

Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende

Maria Hjelmseth

Spesialsykepleier
SOS International, Sykehuset Namsos (under studien)

Tore Aune

Psykolog og førsteamanuensis
Bufetat, region Midt-Norge og Nord universitetet

Barn

Helsepersonell

Kvalitativ studie

Psykisk helse

Pårørende

Sykepleien Forskning 2018 13 (65521) (e-65521)
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2018.65521

Sammendrag

Bakgrunn: Ifølge Folkehelseinstituttet lever 290 000 barn i familier der minst én av foreldrene har et moderat alkoholmisbruk eller psykisk sykdom. Forskning gjennom flere tiår har vist klare sammenhenger mellom psykisk syk eller rusmisbrukende forelder eller foresatt og psykiske skadevirkninger hos barna. Videre viser flere rapporter og studier svikt og vanskeligheter i arbeidet med å ivareta barn som pårørende. I 2010 ble det innført nye lovparagrafer som skal sikre at barn som pårørende til pasienter i spesialisthelsetjenesten blir bedre ivaretatt.

Hensikt: Å undersøke hvordan helsepersonell som har et spesielt ansvar for arbeidet med barn som pårørende, opplever og erfarer arbeidet.

Metode: Studien undersøkte gjennom dybdeintervjuer hvordan helsepersonell opplevde å arbeide med barn som pårørende. Dataene er analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering.

Resultat: Informantene synliggjør en rekke praktiske utfordringer i arbeidshverdagen. Blant annet har de vanskeligheter med å få foreldre til å forstå hvordan deres psykiske tilstand påvirker barna. Videre fremkommer det at helsepersonellet har problemer med å motivere foreldrene til å motta hjelp til foreldrerollen. De møter store utfordringer i arbeidet med barn som pårørende, der mangel på tid til å utføre lovpålagte oppgaver trekkes frem som en sentral faktor.

Konklusjon: Studien indikerer at helsepersonell som arbeider med barn som pårørende, trenger tydeligere rammer i arbeidet og mer tid til pårørendearbeidet.

Det er påvist en klar sammenheng mellom det å vokse opp med psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre og skadevirkninger hos barna (1–5). Det er risiko for at foreldrenes psykiske eller rusrelaterte vansker påvirker deres funksjon som forelder, og dermed negativt påvirker miljøet barna oppholder seg i (1, 3, 6).

Ifølge Folkehelseinstituttet (1) ser det ut til å være nærmest 100 prosent større risiko for at barn av psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre skal oppleve negative hendelser i oppvekstmiljøet, sammenliknet med barn som ikke vokser opp med psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre.

Den økte risikoen for at barna skal oppleve negative hendelser, avhenger både av lidelsens karakter, alvorlighetsgraden av foreldrenes psykopatologi og barnas alder ved sykdomsdebut. Den avhenger også av hvorvidt begge foreldrene er syke (1, 4, 6). Depresjon har vist å gi foreldrene sviktende evne til å forstå barnas signaler og deres behov for tilstedeværelse og trygghet (1, 2, 6).

«Om lag 290 000 barn i Norge har minst én forelder med moderate psykiske plager eller rusmisbruk.»

Andre stemningslidelser og rusmisbruk kan skape en uforutsigbar atferd hos foreldrene som skremmer barna (4, 5). Det kan oppstå et negativt emosjonelt klima i hjemmet med hyppige konflikter (7). Slike faktorer skaper vedvarende stressorer, som igjen har negativ innvirkning på hjernens utvikling og gir økt sjanse for å utvikle lærevansker, atferdsproblemer og redusert fysisk og psykisk helse senere i livet (8).

Beregninger fra Folkehelseinstituttet (1) viser at om lag 290 000 barn i Norge har minst én forelder med moderate psykiske plager eller rusmisbruk. Det er derfor høyt prioritert å kunne tilby forebyggende og hjelpende tiltak til familier med rusmisbruk og psykiske lidelser blant foreldrene (9, 10).

