

Foreldres erfaringer med samarbeid og kommunikasjon i møte med BUP

En kvalitativ studie av hvordan foreldre til barn med ADHD opplever samarbeid og kommunikasjon med BUP

Caroline Skaug Nilsen

Masteroppgave i spesialpedagogikk – Fordypning i psykososiale vansker
40 studiepoeng

Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet, UiO

Vår 2023



Sammendrag

Formål og problemstilling: Tidligere rapporter og undersøkelser peker i retning av at barn med psykiske lidelser og familiene deres har varierte erfaringer i møte med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Andelen barn og unge som diagnostiseres med en psykisk lidelse har økt de siste årene, og blant tilfellene som henvises til BUP, er mistanke om ADHD den vanligste henvisningsårsaken. Formålet med dette prosjektet er å få et innblikk i og en forståelse av hvilke erfaringer foreldre til barn med ADHD har når det gjelder kommunikasjon og samarbeid med BUP. Mer spesifikt har jeg hatt et ønske om å undersøke foreldrenes opplevelser av møtet med systemet, samt hvordan de føler seg møtt og ivaretatt i løpet av prosessen. Med utgangspunkt i foreldreperspektivet har jeg forsøkt å besvare følgende problemstilling: *Hvordan opplever foreldre til barn med ADHD samarbeid og kommunikasjon med BUP?*

Metode: For å besvare oppgavens problemstilling er en kvalitativ forskningsmetode benyttet, med en vitenskapelig forankring i fenomenologien. Totalt ble det gjennomført seks semistrukturerte intervjuer, der fem av disse inngikk i det endelige utvalget. Tilnærmingen til datamaterialet var både induktiv og deduktiv, hvor stegvis-deduktiv induktiv metode ble benyttet i kodingsfasen og for å utarbeide fire hovedtemaer og tilhørende undertemaer (Tjora, 2021). I den videre analysen ble tre fortolkningskontekster for mening, *selvforståelse*, *kritisk forståelse basert på sunn fornuft* og *teoretisk forståelse*, benyttet som meningstolkende verktøy (Kvale & Brinkmann, 2015).

Resultater: Resultatene fra denne studien viser at foreldrenes erfaringer med fagpersonene i de mellommenneskelige møtene stort sett er gode, men at de systemiske rammene fagpersonene arbeider innenfor, begrenser handlingsrom og muligheter for å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte. Foreldrene har stått i en krevende hverdag over lang tid, preget av bekymringer for barnets fremtid og stigmatisering fra andre i det sosiale nettverket. Noen stiller derfor spørsmål ved sin egen egnethet som foreldre. Flere opplever veien inn til BUP som kronglete, og erfarer systemet som uoversiktlig og vanskelig å navigere seg i. Etter stilt diagnose har foreldrene behov for tett og hyppig oppfølging, men savner en mer tilgjengelig tjeneste, personalstabilitet, utprøvelse av alternative tiltak parallelt med medisiner og et bedre samarbeid med andre instanser. De fleste foreldrene trekker frem viktigheten av egeninnsats for å sikre fremgang i prosessen, et ansvar som oppleves

belastende i en allerede utfordrende livssituasjon. Fagpersonenes kompetanse vurderes som høy, og den største andelen av foreldrene opplever stor forståelse fra og tillit til enkeltmenneskene de møter på BUP. Samtlige føler seg tatt på alvor, men allikevel rapporterer flere at de ønsker å involveres og medvirke i større grad i forbindelse med barnets behandling.

Konklusjon: Funnene i dette prosjektet indikerer at barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk er en viktig instans for foreldre som har barn diagnostisert med ADHD. Samtidig peker funnene i retning av at tjenesten kan forbedres på flere områder, slik at hjelpen som tilbys er bedre tilpasset barnets og foreldrenes behov og situasjon. Foreldrene ønsker mer informasjon om diagnosen, hvilke rettigheter de har og hvordan systemet fungerer. De trenger også tettere og hyppigere oppfølging på initiativ fra BUP, og savner igangsettelse av flere parallelle tiltak i tillegg til den medikamentelle behandlingen barnet blir tilbudt. Det er behov for bedre medvirkningsmuligheter, samt en mer tilgjengelig tjeneste og bedre koordinering av de sammensatte tjenestetilbudene, hvor ansvarsfordelingen tydeliggjøres i større grad.

Forord

Etter mange fine og lærerike år på Blindern, er jeg stolt over å endelig skulle levere denne masteroppgaven. Nå setter jeg foreløpig et punktum for studenttilværelsen, og ser frem til å sette kunnskapen min fra studiene, praksis og deltidsjobber ut i live. Utgangspunktet for forskningsprosjektet mitt var å velge et tema jeg var nysgjerrig på og som jeg ønsket å lære mer om. Samarbeid og kommunikasjon med foreldre til barn med utfordringer, kommer til å være en sentral del av mitt fremtidige yrke som rådgiver, og temaet falt derfor på kommunikasjon sett fra foreldrenes perspektiv. Arbeidet med denne oppgaven har tidvis vært krevende. Samtidig har det vært interessant og givende å planlegge og gjennomføre sitt eget prosjekt, hvor jeg har fått innsikt i og mulighet til å fordype meg i spennende temaer, som jeg i forkant hadde begrenset med kunnskap om.

