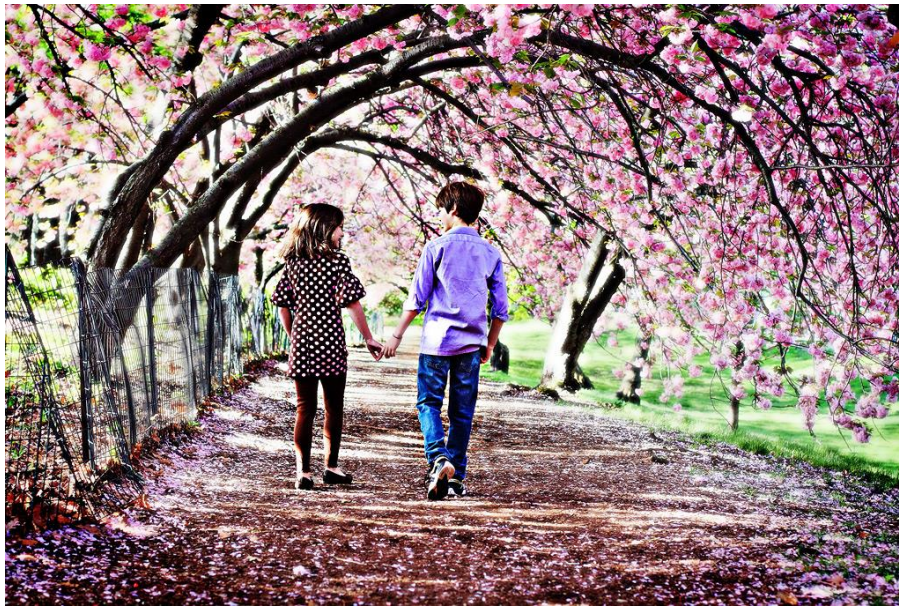


Søsken til pasienter i BUP

Et undervurdert tema



VID Vitenskapelige Høgskole

Mastergrad i familieterapi og systemisk praksis

MAFAM 2012 -2

Dyveke Barth

Masteroppgave 27. mai 2016

Veileder: Tor Fjellstad

Antall ord: 26973

Sammendrag

Denne oppgaven er en kvalitativ studie om hvordan terapeuter forholder seg til søsken som pårørende i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Hensikten med studien var å utforske på hvilken måte og i hvilken utstrekning søsken som pårørende blir involvert i deler av behandlingsprosessen. Oppgavens hovedproblemstillingen er: Hvordan forholder BUP seg til søsken som pårørende? Seks terapeuter ved en poliklinikk innen psykisk helsevern deltok i et fokusgruppeintervju. I fokusgruppeintervjuet ble det spurt om hvilke erfaringer terapeutene har hatt med involvering av søsken og hva som lå til grunn for valg av involvering av søsken i behandlingen av det henviste barnet. Intervjuet tok videre for seg hvilke muligheter og/eller mulige begrensinger den enkelte terapeut opplevde i involvering av søsken, herunder både personlige faktorer og mer organisatoriske forhold.

Oppgavens teoridel er tredelt og redegjør for sentrale begrep innen systemteori, hvilken betydning søskenrelasjonen kan ha for barn, og det å være pårørende til et søsken med psykiske lidelser. Analysedelen tar utgangspunkt i Malteruds analysemodell, systematisk tekstkondensering. Funnkapitlet er min tolking av informantenes beskrivelser. Datamaterialet tolkes og diskuteres i lys av teorien i eget diskusjonskapittel.

Funnene viser at informantene hadde gode erfaringer med å involvere søsken i deler av behandlingsprosessen i de tilfeller hvor de hadde gjort dette. Av mulige hindringer løftet informantene frem lojalitet til pasientens ønsker og om de vurderte det ville være for belastende for pasienten, eller for søsken. Andre hindringer var tidspress, og at de faglige og organisatoriske rammene ikke la til rette for muligheten til å gå utenfor den individualiserte og akontekstualiserte forståelsen, som i hovedsak var ledende på poliklinikken. Det var viktig for informantene å følge opp og å være lojale mot retningslinjene fra ledelsen. Informantene hadde en klar forståelse av at de skulle drive med utredning, diagnostisering og deretter starte opp behandling av det henviste barnet eller ungdommen. Informantene etterlyste mer kunnskap om søsken til barn og ungdommer som ble henvist til BUP. Likeså ønsket de kunnskap og erfaring med familiesamtaler for å kunne kjenne seg tryggere i det å skulle invitere familien eller deler av som del av behandlingsopplegg for det henviste barnet og ungdommen, når det var hensiktsmessig.

Forord

I prosessen med å skrive denne masteroppgaven har jeg hele tiden vært spørrende til hvordan dette kom til å gå. Jeg lurte lenge på om jeg hadde forstått hva dette innebar, hva det ville kreve av meg. Skritt for skritt og kapittel for kapittel har jeg beveget meg mot målet. Jeg er svært takknemlig for at jeg fikk denne muligheten.

Jeg sitter igjen med at arbeidet med studien har vært svært lærerikt og jeg har blitt mer bevisst min familierapeutiske forankring. På samme måte som det er behov for at søsken som pårørende synliggjøres er det viktig at rollen som familierapeut i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ikke blir usynlig i møte med en mer medisinsk forståelseshverdag.

Det er mange som fortjener en takk. Denne oppgaven og dens reise hadde jeg ikke klart uten gode medvandrere. Først av alt vil jeg takke informantene som så velvillig møtte opp og delte sine erfaringer med meg. Videre vil jeg takke min gamle arbeidsgiver i psykisk helsevern for barn og unge, som la til rette for at fokusgruppeintervjuet kunne gjennomføres på arbeidsplassen. Takk også til min nåværende arbeidsgiver for fleksibilitet og velvillighet i hektiske skriveperioder.

En stor takk til min veileder Tor Fjellstad for god hjelp og veiledning underveis. Det har vært effektiv pedagogisk veiledning, med mange gode faglige innspill.

Takk til min gode venn og kollega Emma Jones, og da særlig for din uerstattelige hjelp og støtte.

Det er selvfølgelig mange flere personer som har medvirket til at prosessen og resultatet ble slik det ble. Takk til venn og studiekollega Hege Hadeland for gode og nyttige samtaler underveis. Takk til Signe Ose for hjelp til gjennomlesing.

Takk til min kjære mor som gav meg inspirasjon til å bli nysgjerrig på familierapi.

Sist, men ikke minst vil jeg takke en alltid støttende livsledsager. Uten min manns positive innstilling hadde ikke dette vært mulig for meg å gjennomføre.

Et stort takk til dere alle!

Dyveke Barth

01.05.2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.1.1 Barn som pårørende	8
1.1.2 Pårørendes rolle i behandlingsmanualer	9
1.2 Problemstilling og avgrensning for oppgaven.....	10
1.3 Innledende betraktninger om refleksivitet.....	10
1.4 Relevans og betydning for fagfeltet.....	11
1.5 Oppgavens inndeling	12
1.6 Avklaring av begreper	13
2 Teoretisk rammeverk og forskningsgjennomgang.....	14
2.1 Litteratursøk.....	14
2.2 Systemisk teori	14
2.2.1 Sirkularitet og punktuering.....	16
2.2.2 Relasjon /Familien som system: relasjoner innad i familien.....	17
2.2.3 Kontekst	17
2.3 Søskenrelasjonens betydning for barn.....	18
2.3.1 Søskenes eksistensielle vilkår og behov generelt	18
2.4 Studier som omtaler søsken som pårørende	19
2.4.1 Å klare seg bra/være vanlig.....	19
2.4.2 Manglende kunnskap og betydningen av å få informasjon.....	20
2.4.3 Søskenes psykiske helse.....	21
2.5 Stress og mestringsstrategier hos søsken.....	22
2.5.1 Stress hos søsken til barn med nevropsykologiske forstyrrelser.....	22

2.5.2	Mestringsstrategier hos søsken til barn med nevropsykologiske forstyrrelser...	23
2.6	Foreldre og terapeuters rolle.....	24
2.7	Paradokser og dilemmaer for terapeuter i møte med søsken.....	26
2.7.1	BUP terapeutens arbeidskontekst.....	26
2.7.2	BUP terapeutens indre dilemma.....	30
3	Metodologi.....	31
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring.....	31
3.2	Fenomenologi og hermeneutikk	33
3.3	Eget ståsted ved valg av metode.....	34
3.4	Fokusgruppe som datainnsamlingsmetode; metodedesign.....	35
3.4.1	Fokusgruppe	36
3.4.2	Innsamling av data	37
3.4.3	Planlegging	37
3.4.4	Utvalg og rekruttering	38
3.4.5	Studier i egen kultur	39
3.4.6	Intervjuguide	40
3.5	Etiske aspekter ved studien.....	42
3.6	Dataanalyse og bearbeiding	43
3.6.1	Fra tekst til analyse.....	44
3.6.2	Systematisk tekstkondensering	44
3.7	Studiens kvalitet	47
3.7.1	Reliabilitet	47
3.7.2	Validitet.....	47
3.7.3	Overførbarhet og generalisering.....	48
4	Presentasjon av forskningsfunn	49
4.1	Balanse mellom rammer og frie tøyler	50
4.2	Søsken fra usynlig til ressurs	53

4.3	Lojalitet – på godt og vondt?	57
4.4	Oppsummering	59
5	Diskusjon og implikasjoner	62
5.1	Balanse mellom rammer og frie tøylar	62
5.1.1	Hvordan påvirker dagens rammer informantene?	62
5.2	Søsken fra usynlig til ressurs	69
5.3	Lojalitet – på godt og vondt?	71
5.3.1	Lojalitet mot rammer	71
5.3.2	Lojalitet til pasient og søsken	72
5.4	Implikasjoner for praksisfeltet	74
5.5	Mulige begrensninger ved studien	75
5.6	Spørsmål for fremtidig forskning	76
5.7	Avsluttende kommentarer	76
6	Litteraturliste	78

Vedlegg

1 Innledning

Denne studien handler om søsken som pårørende til pasienter i Psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Mitt sentrale ønske med studien er at den skal gi innblikk i på hvilken måte terapeuter forholder seg til søsken som pårørende. Jeg har i denne studien intervjuet terapeuter ved en BUP. Denne studien har som formål å utforske på hvilken måte og i hvilken utstrekning søsken som pårørende blir involvert i behandlingsprosessen innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Sentrale spørsmål har vært knyttet til terapeuters utfordringer rundt involvering av søsken, og de valgene terapeuten tar når søsken blir involvert eller ikke. Studien har videre søkt å undersøke hvilke erfaringer terapeutene har hatt i de tilfeller de valgte å involvere søsken, sammenlignet med de tilfeller hvor de ikke valgte å invitere søsken. Gjennom å intervjuer terapeuter ønsket jeg å undersøke hva de mener fremmer eller hemmer søskeninvolvering i BUP.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for å velge terapeuters møte med søsken som tema, er mange års arbeid som klinisk sosionom og familierapeut i BUP. Jeg har i det arbeidet, utover kontakt med det henviste barnet, først og fremst samarbeidet med foreldre. I de tilfeller hvor et av familiens barn hadde nedsatt funksjonsevne eller sykdom fikk jeg tydelig innblikk i hvordan dette påvirket familiesystemet og familiens hverdag.

Psykisk helsevern for barn og unge er en del av spesialisthelsetjenesten, og skal gi psykisk helsehjelp til barn og unge i alderen 0-18 år (+). Helsehjelpen gis i poliklinikk, ambulant eller i sengepost. Barnet eller ungdommen som henvises til psykisk helsevern har ofte søsken. Mens det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig å differensiere et bredt søskenbegrep, herunder helsøsken, halvsøsken, fostersøsken og adoptiv søsken, vil søskenbegrepet i denne sammenheng ikke avgrenses verken ut fra alder eller juridiske faktorer. I det følgende vil altså det psykososiale forholdet i en søskenrelasjon stå i fokus.

Min erfaring er at samtlige familier jeg har møtt var påvirket av et barns nedsatt funksjonsevne/sykdom. Selv i de tilfeller som var kjennetegnet av høy mestring, var familiesystemet og hverdagen deres påvirket av barnets livssituasjon. En nylig studie av Dellve (2009a, b) understreker nettopp hvordan søsken til barn med nedsatt funksjonsevne / sykdom kan befinne seg i en hverdag med stress og store belastninger. Ved at familien og foreldre kan befinne seg i en «kaotisk» periode, kan det altså være en risiko for at søskens

posisjon endres, og for enkelte søsken kan dette komme til uttrykk som egne følelsesmessige vansker. Av den grunn er det vesentlig at forståelse av pårørende i BUP ikke bare inkluderer foreldre til barn og ungdom som har kontakt med BUP, men også deres søsken. Søsken er en del av familien, og derfor bør familiens totalbelastning kartlegges som et ledd i terapeuters arbeid med barn og unge med nedsatt funksjonsevne/sykdom (Dellve 2009).

Terapeuter i BUP er avhengig av samarbeid med foreldre når et barn og ungdom blir henvist. Jeg har ofte fått spørsmål fra foreldre om jeg ikke også kan snakke med søsken til det aktuelle barnet. Bakgrunnen for foreldrenes ønske kan være at søsken viser endret atferd på ulike måter, og/eller at samspillet i familien har endret seg, samt foreldres opplevelse av at de ikke strekker til overfor pasientens søsken. Mens søsken i noen tilfeller også selv blir henvist til BUP for utredning og eventuell behandling, er min erfaring som terapeut at terapeuter bare unntaksvis møter søsken til det barn og ungdom som henvises til BUP. Jeg har ofte spurt meg selv om ikke både pasienten og familien ville fått det bedre om vi hadde involvert søsken. Jo mer jeg har lært om hvordan et barn med nedsatt funksjonsevne kan påvirke hele familien, jo mer aktuelt er dette spørsmålet blitt.

En annen motivasjon for valg av tema var min egen nysgjerrighet omkring mine kollegers tanker om og opplevelser/erfaringer med å involvere søsken som pårørende. Mens det tidligere har vært lite fokus på pårørendearbeid innenfor psykisk helsevern har dette endret seg siste tiår gjennom ulike forskrifter som stadfester pårørendearbeid som del av helsehjelp. I lovverket finner en betydning av pårørendearbeid spesifisert både i Spesialisthelsetjenesteloven (2000) og Lov om helsepersonell (2001). I Lov om helsepersonell (2001) står det i § 10a at: *«helsepersonell har plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende»*.

1.1.1 Barn som pårørende

I henhold til FNs barnekonvensjon artikkel 12 «Å si sin mening og bli hørt» har barn og ungdom rett til å si sin mening om forhold som vedrører dem, og deres mening skal ilegges betydelig vekt. Tilsvarende presisering finner vi også i Lov om barn og foreldre (1981) § 31 som omtaler barns medbestemmelsesrett om personlige forhold.

Når det mer spesifikt gjelder barns rettigheter som pårørende blir dette ivaretatt i Lov om helsepersonell (2010). I § 10a og 25 ledd heter det at helsepersonell skal tilby samtaler med pasienten om barns behov. Plikten henviser til pasienten som omsorgsgiver, altså der

pasienten er mor eller far. Helsepersonell skal legge til rette for samtaler med barn og ungdom og de som har omsorg for han eller henne. Dette må skje innenfor rammene av taushetsplikten.

Barns rettigheter som pårørende ble ytterligere utvidet og spesifisert med innføring av «Barneansvarlig» i lov om Spesialisthelsetjenester (2010) § 3-7. Helsetjenester som omfattes av denne loven skal ha barneansvarlig personell med ansvar for å koordinere og fremme oppfølging av barn der foreldre har alvorlig sykdom. Fokus på barn handler bla. om forskning på krisereaksjoner hos barn. Det økte fokus på familie og pårørende ble videre fulgt opp og spesifisert i Helsedirektoratets (2008a) veileder «Pårørende - en ressurs». I veilederen fremheves det hvordan nylig forskning viser betydningen av at søsken involveres i større grad enn tidligere når det gjelder personer med alvorlige psykiske lidelser. Søsken kan vise tristhet, sorg eller sinne når bror eller søster utvikler en psykisk lidelse, og de har i likhet med sine foreldre behov for informasjon tilpasset sin alder (Helsedirektoratet 2008a). Veilederen vil komme ut i ny og revidert utgave i løpet av 2016, og det er ventet økt vektlegging av pårørende som ressurs, og som en selvfølge i all helsehjelp.

1.1.2 Pårørendes rolle i behandlingsmanualer

Med en økende bruk av manualbaserte behandlingsprogram innenfor psykisk helsevern for barn og unge, vil det også være naturlig å ta en kort titt på to slike manualers vektlegging av søskeninvolvering i det følgende. Et av disse er det såkalte FRIENDS-programmet, som er et forebyggings- og behandlingsprogram for barn og unge med angstsymptomer. I manualen er det tydelig beskrevet hvordan foreldre og søsken anbefales å komme inn mot slutten av hver time for å involveres i behandlingen (Barret 2005). Min erfaring med FRIENDS-programmet er imidlertid at det kun er foreldre som involveres, og ikke søsken. Hvorvidt min erfaring er representativ for andre poliklinikker er uvisst, og det er selvsagt mulig at søsken i større grad involveres i programmet ved andre poliklinikker. I henhold til det andre aktuelle manualbaserte behandlingsprogrammet, ”Anorexia Nervosa, A family-Based Approach” (Lock 2013), skal hele familien delta i terapien som manualens tittel tilsier. Hvorvidt dette faktisk praktiseres i den kliniske hverdagen blant mine kolleger og på andre poliklinikker, er et interessant spørsmål som det ville være høyst aktuelt å utforske nærmere i en annen sammenheng. Ettersom søskeninvolvering vektlegges både i Helsedirektoratets veileder og i de to nevnte manualbaserte behandlingsprogrammene, øker aktualiteten for min studie fordi søskens betydning som informanter og eventuelle terapeutiske medhjelpere synes å være

undervurdert. Studien søker å sette fokus på søsken som pårørende til det henviste barnet til BUP.

1.2 Problemstilling og avgrensning for oppgaven

Hovedproblemstilling for studien er:

Hvordan forholder terapeuter i BUP seg til søsken som pårørende?

Følgende forskningsspørsmål ble utarbeidet for å belyse problemstillingen:

- Hva ligger til grunn for en terapeuts valg av involvering eller ikke-involvering av søsken i behandlingen av det henviste barnet?
- Hvilke muligheter og/eller begrensninger finnes hos den enkelte terapeut, og i organisasjonen, for å involvere søsken som pårørende i behandling?
- Hvilke erfaringer har terapeuten når hun har valgt å involvere søsken i behandlingen av det henviste barnet?

Terapeuter i BUP møter daglig familier i belastende og krevende livssituasjoner.

Pårørendearbeid er en lovfestet del av den helsehjelp som skal ytes i henhold til både Lov om spesialisttjenester (2000) og Lov om helsepersonell (2010). Jeg vil i studien utforske på hvilken måte og i hvilken utstrekning søsken som pårørende faktisk blir involvert i poliklinisk behandling i BUP. Som innfallspott har jeg valgt å utforske terapeutenes tanker og opplevelser omkring søsken som pårørende, og deres forståelse av søskens behov for hjelp/bistand.

1.3 Innledende betraktninger om refleksivitet

Hypotesen om at søsken i liten grad involveres ved poliklinisk behandling i BUP var delvis basert på egne erfaringer som terapeut i BUP, samtaler med kollegaer fra ulike arbeidsgrupper, og en innledende gjennomgang av forskningslitteraturen. Liten

oppmerksomhet på søsken som pårørende kan skyldes økt vektlegging av foreldre-barn relasjonen (Johnsen 2000), noe jeg vil komme tilbake til senere i oppgaven.

Med utgangspunkt i denne hypotesen forventet jeg at fokusgruppeintervjuet ville vise terapeuthistorier om manglende søskeninvolvering, og deres opplevelser av hva som fremmet og hemmet en slik praksis. Ut fra tidligere forskning (Larsson 2012; Håland 2012) hadde jeg en viss forventning om at både organisatoriske forhold og terapeuters egne dilemma ville spille en rolle i disse historiene.

Mine innledende hypoteser og forventninger om funn vil kunne forstås som forforståelser, noe jeg vil utdype nærmere i avsnitt 3.3 *Eget ståsted angående valg av metode*. Kort sagt innebærer kvalitativ metode en bevissthet omkring forskerens forforståelser. En slik bevissthet omkring hvem jeg er som forsker og hvordan jeg nødvendigvis bruker meg selv i forskningsprosessen kalles ofte for refleksivitet. Refleksivitet omtales nærmere i avsnitt 3.2 *Fenomenologi og hermeneutikk* og som jeg i dette avsnittet understreker, er en slik refleksiv prosess viktig i alle deler av forskningsprosessen. Sentrale spørsmål vil blant annet være mine motivasjoner og interesser, og hvordan disse vil kunne lede forskningen i spesifikke retninger (Finlay 2002). Et vel så aktuelt spørsmål er hvordan forskningsprosessen, og funnene påvirkes av relasjonen mellom meg som forsker (og kollega) og informantene i fokusgruppen. Kunne andre terapeuter for eksempel ta det negativt opp hvis informantenes historier viste manglende kompetanse eller vilje til å involvere søsken? Og tilsvarende ville funnene kunne gi innblikk i organisatoriske rammer som i liten grad er i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer? På samme tid kunne slike funn nettopp ved å vekke reaksjoner blant både terapeuter og helsebyråkrater tenkes å bidra til endringer i aktuelle organisatoriske forhold som oppleves hemmende for å involvere søsken som pårørende.

1.4 Relevans og betydning for fagfeltet

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til et fokusgruppeintervju med terapeuter ved en BUP, og ikke søsken til de barn og ungdom som hadde kontakt med den aktuelle poliklinikken. Å utforske søskens opplevelse som pårørende gjennom intervjuer kunne i aller høyest grad vært aktuelt, men som følge av masteroppgavens rammer ble intervjuene begrenset til terapeuter. Ettersom søsken som pårørende i poliklinisk sammenheng er såpass lite belyst i forskningslitteraturen og muligens også i klinikk, ville det dessuten kunne ha bydd på utfordringer å finne frem til søsken som hadde den slags erfaringer. De studier som finnes

omkring søsken som pårørende har hovedsakelig vært basert på intervju med foreldre, søsken og helsepersonell ved somatiske avdelinger eller ved sengepost for alvorlig psykisk lidelse. I følge Helsedirektoratet fikk omlag 59 000 pasienter helsehjelp innenfor psykisk helsevern for barn og unge i 2015 (Helsedirektoratet 2016). Når hele 95 % av pasientene mottok poliklinisk behandling, understreker dette den store andel barn og deres søsken som berøres. For å øke kunnskap om søsken som pårørende innenfor psykisk helsevern, mener jeg at et fokusgruppeintervju er et viktig startpunkt. En utforskning av terapeuters valg for å inkludere søsken eller ikke, og hvilke forhold som fremmer og hemmer slik involvering, vil kunne legge et viktig grunnlag for klinisk praksis der søsken i større grad inkluderes i forståelsen av pårørende. En slik økt familieterapeutisk og systemisk vektlegging vil trolig ikke bare avdekke søsken som ressurs, men også ha en forebyggende effekt for søskens egen psykiske helse.

1.5 Oppgavens inndeling

Oppgaven består av til sammen 5 kapitler:

I kapittel 1: Innledning har jeg gjort rede for bakgrunnen for valg av tema, studiens kontekst og gitt en kort beskrivelse av hva lovverket sier om barn som pårørende. Videre har jeg klargjort valg av problemstilling og redegjort for formålet med studien. Jeg har også forklart begreper som blir brukt i oppgaven og vist til avgrensinger.

Kapittel 2: Teoretisk rammeverk og forskningsgjennomgang inneholder presentasjon av aktuell teori og gjennomgang av relevant forskningslitteratur for denne studien. Dette kapitlet står som rammeverk for oppgaven og gir følgelig retning for drøfting av funn i kapittel 5.

I kapittel 3: Metodologi omtaler jeg selve forskningsprosessen og det arbeidet jeg har gjort. Det gis innledningsvis en kort vitenskapsteoretisk innføring som ligger til grunn for studien, før jeg viser den stegvise gjennomføringen av studien fra første ide til gjennomføring av fokusgruppe, til dataanalyse. Videre forklarer jeg hvordan informantenes historier ble analysert ved bruk av Malteruds analysemodell (2013); *systematisk tekstkondensering*. Min forforståelse og posisjon som forsker gjennom hele forskningsprosessen, belyses ut fra

begrepet refleksivitet. Mine valg og erfaringer under både datainnsamling og analyse kommer til uttrykk i dette kapittelet.

I kapittel 4: Presentasjon av forskningsfunn blir tre hovedtema med sine undertema trukket frem og belyst. Funnene presenteres i en sammenhengende tekst basert på informantenes egne beskrivelser. Teksten er min tolking av det som er vesentlig for å belyse problemstillingen.

I kapittel 5: Diskusjon og implikasjoner, diskuteres studiens funn opp mot aktuell teori og relevant forskningslitteratur, i forsøk på å belyse problemstillingen; *Hvordan forholder BUP seg til søsken som pårørende?* Videre i kapittelet belyser jeg hvilke implikasjoner disse funnene kan ha for praksisfeltet når det gjelder fremtidige retningslinjer for søskeninvolvering i BUP. Avslutningsvis presenterer jeg mulige begrensninger ved studien, aktuelle spørsmål for fremtidig forskning og avsluttende kommentarer.

1.6 Avklaring av begreper

Med *terapeut* menes her fagpersoner som lege, psykolog, sosionom, barnevernspedagog, sykepleier, vernepleier og pedagog som arbeider på BUP poliklinikk. Med *det henviste barnet* menes her barn og unge som er henvist til BUP. Med *pårørende* menes her nær familie. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 1-3b definerer pårørende som «*den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende (...) foreldre eller andre med foreldreansvar, søsken over 18 år (...)*» I denne sammenhengen har jeg valgt å la begrepet pårørende omfatte foreldre og søsken både over og under 18 år. Med *Nedsatt funksjonsevne/sykdom* menes i denne sammenheng barn og unge med nevropsykologiske forstyrrelser som vansker innenfor autismespektrum forstyrrelser, hyperkinetisk forstyrrelser (ADHD) eller Tourettes syndrom. Angst, depresjon og andre psykiske lidelser som gir barn og unge nedsatt funksjonsevne/sykdom over kortere eller lengre perioder er også inkludert i denne sammenheng. Lidelsene kan være akutte og forbigående, mens andre er av en mer kronisk og langvarig art. Ettersom om lag 59 000 barn og unge hadde kontakt med psykisk helsevern i fjor, understreker dette omfanget av den innsats som kreves. Dette innebære betydelig endringer og omkostninger også i søskens livssituasjon.