Satsing fra regjeringen og nye lovparagrafer

Etter hvert fikk vi mer kunnskap om omfanget av skjevutvikling og den økte risikoen for skjevutvikling barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre har. Barne- og familiedepartementet satte i gang en utredning av hvilken oppfølging disse barne får. Resultatet var tre rapporter (11–13). De konkluderte alle med at til tross for kunnskap om risikofaktorer, fikk barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre et tilfeldig, uforutsigbart og lite helhetlig helsetilbud.

Rapportene resulterte i regjeringens økonomiske satsingsperiode fra 2007 til 2010. Satsingen omhandlet både kompetansehevende og administrative tiltak i tillegg til langsiktig hjelp gjennom tiltak og tidlig intervensjon som skal komme barna til gode (14). Mot slutten av satsingsperioden ble det vedtatt nye lovparagrafer som trådte i kraft 1. januar 2010: i hovedtrekk helsepersonelloven § 10 a (15) og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a (16).

Disse lovene definerer pasientenes barn som pårørende og pålegger alle avdelinger i spesialisthelsetjenesten å ha et eget barneansvarlig helsepersonell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn. Lovene er ment å utfylle hverandre og har som formål å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen (10, 14).

Mangelfullt arbeid med barn som pårørende

Etter at satsingsperioden var over og de nye lovparagrafene implementert, indikerer nyere undersøkelser at arbeidet for barn som pårørende fortsatt ikke er tilstrekkelig ivaretatt. I en oversiktsrapport fra 2012 (14) påpeker Helsedirektoratet at et begrenset antall barn og unge har benyttet tiltakene som ble til etter satsingsperioden.

Mangelfull registrering av pasientenes barn viser at det går langsommere enn ønsket å implementere de nye lovparagrafene til klinisk praksis (17, 18). Tidligere studier har påpekt barrierer i arbeidet for barn som pårørende og svikt i samhandlingen mellom ulike etater (19–22).

En norsk multisenterstudie påpeker manglende samarbeid og koordinering som et eksisterende problem (22). Ett av hovedfunnene i denne studien er at spesialisthelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende.

Hensikten med studien vår er å få mer kunnskap om hvordan helsepersonell med ansvar for barn som pårørende opplever arbeidet med å identifisere behov hos familien og igangsette hjelp for familien.

Metode

Design og utvalg

Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Vi benyttet en eksplorerende metode (23) for å forstå og beskrive hvordan de som arbeider med pasienter og pårørende barn, opplever og forstår arbeidet sitt. Ved å forsøke å sette til side sin egen forhåndskunnskap om temaet søker man å studere hvordan verden erfares for subjektet, og derav generere kunnskap om området (23).

Vi søkte etter informanter med erfaring fra arbeid med barn som pårørende. Inkluderingskriteriene var å ha en ansvarsposisjon og personlig erfaring fra arbeid med barn av psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre. Til sammen sju informanter danner kunnskapsgrunnlaget. Fem av informantene hadde rollen som barneansvarlige etter de nye lovparagrafene fra 2010, mens to av informantene hadde tidligere erfaring fra arbeid med barn som pårørende.

En del av utvalget ble satt sammen ved hjelp av «snøballmetoden» (24). Ved å spørre hver informant om andre mulige informanter med erfaring fra slikt arbeid, fikk førsteforfatteren kjennskap til andre fagpersoner innenfor fylke 1. For fylke 2 fikk vi kontaktinformasjon fra helseforetakets forskningsavdeling om aktuelle informanter etter inkluderingskriteriene.

Vi inviterte informantene personlig via informasjonsskriv per e-post med påfølgende telefonsamtale. Av de inviterte takket én nei til å delta. Utvalget besto av fire kvinner og tre menn i alderen 38–65 år, med utdanning som spesialsykepleier, sykepleier, vernepleier og spesialpedagog.

