

Barn som pårørende – en naturlig eller unaturlig del av  
helsehjelpen?

Tove Bergh

VID vitenskapelige høyskole

Institutt for sosialt arbeid og familierapi

Master i familierapi og systemisk praksis

Antall ord: 26.374

Dato: 29.05.2020

## Sammendrag

- Denne studien har undersøkt problemstillingen: Hvordan beskriver behandlere familiefokusert tilnærming i samtalepraksis på DPS allmennpoliklinikk?

Forskningsspørsmålene som lå til grunn for intervjuguiden, var: Hvordan opplever behandlere muligheten for å arbeide familieorientert? Er det noe i konteksten/rammebetingelsene som hindrer dem i å ha et familiefokus? Kan samtale om barna fremme behandlingen?

**Studiens hensikt:** Studiens hensikt er økt kunnskap om hvordan familiefokusert helsehjelp erfares og beskrives av behandlere på allmennpsykiatrisk poliklinikk, herunder økt kunnskap om barrierer og muligheter, og å peke på mulige implikasjoner til praksisfeltet og videre forskningsområder.

**Metode:** Studien har en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapelig forankring, og det benyttes en kvalitativ metode med induktiv tilnærming. Til datainnsamling er det benyttet semistrukturert intervju. Til gjennomføring av analysen og fortolkning av dataene er det benyttet metoden *Interpretative Phenomenological Analysis* (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

**Funn fra undersøkelsen:** 4 hovedkategorier og 10 underkategorier. De 4 hovedfunnene er:  
Hovedkategori 1: Barn som pårørende – pålagt å kartlegge, men gir begrenset informasjon  
Hovedkategori 2: Organisatorisk tidspress – behandlere i prioriterings-skvis  
Hovedkategori 3: Fokus på familien gir få familiesamtaler, men kan fremme behandlingen  
Hovedkategori 4: Familiefokus berører skyld, skamfølelser og ansvar

**Reflekterende oppsummering:** Funnene vektlegger at familieorientert tilnærming i voksenpsykiatrisk allmennpoliklinikk møter en rekke utfordringer og barrierer, men at den også kan gi muligheter. På den ene siden ønsker informantene (behandlerne) mer familieinvolvering, men funnene viser at samtale om og med barna og familien møter mye motstand. Imidlertid rapporteres at familiefokus kan fremme behandlingen. I den sammenheng synliggjør familiehistoriene ressurser hos pasient, barn og familien og ressurser i samspillet mellom dem. **Emneord:** Familiefokusert tilnærming på allmennpoliklinikk. Barn som pårørende. **Veileder for master oppgaven:** Siv Merete Myra, førsteamanuensis, Fakultet for sosialfag, VID

## Summary

This study has explored the issue: How do therapists describe family-focused approach in conversation practice at DPS general outpatient clinic?

The research questions that formed the basis for the interview guide were: How do therapists experience the opportunity to work family-oriented? Are there contextual factors that prevent them from having a family focus? Can conversation about the children promote treatment?

**The purpose of the study:** The purpose of the study is to increase knowledge about how family-focused health care is experienced and described by therapists in psychiatric general outpatient clinics , further to increase knowledge of barriers and opportunities, and to point out possible implications for the field of practice and further research.

**Method:** The study has a phenomenological and hermeneutic scientific foundation, and a qualitative method with inductive approach is used. A semi-structured interview was used for data collection. The method of Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, Flowers & Larkin, 2009) was used to carry out the analysis and interpretation of the data.

**Findings from the survey:** The findings are divided into 4 main categories and 10 sub-categories. The 4 main findings are: Main category 1: Children as next of kin – therapists are required to screen, however this provide limited information

Main category 2: Organizational time pressure – therapists experience challenges in prioritizing

Main category 3: Family focus entails few family conversations, but can promote treatment

Main category 4: Family focus touches on guilt, feelings of shame and responsibility

**Reflective summary:** The findings emphasize that practicing family-oriented approach in adult psychiatric general outpatient clinics entails a number of challenges and barriers, but also opportunities. On the one hand, the informants (therapists) want more family involvement, but the findings show that the conversations about and with the children and the family, are met with much resistance. However, it is reported that family focus may promote treatment. In this context, family stories highlight the resources of the patient, children and the family, and qualities in their interactions. **Keywords:** Family-focused approach in general outpatient clinics. Children as next of kin. **Supervisor for the master's**

**thesis:** Siv Merete Myra, associate professor, Faculty of Social Sciences, VID

## Forord

Proessen med masteroppgaven har vært en oppdagelsesreise hvor mange har vært med og inspirert og støttet meg fra start til slutt – en prosess som har gitt meg mer innsikt, perspektiver og kunnskap, og forhåpentligvis også kan gi mer innsikt, perspektiver og kunnskap til leserne av oppgaven.

Først og fremst vil jeg takke informantene, som sporty stilte opp og bidro med sin kunnskap og sine erfaringer og refleksjoner, og dermed muliggjorde oppgaven.

I prosessen med dette masterprosjektet er jeg svært takknemlig for alle gode støttespillere og inspiratorer. Her vil jeg spesielt takke AHUS-kollegaer Bente M. Weimand og Ellen Katrine Kallander, som i mange år har holdt fokus på barn som pårørende, og som har gitt meg tips og råd til litteratur og bidratt med gode refleksjonssamtaler. Takk til leder Bente H. Gerner, som har gitt meg muligheten og sett viktigheten av masterproessen. Jeg vil også takke bibliotekar Helene Lid for uvurderlig hjelp med å søke frem litteratur. Videre vil jeg rette en stor takk til min direkteveileder Ulla Rosengren, som tålmodig har veiledet meg gjennom disse 4 årene og gitt verdifulle innspill og gode drøftinger.

Tusen takk til veileder Siv Merete Myra på VID, som har gitt mange gode råd og med sikker hånd veiledet meg igjennom hele masterproessen.

Videre vil jeg takke min korrekturleser Bjørn Faye-Schjøll for viktige tilbakemeldinger og hjelp til å gjøre oppgaven mer lesbar.

Til slutt vil jeg takke min mann Jon, som underveis har vært den klippen og tålmodige støtten som han alltid er.

Skedsmo,

Tove Bergh

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Summary .....	3
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av problemstilling.....	8
1.2 Om begrepet barn som pårørende og forskning.....	9
1.3 Betydning for praksisfeltet .....	11
1.4 Oppgavens oppbygging .....	11
1.5 Avgrensning av oppgaven .....	12
1.6 Søkeord og litteratursøk.....	12
2 Teoretiske perspektiver og tidligere forskning.....	14
2.1 Innledning.....	14
2.2 Lov og forskning knyttet til helsepersonells møte med barn som pårørende .....	15
2.2.1 Multisenterstudien Barn som pårørende.....	15
2.2.2 Barrierer knyttet til familiefokus i psykisk helse .....	16
2.2.3 Barrierer knyttet til BSP og terapeutisk relasjon til pasient .....	16
2.3 Medisinsk forståelsesramme og pakkeforløp .....	17
2.4 Systemteori og medisinsk kontekst.....	18
2.4.1 Systemisk kommunikasjon .....	19
2.4.2 Familiefokusert praksis – systemisk tilnærming .....	20
2.5 Sosialkonstruksjonisme og språkssystemisk teori .....	22
2.5.1 Sosialkonstruksjonisme .....	22
2.5.2 Språkssystemisk teori.....	23
2.6 Begrepet tid og makt i terapirommet .....	25
2.7 Diskurser – psykisk lidelse og skam .....	27
2.7.1 Psykisk lidelse og skam .....	28
2.8 Oppsummering.....	29
3 Metodekapittel.....	31
3.1 Innledning.....	31
3.2 Eget epistemologisk ståsted .....	31
3.3 Kvalitativ metode .....	31
3.4 Analysemetode: <i>Interpretative phenomenological analysis</i> .....	32
3.4.1 Hermeneutisk vitenskapsteori .....	33
3.4.2 Fenomenologi.....	34

3.4.3	Ideografi .....	35
3.4.4	Sosialkonstruksjonismen og IPA.....	36
3.5	Reliabilitet, validitet og generalisering.....	36
3.5.1	Reliabilitet.....	36
3.5.2	Validitet .....	37
3.5.3	Generaliserbarhet.....	38
3.6	Utvalg og rekruttering .....	39
3.6.1	Strategisk utvalg .....	39
3.6.2	Rekruttering – informanter .....	39
3.7	Kvalitativt forskningsintervju.....	40
3.7.1	Utarbeidelse av intervjuguide .....	40
3.7.2	Forske på egen arbeidsplass.....	41
3.7.3	Semistrukturert intervju – datainnsamling .....	41
3.7.4	Transkribering og anonymisering.....	43
3.8	Analyseprosessen .....	43
3.8.1	Steg 1 Lesing og re-lesing av intervjuene/transkripsjonene .....	44
3.8.2	Steg 2 Innledende analyse – lage notater i transkripsjonen .....	44
3.8.3	Steg 3 Utvikle viktige temaer.....	45
3.8.4	Steg 4 Lete etter sammenhenger mellom de fremvoksende temaer .....	46
3.8.5	Steg 5 Gå til neste intervju .....	47
3.8.6	Steg 6 Se etter mønstre på tvers av intervjuene.....	47
3.9	Etiske betraktninger .....	49
4	Funn.....	51
4.1	Hovedkategori 1: Barn som pårørende – pålagt å kartlegge, men gir begrenset informasjon	52
4.1.1	Underkategori pkt. 1.1: Kartlegging av BSP er pålagt og inngår i pakkeforløpet .....	53
4.1.2	Underkategori pkt. 1.2: Kartlegging BSP gir skvis mellom meldeplikt og samarbeidsorientert praksis.....	54
4.1.3	Underkategori 1.3: Kartlegging av BSP initieres og styres av behandler .....	55
4.2	Hovedkategori 2: Organisatorisk tidspress – behandlere i prioriterings-skvis.....	57
4.2.1	Underkategori 2.1: Avdelingskultur preget av individfokus, tid til familien blir noe i tillegg .....	57
4.2.2	Underkategori 2.2: Når pasientens barn samtidig er i behandling på BUP – mangler tid til samhandling .....	58
4.2.3	Underkategori 2.3: Barneansvarlig BSP er pådriver, men liten tid til familiefokusert refleksjon.....	60

4.3	Hovedkategori 3: Fokus på familien gir få familiesamtaler, men kan fremme behandlingen ..	61
4.3.1	Underkategori 3.1: Få familiesamtaler på poliklinikken.....	61
4.3.2	Underkategori 3.2: Samtalen om barna kan fremme behandlingen .....	62
4.4	Hovedkategori 4: Familiefokus berører skyld, skamfølelser og ansvar.....	64
4.4.1	Underkategori 4.1: Skam og tabu i foreldrerollen gjør temaet vanskelig å snakke om	64
4.4.2	Underkategori 4.2: Behandler kjenner på ansvar og skyld knyttet til familiefokus.....	65
4.5	Oppsummering funn .....	66
5	Drøfting.....	67
5.1	Innledning.....	67
5.2	Kartlegging og familiesamtaler – en helsehjelp som gir tilstrekkelig informasjon?.....	70
5.3	Hvordan forstå at en i liten grad lykkes med å ha familiesamtaler?.....	74
5.4	Utfordrer BSP den terapeutiske relasjonen? .....	77
5.5	Er det skammen som takker nei til familiesamtaler?.....	78
5.6	Kan systemisk tilnærming håndteres i medisinsk kontekst?.....	79
5.7	Helsehjelp utføres under tidspress – barn og familie inngår i det .....	80
5.8	Kan samtale om og med barna fremme behandlingen?.....	82
6	Oppsummering, implikasjoner og videre forskning .....	85
7	Avsluttende kommentar.....	88
8	Litteraturliste.....	89
	Vedlegg.....	95

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av problemstilling

Etter å ha lest en tilsynsrapport fra Fylkesmannen i 2018 knyttet til et avvik som beskrev at barn som pårørende ikke ble fulgt opp i henhold til helsepersonelloven § 10a, ble jeg nysgjerrig på hva avviket kunne handle om, og hvordan helsepersonell beskrev barn som pårørende som en del av sine arbeidsoppgaver. Jeg bestemte meg derfor for å undersøke temaet nærmere. Min historie med helsepersonelloven § 10a begynte i februar 2011. Lovverket var kommet 1.1. 2010, og jeg ble tilbudt en stilling som seniorrådgiver / overordnet koordinator for barn som pårørende, og jeg er fortsatt i denne stillingen. Etter at loven kom, har mange ulike forskningsprosjekter, artikler, bøker og masteroppgaver blitt skrevet knyttet til temaet barn som pårørende. Så hvorfor skal jeg skrive en til? Det er fordi praksis fortsatt viser at vi bare delvis oppfyller lovens krav knyttet til informasjon og oppfølging av pasientens barn/søsken.

I ovennevnte tilsynsrapport ble avviket beskrevet på følgende måte:

Ved tilsynet ble det avdekket avvik: Omsorgssituasjonen til mindreårige barn kartlegges ikke nødvendigvis. Omsorgspersoners psykiske lidelse og mulige ruslidelses innvirkning på mindreårige barns omsorgssituasjon problematiseres i liten grad. Journalgjennomgangen har avdekket mangelfull oppfølging av forhold knyttet til mindreårige barns omsorgssituasjon. (Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 2018, s. 7)

Avviket bygger på helsepersonelloven § 10a (2019), spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a (2019) og pasientjournalforskriften § 8b (2019).

Avviket er også oppsummert i en sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn, i 2017-2018, med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem eller mulig samtidig ruslidelse (Helsetilsynet, 2018).

Jeg ble særlig opptatt av konteksten knyttet til allmennpoliklinikk innen psykisk helse, og jeg kjente på en nysgjerrighet og et ønske om mer kunnskap knyttet til hvordan de som «hadde skoene på» beskrev situasjonen. Så med utgangspunkt i helsepersonelloven § 10a har dette masterprosjektet følgende problemstilling:



- Hvordan beskriver behandlere familiefokusert tilnærming i samtalepraksis på DPS allmennpoliklinikk?

Det gir følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever behandlere muligheten for å arbeide familieorientert?
- Er det noe i konteksten/rammebetingelsene som hindrer dem i å ha et familiefokus?
- Kan samtale om barna fremme behandlingen?

**Studiens hensikt:** Studiens hensikt er økt kunnskap om hvordan familiefokusert helsehjelp erfares og beskrives av behandlere på allmennpsykiatrisk poliklinikk, herunder økt kunnskap om barrierer og muligheter, og å peke på mulige implikasjoner til praksisfeltet og videre forskningsområder.

## 1.2 Om begrepet barn som pårørende og forskning

Pårørendebegrepet har tradisjonelt blitt brukt om voksne, og gjerne i lys av at pårørende er sett som en ressurs for den som trenger helsehjelp. Slik fikk pårørendeveilederen fra 2008 navnet «Pårørende en ressurs». Denne pårørendeveilederen ble erstattet av ny pårørendeveileder i 2017 og oppdatert i 2019, og heter nå kun «Pårørendeveileder» (Helsedirektoratet, 2019a). Barn som pårørende og familieperspektivet har i den nye veilederen fått en mye mer fremtredende rolle sammenlignet med veilederen fra 2008. Rundskrivnet som fulgte barn som pårørende-lovverket i 2010 sa: «Formålet med bestemmelsen er at barna skal forbli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner» (Helsedirektoratet, 2010, s. 4).

Rundskrivnet understreker at barn i pårørenderollen primært ikke skal være en ressurs for den syke, samtidig som den gir helsepersonell plikt til å sørge for at barna får dekket sitt behov for informasjon om lidelsen til den som er syk, og får nødvendig oppfølging ved å bli sett, hørt og fulgt opp for egen del (Helsepersonelloven § 10a). Rundskrivnet ble i 2019 tatt inn i Pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2019a).

Mye er skrevet og flere forskningsrapporter er utgitt med fokus på barns behov i lys av at de er pårørende til mor, far og/eller søsken som sliter psykisk, med rusavhengighet eller alvorlig

somatisk sykdom/skade. Flere barn og unge har de siste årene bidratt med å skrive sin livshistorie. Grete Lillian Moen er en av dem som har vokst opp med en mor som slet psykisk, og hun sier i sin bok:

Det er nesten uholdbart å bo her, det er så mye vi ikke får lov til. Ikke si det, ikke gjør det – for mamma er jo syk. Det er til å bli rar av. Skulle ønske at hun fikk plass på et hjem snart. Familien trenger å komme seg igjen. Det er så vondt å bo hjemme. (2011, s. 68)

Organisasjonen Barn av rusmisbrukere tilbyr chat-mulighet til barn og unge som har foreldre som ruser seg, og i 2017 kom det ut en rapport med navnet: «Når lyset knapt slipper inn» (Kufås, Billehaug, Faugli & Weimand, 2017). Det er en undersøkelse hvor forskere gikk igjennom ca. 750 chat-logger som barn av rusmisbrukere skrev i perioden 2010–2015. I denne rapporten kommer det frem triste og vonde historier som barn av rusmisbrukere chatter om på BarWeb. Rapporten oppsummerer at barn og unge som lever sammen med foreldre som ruser seg, opplever en «brutal virkelighet som kan betegnes som en form for fangenskap. Hverdagen preges av fysisk og psykisk vold, overgrep og omsorgssvikt» (s. 42).

På en internasjonal konferanse i mai 2014 sa helseminister Bernt Høye følgende:

Det har alltid vært bred politisk enighet om at barns rettigheter må styrkes. Ingen politikere verken i posisjon eller opposisjon har nølt med å stille seg bak dette. Barns rettigheter som pårørende kom på plass etter at feltet for alvor fikk oppmerksomhet for rundt ti år siden. Satsingen startet med løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. (Høye, 2014, s. 1)

Selv om det i dag er bred enighet om at barn som pårørende kan være i en utsatt rolle, viser både Helsedirektoratets multisenterstudie Barn som pårørende, fra 2015 (Ruud et al., 2015) og Helsetilsynets funn av avvik at vi ikke helt lykkes med etterlevelse av helsepersonelloven § 10a (2010), en lov som kom blant annet for å forebygge og redusere risikoen for generasjonsoverførte lidelser. Det er nå ti år siden helsepersonelloven § 10a kom og gav helsepersonell en plikt til å ivareta barn som pårørende og å sikre familien tilstrekkelig og nødvendig oppfølging. Hva er det som gjør at en får avvik på oppgaver knyttet til å ivareta

familiefokusert tilnærming? Avviket nevnt innledningsvis slo fast at «omsorgspersoners psykiske lidelse og mulige ruslidelses innvirkning på mindreårige barns omsorgssituasjon problematiseres i liten grad» (Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 2018, s. 7). I oppgaven gjør jeg et dypdykk i behandleres beskrivelse av familiefokus i allmennpoliklinisk kontekst. Informantene er behandlere som «vet hvor skoen trykker». Det er de som i samtalepraksis møter pasienter som samtidig er foreldre, og som i sin behandlerrolle omsetter i praksis lovverket og ovennevnte satsing på barn som pårørende og fokuset på familien.

### 1.3 Betydning for praksisfeltet

Barn som pårørende omfatter en stor gruppe barn og familier. En undersøkelse fra 2019 viser at 36 % av pasientene som mottok polikliniske psykisk helsetjenester har barn under 18 år. Det betyr at gjennomsnittlig vil hver 3. pasient på DPS allmennpoliklinikk være forelder til barn under 18 år. Videre viser undersøkelsen til at 31 % av pasientene fikk henvisninger for sine barn, og 58 % ble rapportert å ha barn med behov for henvisning. Barna ble henvist til barnevern, barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester og skolepsykologiske tjenester (Ruud et al., 2019, s. 1).

Min undersøkelse baserer seg på beskrivelser fra informanter som er i en sammenlignbar kontekst som den de ovennevnte resultatene er hentet fra. Det betyr at min problemstilling knytter seg til gjennomsnittlig ca. 30 % av de pasientene informantene til enhver tid har. Implikasjoner for praksisfeltet berører derfor samme omfang. I undersøkelsen tar jeg med informantenes beskrivelser og erfaringer, og implikasjoner for praksis knyttet til barrierer, men også muligheter for familieinvolvering. Mitt håp er at dette vil bidra til en bredere forståelse av temaet.

### 1.4 Oppgavens oppbygging

Oppbyggingen av denne oppgaven tar utgangspunkt i standard IMRoD oppbygging (IMRoD-modellen, 2017). Det innebærer at kapittel 1 har en introduksjon til forskningsprosjektet og en bakgrunn for hvorfor temaet engasjerer meg. Videre har jeg i kapittel 2 tatt for meg valg av relevant teori knyttet til problemstillingen, herunder forskning knyttet til barn som pårørende og systemisk familieforståelse. Kapittel 3 omfatter hvilken forskningsmetode jeg

har vært inspirert av, hva som kjennetegner denne metoden, og mitt eget epistemologiske ståsted. Kapittel 3 viser videre hvordan jeg har arbeidet med forskningsprosessen i lys av valgt metode, herunder hvordan jeg har gått frem for å skaffe datagrunnlaget til oppgaven og analysen av dataene for å belyse problemstillingen. Kapittel 3 omfatter også aspekter knyttet til reliabilitet, validitet og generalisering samt etiske betraktninger. Kapittel 4 viser resultatene, jeg beskriver funnene jeg har kommet frem til, og tar inn sitater fra informantene for å underbygge funnene. Videre, i kapittel 5, drøfter jeg funnene i lys av teori fra kapittel 2, og kapittel 6 gir en oppsummering med noen vurderinger knyttet til implikasjoner for praksis og fremtidig forskning. Til slutt gir jeg avsluttende kommentarer i kapittel 7, og så følger litteraturliste og vedlegg knyttet til oppgaven.

## 1.5 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven har fokus på informantenes beskrivelser ut ifra deres kontekst i allmennpsykiatrisk poliklinikk. I og med at pasient og familie ikke har vært informanter, er det behandlere som beskriver sine egne erfaringer og gir beskrivelser av pasientenes og familienes respons på deres samtaler med dem. Pasientene og/eller familiene har dermed ingen direkte stemme inn i oppgaven, men har det indirekte via informantenes fortolkning, og også via annen forskning. Videre har masteroppgaven en gitt ramme på antall ord, noe som fremtvinger begrensning i utdypning og valg av temaer.

**Til orientering:** Barn som pårørende vil i denne oppgave bli forkortet til BSP.

## 1.6 Søkeord og litteratursøk

Jeg har gjennom forskningsprosessen gjort bruk av litteratur anbefalt gjennom VIDs pensum for familierapi, og jeg har fått tips om relevant litteratur fra kollegaer på forskningsavdelingen på Akershus universitetssykehus. Videre har jeg med god hjelp fra bibliotekar gjort søk i følgende databaser: PsycINFO, Ovid MEDLINER, Idunn og Google Scholar. Jeg har benyttet flere søkeord i kombinasjon for å komme frem til mest mulig relevante artikler og litteratur:

«Helsepersonells fokus på barn som pårørende», «Foreldre som pasient», «Behandler, tidsklemme», «Generasjonsoverføringer», «Medisinsk modell», «Familiefokusert tilnærming», «Individual terapi», «Medisinsk-psykologisk forståelsesramme», «Skyld, skam, tabu».

Jeg gjorde flere litteratursøk sammen med bibliotekar og begrenset søket flere ganger så jeg kom tett opp til problemstillingen jeg undersøkte. Herunder begrenset jeg pasient til kun å omfatte psykisk helse-poliklinikk og som mor eller far. Videre gjorde jeg et eget søk på litteratur knyttet til begreper innunder søkeordene skyld, skam, tabu. En videre begrensning var at litteratur og forskning skulle være skrevet på engelsk eller skandinaviske språk, samt at forskningen ikke skulle være eldre enn 5 år, fra 2015 til høst 2019. Jeg fikk mange treff og begrenset søket i søkekombinasjon slik at det ble mest mulig spesifikt nyere litteratur og forskning opp imot problemstillingen. Videre har jeg lagt vekt på å bruke forskningsartikler fra kjente databaser, som i hovedtrekk er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrift, dette for å sikre tilstrekkelig god kvalitet på forskningsartiklene som benyttes som referanse i denne oppgaven (Hildebrandt, 2011).

## 2 Teoretiske perspektiver og tidligere forskning

### 2.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg trekke frem de teoretiske premissene som ligger til grunn for oppgaven. Naturvitenskapelig medisinsk modell og systemteoretiske forståelsesrammer er sentrale. Jeg viser til relevant litteratur og forskningsundersøkelser knyttet til helsepersonells møte med systemiske perspektiver i en medisinsk kontekst, og hvordan en kan forstå barn som pårørende i psykiatrisk allmennpoliklinisk kontekst, er et gjennomgående sentralt tema.

Informantene som har bidratt i denne undersøkelsen, arbeider innen denne konteksten, som er påvirket av medisinsk forståelsesramme og teorier. Min forståelsesramme er inspirert av systemiske og sosialkonstruksjonistiske teorier og ideer. For å kunne forstå og fortolke informantenes beskrivelser vil jeg i dette kapitlet trekke frem noen ulike sider fra medisinsk og systemteoretiske og sosialkonstruksjonistiske forståelsesrammer, og se familiefokusert tilnærming i lys av teori og forskning.

Den medisinske forståelsesrammen har som utgangspunkt å forstå fysiske eller biologiske forhold, mens man innen psykiatrien ønsker å forstå ulike mentale eller meningsbærende fenomener som fremstår som utfordrende for personene. Modellen med diagnostisering er likevel på mange måter den samme for disse to. Vedeler (2016) diskuterer om den medisinske forståelsesrammen kan benyttes innen psykisk helse, og i den forbindelse sier han:

Medisinsk behandling er i det store og hele rettet mot pasienten som enkeltindivid og organisert deretter; diagnoser og behandling er altså stort sett individbasert. Følgene av å benytte denne individrettede modellen på psykososial hjelpevirksomhet er kanskje det mest synlige eksempelet på den problematikken som her diskuteres. Psykososiale problemer bør sees i et kontekstuellet helhetsperspektiv uansett deres antatte årsak. De kan ikke sees uavhengig av familie, sosialt nettverk og kultur, og de henger sammen med hvordan dette systemet som helhet fungerer. Hjelpevirksomhet som ikke tar hensyn til dette, blir ufullstendig. (s. 3)

Behandlere som arbeider innen en poliklinisk sykehuskontekst, har hovedfokus på individet som er henvist; de gjør utredning og kartlegging, setter diagnose og iverksetter behandling.

Dette gjelder enten det er på en somatisk eller en psykiatrisk poliklinikk. I denne konteksten forventes det ofte at en behandler er ekspert eller spesialist på en gitt lidelse/sykdom (DeJong & Berg, 2005, s. 18).