I det følgende vil jeg presentere studiens teoretiske rammeverk og gi en gjennomgang av forskningslitteratur som er relevant for å belyse problemstillingen.

2 Teoretisk rammeverk og forskningsgjennomgang

I det følgende vil studiens teoretiske rammeverk og relevant forskningslitteratur presenteres. Før jeg belyser sentrale begrep innen systemteori, beskriver jeg først studiens litteratursøk. Deretter belyses hvilken betydning søskenrelasjonen kan ha for barn, og det å være pårørende til et søsken med psykisk lidelse som er til behandling ved BUP. Til slutt i kapittelet presenteres paradokser og dilemmaer for terapeutene i møte med barna, ungdommen og deres pårørende.

2.1 Litteratursøk

Litteratursøket ble i første omgang gjennomført i databasene Bibsys, PubMed, Psykcinfo, Libris og Sondera, Google Scholar med søkeordene «psykisk lidelse og søsken», «søsken som pårørende» «siblings and mental illness», «søsken og ADHD» «factors of risk and protections» «family-based interventions», «New Public Management og family therapy», Søkene ble avgrenset til at søkeordene var nevnt i tittel eller abstract, men ble ikke avgrenset til artikler publisert innenfor en avgrenset tidsperiode.

Ettersom søskenperspektivet er relativt lite belyst i forskningslitteraturen, særlig med hensyn til opplevelsen av å vokse opp i en familie hvor et søsken har behov for hjelp fra BUP, er det også relevant og aktuelt å vende blikket mot litteratur som omhandler søskenperspektivet mer generelt. I det følgende vil jeg derfor vise til både nasjonale og internasjonale studier, som omhandler søskenopplevelser hvor det aktuelle søsken er rammet av funksjonsnedsettelse/somatisk sykdom.

Før jeg presenterer forskningslitteraturen som jeg anså som relevant for studien, presenteres kort det teoretiske rammeverket som er systemisk teori.

2.2 Systemisk teori

For å belyse studiens problemstillinger har systemteori vært et sentralt teoretisk rammeverk. Generell systemteori ble opprinnelig utviklet på 1930-tallet av von Bertalanffy, som understreket hvordan menneskelige systemer er åpne systemer i stadig interaksjoner/samspill med sine omgivelser. De såkalte levende systemer var ifølge von Bertalanffy kjennetegnet ved evnen til å nå mål på mange ulike måter (Ekvifinalitet). Et terapeutisk mål kan tilsvarende

nås på mange ulike måter på samme måte som et symptom kan være resultatet av ulike påkjenninger (Johnsen og Torsteinsson 2012). Generell systemteori betoner at et system er mer enn summen av delene.

Når ting er organisert i et system, oppstår noe nytt, som for eksempel at vann er et resultat av interaksjonen mellom hydrogen og oksygen. Anvendt på familien betyr det at familien er mer enn en samling individer. Det betyr at det gir lite mening i å forstå et barns problem uten å se det i sammenheng med familien (Johnsen og Torsteinsson 2012, s. 28).

Innenfor systemteori står studiet av selvregulerende systemer eller såkalt kybernetikk sentralt. Mer spesifikt viser den amerikanske antropologen Margaret Mead til at kybernetikk handler om: «En måte å studere ting på, og et språk for å uttrykke hva en ser.» (Jensen og Ulleberg 2013 s. 65).

Kybernetikken kom til å legge grunnlag for nye beskrivelser av kommunikasjon som såkalte sirkulære beskrivelser (Bateson med flere i Jensen og Ulleberg 2013 s.66). Vi kan få en ny forståelse av hvordan forhold/samspill mellom mennesker henger sammen, og hvordan vi gjensidig påvirker hverandre ved hjelp av feedback-begrepet og sirkulære beskrivelser (Jensen og Ulleberg 2013). I forholdene mellom oss dannes kommunikasjonsmønstre, og kommunikasjonen må således alltid ses og forstås i den kontekst den forekommer i. Når vi observerer et familiesystem ser vi mønstre som er svar på en aktuell interaksjon, og vi kan se mønstre som repeterer seg som en vane («redundans»). Disse mønstrene finner sted på et meningsnivå som ikke er bevisst (Johnsen og Torsteinsson 2012).

Tidligere familieterapimodeller hadde en tro på en objektiv virkelighet. Disse ble gjerne kalt første ordens kybernetikk, og innebærer at systemer kan beskrives uavhengig av observatøren. Innenfor såkalt annen ordens kybernetikk understrekes det imidlertid hvordan observatøren virker inn på systemet og det som skal observeres, og vica versa. Det betyr at vi tar stilling til hvordan vi vet det vi vet (Johnsen og Torsteinsson 2012). Vi beveger oss inn i hvordan vi konstruerer virkeligheten (konstruktivismen). Forskjellige familieterapeutiske tilnærminger, hvilke briller vi setter på oss, påvirker således vår forståelse av familien.

I det følgende vil jeg kort omtale begrepene sirkularitet, punkttering, relasjon og kontekst, som også er sentrale for å forklare interaksjon i menneskelige systemer (Johnsen og Torsteinsson 2012).

2.2.1 Sirkularitet og punktuering

Se for deg følgende: handling A leder til handling B som fører til handling C, som igjen kan gi utgangspunkt for handling A. Vi får dermed en sirkel uten begynnelse eller slutt. Dette er en såkalt sirkulær interaksjon som over ble beskrevet som kjennetegnende for menneskelig system. På den måten vil fenomen kunne henge sammen eller være knyttet sammen (Johnsen og Torsteinsson 2011). I et familierapeutisk forløp vil eksempelvis terapeuten kunne oppleve mor som ettergivende og far som altfor streng og rigid overfor sønnen. Hvis vi så setter sammen disse to observasjonene: far opplever at mor gir etter for sønnen, jo strengere blir han, jo mer gir mor etter og jo strengere blir far. Det blir en sirkel. Når vi observerer sirkulære mønstre, lager vi punktueringer. Vi kan se en hendelse i sammenheng med andre hendelser som skjer samtidig. De griper inn i hverandre og påvirker hverandre på en gjensidig måte (Jensen og Ulleberg 2013).

Uenighet om punktuering kan være opphav til ulike diskusjoner innenfor familien, og i faglige sammenheng. «Uenighet om hvorledes man skal punktuere samspillsekvensene er kjernen av utallige kamper i forhold.» (Watzlawick, Bavelas og Jackson 1967, s 56).

Et eksempel kan være hvor det er konflikter mellom mor og far mens barna i utgangspunktet ikke viser noen vansker, men på et tidspunkt utvikler så datteren spiseforstyrrelser og sønnen trekker seg gradvis mer og mer unna familien. Foreldrenes felles bekymring for datterens spiseforstyrrelser gjør at de begynner å samarbeide. Datteren blir etter en periode symptomfri og sønnen deltar i familielivet igjen. Forelderens uenighet og krangler kommer til overflaten igjen. Datterens vansker med spising øker, sønnen trekker seg tilbake osv.

Kollegaer kan forstå denne familiesituasjonen forskjellig. Dermed kan de komme til å anbefale ulike tilbud til familien, og komme i kollegial «krangel» på grunn av sine punktueringer. En terapeut kan punktuere datterens spiseforstyrrelser og ikke være opptatt av foreldrenes og eller brorens situasjon. En annen terapeut kan komme til å punktere foreldrenes tendens til uenighet og krangel. Og en tredje terapeut kan være bekymret for sønnen som har trukket seg unna familien. En analyse av hvordan de ulike terapeutene har punktuert, vil altså være nyttig ettersom den gir mulighet til å belyse nettopp hvordan vi som terapeuter punkterer/vektlegger ulike forklaringer og årsakssammenhenger i møte med klienter. Punktuering kan således beskrives som den måten informantene i en relasjon får ideer om hverandre på (Jensen og Ulleberg 2013) «Ved å tenke i sirkulære sammenhenger blir spørsmålet om den egentlige årsak uinteressant.» (s. 116). Hvordan en terapeut velger å

punktuerer, kan altså påvirke de vurderinger terapeuten gjør for hvorvidt søskens skal involveres i behandlingen eller ikke.

2.2.2 Relasjon /Familien som system: relasjoner innad i familien

Familien er et system av individer som er i interaksjon med hverandre over tid. Dette gjensidige samspillmønsteret danner så en stabil kontekst for individet. På samme tid er familien også et åpent system. Familien er i interaksjon med andre systemer, den utvidete familien, venner, skole, arbeid og kollegaer (Johnsen og Torsteinsson 2012). I et systemisk perspektiv er relasjoner således et sentralt fokus. Et slikt fokus betyr imidlertid ikke at individet og dets indre verden er uviktig i familien, men det er det som skjer mellom menneskene som først og fremst er i fokus.

Bateson var opptatt av et utvidet relasjonsbegrep, der begrepet også handler om relasjon mellom gjenstander, ting og levende vesener (Bateson 2005). Den tidlige systemteorien ble nettopp kritisert fordi den ikke tok i betraktning betydningen av familiemedlemmenes tro, verdisystemer og kultur, og hvordan disse påvirker medlemmenes interaksjon og atferd. Dette ble innlemmet i utviklingen av konstruktivisme og sosialkonstruksjonisme (Johnsen og Torsteinsson 2012).

2.2.3 Kontekst

Bateson er videre opptatt av at vi som mennesker aldri forstår noe løsrevet, vi vil alltid tolke og skape mening i det vi ser og erfarer. Med kontekst mener Bateson en psykologisk forståelsesramme eller vår personlige observasjonsramme.

Det er konteksten som gir et fenomen mening eller betydning, og uten kontekst har ord og handlinger ingen mening i det hele tatt. Begrepet er nært knyttet til hvilken mening man gir fenomener (Jensen og Ulleberg 2013, s. 99).

Når et barn bli henvist til BUP, vil vi kunne se for oss hvordan de ulike familiemedlemmene skaper sin forståelse og mening i situasjonen utfra sin kontekst. Lillesøster blir henvist til BUP for en mulig depresjon. Hun har i lengre tid følt seg håpløs, ikke god nok. Etter å ha strøket på en prøve på skolen kjenner hun seg nedstemt. Hun har skyldfølelse fordi hun ikke

var godt nok forberedt. Dette er hennes kontekst. Storebror blir engstelig, han tror det er hans feil at søster har depressive symptomer. Han tenker på en nylig vond krangel de har hatt. Følelsen av å ha vært slem og avvist henne, er hans kontekst. Far er engstelig for at han har «brakt» depresjon inn i familien. I hans opprinnelsesfamilie er det flere med depresjons diagnoser. Dette er hans kontekst. Vi lever i subjektive virkeligheter. Lillesøster har sin virkelighet, storebror har sin og far har sin virkelighet.

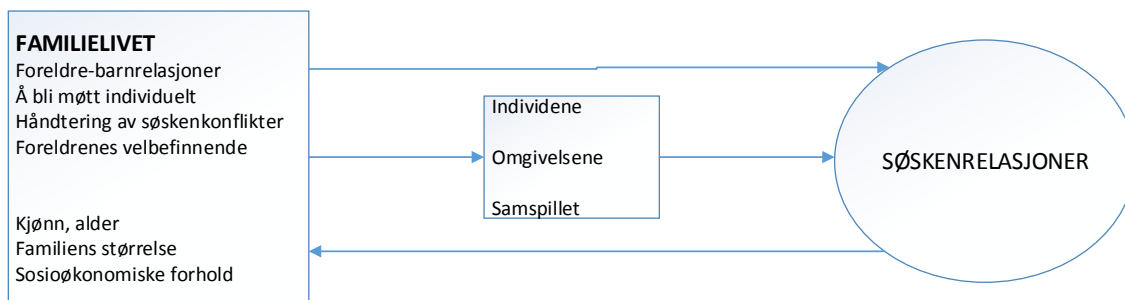
2.3 Søskens relasjonens betydning for barn

Generelt vil flere faktorer påvirke søskens relasjon og hvordan barn har det sammen i en familie (Renlund 2013). De samme faktorene vil også være gjeldende når et barn i en søskensflokk har nedsatt funksjonsevne/sykdom. Når det er sagt, så vil søsken i samme familiesystem kunne oppleve og påvirkes av sin familie på helt ulike måter. Hver og et søsken har sin egen relasjon til foreldrene, men også til andre søsken. De har ikke alltid likeverdige oppvekstforhold, og verden fremtrer ulikt for dem. Opplevelsen av en felles situasjon kan gi helt ulike minner hos søsken, og hver og en bærer med seg sin egen opplevelse av sin barndom. Søskens relasjon blir et viktig utgangspunkt for hvordan vi vil være/vis oss i andre relasjoner senere i livet (Dunn og Plomin 1990).

2.3.1 Søskenens eksistensielle vilkår og behov generelt

Brody (1998) har sammenfattet de faktorer som har betydning for søskens relasjoner i en modell, se figur 1. Modellen viser samspillet mellom familieforhold; blant annet foreldre-barnrelasjonen og håndtering av konflikter mellom søsken, og søskens relasjoner.

Også tilleggsfaktorer som familiesituasjon, dårlig familieklime, foreldrekonflikt, antall søsken, barnas aldersforskjeller, samt barnets egne individuelle egenskaper som mestring og modenhet, temperament og atferd, kan være med å påvirke søskens relasjonen. Her spiller også familiens og omgivelsenes normer for aggresjon og rettferdighet en rolle. Omgivelsens forståelse, støtte og krav er også av betydning for søskens relasjonen. Brody (1998) vektlegger at det som kan oppleves som et problem i et miljø ikke nødvendigvis er det i et annet miljø. Kvaliteten på søskens relasjonen avhenger altså ikke bare av en faktor, men påvirkes av en rekke ulike faktorer



(Figur 1. Søskenmodell lik Brodys modell (Dellve 2009a, s. 28).

I forlengelse av dette har også utvikling av sosiale ferdigheter, identitet og selvfølelse betydning for søskenrelasjonene. I relasjon til hverandre, prøver de ut og utvikler sine tanker og verdier og ulike ferdigheter som trygghet, integritet og selvstendighet (Brody 1998). Søsken påvirkes ulikt avhengig av hvilken funksjonsnedsettelse søsknene har (Dellve 2009a). Et sykt søsken i en familie setter ikke nødvendigvis søsken-relasjonene eller foreldre-barn-relasjonene ut av funksjon, men balansen kan bli noe annerledes eller forskjøvet.

2.4 Studier som omtaler søsken som pårørende

Studier og forskning generelt viser at søsken til barn med nedsatt funksjonsevne/sykdom har et bilde av seg selv som vanlige, og som klarer seg bra (Tøssebro m.fl. 2012). Som vi så tidligere, kan søsken likevel oppleve å ha mangelfull kunnskap om sykdommen til søsken, og de har både ønsker og behov for mer informasjon. Noen av barna vil også kunne vise ulike symptomer på psykiske vansker og oppleve stress i hverdagen (Dellve 2009a, b). Hvordan de håndterer hverdagen sin er ulikt. Forskning viser hvordan foreldre og helsepersonell er sentrale for å være utviklingsstøttende for søsken (Renlund 2013; Thorn 2008). Nedenfor sammenfatter jeg disse studiene som beskriver søsken som pårørende og deres reaksjoner.

2.4.1 Å klare seg bra/være vanlig

En nylig nasjonal rapport (Tøssebro m.fl. 2012) omhandler søsken til barn med nedsatt funksjonsevne. Rapporten er basert på 15 dybdeintervjuer med søsken, samt informasjon innhentet fra 100 spørreskjema. Til tross for at rapporten ikke omtaler søsken til barn med psykisk lidelse *per se*, men omtaler søsken til barn med uspesifisert funksjonsnedsettning, kan funnene ha implikasjoner for denne studien. Noen av hovedkonklusjonene er at søsken oppfatter og omtaler seg selv som vanlige, og de fremstår også som vanlige ungdommer.

En slik kunnskap om å «være vanlig til tross for et sykt søsken» er viktig å ta med i betraktning når søsken involveres i terapi.

Andre studier tegner tilsvarende et bilde av hvordan det å ha et søsken med nedsatt funksjonsevne ikke nødvendigvis trekkes frem som noe negativt (Dellve, Cernerud og Hallberg 2000; Tøssebro m.fl. 2012). Av de mer positive konsekvenser trekkes det blant annet frem hvordan søsken har vist seg å bli mer empatiske og sosiale, mindre selvopptatte, og fremstår mer modne og ansvarsfulle. Det siste har for eksempel vist seg i form av en beskyttende og omsorgsfull holdning overfor det aktuelle søsken. Når det gjelder dette kan en også se for seg en viss risiko forbundet med det å ta ansvar i de tilfeller hvor søsken ikke samtidig tar hensyn til egne behov, og ansvarsbyrden blir for stor.

2.4.2 Manglende kunnskap og betydningen av å få informasjon

Renlund (2013) viser i sin artikkel til at det friske søsken har manglende kunnskap om sitt søskens nedsatte funksjonsevne/sykdom, og betydningen av den. Kunnskapen er lavere enn hva man kan forvente seg utfra barnets utviklingsnivå. Å få informasjon er imidlertid ingen garanti for forståelse. For å forstå den informasjon som gis, trenger barnet muligheter til å snakke om og å bearbeide det de får vite, og på en måte som er tilpasset deres utviklingsnivå. Altså er ikke informasjon i seg selv tilstrekkelig, men den må tilpasses barnets utviklingsnivå og også barnets særegne behov. Renlund fremhever at søskens kunnskap bør integreres med tanker, følelser og handlingsstrategier. Mer spesifikt har det også vist seg at det er forskjeller i barns kunnskap ut fra de aktuelle vanskene, der eksempelvis barn med søsken som har diagnose innenfor nevropsykologiske- eller utviklingsforstyrrelser har mindre kunnskap enn søsken til barn med fysiske funksjonshemminger. En mulig forklaring på forskjeller i barns kunnskapsnivå kan være relatert til de aktuelle vanskenes natur. Nevropsykologiske forstyrrelser vil eksempelvis være mindre synlige og spesifikke, og muligens mer stigmatiserende enn en fysisk funksjonshemming. Manglende kunnskap om årsaker til en søster eller brors vansker, kan gjøre at søsken skaper sine egne forklaringer som ofte kan vise seg å være verre enn virkeligheten (Renlund 2013). Renlund (2009) skriver:

Barn behöver berättas om det som är viktig för dem. De behöver prata om sig själva och vad de är med om, om sina tankar och känslor, om sina upplevelser och frågor. Barns tankar och frågor är utvecklingsbestämda, de hör till viss ålder och de är djupt personliga (Renlund 2009, s.14).

Ved kronisk og vedvarende sykdom er det ofte behov for at informasjon om søskens lidelse gjentas på en måte som er tilpasset det aktuelle søskens utviklingsnivå (Tøssebro m.fl. 2012). Som Renlunds sitat tydelig fremhever, kan en se for seg at det ligger en styrke i det å få dele og formulere sine eksistensielle tanker og spørsmål for alle medlemmer i en familie. Dellve (2009) er videre opptatt av at foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne/sykdom, kan befinne seg i en «kaotisk periode» som kan innebære at det ikke finnes tid til å delta i søskens hverdag med lekselesing og fritidsaktiviteter (Dellve 2009). For å bedre kunne møte det enkelte søsken i en slik kaotisk periode av familielivet, er det således behov for mer kunnskap om hvilke tanker, spørsmål, følelser søsken har om barnet med nedsatt funksjonsevne/sykdom (Dellve 2009a; Renlund 2013).

2.4.3 Søskens psykiske helse

Som nevnt tidligere er det relativt få studier som omhandler barns reaksjoner på søskens psykiske helse, men Thorn (2008) viser bl.a. til reaksjoner i form av sorg, ensomhet, skam og sinne i hans studie av søsken til unge mennesker med psykose innlagt ved enhet for ungdom, Molde sykehus.

I svensk sammenheng har det også blitt gjennomført en intervjuundersøkelse med om lag 50 ungdommer som hadde søsken med ADHD, autismspektrum forstyrrelser, og Tourettes syndrom. Flertallet av disse beskrev at de hadde det bra, var fornøyde og tilfredse med livet, hadde fremtidstro og høy selvfølelse. Opplevelsene til de 20 % som ikke rapporterte å ha det bra, er imidlertid viktig å ta på alvor. Flere av ungdommene formidlet ensomhetsfølelse, søvnvansker, tristhet og ønsker om å flykte unna (Dellve 2004). Når det gjelder ADHD mer spesifikt viser Mikami og Pfiffner (2008) til at søsken ser ut til å være i risiko for å utvikle psykososiale problemer som angst, depresjon, uro, atferdsvansker som aggresjon og konflikter med venner, skolevansker og livsstilutfordringer. Søsken til barn med ADHD har også vist seg å debutere seksuelt tidligere, og de benytter seg i større grad av alkohol og tobakk enn andre. Sammenliknet med familier uten barn med ADHD, ser det dessuten ut til at det forekommer flere konflikter og vansker i søskenrelasjoner i familie hvor et eller flere barn har ADHD (Dellve 2009a).

En nylig svensk intervjustudie med seks ungdommer er særlig interessant i den forbindelse. Til forskjell fra studiene over, ønsket en her å belyse disse ungdommenes opplevelse og hvordan de håndterte sin livssituasjon utover bare problembeskrivelser (Larsson 2012).

Interessant nok viste studien at ungdommenes tolkning av situasjonen var viktig for hvordan de opplevde å håndtere sin livssituasjon. Deres håndtering av sin situasjon ble mer konkret påvirket av deres kunnskap, kognitive muligheter og hvordan de vurderte ressurser og vilkår hos dem selv og innad i familien for å møte kravene som situasjonen krevde av dem. Tross godt samhold innad i familien, beskrev søsken at de kunne kjenne seg ensomme og vise ulike tegn på psykisk uhelse. De ønsket blant annet hjelp med å utvikle egne tilfredsstillende strategier for å muliggjøre en god psykisk helse. Søsken følte seg usynlig for BUP terapeutene, og de mente at det var viktig for dem å få treffe andre søsken i lignende situasjoner, og å få informasjon og ta del i hverandres opplevelser og erfaringer (Larsson 2012).

2.5 Stress og mestringsstrategier hos søsken

En persons opplevelse av stress har betydning for både utvikling av sykdom og for velbefinnende. Stress kan oppstå og utvikle seg når forventninger og krav overgår en persons egne ressurser til å håndtere denne. Opplevelsen av stress skjer i systemet, relasjonene mellom en person og dens omgivelser (Dellve 2009b; Währborg 2009). Ifølge Währborg har det tatt lang tid før stressforskningen satte fokus på barn og deres behov. I dag vet vi at stress ikke bare påvirker barns aktuelle hverdag, men stress i barndommen kan ha betydning for utviklingen av fremtidige sykdommer senere i livet (Währborg 2009).

2.5.1 Stress hos søsken til barn med nevropsykologiske forstyrrelser

Det finnes visse felles situasjoner og utfordringer i en familie som kan ha betydning for et søsken uavhengig av nedsatt funksjonsevne (Dellve 2009a, b). Familier med barn som har nedsatt funksjonsevne kan blant annet oppleve at stressende hverdager er regelen fremfor unntaket. Flere studier peker på at en familie med god kommunikasjon mellom de ulike medlemmene viser seg å være en beskyttende faktor for negative konsekvenser (Brody 1998; Thorn 2008). Mer konkret kan en åpen dialog rundt barnets funksjonsnedsettelse/sykdom være en slik beskyttende faktor for ulike negative konsekvenser Andre studier viser til at friske og velfungerende foreldre spiller en vesentlig rolle for at søsken skal kunne håndtere stress i familien på en konstruktiv måte, og dermed ha mulighet til å fortsette sin utvikling på en god måte (Dellve 2009; Dellve 2009b; Tøssebro m.fl. 2012). I den tidligere nevnte studien hvor 50 ungdommer ble intervjuet i forbindelse med søsken med vansker innenfor

autismespektrum forstyrrelser, ADHD eller Tourettes syndrom (Dellve 2009b), beskrev søsken stress relatert til uløselige dilemmaer i familien som blant annet handler om:

Att bli sedd i sin egen situasjon – inte bare bli jämförd, att kunna hjälpa till med syskonet – eller slippa hjälpa till så mycket, att inte vara rädd, känna sig hotad, bli utsatt – att själv bli förstått i sin situasjon, att ta eller få plats ock tid, att få vara ett barn – inte alltid så förstående og förständig (Dellve 2009b, s. 43).

I studien fremkom også at disse søsken kunne bære på vanskelige følelser som skam, skyld, uro og krenkelser knyttet til det å ha et søsken med atferdsvansker (Dellve 2009b). Søskenenes dilemma oppstod når det ble konflikt mellom diverse krav, følelser og forventninger. Studien viste at ungdommene forsøkte å integrere alle de ulike forventninger og krav samtidig som de formidlet bekymring og omsorg for sin egen livssituasjon i relasjon til familie, skole og fritid (Dellve 2009b).

2.5.2 Mestringsstrategier hos søsken til barn med nevropsykologiske forstyrrelser

I Dellves (2009b) studie av mestringsstrategier blant søsken til barn med ulike atferdsvansker, fremkom det at søsken viste ulike omsorgsstrategier i løpet av barndommen. En del søsken hadde en såkalt *familieorientert omsorg* hvor de først og fremst tenker og handler utfra familiens beste. Andre søsken viste seg å ha en mer *søskenorientert omsorg*. Disse tenkte mer enn noe annet på barnet med funksjonsnedsettelsen og hvordan de hadde det. Å ha *fokus på seg selv* så ytterligere ut til å være en strategi, hvor søsken var mer opptatt av seg selv og hadde mer evne til fokus på egenomsorg. Mens søsken tar i bruk ulike omsorgsstrategier i løpet av oppveksten, viste det seg at de ofte foretrakk én strategi fremfor andre (Dellve 2009b). Når det gjelder mestringsstrategier viste det seg at søsken hovedsakelig benyttet seg av fire ulike mestringsstrategier for å håndtere sin hverdag. Den første strategien, *Å streve etter selvstendighet*, handler om at søsken må kjempe for å få egen tid og oppmerksomhet, og de har et ønske om å frigjøre seg. Deres mål er selvstendighet og å følge sine personlige livsmål. Mer spesifikt kan dette vise seg i form av atferd som kan være provoserende, og de kan vise seg uinteressert i å tilpasse seg familiesituasjonen. Den neste kategorien, *Å få mer forståelse* handlet nettopp om å få mer informasjon om funksjonsnedsettelsen og familiens livssituasjon. «Jo mer jeg vet og forstår, jo bedre vil det bli for alle» er noe et søsken kan tenke. Bak en slik mestringsstrategi fant en beskrivelser av empati for barnet med

funksjonsnedsettingen. Søsken kan forsøke å gjøre det beste for at det skal bli bra for familien, og at det er ingen sin feil. Den tredje strategien, *Balansere og avvente* handler om hvordan søsken forsøker å balansere mellom opplevde krav hjemme og å vente på rett tilfelle for å leve sitt liv. Å balansere innebar at de ofte inntok en posisjon som handler om nøytralitet og distanse. Søsken kan vise dette ved unngå direkte konflikter med den aktuelle bror/søster. I tillegg kan disse søsken sette livet sitt på vent. Den fjerde og siste strategien, *ta ansvar*, viser til hvordan søsken kan ha en sterk uttalt ansvarsfølelse og kjenne på stor omsorg for barnet med funksjonsnedsettelsen. I noen tilfeller kan søsken innta en slags «mammarolle» og beskytte barnet fra vanskelige situasjoner, ofte på bekostning av egen psykiske helse (Dellve 2009b; Dellve m.fl. 2000). Alle de fire strategiene retter seg mot å harmonisere de opplevde dilemmaene som oppstår i dynamikken mellom søskens egne mål og krav i livet, foreldrenes krav og gitte vilkår i hjemmet, og deres tilpasning til søsken med funksjonsnedsettelsen (Dellve 2009b).