Det er flere som fortjener en takk i forbindelse med dette prosjektet. Først og fremst ønsker å jeg å rette en stor takk til informantene som tok seg tid til å stille til intervju for å dele sine tanker og erfaringer. Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten dere. I fremtidig arbeid skal jeg ha deres nyttige og gode refleksjoner i bakhodet. Tusen takk!

Jeg ønsker å takke foreningen ADHD Norge, som bidro med å opprette kontakt og rekruttere informanter til prosjektet. En stor takk til de øvrige foreldrene som meldte interesse for deltagelse via telefon og e-post, som jeg dessverre ikke hadde kapasitet til å inkludere i studien. Jeg skulle gjerne ha snakket med hver og en av dere.

Tusen takk til veilederen min, Heidi Omdal. Takk for raske tilbakemeldinger og gode innspill i løpet av skriveprosessen.

En siste takk rettes til familien min, det fine kollektivet mitt, studievenner og kjæresten min. Takk for at dere har hatt troa på meg i løpet av studietiden, og spesielt dette siste halvåret med masteroppgaveskriving. Dere har fått meg på andre tanker, men også motivert meg til å fortsette når veien til innlevering har virket lang og skremmende. Spesielt takk til Karoline, som har hjulpet til med korrekturlesing.

Oslo, 29. mai 2023

Caroline Skaug Nilsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	I
Forord	III
Innholdsfortegnelse	IV
1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstilling	2
1.3 Oppgavens oppbygning	3
2 Teori	4
2.1 Foreldreperspektivet	4
2.1.1 ADHD	5
2.1.2 Å være foreldre til barn med ADHD	6
2.2 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	8
2.2.1 Behandling av ADHD	8
2.2.2 Foreldresamarbeid i BUP	9
2.2.3 Foreldres erfaringer i møte med BUP	10
2.3 Kommunikasjon - Et systemteoretisk perspektiv	12
2.3.1 Systemteoretiske antagelser om kommunikasjon	12
2.3.2 Gregory Batesons kommunikasjonsteori	13
2.4 Relasjonskompetanse og kommunikasjonsferdigheter	15
2.4.1 Kongruent kommunikasjon	16
2.4.2 Empatisk forståelse	17
2.4.3 Anerkjennelse	18
2.4.4 Muligheter for medvirkning	19
3 Metode	22
3.1 Metodisk tilnærming og vitenskapsteoretisk forankring	22

3.1.1	Kvalitativt forskningsintervju	23
3.1.2	Utforming av intervjuguide.....	23
3.2	Rekruttering	24
3.2.1	Endelig utvalg	25
3.3	Gjennomføring.....	26
3.3.1	Pilotintervju.....	26
3.3.2	Intervjugjennomførelsene	27
3.3.3	Transkribering av intervjuene	28
3.3.4	Analyse	28
3.4	Forskningsprosjektets kvalitet	30
3.4.1	Etiske betraktninger	30
3.4.2	Reliabilitet.....	32
3.4.3	Validitet.....	33
3.4.4	Generaliserbarhet	34
4	Presentasjon av funn og analyse.....	35
4.1	Å være foreldre til et barn med en ADHD-diagnose.....	35
4.1.1	Hverdagen som foreldre til et barn med ADHD	36
4.1.2	Veien inn i BUP-systemet.....	37
4.1.3	Diagnosebeskjed - «Lettelse» for noen, «sjokk» for andre.....	39
4.2	«BUP-systemet»	41
4.2.1	Navigasjonsvansker i et uoversiktlig system	41
4.2.2	Viktigheten av personalstabilitet.....	42
4.2.3	Tilgjengelighet - «Mangel på hotline» og «runddans med sentralbordet»	43
4.2.4	Samarbeid med andre instanser.....	44
4.3	«Liten verktøykasse i BUP» - Oppfølging og veien videre.....	46
4.3.1	Oppfølgingstilbud og veiledning	46
4.3.2	Medisinering - Siste utvei blir første utvei	47