Systemisk-terapeutisk forståelse bygger på teoretiske ideer om at personers problemer og utfordringer må forstås i lys av konteksten de er i, og at problemer/utfordringer de opplever, er noe som er skapt i sosiale relasjoner. Psykisk uhelse blir i denne sammenheng noe som kommer til en, og ikke en tilstand en er i. Systemiske samtaleterapeuter kan møte enten enkeltpersoner eller familier. De utforsker hvordan problemer eller uhelse har kommet til dem/familien, og hvordan den enkelte som inngår i konteksten, forstår utfordringene. En systemisk terapeut vil være mer en dialogpartner enn en ekspert på å finne løsning (Anderson, 2003; Hedges, 2005).

## 2.2 Lov og forskning knyttet til helsepersonells møte med barn som pårørende

Helsepersonelloven § 10a er knyttet til barn som pårørende. Den kom i 2010 og ble i 2017 utvidet til å omfatte søsken som pårørende og barn som etterlatte. Barn som pårørende har blitt innarbeidet som et begrep innen helsesektoren. Barns Beste, Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, ble opprettet allerede i 2007, og var en pådriver for å få barn som pårørende inn i lovbestemmelser (BarnsBeste, u.å.).

### 2.2.1 Multisenterstudien Barn som pårørende

I 2013–2015 ble det gjennomført en multisenterstudie, som hadde som mål å undersøke situasjonen til barn som var pårørende til foreldre som var i behandling i spesialisthelsetjenesten. En spurte 518 foreldre som var i behandling / pasienter, 266 andre voksne pårørende i de samme familiene, 140 barn/ungdommer i alderen 8–18 år, 125 lærere og 278 behandlere. Det vil si at det var inntil 5 personer som var med og svarte på undersøkelsen per familie. Multisenterstudien viser til at andelen pasienter med barn innen psykisk helse og rus utgjør, på landsbasis, ca. 235.000 pasienter med barn 0–18 år (Ruud et al., 2015, s. 9 og 14). Resultater fra multisenterstudien har blant annet blitt benyttet i utarbeidelse av dagens Pårørendeveileder (Helsedirektoratet, 2019a), og flere artikler er blitt publisert på bakgrunn av resultatene fra multisenterstudien.

Mye av det som kom frem i ovennevnte studie, har fokus på barnas og familiens behov når sykdom rammer en familie. I tillegg er det et kapittel hvor en kvantitativt har undersøkt i hvilken grad helsepersonell arbeider i henhold til intensjonene i helsepersonelloven § 10a.

Multisenterstudien gav viktig innsikt og pekte på flere områder hvor den anbefaler at det iverksettes tiltak for å forbedre oppfølging av familier hvor mor eller far er i behandling i spesialisthelsetjenesten. Blant annet viser undersøkelsen til at helsepersonell kun i noen grad arbeider i henhold til lovpålagte krav. Undersøkelsen oppsummerer også under generelle anbefalinger at «oppfølging av familiene må gjøres i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommune og på tvers av voksen- og barnetjenester» (Ruud et al., 2015, s. 12). Rapporten kom for 5 år siden, og i og med at det fortsatt kommer avvik på samme område, gir det behov for å undersøke, utdype og bygge videre på de forskningsdata som fremkom blant annet i multisenterstudien.

### 2.2.2 Barrierer knyttet til familiefokus i psykisk helse

Flere undersøkelser har sett på ulike barrierer helsepersonell møter ved å ha familiefokusert praksis. Mayberry & Reupert (2009, s.787) viser blant annet til barrierer knyttet til arbeidsstyrkens holdninger til å arbeide familiefokusert, ansattes kunnskaper og ferdigheter, og også til barrierer dersom det ikke foreligger tilstrekkelig støtte fra ledelsen.

Landeweer, Molewijk, Hem & Pedersen (2017) styrker ovennevnte tidligere studier gjennom sin analyse av 33 studier av helsepersonells barrierer knyttet til familiefokus. De viser også til at familien selv kan spille en sentral rolle i håndteringen av og bedringsprosessen til personer med alvorlig psykisk lidelse. Likevel viser disse ulike studiene at familieintervensjon i psykiske helsetjenester ofte ikke er tilstrekkelig realisert. Landeweer et al. (2017, s. 1) viser til at ulike interessenter har ulike tolkninger og oppfatninger av barrierer knyttet til familieintervensjon, noe som er nær knyttet til familieintervensjons iboende kompleksitet.

### 2.2.3 Barrierer knyttet til BSP og terapeutisk relasjon til pasient

Ryberg & Paus (2017) har i sin hovedoppgave i psykologi gjort en kvalitativ studie av hvordan psykologer opplever det å tematisere familiefokus. Deres studie har til hensikt å belyse årsaker til hvorfor lovendringene fra 2010, knyttet til barn som pårørende, ikke har ført til de



ønskede resultatene. I oppsummeringen sier de blant annet: «En av årsakene synes å være særlig knyttet til den terapeutiske relasjonen med pasienten» (s. 55). Hovedoppgaven har fokus på foreldrefungering og har tittelen: «Du balanserer jo alltid lite grann på knivseggen». Tittelen viser til at det i seg selv kan oppleves utfordrende å invitere pasienter til åpenhet når terapeuten samtidig kjenner på et ansvar knyttet til eventuell bekymringsfull informasjon som kan komme frem nettopp som følge av den ønskede åpenheten.

### 2.3 Medisinsk forståelsesramme og pakkeforløp

Medisinsk modell har teoretisk forankring i et naturvitenskapelig, positivistisk paradigme. Teoriene innenfor dette paradigmet er utviklet på bakgrunn av en rekke eksperimenter og observasjoner der hypoteser har blitt testet og bekreftet. Medisinsk somatisk perspektiv handler om å oppdage objektive data (DeJong & Berg, 2005, s. 16–17). En ønsker for eksempel å undersøke om kreftsvulster er godartet eller ondartet, om det er spredning eller ikke, og deretter sette i gang behandling som fjerner eller reduserer spredning av kreften. Innen medisin har en flere såkalte pakkeforløp. For eksempel er pakkeforløpet for brystkreft omtalt på Helsedirektoratets sider fra 2014. En tilsvarende teoretisk tenkning beskrives også i behandlingsforløpet knyttet til psykisk uhelse. Psykiatri har sitt utspring i det medisinske feltet, og for å få psykiatrisk helsehjelp henvises pasienten til et pakkeforløp for utredning og behandling for mulig psykisk lidelse. For å ha rett til behandling må det konkluderes med en diagnose. Ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy skal terapeuten komme frem til en diagnose, og diagnosefokuset understreker en medisinsk teoretisk forståelse (Vedeler, 2016). Pakkeforløpet innen psykisk helse kom i 2018, med implementering i 2019 (Helsedirektoratet, 2019b). De psykologer/behandlere som er informanter i denne oppgaven, hører til innen spesialisthelsetjenestens psykiatri, og deres rammeverk er forankret i flere lovverk og ulike nasjonale retningslinjer. Eksempler her er pakkeforløpet for psykiske lidelser – voksne (Helsedirektoratet, 2018; 2019b). I kapittel 1 vises det til at det må fremkomme funksjonsfall hos pasienten før vedkommende kan henvises til behandling. Funksjonsfall kan for eksempel være vansker med vedvarende angst, depresjon og/eller selvmordstanker, eller alvorlige kroppslige plager knyttet til traumatiserende erfaringer. Hvordan funksjonsfallet virker inn på barna, er i den forbindelse satt opp som en kritisk suksessfaktor knyttet til behandlingen. Det poengteres at pasienters barn under 18 år må bli

ivaretatt, og at det må være samhandling og samarbeid innad og mellom tjenestene underveis i forløpet (Helsedirektoratet, 2018, s. 4).

Behandlerne som inngår som informanter i denne oppgaven, arbeider innenfor disse rammebetingelser, og gir psykiatrisk/psykologisk behandling av for eksempel depresjon eller angst.

## 2.4 Systemteori og medisinsk kontekst

Systemteori bygger på forståelsen at «et system er mer enn summen av delene» (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 28), og at familier, i alle sine ulike varianter, er systemer som «utvikler sine unike former for samhandling og kommunikasjon» (Flon, 2019, s. 17). Systemisk forståelse bygger grunnleggende på relasjonell og kontekstuell forståelse, hvor det relasjonelle samspillet pågår sirkulært gjennom et kontinuerlig feedbacksystem (Ølgaard, 2004). Mitt utgangspunkt er epistemologisk forankret i systemisk forståelse, mens konteksten for forskningsprosjektet er forankret innen medisinske praksisrammer. Medisinsk forståelse bygger på en lineær tilnærming, hvor en antar at virkningen har en antatt årsak. DeJong & Berg (2005) sier det på følgende måte: «Den problemløsende struktur er basert på den medisinske modellen. Den forutsetter at legen må kunne diagnostisere pasientens lidelse for å kunne behandle den effektivt» (s. 17). Videre samme sted sier de at innen den medisinske forståelsen tenker en at: «Klientens problemer, og det som eventuelt er årsakene til problemene, er alltid objektivt virkelige, på samme måte som et organ svikter.» Innenfor slike teoretiske antakelser kan en forsøke å se individets uttrykte problemer i typiske mønstre som settes inn i et system av kategorier og diagnoser.

Anderson (2003) skriver at ved systemisk-teoretisk forståelse går en fra å forstå klientens problemer lineært til å forstå dem sirkulært (s. 43). Hun sier videre (s. 44) om den systemiske forståelsen at: «Modellen fokuserede på familiesystemet og dets egenskaper som et selvberørende system snarere end på individet, med henblik på at beskrive og forstå individet som en del af familien.»

### 2.4.1 Systemisk kommunikasjon

Systemisk teori vektlegger at individet forstås i en bredere sammenheng. I det ligger at følelser og tanker ikke forstås ut fra seg selv, men i lys av kontekst og relasjonelle forhold.

Hegdes sier det på følgende måte: «Systemic therapists are certainly interested in clients feelings, but we are even more interested in their crucial communication and interactional patterns, and how their feelings and emotions have been co-created within their relationships» (2005, s. 95).

Dette understreker at systemiske terapeuter er opptatt av klientenes følelser og problemer, men søker å få frem hvordan følelser og tanker og problemer forstås i relasjonell kontekst, og forstår kommunikasjonen som sirkulær. Jensen viser til at en av «Batesons grunnleggende antakelser er at menneskelig samspill kan beskrives kybernetisk (sirkulært)» (Jensen, 2009, s. 35). Med andre ord tenker en at familiens samspill og kommunikasjon skjer gjennom et feedbacksystem. Hvordan den sirkulære kommunikasjonen fremstår, kan hjelpe til med å gi kunnskap om hvordan problemer i et familiesystem oppstår og/eller vedlikeholdes (Johnsen & Torsteinson, 2012, s. 28). Hvordan vi kommuniserer, fremstår i denne sammenheng som sentralt. Ølgaard sier: «Kontroll, regulering og påvirkning forudsætter kommunikation både til og fra det, man vil regulere» (2004, s. 55).

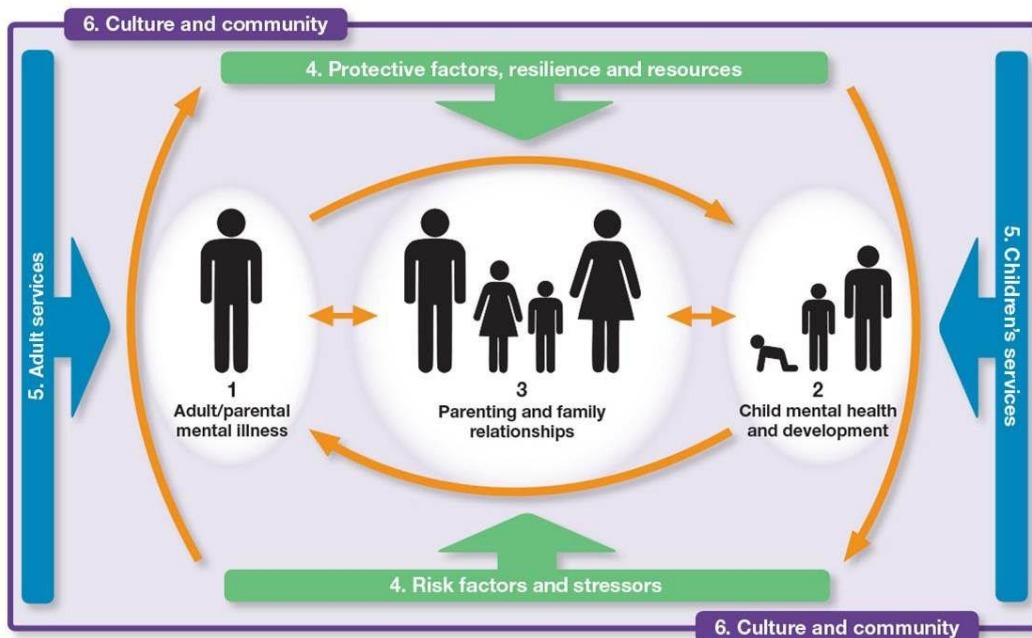
Kommunikasjon foregår på flere plan, både verbalt og nonverbalt. Kommunikasjonen er en feedback mellom delene som inngår i et sirkulært system, og alt/alle som kommer i berøring med systemet, inngår i feedbacken. Når det gjelder systemet familie, tenker en at alle virker inn på alle, og at en ikke kan si noe om hvor det sirkulære tilbakemeldingssystemet starter eller slutter. I den forbindelse sier Ølgaard at: «alle mennesker, ja, alle levende væsner indgår i en stadig fortsat, aldrig ophørende kommunikation. Det er derfor *umuligt ikke at kommunisere*» (2004, s. 71). Innenfor en slik teoretisk tenkning er det med andre ord umulig ikke å kommunisere på ett eller flere nivå.

Videre innen kommunikasjon brukte Bateson metaforen «kortet er ikke landskabet» (Ølgaard, 2004, s. 72). Med det forstår jeg at han trekker frem at vi mennesker konstruerer ulike forståelser, det vil si ulike kart, over for eksempel ett og samme problem, her terrenget, og i et familiesystem dannes det ulike kart, som kan føre til ulik forståelse og opplevelse av problemet. Informasjon blir i denne sammenheng et viktig begrep i

kommunikasjonen. Helsepersonelloven § 10a viser til at helsepersonell har en plikt til å gi *tilstrekkelig informasjon*. Hva er informasjon i denne sammenheng? Bateson uttrykker informasjon på følgende måte: «Den enhed, som informationsteorien kalder en bit, definerer han som *en forskel, der gør en forskel*, dvs. en forskel, der oppfattes» (Ølgaard, 2004, s. 71). Med andre ord forstår jeg at *tilstrekkelig informasjon* i helsepersonelloven § 10a kan forstås som hvordan den andre, eksempelvis familien eller det enkelte barn, oppfatter det som kommuniseres. Informasjon blir først og fremst informasjon når den utgjør en forskjell.

#### 2.4.2 Familiefokusert praksis – systemisk tilnærming

Adrian Falkov, australsk psykiater, har skrevet en håndbok, *The Family Model Handbook* (2012), og er opptatt av å forstå klienten gjennom familiefokusert tilnærming innen psykiatrien. Håndboken har undertittelen: «Family Model approach to working with parental mental illness and its effects on family relationships, children's needs and parenting, for clinicians and managers».



Falkovs modell (2012, s.81) (bildet over) bygger på systemisk tilnærming med sirkulær påvirkning. Illustrasjonen over viser hans teoretiske modell, hvor pilene viser systemisk sammenheng mellom familiemedlemmene og hvordan alle virker inn på hverandre i et feedbacksystem.

Jeg har valgt å trekke frem denne modellen, og det er et valg blant mange ulike modeller og tilnærminger. Jeg kunne for eksempel ha valgt åpen dialog / nettverksmøter (Seikkula & Arnkil, 2007). Åpen dialog / nettverksmøter handler om: «å skape menneskelige møter» (Seikkula & Arnkil, 2007, s. 95). Videre sier Seikkula & Arnkil at: «Målet om felles deltakelse i dialogen gjennom å lytte til hverandre utgjør utgangspunkt for behandling og konsultasjon. I en åpen samtale møtes fagpersonene uten forhåndsplanlegging» (s. 96). Falkovs modell og åpen dialog / nettverksmøter er to modeller som bygger på mye lik forståelse, men det er også noen forskjeller. En av forskjellene, slik jeg ser det, er at tilnærmingen innen åpen dialog / nettverksmøter kun skal definere pasienten, herunder hvem som skal delta og inngå i den åpne dialogen / nettverksmøtet, og hva som er viktig for vedkommende å ha fokus på i møtet. I Falkovs modell (2012) er hele familien grunnleggende, og eksempelvis kan ikke barnas stemme velges bort, noe som er mulig i tilnærmingen åpen dialog / nettverksmøte.

Tilnærmingen i Falkovs modell (2012) har som mål å komme frem til en plan for familien. I lys av denne oppgavens problemstilling og lovverket knyttet til BSP (helsepersonelloven § 10a) har jeg funnet denne modellen mest relevant for oppgaven. Modellen har en systemisk tilnærming som skal bidra til familiefokuserte løsninger. Områdene som er beskrevet i modellen, skal legge til rette for terapeutiske samtaler med pasient/foreldre og barn/unge innenfor en behandlingskontekst. Illustrasjonen først i dette punktet visualiserer hvordan alt henger systemisk sammen med alt. Her jobber en terapeutisk med å få frem ulike historier og forståelser de enkelte i en familie kan ha om hverandre. Videre legger modellen vekt på at denne typen samtaler skal være ikke-dømmende og ikke-anklagende, men støttende og anerkjennende. I denne modellen er hvert individ en likeverdig del av systemet, slik at det ikke blir én i familien som blir sett som årsak til familiens problemer, men at psykisk lidelse kan forstås i lys av det systemet familien er og inngår i, og ikke ut fra individet alene (Falkov, 2012).

For å utdype systemisk forståelse i en psykologisk kontekst sier Flon:

En familierapeut som arbeider ut fra et systemisk perspektiv, neglisjerer ikke betydningen av individuelle psykologiske prosesser, men vil ta et videre perspektiv ved å anse at individuell atferd forstås bedre når den vises innenfor de primære eller viktige sosiale systemer individet er en del av. (2019, s. 21)

Slik jeg forstår Flon, peker han på at de individuelle psykologiske prosesser til for eksempel en pasient på DPS poliklinikk, nødvendigvis er knyttet til de utfordringer vedkommende måtte ha, men utfordringene må samtidig sees i et videre perspektiv for å gi best mulig mening og forståelse. I denne forståelsen favnes både utfordringene og løsningene best systemisk og omfatter både barn og voksne, pasient og pårørende sammen med behandler/familieterapeut.

Flere undersøkelser, blant annet Folkehelseinstituttets Toppstudie (2018), har vist at alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmisbruk kan medvirke til å opprettholde skadelig og/eller dysfunksjonelt samspillsmønster i familien. Imidlertid kan en se av Reupert & Maybery sin undersøkelse knyttet til hvordan helsepersonell arbeider med familie med komplekse behov, at familie terapeutisk tilnærming er lite utbredt. De sier: «While there is emerging evidence for family sensitive practice, few practitioners employ this approach» (2014, s. 642).

Familiefokusert praksis går ut fra at det er mange faktorer som påvirker familiesystemet og den enkelte som inngår i systemet. Når eksempelvis en pasient som er mor eller far, er i behandling, vil samtalen mellom behandler og pasient berøre hele familiesystemet gjennom virkningen av samtalen. Slik kan behandler/terapeut selv bli en del av systemet. Det forklares som 2.-orden kybernetikk, ved at ingen som er i berøring med familiesystemet, kan bli stående utenfor systemet (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 28).

## 2.5 Sosialkonstruksjonisme og språkssystemisk teori

### 2.5.1 Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonismen er en teoretisk forståelse av hvordan en gjennom sosialt samspill skaper forståelse av verden og situasjonene en opplever, og hvordan dette danner oppfatninger av identitet. Med andre ord blir vår forståelse av oss selv og vårt liv her og nå en konstruksjon som blir til gjennom den kulturen, det samfunnet og de menneskene vi omgir oss med, og de dialoger som vi har. De sosialt konstruerte forståelsene kan fremstå som individuelle sannheter her og nå, men er ikke fastlåste forståelser, men forståelser som er i konstant endring gjennom alle de sosiale prosesser vi er i. Sosialkonstruksjonismen hevder at det ikke finnes en objektiv sannhet, men at forståelser er konstruerte ideer som kan ha blitt til ved rådende sannheter (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

Kommisrud, Söderström, Halsaa & Halsaa (2019) tar utgangspunkt i spørsmålet: «Hvordan forstår ungdom i BUP sammenhenger mellom oppvekstbelastninger, foreldres sykdom og hvordan de har det selv, og hvilke ytre faktorer påvirker dette forståelsesarbeidet?» (2019, s. 84). Videre i denne artikkelen drøfter de blant annet forståelsen av å være definert som psykisk syk som en sosialkonstruert kategori, og hvordan ungdommene opplever seg selv (s. 89). Å bli definert som pasient kan i denne sammenheng sees som en sosial konstruksjon. Ungdommene selv relaterer sitt indre strev til familiesystemet og kjenner seg ikke hjemme i pasient-konstruksjonen. Sosialt konstruerte ideer skapes på bakgrunn av kulturen vi omgir oss med, og av de samfunnsdiskurser som råder. Ideene konstrueres gjennom dialog og den forståelse den enkelte familie til enhver tid måtte ha, i det miljø de lever. Det betyr at problemforståelsen enten skapes, opprettholdes eller reduseres gjennom samhandling og språk (Anderson, 2003, s. 70–75). I denne sammenheng sier Anderson at terapi kan beskrives som:

en målrettet samtale, hvis sigte er at skabe et miljø til støtte for en proces, i hvilken terapeutens og klientens fælles skaben og konstruktion af betydning leder til en ny fortælling og dermed en ny organisering av tingenes tilstand. Nye muligheder opstår gennem dialogen. (2003, s. 100)

Anderson understreker viktigheten av at terapeutisk samtale/dialog er en prosess mellom terapeut og klient, og at det i denne prosessen skjer en utvikling som enten kan skape nye muligheter eller opprettholde en problemforståelse for hele familien. Klevan, Viksmo & Borg gjorde en undersøkelse knyttet til det å være en forelder som mottar tjenester fra ambulante akuttpsykiatriske team, og de skriver: «Foreldre som har erfart psykiske problemer, formidler at nettopp barna deres gjør at de holder ut og finner løsninger» (2013, s. 204). Samme sted sier de at «foreldrerollen kunne erfares som hjelp til å mobilisere friske sider ved en selv i krisen». De sosialkonstruerte oppfatninger en har knyttet til foreldre, pasient og behandlerrolle, ser ut til å kunne fremme eller hemme terapeutiske dialoger.

### 2.5.2 Språkssystemisk teori

Språkssystemisk teori bygger på sosialkonstruksjonismen og har fokus på at mening utvikles gjennom kommunikasjon og ordene vi utveksler. Anderson sier:

Et problem og den betydning, vi tillægger det, er utdelukkende en sosialt skabt virkelighet, der understøttes af den adfærd, som gjensidigt tilpasses via sproget. Det er en sprogligt defineret størrelse, en person eller en ting, som en eller anden er bekymret, klager eller er oprørt over, gerne vil ændre på og måske har forsøgt at ændre på. En problemdefinition er en position, en eller anden indtager. (2003, s. 106–107)

I lys av denne teorien forstår jeg klienters historie ut ifra en sosialt og språklig konstruert kontekst i sanntid. Det er ikke en objektivt forstått virkelighet, men en virkelighet skapt ut ifra den kontekst en befinner seg i, og gjennom kommunikasjonen med seg selv og andre. Anderson sier om klienters problemhistorier at: «problemer lever og ånder i sproget» (2003, s. 117).

I språkssystemisk teori blir valg av ord og begreper, hvilken mening og resonans de gir den enkelte, avgjørende for hva som skjer i det terapeutiske rom. Om det er klienten/pasienten eller terapeuten/behandlaren som velger ordene, blir derfor et poeng. Anderson var opptatt av språk og av den grunn opptatt av å følge og å gjøre bruk av klientens egne ord. Hun sier om terapeutiske samtaler:

Målet var at samtale indenfor rammerne af klientens hverdagsprog for at bruge det retorisk og strategisk som et terapeutisk og redaktionelt redskap, hvormed klientens historie kunne påvirkes, og som en teknikk, kunne ansporet til samarbejde med henblikk på at effektuere forandring. (2003, s. 92)

Anderson mener at for å få til en endring er det å vektlegge klientens ord avgjørende i terapeutisk samtale. Tanken er at ved å gjøre bruk av klientens hverdagspråk viser en respekt og gir anerkjennelse til klienten, og gjennom det støtter en opp under klientens egen endringsprosess (2003, s. 11).

I språkssystemisk terapi vektlegges terapeutenes nærvær, det å være fullt ut til stede med hele seg og lytte ut ifra en ikke-vitende posisjon. Når Anderson trekker frem begrepet «ikke-vitende posisjon», vektlegger hun det som et utgangspunkt for aktivt å kunne lytte uten å være «hverken forhandlingsleder eller dommer», men «en samtalepartner» (2003, s. 134). I en psykiatrisk poliklinikk har behandlere en definert rolle innenfor det rammeverket de arbeider under, mens klienten er definert inn i rollen pasient. Begrepene kan forsterke forståelsen av møtet som mellom en ekspert som er i førersetet, og en pasient som er passasjer. Behandlernes ekspertrolle kan forstås ut ifra at de er «autorisert» til å



diagnostisere og behandle. De bruker sjekklister, ulike skåringsverktøy og kartleggingsskjemaer, og resultatene fra disse inngår som underlag for å sette en diagnose. Diagnosebegrepet er i den medisinske modellen rettet mot å gi en beskrivelse av et enkeltindivids psykososiale problem, mens en innen språkssystemisk forståelse vektlegger ideen om at psykososiale problemer i en viss grad er sosialt konstruert innenfor sitt system. På nettsiden psykolog.no sier Vedeler at: «Psykososiale problemer kan ikke sees uavhengig av familie, sosialt nettverk og kultur, og de henger sammen med hvordan dette systemet som helhet fungerer. Hjelpevirksomhet som ikke tar hensyn til dette, blir ufullstendig» (Vedeler, 2016). Med det forstår jeg at sosialkonstruksjonistisk og språkssystemisk teori mener at psykososiale problemer må forstås ut ifra et systemisk, kontekstuell og sirkulært helhetsperspektiv for å kunne danne et mer helhetlig bilde av situasjonen. I denne forståelsen fremstår medisinsk tilnærming som ufullstendig, ved at den bygger på en individuell og lineær forståelse og tolkning av virkeligheten.