Søskens helse er ikke bare avhengig av i hvilken utstrekning de utsettes for stress, men også hvordan de håndterer disse utfordringene, og hvilken type stress de utsettes for. Søsken kan forsøke å ta kontroll over situasjonen så godt det går, og de skaper mening til sin livssituasjon. Det er viktig å ta i betraktning at de ulike strategiene har sine styrker og risikoer. Hvilken strategi som er best og mest hjelpsom, avgjøres altså av den aktuelle situasjonen som barnet/ungdommen og familien befinner seg i (Dellve 2009b; Larsson 2012).

I en familiesituasjon hvor det ikke alltid finnes tid og energi til å følge opp søskens utfordringer kan det finnes en risiko for at søsken hemmes i sin utvikling. I et utviklingspsykologisk perspektiv er det av stor betydning å identifisere hvilke behov søsken i en gitt familie har.

2.6 Foreldre og terapeuters rolle

Søsken kan kjenne på ulike følelser når en søster eller bror utvikler en psykisk lidelse (Dellve 2009a, b; Larsson 2012; Renlund 2013; Thorn 2008). Terapeuter bør derfor spørre om det henviste barnet har søsken, og ta opp med foreldrene utfordringer knyttet til det å være søsken (Helsedirektoratet 2008a). Foreldre kan ofte ha dårlig samvittighet for at de setter andre barn til side når et barn blir syk, og det er derfor viktig at foreldre får hjelp til hvordan de kan ivareta søsken i en slik prosess hvor ulike utfordringer kan oppstå. Også eldre søsken kan ha behov for informasjon når deres yngre søsken får langvarige eller sammensatte psykiske

lidelser (Helsedirektoratet 2008a). Renlund (2013) løfter frem nettopp dette og viser til at det finnes både individuelle og generelle risikofaktorer som gjør søsken særlig sårbare i en annerledes søskensituasjon. Risikofaktorene kan handle om at barnet og familien lever i en kriseartet og urolig situasjon etter å ha fått beskjed om at et barn i familien har en diagnose eller funksjonsnedsettelse. Foreldrene har gjerne fått informasjon om sykdommen, men «hvem snakker med søsken», spør Renlund (2013) i sin artikkel. Hun trekker frem at foreldre ofte kan ha behov for veiledning om hvordan de kan snakke med søsken, og i noen tilfeller er det nødvendig for søsken med egen samtalekontakt. Det ser ut til å herske en viss usikkerhet knyttet til hvorvidt en skal snakke om sykdommen med søsken i småskolealder, og denne usikkerheten gjør ofte at det ikke blir gjennomført samtaler. En annen risikofaktor for søsken, kan være at det skjuler sine følelser, tanker og erfaringer rundt sin situasjon. Ofte er dette i frykt for å belaste foreldre ytterligere. Denne frykten for å belaste foreldrene ytterligere viser nettopp hvor betydningsfullt det er at helsepersonell tidlig bør rette fokus på søsken og legge til rette for samtaler og dialog (Renlund 2013). Helsepersonell har ansvar å veilede foreldre og om nødvendig gi barn utstrakt støtte. Raundalen og Schultz (2008) understøtter dette og bruker begrepet «generasjonsplikt» som et uttrykk for voksnes ansvar for å hjelpe barn til å gjøre det som er vanskelig å forstå mer håndterbart og begripelig. Renlund (2013) understreker dette enda tydeligere; «att vänta och se tiden an när det gjelder samtaler med barn om stora frågor är en strategi som kan medföra stora risker.» (s. 27). Konsekvensene for søsken er at de kanskje aldri får mulighet til å få nødvendig informasjon, og dermed står de ofte forlatt til å søke opp egne informasjonskilder som kan føre til feilinformasjon. I ytterste konsekvens kan slik mangel på informasjon, og dernest feilinformasjon, bidra til å gjøre deres situasjon enda vanskeligere å forstå og å leve med.

Den tidligere nevnte studien til Thorn (2008) viser hvordan søsken kan ha andre behov i situasjonen enn det øvrige familiemedlemmer har, samt hvordan behovet for profesjonell bistand oppleves størst rett etter sykdomsdebut. Mer spesifikt viser Thorns studie hvordan slik åpen kommunikasjon mellom foreldre og søsken hadde en positiv effekt for både pasienten, søsken og familien som helhet. Andre studier, som (f. eks. Dellve 2009; Renlund 2013; Thorn 2008; Vatne 2014) viser på samme måte betydningen av kommunikasjon mellom søsken og foreldre som en viktig faktor når det gjelder søskens psykiske helse. Mangel på slik kommunikasjon kan derimot forårsake tilpasningsvansker hos søsken.

I samtaler med foreldre viser Dellve (2009) til viktigheten av at helsepersonell bør ha kunnskap om søskens situasjon, særlig de utfordringer som søsken kan oppleve i møte med

bror/søsters funksjonsnedsettelse. Et viktig budskap til helsepersonell, er at det blir viktig å hjelpe foreldrene til å forstå at de som voksne ofte er det eneste forbildet barn har for å lære å håndtere vanskelige situasjoner. Et slikt tema kan vekke følelser som skyld og utilstrekkelighet hos foreldrene fordi de som regel er klar over at søsken ofte blir tapere i konkurransen om foreldrenes tid og oppmerksomhet (Dellve 2009).

På et mer overordnet plan viser Astri Johnsen (2000) at søskens betydning i familierapi har vært undervurdert, både som informanter med nyanserte erfaringer, og som eventuelle medhjelpere i terapi. Fokuset på foreldre-barn relasjonen kan ha ledet oppmerksomheten bort fra søskens betydning, og dermed har utviklingsmuligheter som finnes i søskenforholdet blitt oversett som et viktig terapeutisk redskap (Johnsen 2000).

Som denne gjennomgangen har vist, er det å ha søsken med nedsatt funksjonsevne/en sykdom ikke nødvendigvis bare negativt.

Dellve (2009a); Renlund; (2013); Vatne (2014) formidler at det er viktig å huske på at det er kun få søsken som utvikler psykiske vansker, og at de aller fleste ikke gjør det. Men det er likevel viktig å ha fokus på søsken og deres situasjon. Voksne er viktige for å gi alle barna i familien en god utviklingsstøtte. Forskning viser at det kan skje når foreldre skaper et klima av trygghet, samhørighet og likeverd til tross for den utfordrende livssituasjonen de befinner seg i som familie (Dellve 2009a; Helsedirektoratet 2008a; Renlund; 2013; Vatne 2014). Søskenes behov for hjelp til å bearbeide sorg og fortvilelse ved å ha et sykt søsken, er ofte ikke like åpenbart som deres foreldres behov for hjelp. Det er ikke ønskelig å sykeliggjøre søsken, men søsken bør vies oppmerksomhet i slike situasjoner. Gjennom å ha et helhetssyn på familiens situasjon, vil søskens ressurser og behov bli mer synlig. «Når pasienten er barn eller ungdom; sett fokus på søsken.» (Helsedirektoratet 2008, s 73).

2.7 Paradokser og dilemmaer for terapeuter i møte med søsken

2.7.1 BUP terapeutens arbeidskontekst

Den tidligere nevnte svenske intervjustudien med seks ungdommer, utforsket hvordan tenåringer til søsken med ADHD opplever å håndtere sin livssituasjon i relasjon til sin psykiske helse (Larsson 2012). Et av spørsmålene ungdommene ble stilt, handlet om deres møter med BUP, der flere beskrev at de følte seg usynlig for BUP. Larsson spør i sin studie

hvordan det er mulig å møte og å hjelpe søsken til å utvikle adekvate ferdighetsstrategier gitt de organisatoriske rammer som råder, når arbeidsbelastning allerede er stor. Forfatteren viser i den forbindelse til hvordan den samfunnsmessige implementeringen av New Public Management (NPM) som styreform innom offentlig sektor, i helsevesenet og derved også i BUP, har hatt konsekvenser for både pasienter og terapeuter i utforming av behandling.

Kunnskapsforståelsen som ligger til grunn for NPM, kommer ofte i konflikt med mange terapeuters og forskeres kunnskapsforståelse (Ekeland, Stefansen og Steinestø 2011; Nielsen og Hertz 2014; Fagerstrøm og Rautiainen 2015; Marell og Koser 2015; Sundet 2015).

Terapeuten får beskjed om å bruke evidensbaserte metoder basert på randomisert kontrollerte studier, som gullstandard og dokumentert virksomme manualer, samtidig som de skal ha barnets og ungdommens ønsker og behov som en veiviser for praksis. Slike pålegg kan være vanskelige å kombinere i klinisk praksis og i møte med det unike barn og ungdom og deres familie (Ekeland m.fl. 2011; Nielsen og Hertz 2014; Fagerstrøm og Rautiainen 2015; Marell og Koser 2015; Sundet 2015) Dette dilemmaet blir omtalt nedenfor.

Til forskjell fra familierapiens vektlegging av subjektive virkeligheter bygger NPM på en lineær og positivistisk grunnantagelse om verden. Innenfor et slikt perspektiv lever vi i en objektiv verden som det er mulig å få eksakt kunnskap om. Det blir dermed en viktig oppgave å måle denne eksakte kunnskapen (Ekeland 2004; Marell og Koser 2015). I klinisk sammenheng vil det ofte innebære å stille en objektivt rett og riktig diagnose som gjør det mulig å velge rett behandlingsmetode for å nå de oppsatte målene (Ekeland 2004; Ekeland 2014). Et barn har vansker med å konsentrere seg, barnet blir utredet og får en diagnose, ADHD, som leder til at barnet medisineres, og barnet får bedre konsentrasjon (Marell og Koser 2015).

Randomiserte kontrollerte studier og metastudier løftes i dag frem som gullstandard innenfor forskningsmetodikk. Ekeland (2004) viser til at slike hierarkier er uheldige, og hvordan det er problematisk at randomiserte kontrollerte studier og metastudier er basert på en positivistisk ontologi og epistemologi. Tanken er at en kan se bort fra forskeren og at det er mulig å få eksakt kunnskap om en objektiv verden gjennom å måle så eksakt som mulig. Når man så har fått eksakt kunnskap, ja, så er den generell og kontekstløs. En kontekstfri manual vil altså beskrive hvordan man kan gjenta prosedyren for å nå samme mål om og om igjen, i for eksempel i ulike land og kontekster (Marell og Koser 2015; Ekeland 2004; Ekeland m.fl. 2011). En slik positivistisk tilnærming står i sterk kontrast til flere av familierapiens

grunnantakelser, herunder den tydelige vektleggingen av kontekst. Som nevnt tidligere vil vi mennesker aldri forstå noe løsrevet, men i stedet tolke og skape mening. I motsetning til den positivistiske vektlegging av en objektiv verden og måling av eksakt kunnskap, vil familierapien vektlegge subjektive virkeligheter og kunnskap som ko-konstruert.

En kan altså her se tydelige konturer av et mulig og økende spenningsfelt av motstridende epistemologiske og ontologiske antakelser som preger klinikerens hverdag. Det som forventes av terapeutene ved BUP, er at de skal drive med utredning, diagnostisering og starte på en behandling. Dette er grunnmodellen i den medisinske modellen (Sundet 2015). Den aktuelle tilstanden som blir beskrevet, plasseres i personen, og personens relasjonelle sammenheng og sosiale nettverk tas ofte ikke i betraktning. Det blir så et tydelig paradoks når behandling så foreskrives ut fra en diagnose, noe som innebærer at personen blir oppfattet som tilhørende en gruppe, en klasse med samme diagnose (Nielsen og Hertz 2014; Sundet 2015). Sundet (2015) understreker dette paradokset på følgende måte:

(...) en kutter forbindelsen mellom individet og dets livsbetingelser, samtidig som individer omgjøres fra å være et unikt erfarende vesen til å bli et eksempel på en generalisering. Objektivisering og depersonalisering er derfor et mulig resultat. Samtidig vet vi at i det enkelte terapeutiske møte vil depersonalisering og objektivisering være faktorer som potensielt øker lidelser ved at personen ikke høres, ikke tas med i beslutninger og forstås fra en vinkling som ikke passer. Dette er faktorer som hindrer personers mulighet for utvikling og som gir økt lidelse (Sundet 2015, s. 9).

Praksis innenfor psykisk helsevern omfatter både biologiske, psykologiske og sosiale aspekter og i noen situasjoner også juridiske. Når en leter etter måter å forstå og å finne adekvate intervensjoner i samspill med pasienten, er det således viktig at alle aspektene blir utforsket og tatt hensyn til i møtet med den enkelte pasient. På den ene siden er det å skille ut, avgrense, eller «punktuer» noe som en atskilt enhet, å gjøre vold på den sammenhengen dette noe hører til. På den annen side kan dette enkelte ganger være nyttig og nødvendig å gjøre i praksis. Den medisinske modellen er et eksempel på en slik mulig nødvendig og ønskelig punktuering, fremholder Sundet (2015). Den avgrenser seg til noe kroppslig – biologisk, gjennom fokus på en avgrenset del av kroppen og en intervensjon som et kirurgisk inngrep, eller oftere på en medikamentell intervensjon, eller på kroppslig-psykologiske aspekter ved oppmerksomhet på en person, hans individuelle tanker, følelser og handlinger. Begge avgrenser seg fra det kroppslig-sosiale. Følgelig blir viktige deler av en persons livssituasjon og kontekst oversett (Sundet 2015).

I dagens samfunn hvor NPM i stor grad preger utformingen av psykiske helsetjenester for barn og unge, kan en se for seg hvordan en BUP blir som et individualisert akontekstualisert behandlingssystem med innbakte paradokser. Hva gjør dette med terapeuten? Hvilke refleksjoner om sin grunnleggende forståelse av sitt virke som terapeut får hun tid å stille seg i den travle hverdagen? Hvordan er det mulig for terapeuten å ivareta og å stå ved sin kunnskapsforståelse når denne kan stå i sterk kontrast til diverse økonomiske –og rapporteringskrav hun pålegges? Og hvordan er det mulig for henne å møte det paradokset det innebærer å arbeide etter den medisinske modellen samtidig som hun skal se det individuelle barnet og ungdommen i sin kontekst med fokus på brukerperspektiv?

NPM og dens kunnskapsforståelse står i sterk kontrast til rådende teorier innenfor bla. psykoterapi og familierapi, og i stedet vektlegger betydning av subjektive virkeligheter. Innenfor en slik forståelse må vi holde oss til lokale, språklige konstruksjoner i vårt arbeide med å forstå situasjonen foran oss (Torsteinsson og Ness 2015).

Nielsen og Hertz (2014) minner i den forbindelse om Foucault og hans diskursbegrep, herunder ideen om makt som uttrykk for herskende ideologier, som hviler på kulturelle konstruksjoner som skapes i møtet med samfunnets forskjellige institusjoner. Foucault understreker at kunnskap er makt og at det ikke finnes absolutt kunnskap, kun foretrukket kunnskap. Nielsen og Hertz (2014) viser til at det finnes annen foretrukket kunnskap og foretrukket praksis i fagfeltet, enn den som kommer frem i NPM.

Nielsen og Hertz (2014) viser videre til Coordinated Management of Meaning. Denne teorien beskriver hvordan vi konstruerer sosiale virkeligheter. Teorien fremholder at meningen og sammenhengen i sosialt samspill skjer i, og er avhengig av, kulturelle normer og verdier. Vi agerer og kommuniserer også i forhold til kulturelle standarder som på denne måten er til stede og representert i alle våre møter og kommunikasjoner, i måten vi handler på og også i samtalerommet. Pasient-henvendelser og samhandlinger mellom pasient og terapeut må derfor alltid forstås i kontekst og i lyset av de større sammenhengene (Nielsen og Hertz 2014). Disse forfatterens foretrukne kunnskap er en helhetsforståelse som leder til en forståelse som sier at samspill og samtaler mellom mennesker alltid må forstås i kontekst av kulturelle og samfunnmessige fenomener (Nielsen og Hertz 2014). De fremhever i sin artikkel at de komplekse mønstrene som vi lever i, ikke blir anerkjent i dagens samfunns diskurs. Det er viktig å anerkjenne dette da nettopp kompleksiteten kan åpne for nye mer brukbare handlingsmønstre for de som terapeutene er satt til å hjelpe (Nielsen og Hertz 2014). Å finne

behandlingstilbud for de individer som ikke blir hjulpet med de manualiserte evidensbaserte terapimetodene blir viktig (Sundet 2015).

2.7.2 BUP terapeutens indre dilemma

Hvorvidt det legges til rette for familiesamtaler generelt som del av behandlingsopplegg ser også ut til å være forbundet med ulike indre dilemmaer hos den aktuelle terapeut. Nilsson og Tranas (2000) undersøkte disse indre dilemmaer ved å utforske hva som bidro til at samtaler med barn og foreldre var vanskelig å gjennomføre, samt hva som gjorde at barn ble oversett. Utgangspunktet for analysen var terapeutenes opplevelse av ubehag i møte med foreldre og barn i samtale, samt deres intuitive handlinger og refleksjoner i situasjonen. Følgende fire dilemmaer så ut til å være typiske for terapeutene:

1. Når foreldrene snakker nedsettende om barnet og barnet trekker seg unna
2. Når foreldre tar så mye fokus at barnet blir usynlig
3. Når barnet forteller noe vanskelig og foreldrene vil dekke over
4. Når barnet ikke vil snakke og foreldre legger press på at de skal (Nilsson og Trana 2000, s. 542).

I disse vanskelige situasjonene beskrev terapeutene at de opplevde et spenningsforhold mellom barnet og foreldrene, samt ofte også spenningsforhold mellom foreldrene. Slike funn understreker betydningen av at terapeuter reflekterer over sin praksis og de dilemma de opplever å stå i. Gjennom en slik refleksjon kan terapeutene hjelpes til å gjenkjenne situasjoner og utvikle sitt handlingsrepertoar, for eksempel ved å stoppe opp ved og stille spørsmålstegn ved deres instinkt om å ikke invitere til familiesamtaler (Nilsson og Trana 2000).

I en norsk studie av hvorvidt søsken ble invitert inn som del av behandlingsopplegg for ungdom innlagt på psykiatrisk sengepost, ble det løftet frem ulike indre dilemmaer terapeuter kan oppleve i den forbindelse (Håland 2011). Gjennom en fokusgruppe med ulike helsearbeidere fremkom det at pårørendearbeid ved den aktuelle psykiatriske sengeposten, dessverre ikke var en selvfølge. En av årsakene til manglende søskeninvolvering som ble trukket frem, var angst og usikkerhet hos helsepersonell knyttet til det å involvere søsken. Dette gjorde at de vegret seg, og de utsatte søskensamtaler.

I det følgende vil jeg gjøre rede for studiens metodologi, herunder det vitenskapelige ståsted, så vel som å posisjonere meg selv som forsker med vekt på begrepet refleksivitet.

3 Metodologi

Å utforske terapeuters opplevelser med å involvere søsken i poliklinisk behandling i BUP, krever en metode som gir meg tilgang til de aktuelle terapeutenes levde erfaringer. Kvalitativ forskning har en lang tradisjon innenfor samfunnsforskning, og den vektlegger i større grad forståelse og tolking enn forklaring (Thagaard 2013). Som følge av studiens problemstillinger og det vitenskapsteoretiske utgangspunkt, har jeg derfor valgt å bruke kvalitativ metode. Jeg ville utforske på hvilken måte og i hvilken utstrekning søsken som pårørende blir involvert i terapi innfor psykisk helsevern for barn og unge. For å bearbeide informasjon fra deltagerne, valgte jeg å benytte meg av Malterud sin analysemodell (2013); systematisk tekstkondensering. I det følgende vil jeg redegjøre for den vitenskapsteoretiske forankring som ligger til grunn for hele studiet, og hvordan jeg har gjennomført mitt forskningsstudie. Fra første ide til gjennomføring av fokusgruppen, til dataanalyse og nå skriving, har det vært sentralt å vektlegge min posisjon som forsker. Dette vil jeg belyse med utgangspunkt i begrepet refleksivitet. Avslutningsvis følger en vurdering av studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studiens metodiske tilnærming tar utgangspunkt i en postmoderne forståelse. En sentral del av den postmodernistiske tilnærming handler om forskerens deltakelse i det som utforskes. Forskningskunnskap utvikles som et resultat av relasjonen mellom forsker og de som studeres og dette, ser jeg som det første prinsippet. Språkets bestemmende innflytelse på det vi kan forstå, er det andre prinsippet. Gjennom dialoger mellom mennesker fremstår kunnskap som et sosialt konstruert produkt. Kunnskap og forståelse (mening) utvikles i språket og i kommunikasjon mellom mennesker, og kan derfor ikke nødvendigvis overføres til andre situasjoner. Det betyr at forskeren er med på å definere hva som er gyldig kunnskap i en spesiell kontekst (Johnsen og Torsteinsson 2012).

En fremtredende plass i den postmodernistiske retningen, er det sosialkonstruktivistiske perspektivet. Mens postmodernismen fokuserer på språkets betydning, og derfor legger vekt på å studere avgrensede situasjoner, og kan sies å være kontekstbundet, kjennetegnes sosialkonstruktivismen av hvordan vår forståelse er preget av de kulturelle kategoriene vi forholder oss til (Thagaard 2013). Vår forståelse preges altså av den kultur vi lever i. Et annet kjennetegn ved sosialkonstruktivismen, er en kritisk tilnærming til såkalt objektiv kunnskap,

slik den fremstår i den modernistiske grunnholdningen. Videre vil en sosialkonstruktivistisk tilnærming ofte fremheve den direkte sammenhengen mellom sosial handling og forståelse. «Sannheter» konstrueres gjennom sosiale prosesser, og ny kunnskap vokser frem av sosial interaksjon. Hvis jeg som terapeut tenker at en familie er årsak til de vansker et barn viser, vil jeg handle i tråd med denne overbevisning og dermed skape en slik overbevisning (Johnsen og Torsteinsson 2012).

I tråd med en slik sosialkonstruktivistisk forståelse/retning/tilnærming tar denne studien utgangspunkt i et syn på kunnskap som konstruert. Den står dermed i kontrast til en mer tradisjonell positivistisk orientert forskning, som anser vitenskapelige fakta som objektive. Kvantitativ metode finner vi vanligvis innfor den tradisjonen (Thagaard 2013). De kvantitative studiene vektlegger utbredelse og antall, og baserer seg mer på distanse mellom forsker og informant, hvor forskeren er en utenforstående iakttaker av de fenomenene som beskrives (Thagaard 2013).

Studien er videre inspirert av Poststrukturalismen som ofte assosieres med den franske filosofen og teoretikeren Michael Foucault and Jacques Derrida. Poststrukturalismen retter sin oppmerksomhet mot diskurser og deres påvirkning på hvilket handlingsrom som finnes. Foucault var opptatt av hvordan diskurser kunne være med på å regulere personers eller familiers handlingsmuligheter (Foucault 1972). For å kunne drive terapeutisk endringsarbeid forutsettes det at vi har kunnskap om hvilken diskurs som er gjeldende, og hvilke rammer, muligheter og begrensinger den diskursen gir (Nielsen og Hertz 2014; Sundet 2015; Johnsen og Torsteinsson 2012).

I Psykisk helsevern for barn og unge er det den medisinske diskursen gjeldende, (Fagerstrøm og Rautiainen 2015; Marell og Koser 2015; Nielsen og Hertz 2014; Sundet 2015) samtidig som vi ser en økende vektlegging av brukermedvirkning og samarbeid som viktig perspektiver (Helsedirektoratet 2008a). Min –isme er ikke nødvendigvis lik fokusgruppeinformantenes –ismer. Min foretrukne kunnskap (diskurs) påvirker meg som forsker og i min samhandling med fokusgruppeinformantene. Informantene arbeider innenfor den medisinske diskursen og pålegg fra Helsedirektoratet. De kan i tillegg også ha andre foretrukne teorier i tillegg som de også forsøker å arbeide utfra.

3.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Studien vil videre ta utgangspunkt i et hermeneutisk-fenomenologisk epistemologisk perspektiv (Binder, Holgersen og Moltu 2012; Binder m.fl. 2011; Binder m.fl. 2013; Laverty 2003). Den fenomenologiske delen er synlig i studiens søk etter terapeuters levde erfaringer eller mer spesifikt en forståelse av hvordan terapeuter opplever og benytter seg av søskeninvolvering i poliklinisk behandling. Det hermeneutiske aspektet vil være gjenkjennelig i at jeg anerkjenner at fortolkning er uunngåelig når vi forsøker å forstå meningen i informantenes beskrivelser (Kvale og Brinkmann 2012). En grundig gjennomgang av fenomenologi og hermeneutikk er utenfor rammene av denne masteroppgaven, men det er verdt å merke seg at selv om de to tilnærmingene ofte benyttes om hverandre, er det også forskjeller.

Fenomenologi er basert på Husserls arbeider (1970), og fokuset er her studiet av levde erfaringer eller livsverden. Giorgi (1997) er særlig sentral blant nyere fenomenologiske tilnærminger og representerer sammen med Husserl en essensialistisk tilnærming. Mer spesifikt vil forskeren her sette sin forforståelse og forkunnskap i parentes ("bracketing") for å komme frem til fenomenets essensielle struktur. Formålet med min studie er å belyse og få frem særlige aspekter ved temaet søskeninvolvering på BUP. Ved å samtale med terapeuter om deres opplevelser, får jeg en mulighet til å ta del i deres livsverden, samtidig som jeg fortolker ut fra egen erfaring for å skape mening.

Den hermeneutiske tradisjonen som ofte kalles for en fortolkende tilnærming, er basert på Heideggers (1996) og Gadammers arbeid (1989), og har tilsvarende fokus på levde erfaringer. Men søken etter essensiell struktur anses som problematisk, der mening i stedet oppstår i møtet mellom forsker (fortolker) og teksten.