4.3.3	Tanker rundt medisinerer - «Det er amfetamin liksom»	49
4.3.4	Behovet for oppfølging	50
4.4	Foreldrenes møte med enkeltpersoner i BUP	51
4.4.1	Foreldrenes vurdering av fagpersonens kompetanse	51
4.4.2	Anerkjennelse og forståelse i prosessen	53
4.4.3	Hensyn til foreldrene i prosessen	54
4.4.4	Mismatch mellom enkeltmenneskene og «BUP-systemet»	56
5	Diskusjon	57
5.1	Tiden før henvisning og veien inn i BUP-systemet	57
5.2	Foreldrenes erfaringer med behandling og oppfølging etter stilt diagnose	60
5.3	De mellommenneskelige møtene mellom foreldrene og fagpersonene i BUP	63
6	Avslutning	67
6.1	Veien videre	69
	Litteraturliste	70
	Vedlegg 1: Godkjennelse fra Sikt	77
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv til foresatte	79
	Vedlegg 3: Samtykkeerklæring for foresatte	82
	Vedlegg 4: Informasjonsskriv til barn	83
	Vedlegg 5: Samtykkeerklæring for barn	86
	Vedlegg 6: Intervjuguide	87

Antall ord: 26 248

1 Introduksjon

I dette introduksjonskapittelet vil det presenteres en oversikt over oppgaven i sin helhet. Innledningsvis blir bakgrunn for valg av tema beskrevet. Deretter vil oppgavens formål, problemstilling og forskningsspørsmål bli presentert. Til slutt tar jeg for meg oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn

De siste årene er det observert en økning i andelen barn og unge som blir diagnostisert med en psykisk lidelse (Bang et al., 2022). I 2021 mottok nesten 65 000 barn og unge behandling ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Dette tilsvarer en økning på 14 prosent sammenlignet med det foregående året (Bremnes & Indergård, 2022). Økningen har blitt omtalt som en av de største helseutfordringene for denne aldersgruppen i Norge. Det at flere har behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten, kan medføre økt press på hjelpetjenestene, samt utfordre pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingstilbudene (Ukom, 2022a).

Blant tilfellene som henvises til BUP, er mistanke om ADHD den vanligste henvisningsårsaken (Helsedirektoratet, 2021). Foreldrene til barn med diagnosen uttrykker at de er slitne når de kommer i kontakt med hjelpetjenestene, og mange rapporterer at det er vanskelig å bli trodd og akseptert av andre, inkludert hjelpeapparatet (Moen et al., 2014; Ukom, 2022b). Flere undersøkelser indikerer et forbedringspotensial når det gjelder kommunikasjon og samarbeid mellom BUP og foreldre, ved at en stor andel av foreldrene opplever å verken bli sett eller hørt. Videre etterspør foreldrene mer informasjon, et mer velfungerende samarbeid med andre instanser, og flere muligheter for medvirkning (Barneombudet, 2020; Skudal & Holmboe, 2019). Med bakgrunn i økningen av antall henvisninger som omhandler mistanke om ADHD, antas det at foreldrenes behov for bistand fra BUP øker tilsvarende. Foreldrenes ønsker om forbedring av kommunikasjonen i møte med BUP, gjør det interessant å undersøke nærmere hva som fungerer godt, og hvilke områder som kan utvikles i fremtiden.

Ved å gjennomføre forskningsprosjekter med fokus rettet mot foreldrenes erfaringer, kan man bidra til å utvikle bedre fremtidige tjenester og legge til rette for at foreldrene blir

møtt på en god måte. I tillegg kan et godt samarbeid bidra til at BUP får en helhetlig forståelse av barnets hverdag og utfordringer, slik at de kan bidra med tilretteleggingsarbeid i eksempelvis barnehage og skole, arenaer hvor barnets vansker ofte kommer til uttrykk (Holmen, 2016; Jensen & Ulleberg, 2019). Alle barn har rett til tilpasset opplæring ut ifra sine evner og forutsetninger (Opplæringslova, 1998, § 1-3). For at BUP skal kunne bidra inn mot barnehager og skoler, er et godt samarbeid med barnets foreldre avgjørende. Foreldrene er en viktig ressurs i barnets liv og spiller en sentral rolle for dets utvikling. På bakgrunn av dette tar jeg i denne studien utgangspunkt i foreldrenes perspektiv for å undersøke deres opplevelser i møte med spesialisthelsetjenesten for barn og unge.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med dette prosjektet er å få et innblikk i og en bedre forståelse av hvilke opplevelser foreldre til barn med ADHD har når det gjelder samarbeid og kommunikasjon med BUP.

Jeg er interessert i å undersøke hvordan foreldrene føler seg møtt og ivaretatt som pårørende til sine barn i spesialisthelsetjenesten, samt hvilke utfordringer de møter på veien. Målet med prosjektet er å fremheve foreldreperspektivet og se nærmere på deres subjektive erfaringer i møte med BUP, og hva som kjennetegner samarbeidet og kommunikasjonen i disse møtene. Jeg ønsker å rette søkelyset mot hvorvidt foreldrene opplever å bli tatt på alvor, om de føler seg sett og hørt og i hvilken grad de mener at fagpersonene i BUP evner å sette seg inn i deres situasjon. Ved å undersøke dette vil jeg forsøke å besvare følgende problemstilling:

Hvordan opplever foreldre til barn med ADHD samarbeid og kommunikasjon med BUP?