Informanter fra både voksenpsykiatrisk sengepost og poliklinisk avdeling ble inkludert. Fire informanter hadde over fem års erfaring fra arbeid med barn som pårørende, mens én hadde to års erfaring.

Datainnsamling

Vi foretok datainnsamlingen gjennom individuelle dybdeintervjuer av ansatte fra fire forskjellige arbeidssteder i Midt-Norge. En semistrukturert intervjuguide med en fenomenologisk tilnærming dannet utgangspunkt for intervjuene (24).

Intervjuguiden hadde fire hovedtemaer: 1) hvordan ser arbeidshverdagen ut, 2) erfaringer med barne- og foreldrekontakt, 3) erfaringer og opplevelser rundt det å formidle hjelp, og 4) opplevelse av å nå frem med hjelp. Intervjuformen var fleksibel og gjorde det mulig med oppfølgingsspørsmål for å få mer dybde og forståelse.

Intervjuene ble utført av førsteforfatteren på informantenes arbeidssted i deres arbeidstid. Førsteforfatteren intervjuet informantene på et egnet møterom eller på kontoret deres. Hun benyttet båndopptaker, og alle intervjuene ble nedskrevet til tekst rett etterpå. Intervjuene varte fra 45 til 85 minutter.

Analyse

Til å analysere datamaterialet brukte vi Malteruds (25) systematiske tekstkondensering. Analyseformen er en deskriptiv, tverrgående analyse gjennom fire trinn med dekontekstualisering og rekontekstualisering. De første to trinnene er fenomenologisk forankret. De to siste bruker også tolkning og den hermeneutiske sirkel gjennom en analytisk vandring mellom helhet og del til ny forståelse utvikles.

I første trinn leste vi gjennom alle de transkriberte intervjuene i sin helhet, der vi fokuserte på å lytte til fortellingen. I trinn to benyttet vi et dataprogram for kvalitativ analyse, MAXQDA 11. Det meste av teksten ble merket til meningsbærende enheter med forskjellige koder ut fra hvordan utsagnene besvarer problemstillingen.

I tredje trinn kondenserte vi de meningsbærende enhetene innenfor hvert tema til kortere setninger med samme meningsinnhold (se vedlegg). Likheter og ulikheter i informantenes opplevelse ble da identifisert. I det siste trinnet sammenfattet vi den kondenserte teksten parallelt med at vi gikk tilbake til råmaterialet og undersøkte helheten som tekstsekvensen var tatt ut av.

Etikk og personvern

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og forsknings- og utviklingsavdelingene ved Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Vi inviterte informantene personlig, slik at ingen andre enn studiens forfattere kjenner deltakernes identitet. Vi ivaretok konfidensialiteten ved å slette lydopptak etter at de var transkribert, og etter at informantenes hadde godkjent tekstdokumentet.

Vi etterstrebet å anonymisere stedsnavn eller andre spesielle faktorer som kan være gjenkjennende. Samtykkeskjema og krypteringsnøkkel ble oppbevart atskilt fra datamaterialet og lagret etter gjeldende retningslinjer.

Resultater

Mangel på informasjon om tidsbruk

Informantene manglet en tydelig presisering av hvor mye tid de skulle vie til ansvarsrollen og pårørendearbeid. Ansatte med rolle som barneansvarlig hadde en sykepleier- eller vernepleierstilling hvor det nye «ansvarsvervet» var lagt på toppen av det vanlige arbeidet i grunnstillingen som sykepleier eller vernepleier: «Det er jo ikke noe prosent. Det er jo bare noe som skal gjøres i tillegg.»

De barneansvarlige hadde ingen reduksjon av ordinære arbeidsoppgaver. De hadde heller ikke fått veiledning om forventet tidsbruk på arbeidsoppgaver som barneansvarlig personell: «Det er vanskelig å si hvor mye tid som går til barneansvarligrollen. Det er jo ikke sagt fra ledelsen hvor lang tid vi skal bruke på det.»