I hermeneutikken står den hermeneutiske sirkel sentralt, og kan forstås som en spiral hvor helheten må forstås ut fra delene, og delene ut fra helheten. Når vi forstår en del av en helhet ut fra dens deler, kan det påvirke hvordan vi forstår helheten til slutt. Det blir en bevegelse frem og tilbake mellom helhet og del, slik at forforståelsen utvikles og en dypere meningsforståelse vokser frem (Thornqvist 2003). I analysefasen og tolkingen, gjennom å veksle mellom de ulike delene og helheten, fikk jeg etter hvert ny innsikt og en dypere forståelse av de historier informantene formidlet gjennom fokusgruppen.

Altså er fokus og utfall i forskningsprosessen gjerne tilsvarende innenfor en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming/tradisjon, men forskerens posisjon og dataanalysen er forskjellig. Mens forskerens selvrefleksjon er viktig i begge tradisjoner, er hensikten forskjellig. Den fenomenologiske forskeren vil bruke selvrefleksjon for å bli bevisst på sine forforståelser for å sette disse i parentes, mens selvrefleksjon er sentral for selve fortolkningen for den hermeneutiske forsker (Laverty 2003). Denne prosessen kalles ofte for refleksivitet og kan defineres som: «det involverer et skift i vår forståelse av datainnsamling fra noe som er objektivt til å anerkjenne hvordan vi aktivt konstruerer vår kunnskap.» (Fritt oversatt etter Finlay 2002, s. 532). Begrepet refleksivitet er viktig i forbindelse med å formidle hvem jeg er som forsker og hvordan jeg nødvendigvis bruker meg selv i forskningsprosessen. Den refleksive prosessen er viktig i alle stadiene av forskningsprosessen og kan komme til uttrykk gjennom spørsmål som: hva er mine motivasjoner og interesser i denne studien som kan lede forskningen i spesifikke retninger; Hvordan påvirkes prosessen og resultatene av forholdet mellom meg som forskere og informantene i fokusgruppen? (Finlay 2002).

Den kvalitative forskningstradisjonen er inspirert av teorier fra postmodernisme og sosialkonstruktivisme. Forskeren anses som en aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som ikke kan bli fullstendig, men som løfter frem nye spørsmål fremfor universelle sannheter (Malterud 2013).

3.3 Eget ståsted ved valg av metode

Jeg har med tiden tilegnet meg en sosialkonstruktivistisk grunnholdning, som er med å styre min interesse for og oppmerksomhet på hvordan terapeuter i psykisk helsevern for barn- og unge forstår seg selv og ulike fenomen. Det har også gjort meg interessert i hvordan disse terapeuters forståelse påvirker deres valg med hensyn til søskeninvolvering i behandling av barn i BUP. Som metodisk tilnærming, krever fenomenologien at forskeren ikke bør vente på overraskelser, men stadig lete og søke etter konfrontasjoner med egne posisjoner og forestillinger. Refleksivitet er en aktiv handling, en posisjon som jeg som forsker aktivt må søke i alle deler av forskningen. Det blir derfor sentralt å tilnærme seg «selve fenomenet slik det fremstår i seg selv» på en måte som ikke styres av de antakelser og holdninger en som forsker bringer med seg. En slik holdning av refleksivitet innebærer med andre ord at jeg nærmer meg det aktuelle fenomenet som om det var noe nytt som ble oppdaget (Malterud 2013). I praksis er dette en meget komplisert prosess, til tross for en overbevisning om at

objektivitet til det man undersøker er umulig å gjennomføre. Som et viktig ledd i denne reflekssive prosessen, skrev jeg ned mine tanker før jeg satte i gang med å intervju informantene. Dette hjalp meg til å bli mer bevisst på mine egne forutinntatte ideer. I en tidlig fase/stadium i forskningsprosessen, gjennomgikk jeg materialet mitt med medstudenter og min veileder. Det hjalp meg til å etablere motposisjoner og å identifisere egne blinde flekker, slik at de kunne korrigeres.

Min forforståelse kan sies å bestå av min livserfaring og mine kunnskaper om det som skal belyses. En sentral del av min forforståelse var som tidligere nevnt, at søsken bare unntaksvis ble involvert i behandling av det henviste barnet. Ved å være bevisst på min egen forforståelse, oppdaget jeg at det ble lettere å undersøke fenomenet fra ulike vinkler når forskningen først var i gang. For å komme nær terapeutens levde erfaringer med å involvere søsken i terapi, kreves det altså at jeg er bevisst på min rolle/posisjon som forsker. Jeg måtte være kritisk til min rolle i hvordan jeg fikk innsikt i terapeuters erfaring med søskeninvolvering i terapi, og hvordan jeg analyserte og tolket informantenes individuelle opplevelser, samtidig som jeg prøvde å få tak i den mer generelle erfaringen ved å se på sammenhenger og likhetstrekk mellom om de forskjellige informantene. Min fortolkning må ikke forstås som et forsøk på å nå frem til sannheter eller entydige viktigheter, men som et ønske om å forstå og å få frem ulike forståelser av et fenomen.

3.4 Fokusgruppe som datainnsamlingsmetode; metodedesign

Intervju og fokusgruppe er en vanlig måte å samle inn kvalitative data på, men som Haverkamp (2005) påpeker, begrunner få forskere hvorfor de velger disse metodene fremfor andre metoder. I studien har jeg valgt å bruke fokusgruppeintervju, men problemstillingene kunne også ha vært belyst ved hjelp av individuelle intervjuer eller en dagbokstudie. I begynnelsen var jeg opptatt av å gjøre det Thagaard (2013) kaller Triangulering, hvor en kombinerer kvalitativ og kvantitativ forskning. En måte å bruke triangulering i denne studien på, ville være å sende ut spørreskjema til samtlige behandlere i psykisk helse for så å følge opp med fokusgruppeintervjuer med et utvalg av disse. En slik tilnærming ville ha gitt informasjon om omfang og utbredelse (kvantitative data), samt informasjonsrikdom og nyansering av svar fra spørreskjema. Av hensyn til oppgavens omfang og tidsmessige årsaker falt valget imidlertid på (kun) kvalitativ metode og fokusgruppe. Studiens tema er lite belyst i litteraturen, og det vil da være naturlig i første rekke å søke å få belyst problemstillingen ved

bruk av kvalitativ metode med en induktiv tilnærming, Jfr. de ulike metodenes fordeler i ulike stadier forskningsprosessen (Johnson og Christensen 2008). En induktiv tilnærming genereres hypoteser som en videre kunne ha testet ut ved hjelp av kvantitativ metode og en deduktiv tilnærming, gjennom å få informasjon om omfang og utbredelse av søskeninvolvering i andre poliklinikker innen psykisk helsevern for barn- og unge.

Jeg kunne ha valgt diskursanalyse som analysedesign av samtalen i fokusgruppen. Det hadde gjort at det var hva informantene fortalte om egen forståelse og de «sannheter» de mente seg å være styrt av, som ble fokus. Diskurser nevnes i denne oppgaven, men mitt fokus har i den forbindelse vært å vise til hvordan disse påvirker informantenes valg og måten terapeuter i BUP håndterer spørsmål om søskeninvolvering i terapi, mer enn å tydeliggjøre den betydning diskursene har for dem.

Man kan tenke at metoden i tillegg har begrensinger ved at informantenes formidling om søskendeltakelse ikke ses i sammenheng med for eksempel sosioøkonomiske- og sosiokulturelle, yrke/posisjon og kjønn variabler. Gjennom økt fokus på dette ville kanskje empiri vist flere nyanser og et annet mangfold.

3.4.1 Fokusgruppe

Målet med fokusgruppeintervjuet er å få en levende samtale rundt det valgte temaet, der intervjuers rolle i å skape en trygg atmosfære står sentralt. Intensjonen er altså ikke at informantene skal enes eller finne løsninger, men at det skapes rom for meningsutveksling på måter som også tillater motstridende meninger (Kvale og Brinkmann 2012). Utvelgelse av informanter til fokusgruppe gjøres basert på et fellesskap. I dette tilfellet at de alle var terapeuter på en poliklinikk innenfor psykisk helsevern for barn- og unge.

Et vesentlig fortrinn ved fokusgruppe er å fange opp flere subjekters opplevelse av det aktuelle tema i løpet av ett enkelt møte, sammenliknet med flere individuelle intervjuer. En fokusgruppe gjør det også mulig å få frem flere aspekter ved informantenes erfaringer omkring temaet, og gruppedynamikken kan også gjøre at informantene får muligheten til å danne seg nye refleksjoner om tema (Tjora 2013). Altså er valg av fokusgruppe som metode både effektiv og økonomisk gunstig, men sammenliknet med individuelle intervjuer vil en nødvendigvis gå glipp av noe dybde og informasjonsrikdom i de enkeltes opplevelser. Temaet søskeninvolvering kunne også ha vært belyst ved å be aktuelle informantene om å føre dagbok i en viss periode med opplevelser og refleksjoner omkring søskeninvolvering. Denne

metoden er relativt lite brukt innenfor samfunnsforskning og kunne således ha vært en unik mulighet til å få innblikk i terapeuters detaljerte personlige notater over tid (Tjora 2013). Valget om ikke å benytte seg av denne metoden tok jeg dels på bakgrunn av studiens tidsrom og at BUP hverdagen for mange terapeuter er svært hektisk, og i seg selv krever prioriteringer slik at deltakelse i en dagbokstudie trolig ville ha blitt for krevende.

3.4.2 Innsamling av data

I kvalitativ forskning er det viktig å presisere og tydeliggjøre de ulike trinnene i forskningsprosessen. I det følgende vil jeg vise hvordan jeg på systematisk vis og med selvrefleksjon, har gjennomført studien og kommet frem til mine funn. Med det ønsker jeg å bidra til at fremgangsmåten og funn blir tilgjengelig for andres innsyn, noe som kan gi økt overførbarhet og styrke studiens troverdighet.

3.4.3 Planlegging

Studiens data ble samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuets varighet og antall informanter tok utgangspunkt i Tjoras (2013) anbefalinger om størrelse på fokusgrupper, (6-8 informanter), og at fokusgruppeintervjuet burde ha en varighet på opptil 2 timer. (Jeg ønsket å følge Tjoras anbefalinger). Studiens planleggingsfase og rekruttering av fokusgruppens medlemmer, innebærer ulike utfordringer. Et fokusgruppeintervju avhenger som kjent av at alle informantene har anledning til å delta på samme tidspunkt, noe som kunne vise seg å være utfordrende ut fra informantenes hektiske arbeidshverdag. Det ble derfor avgjørende at informantene mottok invitasjon i god tid før selve fokusgruppeintervjuet. I dette tilfellet to måneder i forkant. Invitasjonen gikk opprinnelig ut til 9 kollegaer, hvorav 7 takket ja til å delta i fokusgruppen. En av informantene trakk seg samme dag, slik at fokusgruppeintervjuet ble gjennomført med 6 informanter. I etterpåklokskapens lys ville det ha vært fordelaktig å ha forhørt seg med potensielle andre informanter som hadde mulighet til å delta på kort varsel og ved behov.

En annen utfordring viste seg å være tid. Først 25 minutter etter avtalt intervjuetid var alle informantene på plass, og intervjuet kunne begynne. Etersom informantene hadde satt av 90 minutter gikk dette utover selve intervjuet. Spørsmål måtte omprioriteres.

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført på ettermiddagstid, noe som også kunne innebære at

informantene var trette etter endt arbeidsdag. Til tross for de nevnte utfordringene, opplevde jeg intervjuinformantene som både engasjerte og delaktige underveis i intervjuet.

Som intervjuer bør en streve etter å ha en til tilbaketrukket rolle. Intensjonen er at samtalen skal flyte fritt og at det skal foregå en meningsutveksling. Planlegging av selve intervjuet kan vise seg å være vanskelig, fordi en fokusgruppe i stor grad kjennetegnes av uforutsigbarhet. Intervjuer kan komme til å erfare at informantene i gruppen støtter forrige talers utsagn, og at en mister den kreative diskusjon i intervjuet. Kvale og Brinkmann (2012) vektlegger i den forbindelse at for å bli en erfaren intervjuer, er trening viktig. I følge Knox og Burkhard (2009); Kvale og Brinkmann (2012) er intervjumetoden særs fordelaktig for terapeuter, og den peker på likheter mellom ferdigheter som en terapeut og en intervjuer må ha, ettersom terapeuter er vant til å hjelpe klienter i å verbalisere deres indre opplevelser. Min erfaring som terapeut tenker jeg bidro positivt til min rolle som intervjuer, fordi jeg som terapeut er vant til å føre samtaler og gjerne med flere tilstede samtidig. Det gav en trygghet for meg som intervjuer i møte med fokusgruppeinformantene.

3.4.4 Utvalg og rekruttering

Informantene ble valgt ut basert på det som kalles et strategisk utvalg (Thagaard 2013). Meningen med den strategiske utvalgsprosedyren ligger i å velge informanter som er villige og i stand til å gi nyanserte og detaljerte beskrivelser i intervjuet, og som vil belyse viktige og sentrale tema for problemstillingen (Marshall 1996). Informantene til denne studien ble rekruttert ved poliklinikken hvor jeg arbeider, og jeg ønsket å sikre noe variasjon i yrkesgruppe, alder og kjønn. For å muliggjøre rikest mulige beskrivelser og narrativer, ønsket jeg å komme i kontakt med de kolleger som jeg tenkte hadde interesse for og erfaring med søskens deltakelse i terapi. Et annet inklusjonskriterium var minst 2 års erfaring som terapeut ved en BUP. Gruppen bestod til slutt av tre psykologer, to pedagoger og en psykiater med variert erfaring fra poliklinikk og engasjement i familiearbeid. Ingen av informantene jobbet direkte med de aller yngste barna BUP har kontakt med.

En fokusgruppe med informanter fra én og samme arbeidsplass kan ha sine fordeler og ulemper. Den aktuelle poliklinikken er av middels størrelse. Her som i andre arbeidsplasser utvikles forskjellige vennskapskonstellasjoner som kan påvirke hvordan den enkelte velger å svare på spørsmålene som ble stilt. På den andre siden kan bruk av informanter som er

kollegaer også kunne gi en økt grad av trygghet til å dele sine erfaringer og refleksjoner omkring det aktuelle tema.

Jeg valgte først å henvende meg til daglig leder for å få samtykke til å forske i egen kultur. Etter samtykke ble det gitt muntlig informasjon om studien i felles møte med alle ansatte ved BUP. Tilbakemeldingene fra terapeutene var positive, og de var interessert i å delta. Jeg tok videre kontakt med informantene via skriftlig invitasjon om deltakelse i fokusgruppe. På forhånd hadde jeg utarbeidet et informert samtykke som informantene gjorde seg kjent med, og som de undertegnet før fokusgruppeintervjuet ble gjennomført (Kvale og Brinkmann 2012).

3.4.5 Studier i egen kultur

For å få tilstrekkelig avstand til praksisen jeg ville studere hadde jeg opprinnelig tenkt å søke informanter ved andre poliklinikker innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Grunnet begrenset tid i denne fasen av studien valgte jeg likevel å ta utgangspunkt i min egen poliklinikk. Å ta utgangspunkt i egen arbeidsplass opplevde jeg gav økt engasjement blant terapeutene vedrørende studiens tema.

Thagaard (2013) skriver at det er viktig å være reflektert over relasjonene til dem jeg studerer, og hvilken betydning det vil ha for empiri. Ved å forske i egen kultur, på egen arbeidsplass, kan jeg lettere oppnå forståelse og innlevelse for terapeuters livsverden ved at jeg har felles erfaringsbakgrunn med deltagerne. På samme tid kan det by på utfordringer ved at forskerens nære kjennskap til de aktuelle situasjonene kan gjøre det vanskelig å skille ut det som «skjer» som interessante fenomener. Følgelig kan en slik nærhet til fenomenet bidra til å begrense muligheten til å forske frem nyanserte funn. Denne mulige begrensningen hadde jeg med meg underveis i prosessen, en bevissthet som ble særlig viktig i fasen hvor jeg skulle analysere informantenes beskrivelser.

Videre kan intervju av kollegaer by på fordeler og ulemper. På den ene siden kan bekjentskap bidra til økt trygghet for både forsker og informant, og derfor gjøre det enklere å samle seg om tema for begge. På den andre siden bør en være oppmerksom på at det nære båndet kan gjøre det vanskelig for informanter å dele kritiske refleksjoner og utsagn til studien med forskeren. Dette fordi slike utsagn kan komme til å berøre relasjonen og i dette tilfellet videre kollegialt samarbeid. Dette kan føre til at informantene hindrer seg bevisst eller ubevisst, og at de formidler de en tror forskeren vil høre. En annen mulig utfordring som forsker blir å

fremstå som troverdig, og å henvende seg på en nøytral måte i forhold til det fenomenet som skal undersøkes. Refleksivitet over min rolle og påvirkning ble viktig å vurdere både i intervjusituasjonen, analysefasen og presentasjonen av funn.

3.4.6 Intervjuguide

I forberedelse til selve fokusgruppeintervjuet var det flere viktige hensyn å ta. Først og fremst var det viktig å skape en tillitsfull ramme for utveksling av informasjon og utvikling av data. Som intervjuer var det mitt ansvar å sammenfatte kunnskapen på en måte som er tro mot den enkeltes informant s erfaring og uttrykk (Malterud 2013). Det var viktig å ta høyde for at intervjusituasjonen kan påvirke det informantene ønsker å formidle (Thagaard 2013). Informasjonen som ble gitt til informantene i forkant og i forbindelse med gjennomføringen av intervjuet, ble nøye planlagt. Hvor intervjuet skulle foregå og valg av tekniske hjelpemidler jeg skulle benytte meg av, var også en del av den planleggingen. For å gjøre selve intervjusituasjonen så enkel som mulig for informantene, ble fokusgruppeintervjuet gjennomført på deres arbeidsplass.

Selve intervjuet tok form av et såkalt semistrukturert intervju, en form som kan forstås som verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Et semistrukturert intervju gjennomføres i tråd med en intervjuguide som omhandler bestemte temaer, og som kan innholdet spørsmål uten at disse dikterer intervjuet (Kvale og Brinkmann 2012). I forkant av intervjuet ble det utarbeidet en intervjuguide, som fungerte som forslag til rekkefølge av tema jeg ønsket å utforske nærmere. Spørsmålene ble formulert på en åpen, klar og tydelig måte (Thagaard 2013). Intervjuguidens spørsmål ble utformet slik at de skulle flyte logisk ut fra hensikten med intervjuet, noe som kunne bidra til en mer utfyllende datadel (Piercy 2005).

Med bakgrunn i oppgavens hovedproblemstilling og delproblemstillingene (forskningsspørsmål), utformet jeg fire tema som spørsmålene ble utarbeidet fra. Ved å utforme fire slike tydelige tema, fikk de strukturerende og styrende innvirkning på samtalen. Valget av et semistrukturert intervju ble tatt på bekostning av et såkalt åpent intervju, som kunne ha bidratt til en mer fenomenologisk form på datamaterialet (Kvale og Brinkmann 2012). I et åpent intervju ville informantene mer kunne velge å snakke om det de var opptatt av når det gjelder søskens deltakelse i terapi. Strukturen jeg valgte forteller noe om hva jeg som forsker ønsker å vite noe om altså hvilke forskningsspørsmål jeg hadde (jf. del-

problemstilling). Sammenlignet med et mindre strukturert intervju, gir et semistrukturert intervju større føringer på hvilke type vurderinger det skal samtales om. Informantene ble på eksplisitt vis bedt om å dele de vurderinger de gjør når de bestemmer seg for å invitere et søsken inn i behandlingen, og når de ikke velger å gjøre det. Med denne tilnærmingen er det viktig å minne seg om at annen informasjon kan gå tapt, og at studiens informasjonsgrunnlag reduseres. En informant kunne for eksempel ønsket å ha snakket om etiske aspekter ved søskens deltakelse i terapi uten at hun opplevde at det ble gitt rom for det.

Selv om fokusgruppeintervjuet er et semistrukturert intervju, ønsket jeg på samme tid at det skulle ha form av en samtale. Min rolle skulle være tilbaketrasket, blant annet for å unngå å legge føringer som bar preg av min forforståelse. Jeg ville heller forsøke å følge min nysgjerrighet for informantenes vektlegginger og vurderinger i hvert tema i intervjuguiden, og å følge disse. Informantene fikk til slutt også muligheten til fritt å bringe inn refleksjoner som ikke hadde vært berørt av tidligere spørsmål.

Som anbefalt av Malterud (2013), brukte jeg aktivt spørremåter som «har jeg forstått deg rett at når du sier at?» i løpet av intervjuet. Spørsmål som dette kan bidra til at råmaterialet på lydbåndet er en felles forståelse mellom forsker og informant om den historien som skapes. Validering underveis i intervjuet kan også begrense misforståelser som kan oppstå ved utveksling av kunnskap. En slik tilnærming har en avgjørende rolle for kvaliteten på det videre arbeidet etter intervjuet.

Fokusgruppeintervjuet ble tatt opp på lydbånd. På denne måten sikret jeg all verbal informasjon fra informantene, og mulighet for å transkribere samtalen i sin helhet i etterkant. Samtalen ble ord for ord til skrift og så nøyaktig som mulig, med mål om ikke å korrigere det som ble sagt. Lydopptaket ble slettet etter at transkripsjonen var ferdig.

I funnkapittelet er sitatene fra informantene forsiktig redigert for tydeligere å få frem meningsinnholdet. Gjennom [...] viser at jeg har satt inn ord og (...) betyr at jeg har tatt ut ord, for eksempel gjentakelser slik at mening framtrer bedre. Når jeg benytter sitater i teksten, er det relevant å ta stilling til hvordan mine informanter skal refereres. Hvis en av mine informanter kan gjenkjennes ved bruk av dialekt eller spesielle uttrykk, vil et ordrett sitat stride mot prinsippet om anonymitet. På den andre siden tilsier hensynet til dataens pålitelighet at det informantene har formidlet ikke må forandres (Thagaard 2013). Jeg har valgt å ta i bruk en posisjon mellom disse ytterpunktene ved forsiktig redigering av sitatene for tydeligere å få

frem meningsinnholdet, men i tillegg endre ord eller uttrykk som mulig kan identifisere informantene. En slik redigering må imidlertid alltid ivareta informantenes budskap.

Jeg har sett mine informanter som gruppe, og ikke gitt noen indikasjon i form av yrke eller alder i sitatene. For ytterligere å etterkomme kravet om anonymitet, omtales alle informanter som hunkjønn. Sitatene og empirien kommer fra gruppen, ikke fra enkelt individene.

Mulige begrensinger med studien kan være designet på intervjuet. I ettertid kan jeg se at noen av spørsmålene kan bære preg av min forforståelse om at jeg tror de inviterer søsken inn i behandlingen. Hadde jeg som intervjuer lagt opp spørsmålene med en mer åpen og undrende tilnærming, ville deler av empirien muligens hatt en noe annen karakter.

3.5 Etiske aspekter ved studien

Valgene jeg foretar i løpet av forskningsprosessen, kan ha implikasjoner for den enkelte deltager. Bevissthet på de etiske aspekter er således viktig gjennom alle stadier av forskningsprosessen (Thagaard 2013). En slik etisk bevissthet bidrar til å løfte blikket til ikke å ta noe for gitt når det gjelder å søke å forstå andre mennesker og deres arbeid.

Før jeg startet med rekrutteringsprosessen, tok jeg kontakt med Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) angående søknad om tillatelse til gjennomføring av studien og bruk av kollegaer som informanter i den. I en telefonsamtale til NSD mars 2015 var tilbakemelding at så lenge jeg som forsker oppbevarte den innsamlede informasjon etter gjeldende forskrifter med hensyn til deltagerens anonymitet, stilles det ikke krav til godkjenning av bruk av kollegaer som informanter. Spørsmålet om anonymitet og taushetsplikt for informantene blir likevel viktig.

Informantene fikk informasjon om studiens formål i forkant av deltakelsen, og de ga skriftlig samtykke til å delta i studien. Å intervju informanter på egen arbeidsplass kan gjøre det vanskelig å opprettholde anonymitet. Informantenes anonymitet ble ivaretatt ved at samtykkeskjema omhandlet spørsmålet om anonymitet ved at informantens navn skulle holdes skjult, og det fremkom tydelig at de hadde mulighet til å trekke seg dersom de skulle ønske det. Ved at opptak av samtalen ble transkribert og anonymisert kort tid etter fokusgruppeintervjuet, ble informantens anonymitet ivaretatt. Opptaket er oppbevart slik at ingen andre enn undertegnede har tilgang til det, og intervjuet vil bli slettet innen seks måneder etter levering av masteroppgaven. Anonymitet innad i poliklinikken og overfor

ledelsen, ble ivarettatt ved at invitasjon om deltakelse ble foretatt direkte i posthyllen til den enkelte. Min kontakt foregikk videre primært på e-post. Etter at informantene hadde takket ja og tidspunkt for gjennomføring ble avklart, ble informantenes navn ikke videre nevnt for andre på arbeidsplassen.

Informantenes profesjon kommer frem i oppgaven, og da det er et begrenset antall ansatte, vil noen kollegaer ved lesning av studien muligens kunne tenke seg frem til hvem informantene er. Disse forhold var åpne overfor informantene. I starten av fokusgruppeintervjuet kom det frem at alle opplevde dette som uproblematisk.

For videre å ivareta informantenes konfidensialitet, har refleksjonene og svarene ikke blitt knyttet til enkeltpersoner eller den faggruppe de representerer. Tematikken i fokusgruppeintervjuet går på faglig fokus og praksis, jfr. studiens problemstilling, og funn kan i liten grad anses som sensitivt. Det er heller ingen pasienter direkte involvert i studien. Som leder av fokusgruppen ville jeg, dersom nødvendig, minne informantene på deres taushetsplikt dersom de skulle ønske å komme med kasuseksempler.

Den aktuelle poliklinikken er av moderat størrelse, noe som medfører at enkelte av terapeutene har nærmere relasjon til hverandre enn andre, noe som kan virke inn på hvordan den enkelte velger å svare på spørsmålene. På den andre siden så kan bruk av informanter som er kollegaer også kunne gi en økt grad av trygghet til å dele sine erfaringer og refleksjoner omkring tema. Snarere enn at fokusgruppen medførte belastninger, håper jeg at deltakelse bidro til at informantene ble stimulert til refleksjon over sitt kliniske arbeid, og kanskje også til å invitere søsken oftere inn i behandling.

I analysefasen foretar forskeren utvalg av informasjon og fortolker denne med utgangspunkt i egne punktueringer. Derfor kan informanter komme i en situasjon hvor de opplever å ha blitt tolket feilaktig i sine utsagn, og at deres budskap har blitt tatt ut av sin sammenheng (Malterud 2013). Dette stiller krav til varsomhet både i transkribering, analyse og tolkning.

3.6 Dataanalyse og bearbeiding

Etter gjennomføring av fokusgruppeintervjuet, transkriberingen og flere gjennomlesninger av den, begynner analysearbeidet.