## 2.6 Begrepet tid og makt i terapirommet

Tid og makt er to sentrale områder som kan gå i hverandre og påvirke både behandlingsopplegg og relasjon til pasienten og familien. En pasient innen poliklinisk behandling møtes med ventelister, prioriteringer og tilmålt antall behandlingstimer. Behandler skal dokumentere og rapportere aktivitetsnivå ut ifra standardmaler, og det skal være utført innen en gitt tid. I dette ligger en forståelse av både tid og makt.

Den franske filosofen Michel Foucault (1926–1984) fikk stor innflytelse med sitt verk *Overvåkning og straff* (1999). Med utgangspunkt i maktens rolle og fremveksten av det moderne fengselsvesenet fra 1600–1700-tallet til i dag, beskriver han Panopticon-tårnet hvorfra fangevokterne kunne se alt i fengselet (1999, s. 179). De «innsatte» kan i denne sammenheng være behandlere, pasienter eller pårørende. Foucault beskriver hvordan samfunnsmaktens strukturer utvikler seg fra det synlige til det usynlige, hvor individet med selvdisciplinering overvåker seg selv ut ifra en forståelse av ytre normer. Behandlere, men også pasienter, kan disiplinere seg selv ut ifra slike ytre normer (Foucault, 1999, s. 179).

Det ligger makt i disse ytre normene ved at de kan sette skille mellom frisk, syk, gal, normal osv., og kan bidra til en frykt for å være utenfor, gal eller unormal og/eller bidra til skam over

egen psykiske helse. Videre kan en slik normforståelse bidra til å øke et asymmetrisk maktforhold mellom pasient og behandler.

Martinsen har i boken *Å tenke med Foucault* (2018) sett på helsevesenets tidsdisiplinering. Martinsen viser til Foucaults tenkning og sier:

Tiden skapes som en utviklingsmessig tid, en tid av lineære øyeblikk som integreres mot hverandre mot et stabilt slutt punkt. Dermed er det mulig å innarbeide metoder for tidsutnyttning og -disiplin i institusjoner og i kunnskaper for å forme individenes liv. (2018, s. 23)

I sykehus så vell som i andre institusjoner blir mennesker disiplinert inn i en forståelse av og forventning til effektivitet, hurtighet og punktlighet. Martinsen sier: «Tid som maktanvendelse og tid som forståelsesform ble to sider av samme sak. Det er en anonym makt som tiden utøver» (2018, s. 28). Videre samme sted sier hun: «Samfunnets disiplinerende normer gjennomsetter seg som en taus normativ kraft av tidsfrister, tidsplaner, tidsrammer. Menneskenes erfaringer skrumper i hastighetsforøkelsen» (s. 30).

Helsepersonell kan i en slik disiplinerende tidsforståelse kjenne på en rekke dilemmaer, for eksempel på den ene side krav til effektivitet og å overholde ulike tidsfrister, på den annen side faglig forståelse for hvilken samtale tid som er nødvendig for pasienten og familien for at samtaleprosessen kan føre til ønsket helende endring.

Innen systemiske reflekterende prosesser har professor i psykiatri/familieterapi Tom Andersen (1936–2007) vært opptatt av at reflekterende prosesser tar tid, og at tiden i seg selv blir et nøkkelbegrep i behandlingen. Tid og tempo er viktige elementer knyttet til å styre samtalene og skape det terapeutiske rom, der terapeuten følger klientene i deres tempo og ut ifra deres språk og hva som er viktig for dem. Han beskriver den reflekterende prosessen hvor de må: «oppgive at være produktorienterte i vore samtaler, og i stede være optagede af den reflekterende proces i os selv, i klienten og imellom os og klienten, og lade den være et udtryk for produktet» (Andersen, 2005, s. 9).

I denne reflekterende prosessen vektlegges bruk av språk og utvikling av en grunnleggende tillit mellom samtalepartnerne som en forutsetning for en god prosess. Det asymmetriske maktforholdet mellom pasient og behandler reduseres her når en legger til rette for tid nok

til å få en reflekterende samtaleprosess hvor klienten og familiens plass er i førersetet både i terapirommet og i eget liv.

## 2.7 Diskurser – psykisk lidelse og skam

Øfsti sier: «Diskurser er en bestemt måte å snakke om og forstå verden på» (2010, s. 18).

Knyttet til begreper innen helse og uhelse eksisterer mange ulike diskurser. Foucault snakker om «diskursproduksjon» (1970/2018, s. 9). En produksjon av diskurser som for eksempel lager regler for hvem som kan si hva, hvor og i ulike sosiale sammenhenger. Videre kan diskurser være bestemmende for hva som kan sies eller hva det skal ties om. Videre kan diskurser definere hva som er sunt, sykt eller hvem som er innenfor/utenfor det gode samfunnslag (Foucault, 1970/2018). Sundfær sier i sin bok *God dag, jeg er et barn*: «Å være rusmisbruker eller psykiatrisk pasient og samtidig ha ansvar for barn, vet vi er skambelagt og ofte taushetsbelagt» (2012, s. 19). Dermed kan rådende diskurser knyttet til psykisk lidelse føre til at lidelsen bli vanskelig å sette ord på.

Hvilke diskurser som råder, vil variere fra kultur til kultur og med tid og sted. For eksempel har det over tid vært ulike diskurser om hva som er til det beste for barn, og i hvilken grad barn skal involveres i foreldres sykdom, død, begravelser osv. Bergem sier følgende:

Å forholde seg til sykdom, rus, død eller fengsling er noe de fleste synes er tungt og vanskelig. Det er derfor ikke så rart at mange foreldre ønsker å skåne barna sine fra å måtte forholde seg til slikt. Å la være å snakke med barna kan være foreldrenes strategi for å skåne barna fra det som er vondt. Å skåne barn gjøres med gode intensjoner, men erfaring viser at det ikke er mulig. Barn får med seg mye mer enn det voksne tror. (2018, s. 211)

Bergem trekker frem at foreldre ønsker å «skåne» barna, og viser til at det kan bygge på ideer eller diskurser som sier at barna ikke har godt av å få vite så mye om det som kan være vondt. Diskurser brytes over tid, og nye diskurser kan vokse frem. I dag er det i det offentlige rom for eksempel en diskurs knyttet til åpenhet i forholdet mellom foreldre og barn.

Helsenorge har en internettside som retter seg mot pårørende. På denne siden har de overskriften «Barn trenger åpenhet» (Helsenorge, 2020). Behovene for åpenhet begrunnes

med at: «Barn påvirkes når noen i familien har helseutfordringer. Når familien snakker om sykdommen, skaden eller avhengigheten er det lettere for barn og unge å mestre det som skjer.» Pasienter som er foreldre, og behandlere vil være preget av diskurser knyttet til psykisk uhelse, foreldreskap osv., og diskurser kan påvirke utfallet av terapien (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 79). Øfsti viser til at: «Det matnyttige med begrepet diskurs er at det trekker oppmerksomheten mot hvordan vi bruker språket intensjonelt, og hvordan diskusjoner og mening er språklig aktivitet» (2010, s. 22). Dersom en i terapeutisk samtale analyserer både egne og pasientens diskurser, for eksempel knyttet til åpenhet overfor barna om foreldres lidelse, snakker Øfsti om at: «handlingsrom utvides og begrenses» (2010, s. 22). Når foreldre for eksempel ikke ønsker at barna skal få informasjon, slik helsepersonelloven § 10a gir helsepersonell plikt til å tematisere, kan terapeut/pasient sammen analysere hvilken diskurs det kan handle om, og om den er hensiktsmessig for familien.

### 2.7.1 Psykisk lidelse og skam

Psykiske lidelser kan i ulike kulturelle og sosiale sammenhenger være forbundet med mer eller mindre stigma og derav skam. Stigma skapes på bakgrunn av kulturelle diskurser, og med stigma kommer skammen (Wagensteen, Jansen & Halså, 2019, s. 12). Skam kan føre til taushet i terapirommet. Sundfær trekker frem at tabu og skam kan føre til at mors/fars utfordringer forblir språkløse opplevelser, som kan gjøre kontakten mellom foreldre og barn vanskelig (Sundfær, 2012, s. 19). Hvordan skam forstås og virker inn og/eller opprettholdes av familiesystemet, kan fremkomme på ulike måter i samtaleterapien/behandlingen.

Skårderud skriver om god og dårlig skam i sin artikkel «Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet» (2001). Om skammens etiologi sier han blant annet: «Skam er en forstyrrelse i reguleringen av selvfølelsen. En forståelse er knyttet til krenkelsen og til traumet. Skammen følger i kjølvannet av den andres atferd. Skammeren kan være den ytre andre eller sosiale institusjoner» (2001, s. 4).

Skam blir i denne definisjonen nær knyttet opp til en krenkelse, og dersom en forelder kjenner på skamfull utilstrekkelighet i egen foreldrerolle, forstår jeg Skårderud dit hen at en samtale om foreldrerollen kan føre til en opplevelse av krenkelse i terapirommet. Skårderud poengterer også at: «Skammens vesen er knyttet til selviakttakelsen, å se seg selv med

andres blikk» (2001, s. 4). Et terapeutisk møte kan være å møte seg selv gjennom andres blikk. Samtalen som berører skammen, kan være viktig for at skammen ikke forblir ordløs. Samtidig kan det være et vanskelig samtaletema når skammen som problem ikke skal forsterkes, men heller reduseres gjennom empatisk respons (Skårderud, 2001, s. 4). Å snakke om psykisk lidelse og/eller foreldrerollen, hvis dette er skambelagte tema, kan derfor være vanskelig for mange. Dersom en skammer seg over å være psykisk syk, så kan åpenhet og involvering av familien bli et tema klienten/pasienten ikke ønsker å dele med terapeut/behandler.

Klevan, Viksmo & Borg sier i sin artikkel om foreldrerollen i psykisk krise: «Det kan være mye skam forbundet med ikke å strekke til. Åpenhet rundt egen og barnas situasjon blir vanskelig, og skam og skyldfølelse kan hindre en i å be om hjelp» (2013, s. 205).

I systemisk forståelse blir terapeuters egen forståelse knyttet til skam og hvordan skam kommer til uttrykk i terapeutiske samtaler, viktig. Myra, Ravdal, Torsteinsson & Øfsti (2018) gjorde en undersøkelse knyttet til behandling av gravide kvinner som sliter med rusmisbruk. De trekker frem at terapeuter er preget av samfunnsdiskursen knyttet til stigma og tabuer overfor gravide rusmisbrukere innenfor våre kulturelle rammer. Myra et al. (2018) viser videre (s. 9) til at sosiale og kulturelle normer knyttet til forståelsen av morsrollen kan styrke opplevelsen av stigma, så vel som følelser av skyld og skam, og viser her til Radcliffe (2011) og Wall (2013).

Når behandlere/terapeuter møter pasientens skam i behandlingsrommet, kan behandler respondere på ulike måter. En skam som blir ordlagt og delt, kan bli lettere å bære, eller den kan forsterkes og de skamfulle erfaringene kan bli retraumatiserende (Skårderud, 2001).

Skammen inngår i samfunnsdiskurser og blir en del av både behandler- og familiesystemet. Hvordan familiene snakker om og forstår skammen, kan bli en del av både familiens problemer og løsninger.

## 2.8 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet belyst noen lovfestede og offentlige rammebetingelser knyttet til informantenes kontekst. Ulike teoretiske ståsted er trukket frem – naturvitenskapelig medisinsk modell og eget epistemologisk ståsted forankret i systemisk forståelse – og satt

inn i relevant kontekst for oppgaven. Videre har jeg utdypet systemisk forståelse med vekt på sosialkonstruksjonismen og språkssystemisk forståelse. Hvordan tid og makt kan forstås i denne sammenheng, og hvordan dette setter rammer for behandlere innen psykiatri, er blitt utdypet. Til slutt er diskurser og skam som relevante områder knyttet til behandling innen psykiatri, trukket frem.

Relevant nyere forskning har jeg tatt med under de ulike områdene for å skape en tettere tilknytning til informantenes kontekst. Teori beskrevet i dette kapitlet vil jeg drøfte videre i kapittel 5 og 6.

## 3 Metodekapittel

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere eget epistemologisk ståsted, valg av analysemetode og det vitenskapsteoretiske ståsted studien er bygget på. Videre redegjør jeg for hvordan jeg har arbeidet med forskningsprosessen i lys av analysemetoden.

Jeg har også tatt med betraktninger knyttet til studiens gyldighet/validitet og etterprøvbarehet/reliabilitet i punkt 3.5. Etske forhold er behandlet i punkt 3.9.

### 3.2 Eget epistemologisk ståsted

Mitt eget epistemologiske ståsted bygger på systemisk forståelse og ideer om at vi alle påvirker hverandre gjensidig, og at vi alle blir til, utvikler oss og forstår verden i møte med hverandre. I disse sosiale møtene konstrueres meninger og oppfatninger om hvordan virkeligheten fremstår for oss. Språket vi omgir oss med, danner grunnlaget for hva vi oppfatter som «sant», og med det er jeg inspirert av systemisk teori, sosialkonstruksjonisme og språkssystemisk forståelse (Anderson, 2003).

### 3.3 Kvalitativ metode

Vitenskapsteoretisk tilnærming har to hovedretninger: kvalitativ og kvantitativ tilnærming, og mitt valg falt på kvalitativ tilnærming. Det er en rekke forskjeller mellom kvalitativ og kvantitativ forskning, men Tjora (2017) trekker frem at kvalitativ forskning legger vekt på:

forståelse snarere enn forklaring, nærhet til dem man forsker «på», med en åpen interaksjon mellom forsker og informant heller enn avstand til sine respondenter, data i form av tekst heller enn tall og en *induktiv (eksplorerende og empiridrevet) fremgangsmåte* heller enn en *deduktiv* (teori- og hypotesedrevet) (s. 24).

En induktiv tilnærming handler om at problemstillingen baserer seg på åpne spørsmål istedenfor en forhåndslegd hypotese som skal testes ut. Dette forskningsprosjektet har en induktiv tilnærming.

Kvale & Brinkmann (2015) sier at når en velger å benytte kvalitativ forskning, så ønsker en å få frem «folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden» (s. 20). Jeg søker i mitt

forskningsprosjekt en dypere forståelse av problemstillingen gjennom å dypdykke i beskrivelser og erfaringer. Jeg har derfor valgt en kvalitativ metode.

Kvalitativ forskning har ikke som mål å finne allmenngyldige, generaliserte sannheter, men bidra med å oppdage nye sammenhenger og bedre praksiser knyttet til en gitt kontekst.

Innen kvalitative forskningsmetoder er det igjen flere alternative tilnæringer. Min første tanke når jeg skulle i gang med forskningsprosjektet, var at jeg ville ta utgangspunkt i autoetnografisk analysemetode. Bakgrunnen var mye egenerfaring knyttet til problemstillingen. Jeg vurderte derfor om jeg kunne gjøre en retrospektiv reise i egne notater, dokumenter og erfaringer. Dersom jeg hadde holdt fast på den tanken, ville det trolig gitt meg en annen innsikt enn den innsikten jeg nå har fått (Jones, Adams & Ellis, 2013). Det viktigste for meg ble å fordype meg i hvilke erfaringer behandlere satt med og hvordan de beskrev problemstillingen. Valg av analysemetode ble derfor interpretativ fenomenologisk analyse.

### 3.4 Analysemetode: *Interpretative phenomenological analysis*

Jeg vil her gjøre rede for valg av analysemetode. *Interpretative phenomenological analysis* (heretter kalt IPA) er forankret i hermeneutisk, fenomenologisk og ideografisk forståelse.

Jonathan Smith anses som en av grunnleggerne av IPA. Den ble først beskrevet på midten av 1990-tallet, og han skrev fra et psykologisk-teoretisk ståsted. IPA er nå benyttet som analysemetode innen flere humanvitenskaplige og sosialvitenskaplige forskningsfelt (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Jeg ble inspirert av IPA fordi metoden har fokus på å undersøke og forstå individets livserfaringer for å forklare den enkeltes forhold til og involvering med spesielle hendelser eller prosesser/fenomener (Langdridge, 2006).

IPA er en kvalitativ intervju metode inspirert av både fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologien er fremtredende ved at forskeren i intervju sammenheng forsøker å sette til side sin egen forforståelse og egne tatt-for-gitt-meninger (Smith et al., 2009). Den hermeneutiske forståelsen er knyttet til fortolkning og å forstå hvordan mennesker skaper mening av sine erfaringer, og ligger tett opp til informantenes utsagn, for å ivareta ideografisk fokus.



I og med at mitt eget forskningsprosjekt er å undersøke behandlers beskrivelser og erfaringer, og ved intervju få deres beskrivelser av et gitt fenomen, for så å gjøre fortolkning av deres livsverden, var dette en analysemetode som kunne bidra til å få svar på forskningsspørsmålene (Tjora, 2017).

IPA følger hele forskningsprosessen fra begynnelsen med planlegging av prosjekt, til rekruttering og gjennomføring av intervju, videre til transkribering av materialet og stegene videre gjennom analysen og frem til funnene.

### 3.4.1 Hermeneutisk vitenskapsteori

Hvordan kan jeg få frem gyldige tolkninger eller fortolkninger? Thomassen skriver at: «'Hermeneutikk' kommer fra det greske ordet *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke» (2006, s. 157). Hermeneutikken er opptatt av hvordan vi som mennesker fortolker mening i fenomener, og at vi alltid har med oss fordommer, en forforståelse i forhold til et gitt fenomen eller situasjon.

IPA bygger på hermeneutiske ideer hentet fra blant annet Heidegger og Gadamer. Heidegger var først og fremst opptatt av hvordan mennesket oppfatter et fenomen gjennom relasjoner og språk. Videre at vår væren i denne verden alltid er ut ifra et gitt perspektiv og en gitt kontekst, alltid midlertidig og alltid i relasjon til noe. Følgelig blir tolkningen av menneskers meningslagende aktiviteter sentrale i fenomenologiske undersøkelser gjennom en hermeneutisk linse (Smith et al., 2009).

Kvale & Brinkmann (2015) legger vekt på at «hermeneutikken er læren om fortolkning av tekster» (s. 73). Gjennom intervjuer skapes fortolkning av mening som blir til tekst, og målet med en fortolkning er «å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73).

Fortolkningen av teksten som analyseres, avhenger av konteksten som teksten oppstår i. Forforståelser som både informantene og forskeren har, utvikles gjennom hele prosessen fra utarbeidelse av problemstilling til fortolket materiale. I IPA vektlegges den interpretative prosessen, en kontinuerlig prosess hvor mening og forståelse mellom informant og forsker utvikles og utvides (Smith et al., 2009). Denne forståelsen kan beskrives som en dobbel

hermeneutisk forståelse: «It can be said that the IPA researcher is engaged in a double hermeneutic because the researcher is trying to make sense of the participant trying to make sense of what is happening to them» (Smith et al., 2009, s. 3). Det dreier seg om forståelsen jeg får gjennom informantenes beskrivelser og annen litteratur, samtidig som jeg forsøker å forstå informantenes forståelse knyttet til deres hensikt og mål med det de sier. Dette fører til en utvikling av min forforståelse, og min helhetsforståelse blir en dobbel hermeneutisk forståelse. Vår forståelse er hele tiden i utvikling i en historisk livssammenheng. Forståelsen av en helhet utvides i en livssammenheng med en ny forståelse, som gir en ny helhet, og så videre. Denne pendelbevegelsen gir en forståelsesspiral som kalles den hermeneutiske sirkel (Thomassen, 2006). Thagaard sier: «En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer» (2018, s. 37). Ved bruk av IPA er forskeren i denne sirkelforståelsesprosessen, hvor en tolker fra nivå til nivå når en undersøker de gitte fenomener.

### 3.4.2 Fenomenologi

Thomassen viser til at fenomenologien har fokus på at fenomenet defineres som «saken selv» (Thomassen, 2006, s. 161). Det var filosofen Edmund Husserl som rundt år 1900 lanserte begrepet «å komme tilbake til selve saken/tingen» og sammen med flere sørget for utviklingen av en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsestradisjon (Thomassen, 2006, s. 161). IPA har oppmerksomheten rettet mot informantens forsøk på å skape mening i sine erfaringer og fenomener; hvordan mennesker gjennom et psykologisk fokus (tanker, følelser, adferd) skaper mening i sin bestemte kontekst (Smith et al., 2009).

Kvale & Brinkmann (2015) sier at fenomenologien «peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter» (s. 45). Problemstillingen jeg har valgt, kan beskrives som et sosialt fenomen som utspiller seg mellom informant og forsker i en gitt kontekst, og i denne konteksten fremkommer informantens beskrivelser av virkeligheten. I forskningsprosjektet tar jeg utgangspunkt i informantenes perspektiver av virkeligheten knyttet til tema i problemstillingen. Konteksten er her den allmennpolikliniske hverdagen. Konteksten har noen organisatoriske rammer som den enkelte informant kan oppfatte på ulike måter.

Videre kan informantene ha ulik forståelse av hva behandlerrollen skal ivareta overfor pasientens familie. Ulik forståelse og erfaring påvirker hvilken informasjon som fremkommer i intervjuene. Sist, men ikke minst, bringer forskeren med seg selv, sin forforståelse, sine erfaringer, kunnskaper og punktueringer inn i samspillet som utvikles mellom informant og forsker, og alt medvirker til den informasjon som blir konstruert i den intersubjektive kontakten som oppstår mellom dem.

I og med at jeg selv har tilknytning til informantenes arbeidsmiljø, har jeg en viss kjennskap til miljøet innenfra, og den forforståelsen jeg har, kan være en styrke, men også bli forstyrrende i forskningsprosessen. Jeg bestrebet meg derfor, i møte med informantene, på å sette min egen forforståelse til side, slik at informantenes beskrivelser skulle bli minst mulig farget av mine forforståelser og tatt-for-gitt-meninger (Thagaard, 2018).

### 3.4.3 Ideografi

IPA-metoden forplikter forskeren på en ideografisk forankring, med andre ord at min tilnærming til det jeg forstår, forklarer, beskriver, fortolker og formidler, er tett opp til den enkelte informants beskrivelse og de meninger informanten har laget ut ifra sine erfaringer (Smith et al., 2009). Smith et al. sier videre:

IPA's commitment to the particular operates at two levels. Firstly, there is a commitment to the particular, in the sense of detail, and therefore the depth of analysis. As a consequence, analysis must be thorough and systematic. Secondly, IPA is committed to understanding how particular experiential phenomena have been understood from the perspective of particular people, in a particular context. (s. 29)

Med det forstår jeg en forpliktelse på to nivåer: med fenomenologien skal en gå tilbake til tingene selv, slik Edmund Husserl beskrev det, og en skal utforske og undersøke hva som ligger i detaljene. Videre har man en ideografisk forpliktelse overfor den enkelte informant til grundig å dypdykke i detaljene som fremkommer i deres beskrivelser. Valg av ord og uttrykk kan være sentralt, dernest å forstå hvordan informantene beskriver sine erfaringer ut ifra den konteksten de er i på poliklinikken.

Ved hjelp av den valgte analysemetoden kom jeg frem til funnene og meningsinnholdet i dem på en slik måte at jeg kunne holde meg nær opp til en ideografisk forståelse av materialet.

#### 3.4.4 Sosialkonstruksjonismen og IPA

IPA bygger på tre sentrale prinsipper: hermeneutikk, fenomenologi og ideografi. I tillegg viser Smith et al. til Heidegger som skriver om språket som «The house of Being» (2009, s. 194). Det viser til at vår tolkning av erfaringer og opplevelser alltid er formet, begrenset av og muliggjort i språket.

IPA har således også med seg sosialkonstruksjonistiske ideer, ved at IPA undersøker og avslører individets forståelse skapt ut ifra de erfaringer individet har sosialt konstruert av et gitt fenomen i sin kontekst, sin kultur, sitt språk og sine relasjonelle forhold knyttet til fenomenet.

### 3.5 Reliabilitet, validitet og generalisering

Begrepene reliabilitet, validitet og generalisering er mye benyttet i positivistisk forskning, som «betrakter vitenskapelige fakta som objektive, i den forstand at kunnskap ses på som uavhengig av sosiale prosesser» (Thagaard, 2018, s. 41). Imidlertid benyttes begrepene reliabilitet og validitet også i kvalitativ forskning ved å vise til på hvilken måte studien har pålitelighet og gyldighet, for å si noe om forskningens troverdighet. Denne studien har en kvalitativ tilnærming, med fokus på å undersøke meningsinnholdet i sosiale fenomener, og disse sosiale fenomenene forstår jeg i lys av at sosial virkelighet er konstruert (Thalgaard, 2018).

#### 3.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelig forskningen er. Kvale & Brinkmann sier det handler om «forskningresultatenes konsistens og troverdighet» (2015, s. 276). Reliabilitet kan knytte seg til hvorvidt et forskningsresultat kan reproduseres av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015). I den forbindelse er det for eksempel spørsmål om forskningsintervjuene

ville gitt helt andre svar dersom det hadde vært en annen forsker som hadde spurt samme spørsmål. En har ingen garanti for at så skjer, for kvalitativ forskning gir forskningsresultater skapt i samspill mellom forsker og informanter og er intersubjektive (Kvale & Brinkmann, 2015), men jeg bestrebet meg på å oppnå reliabilitet i henhold til forskningsmetoden ved blant annet å stille åpne spørsmål med fokus på å være så lite styrende som mulig; jeg lyttet kritisk til intervjuene i etterkant, og jeg reflekterte over i hvilken grad jeg som person kunne ha påvirket informantene til å svare i en eller annen bestemt retning, for gjennom dette å motvirke subjektivitet og opprettholde høy grad av pålitelighet.

### 3.5.2 Validitet

Validitet handler om hvorvidt undersøkelser/tolkninger jeg gjør, er gyldige, det vil si i hvilken grad forskningen faktisk reflekterer fenomenet som er undersøkt (Kvale & Brinkmann, 2015). Det igjen handler om i hvilken grad jeg som forsker er transparent i mitt arbeid (Thagaard, 2018), og gjennom metodekapitlet vises alt så transparent og tydelig som mulig i beskrivelsen av hele forskningsprosessen.