I tillegg til de praktiske utfordringene med å finne nok tid, oppga informantene at de følte seg usikre på forventninger til både dybde og omfang av arbeidet. For eksempel var de usikre på hvor hardt de skulle prøve eller hvor lenge de skulle jobbe med motivering.

De barneansvarlige fortalte at de allerede hadde det travelt i grunnstillingen som sykepleier og vernepleier, og at ansvaret derfor ga store prioriteringsutfordringer: «Egentlig er det ganske mye annet, i og med at en har flere pasienter og har med det mange oppgaver. Så det kan være at det blir litt for mye, og da tror jeg at barn får litt mindre fokus. Eller ikke mindre fokus, men den tiden som ikke strekker til.»

Spesielt de ansatte på sengepost følte seg presset på tid. Ansatte i poliklinikk følte i større grad at de fikk tid til å snakke med sine egne pasienter om barna deres. Men de påpekte at det var en utfordring at de ikke hadde oversikt over andre enn sine egne pasienter, og at det var vanskelig å få til møter med andre barneansvarlige: «Det er jo en litt ensom posisjon.»

Foreldrene vegret seg for å søke hjelp

Alle informantene i studien vår opplevde ofte at foreldrene vegret seg for å snakke om hjemmesituasjonen, barna og foreldrerollen. En av grunnene kunne være at mange foreldre ikke har kunnskap om og forståelse for hvordan egen lidelse påvirker barna: «De tror ofte det at barn ikke skjønner, eller barn ikke vet. Men barn vet jo mer enn vi tror, da.»

En informant fortalte om et eksempel der en mor hevdet å være en bedre mor når hun var ruset, enn når hun var edru. Informantene fortalte også at mange foreldre tror at barna ikke merker om de gråter eller inntar moderate mengder rusmidler.

Noen informanter skildret at arbeidet var «tungt å komme videre med», og at det derfor kunne stagnerer der: «Jeg prøver jo å ordne samtaler på pårørendesenteret eller noe annet. Av og til er det jo det at de ikke møter opp. At de liksom ikke har et behov.»

Redselen for barnevernet var en annen årsak til at foreldrene vegret seg for å snakke om barna. Derfor avfeide ofte pasientene raskt spørsmål med å si at alt er ok: «Noen sier at barna har det bare bra, og så ferdig med det. Men så viser det seg at det kan være ganske mange ting de har opplevd.»

«Det er gjerne de som ikke er bekymret for barna, som det er vanskeligst å komme i kontakt med.»

(Informant)

Foreldrenes redsel og vegring var en stor utfordring for alle informantene. Noen opplevde også at vegringen hindret dem i å få formidlet videre hjelp til familien. Samtidig var det mange ganger vanskelig å vurdere hvilke tilfeller som var så alvorlige at de måtte sende bekymringsmelding til barnevernet.

Flere av informantene fortalte at det ikke var de pasientene som fremsto som mest bekymret for barna sine, som vekket mest bekymring. De som var mest bekymret, var åpne for å søke hjelp og få endret situasjonen. En informant sa det slik: «Det er gjerne de som ikke er bekymret for barna, som det er vanskeligst å komme i kontakt med. Om det da handler om at de er såpass klar over det, at de er kjemperedde for å få avdekket noe.»

Noen informanter beskrev situasjonen på denne måten: «Det er en slik bekymring jeg tar med meg hjem.» Andre beskrev hvordan de måtte bruke lang tid på å trygge forelderen og oppnå forståelse før forelderen åpnet seg og ønsket å drøfte situasjonen rundt barna og mulige hjelpetilbud.

Utfordringer i samhandling med andre hjelpeinstanser

Informantene som hadde rollen som barneansvarlig på toppen av stillingen som miljøterapeut eller poliklinisk behandler, hadde et minimalt samarbeid med andre instanser om hjelpearbeidet for barn som pårørende: «Vi kan jo gi brosjyrer om de kommunale tiltakene. Men det er kun å gi brosjyrer, ikke direkte kontakt med kommunen. Så blir det mer opp til foreldrene å ta den kontakten.»