3.6.1 Fra tekst til analyse

I analysen skal jeg fortolke og sammenfatte det organiserte datamaterialet, og på den måten binde rådata og funn sammen. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller jeg spørsmålsteget ved materialet. Jeg leter etter, og identifiserer kjennetegn og mønster. Det er videre viktig for meg å avklare betydningen av min forforståelse og den teoretiske referanserammen i forhold til mine empiriske funn, og å drøfte funnene opp mot gjeldende teorier. Jeg må innta en refleksiv tilnærming, der jeg gjennom hele forskningsprosessen tar stilling til min egen rolle og posisjon som forsker. I analyse av kvalitative data kan det finnes flere gyldige tolkninger. Det krever at jeg viser til hvilke prinsipper og posisjoner som har ført frem til forskningsfunnene (Malterud 2013).

3.6.2 Systematisk tekstkondensering

For å skape mening og oversikt i mitt datamateriale, har jeg valgt å benytte meg av Malteruds analysemodell, *systematisk tekstkondensering*. Analysemodellen er en modifisering av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud 2013). Analysen følger en tidkrevende og detaljert prosedyre, og den gjennomføres i følgende fire trinn:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsbærende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2013, s. 98).

Med bakgrunn i disse fire trinnene ønsker jeg først kort å gjengi hvordan jeg valgte å gjennomføre min analyse, før jeg i neste kapittel presenterer forskningsfunnene.

Trinn 1: Fra villnis til tema

Analysen startet allerede rett etter fokusgruppeintervjuet da jeg skrev ned tanker og refleksjoner som jeg ble opptatt av i forbindelse med intervjuet, og mens jeg holdt på med transkriberingen. Etter transkriberingen satt jeg igjen med 32 sider tekst. I henhold til Malterud (2013) skulle jeg på dette trinnet sette min forforståelse og teoretiske referanseramme i midlertidig parentes i tråd med det fenomenologiske perspektivet. Rent konkret innebar dette at jeg skulle tilnærme meg innholdet som om dette var nytt for meg. For at jeg skulle kunne høre informantenes stemmer tilstrekkelig tydelig, var det en forutsetning at jeg kunne stille meg åpen for de inntrykk som materialet formidlet. I den forbindelse var det

hjelpsomt å skrive ned mine tanker og hypoteser Disse fortalte noe om hva jeg allerede trodde jeg visste om hvordan BUP behandler søsken som pårørende. Det var nyttig å sette min egen forforståelse midlertidig til side for aktivt å utforske det materialet som lå foran meg.

Første trinn i analysen var å lese transkripsjonen av fokusgruppeintervjuet, der jeg samtidig markerte sitater som hadde sammenheng med problemstillingen. Betragtninger noterte jeg i marginen. Denne prosessen gjentok jeg flere ganger for å danne meg et helhetsbilde, og hvor etter hvert ni foreløpige temaer om søskeninvolvering i terapi ble identifisert. For å skape et utvidet analytisk rom med flere nyanser, hvor konsensus ikke var målet, delte jeg min empiri med en medstudent for å få hjelp til å få øye på detaljer som jeg ikke så alene. Vi diskuterte og drøftet videre hvordan de foreløpige temaene kunne tenkes å belyse oppgavens problemstilling. Det var med på å skape et utgangspunkt for de resterende trinnene i det møysommelige analytiske arbeidet som gjenstod.

Trinn 2: Fra tema til koder

I det andre trinnet gikk jeg systematisk gjennom transkripsjonen linje for linje. Hensikten med en slik detaljert gjennomlesing var å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter. *De meningsbærende enheter* viser mer konkret til tekstelementer som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn, og som samtidig sier noe som kan bidra til å besvare problemstillingen (Malterud 2013). Disse enhetene ble deretter sortert og fortettet i grupper etter koder. Tekstelementer, som etter sitt innhold viste at det hadde noe til felles, ble merket med en kode.

På dette tidspunktet var de 32 sidene med tekst et dekontekstualisert materiale som jeg hadde redusert til fire kodegrupper, de jeg tenkte ville si noe om hvordan BUP behandler søsken som pårørende. To av kodene fremstod som for like, og valget falt på å slå sammen to av kodene. Til slutt stod jeg tilbake med tre kodegrupper. Kvalitativ metode tillater fleksibilitet som gjør det mulig å gå noen skritt tilbake, og for å gjøre nye vurderinger av kodene.

Trinn 3: Fra kode til mening

Med utgangspunkt i Malteruds (2013) modifisering av Giorgis fenomenologiske tilnærming, arbeidet jeg videre med den enkelte kodegruppe som enhet. Dette til forskjell fra Giorgis anbefaling om å gjennomgå hver enkelt av de meningsbærende enhetene innen hver gruppe. Jeg oppdaget også at innholdet omfattet flere ulike nyanser og beskrivelser av forskjellige

meningsaspekter ved hvert tema. Videre laget jeg subgrupper av materialet innenfor hver kode. Subgruppene som jeg festet meg ved, er preget av det faglige ståstedet jeg leser materialet ut fra. Teksten blir på denne måten tolket med utgangspunkt i mitt faglige ståsted og perspektiv.

I det tredje trinnet analyserer jeg de ulike subgruppene. I tråd med Malteruds begrep om «kunstige sitat», laget jeg et kondensat for hver kodegruppe. Kondensatets funksjon er å gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, fortrinnsvis med bruk av informantenes egne begreper og ord fra de meningsbærende enhetene. For å lage kondensatene krevde det en systematisk gjennomgang av det empiriske materialet, samtidig som jeg spurte meg selv hva disse tekstene kunne fortelle om problemstillingen. På den måten var det hensiktsmessig å omsette innholdet til mer generell form. Kondensatet ble således et arbeidsnotat som jeg brukte som utgangspunkt for funnpresentasjonene i analysenes siste og fjerde trinn.

Trinn 4: Fra kondensering til beskrivelser og begreper

Her er et eksempel på et kondensat hvor ett av hovedtemaene i studien inngår:

Noen av ungdommene vil absolutt ikke ha søsken med i behandlingsopplegget, og noen har ikke lyst å dele meg som terapeut med søsken. Jeg mener, at når det gjelder barna og ungdommene som kommer til BUP, så kommer de jo inn fordi de har store belastninger, da tenker jeg at det er ikke nødvendigvis sånn at, en skal involvere søsken i den belastningen. Jeg prøver å vise lojalitet både til det henviste barn og ungdom, og deres søsken når de uttrykker sine ønsker og behov. En må ta hensyn til om barna eller ungdommene opplever interne konflikter, eller konkurranse, eller at det blir for problematisk pga alder å ta søsken inn i samtalene. Det er jo også slik at ungdommene har rett å si nei til hvem de vil involvere. Jeg tenker ofte på om det blir en merbelastning for søsken å bli involvert i behandlingsopplegget, ikke kun emosjonelt, at jeg legger ekstra byrde på dem når jeg spør om hvordan de kan hjelpe sin bror eller søster, men også praktisk, da de går glipp av skolen for å delta.

I analysens fjerde trinn laget jeg det Malterud (2013) kaller en analytisk tekst for hver kodegruppe. Denne teksten tok utgangspunkt i de kondenserte tekstbitene og de utvalgte sitatene. Hensikten med denne teksten er å formidle hva mitt materiale sier om en utvalgt side ved min problemstilling. På samme tid vurderte jeg hvorvidt funnene fortsatt ga en gyldig beskrivelse av den sammenheng den opprinnelig var hentet fra. Den analytiske teksten representerer således mine funn i studien.

3.7 Studiens kvalitet

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet knyttes til spørsmål om pålitelighet. Metoden skal kunne etterprøves av andre og frembringe noenlunde lignende funn. Reliabiliteten er høy hvis tilfeldige feil er små. Begrepet knyttes til spørsmål om hvorvidt forskning kan gi inntrykk av at den er utført på en tillitsvekkende og pålitelig måte (Thagaard 2013). I den fortolkende tradisjonen som kvalitativ forskning baseres på, er en fullstendig nøytralitet umulig og mitt engasjementet som forsker for søsken til pasienter i psykisk helsevern for barn- og unge kan ses på som støy, men også som en ressurs. I følge Tjora (2013) er forskerens kunnskap en ressurs, men hvordan denne brukes i en analyse må gjøres tydelig. For å øke oppgavens reliabilitet har jeg prøvd å gjøre forskningsprosessen så «gjennomsiktig» som mulig ved å gi en detaljert beskrivelse av min posisjon til tema, forskningsstrategi og teoretisk ståsted. Min forskningsstrategi, analysemetode og teoretisk ståsted preger mine handlingsvalg og beskrivelser.

I følge Thagaard (2013) kan det å ha en kollega å drøfte oppgaven med, være et viktig ledd i å styrke reliabilitet. Jeg har i løpet av forskningsprosessen hatt anledning til å diskutere oppgaven med en medstudent. Sammen med denne ble avgjørende beslutninger for forskningsprosessen diskutert. På denne måten ble blant annet min forforståelse og tolkninger ytterligere utfordret og korrigert i møte med medstudenten. I et ytterligere forsøk på «gjennomsiktighet» vil det i min presentasjonen av funn tydelig fremgå hva som er mine egne fortolkninger og vurderinger, og hva informantene selv har formidlet under fokusgruppeintervjuet.

3.7.2 Validitet

«All kunnskapsutvikling handler om å finne frem til mer eller mindre relevante versjoner av den virkeligheten som vi ønsker å vite mer om» (Malterud 2013, s.181)

Refleksjoner om forskningens relevans i alle deler av studien kan bidra til å åpne opp for viktige spørsmål vedrørende gyldighet. En måte å gjøre det på er å stille spørsmål ved problemstillingens relevans, utvalget, data-innsamling, den teoretiske referanserammen,

analysestrategien og presentasjonsformen. Andre relevante spørsmål vil være hvorvidt mine valg av «verktøy» er egnet for å forstå det fenomenet jeg ønsker å studere. Hvordan jeg har valgt å benytte mine «verktøy» i oppgaven kan videre bidra til å vise mer eller mindre relevante valg som kan ha påvirket den kunnskapen jeg har kommet frem til. Steg for steg har jeg gjort meg selv oppmerksom på egne motforestillinger som sørger for at jeg ser mine valg og tolkinger opp mot alternative muligheter. Malterud (2013) beskriver dette som refleksivitet i praksis. Validitet i denne studien er forsøkt ivaretatt ved grundige beskrivelser av forskningsprosessen. Grunnet min posisjon og nærhet til informantene og datamaterialet, har dette vært særs viktig.

Reliabilitet og validitet handler om å vise at en har bearbeidet data på en pålitelig og troverdig måte, og om å kunne formidle forskningsprosessens ulike steg. Herunder vil det også være sentralt å være åpen for mulige begrensinger og modifisering av forskningsdesign som eventuelt ville kunne lede til andre funn.

3.7.3 Overførbarhet og generalisering

Overførbarheten og generalisering er avhengig av om funnene kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger (Russell og Gregory 2009). Det vil si om funnene i denne studien kan overføres til andre poliklinikker for barn- og unges psykiske helse. I studien har jeg brukt anerkjente analysemetoder og jeg diskuterer materialet i lys av kjente teorier. Et ankepunkt for generalisering, er at studien omhandler kun én poliklinikk, at det er gjennomført kun ett fokusgruppeintervju, og at det kun var seks personer som deltok i fokusgruppen. Funnene kan likevel sies å være relevante og overførbare for andre poliklinikker ettersom de fleste lokale poliklinikkene tar utgangspunkt i nasjonale direktiver (Jfr. Nasjonal Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge fra 2008). Det er få studier som direkte har utforsket søsken til pasienter i behandling på BUP, og derfor kan studiens funn gi et viktig grunnlag for hypoteser for videre undersøkelser.

4 Presentasjon av forskningsfunn

«En kan ikke forvente å oppdage nytt land, om man ikke innser at det betyr, at en ikke har land i sikte for en lang periode» (Andre Gide, *Les faux-monnayeurs* (The Counterfeiters, 1925)).»

I dette kapittelet blir funnene presentert i en sammenhengende tekst. Teksten er min tolking av det som er vesentlig for å belyse problemstillingen: *Hvordan forholder terapeuter i BUP seg til søsken som pårørende?* Gjennom analyseprosessen som er beskrevet i metodologikapitlet, identifiserte jeg følgende tre hovedfunn med sine undertema som vist i Figur 2. Disse overlapper hverandre i noen grad, men representerer likevel forskjellige aspekter av informantenes forhold til søskens involvering i behandlingen av den henviste pasient i BUP. For å belyse problemstillingen ble følgende forskningsspørsmål utviklet:

- Hva ligger til grunn for en terapeuts valg av involvering eller ikke-involvering av søsken i behandlingen av det henviste barnet?
- Hvilke muligheter og/eller begrensinger finnes hos den enkelte terapeut, og i organisasjonen for å involvere søsken som pårørende i behandling?
- Hvilke erfaringer har terapeuten når hun har valgt å involvere søsken i behandlingen av det henviste barnet?

Tabell 1 Skjematisk oversikt over hovedkategorier og de aspekter/undertema disse kan inneholde

Hovedkategori	Aspekter/undertema
1. Balanse mellom rammer og frie tøyler	Dagens faglige rammer Ønsket faglige rammer Organisatoriske rammer
2. Søsken fra usynlig til ressurs	Positive erfaringer Negative erfaringer Erfaringer av søskens behov av hjelp i BUP Erfaringers innvirkning på terapeuten - «Rapport fra det indre»
3. Lojalitet – på godt og vondt?	Lojalitet – Ønske om å beskytte sin pasient og søsken Lojalitet til faglige og organisatoriske rammer Verdikonflikt - «Rapport fra det indre»

I presentasjonen under funnene benyttes utvalgte sitater fra den transkriberte teksten for å fremheve informantenes stemme.

4.1 Balanse mellom rammer og frie tøyler

«[I] retningslinjene for BUP [leser jeg] en slags begrensning, fordi det står ikke: 'Vi ber dere jobbe med samspillet mellom søsken.»

Dagens faglige rammer

På spørsmålet om hvordan de som behandlere i BUP forholdt seg til søskens deltakelse i behandlingen av henvist barn, ble informantene raskt opptatt av de faglige rammene som de arbeidet innenfor. De viste til hvordan behandlingsforskriftene (Helsedirektoratet 2008b) verken omtalte søskens involvering i behandling eller søsken som pårørende.

Henvisningsgrunnen var derimot ofte den som la den tydeligste føringen for hva som ble forventet av behandling. Informantene fremhevet både henvisningsgrunn og anamnese som viktige kilder til informasjon for å sette diagnose, valg av behandlingsform og hvordan den burde gjennomføres. Flere av informantene viste til at det standardiserte anamneseskjemaet også inneholder noe kartlegging av relasjon til søsken, hvilket kjønn, hvor gamle de er, og om de er hel eller halvsøsken. For informantene var ikke dette nok for å invitere søsken i deler eller hele behandling. De ønsket at det i retningslinjene hadde stått klart, at de skulle vektlegge arbeid med samspill mellom søsken. Informantene viste til at de er pålagt å informere foreldre om barnets diagnose, men det står ikke noe om at søsken skal informeres. Informantene beskrev ulik praksis med å informere foreldre alene eller sammen med søsken. En av informantene mente det var klokest å la foreldrene gjøre det, og at hun velger å informere i de saker hvor foreldre ikke føler seg kompetente eller hvor de særlig ber om at hun også skal snakke med søsken.

En annen av informantene betonte at det i utredningsprosessen kan komme frem indikasjoner på at det ville være nyttig å invitere familien inn i terapiprosessen. Utredningsprosessens samtaler er med på å skape viktig informasjon både for foreldre, søsken og behandler. Den samme informanter var opptatt av at den nye informasjonen i seg selv kunne bedre samspill og samhandling i familien. Når diagnosen er satt, kan den gi rammer for hvordan

behandlingen skal gjennomføres, slik som i behandlingsmodellen «Anorexia Nervosa, A Family-Based Approach, FBT» hvor hele familien forventes å delta i behandlingen.

Flere av informantene var opptatt av at de opplevde et dilemma i de sakene de valgte å gå utenfor rammen for å invitere søsken inn, eksempelvis for å gi dem psykoedukasjon.

Dilemmaet var delvis knyttet til kunnskap, og da særlig kunnskap for å vurdere om en slik intervensjon ville være nyttig. Som en informanter sa det: «En må vite hva en gjør». Flere av informantene viste til hvordan det å åpne opp terapirommet for flere personer kunne være en utfordring. Noen var opptatt av mulige negative utfall for søsken, at en slik involvering ville medføre en tilleggsbyrde for dem. Flere av informantene var derimot tydelig på at de ville invitere søsken hvis foreldre eller barnet/ungdommen selv tok initiativ til det. De påpekte imidlertid at det kjennes tryggere når det er en forutsetning at du må.

Ønsket faglige rammer

«[Jeg] har et ønske om at de i ledelsen skulle (...) [gi oss] en faglig begrunnelse [for om, og i så fall når det er indikasjon for å involvere søsken].»

Informantene etterlyste kunnskap om behandlingsforskning på barn og ungdom og deres familier. Informantene viste også til et ønske om mer spesifikk kunnskap om søskens deltakelse generelt i behandlingen på BUP. Etersom det er ledelsen som legger rammene for hvordan behandling skal gjennomføres, etter hvilken teori og metode, mente informantene at det var sentralt at ledelsen forvaltet en slik kunnskap. Dersom søskens deltakelse var bevisst forankret på ledelsesnivå, ville det være til hjelp. På denne måten ville en også bidra til å bevisstgjøre den enkelte behandler holdning til søskens deltakelse i behandlingen.

Når samtalen kom inn på hvordan de kunne ønske at de faglige rammene var formulert, kom flere av informantene med forslag til hvordan praksis kunne bli endret gjennom konkrete tiltak. Anamnesen kunne utvides slik at det fremkom mer informasjon om barnets familie og deres historie som familie. Det ville kunne skape et bedre utgangspunkt for å planlegge et godt behandlingsopplegg for det henviste barnet, og vurdering av hvilken rolle søsken og foreldre skulle kunne bidra med i behandlingsprosessen. Rutinemessig bruk av genogram, livslinje eller liknende i anamneseopptak under utredningen, ville være et naturlig innhold i en familiesamtale. Det ville skape en felles positiv opplevelse for familien. De mente at familiemedlemmene ofte hadde forskjellig perspektiv på situasjonen, noe som kunne være

konstruktivt. Både det henviste barnet, foreldrene og søsken har forskjellige historier og forståelser av sin situasjon.

«Det er nyttig for terapeuten å se hele familien interagere», konkluderte en av informantene.

For noen av informantene var det en utfordrende tanke å ha flere familiemedlemmer i sitt terapirom. De ønsket seg økt kompetanse i familieforståelse og på å samtale med hele familien samtidig. Alle var opptatt av at hvis de skulle innlemme familiearbeid på forskjellige måter i flere behandlingsopplegg, ville avdelingen trenge flere fagpersoner, (om de skulle kunne klare dette også, i tillegg til det de gjorde nå.) Å gjøre familiearbeid obligatorisk og å trekke inn søsken i hver sak, trodde en av informantene ville bli vanskelig på den nåværende tidspunkt.

Organisatoriske rammer

«Det er vel slik vi jobber nå, at vi [inviterer søsken inn, når] vi tenker det er relevant. Men [jeg] tror det lett kan glippe hvis vi ikke har kapasitet, eller når vi føler oss presset [på tid]»

” (...) men rammene er der, og begrensningene i forhold til (...) kapasiteten. [Mange] saker er søkt inn i forhold til de vi klarer å avslutte [raskt nok for å kunne ta inn nye henvisninger]. Et regnestykke som ikke går opp.”

Informantene mente at hvor en jobbet i systemet og hvilke retningslinjer og tradisjoner som var der, var avgjørende for om det henviste barn eller ungdom og deres familie ble møtt med et helhetlig perspektiv. Det er forskjellig tilnærming og tradisjon på barne- og familieposten sammenliknet med BUP som er informantenes aktuelle arbeidsplass. Rammene som er der, er der ikke av «vond vilje», men blir begrensninger for dem, mente de. I de tilfeller hvor de så behov for å invitere inn hele familien eller søsken i behandlingen av det henviste barnet, opplevde de at det ofte ble et spørsmål om kapasitet. Situasjonen nå, når de tenkte på hva de er pålagt å arbeide med, hvilke personalressurser, og hvilken kompetanse som finnes, blir det et regnestykke som ikke går opp, hevdet de.

Flere av informantene ønsket å slippe følelsen av å gjøre noe de ikke burde gjøre. For eksempel at de gjorde noe galt dersom de vurderte at det ville være nyttig å invitere hele

familien. Hvis de i tillegg følte på at de egentlig ikke hadde kapasitet til å ta på seg den jobben, så «kuttet» de den. De mente det kunne ha vært nyttig for mange av barna, at organisasjonen anerkjente behovet for et kontekstuellet perspektiv, der familien som barnet levde i og søsken også ble tatt i betraktning. Det var viktig for informantene å betone at for å arbeide på en slik måte, ville det trolig kreve en økning i både kompetanse og stillings verk.

4.2 Søsken fra usynlig til ressurs

Jeg har en veldig positiv erfaring i forhold til det med søsken, og det var i forbindelse med to henvisninger som kom til oss, til forskjellig tidspunkt, der det hadde vært vold i familien. Et tredje søsken var henvist til en annen hjelpeinstans. Det ble besluttet å samkjøre ungdommene og ha felles samtaler med dem. Tilbakemelding fra ungdommene var at de opplevde det som veldig positivt for da fikk de en mulighet til å være støtte for hverandre og være ressurs for hverandre.

Positive erfaringer

Flere av informantene ga eksempel på gode erfaringer når de hadde invitert søsken inn i behandlingen. De mente at det var mange gode grunner til å inkludere hele eller deler av familiesystemet. Det kunne være situasjoner der det viste seg ikke å være tilstrekkelig å arbeide individuelt for å hjelpe det henviste barnet. En annen grunn kunne være sykdom i familien, hvor flere av informantene hadde erfaringer med at sykdom virket inn på ulike måter i familien. De løftet her frem den systemiske ideen om at individet, i dette tilfellet barnet som opplever vansker, påvirker familiesystemet og at familiesystemet påvirker barnet.

Informantene viste også til at kontakt med søsken var viktig for å få klarlagt hvorvidt bror eller søster var med på å opprettholde et sykdomsbilde, eller kanskje fungerte som en beskyttende faktor for det lidende barnet

Informantene formidlet også mange positive ”bonuserfaringer” i situasjoner hvor de hadde gitt informasjon. Det viste seg at foreldrene da våget å stille spørsmål om ting som var viktige for dem å få klarhet i. En annen ”bonuserfaring” de hadde fått, var at søsken ofte husket andre ting enn pasienten, og kunne derfor supplere historien. En slik utvidelse av pasienten og familiens historie var ofte nyttig i den videre behandlingsprosessen. En av informantene kunne fortelle om at flere barn og ungdommer hadde bedt om at søsken måtte få bli med i

samtale da de hadde behov for å fortelle om vanskelige ting som skjedde hjemme, og hvor vanskelig de hadde det der.

En annen informanter hadde vært involvert i en situasjon, hvor tre søsken som hadde vært utsatt for vold i sin familie, hadde blitt henvist til ulike terapeuter i ulike system. Dette var noe hun oppdaget ved en tilfeldighet. Hun bestemte seg for å invitere alle tre ungdommene til samtale med seg som behandler. For søsknene viste dette seg å være svært positivt. De fikk mulighet til å være en støtte og ressurs for hverandre. Enda en annen av informantene fortalte om flere positive tilbakemeldinger hun hadde fått fra søsken som hadde fått informasjon om bror eller søsters diagnose.

For som en bror hadde sagt: ” *da skjønner jeg litt mer av hva det er, og hvorfor han er sånn* ”.

Den samme informanten hadde også erfaring med at samtaler med søsken setter i gang prosesser som hjelper dem å forholde seg til den henviste broren eller søsteren, på en annen og mer konstruktiv måte. I ett konkret tilfelle hadde en familie vært nær å gå i oppløsning som følge av en konflikt mellom det henviste barnet og lillebror, og foreldrenes antakelse om hva lillebror måtte tåle ut av hensyn til hans søster. For denne familien var hennes helhetlige tilnærming som terapeut avgjørende for at hun kunne hjelpe foreldrene til å se hva som var rimelig å forvente av lillebror ut fra hans alders osv. På den måten var det mulig å bidra til endring i familiens samspill, som reduserte konfliktnivået til nytte for den videre terapiprosessen og for alle i familien.

En informanter konkluderte med at for henne hadde det å arbeide med utgangspunkt i en diagnosegruppe der familien er en del av behandlingsopplegget, vært avgjørende for å inkludere et familieperspektiv, også i de saker hvor problematikken ikke var relatert til denne diagnosegruppen. Hun sa at:

” (...) *terskelen er ikke så høy for å tenke, kan vi ta med noen søsken [i behandlingen]? Kan det være hjelpsomt i en kortere avgrenset periode?*

«*Jeg tenker nå, at det er jo ikke så farlig å ta søsken med inn i behandlingen. Det har vært bra det, også for pasienten*»

Negative erfaringer

Ja, [jeg] har vært med på [en negativ situasjon, da vi skulle gi informasjon til voksne søsken]. [Søsken] var ensrette mot det gale og feile som pasienten vår gjorde og gjør ... ehh. Det ble en ytterligere byrde for pasienten. Det var en slags ehh (...) forsterking av det foreldrene kom av påstander i sin fortvilelse, så gjorde søsken det og, det ble hauger oppå pasienten av gal atferd.

Informantene hadde få negative erfaringer med å ha søsken med i behandlingen. To av informantene beskrev imidlertid en negativ og ubehagelig opplevelse som de hadde hatt da de jobbet sammen med en familie. Foreldrene og søster eller bror som møtte opp for å få informasjon om det henviste barnets diagnose, begynte med å anklage og kritisere vedkommende for all den gale atferden som hun viste. Det ble destruktiv kritikk av den henviste pasient som de som behandlerne ikke klarte å avverge.

En informanter fremhevet dilemma som oppstod i de tilfeller hvor ungdom ikke ønsket å snakke med søsken og terapeuten vurderte at det ville ha vært nyttig. Det kunne dreie seg om tilfeller hvor flere søsken var henvist til samme BUP, og en felles samtale ville ha vært nyttig for dem begge. Slike situasjoner opplevdes vanskelige, samtidig som det var nødvendig å godta at taushetsplikten kunne komme i veien for et godt terapeutisk arbeid. I andre tilsvarende situasjoner kunne det være begrunnelser som at ungdom ikke ønsket å dele terapeut med noen.