I forbindelse med å validere sier Kvale & Brinkmann at: «forskeren spiller rollen som djevelens advokat overfor egne funn» (2015, s. 279). Med det forstår jeg at for å styrke validiteten trenger jeg som forsker å ha et kritisk blikk på mine fortolkninger av materialet og være tydelig på mine perspektiver knyttet til problemstillingen. Jeg må sikre at min tolkning og forståelse i størst mulig grad bygger på informantenes beskrivelser og erfaringer, og at forskningsresultatet ikke blir begrenset og/eller redusert av min egen forforståelse. Jeg har vektlagt å undersøke gyldigheten av hele forskningsprosessen ved å sørge for teoretisk forankring. Jeg har bevisst arbeidet for å få frem kunnskap på en måte som kan være gagnlig for andre, og i samtale med informantene få tilstrekkelig dybdesvar til å svare ut problemstillingen og forskningsspørsmålene. Tolkningene jeg har gjort i analysen, har jeg lagt tett opp til informantenes utsagn og knyttet det til teori. Men uansett er de valgene som er tatt i denne forskningen, mine egne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 278).

For å styrke valideringen har jeg videre i dette kapitlet beskrevet hvordan jeg har rekruttert, utformet intervjuguide, gjennomført intervjuene, transkribert og analysert. Videre må dette

sees i lys av eget epistemologiske ståsted, beskrevet i punkt. 3.2, og arbeidserfaring knyttet til oppgavens tema, som er beskrevet i punkt 1.1 i denne oppgaven.

### 3.5.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet, sier Kvale & Brinkmann, handler om hvorvidt «resultatene i en situasjon kan overføres til andre situasjoner» (2015, s. 355). I denne kvalitative studien har jeg undersøkt om det finnes noen mønstre som trekker i en eller annen retning, knyttet til problemstillingen. Hvordan behandlere forstår og opplever familiefokusert tilnærming i sin samtalepraksis, gir mulighet for det en kaller en «analytisk generalisering» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 77). De resultater som kommer frem, er hentet fra en kontekst, i denne undersøkelsen DPS allmennpoliklinikk, og på et bestemt tidspunkt. Spørsmålet blir om resultatene er overførbare til andre behandlere eller andre DPS allmennpoliklinikker? En forutsetning for at resultatene kan være generaliserbare, handler om en viss kontekstuell heterogenitet mellom situasjonene/kontekstene, hvordan resultatene som fremkommer samstemmer med andre forskeres resultater, og hvordan de samstemmer med kunnskap produsert i det offentlige rom. Styrket generaliserbarhet oppnås ved kontekstuell heterogenitet, felles forståelse med andre forskeres resultater, og kunnskap produsert offentlig innenfor aktuell tidsramme (Kvale & Brinkmann, 2015; Hoffman, 2013).

Tjora vektlegger imidlertid følgende: «generalisering bør verken begrenses til slik overførbarhet eller statistisk generalisering. I enkelte prosjekter ser man bort fra tema generalisering» (2017, s. 239). Videre samme sted sier han at en form for generalisering kan være at «målet med kvalitativ forskning er å utvikle innsikt knyttet til et fenomen, og hvor denne innsikten kan testes ved en form for konsept- eller teoriutvikling».

I mitt forskningsprosjekt er målet en generalisering som kan favne en form for konsept- eller teoriutvikling og samtidig gi kunnskap og ideer som til en viss grad kan overføres til en sammenlignbar kontekst som den forskningen berører.

## 3.6 Utvalg og rekruttering

### 3.6.1 Strategisk utvalg

Jeg har valgt et strategisk utvalg for denne undersøkelsen. Et strategisk utvalg av informanter er informanter som har kjennskap og erfaringer knyttet til et gitt fenomen eller problemstilling. Om strategisk utvalg sier Tjora: «man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle tema .... vi kaller slike utvalg for strategiske» (2017, s. 130).

For å ha mulighet til å få frem tilstrekkelig valide og reliable data var et inklusjonskriterium at informantene hadde minimum 2 års arbeidserfaring med problemstillingen, og at de arbeider som ordinær behandler. Samtidig satte jeg som et eksklusjonskriterium at informantene ikke skulle være i funksjonen barneansvarlig. Begrunnelsen er at barneansvarlig, i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-7a, har en særskilt lovpålagt funksjon knyttet til BSP ved at de skal: «fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller er etterlatte barn eller søsken etter slike pasienter».

Dermed har barneansvarlig en særskilt funksjon i forhold til BSP, i tillegg til behandlerrollen. Informanter/behandlere som ble inkludert, var i ordinær behandlerrolle og hadde ordinær pasientportefølje med/uten mindreårige barn. Videre hadde jeg som inklusjonskriterium at informantene kun var behandlere på DPS allmennpoliklinikk og ikke ved de andre seksjonene ved DPS poliklinikken.

Behandlere er det Kvale & Brinkmann omtaler som «elitepersoner» som er vant til å bli stilt spørsmål som fag-elite-personer (2015, s. 176). Dette gir rom for å stille spørsmål som kan utfordre noe, samtidig som det stiller krav til meg som forsker at jeg er godt forberedt.

### 3.6.2 Rekruttering – informanter

Jeg har i mitt arbeid på sykehuset kontakt med flere DPS-er i forskjellige sammenhenger. Gjennom samtaler med avdelingsleder på en DPS ble det avtalt at seksjonsledere skulle rekruttere informanter ved å høre om hvem som ønsket å delta. Avdelingsleder tok det opp med seksjonsledere, som tok det opp med behandlergruppen. Det er flere

allmennpolikliniske seksjoner/grupper på dette DPS-et, så det ble rekruttert én informant fra hver av de allmennpolikliniske seksjonene. Det vil si at informantene i sitt arbeid ikke har daglig kontakt med hverandre.

I dette forskningsprosjektet er det fire informanter som har bidratt med forskningsdata. De er alle utdannet psykologer, to av dem var ferdig med sin spesialisering, og to var i et spesialiseringsløp. Informantene arbeidet ved hver sin seksjon på allmennpoliklinikk og arbeidet i 100 % stilling som poliklinisk behandler til voksne pasienter. Det var to menn og to kvinner, alle under 45 år. De fleste behandlerne som arbeider ved denne DPS poliklinikken, har profesjonsutdanning som psykolog. Behandlerne utdannet som psykolog ble derfor et naturlig valg som informant i denne sammenhengen.

I og med at alle informantene har samme profesjonsutdanning, som psykolog, er dette trolig en faktor som medvirket til hvilke data jeg fikk. Dersom informantene hadde hatt et annet faglig ståsted, kan det hende at funnene hadde blitt anderledes. Imidlertid er ikke profesjonsutdanningen til informantene et tema som er diskutert i dette forskningsprosjektet.

Jeg fikk navn på informantene via leder og tok deretter kontakt med dem på mail. Informantene fikk tilsendt informasjonsbrev, og jeg tok deretter kontakt med informantene på telefon og avtalte tid og sted for intervju.

### 3.7 Kvalitativt forskningsintervju

#### 3.7.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Ut ifra problemstillingen og forskningsspørsmålene utarbeidet jeg en intervjuguide. Jeg gjennomførte testintervju av en behandler/psykolog på DPS. Vedkommende var i rollen som barneansvarlig, og hadde god kjennskap til problemstillingen. Jeg hadde også en samtale med en veileder på arbeidsplassen, og i begge disse samtalene kom det frem at temaet kunne oppleves som vanskelig å snakke utdypende om for behandlere på DPS poliklinikk.

I prøveintervjuet erfarte jeg at noen av spørsmålene gav for lite refleksjon i forhold til å komme i dybden på beskrivelsene. Det var en verdifull oppdagelse som gjorde at jeg justerte intervjuguiden. Den ikke-vitende posisjonen var viktig for meg for å få mest mulig gyldige



svar, og for å få beskrivelser fra informantene, som gav meg en fornemmelse av å være i «deres sko» (Anderson, 2003; Kvale & Brinkmann, 2015).

### 3.7.2 Forske på egen arbeidsplass

Jeg valgte å forske på egen arbeidsplass, og det kan innebære både fordeler og ulemper. Jeg reflekterte over om min forforståelse kunne føre til at jeg overså det som var forskjellig fra mine egne erfaringer. Imidlertid er ikke mitt daglige arbeid på en DPS, men i en annen del av sykehuset, så ingen av informantene var kjent for meg fra før. Jeg var heller ikke kjent med deres daglige oppgaver, så jeg vurderte at med gode dybdespørsmål ville jeg ha en rimelig god mulighet til å få tak i tilstrekkelig dype svar. Videre kom jeg frem til at min kjennskap til barn som pårørende og virksomheten generelt også kunne være en styrke ved at jeg lettere kunne forstå deltakernes situasjon gjennom min egen erfaring. Videre var det også ut ifra min egen arbeidsrolle et ønske om at jeg forsket på egen arbeidsplass (Thagaard, 2018).

### 3.7.3 Semistrukturert intervju – datainnsamling

IPA-studier benytter ofte semistrukturert intervju som metode for å fremskaffe data (Langdridge, 2006). Intervjuguiden bygde på tre forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever behandlere muligheten for å arbeide familieorientert?
- Er det noe i konteksten/rammebetingelsene som hindrer dem i å ha et familiefokus?
- Kan samtale om barna fremme behandlingen?

Jeg valgte å bruke semistrukturert intervju som metode. Semistrukturert intervju kjennetegnes ved at en på forhånd har utarbeidet en intervjuguide, hvor målet ikke er å anvende alle spørsmålene som er satt opp i intervjuguiden, men å få til en god dialog. Dialogen skal gi så mye relevant data knyttet til temaet at det gir en «mettet» informasjon (Kvale & Brinkmann, 2018 ). Jeg gjennomførte fire semistrukturerte intervjuer med lydopptak, som ble lagret på krypterte minnepenner.

Intervjuguiden fungerte som en veiledende guide, med en introduksjon hvor jeg kommuniserte om samtalen, og en generell innledning med tematisk åpne spørsmål. I innledningen snakket jeg om prosjektet og sjekket ut om informanten hadde noen spørsmål.

Videre viste jeg til informasjonsbrevet som de hadde fått i forkant. Jeg innhentet samtykke til å ta opp samtalen og informerte om muligheten til å trekke seg fra intervjuet om en ønsket det (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). For å sikre at temaene i problemstillingen ble tilstrekkelig utdypet, stilte jeg åpnende spørsmål, og i samtalens gang fulgte jeg på med utfyllende spørsmål. Ved slutten av intervjuet avrundet jeg med å nevne noen av hovedpunktene som intervjuet hadde gitt, og spurte deretter om informanten hadde mer han/hun ønsket å si før vi rundet av. Til slutt spurte jeg om hvordan det hadde vært å være med på intervjuet.

Samtalene varte fra 67 til 87 minutter. Intervjusamtalene hadde ulikt tempo og ulik intensitet, men min opplevelse var at informantene hadde mange erfaringer knyttet til tema.

Jeg merket meg at min egen analyseprosess pågikk kontinuerlig både før, under og etter intervjuet. I og med at jeg gjennom mange år har vært kjent med temaet, var jeg bevisst på at jeg måtte jobbe med meg selv for å være lyttende og i en ikke-vitende posisjon. Jeg ønsket på best mulig måte å få tak i informantenes/behandlernes livsverden og hvordan de beskrev den. Derfor var det viktig at min forforståelse ikke skulle bli til hinder for aktivt å lytte etter deres beskrivelser og meninger. Likevel vil mine punktueringer bære preg av min forforståelse.

Jeg gjorde kun få notater underveis i samtalene, for jeg ønsket å ha mest mulig fokus på informantene. Så fort jeg var ferdig med et intervju, lyttet jeg igjennom intervjuet og gjorde meg noen ytterligere refleksjoner. Når jeg analyserer mine egne oppfølgingsspørsmål i etterkant, kan jeg se at noen spørsmål kunne oppfattes som ledende. De svarene jeg fikk etter denne type spørsmål, gjennomgikk jeg ekstra kritisk med tanke på om jeg kunne ha fått et annet svar om jeg hadde stilt spørsmålet på en annen måte (Thagaard, 2018). Videre presiserte jeg overfor informantene at min hovedhensikt var å kunne få en beskrivelse av deres opplevelse, slik at jeg kunne få en innsikt i og et glimt av hvordan det var å være i deres sko. Etter avtale og etter informantenes ønske møttes vi på poliklinikken på informantens/behandlerens kontor. Det gav meg også mulighet til å oppleve deres kontekst så nær som mulig.

Mine opplevelser av intervjuene var at informantene genuint ønsket å bidra med sine beskrivelser av temaet. De var engasjerte, og de satte søkelyset på hvordan temaet var forbundet med både utfordringer og muligheter.

#### 3.7.4 Transkribering og anonymisering

Jeg valgte å transkribere intervjuene selv, og jeg transkriberte ord for ord, men jeg tok ikke med alle lyd-uttrykk, bare de som fremsto som signifikante for sammenhengen. Ved signifikante pauser satte jeg inn (...), andre lyd-uttrykk som jeg transkriberte, satte jeg inn i parentes (). Å transkribere selv gav meg mulighet til å bli bedre kjent med materialet. Transkriberingen krevde møysommelig lytting for samtidig å få skrevet ned intervjuene ord for ord. Jeg ble gjennom transkriberingsprosessen godt kjent med flyten, hastigheten, intensiteten, tonefallet og ordvalget i de ulike intervjuene. Det var forskjellig fra informant til informant, selv om temaet var det samme. Jeg valgte å gi hver av informantene et anonymisert navn som jeg skrev inn i transkripsjonen. Navnene jeg gav dem, fulgte rekkefølgen jeg hadde intervjuet dem i, med navn fra A til D. Videre satte jeg meg selv opp som personen I i transkripsjonen. Det gjorde det lettere for meg å fornemme den enkelte informant, intervjusituasjonen og stemningen fra intervjuet gjennom analyseprosessen. Personliggjøringen styrket fornemmelsen av hva som fremsto som mest meningsfullt og viktig for informanten, samtidig som jeg ivaretok anonymiseringen. Videre satte jeg inn xx i transkripsjonen der informantene fortalte om pasienter og om hvilket sted eller land de kom fra, slik at også tredjepart ble anonymisert (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018).

### 3.8 Analyseprosessen

IPA-metoden er en strukturert metode for å arbeide med forskningsdataene gjennom å systematisere og analysere transkribert materiale. Min intensjon er å synliggjøre hva jeg har gjort, og hvordan jeg har forstått og kommet frem til funnene inspirert av IPA-metoden. Min intensjon er å gi en mest mulig transparent fremstilling av hele forskningsprosessen og ikke minst analysen. For å analysere datamaterialet legger Smith et al. vekt på seks steg, og de er opptatt av at materialet er tett på den enkelte informants beskrivelse slik at det ideografiske ivaretas (Smith et al., 2009).

I samarbeid med veileder har jeg reflektert og arbeidet med de seks analysestegene inspirert av Smith et al. (2009):

1. Lesing og re-lesning av intervjuene/transkripsjonene
2. Innledende analyse – lage notater i transkripsjonene
3. Utvikle viktige temaer
4. Lete etter sammenhenger mellom de fremvoksende temaer
5. Gå til neste intervju
6. Se etter mønstre på tvers av intervjuene

### 3.8.1 Steg 1 Lesing og re-lesing av intervjuene/transkripsjonene

Etter at jeg hadde transkribert intervjuene, leste jeg igjennom transkriberingene, og noen steder gikk jeg tilbake og måtte lytte på nytt til deler av lydopptakene for å forsikre meg om at jeg hadde fått tak i hva som ble sagt, og for å få større klarhet i materialet. Det gav meg mer innsikt i hva informantene hadde beskrevet, og gav et dypdykk i temaene. Videre justerte jeg transkribert materiale ved å sette inn brede marger og linjenummerering. Deretter skrev jeg transkripsjonene ut på papir og leste igjennom.

### 3.8.2 Steg 2 Innledende analyse – lage notater i transkripsjonen

Jeg gikk gjennom transkripsjonen for hvert intervju og begynte å analysere datamaterialet. Gjennom refleksjon over materialet ble jeg sporet inn på ulike teoretiske betraktninger. Jeg søkte opp litteratur og dvelte litt ved den underveis i analysen, for deretter å knytte teorier til teksten, samtidig som jeg skrev inn refleksjonsnotater.

Jeg opplevde det som krevende å skulle knytte teori til teksten. Jeg kjente på at informantene og jeg hadde ulikt teoretisk ståsted og ulik forforståelse. Det ble derfor viktig for meg å ha fokus på informantenes teoretiske forforståelse, på hvordan de erfarte rammebetingelsene de arbeider i henhold til, og å få innsikt i hva som fremsto som meningsbærende for dem. For å dypdykke i deres meningsbeskrivelser ble analyseprosessen preget av en saktegående reflekterende prosess.

Jeg valgte å gjøre steg 2 og 3 samtidig, fordi jeg opplevde at disse stegene gikk inn i hverandre. Jeg arbeidet med teksten i en hermeneutisk forståelse, og jobbet med ett intervju av gangen. Det ble flere runder i den hermeneutiske sirkel, og for hver runde fornemmet jeg mer av hvordan det var å være i informantenes sko.

### 3.8.3 Steg 3 Utvikle viktige temaer

Når jeg leste linje for linje, satte jeg inn notater av meningsfortattede ord/uttrykk på venstre side, og på bakgrunn av disse ord/uttrykk reflekterte jeg over mulig teorigrunnlag knyttet til uttrykk og reaksjoner som fremkom, og skrev ned disse på høyre side. Jeg streket også under sitater som fremsto som signifikant viktige i lys av problemstillingen og informantens beskrivelser. Sitatene som jeg streket under, inneholdt nøkkelord knyttet til temaer. Disse nøkkelord/sitater ble til tekstbiter sammen med refleksjoner og teori som var forbundet (Smith et al., 2009).

Eksempel fra transkribert tekst knyttet til en av informantene:

Tema	Tekst	Refleksjon/teori
Tid, utfordrende å prioritere	«jeg synes det er veldig mange som kommer hit som strever med mye, og at det ofte er sammensatt, og at jeg synes at noe med jobben er at det kan være utfordrende å prioritere i og med at vi har avgrenset tid (...) og det med barn og foreldreskap det kommer jo inn der»	Linje 40-47 Teori medisinsk modell pakkeforløp

For å jobbe videre med transkripsjonene startet jeg prosessen med å stykke opp transkripsjonen i biter knyttet til hvert av temaene med teori som jeg hadde skrevet ned på transkripsjonen. Ideen var at hver bit representerte en økt forståelse, som beskrevet i den hermeneutiske sirkel. IPA er en inter-fenomenologisk analyse, så tekstbitene representerte både en fortolkning og en forståelse som ble til i møtet mellom forskeren og informanten ved en sam-tolkning. Det betyr at for en annen forsker kunne denne sam-tolkningen føre til vektlegging av andre funn enn de jeg kom frem til. Tekstbitene i datamaterialet er fenomenologiske ved at de gir en beskrivelse av noe som informantene føler, tenker og erfarer. For å komme frem til viktige temaer i tekstbitene, må de fremstå på en måte som for

meg blir nøyaktig nok til å kunne abstrahere dem på bakgrunn av ord og uttrykk som fremsto som viktige i teksten (Smith et al., 2009).

Refleksjonene jeg hadde skrevet ned, valgte jeg å legge nær opp til transkripsjonene knyttet til hvert enkelt intervju, for å beholde mest mulig ideografisk tilnærming, gjennom informantens egne ord og uttrykk.

**3.8.4 Steg 4 Lete etter sammenhenger mellom de fremvoksende temaer**  
Tekstbitene med nøkkelord/sitater jobbet jeg med for å få frem tema-klynger. Noen temaer hadde mange nøkkelord/sitater, noen temaer fremsto som viktigere for informantene enn andre temaer. I lys av hvordan de hang sammen med andre tekstbiter, begynte jeg å lete etter hvilke temaer som for meg fremsto som særdeles viktige.

Jeg etablerte et Excel-ark per intervju, hvor jeg tok tekstbiter fra transkriberingen og grupperte i temaer under ulike kategorier med hovedoverskrifter, og satte inn henvisning til linjenummer i transkriberingen. Under hver hovedoverskrift satte jeg inn en klynge med tekstbiter, som ble en serie med tydelig relaterte temaer.

Eksempel på Excel-ark med hovedoverskrifter og med tilhørende sitater fra hver informant:

Hovedoverskrifter og sitater informant C	Refleksjoner	Linje
<b>Tema 1 Behandlers beskrivelse av kartleggingssamtale med pasient om familien</b>		
Standard pakkeforløp, fokus på hva vi skal innhente/gi av info. Første time	Pakkeforløp	77- 78

Jeg gikk igjennom Excel-arkene for hver informant og flyttet og sorterte tekstbitene inn under ulike hovedoverskrifter/kategorier. Det ble flere utgaver av Excel-arkene. Noen nøkkelutsagn ble ved nøyere lesing flyttet til andre kategorier, og noen tekstbiter ble kuttet ut fordi de ikke fremsto som så relevante for problemstillingen. Samtidig var det viktig for meg ikke å kutte ut noe slik at dette ville kunne redusere informantens beskrivelser og tanker, følelser og erfaringer. Deretter så jeg flere ganger gjennom hovedkategorier/grupper og undergrupper som kunne settes sammen tematisk for hver av intervjuene (Langridge, 2006, s. 278–283). Ved å overføre til et Excel-ark for hver informant ble datamengden

reduisert fra transkripsjonenes mangfoldige innhold, til utsagn, temaer og refleksjoner som jeg hadde notert.

### 3.8.5 Steg 5 Gå til neste intervju

Smith, Flowers & Larkins (2009) beskrivelse av steg 5 oppfatter jeg som en vektlegging av det å best mulig ivareta en ideografisk fremstilling av hver informant. Jeg arbeidet derfor med hvert intervju i lys av dette intervjuet selv, ved å gjennomføre steg 1–4. Det vil si at transkribert intervju nr. 1 ble analysert i henhold til steg 1–4, for deretter å gå til transkribert intervju nr. 2 osv. Slik kunne jeg ha et best mulig fokus på den enkelte informants datamateriale, for å ivareta de ideografiske perspektiver mest mulig.

### 3.8.6 Steg 6 Se etter mønstre på tvers av intervjuene

For å finne hvilke temaer som fremsto som viktigst på tvers av intervjuene, tok jeg Excel-arkene som var blitt til i steg 4 for hver informant, for å se etter likheter og ulikheter mellom dem. Hver av intervjuene var nå blitt til transkribert tekst, og enkeltvis analysert og ulike temaer var navnsatt og gruppert sammen i kategorier. For å se etter likheter mellom de fire informantenes transkriberte, analyserte tekster, gav jeg hver av informantenes tekst en farge, slik at jeg kunne sette like tema-kategorier sammen, men samtidig beholde oversikt over hvilken informant som hadde sagt hva. De hovedkategoriene som fremsto som felles for alle informantene, satte jeg så opp i et Excel-ark ut ifra hovedkategorier og underkategorier, med tilhørende utsagn fra hver informant. I første runde ble det for mange hovedkategorier og underkategorier. Men etter nøyere analyse kunne jeg slå samme flere hoved- og underkategorier og satt til slutt igjen med 4 hovedkategorier med 10 underkategorier. Alle utsagn knyttet jeg til linjenummer i transkribert tekst, slik at det var lett å finne tilbake til utsagnene.

Her følger et tverrsnitt av steg 6 for å gi et innblikk i analyseprosessen, samlet i et Excel-ark.

Hver informants utsagn har sin egen farge:

IPA, steg 6, ser etter forbindelser mellom samtalene og temaene (BSP = barn som	Hver informant, sin farge	52 utsagn tema kat. 1
---	---------------------------	--------------------------

pårørende)			
<b>1. Hovedkategori: BSP er noe en er pålagt å kartlegge – mangelfull informasjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Underkategori 1.3 Kartlegging av BSP initieres og styres av behandler</b></li> </ul>	Refleksjon/ Teori	Linje	
Kartlegger BSP, bare noe vi må gjennom, særlig på grunn av pakkeforløp	Kontekst/Kontrollør Pakkeforløp s 4	132-140	
Pålagt kartlegging, spør om skole, sykdommer osv.	Ekspertrolle/makt nivå forskjeller	338-340	
Overfladisk kartlegging av BSP første samtale	Individorientert – systemisk	777-782	
§ 10a er en god ting, men fare med alt som pålegges, blir bare noe som sjekkes ut	Med. kontekst – inngår ikke i løpende behandling	903-910	
Vi følger en standard og kanskje mer standard kartlegging nå med pakkeforløp	ekspert vs. Ikke-vitende – Individfokus	21-23	
Jeg har egen barnekartleggingssamtale	Strukturell tilnærming, noe i tillegg til behandling	87-90	
Kartlegger BSP, om barna har egne vansker, viser til lavterskel	Individfokus vs. systemisk	323-324	
Går gjennom kartleggingsskjema	Tillegg til behandlingsopplegg	848-849	

Ovennevnte åtte sitater er hentet fra steg 6. Det ble til slutt over 50 sitater innen kategori 1, som igjen ble delt opp i underkategorier. Ovennevnte sitater er et utdrag fra sitater som utgjør underkategori 1.3.

Hoved- og underkategoriernes titler relateres til innhold i informantenes uttalelser, og tas med i kapittel 4, Presentasjon av funn.



### 3.9 Ethiske betraktninger

I ethvert forskningsprosjekt er forskeren forpliktet på å vurdere og å reflektere over etiske dilemma. I kvalitativ forskning vil det være flere berørte parter å ta hensyn til og å vurdere etiske perspektiver i forhold til. Et viktig etisk prinsipp er at informantene ikke skal komme til skade som følge av deltakelse i forskningsprosjektet (Tjora, 2017). Jeg har i min forskning fulgt forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi fra De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2019). I innledningen til deres retningslinjer er følgende etiske normer satt opp:

- 1) normer for god vitenskapelig praksis, knyttet til forskningens søken etter sikker, dekkende og relevant kunnskap (akademisk frihet, åpenhet, etterprøvbarhet etc.)
- 2) normer som regulerer forskersamfunnet (redelighet, etterrettelighet, habilitet, kritikk etc.)
- 3) forskningens forpliktelse overfor dem som deltar i forskningen (respekt, menneskeverd, konfidensialitet, fritt og informert samtykke etc.)
- 4) forskningens relasjon til resten av samfunnet (uavhengighet, interessekonflikter, samfunnsansvar, forskningsformidling etc.)