Gjennom tilbudet om spørre- og informasjonssamtale for familien får foreldrene god veiledning i hvordan de kan prate med barna, og hvordan de kan søke videre hjelp. Men det er primært foreldrene som må ta initiativ til å kontakte andre hjelpeinstanser.

Flere informanter uttrykte at det sjelden blir mer enn den ene spørre- og informasjonssamtalen, og at de mister oversikt over hvorvidt familien blir fulgt opp videre. Det kom frem at når de har direkte kontakt med annen instans, er det hovedsakelig i form av bekymringsmelding til barnevernet.

Flere informanter fortalte at til tross for at de har god erfaring med å jobbe med foreldre og barn som pårørende, føler de at de har liten innsikt i hvordan hjelpearbeidet fungerer utenfor avdelingen.

En informant savnet en helhetsfølelse rundt hjelpearbeidet: «Jeg føler på en måte at vi ligger inni en kjerne, som heter sykehuset, med et slikt stort apparat rundt omkring. Jeg vet jo ikke hva de alle gjør. Det blir som en bit her og en bit der, og hvor er egentlig helheten?»

En annen informant sa følgende: «Det er som vi sitter på hver vår øy, og ikke helt vet hva som foregår på den andre.» Kun en av informantene fortalte om en tett dialog med hjelpeinstanser utenfor avdelingen, der disse instansene ble benyttet aktivt. Informanten sa som følger: «Det kommer an på hvordan en spør, og hvor godt en forklarer forelderen rundt det. Bruker tid.»

Informanten forklarte videre hvordan det å få til et godt samarbeid krever en tett dialog med hjelpeinstanser lokalt. Vedkommende forklarte også hvor tidkrevende det er å etablere god kontakt, og hvordan et tett samarbeid vil være nærmest umulig for en som samtidig arbeider på sengepost eller har faste pasienttimer i løpet av dagen.

Diskusjon

I denne studien utførte alle barneansvarlige sin lovpålagte plikt til å registrere hvorvidt pasienten har barn, men helsepersonellet møter en rekke utfordringer i arbeidet sitt.

Ifølge Helsedirektoratet (10) er formålet med de nye lovparagrafene å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Det å identifisere pårørende barn er et omfattende arbeid som ikke bare handler om å registrere antall barn med syke foreldre, men også kartlegge barnets livssituasjon og hjelpebehov (9, 10, 14).

Mangler definert tidsramme

Informantene fortalte at det ofte er barneansvarlige som gjennomfører informasjonssamtalen med foreldre og barn. I tillegg har de barneansvarlige ansvaret for å veilede og følge opp annet helsepersonell, være kunnskapsoppdaterte og ha oversikt over aktuelle hjelpetilbud (10). Selv om veiledere og retningslinjer oppfordrer til å gi tid og rom til å utøve ansvarsrollen, fortalte informantene at det ikke fungerte like godt i praksis.

Årsaken er at rollen som barneansvarlig kommer i tillegg til andre faste oppgaver vedkommende har. Dette tilleggsansvaret samsvarer med funnene i en annen studie (26) og bidrar til å forklare informantenes opplevelse av usikkerhet om forventet tidsbruk på arbeidet. Når ansvarsrollen ikke har en definert tidsramme, vil arbeidsmengden ellers i avdelingen påvirke hvor mye tid den ansatte har tilgjengelig til barnefokuset arbeid.

Tidligere studier viser at det er tilfeldig styrt hvor mye helsepersonellet engasjerer seg i barneperspektivet. Variasjoner forekom blant annet ut fra helsepersonellens alder, kjønn og utdanningsnivå (18, 19). Det er uheldig med variasjoner i fokusering på barneperspektivet i kombinasjon med manglende definerte tidsrammer for arbeidet. Disse faktorene kan forsterke hverandre og gjøre at det er tilfeldig hvilken hjelp barn som pårørende får.