Erfaringer av søskens behov og hjelp

Mange søsken vil helt sikkert prøve å hjelpe søsknene sine, sant. Men så har ikke de verktøyene til å gjøre det, og ved å involvere de i arbeidet på BUP, så kunne de gjerne fått noen verktøy, så de kan hjelpe på en måte, sånn at de samtidig ivaretar seg selv.

På samme tid som informantene var opptatt av det henviste barnet, var de også opptatt av å ivareta den enkelte søster eller brors behov. En av dem nevnte en undersøkelse om søsken til funksjonshemmede (som bl.a. søsken til psykisk utviklingshemmede) som tydelig viste at søsken ofte kunne oppleve seg nedprioritert, ved at de blant annet fikk for lite oppmerksomhet, tid og rom hjemme.

Flere av informantene nevnte at de mente at søsken først og fremst ønsket seg mer plass hjemme, at foreldrene så dem og gav dem oppmerksomhet. De var opptatt av at søsken kunne bli preget for resten av sitt liv av å leve med å ha søsken som har spesielle vansker. De nevnte bl.a. at mange søsken føler skam når de har søsken som er ”rar”, og at det er mange ting de gjerne må svare på vegne av sine søsken. Informantene beskrev videre at de hadde erfart at mange søsken ville prøve å hjelpe søsknene sine, men at de ikke alltid hadde verktøyene til å gjøre det. Ved å involvere søsken i arbeidet på BUP, ville de kunne få tilgang til slike verktøy slik at de samtidig var i stand til å ivareta seg selv. Informantene var opptatt av at søsken er forskjellige og er i ulike livssituasjoner og dermed blir det sentralt å tilpasse tilbud til dem utfra deres ulike behov.

Erfaringers innvirkning på terapeuten - «Rapport fra det indre»

Jeg synes når jeg har hatt søsken med i behandlingen i familierapien, at den klumpen i magen, den, at vi skal vi involverer de nå, og fortelle de, ja, spørre de dette spørsmålet, spørre de hvordan de kan hjelpe pasienten med å bli frisk. Det er litt sånn der, det har vært en utfordring [for meg]. Men de lever jo med det. De lever jo med disse søsknene. De sier «nei sånn og sånn er det” og forteller i vei, og undrer seg over hva de kan gjøre. De sier at de har tenkt på hvordan de kan hjelpe.

Alle de tingene som vi har vært inne på og redd for å spørre om, det har de jo tenkt på, så det er jo egentlig ikke så vanskelig.

Flere informanter formidlet at de kunne oppleve uro og engstelse. Noe av denne engstelsen var knyttet til om de belastet både det henviste barnet eller ungdommen og søsken når de var sammen i samtale. Det var ubehagelig å spørre om hvordan søsken kunne hjelpe sin bror eller søster som strevet med sine vansker. La de da en ekstra byrde på dem? En informant konstaterte at det ikke hadde vist seg å være en belastning for de involverte. En annen informant fortalte at hun kunne grue seg til en familiesamtale fordi da hun følte hun ikke var trygg nok på sin kompetanse. På den andre siden sa en av informantene at det kun er fantasien som setter begrensninger for hvordan et behandlingsforløp kan legges opp, og vedkommende syntes å oppleve det som en inspirasjon.

4.3 Lojalitet – på godt og vondt?

«Når det gjelder ungdommene våre som kommer til BUP, så kommer de inn fordi de har store belastninger, da må jeg jo si, at det ikke nødvendigvis er sånn, at en skal involvere søsken i den belastningen».

Lojalitet - Ønske om å beskytte sin pasient og søsken

I samtalen var det mange av informantene som viste sin lojalitet, både til det henviste barn og ungdom, og deres søsken. Informantene vektla at de barn og unge som får tilbud ved BUP kjennetegnes ved å ha store belastninger i livet. Derfor kan det å involvere søsken være en ekstra belastning for barnet og ungdommen. Det var heller ikke aktuelt for informantene å invitere søsken når barna og ungdommene opplever interne konflikter og konkurranse med dem.

En informant nevnte at hun ofte tenkte det kunne bli en belastning for søsken å bli involvert i behandlingsopplegget. At hun la ekstra byrde på dem når hun spør om hvordan de skulle kunne hjelpe sin bror eller søster. Informantene var også opptatt av at å delta i behandlingen på BUP, innbar at søsken gikk glipp av skoleundervisning. Denne tanken gjorde at informanten ofte avstod fra invitere søsken i behandlingsopplegget.

Informantene var videre opptatt av den juridiske siden som skaper muligheter og hindringer for et behandlingsopplegg. Ungdommens bestemmelsesrett for hvem de vil involvere i behandlingen, kunne komme i konflikt med informantenes vurdering om at deltakelse av familie og søsken ville være til hjelp for ungdommen. I slike situasjoner mente informantene at det var nødvendig å ta hensyn til jussen og til den terapeutiske taushetsplikten.

Lojalitet til faglige og organisatoriske rammer

«Jeg tenker jo, at vi på mange måter får vårt oppdrag spesifisert i en henvisningsgrunn, som forteller oss hva vi skal gjøre.»

Informantene var gjennom hele samtalen på forskjellige måter opptatt av de faglige og organisatoriske rammene de jobbet innenfor. Ett bilde som stod frem var opplevelsen av rammens delte funksjon. På den ene siden representerte, de trygghet og på den andre siden en begrensende funksjon. De fremstod som lojale mot rammene uansett, med noen få unntak som jeg skal komme tilbake til. De faglige rammene var til hjelp for å vite hvordan de skulle ta imot det henviste barnet eller ungdommen, og hvilket behandlingsopplegg som det var

evidens for å ta i bruk. Likeså var det til hjelp når de visste hva ledelsen mente de som terapeuter skulle gjøre i konkrete situasjoner.

Informantene fortalte også om sine erfaringer fra tidligere da det var mindre vekt på faglige retningslinjer fra ledelsen. De ble kreative, og ut fra sin utdanning, kompetanse, og erfaring fikk de mange gode ideer om hvordan de kunne gjøre en god faglig jobb, og kanskje hyppigere involverte søsken og familie. Nå opplevde de at de ikke fikk nok støtte fra ledelsen dersom de gikk utenfor det individuelle perspektivet. Flere kunne tenke seg å drive familiearbeid eller å invitere søsken mer inn i behandlingsopplegget, men de følte seg usikre på om de da var illojale mot ledelsen. Gjorde de da noe som de ikke skulle? Ville det medføre ubehag, som kritikk fra ledelsen? Retningslinjene for BUP er en slags begrensning, fordi det ikke står eksplisitt i retningslinjene for utredning: ”vi ber dere jobbe med samspillet mellom søsken”.

En av informantene formulerte det slik at det ikke var av vond vilje hos de organisatoriske sjefene, men de organisatoriske rammene skaper begrensninger for hva en faglig kan gjøre for den enkelte. For eksempel invitere søsken eller hele familien i behandlingen. Kravet om økt antall saker som må bli tatt inn på BUP i en viss tidsperiode, gjør at mange saker må avsluttes for tidlig med tanke på optimal behandling. Personalkapasiteten står ikke i forhold til alle oppgaver som de er pålagt å utføre. Informantene sier igjen at det er et regnestykke som ikke går opp.

Verdikonflikt – «Rapport fra det indre»

«Krav til effektivitet og produktivitet opplever jeg kan hindre meg i å tenke mer helhetlig i forhold til å jobbe med søsken.»

Informantene opplevde at krav til effektivitet og produktivitet kunne hindre dem i å tenke mer helhetlig rundt henvist pasient og familien. Deres nåværende arbeidshverdag var allerede preget av tidspress, noe som gjorde det vanskelig for dem å se for seg at søsken skulle involveres selv i de saker hvor dette hadde vært et godt behandlingstiltak. En av informantene ga uttrykk for at hun kunne få følelsen av å gjøre noe hun ikke burde ha gjort hvis hun valgte å møte hele familien, eller på andre måter ta inn søsken i behandlingsopplegget ettersom dette ikke er pålagt. Informantene synes å være enige i at det dermed blir slik at de ofte trekker seg, og det kan oppleves nærmest fristende å la være ettersom det vil gå utover de oppgaver de allerede er pålagt å gjennomføre.

4.4 Oppsummering

De fleste av informantene hadde våget å «forlate land ut av sikte», og hadde gode erfaringer med det.

Pasientene hadde lært informantene at når noe skjer med et av barna i familien, virker det inn på hele familien. De hadde også erfaring av at familiesamtaler har en terapeutisk gunstig effekt. Dette var støttet av kasuistiske fortellinger og ikke forskningsdata.

Dersom de inviterte søsken i behandlingsopplegget, så dette ut til å henge sammen med blant annet erfaring fra og hvilken avdeling av psykisk helsevern for barn og unge de hadde arbeidet innenfor, før de kom til poliklinikken. Informantene hadde en opplevelse av at søsken som tema var mer present på barnepost eller liknende, sammenliknet med poliklinikk. De behandlerne som hadde kunnskap og erfaring med bruk av behandlingsmetoder som Friends (Barret 2005) og Family Based Therapy for Anorexia Nervosa (Lock 2013) viste til at de i større grad hadde begynt å invitere søsken inn i deler av behandlingen, også i møte med andre problemstillinger enn spiseforstyrrelse og angst.

Informantene mente at det var mange gode grunner for å invitere søsken. Også søsken, ikke kun foreldre, trengte informasjon om det henviste søskens situasjon. Det var til hjelp for dem å få forståelse av hva det var som gjorde at bror eller søster oppførte seg slik de gjorde. Slik kunnskap gjorde det mulig for de friske søsknene å være til støtte og hjelp for sin søster eller bror, noe som disse oftest ønsket. Samtidig fikk de redskap til bedre å bli i stand til å ivareta seg selv. Informantene hadde forskjellig holdning til om en burde invitere søsken rutinemessig til en «psykoedukativ» samtale. Noen mente at det måtte foreldrene få bestemme, om de ville gjøre det selv eller om de ønsket at det ble gjort sammen med behandler. Informantene var også opptatt av at det var viktig å ivareta søskens helse gjennom å samtale med dem, og eventuelt hele familien. Det var viktig at foreldrene ble gjort oppmerksom på de friske søsknenes behov for å kunne sikre dem en god utvikling. Informantene kunne fortelle om gode erfaringer med å invitere søsken inn i terapien, eller i deler av et terapiforløp. De beskrev kun en negativ erfaring, der et søsken og foreldrene begynte å kritisere atferden til den henviste pasienten. Det var en situasjon som var vanskelig å håndtere der og da.

I vurderingen av å tilby familiesamtale eller samtale med søsken, opplevde informantene imidlertid at de ofte havnet i en verdikonflikt. Denne opplevelsen ble særlig tydelig, når de

ikke opplevde å ha kapasitet til å gjennomføre et slikt opplegg, selv om det ville ha vært nyttig for pasienten.

Skulle de likevel velge å invitere søsken, eller ha flere familiesamtaler, ville det følgelig gå utover pålegg om å ta inn nye pasienter, og så raskt som mulig avslutte behandlingsforløp. Dette er i tråd med deres forståelse av hva de organisatoriske rammene forlangte av dem. Deres konklusjon ble, at både faglige og organisatoriske rammer kunne resultere i begrensninger for å involvere søsken i behandlingsprosesser på BUP.

Informantene med mest erfaring var opptatt av at rammene for deres arbeidshverdag har vært gjenstand for store endringer de siste tiårene. Før stod de friere til å bruke sin faglige erfaring, kunnskap og kreativitet til nytte for barna og deres familier. Selv om de satte pris på friheten den gangen, kunne de samtidig savne støtte og oppmuntring fra ledelsen.

Informantene etterlyste forskning som støttet betydningen av familiesamtaler i BUP. Videre ønsket de en definisjon av pårørende hvor søsken også ble nevnt. Det ville ha gjort det lettere for dem å involvere søsken i behandlingen. Med slik evidens og definisjon av pårørende i ryggen ville de lettere kunne påvirke sin arbeidssituasjon for søskens og familiens involvering i behandlingsprosesser mer generelt. De ønsket at organisasjonen la til rette for å øke kunnskap og kompetanse i familiearbeid.

Taushetsplikten, og barnets og ungdommens ønske (ungdommens medbestemmelserett) om ikke å involvere søsken, ble opplevd som en begrensning for gjennomføring av faglige intervensjoner som samtaler med søsken eller hele familien. Intervensjoner som behandleren mente ville være nyttig for pasienten.

Informantene var også opptatt av egne begrensninger for å involvere søsken i behandlingsprosesser på BUP. De nevnte blant annet engstelse for å skape problem for pasient, eller for søsken, og engstelse for å øke belastning på barna og ungdommene. De kunne også føle på en usikkerhet på om de hadde kunnskap nok til å møte hele familien i terapirommet.

Informantene var opptatt av å være lojale overfor pasientens og søskens behov og ønsker. De viste lojalitet til de organisatoriske og faglige rammene, selv om det samtidig skapte verdikonflikter for dem. Slik som lojaliteten til pasienten og søsken kunne gjøre.

De fleste av informantene hadde våget å «forlate land ut av sikte», og hadde gode erfaringer med det. De gav uttrykk for at de kunne ønske at forholdene lå enda bedre til rette for dem, for å oftere kunne involvere familien og søsken i behandlingen.

5 Diskusjon og implikasjoner

Denne studien handler om terapeuters opplevelser og erfaringer med involvering av søsken som ledd av behandling på BUP. I det følgende diskusjonskapitlet vil jeg løfte frem tre hovedtemaer med utgangspunkt i informantenes historier slik de ble presentert i funnkapitlet. Det første temaet, *Balanse mellom rammer og frie tøyler*, omhandler informantenes arbeidskontekst, og hvordan den påvirker hvorvidt de inviterer søsken inn i hele eller deler av behandlingsprosessen. Det andre temaet, *Søsken, fra usynlig til ressurs*, handler om informantenes erfaring fra situasjoner der de har involvert søsken. Det tredje og siste temaet, *Lojalitet – på godt og vondt?* tar for seg lojalitet til organisasjonens retningslinjer, samt lojalitet til pasient og søsken. Videre i kapitlet vil jeg belyse hvilke implikasjoner disse funnene kan ha for praksisfeltet når det gjelder en mer utvidet forståelse av pårørendebegrepet, og betydningen av at det gis rom for at søsken inviteres inn som del av en behandlingsprosess. Avslutningsvis vil jeg presentere mulige begrensninger ved studien, aktuelle spørsmål for fremtidig forskning, samt mine avsluttende bemerkninger.

5.1 *Balanse mellom rammer og frie tøyler*

5.1.1 **Hvordan påvirker dagens rammer informantene?**

Informantene ble raskt opptatt av de organisatoriske og faglige rammene som de arbeidet innenfor, når de ble spurt om hvordan de som terapeuter i BUP forholdt seg til søskens deltakelse som del av behandlingsprosessen. De opplevde begrensninger i de organisatoriske rammene gjorde at de kunne føle seg mindre trygge og frie til å invitere søsken og hele familien inn som en del av behandlingsprosessen. Informantene var videre opptatt av at det tidvis var vanskelig for dem å ivareta et helhetlig perspektiv i møte med det henviste barn og barnets vanskelige livssituasjon. I en hektisk arbeidshverdag ble det ofte et spørsmål om kapasitet. De pålagte arbeidsoppgavene, personalressurser og kompetanse på avdelingen var et regnestykke som ikke gikk opp. Informantenes historier om manglende helhetsperspektiv var noe ulik avhengig av deres erfaringer i psykisk helsevern for barn og unge, der noen avdelinger særlig kunne være preget av individualsentrert forståelse. En slik individualsentrert forståelse anses ofte som en grunnpilar innen en medisinsk forståelse av de problemstillinger som henvises til BUP, og kan sies å være i tråd med New Public Management (NPM) (Sundet 2015). På den aktuelle poliklinikken hvor informantene arbeidet, var beskrivelsene av

behandlingssystemet hovedsakelig i tråd med en individualisert og akontekstualisert forståelse. Informantene hadde en klar forståelse av at de skulle drive med utredning, diagnostisering og deretter starte opp behandling av det henviste barnet eller ungdommen.

Dilemma mellom kvalitet og effektivitet

I de tilfellene informantene gikk utenfor rammen, og ble opptatt av familiesystemet og fant det nyttig for behandlingsprosessen å invitere hele familien eller søsken, kunne de bli usikre på om det var «lov», om de gjorde noe galt. Behandlingsprosessen kunne i disse tilfellene bli lengre enn hva organisasjonen mente var ønskelig, ved at behandlingsforløp ikke ble avsluttet «i rett tid», ville det ikke være mulig for dem å ta inn nye pasienter så raskt som de var pålagt.

Dette dilemmaet mellom stadig økende ventelister på den ene siden og behov for lengre behandlingsprosess enn ønsket var et svært vanskelig dilemma for flere av informantene. Et slikt dilemma er ikke bare vanskelig for den enkelte terapeut, men også et mulig faresignal ved at antall tiltak kan bli viktigere enn kvaliteten på selve behandlingen. Konsekvensene av en slik tiltakstellende tilnærming til effektivitet vektlegges nettopp av Marell og Koser (2015), som slår fast at en behandlingsorganisasjon preget av NPM med vektlegging av antall tiltak og pasienter kan komme i konflikt med kvalitet på den behandling som tilbys. Den økende tilstedeværelse av en individsentrert forståelse og effektivitetskrav gjør at både organisasjonen og terapeutene befinner seg i et veiskille. Dette veiskillet handler i stor grad om et spenningsfelt mellom organisasjonen, herunder helsebyråkratens vektlegging av prinsipp om likebehandling, og terapeutenes tilsvarende vektlegging av prinsipp om skreddersydde tilbud til den enkelte pasient. Dette spenningsfeltet vil ikke uten videre kunne løses, og kanskje handler det i større grad om å finne gode kvalitetsmål på behandling, der effektivitet i form av tiltakstelling blir underordnet. Mens noen problemstillinger og diagnoser kan møtes på tilstrekkelig god måte med et begrenset antall behandlingstimer, vil andre kreve et mer utvidet behandlingsforløp hvor, en familieterapeutisk og systemisk forståelse er helt nødvendig.

Det finnes et godt empirisk evidensgrunnlag for familieterapeutisk arbeid med en rekke av de problemstillinger som en finner i BUP (Carr 2012). Det er nødvendigvis ikke slik at en familieterapeutisk tilnærming vil kreve flere timer totalt sett, og kanskje handler det i stedet om at en slik tilnærming står i sterk kontrast til og utfordrer den individsentrerte forståelse som har fått en slags hedersplass innenfor dagens psykisk helsevern (Sundet 2015).

Den gang da

Av informantene som hadde lang erfaring i BUP, var det flere som viste til hvordan de tidligere hadde større frihet til å bruke sitt kliniske skjønn, derunder kreativitet, i møte med pasientene. Det var altså mer rom for å kunne velge de metodetilnæringer som ble vurdert som hensiktsmessige i den aktuelle problemstilling. Det var dessuten også mer spillerom til å forstå den vanskelige livssituasjon ut fra et kontekstuellet perspektiv. Ett både og – å se det individuelle barnet, den individuelle ungdommen, i situasjonen, men også viktige personer rundt individet – foreldrene og søsken og øvrige system som barnet og familien er del av. Det kan høres ut som om det i større grad var mulig å anerkjenne kompleksiteten som vi mennesker lever i, og på den måten finne frem til en behandlingstilnærming som var best tilpasset barnet/ungdommen og dens livssituasjon. Det var altså mulig å se det unike ved det gitte barn og ungdom, og deres strev og ressurser, utover en ren diagnostisk tilnærming. Nielsen og Hertz (2010) og Sundet (2015) løfter frem nettopp en slik tilnærming som essensen i vårt møte med de som stiger inn i terapirommet. Når vi ser på en henvendelse til oss som en invitasjon til å bli kjent med den andre, åpner det for at vi får et innblikk i deres verden, deres verdier, håp og drømmer, samt deres streben. Samspeillet og en slik helhetlig og kontekstualisert forståelse vekker vår terapeutiske kreativitet, og vi blir i bedre stand til å reflektere over vår posisjon og hvilke terapeutiske valg som kan være til nytte.

Informantene stod altså friere til å bruke sitt eget kliniske skjønn i valg av teoretisk forståelsesramme, der det blant annet var mer rom for et familieperspektiv sammenliknet med i dagens fagmiljø. Hvor stor gjennomslagskraft en slik familierapeutisk tilnærming hadde den gang kunne imidlertid variere ut fra ledelsens foretrukne forståelsesrammer og behandlingstilnæringer. Friheten til å bruke sitt eget kliniske skjønn hadde også en bakside, en bakside som handlet om følelse av ensomhet og usikkerhet på hvorvidt de hadde ledelsens støtte i det de gjorde i terapirommet. Et opprinnelig savn etter oppmuntring og anerkjennelse av sitt arbeid ser imidlertid ut til å ha blitt møtt med en begrensning av klinisk autonomi. En slik begrensning av klinisk autonomi er i sin tur med på å begrense mulige innfallsvinkler som er viktige for å forstå det unike mennesket som søker deres hjelp.

Brukerperspektiv

Informantene var opptatt av å ha brukerperspektivet med seg inn i terapirommet. De ønsket å lytte til barnet og ungdommens ønsker og behov også når det gjelder behandlingsprosess.

Informantene møtte imidlertid på utfordringer i deres møte med behandlingsanbefalinger som ble oppfattet som pålegg om å ta i bruk evidensbaserte behandlingsmetoder i den aktuelle situasjonen. Sundet (2015) peker i den forbindelse på hvordan det ofte er snakk om metoder som er trukket ut av sin kontekst der metoden ble skapt, og forventes å fungere i forhold til alle barn og ungdommer som fått samme diagnose, uansett deres særegenhet og kontekst. Ut fra min egen kliniske erfaring har jeg sett hvordan det er viktig å være opptatt av å undre seg over hvem barnet og ungdommen jeg møter er. I hvilken sammenheng lever dette barnet eller ungdommen? Hvordan ser denne familiens liv ut, og har barnet eller ungdommen søsken? Hvilke behov og ønsker har så dette barnet og familien inklusive søsken? Hvilke behandlingstilbud ville være adekvate i denne situasjonen? Passer den anbefalte evidensbaserte metoden som diagnosen utløser, eller må jeg som terapeut lete etter andre tilnærminger som kan være mer hensiktsmessige i møte med det gitte barn og ungdom. Evidensbasert praksis blir altså i stedet et utgangspunkt for den terapeutiske alliansen mellom terapeut og barn og ungdom, mens selve tilfriskningsprosessen skjer i det mellommenneskelige samspillet. Et samspill som ikke lar seg underordne manualbaserte intervensjoner, som kanskje nettopp krever at terapeuten bruker sitt kliniske skjønn, sin undring og kreativitet.

Tid for refleksjon

Som det fremgår av funnkapitlet mente informantene at mange av de barn og ungdommer som ble henvist til BUP trolig hadde hatt nytte av et kontekstuellet perspektiv, der også barnets familie og søsken fikk betydning. I fokusgruppeintervjuet løftet informantene tydelig frem betydningen av å møte og forstå barn i deres kontekst. Pasientene hadde lært informantene at når noe skjer med et av barna i familien, virker det inn på hele familien. De hadde også klinisk erfaring med at familiesamtaler kunne ha en terapeutisk gunstig effekt, uten at de nødvendigvis viste til forskningsdata som bekreftet denne erfaringen. Opplevelse av tidspress ble imidlertid løftet frem som hinder for å utvikle en slik familierapeutisk tilnærming.

Tidspresset som informantene så tydelig beskrev, får meg til å sette spørsmålsteget ved om det gis rom til å reflektere over sin arbeidssituasjon. Jeg undrer meg over på hvilken måte tidspresset kan virke inn på de terapeutiske beslutningene som de må ta. Nilssons og Tranas (2000) oppfordringer til refleksjon over egen praksis og kliniske dilemma blir i den sammenheng viktig. Slike refleksjoner over egne konstruksjoner, ens egen forforståelse av de

mennesker man møter og deres livsverden er viktig, nettopp fordi den virker inn på møtet med barnet og barnets kontekst, og beslutninger som tas om behandlingstilbud. Jeg kan også undre meg over om det gis rom til å reflektere over hvilken maktdiskurs informantene lever innenfor, og hvilke muligheter og begrensninger den gir informantene i deres arbeidshverdag (jfr. Nielsen og Hertz 2010; Sundet 2015). Den arbeidssituasjon som informantene skisserer, hvor NPM i stor grad har fått innpass, kan skape hindringer for nødvendig refleksjon. Det kan gjøre at terapeuter føler seg presset til å velge «oppskrifter» som ikke er optimale i den aktuelle situasjonen for barnet eller ungdommen.

Pårørendearbeid

Pårørendearbeid er en lovpålagt helsetjeneste ifølge veilederen” Pårørende – en ressurs” (Helsedirektoratet 2008a). Basert på nylig forskning, fremheves det i veilederen at søsken bør involveres i større grad enn tidligere når det gjelder behandling av barn med alvorlige psykiske lidelser. Som vi har sett, viser funnene mine at søskens betydning som informanter og terapeutiske medhjelpere fortsatt er undervurdert, snart et tiår senere.

Informantene påpekte at verken søskens involvering i behandling eller søsken som pårørende omtales i Helsedirektoratets (2008b) *Veileder for poliklinikkene i Psykisk helsevern for barn og unge*, og i den *Faglig standard for utredning og behandling av barn og unge* (Helse Bergen, HF 2013). Informantene viste til at de er pålagt å informere foreldrene som pårørende om barnets diagnose, men det står ikke noe om at søsken skal informeres. Informantene ønsket en definisjon av ‘pårørende’ hvor søsken også eksplisitt blir nevnt. Med en slik definisjon av søsken som pårørende i ryggen, ville de lettere ha frihet å utforme sin arbeidssituasjon og invitere søsken. De påpekte at det kjennes tryggere når det er en forutsetning at du må. Det kan se ut som at informantene, oppfattet pårørende synonymt med foreldrene når de fulgte Helsedirektoratets pålegg om pårørendearbeid (Helsedirektoratet 2008a). Det kan altså se ut til at det økende fokus på foreldre-barn relasjonen har ledet oppmerksomheten bort fra søsken som pårørende, og dermed fra søskens betydning. Ved at søskens betydning usynliggjøres kan terapeuter gå glipp av de utviklingsmuligheter for pasienten som finnes i søskenforholdet, og som kunne ha vært et viktig terapeutisk redskap (Johnsen 2000; Dunn og Plumin 1990). Brody (1998) minner i den forbindelse om at søskenrelasjonene påvirker nettopp utvikling av sosiale ferdigheter, identitet og selvfølelse. I samspill med hverandre utvikler søsken egenverdi og ferdigheter som trygghet, integritet og

selvstendighet. Søsken kan altså være en viktig ressurs for barnet eller ungdommen som er henvist til BUP.