Ovennevnte etiske retningslinjer gir en veiledende norm som skal hjelpe til å utvikle forskningsetisk skjønn, for å avklare de ulike dilemmaene og sørge for at forskningen tar hensyn til og ivaretar de involverte etter et etisk prinsipp om ikke-skade. Videre at forskningen kan bidra til å fremme etterprøvbar kunnskap og løsninger innen forskningsfeltet. Forskning er forankret i vitenskapelig allmenmoral og skal gjennomføres som en redelig og åpen prosess (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2019). Allmenmoral, god folkeskikk og høflighet er ikke nødvendigvis nedfelt, men er avgjørende for gjensidig tillit og respekt, og en forutsetning for all god etisk forskning (Tjora, 2017).

Mitt forskningsprosjekt er vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), 16.4.2019, med referansenummer 756272 (følger som vedlegg 2). Til orientering på søknaden til NSD fremkommer det at arbeidstittelen på denne oppgaven på søknadstidpunktet til NSD var «Ser vi pasientens barn». Imidlertid i henhold til funnene fant jeg det hensiktsmessig og mer dekkende å endre tittelen til «Barn som pårørende – en naturlig eller en unaturlig del av helsehjelpen?».

Forskningen i mitt prosjekt er basert på informanter som har gitt skriftlig informert samtykke. Informantene ble informert skriftlig og muntlig om prosjektet, og de ble orientert om muligheten til å trekke seg fra prosjektet dersom de skulle ønske det. Jeg var opptatt av at informantene hadde en opplevelse av at de var frie til å samtykke til deltakelse. En informant jeg kontaktet på rekrutteringstidspunktet, trakk seg og ønsket ikke å være med, da vedkommende kjente på at det ville bli vanskelig å være informant. Da ble en annen rekruttert isteden. (Invitasjon til informantene følger som vedlegg 3.) I henhold til VIDs etiske forskningsregler ble opptakene av intervjusamtalene tatt opp med VIDs eget opptaksutstyr og lastet over på krypterte minnepenner. Datamaterialet er blitt anonymisert hele veien fra lydopptak via transkribert materiale til sitater som fremkommer i dette dokumentet. Når det gjelder analyseringen av datamaterialet og rapporteringen av kunnskap, hviler det et etisk ansvar på meg som forsker at dette er utført så sikkert og verifisert som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97).

Når det gjelder det å forske på egen arbeidsplass, vurderte jeg om det var tenkelig at funnene kunne bli av en slik art at de kunne gi uheldige konsekvenser for informantene eller for meg dersom de ble omtalt i forskningsresultatene. En videre vurdering var om jeg dermed hadde unnlatt å trekke frem funn fordi det kunne tenkes at de ville få konsekvenser. I og med at forskningstemaet omhandler beskrivelser knyttet til alles profesjonelle hverdag, og ikke er et privat følsomt tema, vurderte jeg at resultatene ikke ville få etisk uheldige konsekvenser for noen av partene, og at det heller ikke var etisk utfordrende å problematisere funnene som eventuelt måtte komme. Uansett ble det viktig for meg å ivareta høy grad av anonymisering av informantene.

Jeg avtalte med informantene om å informere dem om resultater når masteroppgaven var ferdig skrevet (Tjora, 2017), og takket dem av med en liten minnegave etter intervjuet.

## 4 Funn

Hensikten med dette kapitlet er å presentere funn jeg har analysert frem basert på inspirasjon fra IPA-metoden.

Funnene er ordnet i 4 hovedkategorier og 10 underkategorier. De 4 hovedkategoriene er:

Hovedkategori 1: Barn som pårørende – pålagt å kartlegge, men gir begrenset informasjon

Hovedkategori 2: Organisatorisk tidspress – behandlere i prioriterings-skvis

Hovedkategori 3: Fokus på familien gir få familiesamtaler, men kan fremme behandlingen

Hovedkategori 4: Familiefokus berører skyld, skamfølelser og ansvar

Undersøkelsen har fokus på å svare ut problemstillingen: Hvordan beskriver behandlere familiefokusert tilnærming i samtalepraksis på DPS allmennpoliklinikk?

Forskningsspørsmålene som lå til grunn for intervjuguiden, var:

- Hvordan opplever behandlere muligheten for å arbeide familieorientert?
- Er det noe i konteksten/rammebetingelsene som hindrer dem i å ha et familiefokus?
- Kan samtale om barna fremme behandlingen?

Funnene kom frem etter flere runder med analyse av kodet transkribert materiale, jf. kapittel 3. De fire hovedkategoriene vokste frem som temaer i lys av psykologiske tendenser i det informantene beskrev at de tenkte, følte og erfarte, samt at temaene ble beskrevet omfattende og detaljert nok til å kunne abstraheres til hoved- og underkategorier.

Hovedkategoriene kom til syne gjennom ord og begreper som informantene brukte og som så fremkom av teksten. Det dannet seg mønstre og sammenhenger mellom de ulike temakategoriene. Disse temakategoriene ble til gjennom IPA-metoden. IPA-metoden beskriver en måte å dele opp teksten i biter, hvor bitene settes i relasjon til en helhet, for deretter igjen å tolke helheten i relasjon til bitene ut ifra en hermeneutisk forståelse (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Alle informantene er innom temaene som beskrives i de ovennevnte kategoriene. Sitatene er i størst mulig grad ordrette slik de ble sagt av informantene, men noen fyll-ord, som «Hm», og «ææ», har jeg noen steder kuttet ut for å øke lesbarheten. Signifikante pauser har

jeg markert med (...). Der hvor informantene har omtalt noe som «det», har jeg satt inn hva «det» refererer til i parentes for å få frem sammenhengen informantene omtaler. Dersom informantene har sagt noe som kan identifisere dem selv eller tredjepart, har jeg anonymisert teksten.

Selv om jeg har bestrebet meg på å ligge så tett opp til informantenes beskrivelser som mulig, vil funnene uansett bære preg av mine punktueringer og valg. Funnene baserer seg på det som fremkommer som signifikant viktig for informantene, men uansett er funnene et resultat av mine egne valg.

Nedenfor følger en skjematisk oppstilling som viser hver hovedkategori med underkategorier. Disse funnene og sammenhengene mellom hovedkategoriene vil bli drøftet videre i kapittel 5, samt tas med i oppsummeringen sammen med forskningens mulige implikasjoner på praksisfeltet og videre forskning i kapittel 6.

#### 4.1 Hovedkategori 1: Barn som pårørende – pålagt å kartlegge, men gir begrenset informasjon



(Barn som pårørende er i denne oppgave forkortet med BSP.)

##### Innledning hovedkategori 1

Begrepet kartlegging var fremtredende hos alle informantene. Kartlegging fremkommer som et begrep som benyttes gjennomgående i forbindelse med diagnostisering knyttet til helsehjelpen til pasient, så vell som til kartlegging av BSP. Begrepet kartlegging må derfor forstås i den kontekst det fremkommer i informantenes arbeidshverdag på en

allmennpoliklinisk DPS, med voksne pasienter som samtidig er mor eller far og omsorgsperson til mindreårige barn. Kartlegging av BSP beskrives blant annet som en implisitt kartlegging av pasientens kapasitet til å gi tilstrekkelig og god nok omsorg for barna. Dersom informanten i løpet av kartleggingen oppdager noe som gjør vedkommende bekymret for om omsorgen er god nok, inntreer meldeplikten til barnevernet.

Kartlegging av BSP kan forstås med et systemisk utgangspunkt ved at pasientens lidelse kan ha en innvirkning på og/eller konsekvens for en tredjepart. Hvorledes tredjepart innvirker på pasient fremkom i liten grad i denne undersøkelsen.

Dette er noe av rammebetingelsene som informantene beskriver knyttet til BSP og familiefokusert tilnærming. I denne konteksten presiserer alle informantene at de opplever det som viktig å ha fokus på familiesystemet og barna til pasienten.

#### 4.1.1 Underkategori pkt. 1.1: Kartlegging av BSP er pålagt og inngår i pakkeforløpet

Informantene beskriver at de jobber med kartlegging og utredning av psykiske lidelser i henhold til pakkeforløp for voksne, og at en rekke områder forventes kartlagt i første samtale. Barn som pårørende er et av de områdene.

Informant Beate sier følgende knyttet til kartlegging av BSP:

B: Altså, vi kartlegger i første time om pasienten har barn, det er noe av de tingene vi skal innom. Det er også fint da, min erfaring med det er jo at noen kan være veldig redde for barnevernstjenesten, og det kan vi snakke litt om, og kanskje komme litt forbi. (Hentet fra transkripsjon til Beate, linje 221-225)

Informant Anders sier følgende knyttet til kartlegging av BSP:

A: (...) første timen pleier jeg alltid få høre litt kortfatta om barna, hvor mange barn de har, hvor gamle de er, og hvordan de har det og hvordan det går med dem, om de trives på skolen, (...) ja, sånne ting egentlig, om de er friske (...) (Hentet fra transkripsjonen til Anders, linje 124-127)

Alle informantene legger vekt på at det er mye de skal ha vært gjennom og kartlagt i den første samtalestunden med pasienten, og barn som pårørende er bare ett av mange områder de skal kartlegge.

#### 4.1.2 Underkategori pkt. 1.2: Kartlegging BSP gir skvis mellom meldeplikt og samarbeidsorientert praksis

Informantene beskrev i sin tilnærming til BSP at når de ble bekymret for omsorgen, skulle de sende bekymringsmelding, men det var ikke noe som skjedde ofte, men i løpet av sin behandlerkarriere hadde alle sendt en bekymringsmelding til barnevernet.

Informantene sier også at de orienterer pasientene om at de har taushetsplikt, men også om unntakene til taushetsplikt, for eksempel at dersom de er bekymret for om omsorgen for barna er god nok, har de meldeplikt til fordel for ivaretagelse av barna. Informantene beskriver på ulike måter at meldeplikten til barnevernet kan by på flere utfordringer. På den ene siden kan de møte på pasientenes egen frykt for barnevernet, hvilket kan begrense hva pasienten vil dele med behandler. På den annen side beskriver informantene et dilemma i forhold til behandlingsalliansen og tilliten mellom behandler og pasient, og sist men ikke minst trekker informantene frem at det kan være vanskelig å vite om når det virkelig er grunn til å tro at omsorgen ikke er god nok, slik lovverket krever at de skal ta stilling til.

Beate sier: «min erfaring med det er jo at noen kan være veldig redde for barnevernstjenesten.» (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 223-224)

David utdyper frykten for barnevernet ved å si:

(...) noen har jeg merka har en sånn veldig virkelig overdreven frykt for at de skal miste barna, eller at de skal bli tatt ifra dem, og de har nok et sånt skrekksenario av barnevernet, at hvis det først er noe galt, så bare kommer de og tar barna. Det er litt sånne motiver også som ligger bak, som gjør at de vegrer seg, eller prøve å pynte på det ved ikke si så mye om det. (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 303-308)

Om dilemmaet i forhold til bekymringsmelding til barnevernet og alliansen og tilliten mellom behandler og pasient, forteller Cecilie om en gang hun sendte en bekymringsmelding:

(...) da opplevde jeg å sende bekymringsmelding på en som ble rasende, men da var det godt å være tre stykker som var med på det. Da var det veldig vanskelig å få en dialog. Så det ble en vond greie, og pasienten ville ikke komme tilbake. (Hentet fra transkripsjonen til Cecilie, linje 927-931)

Om når det er grunn til å tro at omsorgen ikke er god nok, sier David følgende:

Jeg sitter med en litt sånn uggen dårlig følelse, eller underlig følelse, uten at jeg har noe sånn konkret å legge det på. Hvor jeg har kjent på en bekymring uten at jeg har sendt en bekymringsmelding, da. Ja, synes det er vanskelig med sånne saker for jeg syns det er vanskelig å vurdere hvor terskel skal ligge, og jeg må si, selv om jeg ikke behøver det så har jeg hatt i tankene, hvordan jeg kan komme til å gjøre det beste for å hjelpe familien. (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 519-526)

Informantene beskriver at behandlingsalliansen kan utfordres når samtalen kommer inn på foreldrefungeringen. Informantenes terapeutiske samtaler med pasientene knyttes til deres psykologiske problemer, men samtidig snakker informantene om lovpålagt krav knyttet til meldeplikt til barnevernet, dersom foreldrefungeringen gir dem grunn til å tro at barnas omsorgssituasjon ikke er godt nok ivaretatt. Videre snakker informantene om at det er utfordrende å vite når foreldrefungeringen er på et slikt nivå at det utløser meldeplikt, og/eller om andre omsorgspersoner i familien faktisk kan ivareta omsorgen for barna på en tilstrekkelig god måte. Det siste fremkommer som en utfordring i sammenheng med at behandler kun av og til treffer pasientens partner, og eller barna, og dermed har de ikke helhetlig innsikt i hvordan familien fungerer. Usikkerheten knyttet til om meldeplikten er utløst, fremstår som krevende.

#### 4.1.3 Underkategori 1.3: Kartlegging av BSP initieres og styres av behandler

Informantene beskriver at det er de som behandlere som i all hovedsak har regien på kartleggingen, herunder at det er de som tar opp temaet barna og familien. Videre beskriver de at foreldrefungeringen er noe som i liten grad tas opp av pasientene. Når informantene tar opp temaet med pasientene, sier pasientene ofte at barna ikke merker noe til deres lidelse, eller at det er pasientens partner som ivaretar barna, eller så avfeier pasienten temaet barn og familie fra informant.

I samtale med Anders spurte jeg om det var pasient eller behandler som tok opp temaet BSP:

A: (...) det er heller jeg som må problematisere det.

I: Hvordan problematiserer du det?

A: Ja, nei, ofte i utgangspunktet er det noe jeg gjør i kartlegginga av nettopp barna, da. Da synes jeg det er en fin anledning til å påpeke at hvordan foreldre har det kan påvirke barna, så da syns jeg det er en god anledning til å gjøre det, og da prøver jeg å smette litt inn med det. (Hentet fra transkripsjonen til Anders, linje 110-117)

David beskriver at han opplever samtaler om temaet BSP på følgende måte:

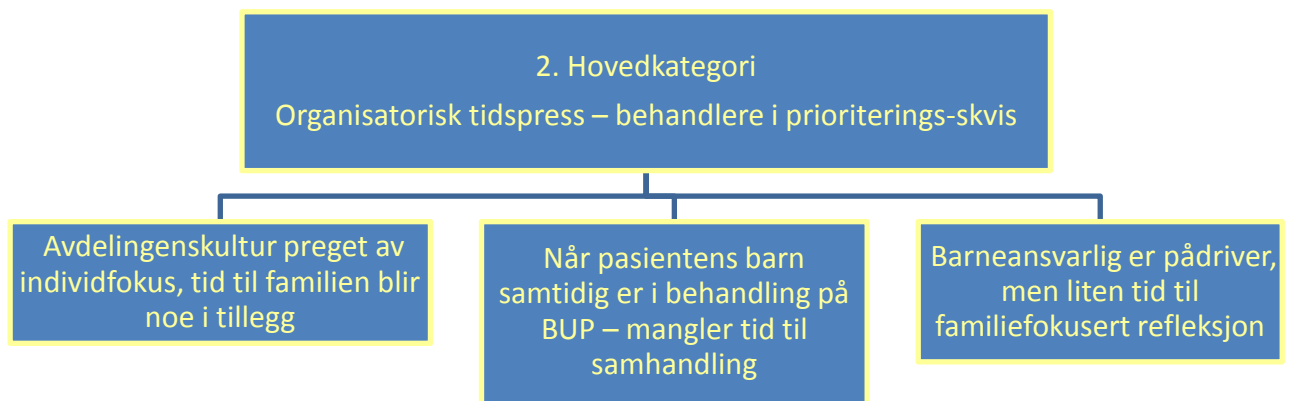
D: Det som gjelder for flest er at de ikke snakker om barna, og det er som om de ikke tenker så mye på, eller som i liten grad har reflektert over hvordan deres situasjon kan påvirke barna. Hvordan deres helse kan ha innvirkning på barna, og deres måte å te seg på i hverdagen kan på en måte fanges opp av barna, det er egentlig veldig mange som ikke har tenkt så mye over det. (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 162-168).

Videre sier han: «Jeg blir veldig fort avfeid når jeg tar opp barna, de sier at, nei, nei, barna har det fint, eller barna har ikke fått med seg noe, eller de vet ikke hvordan jeg har det, (asså) de legger ikke merke til det.» (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 169-172)

Alle informantene sier noe om at familie, foreldreskap og barn er et tema pasienten ikke nødvendigvis ønsker å snakke om, eller forventer at det skal snakkes om i den terapeutiske samtalen. I sitatene fra informantene er BSP i all hovedsak et tema som informantene selv tar opp i de terapeutiske samtalerne. BSP er et tema de er pålagt å ha med seg gjennom behandlingspakkeforløpet.



## 4.2 Hovedkategori 2: Organisatorisk tidspress – behandlere i prioriterings-skvis



### Innledning hovedkategori 2

Informantene beskriver de organisatoriske rammevilkårene på en DPS allmennpoliklinikk ut ifra krav til å ha gjennomført x antall pasientsamtaler gjennomsnittlig per dag. Videre beskriver de at det forventes at behandlingen skal gi effekt innenfor rammen av et estimert antall behandlingstimer. Pakkeforløpet har fokus på tidsestimering i forhold til forventet progresjon i behandlingen, og evaluering av behandling skal rapporteres ut ifra fastlagte tidsintervall. Informantene forteller videre at dersom den estimerte behandlingstiden forlenges, kan det føre til lengre ventetid for andre pasienter som allerede er i kø for å komme i behandling. Dersom det gjennom samtale kommer frem at pasientens barn er i behandling på BUP i samme periode som mor eller far er i behandling på DPS, så fremstår det tidkrevende å få til samhandling mellom enhetene.

#### 4.2.1 Underkategori 2.1: Avdelingskultur preget av individfokus, tid til familien blir noe i tillegg

Informantene beskriver at for å komme i behandling henvises pasienten etter eksplisitte inntaksregler til DPS poliklinikk. Pasientens problem må ende opp med en diagnose i henhold til den medisinske modellen. Hvordan familien har det som en helhet, og/eller hvordan familien relasjonelt har det seg imellom, fremkommer ikke som en del av ordinær behandlingsintervensjon, men som noe man må prioritere å få tid til. Informantene beskriver at BSP kan gå på bekostning av andre oppgaver knyttet til behandlingen.

Beate viser til det å være skvisa på tid ved å si:

Jeg tenker vi er så skvisa på tid her akkurat nå så tiden går på alt, også på det (refererer til BSP og familiefokus). Jeg ønsker å se alle pasientene ukentlig, men nå har jeg 34 på lista, så jeg gjør ikke det. Men sånn jeg ser det har det blitt verre de siste årene. (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 963-966)

Cecilie sier tidspress fører til å prioritere mellom mange oppgaver:

Jeg synes at noe med jobben som kan være utfordrende er å prioritere, i og med at vi har avgrenset tid, da. Ja, og det med barn og foreldreskap det kommer jo inn der, ja, hvordan prioritere tiden blant mange temaer som kan være viktige. (Hentet fra transkripsjon til Cecilie, linje: 42-48)

Anders trekker frem at det er for liten tid til å reflektere og tenke:

Når vi har så liten tid med hver pasient, og ikke får tid til å stoppe opp å tenke gjennom hvordan eller hva burde jeg gjøre her, og det (refererer her til BSP) krever noen ganger at en setter seg ned og faktisk bruker litt tid til å tenke rundt det, men, det syns jeg ikke alltid det er tid til, og da er man over på noe større organisatorisk nivå med hele helsetjenesten. (Hentet fra transkripsjon til Anders, linje 677-681)

Fra ulike vinkler trekker alle informantene frem at de finner det krevende å prioritere tid til de ulike temaer de skal igjennom i løpet av de samtaletimene pasienten har fått tildelt, og BSP inngår i det. Informantene var opptatt av hvordan de på best mulig måte kunne hjelpe pasienten først og fremst. Samtidig sier alle på hver sin måte at de opplever at familieperspektivet også er veldig viktig.

#### 4.2.2 Underkategori 2.2: Når pasientens barn samtidig er i behandling på BUP – mangler tid til samhandling

Tre av fire informanter sier at de flere ganger har hatt pasienter med barn under 18 år hvor barna samtidig mottok tjenester fra BUP. Den fjerde informanten sa at hun foreløpig ikke hadde erfart at noen av hennes pasienter hadde barn som samtidig fikk tjenester fra BUP. De tre som hadde erfaringer med det, sa at det som regel verken var dialog med BUP eller felles møter knyttet til familiens behov for oppfølging og hjelp. De beskriver samarbeidsbarrierer knyttet til å få samtykke fra pasient til å kontakte behandler på BUP. Videre krever det tid å

komme i posisjon til å samtale om temaet. Informantene sier det kan være krevende å få pasienten med på at det er lurt at behandlerne utveksler informasjon, og/eller får til en forståelse med pasienten om at et felles møte med BUP kan være til familiens beste. Videre problematiseres at både behandlerne på DPS og behandlerne på BUP stort sett sitter i samtaler, og at det dermed ikke blir tid til å få tak i hverandre for å utveksle informasjon og/eller få til felles møte.

Beate sier følgende om samarbeid med BUP: «Nei, det burde vi hatt, jeg snakker noen ganger med behandler på telefon, men da har pasienten vært veldig, veldig dårlig fungerende foreldre, da, (hm). Av og til har det vært snakk om møter som det ikke har blitt noe av.» (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 921-925)

David beskriver det på følgende måte: «Jeg har flere som har snakka om den oppfølginga de får i BUP, men aldri hatt noe samarbeid med BUP, nei.» (Hentet fra transkripsjonen til David, linje: 594-596)

Knyttet til samarbeid med BUP og tid til å gjøre det, sier David videre:

Jeg tror jeg mange ganger kunne få tillatelse til det (refererer her til å få samtykke til å ta kontakt med BUP), tror jeg, hvis en bare hadde brukt tid på det, og snakke om hvorfor det er viktig å få til, men jeg måtte gått inn for å få pasienten med på det. Det er ikke sikkert, (...) hvis jeg bare hadde spurt, eller bare spør 'ønsker du at jeg skal ta kontakt med BUP' så tror jeg mange hadde sagt nei, men jeg tror på en måte at du må selge det inn litt, eller forklare det litt, hvorfor det er nyttig, eller sånn sett, og det igjen tar tid. Så jeg syns veldig mye koker ned til tid rett og slett, og det med samarbeid det tar tid. (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 632-641)

Jeg spurte Anders om samarbeid med BUP: «Nei, som regel ingen dialog, men når du sier det nå, jeg burde vel kanskje tenkt mer over det, vi kunne kanskje hatt en mer helhetlig tilnærming til et hjem. Der det tydeligvis er flere som har problemer i et hjem.» (Hentet fra transkripsjon til Anders, linje 351-353)

#### 4.2.3 Underkategori 2.3: Barneansvarlig er pådriver, men liten tid til familiefokusert refleksjon

Informantene forteller at hver seksjon på DPS allmennpoliklinikken har en person i rollen barneansvarlig. Den som har rollen barneansvarlig, kan være en spesialutdannet sykepleier, klinisk sosionom eller psykolog som er behandler og som har barneansvarligrollen i tillegg til ordinær behandlerrolle. Barneansvarlig kan også være en sosionom som har rollen barneansvarlig i tillegg til sosialfaglige oppgaver på poliklinikken.

Informantene sier på ulike måte at barneansvarlig opprettholder fokus på BSP i interne møter, men at det er få møteplasser som gir mulighet til å reflektere over hvordan pasientens lidelsestrykk virker inn på hvordan familien i sin helhet har det. Barneansvarlig beskrives som en påminner om BSP i møter hvor pasientutredning og behandlingen drøftes. Behandlings og -utredningsmøtene omhandler individ/pasient, og det tematisertes i liten grad hvordan pasient og familiemedlemmer kan virke inn på hverandre.

Anders sier følgende:

vi har jo en barneansvarlig på teamet, og der har vedkommende vært generelt flink syns jeg til å ta det (refererer til BSP) opp jevnlig på behandlingsmøter, nettopp for å bringe det perspektivet inn da, og det synes jeg er veldig nyttig. Ja, for det kan jeg merke noen ganger da, når vi har oppe saker så er ikke barna så tydelig fremme. Ja, fordi vi har fokus på pasienten, heller enn å få opp perspektivet med barna. Vi er mer opptatt av hva vi skal gjøre videre med pasienten, vi er mer knyttet til selve pasienten og saken enn hva jeg vil kalle barneperspektivet. (Hentet fra transkripsjonen til Anders, linje 325-335)

Informantene trekker på hver sin måte frem at de ønsker et barneperspektiv, men at det er individfokuset som er fremtredende.

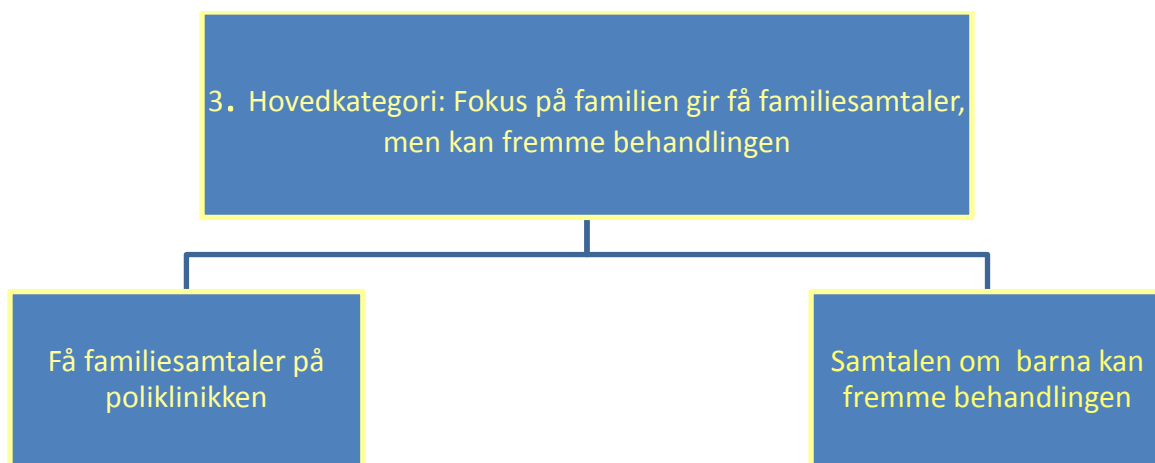
David sier noe av det samme som Anders knyttet til barneansvarlig sin rolle, men i tillegg sier han at barneansvarlig-rollen ikke er tilstrekkelig for å få til god familiefokusert tilnærming, i den sammenheng sier han:

(...) jeg kunne generelt ønske at det var mer familiebehandling, eller mer sånn, spesielt i BUP, kunne nok ønske at det var mer tilrettelagt for å jobbe med familien

som helhet (...), ja, det skulle vært mer tilrettelagt for å jobbe med familien som helhet. (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 675-680)

Det er flere som sier at de ønsker mindre vekt på den medisinske modellen og mer familiefokus.