Videre er det utledet tre forskningsspørsmål for å belyse prosjektets problemstilling. Disse spørsmålene er utformet for å undersøke nærmere noen av fasene i behandlingsløpet i BUP, hvor kommunikasjon og samarbeid med foreldrene er særlig fremtredende. Spørsmålene i intervjuguiden tar utgangspunkt i disse forskningsspørsmålene, og vil sett i sammenheng med hverandre kunne besvare oppgavens problemstilling:

- 1. Hvilke erfaringer sitter foreldrene igjen med etter det første møtet med BUP?*
- 2. Hva slags erfaringer har foreldrene med behandling og oppfølging i BUP-systemet etter stilt diagnose?*
- 3. Hvordan opplever foreldrene at de blir møtt og ivaretatt av fagpersonene i BUP?*

1.3 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven er i tillegg til dette introduksjonskapittelet, bygget opp av fem andre kapitler.

I kapittel 2 presenteres prosjektets teoretiske tilnærming og rammeverk. Foreldreperspektivet og sentrale begreper blir her gjort rede for, som en forståelsesramme for undersøkelsens tema. Kommunikasjonsteori blir belyst med utgangspunkt i det systemteoretiske perspektivet, hvor det legges særlig vekt på Gregory Batesons kommunikasjonsteori. Videre vil relasjonsteori og kommunikative ferdigheter og holdninger bli gjort rede for.

I kapittel 3 blir den metodiske tilnærmingen i prosjektet og vitenskapsteoretisk forankring presentert. Her vil det kvalitative forskningsintervjuet, bruk av semistrukturert intervju og den fenomenologiske tilnærmingen bli beskrevet. Deretter gis det et innblikk i forskningsprosjektets forarbeid, planlegging, gjennomføring og etterarbeid. Til slutt vil etiske betraktninger og undersøkelsens kvalitet bli belyst og diskutert.

Kapittel 4 tar for seg presentasjon av funn og analyse av det innsamlede datamaterialet. Presentasjonen av funnene er inspirert av Kvale og Brinkmann (2015) sine fortolkningskontekster for mening.

I kapittel 5 knyttes funnene beskrevet i kapittel 4 opp mot forskningsspørsmålene i en teoretisk diskusjon.

Kapittel 6 er et avsluttende kapittel med oppsummerende refleksjoner, hvor problemstillingen blir besvart. Tematikk som anses som gjenstand for fremtidig forskning, vil her bli belyst.

2 Teori

I dette kapittelet presenteres det teoretiske grunnlaget for å belyse det valgte temaet i forskningsprosjektet. Innledningsvis rettes fokuset mot en redegjørelse av sentrale begreper som danner rammen for prosjektet, herunder en presentasjon av foreldreperspektivet, ADHD-diagnosen, hvordan det er å være foreldre til barn med ADHD, BUP-systemet og foreldresamarbeid i denne tjenesten. Videre presenteres relevant kommunikasjons- og relasjonsteori, med fokus på det systemteoretiske og relasjonsorienterte perspektivet.

Før vi skal se nærmere på foreldreperspektivet som ligger til grunn for forskningsprosjektet, vil jeg kort avklare bruken av noen sentrale begreper. Innenfor kommunikasjons- og relasjonsteori omtales ofte personer som er i møte med ulike hjelpetjenester, som «den andre». I dette tilfellet forstås «den andre» som foreldre til barn med ADHD, og videre i oppgaven vil denne betegnelsen benyttes for å omtale gruppen. I møte med BUP har foreldre varierte behov for hjelp og støtte, men felles for de ulike tilfellene er betydningen av god kommunikasjon og et godt samarbeid med fagpersonene. Kommunikasjon og samarbeid forstås her i et utvidet perspektiv, og omhandler situasjoner hvor foreldrene er i direkte kontakt med ansatte på BUP, eksempelvis gjennom deltagelse i inntakssamtaler, diagnoseformidlingsmøter, behandlingsmøter, oppfølging og veiledningssamtaler. I disse situasjonene kan foreldrene treffe på ansatte med forskjellige faglige bakgrunner og kompetanse, slik som behandlere (psykologer), leger (psykiatere), vernepleiere, sosionomer, familieterapeuter og spesialpedagoger. Videre i oppgaven vil begrepet «fagperson» benyttes som en samlebetegnelse på de ansatte som møter barn og deres foreldre på BUP.

2.1 Foreldreperspektivet

I dette prosjektet er fokuset hele veien rettet mot foreldrenes perspektiv. Ved å innta et foreldreperspektiv forsøker man å se en sak eller situasjon fra foreldrenes ståsted, og det vil være sentralt å ta hensyn til deres subjektive opplevelser og erfaringer. Foreldre har i de fleste tilfeller unik innsikt i barnets ønsker og behov, og de vil derfor ha mye verdifull informasjon å komme med til fagpersoner som jobber med barn og unge. Deres perspektiv er en essensiell del av en helhetlig og personorientert tilnærming til barn og unges helse og utvikling. Det at søkelyset rettes mot foreldrenes perspektiv handler om å ta utgangspunkt i deres opplevelser, både i forbindelse med situasjonen de står i og deres opplevelser i møte med hjelpeapparatet.