Søskeninvolvering

Søskeninvolvering er imidlertid ikke bare et terapeutisk redskap for selve barnet og ungdommen i BUP, men også for søsken, blant annet i deres behov for å finne mening, noe også Dellve (2009) løfter frem i sin studie. Når et barn eller en ungdom blir henvist til BUP, kan en forestille seg at søsken arbeider med å skape mening i situasjonen. Det er ikke uvanlig at den mening som søsken skaper er mer alvorlig enn hva den aktuelle situasjonen gir grunnlag for. Som i det tidligere nevnte eksempelet er det naturlig en storebror vil kunne bli bekymret hvis lillesøster blir henvist for en klinisk depresjon. Han lurte kanskje på om det er hans feil. Hvis storebror ikke blir invitert med foreldrene til BUP tidlig i forløpet får han ikke vite at depressive symptomer er vanlig i fars familie. Dette forteller far først i det møtet han som foreldre har med BUP. Vi vet ikke hva som vil skje med storebror hvis ikke hans forståelse av situasjonen blir møtt med adekvat informasjon fra de voksne. Dellve (2009a) hevder at søsken påvirkes forskjellig avhengig av hvilken form for funksjonsnedsettelse bror eller søster viser. Flere studier peker på at søsken kan ha mange ulike reaksjoner i situasjoner hvor en bror eller søster har psykiske vansker. De kan vise tristhet, sorg eller sinne i situasjonen (Dellve 2009a, b; Larsson 2012; Renlund 2013; Thorn 2008), og de har i likhet med sine foreldre behov for informasjon tilpasset sin alder (Helsedirektoratet 2008a). Dellves (2004) studie understreker at hele 20 % av søsken til barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne, viste alvorlige problemer. En slik kunnskap om at søsken også kan ha behov for profesjonell hjelp er det helt nødvendig at terapeuter kjenner til og har med seg i deres arbeid.

Faglig kunnskap

Informantene ønsket mer kunnskap om søskens reaksjoner og behov for hjelp for å kunne vurdere om de skulle involvere søsken i behandlingsprosesser mer rutinemessig. Flere av de nevnte studiene (eks. Dellve 2009a, b; Larsson 2012; Renlund 2013; Thorn 2008) understreker at terapeuter trenger kjennskap til søskens livssituasjon for å forstå de utfordringer som kan prege familielivet når et barn har nedsatt funksjonsevne/sykdom. Belastningen familien opplever og reagerer på, vil også virke inn på det henviste barnet og på behandlingsprosessen. Foreldre kan ha dårlig samvittighet for at de setter andre barn til side

når et barn blir syk. En familiesamtale kan utforske et slikt tema, og foreldre kan få veiledning. Det er viktig at det legges til rette for at terapeuten kan ta opp de utfordringer som familien opplever, slik at også søsken får adekvat hjelp, om det er behov for det. Ved at søskenrelasjonen blir ivaretatt vil et slikt opplegg også være nyttig for det henviste barnet og ungdommen i deres behandling og videre utvikling. Informantene hadde et tydelig ønske om at en slik tilrettelegging og oppmerksomhet på pasientens familiekontekst var bevisst forankret på ledelsesnivå. En slik eksplisitt forankring ville øke tryggheten for at de som terapeuter i større grad kunne involvere søsken i behandlingen. Igjen blir altså et spenningsfelt synlig, der de enkelte terapeutene anerkjenner betydning av en mer kontekstualisert forståelse og tilnærming, men det er som om deres hender er bundet inntil denne anerkjennelsen også skjer på ledelsesnivå.

Rapport fra det indre om kunnskap

Informantene ga også uttrykk for noe usikkerhet på om de hadde tilstrekkelig kunnskap til å møte hele familien i terapirommet. En slik engstelse som begrunnelse for manglende søskeninvolvering støttes av funnene til Håland (2011). Hennes informanter formidlet at det å involvere søsken vekket både angst og usikkerhet. Denne angsten og usikkerheten gjorde så at de vegret seg og utsatte søskensamtaler. Å reagere med unngåelse eller utsettelse i møte med egen usikkerhet må forstås som en naturlig reaksjon, og vi kan igjen se hvordan Nilsson og Trana (2000) oppfordringer til refleksjon over egen praksis og kliniske dilemma blir sentrale. En slik refleksjonsprosess vil bidra til at terapeutene gjenkjenner situasjoner og utvikler sitt handlingsrepertoar. En viktig del av det terapeutiske arbeidet er altså å tilkjenne sine indre hindringer, begrensinger og situasjoner som utløser disse for på den måten å tilby bedre hjelp. Økt kunnskap om familiesamtaler vil også kunne være en hjelp for å overkomme slike hindre. Med kunnskap både om søskens situasjon, hvordan gjennomføre en familiesamtale, og med erfaring i ryggen vil det trolig oppleves tryggere å involvere søsken for informantene. Betydningen av kunnskap i denne sammenheng støttes av Renlund (2013) og Dellve (2009a), som begge er opptatt av at helsepersonell trenger kunnskap om hvilke tanker, spørsmål og følelser søsken har om barnets nedsatte funksjonsevne/sykdom. Paradokset blir så at den unike kunnskapen aldri vil nå terapeuten dersom vedkommende unnlater å invitere inn søsken. Når det er sagt bør terapeuten selvsagt være oppmerksom på om søsken blir utsatt for en ekstra belastning ved å delta i en samtale, og i så tilfelle arbeide for å gjøre belastningen minst mulig. Et annet viktig holdepunkt for å ivareta søskenperspektivet er Renlunds (2013)

funn som viser noe økt risiko for psykiske vansker blant søsken, og at det derfor kan ha en viktig forebyggende effekt å legge til rette for samtaler og dialog med søsken. En holdning om å vente og se tiden an kan i mange tilfeller medføre betydelig risiko for et søsken.

5.2 Søsken fra usynlig til ressurs

Av funnene fremgår det at flere av informantene mente det var mange gode grunner til å inkludere hele eller deler av familiesystemet i faser av behandlingen. For det meste hadde de gode erfaringer når de valgte å gjøre det. Til tross for deres gode erfaringer med å involvere søsken var det imidlertid noe de sjeldent valgte å gjøre. Ut fra informantenes erkjennelser er det rimelig å anta at flere søsken ved den aktuelle BUP kan oppleve seg usynlige lik søsken i Larssons (2012) studie. Både Larssons og mine funn understreker et tydelig behov for at det må legges bedre til rette for at søsken i større grad løftes frem som en ressurs. Jeg mener at dette ansvaret ikke kan legges på den enkelte terapeut, hvis hender allerede er bundet av tidspress og et regnestykke som ikke går opp, men på ledelsesnivå. Psykisk helsevern for barn og unge som organisasjon må legge til rette for at søsken skal oppleve seg synlige og øke deres involvering.

Som tidligere nevnt viser dessuten forskning om søsken til barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne/sykdom at søsken kan ha reaksjoner som gjør at de selv kan trenge hjelp (Dellve 2009a). Thor (2008) studie viste at søsken til unge mennesker med psykose hadde sorgreaksjoner, opplevelse av ensomhet, skam og sinne knyttet til sin situasjon. Dellve (2009a) referer videre til flere studier som viser hvordan søsken til barn med ADHD er i risiko for å utvikle psykososiale problemer som angst, depresjon, uro, sjenerthet, innadvendthet, atferdsvansker som aggresjon og konflikter med venner, skolevansker og livsstilutfordringer. Konfliktnivået i familiene og mellom søsknene var også høyere i disse familiene enn i familier der ikke ADHD forekommer (Dellve 2009a). I Dellves studie fra 2004 viste 20 % av søsken til barn og ungdommer med ADHD, autismspektrum forstyrrelser og Tourettes syndrom at de ikke hadde det bra. Søsken formidlet blant annet ensomhetsfølelse, søvnevansker, tristhet og ønsker om å flykte unna.

Jeg mener at om informantene hadde hatt tilgang til denne forskningen ville det trolig ha påvirket deres vurdering av viktigheten av å utforske også søskens situasjon. Thorn (2008) viser til at jo tidligere søsken blir involvert, desto bedre for dem og familien. Søsken i Thornsstudie formidlet at behovet for informasjon og kontakt med hjelpeapparatet var størst

rett etter sykdomsutbrudd. Et naturlig sted å utforske søskens behov for informasjon og hjelp kan som informantene foreslo være å utvide søskenfokuset i anamneseopptaket, og eller når de inviterte til psykoedukative samtaler. Dette kan bidra til å åpne døren for søsken og hele familien til å bli invitert inn i behandlingen eller deler av den. Muligheten til å tilby søsken individuelle samtaler kan det også åpnes opp for. De ganger informantene hadde prøvd seg på dette, hadde de opplevde at søsken fremstod som en ressurs og at de ønsket å være til hjelp.

Jeg mener at dette er en god grunn for at informantene rutinemessig skulle kunne invitere hele familien til samtale når de skal gi tilbakemelding om barnets eller ungdommens tilstand.

Spesielt i akutfase viser studier (Thorn 2008) at en slik samtale der familiemedlemmene får formulert sine tanker og spørsmål er nyttig hjelpetiltak som styrker dem. Thorns studie (2008) viser at samtale med hele familien er med på å åpne kommunikasjonen i familien. En slik åpen kommunikasjon mellom foreldre og søsken viste seg å ha en positiv effekt for både pasienten, søsken og familien som helhet. Dette var også noe som mine informantene viste til i sine erfaringer med familiesamtaler.

Ved nærmere utforskning viste det seg at noen av årsakene til at søsken ikke ble invitert inn kunne handle om at informantene ønsket å beskytte både søsken og det henviste barn. Informantene var urolige for at slike samtaler kunne bli en belastning for de som deltok. Som konsekvens avstod de ofte fra å invitere søsken, og i den grad søsken ble invitert var det etter foreldres ønske. Når dette var et eksplisitt ønske fra foreldre ble det ofte møtt som et behov og et ønske de ikke kunne avslå. Tilsvarende ble søsken oftere invitert med dersom det henviste barnet eller ungdommen selv fremmet et ønske om at søsken ble involvert.

En ytterligere begrunnelse for å synliggjøre søsken finner en i forskning på stressreaksjoner (Dellve 2009a, b; Währborg 2009). Barns opplevelse av stress påvirker ikke kun deres aktuelle hverdag, men har også betydning for utviklingen av sykdommer senere i livet (Währborg 2009). Etersom barnet er i utvikling og er avhengig av voksnes utviklingsstøtte, avhenger også deres helse av hvordan de får hjelp til å håndtere utfordringene. Søsken kan forsøke å ta kontroll over situasjonen så godt det lar seg gjøre, og vil ofte forsøke å skape mening av sin livssituasjon. Det er viktig å ta i betraktning at de ulike strategiene søsken benytter i slike situasjoner har sine styrker og risikoer. En risiko kan vise seg når et søsken må kjempe for å få egen tid og oppmerksomhet, og deres atferd kan vise seg som provoserende, og de kan vise seg uinteressert i å tilpasse seg familiesituasjonen. En styrke kan være når deres mål er selvstendighet og å følge sine personlige livsmål. Hvilken strategi som er best og mest hjelpsom avgjøres av den aktuelle situasjonen som barnet og ungdommen, og familien

befinner seg i (Larsson 2012; Dellve 2009b). Det er avgjørende at terapeuter i BUP kjenner til denne kunnskapen slik at de kan gjøre foreldre oppmerksomme på søskens situasjon og deres risiko for å utvikle helseproblem. Sålde kan invitasjoner til samarbeid med foreldre og eventuelt andre i familiens nettverk være med på å forebygge at søsken til barn med nedsatt funksjonsevne/sykdom utvikler helseproblem på senere tidspunkt.

På samme tid som informantene kunne vegre seg for å invitere søsken ut fra at de ikke ønsket å påføre dem ytterligere belastning, fortalte de også om mange gode grunner til å ha kontakt med søsken og familien. Erfaringene deres med å invitere søsken var ofte tydelige i sin tale: det er til nytte for det henviste barnet og ungdommen om de blir sett i en familiekontekst. Når informantene brukte et helhetssyn i sine samspill med barnet og ungdommen, den henviste pasient, viste det seg å være til nytte også for søsknene og hele familien. Hvis informantene hadde hatt kunnskap om den forskningen som jeg viser til og som støtter informantenes positive erfaring med søskeninvolvering, er det mulig at det hadde bidratt til at søsken blir synlige og at de blir involvert i behandlingsprosessen. Som vi så tidligere er denne kunnskapen og betydningen av søsken som ressurs forsøkt formidlet gjennom veilederen «Pårørende – en ressurs» (Helsedirektoratet 2008a), og det kan virke som om det er tale om et eksempel på gapet mellom forskning og praksis. Et relevant spørsmål blir derfor hvordan formidles kunnskap fra forskning til praksis? I dette tilfellet har informantene altså positive erfaringer når de så har valgt å involvere søsken, og forskning støtter en slik tilnærming, men likevel forblir praksis for det meste uendret.

5.3 *Lojalitet – på godt og vondt?*

5.3.1 *Lojalitet mot rammer*

Informantene er gjennom sitt arbeid ved BUP en del av et helseforetak, og de er således forpliktet til å være lojale mot foretakets etiske og faglige retningslinjer. Eksempler på slike retningslinjer vil være Helse Vest etiske retningslinjer (2014) og Helse Vests faglige retningslinjer (2013). Informantenes ønske om å være lojale medarbeidere som del av helseforetaket ble i imidlertid stilt på prøve når de ønsket å invitere søsken og eller hele familien i en behandlingsprosess. I disse tilfeller kom de med andre ord i kontakt med en dobbelthet. På den ene siden representerte deres lojalitet en trygghet, og på den andre siden hadde den en begrensende funksjon i deres terapeutiske valg. Lojaliteten kunne føre til at de

trosset sin kliniske vurdering om at det ville være hensiktsmessig å involvere søsken og eller familien i en gitt sak. For det henviste barn og ungdom kunne det føre til at behandlingen som de ble tilbudt i mindre grad var tilrettelagt deres behov, og til dels også svekke kvaliteten på det behandlingstilbud som ble gitt.

Et slikt faglig dilemma og spenningsfelt blir særlig alvorlig i lys av Carrs (2014) metastudier som understreker god effekt av familierapeutiske intervensjoner i behandling av barn og unge med ulike diagnoser. Dersom denne kunnskapen i større grad ble anerkjent i helseforetaket, og dermed også fikk påvirke klinisk praksis i BUP, ville informantene trolig fristilles fra deres lojalitetskonflikt. Det vil si at informantene kunne ta i bruk familierapi når de anså det som hensiktsmessig. Ser en til Sverige er situasjonen en helt annen, og i brosjyrer står det eksplisitt beskrevet hvordan det på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk tilbys barneorientert familierapi og andre familierapeutiske tilnærminger i tillegg til individuell behandling. Deres to grundpillarer i behandlingsarbeidet er familierapi og nettverksarbeid, som benyttes i alle ulike problemområder. Ved den innledende kontakten vil således terapeutene alltid være oppmerksomme på familiens og nettverkets kapasitet, og alle terapeuter skal ha god kompetanse på et slikt arbeid (Stockholms Läns Landsting 2014). Jeg finner ikke tilsvarende innhold om behandlingstilbud i brosjyrer for den aktuelle helseregion informantene i fokusgruppen tilhører.

5.3.2 Lojalitet til pasient og søsken

Informantenes lojalitet til det henviste barn og ungdom som de hadde behandlingsansvar for var vel så sterk som deres lojalitet til helseforetaket og dets etiske retningslinjer. Informantene var særlig opptatt av at de barna og ungdommene som hadde fått tilbud ved BUP var i en belastende livssituasjon, og de ville nødig involvere søsken dersom det kunne bidra til å øke denne belastningen.

Som det fremgår i funnkapitlet viste informantene blant annet til at det ville være kontraindisert å involvere søsken dersom de hadde en opplevelse av interne konflikter i søskenflokkene. Deres lojalitet til barn og ungdom som de hadde behandlingsansvar for ble i slike tilfeller ofte avgjørende. Ingen av informantene reflekterte imidlertid høyt omkring dette dilemmaet, og det er rimelig å anta at en familieforståelse og en familiesamtale faktisk kunne ha bidratt til å løse opp i slike interne konflikter. Dersom slike konflikter unngås ut fra ønske om å beskytte det henviste barn og ungdom, kan jeg se for meg at familien ikke får hjelp til å løse konfliktene, som dermed får fortsette sitt liv i familien og mellom søsken. Informantene

reflekterte ei heller videre omkring hvorvidt søskenkonfliktene kunne være med på å opprettholde det henviste søskens vansker, eller kanskje til og med kunne ha vært med på å utløse symptomer.

Informantenes lojalitet omfattet også søsken, som kunne komme til uttrykk gjennom et ønske om å bespare dem mulige belastninger i deres livssituasjon om de skulle bli involvert. De var blant annet engstelige for om de påla søsken en ytterligere byrde ved å invitere dem inn for eventuelt å kunne hjelpe sin bror eller søster. Om en lytter til Tøssebro m fl (2012) kan det se ut til at det trolig ikke er grunnlag for en slik engstelse for å overbelaste det friske søsken. Som vi så tidligere oppfattet de fleste søsken seg selv som friske og fremstod også slik. I Dellves (2009b) studie viste dessuten mange av søsken en beskyttende og omsorgsfull innstilling i møte med søster eller bror som hadde det vanskelig. Søskens stemme var klar i at de mente at de hadde noe å bidra med for å hjelpe i situasjonen. En slik holdning, at de kunne bidra, og ikke var hjelpeløse, så ut til å fungere som en god mestringsstrategi for noen søsken (Dellve 2009b).

Informantene viste også lojalitet til søsken i deres ønske om å beskytte dem fra tapt skoletid og derved kunnskap. Deres erfaringer var at foreldre ofte er opptatt av at skole bør prioriteres fremfor søskens samtaler ved BUP. Ut fra dette hensynet ble konsekvensen at informantene ikke involverte søsken. Jeg mener at et slikt hensyn kan gi mening på kortsikt, mens det ut fra mer langsiktige hensyn kan vise seg å være mindre bra for søsken og familien som helhet. Familier kan i perioder oppleve mer eller mindre stress i møte med et barn eller ungdoms nedsatte funksjonsevne/sykdom. Alle i familien blir påvirket, reagerer og viser dette på ulike måter. Jeg er enig med Larsson (2012) og Renlund (2013) som understeker betydningen av at søsken blir hørt, og gis muligheten til å fortelle om hvordan de har det. Dersom søsken blir gående alene med sine tanker og undringer vil det ofte kunne gå utover deres sosiale liv og konsentrasjonsevne på skolen. Å gi søsken mulighet til å sette ord på sine opplevelser, enten i familiesamtaler eller alenesamtaler kan være viktig tiltak som også får innvirkning på deres sosiale liv og skolefaglige utbytte. I denne sammenheng som viktig tiltak for å bryte noe av den ensomheten som studiene har påpekt, kan søskengrupper være aktuelt. Det kan bli et forum hvor de kan dele sine erfaringer med barn og unge i sammen situasjon.

Informantene var videre opptatt av hvordan ulike juridiske aspekter er med på å skape muligheter og hindringer for en behandlingsprosess. Barn og unges selvbestemmelsesrett for hvem de vil involvere i behandlingen, kunne for eksempel komme i konflikt med informantenes vurdering om at deltakelse av familie og søsken ville være til hjelp for

ungdommen. I slike situasjoner mente informantene at det deres lojalitet til de juridiske aspekter og taushetsplikt selvsagt var nødvendig.

5.4 Implikasjoner for praksisfeltet

I denne avsluttende delen vil jeg trekke frem mulige og ønskelige implikasjoner av studien for praksisfeltet. Først og fremst er det et tydelig ønske at poliklinikkene tilrettelegger for at søsken til barn i BUP blir synliggjort, både i tråd med nasjonale veiledere (Helsedirektoratet 2008a; Helsedirektoratet 2008b) og forskning som understreker behov for at søsken også ivaretas (eks Dellve 2009a, b; Dellve 2004; Larsson 2012; Renlund 2013; Thorn 2008; Tøssebro m fl 2012). Som vi har sett vil en slik synliggjøring av søsken også kunne virke forebyggende for deres psykiske helse på senere tidspunkt. En slik endring av praksis vil ikke bare kunne utgjøre en stor forskjell for det henviste barnet og ungdommen, søsken og hele familien i akuttstadiet, men også i hele forløpet. Det vil således være viktig at terapeuter i BUP er oppmerksomme på at søskens behov for informasjon kan strekke seg utover én anledning hvor det er tale om at bror eller søster har vansker av mer kronisk art. Hva barn forstår og kan ta inn av informasjon er avhengig av deres alder. Bror eller søsters måte å vise symptomer på kan også endre seg med alderen, og det er således behov for at informasjon og veiledning tilbys flere ganger i familiemedlemmenes liv.

Når det gjelder forskning på betydning av et familierapeutisk perspektiv, finnes det som nevnt flere ganger god forskningsmessig evidens for familierapeutiske intervensjoner i møte med ulike diagnostiske tilstander innen psykisk helsevern for barn og unge. Når budskapet fra ulike metastudier er så tydelig skulle en forvente at denne kunnskapen hadde nådd ledelsesnivå innenfor BUP, som deretter la til rette for at slike familierapeutiske intervensjoner fikk en tydelig plass i klinisk praksis. Informantenes savn etter slik kunnskapsformidling og forankring på ledelsesnivå, formidler at denne kunnskapen i liten grad har fått mulighet til å påvirke klinisk praksis. Det er følgelig et behov for at det også gjøres plass til kunnskap om effekt av familierapeutiske tilnærminger i tillegg til den kunnskap som allerede finnes om effekt av ulike individualterapeutiske tilnærminger. Som vi har sett var informantenes opplevelse av dilemma og utfordringer som organisatoriske og faglige rammer skaper, gjennomgående. Ettersom informantene beskrev hvordan deres terapeutiske kreativitet svekkes, som igjen kan få konsekvenser for behandlingseffekter, er dette noe ledelsen bør ta på alvor. Jeg kunne ønske at praksisevidens ble anerkjent, og at såkalte kvalitetsindikatorer i større grad handler om nettopp kvalitet og ikke bærer preg av en

tiltakstellende tilnærming. Dersom ledelsen bestemte seg for å legge til rette for en tydeligere bro mellom aktuell forskning og klinisk praksis, der ansatte fikk mulighet til å bringe dette inn i sin arbeidshverdag, ville det trolig kunne ha innvirkning på behandlingstilbud som gis.

På den aktuelle poliklinikken tilbys det i dag kurs med vekt på psykoedukasjon for foreldre som har barn med ADHD. En mulig måte å synliggjøre søsken ville kunne være at det tilsvarende gis tilbud om søskengrupper for barn med ADHD. Et slikt kurstilbud ville være en mulig arena hvor terapeuter kunne gi kunnskap om tilstanden, og hjelpe søsken til å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier i sin egen hverdag.

For ytterligere å ivareta det henviste barnet og ungdommen og alle familiemedlemmene, er det tydelig behov for at familierapeuter får en større rolle i poliklinikkenes behandlingstilbud.

5.5 Mulige begrensninger ved studien

Ettersom informantene i fokusgruppen ble rekruttert fra egen arbeidsplass, og det kun ble gjennomført én fokusgruppe med et begrenset av informanter, er det vanskelig å kunne generalisere funnene uten videre. I kvalitativ forskning er det imidlertid ofte mer passende å ta i bruk andre evalueringskriterier enn de som ofte er gjeldende innenfor kvantitativ forskning. Men det informantene har beskrevet av erfaringer og opplevelser mener jeg er gjenkjennbare for flere terapeuter i psykisk helsevern for barn- og unge, avdeling poliklinikk. Det vil si at studien kan sies å vise overførbarhet til andre terapeuter i arbeid ved en BUP.

Studien er et resultat av mine valg, og til tross for at jeg har forsøkt å legge min forforståelse til side under fokusgruppeintervjuet og i analyseprosessen, så kan min posisjon ha vært synlig i formuleringene av mine spørsmål og under samtalen. Intervjuguiden, og mine tilleggsspørsmål kan ha ledet informantene i en spesiell retning. Jeg kan spørre meg selv om de tidvis opplevde mine spørsmål som anklagende til tross for at de var utformet som undrende og åpent spørrende. Det er min tolkning at informantene raskt kom i en forklaringsposisjon hvor de fremhevet rammenes begrensning for søskeninvolvering. Om jeg hadde hatt mulighet til å gjennomføre en pilotundersøkelse først, hvor jeg hadde prøvd ut spørsmålene, er det mulig at jeg hadde valgt andre formuleringer som kunne ha gitt andre svar fra informantene som var mindre preget av forsvar. En slik forsvarsposisjon er imidlertid i seg selv et interessant funn, ettersom det får frem det spenningsfelt informantene befinner seg i sin arbeidshverdag.

Et annet moment er det faktum at ingen av informantene i fokusgruppeintervjuet arbeidet med de aller yngste barna. Terapeuter som arbeider i «sped- og småbarnsteam» ser ut til å ha mer kontakt med hele familien, og følgelig kunne terapeutenes levde erfaringer ha sett annerledes ut. Det er imidlertid viktig å understreke at behov for et familieperspektiv ikke er begrenset til arbeid med de yngste barna, og funnene blir derfor særlig viktig.

5.6 Spørsmål for fremtidig forskning

Et masteroppgaveprosjekt legger visse begrensninger på de forskningsspørsmål som kan stilles, og med det blir omfanget av mulige innfallsvinkler begrenset. Søskeninvolvering innen psykisk helsevern for barn og unge kunne selvsagt ha vært belyst ved hjelp av ulike metoder, kvantitative, så vel som kvalitative. Når valget så falt på bruk av et fokusgruppeintervju var det begrunnet ut fra både praktiske hensyn, og det faktum at tema i så liten grad er belyst innenfor forskningslitteraturen. Et fokusgruppeintervju ble et naturlig startpunkt for å belyse fenomenet på måter som tillot en levende samtale mellom informantene som utløste refleksjon og flere aspekter om tema. Ettersom søskeninvolvering er et såpass lite belyst tema ville det også ha vært naturlig å velge søsken som målgruppe, enten gjennom intervjuer eller tilsvarende fokusgruppeintervju. De studier som finnes omkring søsken som pårørende har hovedsakelig vært basert på intervju med foreldre, søsken og helsepersonell ved somatiske avdelinger eller ved sengepost for alvorlig psykisk lidelse. Spørsmål omkring omfang og hvorvidt det eventuelt finnes regionale forskjeller vil være et naturlig spørsmål for fremtidig forskning.

Et annet relevant forskningsspørsmål kunne ha vært av mer oppfølgende art: hadde fokusgruppeintervjuet satt spor i klinisk praksis på den aktuelle arbeidsplassen? Dette kunne ha vært utforsket gjennom et nytt fokusgruppeintervju eller med oppfølgende kvalitative intervju med de ulike informantene en stund frem i tid. Ville de samme informantene ha endret sin praksis, ville de indre dilemmaene ha forandret seg eller ville deres arbeidshverdag fortsatt være preget av en individsentrert forståelse?