Ikke tilstrekkelig veiledning

Implementeringen av barne- og familieperspektivet i voksenpsykiatrien krever at søkelyset endres fra å være individorientert til å bli familieorientert (20).

Informantene uttrykte et ønske om å lykkes i arbeidet og tok med seg bekymringer hjem, der de følte at de ikke fikk gjort nok for familien. Når nye oppgaver skal inkluderes i en arbeidshverdag, er god kommunikasjon fra ledelsen viktig for å lykkes (27).

Enten må arbeidsoppgavene i praksis være forståelige og tydelige, eller den ansatte må vite hvor mye tid som skal tillegges den nye oppgaven. Informantene fortalte om manglende veiledning, for eksempel i hvor mye tid som var fornuftig å bruke på arbeidet, og hvordan de skulle tilrettelegge for å få nok tid.

Denne mangelen på veiledning samsvarer med funn fra multisenterstudien (22) og kan indikere en svikt i implementeringsarbeidet på ledelsesnivå. Usikkerhet om tidsbruk vil også skape usikkerhet rundt omfanget og dybden av arbeidet.

Uklar hjemmesituasjon gjør arbeidet vanskelig

Informantene snakket om utfordringer med foreldre som avviser at de har behov for hjelp, og opplevelsen av at det gjerne er dem som trenger hjelpen mest. Helsepersonellet var bekymret for disse utfordringene. Barns lojalitet overfor foreldrene kan gjøre at barnet er med på å skjule at forelderen sliter (28). Både barn og foreldre kan kjenne skam og stigmatisering over å føle seg annerledes, noe som vil bidra til å legge lokk på temaer om hjemmesituasjonen (29, 30).

Det er derfor ikke mulig å se på et barn om det har en god eller vanskelig hjemmesituasjon, og det vil være nødvendig å bruke tid i samtale med familien for å avdekke om det er behov for videre hjelp. Helsepersonellet må få anledning til å kartlegge risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for å vurdere om det er behov for videre oppfølging. Flere informanter fortalte om hvordan hjelpen stopper når foreldrene ikke ser noe behov for hjelp.

«Når de er usikre på hvor mye tid de skal bruke på oppgavene, blir de også usikre på hvor omfattende en kartlegging av barnas situasjon skal være.»

Disse funnene samsvarer med funn fra andre studier (20, 21). Ifølge Maybery og Reupert (21) er det en barriere i arbeidet med barn som pårørende at pasienten selv ikke erkjenner problemet. Når de er usikre på hvor mye tid de skal bruke på oppgavene, blir de også usikre på hvor omfattende en kartlegging av barnas situasjon skal være. Er for eksempel situasjonen kartlagt når forelderen svarer at barna har det bra, eller skal helsepersonellet fortsette å stille spørsmål?

De er dessuten usikre på hvorvidt de gir tilstrekkelig informasjon til foreldre og barn. Får alle nok informasjon på en klokke time? Og ikke minst fører usikkerhet rundt tidsbruk også til usikkerhet om hvorvidt helsepersonellet skal fortsette å motivere forelderen til å delta i et hjelpetilbud, selv om vedkommende takket nei første gangen. En slik usikkerhet kan føre til at foreldrenes vegring for å snakke om hjemmesituasjonen blir en reell hindring for å hjelpe barna.

Ikke alle benytter tiltakene

De potensielt mange og alvorlige skadevirkningene vi ser hos barn som har levd med psykisk syke og rusmisbrukende foreldre (1), gjør det avgjørende å få flere av disse barna til å delta i forebyggende intervensjoner (14, 30–32). I de senere årene er det etablert en rekke hjelpeprogrammer og tilbud rettet mot barn som pårørende av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre.

Ifølge Kallander og medarbeidere (14) er det likevel bare et begrenset antall barn og unge som har benyttet tiltakene som ble til etter satsingsperioden. Mulige årsaker kan være for stor tro på barnevernet som primærtiltak, begrenset grad av brukermedvirkning og manglende samhandling om barn som pårørende (14).

