivaretagelse av barn som pårørende gjennom oppfølging av foreldre med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, mai 2021.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjuguide

## Semistrukturert individuelt intervju

### Introduksjon

Takk for at du stiller opp til dette intervjuet. Jeg ønsker med intervjuet å få innsikt i dine opplevelser og erfaringer knyttet til barn som pårørende i oppfølgingen av foreldre med psykiske lidelser. Jeg har med samtykkeerklæringen og du har mulighet til å lese gjennom og stille spørsmål ved behov. Jeg har en lydopptaker som jeg vil slå på når vi starter intervjuet. Den vil slås av når intervjuet er over. Minner om taushetsplikt angående personer som omtales i intervjuet og ber om at ingen omtales ved navn. Er det noe du lurer på før vi begynner?

### Informanten

*Kan du fortelle litt om hvordan du opplever din rolle knyttet til barn som pårørende i arbeidshverdagen?*

- Opplever du at det er fokus på barn som pårørende i tjenesten? Lagt til rette for oppdatering av kunnskap på feltet?
- Opplever du at det er utarbeidet gode rutiner knyttet til arbeidet?

### Å møte brukeren som forelder

*Kan du fortelle om en samtale med en forelder hvor barnas situasjon knyttet til mors/fars sykdom var tema?*

- Hvordan opplever du mulighetene til å møte brukeren som forelder?
- Hva opplever du at fremmer en samtale med forelder om barna?

*Har du et eksempel på at barna har fått tilbud om en samtale med dere alene eller sammen med forelder?*

- Hvordan opplevde du samtalen?

*Hvilke erfaringer har du med å tilby veiledning og støtte til familien som helhet?*

### Samarbeid

*Har du et eksempel på en samtale som førte til at samarbeid med andre yrkesgrupper ble ansett som nødvendig med tanke på barna?*

- Føler du at du får hjulpet barna og foreldrene til videre oppfølging ved behov for det?
- Hvem samarbeider du mest med?



## Vedlegg 2

- Hva gjør du hvis forelderen ikke ønsker at barnet skal få oppfølging?

### Ved behov for oppfølgingsspørsmål. Eksempler.

«Du nevnte at (gjentar det viktigste ordet i svaret)...»

Har jeg forstått deg riktig...?

Hvilke tanker har du rundt det?

Hva tenker du kan være årsaken til det?

Hva skjedde etterpå?

### Avrunding

Har du noe å tilføye før vi avslutter? Da slår jeg av lydopptakeren. Takk for at du stilte opp!

# NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Helse- og omsorgspersonells muligheter for ivaretagelse av barn som pårørende gjennom oppfølging av foreldre med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten.

**Referansenummer**

832147

**Registrert**

13.03.2020 av Andrea Lucie Gjemse - andrelg@stud.ntnu.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for psykisk helse

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

Heidi Marie Hjelmeland, heidi.hjelmeland@ntnu.no, tlf: 73591883

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Andrea Lucie Gjemse, andrelg@stud.ntnu.no, tlf: 47253599

**Prosjektperiode**

15.05.2019 - 15.05.2021

**Status**

11.05.2021 - Avsluttet

**Vurdering (2)****03.12.2020 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 03.12.2020.

Vi har nå registrert 15.05.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere utvidelse av den opprinnelige sluttdato (01.12.2020), må vi vurdere hvorvidt det skal gis ny informasjon til utvalget.

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: Marita Ådnes Helleland

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

**17.03.2020 - 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

## Vedlegg 3

dokumentert i meldeskjemaet 17.03.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2020.

### INFORMANTENES TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er helse- og omsorgsarbeidere, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

### 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 viderebehandles 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 som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

### Vedlegg 3

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 eventuelt 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: Marita Ådnanes Helleland

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