Det kan være en utfordring dersom erfaringsbasert brukerkunnskap, slik som foreldrenes perspektiv, ikke blir videreformidlet og kommunisert til omverdenen, da dette er en god og viktig kilde for å utvikle etisk forsvarlige hjelpetjenester (Røkenes og Hanssen, 2012).

Målgruppen i forskningsprosjektet er foreldre til barn med ADHD. Dette er en gruppe bestående av mennesker som støter på en rekke hverdagslige utfordringer, og som befinner seg i krevende og belastende situasjoner over tid (Kendall, 1998, Moen et al., 2011). Behovet for hjelp og støtte fra eksterne tjenester utenfor hjemmet antas å være stort. En av disse eksterne tjenestene er BUP, som har ansvar for utredning, behandling og oppfølging av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. For å bedre kunne forstå hvordan det er å være foreldre til barn med ADHD og hvordan diagnostiseringsprosessen foregår, skal jeg først presentere diagnosen og deretter beskrive noen kjennetegn på utfordringer foreldrene kan møte på. Videre vil det gis en kort presentasjon av BUP, deres samfunnsmandat og viktigheten av foreldresamarbeid.

2.1.1 ADHD

ADHD er en forkortelse for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, en nevroutviklingsforstyrrelse beskrevet i *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). I Norge benyttes *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer* (ICD-10) for å rapportere kontaktårsaker og diagnoser til Norsk pasientregister (Direktoratet for e-helse, u.å.). I ICD-10 betegnes diagnosen som hyperkinetisk forstyrrelse, og faller innunder kategorien *F90-98: Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder* (10. utg.; ICD-10; World Health Organization [WHO], 2023). De diagnostiske kriteriene for hyperkinetisk forstyrrelse er beskrevet i *Diagnostic criteria for research* (WHO, 1993). Her er det listet opp ni symptomer på konsentrasjonsvansker, fem symptomer på hyperaktivitet og fire symptomer på impulsivitet. For at diagnosen skal stilles, må minst seks symptomer på konsentrasjonsvansker, tre symptomer på hyperaktivitet og minst ett symptom på impulsivitet være til stede. I tillegg må symptomene ha vært til stede og gitt nedsatt funksjonsevne i flere settinger, ha startet før syvårsalderen, vedvart i minst seks måneder og ikke bedre kunne forklares av en annen diagnose (WHO, 1993). Til tross for at man i Norge benytter ICD-10 som kodeverk, brukes som oftest ADHD-begrepet fremfor

hyperkinetisk forstyrrelse i faglitteraturen og i samfunnet generelt (Øgrim, 2018). Av den grunn vil diagnosen bli omtalt som ADHD videre i denne oppgaven.

Mange barn med ADHD har utfordringer med selvregulering og eksekutive funksjoner. Problemene kommer eksempelvis til uttrykk ved at barnet har vansker med å bearbeide informasjon, komme i gang med oppgaver og å vente på tur. I tillegg kan barnet oppleve høy grad av kroppslig aktivering og indre uro (Holmen, 2016). Symptomene på ADHD kan i mange tilfeller oppstå allerede i barnehagealder, men den gjennomsnittlige alderen for diagnostisering er allikevel mellom syv og tolv år for gutter, og noe senere for jenter. Grunnen til at diagnosen sjelden stilles før skolealder, kan bunne i at det i gjennomsnitt tar fire år før barnet får en henvisning til spesialisthelsetjenesten etter at de første mistankene om ADHD oppstår. Videre er det lavere voksentetthet i skolen sammenlignet med barnehagen, og det stilles strengere krav til barnet etter skolestart med tanke på evne til konsentrasjon og å sitte i ro (ADHD Norge, 2020).

Det antas at omtrent tre til fem prosent av barn og unge i Norge under 18 år har ADHD (Helsenorge, 2020). En statusrapport om ADHD i Norge, indikerer at forekomsten er større blant gutter (4,3%) enn jenter (1,7%) for aldersgruppen 6-17 år (Ørstavik et al., 2016). Barn med diagnosen er ingen homogen gruppe, og det er store variasjoner i symptombilde og grad av funksjonsnedsettelse (Moen et al., 2016). I tillegg har omtrent halvparten av barna med diagnosen også andre tilleggsvansker, slik som søvnproblemer, lærevansker, motoriske vansker, språkvansker eller atferdsvansker (Øie, 2021).