Disse tre faktorene samsvarer med de utfordringene informantene omtalte. Informantene har en viss oversikt over kommunale tilbud, men har ingen kontakt eller noe samarbeid med disse hjelpetiltakene. Når barneansvarlige først henviser foreldrene til annen kommunal instans, er det hovedsakelig barnevernet som kontaktes, noe som bekymrer mange foreldre.

Ansatte mangler klare rammer

Helsepersonell som skal ivareta barnas behov for informasjon og sørge for nødvendig oppfølging, opplever tidspress i arbeidshverdagen og er usikre på hvor mye tid de kan vie til denne viktige oppgaven. Denne usikkerheten indikerer at de mangler rammer for arbeidet. Dersom ønsket om brukermedvirkning skal bli oppfylt, vil det være nødvendig å bruke tid i samtaler med foreldrene for å komme frem til egnet nivå for videre hjelp.

Helsepersonellet vil også trenge mer tid til å holde seg faglig oppdatert og gjøre seg kjent med lokale hjelpeprogrammer (10). De vil ha behov for å rådføre seg med andre fagpersoner i aktuelle situasjoner som vekker bekymring. Informantene følte seg ensomme i ansvarsrollen, noe som også indikerer at rammene for arbeidet ikke er tydelige nok.

«Tid fremstår også som en viktig rammefaktor for å oppnå trygghet og forståelse og en god allianse i direkte kontakt med pasienten.»

Et koordinerende arbeid forutsetter å ha tid til å ta telefoner og delta i møter med andre aktører innen hjelpearbeidet. Tid fremstår også som en viktig rammefaktor for å oppnå trygghet og forståelse og en god allianse i direkte kontakt med pasienten. Det kan være avgjørende for hvorvidt foreldrene lar barna eller familien delta i en forebyggende intervensjon (33).

Mangel på definerte tidsrammer til dette arbeidet kan være en årsak til at informantene opplevde å ha liten mulighet til å medvirke i videre hjelp utenfor spesialisthelsetjenesten. For lite tid kan også være grunnen til at relativt få familier blir overført til andre hjelpetiltak utenfor spesialisthelsetjenesten (14). Studier har vist at hjelpetilbud i større grad benyttes når personalet får fristilt tid til pårørendearbeid (22, 34).

Metodiske overveielser og begrensninger

Utvalget bygger på et begrenset antall informanter, og dermed kan vi ikke trekke generelle konklusjoner. Dybdeintervjuene ga oss en dybdeforståelse av informantenes utfordringer i arbeidslivet. Studien viser at informanter fra ulike arbeidssteder har flere sammenfallende opplevelser. Det informantene har beskrevet, kan derfor ha overføringsverdi til samme praksis andre steder der de arbeider med barn som pårørende.

Konklusjon

Resultatene fra studien vår synliggjør utfordringene som helsepersonell møter i arbeidet med psykisk syke eller rusmisbrukende pasienter som har barn. Informantene fremstår som genuint interesserte i å hjelpe familier som har behov for hjelp med barna, men de møter hindringer når foreldrene engster seg for å snakke om barna og foreldrerollen.

For å få gitt informasjonssamtaler til barna eller annen videre hjelp skildrer informantene et krevende arbeid som ofte innebærer at de må veilede forelderen i å forstå deres egen lidelse og hvordan vedkommende kan påvirke barna. Ansatte på sengepost og i poliklinikk har fra før en travel arbeidshverdag. Når de ikke har noen klare føringer for hvor mye tid de kan eller bør bruke på barnefokustert arbeid, skaper det usikkerhet hos flere av informantene.

Der noen oppnådde trygghet og forståelse slik at forelderen takket ja til videre oppfølging av familien, opplevde andre at de ikke nådde frem med hjelp til familien, selv om de mente det var behov for videre oppfølging. Summen av disse forholdene indikerer at det barnefokusterte arbeidet mangler tydelige rammer, og at det blir tilfeldig hvilken hjelp barn som pårørende får.