#### 4.3 Hovedkategori 3: Fokus på familien gir få familiesamtaler, men kan fremme behandlingen



##### Innledning hovedkategori 3

Informantene beskriver at de på ulike måter forsøker å få til familiesamtaler, men i liten grad lykkes med å få det til. Imidlertid beskrev alle informantene på hver sin måte at når pasienten i behandlingssamtale forteller sin livshistorie og barna blir en naturlig del i historien, så virket det positivt inn på selve behandlingen.

##### 4.3.1 Underkategori 3.1: Få familiesamtaler på poliklinikken

Informantene var kjent med at de i henhold til helsepersonelloven skulle tilby familiesamtale. Alle informantene sa at de inviterte pasienten til å ha med barn eller partner i samtale på poliklinikken, men at de fleste takket nei. Det var ulike begrunnelser for at pasienten takket nei. En av informantene sa at pasientene ofte takket nei av praktiske grunner: partneren var på jobb og barna på skolen. En annen informant sa at pasientene takket nei fordi de ikke ønsket å involvere familien, eller at barna ikke ønsket å komme til

samtale. Imidlertid sa informantene også at det var organisatorisk handlingsrom til å gjennomføre familiesamtaler.

Jeg spurte Beate om hennes erfaring med å ha samtale med pasient sammen med barn og familie på poliklinikken: «der har jeg utrolig lite suksess, for det er utrolig få barn som har vært med her på poliklinikken på samtale.» (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 357-359)

Videre spurte jeg Beate om hva hun tenkte om at barna og familien ikke ble med på familiesamtaler: «jeg tror de syns det (familiesamtaler) er veldig kunstig, og rart og at de foretrekker heller å snakke med barna selv.» (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 416-418)

Jeg spurte Anders om hans erfaring med å ha samtale med pasient sammen med barn og familie på poliklinikken: «Jeg må tenke meg om, det har vært lite, veldig lite det, jeg kan ha spurt noen om det, men da har de takka nei, barna har sagt via foreldrene at de ikke ønsker det.» (Hentet fra transkripsjonen til Anders, linje 252-254)

David tok frem et annet perspektiv på hvorfor pasienten ikke ville ha med barna og familien på familiesamtale: «(...) det kan jo være en sånn tendens til ikke ville belaste andre, skal ordne opp i sine egne ting selv, og at de ikke vil bry andre, det synes jeg er vanlig for veldig mange.» (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 381-384)

#### 4.3.2 Underkategori 3.2: Samtalen om barna kan fremme behandlingen

I samtalene med informantene ønsket jeg å høre med dem om hvilke erfaringer de hadde med om BSP var et tema som fremmet eller hemmet de terapeutiske samtalene de hadde med pasientene. På ulike måter beskrev alle informantene at samtalene knyttet til barna var noe som kunne fremme selve behandlingen.

Når jeg i samtale med David kom inn på samme tema, svarer han:

Det fremmer nesten alltid behandlingen tenker jeg, hvis det er en problemstilling knyttet til barna der, og vi kan gjøre noe med situasjonen, og bedre relasjonen og kommunikasjonen og bidra med noe der, tenker jeg at det alltid vil fremme behandlingen også, og det kan være en lettelse for pasienten om noe har vært

vanskelig over lengre tid, og det kan bidra til mer håp generelt. At en ser at det går an å gjøre noe, og løse noe sammen, og at det blir en slags modell som kan generaliseres litte granne tenker jeg (...) (Hentet fra transkripsjon til David, linje 413-421)

Beate beskriver at når pasientens historie inneholder barna, så kommer det sunne frem, og noe som fremmer behandlingen, hun sier følgende:

Veldig ofte så kommer det sunne frem i mennesket når de snakker om barna sine, da, det er kjærlighetsfølelsen som kommer frem, er kanskje en veldig nedstemt mamma, så skal hun begynne å snakke om at de skal begynne på skolen, så kommer disse andre uttrykk frem i mennesket. (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 267-272)

Videre sier hun:

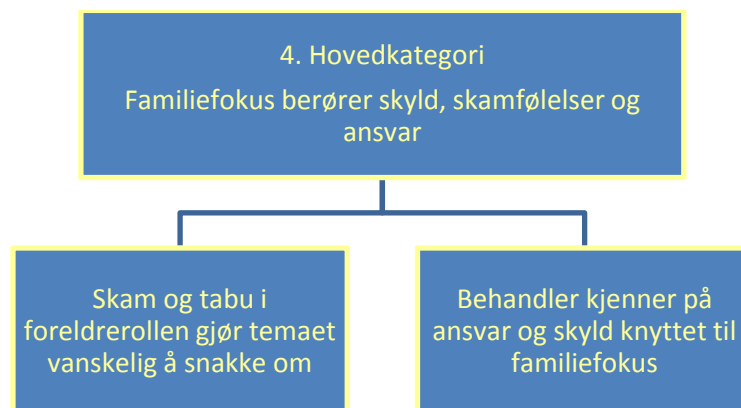
Jeg tenker at det fremmer behandlingen, for da kan en komme bort fra bare å snakke om seg selv; at jeg har bare symptomer og klarer ingen ting, og at jeg er bare en syk pasient, og over på å snakke om relasjoner, og tilknytning og tilhørighet så tenker jeg det er mye helende i det. (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 598-603)

Mens Beate beskriver at barna er noe som får frem det sunne og helende, vektlegger Cecilie at barna kan få frem unntakene. I samtalen med Cecilie kom hun inn på en pasienthistorie hvor hun snakket med en mamma om barna, og hun fortalte:

Jeg synes hun og mange andre også, når de snakker om relasjonen til barna, så snakker de om det som et unntak. At i form av en relasjon som de får til, og ikke får til på andre områder, som at de får kanskje til mer nærhet til barna, som de ellers kan streve mye med, men akkurat i forhold til barna der er en relasjon hvor de kan gi og ta imot. Det syns jeg noen snakker om. (Hentet fra transkripsjonen til Cecilie, linje 234-241)

I både David, Cecilie og Beates sitater kommer det frem at når en er forbi kartleggingen og er over på pasientens historie, kommer barna frem som noe som kan gi håp og unntak i problemhistorien, noe som kan bringe historien forbi symptomene. Det relasjonelle blir tydeligere, og beskrives som noe som kan virke positivt inn på selve behandlingen.

#### 4.4 Hovedkategori 4: Familiefokus berører skyld, skamfølelser og ansvar



##### Innledning hovedkategori 4

Skam, tabu og skyld var begreper som alle informantene brukte når de på ulik måte beskrev samtalene med pasientene om psykisk lidelse og familieinvolvering. Skyld, skam og tabu var knyttet til pasientens opplevelse av utilstrekkelighet i foreldrerollen og generelle tabuer knyttet til psykisk lidelse. Skyld, skam og tabu fremsto som barrierer for god involvering av barn og familie. Videre beskrev informantene at de opplevde mye ansvar og skyldfølelse knyttet til å få til tilstrekkelig godt familiefokus i samtalene med pasient.

##### 4.4.1 Underkategori 4.1: Skam og tabu i foreldrerollen gjør temaet vanskelig å snakke om

Informantene sier på ulike måter at pasientene uttrykker at egen lidelse kan være skambelagt og noe det er tabu å snakke om med egen familie. Informantene forteller at flere pasienter kommer med en diskurs om at de som sliter psykisk, er «svake», og at det å være «svak» er tabu. Noen av pasientene har vært utsatt for overgrep og mishandling og er i behandling for traume, og de kommer med en historie de skammer seg over. I samtale med Beate fortalte hun en pasienthistorie og sa: «Det var et kjempetabu, å snakke om psykiske lidelser.» (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 515-516)

Når vi snakket videre om skam og tabu, sier hun:



Det kan være veldig individuelt hva de legger i tabu, men redselen for å være gale, eller ingen må få vite at jeg har det vanskelig og at jeg kommer hit, skam, men også redsel, hva er det som feiler meg, hvordan skal det gå med meg. (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 520-524)

Videre beskriver informantene at pasienter kan skamme seg ved at de kjenner på å ikke strekke til overfor egne barn, og/eller at de føler de har gjort noe galt. David snakket om pasienthistorier hvor barna selv kunne slite, og han sa i den sammenheng:

(...) der hvor det er problem, så kan det være en del skam knyttet til det, spesielt hvis en føler at en selv har gjort noe galt overfor barna, eller ikke har vært gode nok, eller ikke har gjort nok, eller ikke klarer å hjelpe barna med det som er vanskelig, da er det ofte vanskelig for foreldrene å snakke om. (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 435-440)

Videre sier David i denne sammenheng:

Det er mange som har gjort ting de kjenner skyld for med god grunn tenker jeg, de har faktisk ikke klart å strekke til slik de skulle ønske, og det kan hende det har hatt negative konsekvenser for noen eller har gått ut over barna. (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 451-455)

#### 4.4.2 Underkategori 4.2: Behandler kjenner på ansvar og skyld knyttet til familiefokus

Informantene beskriver gjennomgående at de kjenner på mye ansvar i forhold til pasientens barn og familie, og derunder skyldfølelse for at en ikke vektlegger familiefokuset tilstrekkelig. Cecilie sier det på følgende måte:

Når det gjelder det tema med foreldreskap da sånn generelt, det tema interesserer meg, men det aktiverer også skyldfølelse, for jeg bør snakke mere om det, jeg bør bringe det opp oftere, for det er så viktig, men så merket jeg for min del, at pasienten sjelden selv tar det opp, også tror jeg at en av grunnene er den dærre evindelige prioriteringen i forhold til tid (...) (Hentet fra transkriberingen til Cecilie, linje 475-480)

Anders trekker ansvarsfølelsen frem på følgende måte:

Jeg får pasienter inn på kontor, som har barn, så kjenner jeg at det er et ansvar, at det barnet skal bli ivaretatt. Jeg tror jeg kjenner på det mye mer nå etter at jeg fikk barn selv, også veldig etter å ha jobbet med BUP, så tenker jeg mye mere på historiene som jeg får høre. Og de barna til pasienten er jo potensielle pasienter i fremtiden. (Hentet fra transkriberingen til Anders, linje 598-603)

Informantene beskriver på ulike måter at de kjenner på et ansvar knyttet til pasientens barn. Noen bruker ordet at de er i en «skvis», noen bruker ordene «burde mer» og at det er krevende å prioritere familiefokuset tilstrekkelig i en travel hverdag.

#### 4.5 Oppsummering funn

I dette kapitlet har jeg tatt frem de mest fremtredende funnene i datamaterialet ut fra problemstillingen jeg har undersøkt. Problemstillingen skulle undersøke: Hvordan beskriver behandlere familiefokusert tilnærming i sin samtalepraksis på DPS allmennpoliklinikk? Informantene har gitt et innholdsrikt materiale gjennom intervjuene, som jeg har transkribert og gjennom analysen abstrahert. Informantene har beskrevet problemstillingen ut ifra flere perspektiver, noe som belyser kompleksiteten i behandlerrollen når de møter pasienter som samtidig er mor eller far, samt belyser behandlers rolle når det gjelder å sørge for og ivareta både behandlerperspektivet knyttet til individ og samtidig familieperspektivet. Balansen mellom å bygge allianse med pasienten og samtidig ha fokus på familien, beskriver de som å være forbundet med mange ulike utfordringer, men også muligheter. Videre er utfordringene knyttet til rammebetingelser med krevende prioriteringer i lys av begrenset tid til den enkelte pasient og familie. Informantene beskriver med god innsikt viktigheten av å ivareta hele familien, men samtidig også kompleksiteten med å få det til.

## 5 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene i lys av teori og forskning som i all hovedsak er beskrevet i kapittel 2. Funnene skal svare på følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver behandlere familiefokusert tilnærming i samtalepraksis på DPS allmennpoliklinikk?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever behandlere muligheten for å arbeide familieorientert?
- Er det noe i konteksten/rammebetingelsene som hindrer dem i å ha et familiefokus?
- Kan samtale om barna fremme behandlingen?

Studiens hensikt er økt kunnskap om hvordan familiefokusert helsehjelp erfares og beskrives av behandlere på allmennpsykiatrisk poliklinikk, herunder økt kunnskap om barrierer og muligheter, og å peke på mulige implikasjoner til praksisfeltet og videre forskningsområder.

### Oversikt over funn: 4 hovedkategorier og 10 underkategorier

BSP - pålagt å kartlegge, men gir begrenset informasjon	Organisatorisk tidspress - behandlere i prioriterings-skvis	Fokus på familien gir få familiesamtaler, men kan fremme behandlingen	Familiefokus berører skyld, skamfølelser og ansvar
Kartlegging er pålagt og inngår i pakkeforløp	Avdelingskultur preget av individfokus, tid til familien blir noe i tillegg	Få familiesamtaler på poliklinikken	Skam og tabu i foreldrerollen gjør temaet vanskelig å snakke om
Kartlegging gir skvis mellom meldeplikt og samarbeidsorientert praksis	Når pasientens barn samtidig er i behandling i BUP - mangler tid til samhandling	Samtalen om barna kan fremme behandling	Behandler kjenner på ansvar og skyld knyttet til familiefokus
Kartlegging BSP - initieres og styres av behandler	Barneansvarlig er pådriver, men liten tid til familiefokusert refleksjon		



### 5.1 Innledning

Slik jeg tolker ovennevnte funn, griper de alle inn i hverandre og påvirker hverandre systemisk. Johnsen og Tørsteinsson (2012) sier at «Generell systemteori forstår et system

som mer enn summen av delene» (s. 28), og på den måte tar de frem at en ikke kan forstå delene uten at de forstås i lys av helheten. Herunder sier de: «Det betyr at det gir liten mening å forstå et barns problem uten å se det i sammenheng med familien» (s. 28). Informantene tar frem at første behandlingssamtale påbegynnes med en standardisert kartlegging av BSP. Her får alle pasienter med barn spørsmål fra samme skjema for å kartlegge om barna har det bra, og/eller om det fremkommer noe som gjør behandler bekymret for barnas omsorgssituasjon. Denne kartleggingen fremkommer som noe som gir begrenset informasjon.

Kartleggingsformen, slik den fremstår for meg, er en kartlegging av delene, i denne sammenheng barna, på et tidspunkt hvor helhetsforståelsen kan være lite tilgjengelig for behandler, i og med at den påbegynnes og i noen tilfeller fullføres i første behandlingssamtale. Det gir meg en refleksjon om hvilken informasjon og dialog en får til i første behandlingssamtale, og om dialogen oppleves nyttig, og eventuelt for hvem denne kartleggingssamtalen oppleves som nyttig. Dernest viser funnene at behandlere inviterer til familiesamtaler, men at det gir få familiesamtaler, og at temaet foreldreskap kan vekke frykt og skamfølelser hos pasient og familie og kan utfordre relasjonen mellom behandler og pasient/familie. Sist men ikke minst kan informasjonen begrenses av liten tid til samtale om pasientens barn.

Konteksten til en allmennpsykiatrisk poliklinikk har en forankring i medisinsk positivistisk epistemologi, hvor en søker å forstå et problem ut ifra en lineær tenkning med årsak–virkning. Jensen sier at:

en lineær (årsak-virkning) beskrivelse er utilstrekkelig. 'Fastlåsheten' skyldes det Bateson kaller en epistemologisk feil. Han påpeker at epistemologiske feil hos mange familier med problemer består i at de støtter seg på en lineær forståelse hvor de leter etter en årsak det er umulig å finne (Jensen, 2009, s. 35-36).

Det medisinske epistemologiske ståstedet åpner for mange refleksjoner knyttet til samtalene informantene har med pasientene om BSP og familiene. Her undrer jeg meg om familiens eventuelle problemer forstås som virkningen av pasientens lidelse som tilskrives som en årsak.

Når pasientens barn ser ut til å inngå som en mer naturlig del av helsehjelpen/behandlingsamtalene, sier informantene at barna kan fremme behandlingen. Her fremstår familien som en del av helheten, hvor stemmen til barna og øvrig familie høres i samtalen, og dette ser ut for meg å bygge på en mer systemisk forståelse, hvor en er utenfor en kartlegging av årsak–virkning. Hegdes viser til Bates og sier: «if we use what Bateson called «systemic wisdom», we can bring the voices of important other people into the room when we work systemically with an individual» (2005, s. 12). Med andre ord kan det være hensiktsmessig at helsehjelpen knyttet til individet omfatter hele familien som system.

Den medisinske modellen setter rammebetingelser blant annet med diagnosemodell og pakkeforløp, men i Nasjonalplan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020, aner jeg en systemisk forståelse og intensjon når det trekkes frem at et suksesskriterium for pakkeforløpet vil være involvering av familien og barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2018, s. 4; DeJong & Berg, 2005, s. 16-17).

Funnene nevnt over opplever jeg inneholder følgende overordnede spørsmål:

Barn som pårørende – en naturlig eller en unaturlig del av helsehjelpen?



Bildet er hentet fra: <https://helsenorge.no/parorende/snakk-med-barn-om-sykdom-i-familien>

Bildet over slår fast at barn som pårørende (BSP) er en del av helsehjelpen. Funnene i denne oppgaven innebærer at barn som pårørende inngår i helsehjelpen som gis i

behandlingssamtaler. Men jeg stiller spørsmål om i hvilken grad BSP oppleves, av behandler og familie, som en naturlig eller unaturlig del av helsehjelpen. I lys av de funn som har fremkommet, vil jeg dykke ned og drøfte noen av temaene i funnene.

Helsepersonelloven § 10a gir helsepersonell plikt til å gi tilstrekkelig informasjon til og nødvendig oppfølging av barn som pårørende. Med andre ord er helsehjelpen i denne sammenheng knyttet til informasjon og oppfølging. Bateson sier at informasjon er en kommunikasjon som utgjør «en forskel, der gjør en forskel, dvs. en forskel, der oppfattes» (Ølgaard, 2004, s. 71). Med dette forstår jeg at tilstrekkelig informasjon er informasjon som utgjør, og også oppfattes som, en forskjell. Informantene trekker frem at de begynner å kartlegge BSP i første samtale, i henhold til beskrivelsen i pakkeforløpet: psykisk helse, voksne (Helsedirektoratet, 2019b). Konteksten knyttet til kartleggingssamtalene fremkommer som hektisk; det er mye de skal igjennom. Jeg spør meg: Har informantene, i den konteksten de står i, rom for en dialog som gir informasjon som utgjør en forskjell for pasienten og deres familie i tilstrekkelig grad?

## 5.2 Kartlegging og familiesamtaler – en helsehjelp som gir tilstrekkelig informasjon?

Funnene viser at barn som pårørende blir kartlagt av behandlerne gjennom bruk av et standardisert kartleggings skjema, men alle informantene beskriver på ulike måter at temaet foreldreskap og hvordan familien samtaler om mors/fars utfordringer, i liten grad blir tematisert i kartleggings- og behandlingssamtalene (jf. pkt. 4.1). Alle informantene sier noe om kartlegging som et gjennomgående begrep knyttet til mange av oppgavene de er pålagt å gjøre. Lovpålagte kartleggingsoppgaver ifølge helsepersonelloven § 10a, knyttet til BSP, er tatt inn i pakkeforløp for voksne innen psykisk helse, og lyder slik i kapittel 2: «Hvis pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken, må behandler sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivaretatt» (Helsedirektoratet, 2019b).

BSP-oppgaver knyttet til informasjon og oppfølging beskrives som helsehjelpoppgaver i Helsedirektoratets *Pårørendeveileder* (2019a) kapittel 5, i underkapitler: «avklar situasjon og behov», videre skal en gi: «veiledning og hjelp til familien», og sørge for: «oppfølging i samarbeid med andre tjenester» (Helsedirektoratet, 2019a).

Det som er nevnt over, er satt opp som noen av rammebetingelsene for hva helsehjelpen skal inneholde. Informantene sier at det som oftest er de selv og ikke pasienten som tematiserer barna som et samtaletema. David sier det på følgende måte: «det som gjelder for de fleste er at de ikke snakker om barna» (hentet fra transkripsjonen til David, linje 162).

Videre sier han:

Jeg blir veldig fort avleid når jeg tar opp barna, de sier at nei, nei barna har det fint, eller barna har ikke fått med seg noe, eller de vet ikke hvordan jeg har det, de legger ikke merke til det (hentet fra transkripsjonen til David, linje 169-172).

Når David blir «fort avleid» på tema knyttet til barna, forstår jeg det som en barriere for å få til en god familiefokusert dialog mellom informant og pasient, og at det begrenser muligheten for at dialogen inneholder tilstrekkelig informasjon og oppfølging. Jeg stiller spørsmål ved om det å bli «fort avleid» kan være en følge av følgende: selve kartleggingsformen innen de medisinske rammene med individfokus, eller av relasjonen mellom pasient og informant, av pasientens eget lidelsestrykk, temaet skyld og skam, faktorer knyttet til tidsskvis, og/eller andre faktorer i konteksten og/eller relasjonen. I lys av språkssystemisk forståelse skapes virkeligheten gjennom språket som en sosial konstruksjon. I den forbindelse snakker Anderson om at en målrettet samtale mellom terapeut og klient handler om å skape et miljø til støtte for en prosess, hvor samtalen leder til en ny fortelling, beskrivelse, historie hvor nye muligheter oppstår (2003, s. 100). Når informantene blir «fort avleid», undrer jeg om deres rammebetingelser og tilnæringsform gir et samtalemiljø som tilstrekkelig støtter en familiefokusert prosess.

Informantene sier at de tar opp barna som tema oftest i forbindelse med kartleggingen, og primært begynner kartleggingen i første samtale (Helsedirektoratet, 2019a & b). Slik jeg forstår kartleggingsformen, bygger den på standardisert skjema/sjekkliste, og gjøres sammen med mye annet som kartlegges og orienteres om (jf. pkt. 4.1.1), for eksempel slik Anders sa det:

Første timen pleier jeg alltid få høre litt kortfatta om barna, hvor mange barn de har, hvor gamle de er, og hvordan de har det og hvordan det går med dem, om de trives på skolen, (ææ), ja sånne ting egentlig, om de er friske. (Hentet fra transkripsjonen til Anders, linje 124-127)

Foreldreskap og hvordan familien samtaler om eller håndterer familiens eventuelle utfordringer, ser ut til å tematiseres i liten grad i kartleggingen. Informasjonen i denne sammenheng ser ut til å være fokusert på at informantene spør til dels lukkede spørsmål for å danne seg et bilde av barnas omsorgssituasjon, mer enn at det foregår en åpen dialog mellom pasient og informant knyttet til hvordan familien som helhet har det. Jeg undrer meg over om dette kan skyldes et grunnleggende fravær av systemisk forståelse og/eller vektlegging av systemisk feedback (Ølgaard, 2004). Videre gjør jeg meg noen refleksjoner om relasjonen mellom pasient og behandler på kartleggingstidspunktet er preget av tilstrekkelig tid og tillit, i og med at kartleggingen av BSP innledes og noen ganger sluttføres i første samtale.

Tid og tillit tar Andersen (2005) frem som nøkkelen til å etablere en god, åpen dialog, og Anderson (2003) fremholder viktigheten av å møte den andre der den andre er, i en samarbeidende prosess, hvor behandler har en ikke-vitende posisjon. For meg fremstår tid, tillit og en behandler–pasient-relasjon, som viktige begreper. Anderson (2003) og Andersen (2005) har fokus på at god dialog bygger på åpen reflekterende dialog hvor en sammen undrer seg og utforsker familiens situasjon, hvor behandler er i en ikke-vitende posisjon. Disse faktorene fremstår som sentrale forutsetninger for at dialogen kan gi både behandler og pasient en helhetlig forståelse av pasientens og familiens situasjon.

Når Fylkesmannen fant avvik på at BSP-lovverket ikke var fulgt, viste de til at:

«omsorgspersoners psykiske lidelse og mulige ruslidelses innvirkning på mindreårige barns omsorgssituasjon problematiseres i liten grad» (Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 2018, s. 7). Denne innvirkningen som nevnes, viser til hvilket uttrykk mors/fars psykiske lidelse har, og er beskrevet i pakkeforløpet som: funksjonsfall, uro, angst, nedstemthet, nedsatt konsentrasjon, osv. (Helsedirektoratet, 2019b, s. 3). Avviket som Fylkesmannen tar opp, bygger på lovbrudd ved at helsepersonelloven § 10a ikke er fulgt godt nok opp. Slik jeg forstår avviket, skal informasjon og oppfølging av BSP inkludere en tematisering av hvilken innvirkning pasientens lidelse har på barna. Imidlertid beskriver informantene at det å ta opp pasientens foreldrefungering, herunder foreldres lidelses innvirkning på barna og familien, støter på ulike barrierer. Informantene trekker frem at de i liten grad lykkes med å få til familiesamtaler. De forteller at de tilbyr familiesamtale, men at de fleste takker nei til tilbudet.



Temaet foreldreskap og hvordan familien samtaler om og/eller håndterer pasientens lidelse og/eller familiens eventuelle utfordringer, ser ut til å tematiseres i liten grad i kartleggingen. Det gjøres heller ikke senere i behandlingsforløpet. I denne sammenheng undrer jeg meg over om en annen tilnærming, for eksempel en mer systemisk grunnforståelse med mer åpen, lyttende dialogform, ville gitt de samme barrierene. Anderson sier:

Vi må være i stand til at indgå i et dialogisk samspill, der fremmer en likeverdige og fælles søgen efter forståelse. I en sådan samarbejdsorienteret proces er vi bevidst eller ubevidst mindre tilbøjelige til at udnytte oplevelsen af social magt i terapeut-klient-relasjonen ud fra en interesse i at bevare vores egen eller vore kulturelle institutioners og diskursers viden. (2003, s. 180)

Slik jeg forstår Anderson kan samarbeidsorienterte prosesser redusere et asymmetrisk maktforhold, og også utfordre kulturell og institusjonell makt. Videre viser hun til at samarbeidsorienterte prosesser legger til rette for et samarbeidsklima basert på lyttende, undrende og åpen dialog. For meg fremstår det Anderson viser til, som en annen tilnærming enn den dialogformen informantene viser til med standardiserte kartleggings skjema for BSP.

Er det makten i den medisinske konteksten som i seg selv medvirker til hindringer for familiefokusert tilnærming? Arbeider informantene under en maktstruktur hvor de i liten grad opplever at de kan ta seg tid til å reflektere over hvilket resultat kartlegging av BSP fører til? Er informantenes kulturelle og medisinske kontekst i samme situasjon som Foucaults «Panopticon» (Foucault, 1999, s. 179) hvor informantene blir sine egne «kontrollører» som disiplinere seg selv til slavisk å følge alle institusjonelle krav?