2.1.2 Å være foreldre til barn med ADHD

Barn og unge med ADHD har et atferdsmønster og et tankesett som kan gjøre det utfordrende å fungere optimalt i ulike situasjoner. Vanskene som følger en ADHD-diagnose påvirker ikke kun barnet som strever, men også familien og nettverket rundt barnet (Moen et al., 2014). Diagnosen er omfattende og kompleks, og det å være forelder til et barn med ADHD har blitt beskrevet som både utmattende, kaotisk og konfliktfullt (Kendall, 1998). Tiden før diagnosen blir stilt skildres av mange foreldre som en krevende hverdag, preget av følelser som frustrasjon, skyld og hjelpeløshet (Moen et al., 2011). Det er lovfestet og et utbredt samfunnssyn at foreldre har ansvar for forsvarlig oppdragelse og forsørgelse av sine barn (Barnelova, 1981, § 30). Avvikende atferd hos barn har derfor en tendens til å forklares ut ifra mangler hos foreldrene og at de ikke gjør en tilstrekkelig jobb. Dette er svært utfordrende å

håndtere, og kan i enkelte tilfeller medføre internaliserte negative tanker om at man ikke strekker til som foreldre, samt manglende tro på egne evner og ferdigheter (Kendall, 1998).

Mange foreldre til barn med ADHD rapporterer lav grad av forståelse fra slektninger, venner, barnehage, skole og andre fagfolk (Moen et al., 2014). ADHD kan gi symptomer som påvirker barnets sosiale fungering, og barnet og dets foreldre befinner seg derfor i en utsatt posisjon for å oppleve stigma, fordommer og diskriminering fra andre. Foreldrene kan oppleve stigmatisering og stemples som dårlige foreldre, fordi barna deres ikke etterlever samfunnets etablerte normer for sosial atferd (Mueller et al., 2012). I en studie som har undersøkt foreldres erfaringer relatert til stigmatisering av ADHD, rapporterer 77 prosent av deltagerne slike opplevelser. Halvparten av foreldrene uttrykker også bekymring for at andre skal sette barna deres i en negativ bås. Videre opplevde en femtedel av foreldrene at ansatte i skolen og helsetjenesten var avvisende for bekymringene deres (DosReis et al., 2010). Mangel på forståelse og støtte fra det sosiale nettverket, kan føre til at foreldrene isolerer seg selv og barnet sitt (Kendall, 1998). En konsekvens av isolasjon og det å ikke bli sett og hørt, kan være utvikling av egne psykiske helseplager. Mødre til barn med ADHD viser flere symptomer på angst og depresjon sammenlignet med andre mødre, og både mødre og fedre har signifikant forhøyet sannsynlighet for å ha en psykiatrisk diagnose (Kvist et al., 2013). I tillegg indikerer tvillingstudier at ADHD har en estimert gjennomsnittlig arvelighet på 76 prosent, hvilket vil si at barn med diagnosen ofte har foreldre med lignende vansker (Faraone et al., 2005). Dette kan medføre at samarbeidet med helsetjenesten blir ekstra utfordrende.

Etter at barnet har fått en ADHD-diagnose oppstår det ofte blandede følelser hos foreldrene. Flere foreldre beskriver en slags lettelse når diagnosen er stilt, fordi det gir et svar på hvorfor barnet er som det er og gir også et håp om å komme inn i et system hvor det er hjelp å få. Etter lettelsesfølelsen kan det dukke opp følelser av tristhet, sorg og bekymring. Foreldrene sørger over diagnosens kroniske natur og over å ikke skulle oppdra et «normalt» barn (Kendall, 1998). Videre er det heller ikke uvanlig at foreldrene lever med en overhengende bekymring hva gjelder barnets fremtid, både akademisk og sosialt. Barn og særlig ungdommer med ADHD kan ha lett for å bli påvirket av andre, og det er derfor knyttet bekymring til at barnet skal bli dratt inn i kriminelle eller andre uheldige miljøer. I tillegg har barn med diagnosen vansker som kan gjøre det lite attraktivt for andre barn å ville inkludere dem, hvilket medfører redsel for at barnet skal bli utsatt for mobbing og utestengelse (Moen et al., 2014). God hjelp og støtte fra venner, slektninger og fagfolk er avgjørende for foreldrenes

mestringsfølelse og selvtillit i møte med hverdagens bekymringer og utfordringer (Moen et al., 2011). Det er behov for bistand og forståelse på et tidlig stadium før problemene eskalerer og blir for alvorlige (Moen et al., 2014).

2.2 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er et spesialisthelsetjenestetilbud innenfor psykisk helsevern som tilbyr utredning, diagnostisering og behandling til barn og unge mellom 0-18 år. Tjenesten er regulert av ulike lovverk, blant annet psykisk helsevernloven av 2.7.1999. Her defineres psykisk helsevern som spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-2).