5.7 Avsluttende kommentarer

Jeg har i denne studien forsøkt å utforske terapeuters erfaringer og opplevelser de har med søsken som pårørende. Videre har jeg vært opptatt av i hvilke situasjoner de velger eller ikke velger å involvere søsken i behandlingen av det henviste barnet og ungdommen. Informantene

i fokusgruppen ga uttrykk for at de ønsker klare organisatoriske- og faglige-rammer for sitt arbeid, da slike rammer ville skape en trygghet i hverdagens behandlingsutfordringer.

Samtidig ønsket de det var rom for den enkelte klinikers skjønn og vurderinger, klinisk autonomi. De fremholdt videre at de savnet mer kunnskap om søskens situasjon når en bror eller søster viser psykiske symptom og blir henvist til BUP.

Som vist er det et paradoks hvordan informantene savner kunnskap om søsken som pårørende, om søskens behov og ønsker, og søsken som ressurs, når en slik kunnskap finnes (Dellve 2009a, b; Larsson 2012; Renlund 2013; Thorn 2008). Det ser imidlertid ikke ut til å være slik at det er manglende kunnskap i seg selv informantene savner, men at denne kunnskapen forankres på ledelsesnivå, slik at den får påvirke deres kliniske praksis.

Et annet paradoks er hvordan kunnskap om effekt av familieterapeutiske intervensjoner tilsynelatende heller ikke når frem til klinisk praksis. I dagens klima med økende krav til evidensbasert behandling ser det derfor ut til å være viktig å løfte frem at det finnes betydelig forskningsmessig evidens for effekten av familiebaserte behandlingstilnæringer for så å si alle problemområder som er aktuelle i BUP. Derfor mener jeg at familiebaserte tilnæringer bør tas i bruk i BUP, og at det ville være en fordel om alle terapeuter har kompetanse for slikt arbeid. Som Thorn (2008) påpeker er søskens informasjonsbehov størst ved sykdomsutbrudd. Å invitere søsken inn allerede ved den innledende kontakten på BUP, vil kunne gjøre en forskjell for søsken, det henviste barnet- og ungdommen og familien som helhet. Arbeidet med denne studien, både litteraturgjennomgangen og møte med terapeutene har styrket min opprinnelige tro på betydningen av søskenfokus i psykisk helsevern for barn og unge. Min siste og avsluttende oppfordring er å la søsken få mulighet til å bli sett, formulere seg og komme med sine behov. Har det henviste barnet og ungdommen søsken - sett fokus på søsken.

6 Litteraturliste

Barnelova. Lov av 04 august 1981 nr 7 om barn og foreldre.

Barret, P. (2005). *Friends for life: Group leader`s manual for Children*. 5. Utg. Australia Academic Press. Australia.

Bateson, G. (2005). *Mentale systemers økologi*. København: Akademisk forlag.

Binder, P.E., Holgersen, H. og Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, (64): 103-117.

Binder, P.E., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S.H. og Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way into the world: Adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychotherapy Research*, (21): 554-566.

Binder, P.E., Moltu, C., Sagen, S., Hummelsund, D. og Holgersen, H. (2013). Unique beings undergoing standard evaluations - A qualitative study of adolescents' experiences of the assessment processes in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, (23): 133-140.

Brody, G. H. (1998). Sibling relationship quality: Its causes and consequences. *Annual Review of Psychology*, (49): 1-24. doi:10.1146/annurev.psych.49.1.1

Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic intentions for child-focused problem. *Journal of Family Therapy* 36 (2): 107 -157

Dellve, A. T (2009). *Att samtala med föräldrar om syskonens situation. I: Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med funktionsnedsättning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2):105-108. Hentet 7 juli 2015 fra www.allmannabarnhuset.se

Dellve, L., Cernerud, L og Hallberg, R.M. (2000). Harmonizing dilemmas. Siblings of children with DAMP and Asperger syndrome's experience of coping with their life situation. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14 (3): 172-178.
doi: 10.1111/j.14716712.2000.tb00580.x

Dellve, L. (2009a). Syskon till barn med funktionsnedsättning – en kunskapsöversikt. *I: Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med funktionsnedsättning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2): 25-38. Hentet 7 juli 2015 fra www.allmannabarnhuset.se

- Dellve, L. (2009b). Opplevd stress och coping bland syskon till barn med beteendeavvikelser. *I: Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med funksjonsnedsettning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2):41-49. Hentet 7 juli 2015 fra www.allmannabarnhuset.se
- Dellve, L. (2004). *Syskonprosjekt inom forskningsprosjektet: Familien runt barn med funksjonshinder. Betydelsen av skyddende faktorer och for familjens livskvalitet*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Dunn, J. og Plomin, R. (1990). *Separate lives. Why siblings are so different*. USA: Basic Books, Inc.
- Ekeland, T.J. (2014). Fra objekt til subjekt – og tilbake? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11 (3): 211-220. Hentet fra idunn.no
- Ekeland, T.J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Senter for profesjonsstudier. Oslo: Høgskolen i Oslo
- Ekeland, T.J., Stefansen, J. og Steinestø, N.Ø. (2011). Klinisk autonomi i evidensen tid – styrings utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 14 (1): 2-14. Hentet fra idunn.no
- Finlay, Linda. (2002). Outing the Researcher: The provenance, process and practice of reflexivity Qualitative. *Health Research*, 12 (4): 531-545. doi: 10.1177/104973202129120052
- Fagerstöm, K. og Rautiainen, E. (2015). Family Therapy Expertise in Public Health and Welfare Services. *Fokus på familien* (1): 25-41.
- FN (2009). *General Comment Nr. 12. The right of the child to be heard*.
- Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge and the discourse on language*. New York. Hente 10. januar 2016 fra http://www.monoskop.org/images/9/90/Foucault_Michel_Archaeology_of_Knowledge.pdf
- Gadamer, H. G. (1989). *Truth and method*. London: Sheed og Ward.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28 (2): 235-260. doi:[10.1163/156916297X00103](https://doi.org/10.1163/156916297X00103)

Haverkamp, B. E. (2005). Ethical perspectives on qualitative research in applied psychology *Journal of Counseling Psychology*, (52):146-155.

Heidegger, M. (1996). *Being and time: A translation of Sein and Zeit*. Albany, NY: State University of New York Press.

Helsedirektoratet. (2008a). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende i psykiske helsetjenester*. Veileder 1S-1512. Hente 23 mars. 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-samarbeid-med-parorende-innen-psykiske-helsetjenester-IS-1512.pdf>

Helsedirektoratet. (2008b). *Psykisk helsevern for barn og unge – Veileder for poliklinikkene* Veileder 1S-1570. Hente 23 mars. 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/252/Psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker-IS-1570.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2015*. Hente 26 april. 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1168/BUP-rapport%202015.pdf>

Helse Bergen HF. (2013). *Faglig standard for utredning og behandling av barn og unge*. Regionale retningslinjer for pasientbehandling i psykisk helsevern.

Helse vest (Foretaksgruppen Helse vest). (2014). *Etiske retningslinjer for foretaksgruppa helse vest*.

Husserl, E. (1970 [1936]). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*. Evanstone, IL: Northwestern University Press.

Håland, M. (2011). *Søsken som pårørende, belastninger og styrker*. Stavanger: Universitetet i Stavanger. (Master i sosialt arbeid). Hentet 6. mars 2015 fra: <http://docplayer.no/893097-Universitetet-i-stavanger.html>

Jensen, P og Ulleberg, I. (2013). *Mellom Ordene*. Kommunikasjon i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal

Jensen, P. (2002). *Ansikt til ansikt. System- og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Johnsen, A., Sundet, R. og Torsteinsson, V. W (2000). *Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorientert terapi*. Tano Aschehoug.

Johnsen, A. og Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget

Johnson, B., og Christensen, L. (2008). Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches (p. 34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Knox, S. og Burkhard, A. (2009). *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 566-575. doi: 10.1080/10503300802702105

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Laverty, M. S (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations, *International Journal of Qualitative Methods*. 2 (3): 21-35. doi: 10.1177/160940690300200303

Larsson, P. (2012). *Tonåringars upplevelser av att leva med ett syskon som har ADHD*. Lund: Psykologiska institutionen. Lunds Universitet. (Psykoterapeutexamensuppsats). Hente 15. november 2015 fra: <http://www.psykologforbundet.se/Documents/Specialist/Abstracts1403>

Lock, J. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A family-Based Approach*. The Guilford Press. New York.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Marell, F. og Koser, L. (2015). Familjeterapi och New Public Management. Konsten att vara lagom annorlunda och skapa en skillnad som gör en skillnad. *Fokus på familien*, (1): 42-60.

Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, (13): 522-525. doi: 10.1093/fampra/13.6.522

Mikami, A.Y og Pfiffner, L.J. (2008) Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4):482-492. doi: 10.1177/1087054706295670

Nielsen, J. og Hertz, S. (2014). At arbejde systemisk i et diagnostisk. *Fokus på familien*. (1):1-23.

- Nilsson, M. og Trana, H. (2000). Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. *Tidsskrift for norsk psykologforening* (37): 541-551.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 02 juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*
- Piercy, F.P and Hertlein, K.M. (2005). Focus Groups in Family Therapy Research. I: D.H Sprenkle og F.P. Piercy (red). *Research methods in family therapy*, (2): 85-99. New York: Guilford Press.
- Raundalen, M. og Schultz, J. H. (2008). *Kan vi snakke med barn om alt? de vanskelige samtalene*. Oslo: Pedagogisk forum
- Renlund, C. (2009). *Litet syskon. Om att vara liten och ha en syster eller bror med sjukdom eller funktions- nedsättning*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Renlund, C. (2013). Syskonkärlek eller i skuggan av ett syskon. Om att ha en syster eller bror med kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning. *Mellanrummet. Nordisk tidsskrift för barn-och ungdomspsykoterapi*, (28):26-31. Hentet 10 mars. 2016 fra <http://www.mellanrummet.net/nr28-2013/artikel-iskugganavettsyskon.pdf>
- Russell, K. C. og Gregory, M.D (2003). Evaluation of qualitative research studies. *Evidence Based Nursing*, 36 (6): 36-40. doi: 10.1136/ebn.6.2.36
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 02 juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Sundet, R. (2015). Kunnskap i evidensen tid – mot en kunnskapsforståelse for praktiserende familieterapeuter. *Fokus på familien* (1): 6-24.
- Stockholms läns landsting. *Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) i Stockholm*. Hentet 25 februar 2016 fra www.bup.se
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Thornqvist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.
- Thorn, A. (2008). Søsken til unge mennesker med psykose forteller om sine erfaringer og hvordan de ønsker å bli møtt av helsevesenet. *Fokus på familien* (1): 19-37.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Torsteinsson, V. og Ness, O. (2015). Leder. *Fokus på familien* (1):2-4.

Tøssebro, J., Kermit, P., Wendelborg, C. og Kittelsaa, A. (2012). *Som alle andre? Søsken til barn med funksjonsnedsettelse*. NTNU Samfunnsforskning AS. Mangfold og inkludering. Hentet 23. mars 2015 fra: <http://www.nfunorge.org/PageFiles/3490/web.pdf>.

Vatne, T. M. (2014). Et annerledes søskenliv? Barn i Norge 2014. *Årsrapport om barn og unges psykiske helse, Voksne for barn*: 8-21.

Watzlawick, P., Bavelas, B.J. og Jackson, D.D (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York. W.W. Norton & Company.

Währborg, P. (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur og Kultur

Vedlegg 1

Intervju i forbindelse med master i Familieterapi og Systemisk praksis Spørsmål til terapeuter som deltar i fokusgruppe

1. Hvordan forholder du deg til søsken og deres kontakt med BUP?

- Hvordan forholder du deg til søskens deltakelse i terapi, eller deler av terapi av?
- Hvilke tanker har du om dette temaet?

2. I hvilke situasjoner skulle du kunne tenke deg å invitere søsken inn til en samtale/terapi?

- I hvilke situasjoner tenker du at du ikke kunne tenke deg å invitere søsken til samtale/terapi?
- Hvilke teori, forståelse bygger du dine beslutninger på å invitere eller ikke invitere søsken inn til samtale/terapi?

3. Hvilke utfordringer ser du med søsken som pårørende?

- Hvilke utfordringer ser du på søsken som deltaker i terapi med barnet/ungdommen?
- Hvilke muligheter og/begrensinger opplever du a) i teamet, b) i BUP som helhet, c) i deg som terapeut i forhold til å invitere søsken som pårørende og som deltaker i samtaler/terapi?

4. Hvilke erfaringer på godt og vondt, har du med å involvere søsken i behandlingsprosessen med barnet/ungdommen?

5. Hvordan tenker du det er å være søsken til våre pasienter?

- Hva tror du søsken ønsker fra oss
- Hva tenker du det betyr for vår pasient om bror eller søster deltar i samtaler?
- Hva tenker du det ville bety for vår pasient om bror eller søster deltar i samtaler?

6. Noen terapiformer anbefaler at søsken som en del av familien bør/skal delta i behandlingen av bror eller søster (f.eks FRIENDS og Family-based approach for Anorexia Nervosa) har du erfaring med disse tilnærmingene?

7. Hvilke råd ville du gi A) PBU ledelsen og B) Helsedirektoratet om søsken som pårørende og deres eventuelle kontakt med BUP?

8. Hva tenker dere kan være viktig å få med i en studie rundt søsken som pårørende?

Til slutt: hvordan har dette vært? Hvordan synes dere det gikk? Noen spørsmål dere manglet? Skulle ønske jeg hadde spurt?

Vedlegg 2

Bergen 08.03.15

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave.

Jeg Dyveke Barth er masterstudent i Familieterapi og Systemisk praksis ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo og er i gang med oppgaven min. I min studie har jeg valgt å sette fokus på pårørendearbeid, hvor jeg vil se på søsken som pårørende i vårt arbeid ved BUP-Sentrum.

Formålet med prosjektet er å se hvordan og i hvilken grad søsken som pårørende blir involvert i terapi/behandling av den henviste pasient. Hvilke holdninger, verdier, normer styrer valgene terapeuten tar hvis søsken blir involvert eller ikke. Formålet er å finne ut hvilken kunnskap/teori som leder til terapeuters valg i forhold til søskens deltakelse i det terapeutiske arbeidet med bror eller søster. Videre hvilke erfaringer har terapeutene når de arbeider med søsken, sammenlignet med når de ikke gjør det, på godt og vondt.

For å få så mange aspekter som mulig på problemstillingen har jeg valgt å gjøre en kvalitativ undersøkelse gjennom å ta i bruk «fokusgruppe» som metode, dvs at jeg inviterer kollegaer til samtale i form av et semistrukturert intervju. Denne metoden kan være en kilde til refleksjon og tanker til oss i miljøet ved BUP. Gruppeprosessen vil gi en bredere og dypere refleksjon mener man. Intervjuspørsmålene kommer til å være åpne, i håp om at det blir en meningsfylt samtale for oss alle.

Drøftelsene i gruppen kommer ikke til å bli knyttet til enkelt personer eller faggruppen de representerer. I fokusgruppen må taushetsplikten drøftes med deltakerne. Hvis deltakerne velger å delta, så er det likevel muligheter i å trekke seg fra studien, også etter opptaket. Samtalen vil bli tatt opp på bånd. Opptaket vil bli slettet, intervjuet vil dermed være anonymisert. Ønsker dere mer informasjon om studien eller fokusgruppen er dere velkommen til å ta kontakt med meg.

Samtykke til å delta i studien

Jeg er villig til å delta, og har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien.

Navn

Dato

Vedlegg 3

Fokusgruppe 04.05.15

Tilstede: seks personer og u.t

A, B, C, D, E, F: Intervjuobjekt

I: Intervjuer

Stillhet er markert med punktum (ett punktum er lik ett sekund stillhet).

Intervjuet er 80, 40 min langt.

I: Velkommen til fokusgruppe alle sammen. Jeg er utrolig takknemlig for at hver enkelt av dere har hatt lyst til delta i mitt prosjekt. Jeg vil bare minne om at dere ikke oppgir navn på pasienter, og som dere ser vil samtalen tas opp på bånd. Opptaket vil transkriberes, og dere...

Jeg kommer til å lede samtalen, og forhåpentligvis bidra til en refleksjon sammen med dere. Jeg skal ikke delta aktivt selv i samtalen..hehe selv om jeg har lyst til det..hehe. Jeg er opptatt av å få fram alle stemmene i rommet... sånn...eh så introduksjon til tema er i hvert fall noe som har opptatt meg lenge. For jeg har fått en del spørsmål oppgjennom årene jeg har jobbet her, om ikke jeg kan snakke med ..ehh de søsken til de barna jeg møter her. Jeg har blitt nysgjerrig på .. hvordan finner jeg informasjon om det, ka gjør BUP, PBU, hvordan skal jeg forholde meg til disse spørsmålene. Seneste forrige uke på en inntak samtale fikk jeg et spørsmål fra en mor...som ehh om vi også kan snakke med søster om utageringen til broren. De ser at hun lider under det, det var morens ord..ja. Også så sent som i dagtidlig hadde jeg en samtale med en jente som strever veldig i sin relasjon til søsteren sin. Jenten ser søster som hennes hovedproblem, sånn som hun opplever det i dag. Mhh.. så det viser seg forskjellig dette temaet mitt da. På jakten etter informasjon om hvordan skulle jeg finne mer ut av hva skal jeg gjøre, så fant jeg en veileder fra helsedirektoratet fra 2008 – pårørende en ressurs, heter den i psykisk helsevern. Det var det to sider om søsken til barn i BUP. De viser til ny forskning som tyder på det er av stor betydning at søsken involveres i større grad enn tidligere, når det gjelder personer med psykiske lidelser. Så da ble jeg litt sånn, ahha hvorfor har jeg ikke hørt om denne veilederen før. Videre ble jeg nysgjerrig på hva dere, mine kollegaer, tenkte om tema søsken. Derfor er dere her i dag, slik at jeg kan høre hvilke erfaringer, tanker dere har..ja..så kan det være at dere ikke har noen erfaring med søsken..ikke tenkt på det, eller vært borti det, så er jeg også interessert i hypotetisk tenkt, hvordan kunne det ha sett ut. Sant, så eg er opptatt av begge deler, for det er ikke sikkert vi har vært bort i problematikken..Men den veilederen sa også noen ting om at det ble

oppfordret til at helsepersonel kartlegge om barnet har søsken, og eventuelt ta opp eventuelle utfordringer med foreldre...

dette er litt så bakgrunnsteppe..intro til tema. Noen spørsmål før vi går i gang? Jeg har åtte spørsmål, noen større en andre..ja....nå var dere veldig stille.

2. A: Mikrofon angst haha

3. I: Ja, haha mikrofonangst ja..noen flere spørsmål før vi begynner?

4. B: ja, men, mmmm, den oppgaven du skal skrive, kan du gjenta ka som blir hovedoverskriften

5. I: ja, det er søsken til pasienter i BUP

6. B: ja mm

7. I: også er det hvordan behandler BUP søsken som pårørendeja..ok..

8. I: Så det første spørsmålet er vel, handler vel om hvordan dere forholder dere til søsken til barna i BUP, hva dere tenker om tema. Mer sånn åpent spørsmål først. Da er det sånn at dere snakker sammen...

9. B: ja, det er jo sånn at vi kartlegger er jo mitt inntrykk...mm alltid om der er søsken

10. I: ja

11. B: hvilket kjønn, hvor gammelt det er

12. I: Mm

13. B: er det hel eller halv søsken, ja det inngår i anamnesticke opplysninger.. det er jo standardisert i anamnese skjema...

14. C: det blir jo kartlagt litt sånn relasjon til søsken.. det står sånn på den KIDDIE- Sades gradering av kvaliteten på samspillet

15. B: ja, for de som bruker KIDDIE-sades, men ellers så er det ikke det spørsmålet i anamnese skjema, malen, det relasjonelle

16. A: den vi sender ut, der står det ikke noe om det sant, men den som vi bruker hvis vi bruker KIDDIE-sades malen så står det..tror heller ikke det kom med i den nye redigerte

17. B: ja det, du tenker ikke på selve KIDDIE-Sades intervjuet, men..den anamnese delen

18. C: ja, den delen

19. B: stemmer det, der står det, ja beklager.
20. C: ja, så står det om relasjon til søsken, de spør om gradering
21. B: Beklager, eg var et annet sted i KIDDIE- sadesen
22. D: eg tenker jo ofte at når eg, ehh, når eg lager genogram, så er det naturlig spørsmål å stille ka forhold, ka relasjon har de til søsken..,mhm så eg pleier å vektlegge den biten, men det er kartleggingen, ehh
23. B: det er jeg ening i når det er genogram, men så er det ikke alltid gjennomført genogram..kanskje..
24. C: nei.....
25. D: sikkert litt individuelt ka metoder vi bruker
26. E: eg synes vi hører mye om søsken, sant, fordi foreldrene, de forteller ofte om søsken når de beskriver sitt barn, de sammenligner ofte dette barnet som de er kommet hit for med sine søsken, sant, ut fra kordan problemet er, det er gjerne fordi at, søsken ikke er sånn, søsken er annerledes, dermed blir vi oppmerksom på dette barnet. De ungene som de kommer med, skiller seg ut fra søsken av sånn og sånn årsak. Ehh, synes vi får mye informasjon om disse søsken og..kordan de har det, kordan de fungere sammen, kordan de er.. i forhold til den som kommer hit
27. F: det er jo tema i forhold til adhd kurset, så er det jo tema som vi har valgt å dekke mer og mer i kurset. Fordi at det ofte er en problemstilling som kommer opp, at vi har valgt å, ehh det har vel blitt mer informasjon om det på kurset, etter hvert som årene har gått
28. C: da er det overskrift foreldre rolle, asså det å være foreldre, sant, foreldreskap, kordan de forvalter det, da er søsken problematikken en bit av det
29. F: mm..ja..da er det av og til søsken har valgt, eller foreldrene sammen med søskene har valgt at de skal være med den gangen hvor søskenproblematikk er tema
30. C: ja. Da har søsken vært representert som talsmann for andre søsken, de har da fortalt om sin opplevelse av å være søsken til et barn med den type vanske..mm
31. D: eg synes ofte eg hører foreldre er, ehh, bekymret for søsken føler de er skadelidende under ehh pasientene eller barnet som er henvist sin, sine symptomer, sin atferd, føler at de som foreldre får for lite tid til å ta seg av søsken, og at søsken gjerne blir slått eller behandlet dårlig, som en følge av barnet sin vansker..mm

33. I: kordan forholder du deg til den type informasjonsom du får?
34. D: i førsomgang fanger jeg den opp
35. I: ja..mm notere det ned, ta det med deg videre
36. D: ja, mm.....
37. B: synes jo ofte det blir et tema, nå tenker jeg kanskje mest på ungdom. Ikke at foreldrene nevne søsken, men ungdommene problematiserer.. at det er konflikter med søsken, at det da blir et tema i samtaletilbudet for ungdommen..eg så igjennom pasientlisten min, fant ut her at for de aller fleste, ahh, for de som er ungdommer, så har det vært, dette med søsken vært tematisert. Ehh, lite eller mye.
38. I: ja
39. B: eg var litt overrasket over dette
40. I: asså mer...kan du gjenta?
41. B: overrasket over at det var så hyppig tematisert
42. I: jaa..
43. I: hva var det som gjorde at du ble overrasket, at du tenkte jøss
44. B: ehh..mm..ja for det er jo ikke så mange andre tema som, ehh, som hører med i BUP arbeidet, så er jo ikke dette, formalisert. Vi har jo mange andre ting vet vi må snakke med barn og unge som vi vet henger sammen med psykisk helse...mm dette er ikke et slags standardisert tema..men så kommer det opp fra pasientene, ser det ut for i hvert fall min liste ganske ofte
45. I: de kommer med tema selv, de selv bringer det frem
46. B: ja..mm..
47. D: det kan jeg kjenne meg igjen i
48. B: ja, ahh
49. D: det er et ganske..ehh, hyppig tema
50. B: Ja,eh
51. C: ehh, eg har jobbet med sånn faglig standard vedrørende psykoedukasjon, og da jeg leste igjennom den veilederen som du referer til der, ehh, og der er jo for å sikre bedre psykisk helse så er

det jo informasjon til søsken som også er en viktig bit..for hvis de får bedre informasjon om, ehh, søsken, søskene sitt, så kan de bedre også forstå..men de må også vite ka gjør eg da..for det, fordi de kan gå inn i hjelperolle, eller de kan være sånn bare trekker seg helt ut, eller avviser de helt, og de det er ganske vanskelig for søsken å forholde seg til noe som er litt annerledes..mm

52. B: men det står vel generelt i veilederen at man bør gi , ehh, det er jo ikke etablert noen praksis. Sånnsett, ens praksis

53. C: nei, ikke for søsken

54. B: nei

55. C: mer i forhold til foreldre at de skal lære om et tilstandsbilde, fordi det er en beskyttende faktor, er vel mest forsket på angst

56. B: ja

57. C: de, der har du mest forskning i forhold til det, men så viser det seg også i forhold til andre tilstandsbilder at det er..beskyttende..derfor har vi det adhd kurset blant annet

58. F: men det er jo litt vanskelig også i forhold til taushetsplikten..spesielt når ungdommene bestemmer over informasjonen selv .. for ofte har vi jo hatt til og med begge søskene som går her, men så ønsker ikke de at den andre skal vite om, selv om det er mye konflikter og sånn, men de ønsker på en måte å ikke dele det, informasjonen om sine vansker og sånn med den andre, det er jo litt, men med mindre barn, så er det jo foreldrene som tar den beslutningen, mens med ungdommene, så er det jo, en ekstra dimensjon i forhold til det, at de faktisk kan velge at de ikke ønsker.. å dele det.....eg føler ofte det at, når eg har involvert søsken, det er ikke så veldig ofte, så er det egentlig mest fordi foreldrene har ytret et ønske, og har behov for det. Og da har det vært foreldre til små barn, på en måte der hvor de tar den beslutningen og gjerne også jeg og foreldrene har snakket med det barnet det gjelder som er pasient om at vi skal gi informasjon til din bror eller søster om dette, og da sier vi sånn og sånn, at de er informert, men det er til syvende og sist foreldrene som har bestemt det, som bestiller..

59. I: det leder meg inn på neste spørsmål, sant, du sier det ville være en situasjon kor du kunne tenke deg..å invitere søsken inn til en samtale. Hva tenker dere andre, hvilke situasjoner skulle dere kunne tenke dere i å invitere søsken inn til en samtale eller i terapi rommet?.....

60. E: eg har invitert inn søsken for å få informasjon

61. I: for å få informasjon?