Anderson vektlegger sosialkonstruksjonistisk og språkssystemisk forståelse, hvor en møter pasient/familie fra en ikke-vitende posisjon, åpent og nysgjerrig, der pasient og familie måtte befinne seg psykisk og mentalt (Anderson, 2003). Den tilnærmingen fremstår for meg som å stå i kontrast til den dialogformen informantene viser til i pålagt BSP kartleggingsregime. En refleksjon jeg gjør meg, er om informantene ville blitt like raskt avfeid av pasientene hvis temaet barn og foreldre hadde inngått i en annen type dialogform, og hvor en møtte pasient og familie mer på deres premisser.

### 5.3 Hvordan forstå at en i liten grad lykkes med å ha familiesamtaler?

Informantene viser til flere ulike barrierer knyttet til systemisk tilnærming og trekker frem at de i liten grad lykkes med å få til familiesamtaler. De sier de tilbyr familiesamtale, men at de fleste takker nei til tilbudet.

Anders sier at foreldre ikke vil ha familiesamtale fordi: «barna har sagt via foreldrene at de ikke ønsker det.» (Hentet fra transkripsjonen til Anders, linje 253)

Beate trekker frem at hun tror foreldrene ikke vil fordi: «de synes det er veldig kunstig, og rart.» (Hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 416)

David tenker at: «det kan jo være en sånn tendens til ikke ville belaste andre.» (Hentet fra transkripsjonen til David, linje 381)

Når Fylkesmannen vektlegger at omsorgspersonens psykiske lidelses innvirkning på barna er noe som problematiseres i liten grad (2018, s. 18), forstår jeg det som at dialogen knyttet til foreldrerollen og familiesamtaler i for liten grad favner familiens helhetlige situasjon. Når foreldre ikke ønsker familiesamtale, kan det forstås som at pasienten ikke ønsker denne problematiseringen og dermed ønsker en heller ikke familiesamtale. Men det kan også tolkes ut ifra flere perspektiver. Informantene snakker om tidspress og den medisinske modellen som noe som setter begrensninger. Dernest fremkommer barrierer knyttet til: pasientens frykt for barnevernet, skam i forhold til psykisk lidelse, og foreldres diskurser knyttet til barns involvering, for å nevne noen. Alle disse barrierene kan gi begrensninger på hva pasienten vil dele med informantene om barna og/eller med barna og familien. Resultatet blir få eller ingen familiesamtaler på allmennpoliklinikken.

Mange av de ovennevnte barrierene støttes av funn i undersøkelsen gjort av Landeweer et al. (2017). De trekker frem at psykiske lidelser er av en slik karakter at pasienten ikke vil dele sine problemer med familie, ei heller ønsker de å dele familieproblemer med fagfolk. Eller også er pasienten redd for negative konsekvenser ved å involvere familien. Videre kan psykisk lidelse være et tabu og kan gi lav status i familien, og derfor ønsker en ikke å dele. Pasienten ønsker ikke å belaste familiemedlemmer med egen lidelse, og stigma knyttet til lidelsen kan være en barriere for at pasienten ikke vil involvere familien (Landeweer et al., 2017, s. 4 og 6).

Videre trekker Landeweer et al. frem at profesjonelle erfarer at det kan være vanskelig for dem selv å forstå hvilken rolle og hvilket ansvar de har knyttet til familien (2017, s. 5). I lys av systemisk forståelse og 2.-orden kybernetikk vil behandler inngå i systemet og selv også være bidragsyter til å opprettholde eller redusere barrierer. Når Anderson trekker frem begrepet «ikke-vitende posisjon», vektlegger hun det som et utgangspunkt for aktivt å kunne lytte uten å være «hverken forhandlingsleder eller dommer», men «en samtalepartner» (Anderson, 2003, s. 134). I en psykiatrisk poliklinikk har behandlere en definert rolle, og i rollen ligger det mye makt og ekspertforståelse. I den forbindelse undrer jeg meg om pasientene opplever informantenes tilnærming med alt som skal kartlegges, som å være i rollen som forhandlingsleder og/eller dommer, og ikke som en samtalepartner, særlig knyttet til BSP.

En hovedoppgave for informantene, som er behandlere, er å komme frem til pasientens diagnose. Dersom en forstår diagnoser som sosialt konstruerte kategorier, kan det bli et spørsmål i hvilken grad pasienten kjenner seg hjemme i en slik kategori. Dersom pasienten ikke kjenner seg igjen i tildelt diagnose, kan dette trolig i seg selv bli en barriere for hva pasienten ønsker eller klarer å sette ord på eller vil involvere familien i.

Kommisrud, Söderström, Halsaa & Halsaa (2019) tar utgangspunkt i ungdommer som er i behandling i BUP og samtidig har en mor eller far som sliter med psykiske utfordringer. De stiller spørsmålet: «Hvordan forstår ungdom i BUP sammenhenger mellom oppvekstbelastninger, foreldres sykdom og hvordan de har det selv, og hvilke ytre faktorer påvirker dette forståelsesarbeidet?» (2019, s. 84). I denne artikkelen drøfter de blant annet det å være definert som psykisk syk, som en sosialkonstruert kategori, og hvordan ungdommene opplever seg selv. Når ungdommene selv begynte å slite med indre strev, opplevde de det ubehagelig å bli «pasient» i BUPs behandling. I artikkelen viser de til et sitat fra en av ungdommene: «I henvisningspapirene sto det 'sosial tilbaketrekning', men jeg ønsket vel egentlig at hele familiesituasjonen skulle bli forandret» (2019, s. 89).

Ungdommene i ovennevnte undersøkelse så sitt eget slit som en sosial konstruksjon, og kjente seg ikke hjemme i pasient-konstruksjonen. Sosialt konstruerte ideer skapes på

bakgrunn av kulturen vi omgir oss med, og av de samfunnsdiskurser som råder (Øfsti, 2010). De konstrueres gjennom dialog og forståelsen den enkelte familie til enhver tid måtte ha, i det miljøet de befinner seg. Vedeler (2016) kommer med en betraktning på diagnose på følgende måte:

Hvis det er slik at psykososiale problemer først og fremst foreligger som språklige konstruksjoner skapt i en relasjon mellom klient og fagperson, bør en diagnose sees som en meningsytring, ikke en stadfestelse av en objektiv sannhet. Hjelp med psykososiale problemer er primært en utforskning av fremtidens muligheter, ikke en søken etter hva man «egentlig» feiler. (s. 5)

På den ene side kan en her tenke diagnose som en individuell, objektiv sannhet, på den annen side som noe som er en språklig konstruert meningsytring (Anderson, 2003). Dette er ulike epistemologiske ståsteder, som bygger på forskjellig kunnskap. Når pasientens familie i liten grad ønsker å delta i familiefokusert samtale, undrer jeg meg over om behandler, pasient og familie har forståelse av diagnose som et individuelt problem som kan løses uavhengig av familie.

Videre når det gjelder dialogen mellom pasient og behandler/terapeut, skriver Andersen om viktigheten av passe usedvanlige spørsmål. Når det gjelder dialogen med en pasient/klient, snakker han om viktigheten av hvilke spørsmål som stilles, og når og med hvilke ord:

Mens jeg stiller spørsmål til dem, spørger jeg samtidig meg selv: «kan jeg se, at de viser tegn, som fortæller mig, at jeg er for sædvanlig, eller findes der tegn på, at jeg er tilpas usædvanlig, eller er der tegn på at jeg er for usædvanlig?» Jeg spørger også gerne mig selv: «Hvordan er tempoet i samtalen, og hvordan er dens rytme?»

(Andersen, 2005, s. 40)

Andersen peker på tempo, og at spørsmål og kontekst må være passe uvanlig for at det kan gi en ønsket endring og/eller være til hjelp for pasient og familie. I lys av at pasient og familie i liten grad ønsker familiesamtaler, undrer jeg meg over om spørsmålene i kartleggingen eller i den familiefokuserte tilnærmingen fremstår som for uvanlige i konteksten?

Er det noe med spørsmålene som gir pasientene en opplevelse av utrygghet ved at de skal vurderes som god nok / ikke god nok foreldre? Og/eller virker poliklinisk kontekst i sin individfokuserte drakt slik at spørsmålene oppfattes som for usedvanlige? Med den følge at pasienten ikke ønsker å involvere familien i sin helsehjelp?

Disse betraktningene får meg til å reflektere over om standardisert tilnærming kan tilpasses så mye at dialog mellom behandler og pasient blir passelig usedvanlig, og dermed kan gi informasjon som utgjør en forskjell.

#### 5.4 Utfordrer BSP den terapeutiske relasjonen?

Informant Cecilie sier:

Når det gjelder tema med foreldreskap (...) det aktiverer også skyldfølelse, for jeg bør snakke mere om det, jeg bør bringe det opp oftere, for det er så viktig, men så merker jeg for min del, at pasienten sjelden selv tar det opp, også tror jeg at en av grunnene er den dærre evinnelige prioriteringen i forhold til tid (...). (Hentet fra transkriberingen til Cecilie, linje 475-580)

Cecilie peker på en utfordring: på den ene siden at BSP fremkommer som viktig for informantene, på den annen side forstår jeg informantene dit at BSP kan utfordre den terapeutiske relasjonen, begrunnet ved at pasientene selv sjelden tar opp barna som tema.

Ryberg & Paus (2017) sier i sin hovedoppgave innen psykologi at den terapeutiske relasjonen kan bli satt på prøve når de tar opp familien og foreldrefungeringen med pasienten. De sier i undersøkelsen:

Resultatene våre viser at psykologene opplever flere ulike dilemma knyttet til det å kartlegge og tematisere foreldrefungering og eventuell bekymring. De kan frykte at det vil påvirke den terapeutiske relasjonen og de kan streve med å vurdere konsekvensene av handlingene sine, for pasienten, for pasientens barn og for dem selv. Psykologene ønsker å være gode hjelpere, men opplever dilemma knyttet til hvem og hvordan de skal hjelpe. Både de praktiske rammene, og eget ubehag eller det de opplever som ubehag hos pasienter kan gjøre det vanskeligere for dem å være gode hjelpere. Det virker som om psykologene er positive til lovendringen om å ivareta barns behov for informasjon og oppfølging, men de sier også at det ikke nødvendigvis fører til målet om bedre ivaretagelse av barn som pårørende. (s. 5)

I min undersøkelse finner jeg på mange måter samme funn som Ryberg & Paus. Å ha fokus på familien støter på mange barrierer, samtidig vektlegger mine informanter det som viktig å

ivareta BSP. I den forbindelse sier Anders: «(...) barna til pasienten er jo potensielle pasienter i fremtiden» (hentet fra transkriberingen til Anders, linje 603).

Barrierer og dilemmaer som er beskrevet både i tidligere forskning og gjennom mine funn, ser ut til å sette den terapeutiske relasjonen på prøve, og kan begrense muligheten til å få til en god familiefokusert dialog, herunder familiesamtaler. I tillegg vektlegger informantene at også pakkeforløp og medisinsk modell gir tidspress som gjør det vanskelig å opprettholde familiefokus. I denne sammenheng tar informantene også frem skam og diskurser knyttet til psykisk uhelse.

### 5.5 Er det skammen som takker nei til familiesamtaler?

Psykiske lidelser er forbundet med stigma, som skapes gjennom kulturelle diskurser, og med stigma kommer skammen (Wagensteen, Jansen & Halså, 2019, s. 12). Knyttet til psykisk lidelse og foreldreskap trekker Klevan, Viksmo & Borg (2013) frem at: «det er mye skam forbundet med ikke å strekke til. Åpenhet rundt egen og barnas situasjon blir vanskelig, og skam og skyldfølelse kan hindre en i å be om hjelp» (s. 205). Pasienter som er foreldre, kjenner her på en skam som blir en barriere mellom behandler og pasient med tanke på familiefokus. Denne barrieren kan bidra til at temaet foreldreskap ikke blir utdypet i terapirommet. Myra et al. (2018) trekker frem i sin undersøkelse knyttet til gravide som sliter med rusavhengighet, at også «terapeuter er preget av samfunnsdiskurser» (s. 9). Både psykisk lidelse og rus er knyttet til skam og følelser av skyld, og helsepersonell så vell som pasienter og deres familie vil være preget av de til enhver tid gjeldende diskurser knyttet til foreldreskap.

Informanten Beate fortalte en pasienthistorie og sa: «Det var et kjempetabu å snakke om psykiske lidelser» (hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 515-516).

Når pasienten skammer seg over egen lidelse, eller over det å være forelder og samtidig slite psykisk, kan det bli krevende å få til en god dialog rundt temaet. Sundfær (2012) trekker frem at tabu og skam kan føre til at mors/fars utfordringer ikke blir snakket om hjemme, og dermed blir temaet språkløst for barna. Hun sier:

De språkløse opplevelsene til barnet kan vanskeliggjøre kontakten og samtalen med barna og foreldrene. Å bidra til å gi språk til barns følelser, tanker og opplevelser er

helt sentralt for at barnet skal utvikle evne til å reflektere om og regulere disse og be om hjelp. I motsatt fall vil barnets følelser kunne forbli ensomme og overveldende. (s. 19)

I lys av en språkssystemisk forståelse vil terapeuten nærme seg tematikken gjennom å vektlegge viktigheten av å ordsette det som kan fremstå som systemisk skammelig. Men Skårderud sier at dersom temaet skam ikke får tilstrekkelig tid i dialogen, vil en ikke lykkes med å tematisere det på en god nok måte. Skårderud skriver:

Det er all grunn til å bekymre seg over mulighetene for å gi dialogene om skammen nødvendig plass i en behandlerkultur hvor effektivitet er i sentrum. For at skammen skal få et språk, kreves det tid til å etablere tillit. Skal man dele sin store skam, det vil si utlevere seg selv, trengs trygghet for at dette blir tålt, tatt imot og ikke misbrukt. (2001, s. 40)

Funn fra informantene forteller om opplevelse av tidspress, og på den bakgrunn stiller jeg meg spørsmål om poliklinisk kontekst har tid til å romme skammen knyttet til foreldreskap og barna, eller forblir skammen taus? Dersom skammen forblir taus mellom pasient og behandler, er det fare for at skammen også forblir taus overfor familien og barna.

## 5.6 Kan systemisk tilnærming håndteres i medisinsk kontekst?

Informantene sier de ønsker mer familiefokus inn i sin kontekst, men at det er individfokuset som er fremtredende. David sa: «(...) jeg kunne generelt ønske at det var mer familiebehandling (...), ja, det skulle vært mer tilrettelagt for å jobbe med familien som helhet» (hentet fra transkripsjonen til David, linje 675-680).

I lys av informantenes utsagn er det innen psykiatri flere ulike metoder og verktøy for familiefokusert tilnærming, og jeg undrer meg over hva som hindrer dem i å ta dem i bruk. Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på modellen til Adrian Falkov (2012). Den familiefokuserte modellen bygger på en tilnærming som skal sikre at alle i familien skal få kjennskap til hverandres konstruerte forståelse av problemet og redusere skyld og skam. Grunntanken fremstår som systemisk ved at problemet/lidelsen forstås sirkulært. En leter ikke etter en årsak–virkning slik en gjør innen det medisinske paradigme, men en søker å forstå hvordan situasjonen innvirker på alle i familien, for å komme frem til en hensiktsmessig plan for pasient og familien (Falkov, 2012).

Imidlertid peker funnene i min undersøkelse på at behandlingssamtalene i liten grad er familiefokuserte, men primært knyttet til diagnostisk behandlingsopplegg av pasient. Det vil si det Falkov (2012) kaller domene 1, voksen pasient. Samtaler knyttet til BSP og familien, domene 3 i modellen, ser det ut for meg at informantene kun kommer «kortfattet» innom (jf. bildet av modellen, punkt 2.4.2). Informantene i min undersøkelse sier på den ene side at de ønsker mer familiefokus i poliklinikken, på den annen side sier de at de i liten grad lykkes med familiesamtaler, ei heller har de samarbeid med andre instanser om barna. I det forstår jeg noen systemiske begrensninger.

Når det gjelder tilfeller der pasienten har barn som mottar behandling i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), samtidig som mor eller far er i behandling på DPS, sier David: «Jeg har flere som har snakka om den oppfølginga de får i BUP, men aldri hatt noe samarbeid med BUP, nei» (hentet fra transkripsjonen til David, linje: 594-596).

Slik jeg tolker utsagnene, er systemisk forståelse i praksis lite implementert. Teoretiske familiefokuserte modeller som bygger på systemisk forståelse, kan ut ifra slik jeg tolker funnene, være vanskelige å implementere i informantenes kontekst slik den fremstår per nå.

Maybery og Reupert undersøkte barrierer og problemer knyttet til å arbeide med familier og barn når mor/far var i behandling innen psykisk helsevern, og de anbefalte blant annet følgende: «there should be provision, within each agency, for some form of specialized family approach such as family therapy or comprehensive psycho-education approach» (2009, s. 789). De anbefaler altså at hver enhet bør ha noen ressurser som har familiterapeutisk forståelse og fokus.

### 5.7 Helsehjelp utføres under tidspress – barn og familie inngår i det

Informantene beskriver at familiefokus krever tid, på flere plan. De viser til at pasienten har fått tildelt x antall behandlingsstimer. Det synes for meg som at tiden en bruker på temaet barn og foreldreskap, kan forstås som at en «tar» av de tildelte behandlingstimerne, og dermed fremstår det for meg som at temaet familie blir noe på siden av behandlingen/helsehjelpen.



Informant Cecilie trekker frem at tidspress fører til vanskelige prioriteringer, hun sier: «det som kan være utfordrende er å prioritere, ... og det med barn og foreldreskap det kommer jo inn der (hentet fra transkriberingen til Cecilie, linje 42-43).

Når informantene beskriver tidspress og prioriterings-skvis, viser Foucault til at individet presses til å bli sin egen «kontrollør» som med selvdisciplinering overvåker seg selv ut ifra en forståelse av ytre normer (Foucault, 1999). Disiplinerende normer satt av tidsplaner, tidsrammer og ventelister forstås jeg medvirker til den prioriterings-skvisen som informantene vektla (Martinsen, 2018, s. 3). I forbindelse med at familiefokus skal ivaretas i en situasjon med prioriterings-skvis og med de tidligere nevnte barrierer, sa Anders:

Når vi har så liten tid med hver pasient, og ikke får tid til å stoppe opp å tenke gjennom hvordan eller hva burde jeg gjøre her. Det krever noen ganger at en setter seg ned og faktisk bruker litt tid til å tenke rundt det, men, det syns jeg ikke alltid det er tid til. (Hentet fra transkriberingen til Anders, linje 677-680)

Informantene trekker på ulike måter frem manglende tid til å kunne drøfte og/eller reflektere over hvordan det pasienten sliter med, forstås og virker inn på familien. De har heller ikke tid til å tematisere foreldrerollen. Tom Andersen var opptatt av at reflekterende prosesser tar tid, og at pasientens tempo skulle være styrende i den terapeutiske samtalen, Han sier:

Begrebet tid er et nøglebegreb. Det kommer til at styre samtalerne og skabe det terapeutiske rum, så interviewet bliver «ikke-instruktivt». Tempoet bliver tilpas langsomt, spørsmålne tilpas usædvanlige, processen – rejsen i tid og rum – bliver det centrale, giver plads for den indre dialog. (Andersen, 2005, s. 9)

Slik jeg tolker informantenes utsagn, handler det om en opplevelse av at de ikke kan prioritere å bruke tilstrekkelig tid på å reflektere over familiens behov og/eller samhandle med andre enheter, uten at det går på bekostning av behandlingstid, ventelister og/eller tidsrammen som generelt er satt for behandlingsopplegget. I lys av sitatet fra Tom Andersen blir den terapeutiske reisen satt under uheldig tidspress. Dette tidspresset gir meg en fornemmelse av at behandler ikke får gått i dybden, men kjenner på en overfladisk

tilnærming knyttet til BSP. Videre kan hastigheten fører til at spørsmål, gjennom standardiserte kartleggingsskjema, blir instruktive og noe som bare skal sjekkes ut, fordi det er mye de skal igjennom på kort tid. I lys av Andersens reflektive tilnærming undrer jeg meg over hvilken opplevelse pasienten får av spørsmål stilt under tidspress og basert på standardskjemaer. Blir opplevelsen av dem for usedvanlig til å skape den gode dialogen? Får pasientens indre dialog tilstrekkelig tid til å utvikle familiefokusert forståelse? Andersen vektlegger tid som nøkkelbegrep, og at spørsmålene må oppleves å være passe vanlige i den kontekst de fremstår for at dialogen skal oppleves god (Andersen, 2005). Informantene gav meg mange refleksjoner knyttet til tidspress og prioriteringer. For meg ser det ut til at det informantene trekker frem knyttet til tidsproblematikken, er noe som bør undersøkes / forskes på nærmere, for å finne alternative måter for at barn som pårørende og familien kan inngå som en mer naturlig del av helsehjelpen.

### 5.8 Kan samtale om og med barna fremme behandlingen?

Alle informantene beskrev på ulike måter at fokus på barn og familie var noe som kunne fremme behandlingen av pasienten.

David sier: «hvis det er en problemstilling knyttet til barna der, og vi kan gjøre noe med situasjonen, og bedre relasjonen og kommunikasjonen og bidra med noen der, tenker jeg at det alltid vil fremme behandlingen også» (hentet fra transkripsjon til David, linje 413-416).

Beate vinkler det på følgende måte: «veldig ofte så kommer det sunne frem i mennesket når de snakker om barna sine, da, det er kjærlighetsfølelsen som kommer frem» (hentet fra transkripsjonen til Beate, linje 267-268).

Videre sier hun: «jeg tenker at det fremmer behandlingen, for da kan en komme bort fra bare å snakke om seg selv» (linje 598-599).

Cecilie sier: «når de snakker om relasjonen til barna så snakker de om det som et unntak. I form av en relasjon som de får til» (hentet fra transkripsjonen til Cecilie, linje 234-235).

Det vakte min nysgjerrighet at informantene gjennom sine ulike beskrivelser trekker frem at de på den ene side fort kan bli avvist av pasienten når de snakker om barna og foreldreskap, på den annen side at barn og familie kan virke positivt inn på selve behandlingen av pasienter som er foreldre. Disse beskrivelsene synes for meg å fremvise et annet fokus enn

kartlegging. Når temaet barn og familie kommer frem som en del av pasientens livshistorie, ser det ut til at en får frem noe av familiens ressurs og styrker. I denne dialogformen fornemmer jeg, som Hegdes sier: «the voices of important other people into the room when we work systemically with an individual» (2005, s. 12).

Når dialogen med foreldrene får familiens stemmer inn i rommet, kommer de relasjonelle sidene mellom foreldre og barn mer frem. Eller, som informanten Cecilie sier, at det får frem kjærligheten mellom barn og foreldre. Slik jeg tolker disse uttrykkene fra informantene, kommer ikke bare familiens styrker mer frem, det ser også ut til å kunne åpne opp en bredere og mer helhetlig forståelse av familiens behov, noe som igjen kan fremme behandlingen av pasienten.

Reupert og Maybery har undersøkt helsepersonells erfaringer knyttet til arbeid med familier med komplekse behov, og trekker frem at fokus på familiens styrker kan fremme et ønske om involvering og engasjement fra hele familien. De sier:

A focus on family strengths was seen as useful in engaging families and allowed progress to be acknowledged. A strength-based perspective assumes that all families have strengths they can build on and can use these strengths to meet their own need. (Powell et al. 1997) The practitioners in this study focused on a family's current resources and strengths to solve their own problems and minimize future problems. Indeed, family strength can often be seen in how they cope with the parental disorder as strengths are often developed in response to such challenges (Derain et al. 2012). (2014, s. 649)

Slik jeg forstår Reupert og Maybery kan fokus på familiens styrker vises gjennom hvordan familien responderer på de utfordringer psykisk uhelse medfører. I denne sammenheng forstår jeg det som mulig å få frem familiens styrker ved å lytte til deres perspektiver og forståelse, og derigjennom fremme involvering og engasjement fra familien, noe som igjen kan fremme behandlingens resultat.

Klevan, Viksmo & Borg (2013) gjorde en undersøkelse knyttet til det å være en forelder som mottar tjenester fra ambulante akuttpsykiatriske team, og de skriver: «Foreldre som har erfart psykiske problemer, formidler at nettopp barna deres gjør at de holder ut og finner

løsninger (...) foreldrerollen kunne erfares som hjelp til å mobilisere friske sider ved en selv i krisen» (2013, s. 204). Her fokuserer de på at barna medvirker til å mobilisere, og med det forstår jeg at fokus på barn og familie virker positivt inn på behandlingen, slik også informantene viste til.

Jeg tolker informantene dit hen at når pasienthistorien inneholdt barnas/familiens styrker, ble barna en mer naturlig del av samtalen, og samtalen fremsto på et mer emosjonelt og relasjonelt plan. I ovennevnte sitater knyttet til om barn/familie kan fremme behandlingen, bruker informantene ord som å få frem «unntakene» eller «kjærlighetsfølelsen». Det gir meg en antakelse om at det foregår en annen form for dialog enn det som fremkommer under «standard kartlegging». Pasientens historie ser ut til å være mer i sentrum og forstås mer systemisk. Jeg undrer meg over om dersom vektleggingen av familiens styrker hadde stått mer i sentrum, ville BSP fremstått som en mer naturlig del av helsehjelpen. Knyttet til informantens utsagn synes det som om det er et større mulighetsrom for familiesamtaler når temaet BSP inngår som en naturlig del av behandlingssamtalen, hvor fokuset på familiens ressurser og utfordringer balanseres i en systemisk forståelse.

## 6 Oppsummering, implikasjoner og videre forskning

I dette kapitlet gjør jeg en oppsummering og løfter frem mulige implikasjoner for praksis og videre forskning.

Informantenes beskrivelser av familiefokus og barn som pårørende (BSP) er et tema som fremstår for meg som noe i tillegg til helsehjelpen, som er tildelt pasienten i form av x antall behandlingstimer. BSP kommer i skvis, fordi tiden en benytter på BSP, oppleves å bli tatt av den tiden som er tildelt pasientens behandlingstid. Videre fremstår BSP som et tema som skaper mange utfordringer og barrierer knyttet til dialogen mellom informantene og pasienten og deres familie.