Vi vil takke akuttpsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Namsos, som har bidratt til at vi fikk gjennomført studien vår. Også takk til professor Ottar Ness ved NTNU og Nord universitet og stipendiat Anne Kristine Bergem ved Nord universitet for innspill til manuskriptet.

Referanser

1. Torvik FA, Rognum K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2011:4
2. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: A review over the past 10 years. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998;37(11):1134-41

3. Eley TC, McAdams TA, Rijdsdijk FV et al. The intergenerational transmission of anxiety: A children-of-twins study. *The American Journal of Psychiatry*. 2015;172(7):630-7.
4. Mohaupt H, Duckert F. Barn av rusmisbrukere – drøfting av sentrale risikofaktorer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2010;47(5):408-14.
5. Clark DB, Cornelius J, Wood DS, Vanyukov M. Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(4):685-91.
6. Killén K, Olofsson M. Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget; 2003.
7. Repetti RL, Seeman TE, Taylor SE. Risky families: Family environment and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*. 2002;128(2):330-6.
8. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):232-46.
9. Mayberry D, Ling L, Szakacs E, Reupert A. Children of parent with a mental illness: Perspectives on need. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2005;4(2):78-88.
10. Helsedirektoratet. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. Rundskriv IS-5/2010.
11. Aamodt LG, Aamodt I. Tiltak for barn med psykisk syke foreldre. Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2005.
12. Solbakken BH, Lauritzen G. Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Rapport nr. 1/2006.
13. Solbakken BH, Lauritzen G, Lund MKØ. Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Rapport nr. 5/2005.
14. Kallander EK, Brodal L, Kibsgård H. Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007-2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. IS-2011.

15. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_13?q=helsepersonelloven (nedlastet 31.01.2018).
16. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_ (nedlastet 31.08.2018).
17. Reedtz C, Mørch L, Lauritzen C. Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? Nordisk sygeplejeforskning. 2015;4(1):36–45.
18. Lauritzen C, Reedtz C, Van Doesum K, Martinussen M. Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. Journal of Child and Family Studies. 2015;24(4):864–71.
19. Korhonen T, Pietila AM, Vahvivalinen-Julkunen K. Are the children of clients visible or invisible for nurses in adult psychiatry? Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2010;24(1):65–74.
20. Maybery D, Reupert A. Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(8):657–64.
21. Maybery D, Reupert A. Parental mental illness; a review of barriers and issues for working with families and children. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing. 2009;16(9):784–91.
22. Ruud T, Birkeland B, Faugli A et al. Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF; 2015.
23. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
24. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervjuet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
25. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
26. Svalheim A-K, Steffenak AKM. Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12(1):2–18.

27. Bernstrøm VH. Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren – hvorfor går det ofte galt. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*. 2014;6(1):12–21.
28. Gjertsen PÅ. *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
29. Fjone HH, Ytterhus B, Almvik A. How children with parents suffering from mental health distress search for «normality» and avoid stigma. To be or not to be ... is not the question. *Childhood*. 2009;16(4):461–77.
30. Stamnes JH, Haukø BH. Psykisk sykdom og barnas situasjon – Barnas Time – en intervensjonsmulighet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*. 2014;02–03:136–45.
31. Foster K, O'Brien L, Korhonen T. Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012;21(1):3–11.
32. Reedtz C. Foreldreveiledning fremmer barn og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2012;49(12):1174–9.
33. Van Doesum K, Riebschleger J, Carrol J, Grové C, Lauritzen C, Mordoch E et al. Successful recruitment strategies for prevention programs targeting children of parents with mental health challenges: An international study. *Child & Youth Services*. 2016;37:156–74.
34. Selbekk AS. Utvidet oppfølging av barn og pårørende i spesialisert rusbehandling: evaluering av prosjektstillingen barne- og pårørendekontakt. Vol. 1/2011. Stavanger: Kompetansesenter rus – region vest Stavanger, Rogaland A-senter; 2011.