Bekymring og mistanke om ADHD oppstår i de fleste tilfeller hos foreldrene i hjemmet eller blant personalet i barnehage eller skole. Oppstart av utredning bygger som regel på vurderinger gjort av pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller fastlege. Ved mistanke om diagnose henvises barnet videre herfra til BUP, som stiller ADHD-diagnoser dersom dette er aktuelt (Holmen, 2016). Diagnose stilles etter en helhetlig vurdering basert på observasjoner av barnets atferd, diagnoseintervjuer, kartleggingsskjemaer, nevropsykologiske tester, legeundersøkelse og samtale med barnets foreldre og andre i barnets nærmiljø, slik som eksempelvis ansatte i barnets barnehage eller skole (Øie, 2021). En rekke instanser og fagfolk er delaktige i utredningsfasen, og det kan derfor tenkes at prosessen er belastende og tidkrevende for barnets foreldre.

2.2.1 Behandling av ADHD

I behandling av ADHD bør en kombinasjon av psykologiske, medisinske, spesialpedagogiske og psykososiale tiltak benyttes, tilpasset den enkeltes situasjon og funksjonsevne. Tiltak kan involvere informasjon om diagnosen, medikamentell behandling, individuelt tilpassede pedagogiske tiltak, foreldretreningsprogrammer, veiledning, sosial ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi, tilrettelegging i hjemmet og informasjon om kosthold og ernæring. Målet med behandlingen er å redusere symptomene, øke funksjonsnivået og minimalisere risikoen for utvikling av tilleggsvansker (Helsedirektoratet, 2022a).

Medikamentell behandling er et vanlig tiltak for barn og unge med ADHD. En rapport utgitt av Folkehelseinstituttet (FHI) anslår at omtrent 80 prosent av barn med diagnosen har prøvd sentralstimulerende legemidler minst én gang (Ørstavik et al., 2016). Det er kun middels alvorlige og alvorlige tilfeller av ADHD hos barn som anbefales behandling med medikamenter, og dette tiltaket skal støttes av parallelle tiltak. Medikamentene kan redusere symptomtrykket hos barnet, men selv om de kortsiktige effektene er godt dokumenterte, er det dårligere oversikt over virkningen av langsiktig bruk (Felleskatalogen, 2019). Kjente bivirkninger av ADHD-medisiner er blant annet hodepine, søvnproblemer, magesmerter og nedsatt matlyst (Storebø et al., 2018). Det er derfor debattert hvorvidt medikamentell behandling er et egnet tiltak i behandling av diagnosen blant barn. Belastede barn over seksårsalderen med store funksjonsnedsettelse anbefales utprøving av medisiner, mens yngre barn og barn som er mindre plaget i første omgang anbefales å teste ut andre tiltak og behandlingsmetoder (Felleskatalogen, 2019).

Medisinsk behandling av ADHD er også noe barnas foreldre og øvrige samfunnsmedlemmer har tanker og meninger om. Media skriver hyppig om diagnosen, hvor økt bruk av medisiner blant barn og unge de siste årene er et mye omtalt tema. Dette kan medføre skepsis i befolkningen knyttet til medisiner av barn med ADHD, og påvirke befolkningens generelle oppfatninger og synspunkter (Mueller et al., 2012). Foreldre kan oppleve å ha negative fordommer og bekymringer til at barnet deres skal bli slik andre med ADHD portretteres i media, eller sånn de har hørt fra andre at barn med diagnosen kan være. Selv om foreldre opplever stigma vedrørende barnets diagnose og medisinbruk, velger mange allikevel å medisinere barnets ADHD (DosReis et al., 2010). De opplevde fordelene ved bruk av medisiner kan veie opp for de stigmatiserende barrierene.

2.2.2 Foreldresamarbeid i BUP

I barne- og ungdomspsykiatrien er det barnet som er primærpatienten. Etablering av et godt samarbeid med barnets foreldre er allikevel viktig, da dette anses som en nøkkelfaktor for god og effektiv hjelp, et tilfredsstillende behandlingstilbud og et vellykket behandlingsresultat (Davis, 1995). Samarbeid handler om at mennesker jobber sammen med hverandre for å oppnå felles mål. Foreldresamarbeid kan forstås som et paraplybegrep for samtaler, møter, arbeid, rådgivning og veiledning av et barns foreldre (Kokkersvold & Mjelve, 2003). Når et barn har helseutfordringer, blir hele familien påvirket. I møte med BUP vil det derfor være

hensiktsmessig å involvere barnets foreldre og søsken i behandlingsprosessen, slik at vanskene kan kartlegges og forstås på best mulig måte (Jensen & Ulleberg, 2019). Et godt samarbeid kan involvere inkludering i utrednings- og behandlingsfasen, tilstrekkelig med informasjon underveis og tett oppfølging etter at behandlingen er avsluttet. Videre kan et godt samarbeid gjøre det enklere for foreldrene å håndtere barnets vansker i hjemmet, noe som kan bidra til at familien blir bedre rustet til å møte hverdagens utfordringer.