Informantene er opptatt av pasientens barn og familien, men det ser ut for meg som at individfokuset tilnærming, standardisert kartlegging underlagt den medisinske kontekst og epistemologi, sammen med den generelle organisering på poliklinikken med betydelig tidspress, gir vilkår som både kan forklare og skape tilsvarende avvik som fremkommer i Fylkesmannens tilsynsrapport. På bakgrunn av funnene i denne undersøkelse fremkom det ikke løsninger som umiddelbart tilsier at et eventuelt nytt tilsyn fra Fylkesmannen vil gi færre avvik.

Det er i dag bred enighet om det Bergem (2018) sier:

Barn som vokser opp med foreldre med psykiske helseplager og rusrelaterte lidelser, har økt risiko for å utvikle egne helseplager. Dersom familien får hjelp til for eksempel å kommunisere bedre, vil det øke tryggheten i familien og bedre forutsetningene for barnas videre utvikling. (s. 231)

Bergem viser til viktigheten av at familien får hjelp til å kommunisere om situasjonen i familien. Informantene i denne undersøkelsen sier imidlertid at når de inviterer pasientene til å ta med seg barn og ektefelle til poliklinikken for en familiesamtale, takker pasientene stort sett nei. Det fremkommer som utfordrende for informantene å komme i posisjon til å hjelpe familiene til å kommunisere om hvordan psykisk uhelse virker inn på hele familien.

Loverket knyttet til BSP har vart i 10 år, og måten arbeidet er integrert og organisert på, har vært undersøkt i blant annet multisenterstudien til Ruud et al. (2015) som slår fast:

«Spesialisthelsetjenesten følger bare delvis opp loven knyttet til barn som pårørende» (s. 10). I den sammenheng viser de også til mangelfull kartlegging og dokumentasjon og dermed udekkede behov når det gjelder informasjon til og oppfølging av barn. Informantene i denne undersøkelsen har fokus på kartlegging av BSP, men som i multisenterstudien gir ikke denne kartleggingen nødvendigvis den informasjon og oppfølging som forventes. Spørsmålet blir i hvilken grad pasientenes, barnas og familienes behov dekkes.

Multisenterstudien på barn som pårørende gir blant annet følgende anbefaling:

Barn og familie må være et av de faste tema i all utredning og behandling, slik loven tilsier. Dette er grunnleggende og skal ikke bare gjøres av bestemte fagpersoner eller tjenester. Vanlige tjenester må inkludere barne- og familieperspektivet, ikke bygge opp spesialtjenester. (Ruud et al., 2015, s. 12)

Ovennevnte studie anbefaler at barn og familie skal være et fast tema i all utredning og behandling, og videre at det skal være en vanlig helsetjeneste, og at en ikke skal bygge opp spesialtjenester. Med andre ord forstår jeg multisenterstudien dit at den anbefaler at helsehjelpen som gis til pasienter, skal inkludere familien og barn som pårørende på en integrert måte. Kartlegging av BSP har vært utført i 10 år, og organiseringen gir fortsatt avvik. Ut ifra mine funn fremstår BSP fortsatt ikke som en naturlig integrert del av helsehjelpen.

Funnene i min undersøkelse peker på at det i informantenes kontekst er en rekke utfordringer som må løses for å kunne integrere familiefokus på en tilstrekkelig god måte. Her er det et spørsmål om hva som er mest hensiktsmessige tilnærming, både med tanke på det epistemologiske og den organisatoriske forståelsen knyttet til BSP-arbeidet. Fra mitt ståsted ser det ut til at det innenfor DPS allmennpoliklinikker er behov for å forske på andre alternative tilnærminger til BSP enn den en har i dag, og undersøkelser som Maybery og Reuperts (2009) tar til orde for at det må inn mer familierapeutisk kompetanse og ressurser for å overkomme barrierene. I lys av Maybery og Reupert (2009) spør jeg meg om mine informanternes kontekst, med sitt fokus på individet, trenger å få utvidet systemisk forståelse og rammer for tilstrekkelig kunne ivareta barn som pårørende. Flon er inne på at en familierapeutisk tilnærming vil ha fokus på pasientens individuelle psykologiske prosesser, men samtidig sette disse prosesser inn i et videre perspektiv ved at pasientens

atferd «forstås bedre når den vises innenfor primære eller viktige sosiale systemer» (Flon, 2019, s. 21).

Videre reflekterer jeg over om økt fokus på familiens ressurser kan øke mulighetsrommet for mer familieinvolvering, og med det om familien kan inngå som en mer naturlig del av helsehjelpen. Når informantene snakker om familien som noe som kan fremme behandlingen, ser det ut til at familien og barna kommer frem i familiehistoriene på en måte som synliggjør ressurser og det positive både hos pasient, barna og familien. Slik jeg ser det, er fokus på familiens ressurser noe som fremmer fokus på familien. Når informantene snakker om barna og familien som en ressurs, benytter de ord som kjærlighet mellom foreldre og barn og at unntakene fra problemhistoriene kommer frem. I denne sammenhengen tenker jeg at den dialogiske muligheten fremmer familieinvolvering, og kan medvirke til å redusere barrierer.

Imidlertid fremstår funnene knyttet til denne typen dialog som noe mer sporadiske enn den kartleggingen som inngår som lovpålagt oppgave.

Uansett forstår jeg, ut fra informantenes utsagn, at tiltak og organisering som har fokus på å finne ressurser, kan være med på å fremme både behandlingen og familiefokuset. Her kan det være nyttig å forske på nye måter å forstå og håndtere BSP på, også for å få til ny praksis – en praksis som sørger for at barn kan forbli i sin rolle som barn uten å ta på seg for mye voksenansvar, og som samtidig fremmer foreldrerollen og en systemisk forståelse i familien, i tråd med helsepersonelloven § 10a og Pårørendeveilederen.

En idé kan være aksjonsforskning som kan fremme familieinvolvering ved å utvikle ny praksisforståelse og tilnærming til BSP.

Det synes også å være behov for mer forskning knyttet til hvordan pasienten og familien opplever dagens familiefokuserte tilnærming knyttet til praksisen med kartlegging av BSP på DPS poliklinikk. Å spørre dem som «har skoene på» hvordan de ønsker å bli møtt som familie på en poliklinikk, knyttet til familieperspektivet, kan trolig gi nyttige svar på hvordan den familiefokuserte helsehjelpen bør utformes på en allmenn DPS poliklinikk.

## 7 Avsluttende kommentar

I denne oppgaven har jeg arbeidet ut ifra problemstillingen: Hvordan beskriver behandlere familiefokusert tilnærming i samtalepraksis på DPS poliklinikk?

Informantene, fire psykologer, har bidratt med mange spennende, interessante og utfyllende perspektiver knyttet til problemstillingen og forskningsspørsmålene. I og med at jeg selv har arbeidet med implementering av familiefokusert tilnærming og barn som pårørende i snart 10 år, har det vært en utrolig nyttig reise. På en måte kjenner jeg på skuffelse over at mange av funnene viser begrensninger og barrierer – barrierer jeg på en måte hadde ønsket jeg ikke hadde funnet, i og med at det kan bety at arbeidet som gjøres, fortsatt innebærer mangelfull informasjon og oppfølging av barn som pårørende. På den annen side har informantene gitt verdifulle bidrag når det gjelder å sette lys på hva de kjenner som utfordrende knyttet til familiefokus, og når de forteller at barn som pårørende bidrar positivt til behandling og familiefokus. Det å få kjenne på «å være i informantenes sko» og å få ta del i og dypdykke ned i deres erfaringer og kunnskaper, har gitt meg ny forståelse og kompetanse, som jeg tar med meg i videre arbeid med barn som pårørende.



## 8 Litteraturliste

Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser* (3. utg.). Danmark: Dansk Psykologisk forlag.

Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi* (1. utg.). København: Hans Reizels forlag.

BarnsBeste (u.å). Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Hentet fra:

[www.barnsbeste.no](http://www.barnsbeste.no)

Bergem, K. A. (2018). *Når barn er pårørende*, (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

DeJong, P. & Berg, I. K. (2005). *Løsningsskapende samtaler* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2019). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 24.9.2019 fra:

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/innledning-formal/>

Falkov, A. (2012). *The Family Model handbook: Managing the impact of parental mental health on children*. London: Pavilion Publishing and Media Ltd.

Flon, H. (2019). *Hva er familieterapi*. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familieterapi* (1. utg., s. 15-23). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Folkehelseinstituttet. (2018). *Hovedfunn fra TOPP-studien*. Hentet 26.6.2019 fra:

<https://www.fhi.no/studier/topp/hovedfunn-fra-topp-studien/>

Foucault, M. (1970/2018). *Diskursens orden: Tiltredelsesforelesning holdt ved College de France 2. desember 1970*. Oslo: Spartacus Forlag AS.

Foucault, M. (1999). *Overvåkning og straff: Det moderne fengsels historie* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Fakkell.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus. (2018). *Tilsynsmelding, 2018/50-13 H-ROP*. Hentet: 13.8.2019 fra:

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/akershus/2018/akershus-universitetssykehus-hf-spesialisthelsetjenester-til-pasienter-med-psykisk-lidelse-og-mulig-samtidig-ruslidelse-2018/>

Hegdes, F. (2005). *An Introduction to Systemic Therapy with Individuals: A Social Constructionist Approach* (1. utg.). New York: Palgrave Macmillan.

Helsetilsynet. (2018). *Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2017–2018. Spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse*. Hentet: 21.9.2019 fra:

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding-2018/>

Hildebrandt, S. (2011). *Fagfelleevaluering med plettet rykte. Vitenskapelige artikler holder ikke alltid faglig mål, selv om de er godkjent av upartiske forskere i den aksepterte godkjenningprosessen, fagfelleevaluering*. Hentet 20.7. 2019 fra:

<https://forskning.no/forskningssvindel/fagfelleevaluering-med-plettet-rykte/789830>

Høyre, B. (2014). Satsingen på barn som pårørende i Norge: Innlegg av helseomsorgsminister Bent Høyre på konferanse - Barn som pårørende. Oslo: Regjeringen. Hentet 2.9.2019 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Satsingen-pa-barn-som-paorende-i-Norge/id761041/>

IMRoD-modellen. (2017). Skriv og søk. Hentet 10.6.2019 fra:

<https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/imrod-modellen/>

Jensen, P. (2009). *Ansikt til Ansikt* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Johnsen, A. & Torsteinsson V. W. (2012). *Familieterapi* (1. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Jones, H. S., Adams, E. T. & Ellis, C. (2013). *Handbook of Autoethnography*. San Francisco: Left Coast Press Inc.

Klevan, T., Viksmo, S. M. & Borg, M. (2013). Å være foreldre står over alt annet: Om foreldrerollen i en psykisk krise. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(10), 199-208. Hentet oktober 2019 fra:

[https://www.idunn.no/tph/2013/03/aa\\_vaere\\_forelder\\_staar\\_over\\_alt\\_annet\\_-\\_om\\_foreldrerollen\\_i](https://www.idunn.no/tph/2013/03/aa_vaere_forelder_staar_over_alt_annet_-_om_foreldrerollen_i)

Kommisrud, K., Söderström, K., Halsaa, L. & Halsaa, A. (2019). Jeg er ikke noe offer for mamma: Ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbeltrollen som pårørende og BUP-pasient. *Fokus på Familien*, 2(47), 82-101.

DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-02-02> Hentet 17.07.2019 fra:

<https://www.idunn.no/fokus/2019/02/jeg-er-ikke-noe-offer-for-mamma>

Kufås, E., Billehaug, I., Faugli, A. & Weimand, B. M. (2017). *Når lyset knapt slipper inn - en studie av Chat samtaler med barn og ungdom som har foreldre med*

*rusmiddelproblemer.*(Rapport). Utgitt av: Vestre Viken, Barn av rusmisbrukere

interesseorganisasjon, Akershus universitetssykehus. Hentet 10.6.2019 fra:

[https://www.barnavirus.no/uploads/images/191108-BAR\\_rapport\\_sider\\_2019.pdf](https://www.barnavirus.no/uploads/images/191108-BAR_rapport_sider_2019.pdf)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2017). Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Services Research*, (17), Article: 349.

DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2213-4>

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2213-4>

Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Martinsen, K. (2018). Den økonomiske tidsforståelsen, og tiden i helsevesenets rom. I C. Øye, Ø. N. Sørensen & K. Martinsen. (Red.), *Å tenke med Foucault: En bok for masterdtudiene i helse- og sosialfagene* (1. utg., s. 21-40). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

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), 784-791. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01456. Hentet 20.10.2019 fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>

Moen, G. L. (2009). *Barns møte med psykisk lidelse: En datters historie* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Myra, S. M., Ravdal, E., Torsteinsson, W. V. & Øfsti, K.-S. A. (2018). Pregnant substance abusers in voluntary and coercive treatment in Norway: Therapists' reflections on change processes and attachment experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 27(Issue 5-6), e959-e970, DOI: 10.1111/jocn.14067. Hentet 15.01.2020 fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14067>

Reupert, A. & Maybery, D. (2014). Practitioners experiences of working with families with complex needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (21), 642-651. DOI: 10.1111/jpm.12149. Hentet 15.8.2019 fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpm.12149>

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, G. M., Peck, C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende – Resultat fra multisenterstudien*. (Rapport). Akershus universitetssykehus mfl. Helsedirektoratet IS-0522. Hentet: 15.10.2016 fra: [www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paorende.no](http://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paorende.no)

Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., Skogøy, B. E. & Ose, E. S. (2019). Adult mental health outpatients who have minor children: Prevalence of parents, referrals of their children, and patient characteristics. *Front Psychiatry*, April (10) Article 163. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00163>. Hentet 2.1.2020 fra: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00163/full>

Ryberg, N. T. A. & Paus, S. N. (2017). *Du balanserer jo alltid lite grann på knivseggen: En kvalitativ studie av hvordan psykologer opplever å tematisere og vurdere foreldrefungering og bekymring for pasienters barn*. (Hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo). Hentet 24.06.2019 fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/56275/1/DUO-18-04-17.pdf>

Seikulla, J. & Arnhild, E. T. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (12), 1613-7.

Hentet 14.08.2019 fra: <https://tidsskriftet.no/2001/05/tema-forstand-og-forstaelse-i-medisinen/skammens-stemmer-om-taushet-veltalenhet-og-raseri-i>

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: SAGE Publications Ltd.

Sundfær, Aa. (2012). *God dag, jeg er et barn: Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse* (5. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Thommassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedeler, G. H. (2016). *Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern?* Publisert: Psykologisk.no, Hentet 22.09.2019, fra: <https://psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>

Wangensten, T., Jansen, D. S. & Halså, A. (2019). Foreldreskap og rus – den tause skammen: Barn som har foreldre i rusbehandling blir i liten grad invitert til barne- og familiesamtaler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 01(16), Artikkel 2.

DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2019-01-02, Hentet 10.01.2020 fra:

[https://www.researchgate.net/publication/331725290\\_Foreldreskap\\_og\\_rus\\_-\\_den\\_tause\\_skammen\\_Barn\\_som\\_har\\_foreldre\\_i\\_rusbehandling\\_bli\\_r\\_i\\_liten\\_grad\\_invitert\\_til\\_barne-\\_og\\_familiesamtaler](https://www.researchgate.net/publication/331725290_Foreldreskap_og_rus_-_den_tause_skammen_Barn_som_har_foreldre_i_rusbehandling_bli_r_i_liten_grad_invitert_til_barne-_og_familiesamtaler)

Øfsti, A. (2010). *Parterapi. Kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ølgaard, B. (2004). *Kommunikation og økomentale systemer: En intrudktion til Gregory Batesons forfatterskab* (3. udg.). København: Akademisk Forlag A/S.

## **Lovverk og offentlige publikasjoner**

### **Lover og forskrifter**

Helsepersonelloven. (2019). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov om helsepersonell](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell)

Pasientjournalforskriften. (2019). Forskrift om pasientjournal, (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=lov om pasientjournalforskrifter](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=lov%20om%20pasientjournalforskrifter)

Spesialisthelsetjenesteloven. (2019). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

### **Offentlige publikasjoner**

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020* (1. utg.) (IS-2734). Hentet 15.9.2019 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for...>

Helsedirektoratet. (2014). *Pakkeforløp for brystkreft*. Hentet 10.01.2019 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft>.

Helsedirektoratet. (2019b). *Psykisk lidelser – voksne*. Hentet 10.5.2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

Helsedirektoratet. (2019a). *Pårørendeveileder*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>

Helsedirektoratet. (2010). *Rundskriv: Barn som pårørende*, (IS-5/2010). Hentet 5.5.2019 fra: [www.piosenteret.no/informasjonsmaterieill/Barn-som-parende-IS-5-2010.pdf](http://www.piosenteret.no/informasjonsmaterieill/Barn-som-parende-IS-5-2010.pdf)

Helsenorge. (2020). *Forside: Barn trenger åpenhet*. Hentet 20.9.2019 fra: <https://helsenorge.no/parende/barn-trenger-apenhet-om-sykdom#Hva-trenger-barn-og-unge?>

## Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Vurdering fra Norsk senter for forskningsdata

Vedlegg 3: Invitasjon til informantene

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Eksempel på analyse

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Intervjuguide T.B. mai 2019

#### Introduksjonsspørsmål

#### Hvor lenge har du vært behandler her?

Har du tidligere hatt praksis eller arbeidet med barn/familier?

Har du andre erfaringer med samtale om/med barn, f.eks. fra egen familie?

#### Innledende spørsmål: Kan du fortelle litt om den generelle gangen i et pasientforløp?

Hvordan fremkommer det at pasienten har mindreårige barn?

Når du har en pasient som har barn, hvilke erfaringer har du med at pasienten selv tematiserer det? Dersom ikke pasienten kommer inn på temaet, hvilke erfaringer har du med å ta initiativ til å tematisere det?

#### Utdypende spørsmål: Hvilke erfaringer har du med at pasienten selv er opptatt av hvordan lidelsen/diagnosen virker inn på foreldrefungeringen?

Hvilke tanker gjør du deg knyttet til om lidelsen påvirker foreldrefungeringen?

- a. På hvilken måte tematiserer du det for pasienten?

Hvilke erfaringer har du med å ha med barna/familien på samtale her på poliklinikken?

- b. Hvis ja, hvem tok initiativ til at de skulle delta?
- c. Hvis ingen erfaring med samtaler med barna - har du noen gang tenkt at du har lyst til å gjøre det, men ikke har gjort det, i så fall hva er det som har hindret deg i å gjøre det?

Har du noen gang sendt bekymringsmelding til barnevernet?

- d. Hvis ja, hva var det som fikk deg til å gjøre det?
- e. Hvordan presenterte du det for pasienten?
- f. Hvilke erfaringer gjorde du deg i den forbindelse?

Har du noen gang tenkt å sende en bekymringsmelding, men ikke gjorde det, og hva var det som hindret deg?

**Organisatoriske rammer, hvordan opplever du den generelle kulturen på avdeling med tanke på å samtale med pasienten om barn og familien?** Er det et tema dere snakker mye/lite om? I hvilke sammenhenger fremkommer temaet?

Av det du har fortalt til nå, hva tenker du er det viktigste vi jobber videre med for å bli bedre på å la pasientens barn bli ivaretatt i henhold til lovverket?

**Avsluttende spørsmål: Er det noe du har tenkt underveis i denne samtalen som du vil legge til?** Hvordan opplevde du denne samtalen/intervjuet?



## Vedlegg 2: Vurdering fra Norsk senter for forskningsdata



### NSD sin vurdering

**Prosjekttittel:** Ser vi pasientens barn - Masteroppgave i familieterapi

**Referansenummer:** 756272

**Registrert:** 11.03.2019 av Tove Bergh - tove.bergh@ahus.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelig høgskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

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

Siv Merete Myra, siv.merete.myra@vid.no, tlf: 4799276618

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Tove Bergh, tove.bergh@ahus.no, tlf: 97517686

#### Prosjektperiode

01.05.2019 - 01.07.2020

#### Status

16.04.2019 - Vurdert

#### Vurdering (1)

---

##### 16.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.4.2019 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)

### **Vedlegg 3: Invitasjon til informantene**

Vil du delta i forskningsprosjektet

## **Ser vi pasientens barn**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer du som behandler har med å tematisere pasientens barn/familie i poliklinisk hverdag.

Vi inviterer deg til å delta som informant i masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis ved VID-Vitenskapelig Høgskole (tidligere Diakonhjemmets høgskole).

**I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.**

### **Formål**

Med utgangspunkt i lovverket om barn som pårørende (hpl.§10a) ønsker vi å finne ut hva du tenker om å samtale med pasienten om barn og familie som en del av behandlingssamtalene. Formålet er å få økt kunnskap om dine erfaringer om hva som fremmer eller hemmer samtaler om og med pasientens barn og familie. Videre er formålet å skape økt fokus og forståelse til familiefokus innen psykiatri.

### **Omfang**

Ved å gjennomføre kvalitative dybdeintervjuer med fire behandlere på DPS poliklinikk er målet å få frem ulike perspektiver knyttet til temaet.

### **Når**

Planlegger å gjennomføre intervjuene i løpet av mai/juni 2019. Du vil motta mail med alternative tidspunkt for intervju for å gjøre videre avtaler.

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

Vitenskapelig Høgskolge VID-Diakonhjemmet v/veileder førsteamanuensis Siv Merete Myra.

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

I samtale med leder/rådgiver for DPS har vi blitt enige om å rekruttere 4 behandlere med ordinære kliniske oppgaver, med minimum to års erfaring fra poliklinikken til å delta som informanter. Derfor har nettopp du blitt invitert til å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet baserer seg på en kvalitativ metode hvor du deltar i et intervju om temaet. Intervjuet vil ta ca.1 time. Det vil bli gjort lydopptak av samtalen, og opptaket blir kodet og

transkribert i sin helhet. Deretter blir dataene analysert og tolket, for å utgjøre en bakgrunn for masteroppgave i en familieterapeutisk faglig sammenheng. All informasjon/data behandles konfidensielt og på en forsvarlig måte.

### **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 vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Dataene presenteres slik at du ikke blir gjenkjent av andre. Sitater og alle gjengivelser anonymiseres. Dersom du trekker deg vil alle data bli slettet.

Hvem vil ha tilgang til opptakene og transkripsjoner:

Undertegnede student og veileder ved VID vil ha tilgang til opptakene

Veileder, sensorer for masteroppgaven tilknyttet VID vil ha tilgang til transkripsjonen

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og opptakene vil bli lagret på innlåst kryptert minnepenn

### **Hvordan informasjonen kan benyttes**

Opplysningene som fremkommer kan benyttes i masteroppgaven, samt i student refleksjonsgruppe og i eksamenssammenheng.

### **Presisering knyttet til informasjon som fremkommer i intervju**

Det må presiseres at opplysninger som fremkommer i intervju ikke må inneholde pasientopplysninger som på noen måte går utover helsepersonells taushetsplikt.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes når sensur foreligger på masteroppgaven, ca. 1.7.2020, lydopptakene blir da slettet.

### **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 dine personopplysninger (dataportabilitet), og

å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Godkjenning: På oppdrag fra Videnskapelig Høgskolge - VID, (Diakonhjemmet) har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Videnskapelig Høgskolge VID-Diakonhjemmet v/veileder førsteamanuensis Siv Merete Myra. Mailadresse: [siv.merete.myra@vid.no](mailto:siv.merete.myra@vid.no)

Personvernombud: HR-sjef [constanze.von.essen@vid.no](mailto:constanze.von.essen@vid.no), [personvernombud@vid.no](mailto:personvernombud@vid.no).

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

Spørsmål knyttet til intervju ta kontakt på mail: [tove.bergh@ahus.no](mailto:tove.bergh@ahus.no) eller på telefon 97517686

Ser frem til videre samarbeid.

Med vennlig hilsen

VID avd. Familierapi

Prosjektansvarlig:

Siv M. Myra

Student:

Tove Bergh

## Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Ser vi pasientens barn*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i kvalitativt forskningsintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 1.7.2020

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

\_\_\_\_\_  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## TEMA

Pålagt kartlegging i første samtale

Risikovurdering selvmordsrisiko voldsrisiko,

TID: alltid en avveining hva en rekker i første samtale

mest fokus på er den mest aktuelle situasjonen og hva de selv kan ha behov for

«Mini» standard symptomkartlegginga

Bruker gjerne litt ekstra TID

### Vedlegg 5: Eksempel på analyse

D: Nei, nei, det er en bakgrunnshistorie aktuell problematikk, og spesielt psykisk syke historie, somatisk sykehistorie, og eventuelle somatiske problemstillinger som er aktuelle nå, rus er også et punkt som jeg helst skal ta opp allerede helst i første samtale, hvis en rekker det, barn er jo også et eget punkt som har vært i malen fra første gang, og (hm), da pleier jeg ofte å spørre litt om situasjonen med barna, eller få snakke litt om barna og familiesituasjonen generelt,

men det ofte litt begrenset hvor mye en rekker i første time, men hvert fall i første omgang å få skrevet ned om de har barn eller, og hvor mange, hva slags alder det på barna er i, det pleier jeg å ta i første samtale, (ææ), også er det litt sånn ting som risikovurderinger jeg skal gjøre, selvmordsrisiko og voldsrisiko, skal en helst ha gjort i første samtale,

så det er ganske mye sånt, så det blir alltid en avveining om hva en rekker i første samtale,

så det jeg har mest fokus på er lissom den mest aktuelle situasjonen og hva de selv kan ha behov for, også kommer det, det, (...) første gang må en kanskje utvide litt hvis en ikke rekker alt,

og så pleier jeg å ta «Mini» standard symptomkartlegginga ganske raskt etter det, (...)

I: ja, (hm)

D: (...) (hmm) det bruker jeg som regel en time på, av og til også lenger tid enn det, for det er i hvert fall litt sånn min måte å gjøre det på, for når vi først er inne på et tema så pleier jeg å spørre litt mere enn det som er spørsmål i intervjuet, så da går det gjerne litt ekstra tid på det, så det kan jeg kan fort bruke 2 timer på det, rett og slett bare for å få oversikt over symptomer

### Refleksjon-teori

#### D-s.2 L.38-43

Standard malen, bakgrunnshistorie inkluderer familiesituasjonen generelt

Teori: Narrativ tilnærming

#### D-s.2 L.46-51

standard pålagt risikovurdering

Teori: lovpålagt, retningslinjer, pakkeforløp

#### D-s.2 L.38-43 Tid:

avveining hva en rekker, Teori: fokus, prioriteringer

#### D-s.2 L.56-60 Fokus

hva de selv kan være i behov av, Teori: desentrert pasient fokus,

#### Kode 7 D-s.2 L.56-60

Strukturert symptom/diagnose kartlegging Teori: M.I.N.I

#### D-s.2 L.64-70

Ekstra tid, skjønne sammenhenger mellom symptomer

Teori: få en tykkere historie