Lovverket legger føringer for samarbeidet mellom fagpersoner i BUP og barnets foreldre. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er gjeldende ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-5). I denne loven står det skrevet at foreldre eller andre med foreldreansvar har rett til å samtykke til helsehjelp dersom pasienten er under 16 år, men at pasientens meninger, i dette tilfellet barnet, etter fylte 12 år skal tillegges stor vekt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Videre har foreldrene i kraft av å være barnets nærmeste pårørende, rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, samt rett til å motta informasjon om barnets helsetilstand og den helsehjelpen som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-1 og 3-3). I det følgende skal vi se nærmere på tidligere forskning om hvordan foreldre opplever møtet med BUP.

2.2.3 Foreldres erfaringer i møte med BUP

I flere studier er det undersøkt hvilke erfaringer foresatte til barn med psykiske utfordringer har i møte med spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis har FHI, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomført en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant foresatte til barn og unge innen psykisk helsevern (Skudal & Holmboe, 2019). I underkant av 6000 foresatte svarte på en spørreskjemaundersøkelse om sine erfaringer. Rapporten indikerer varierende erfaringer, og antyder at det er behov for forbedringer i det psykiske helsetilbudet til barn og unge. Resultatene peker i retning av at de foresatte stort sett er fornøyde med fagpersonenes omsorg og ivaretagelse av barnet deres, at de føler seg møtt med høflighet og respekt, og at de blir tatt på alvor. De er derimot mindre fornøyde med utbyttet av behandlingen, mulighetene for innflytelse, spesialisthelsetjenestens samarbeid med andre instanser og informasjonen om diagnosen og ulike behandlingsmuligheter. Noen foresatte rapporterer god kommunikasjon med fagpersonene i BUP, men majoriteten uttrykker at de verken føler seg sett eller hørt. Videre er tilgjengelighet og ventetid gjennomgående temaer, hvor flere ønsker tettere og hyppigere oppfølging. I tillegg uttrykker mange av de foresatte tvil til diagnosen som stilles,

og forteller at tilbudet fra BUP ofte bortfaller når diagnosen foreligger. Av den grunn kan det være vanskelig å få svar på spørsmål om diagnosen og medisinering (Skudal & Holmboe, 2019).

Lignende funn er presentert i en rapport utgitt av Barneombudet (2020). Foreldrene i denne undersøkelsen beskriver mangel på medvirkning og informasjon om hvilke rettigheter de har, samt at det tar lang tid å få hjelp. I 2022 var den nasjonale gjennomsnittlige ventetiden fra henvisning til BUP ble mottatt til oppstart av helsehjelp 53,5 dager. Dette tallet tilsvarer en økning på 3,9 dager sammenlignet med det foregående året (Helsedirektoratet, 2023). Den gjennomsnittlige ventetiden ligger 18,5 dager over den anbefalte ventetidslengden, hvor målsettingen for ventetid i det psykiske helsetilbudet for barn og unge i 2023 ligger på 35 dager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Videre forteller flere av foreldrene om hyppige personalbytter uten at dette er informert om i forkant, at tilbudene er lite tilpasset familiens timeplan og at samarbeidet med andre tjenester slik som skole, PPT, barnevern og fastlege er nærmest fraværende (Barneombudet, 2020).

Det tverrsektorielle samarbeidet mellom BUP og andre instanser, har blitt omtalt som det svakeste leddet når det gjelder familiers behov for sammensatte offentlige tjenester (Helsedirektoratet, 2019). Mangel på koordinering og samordning av de sammensatte tilbudene barnet har behov for, medfører at flere av foreldrene selv tar på seg dette ansvaret, noe som blir beskrevet som en fulltidskoordineringsjobb (Barneombudet, 2020). I henhold til spesialisthelsetjenesteloven (1999, §§ 2-5 og 2-5 a), helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §§ 7-1 og 7-2) og psykisk helsevernloven (1999, § 4-1) har alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, rett til å få utarbeidet en individuell plan av kommunen, samt tilbys en koordinator som har ansvar for å sørge for nødvendig oppfølging, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift av den individuelle planen. Etter anbefaling fra Helsedirektoratet (2018), kan utarbeidelse av en individuell plan og oppnevning av en koordinator være gode tiltak for å følge opp barn med ADHD og andre i deres nærmeste nettverk. Til tross for anbefalingen er det sjelden at denne koordineringen fungerer optimalt i praksis (Hansen et al., 2020). Dette kan blant annet bunne i at de ulike instansene i stat og kommune er sektorinndelt og spesialiserte på sine egne fagområder (Helsedirektoratet, 2019). Selv om instansene er lovpålagt å samarbeide med hverandre for å løse pasientenes behov, finnes det ingen klare retningslinjer for hvem som er ansvarlig for samarbeidet eller hvordan det skal organiseres. De pårørende samtykker ofte til informasjonsdeling på tvers av instansene, men varierte tolkninger av taushetsplikten og lovverket gjør at koordineringen avhenger av enkeltpersoner,

og ansvaret overlates derfor til foreldrene. Dette kan sette en stopper for informasjonsflyten og koordineringen på tvers av tjenestetilbudene (Proba, 2017).

De tidligere undersøkelsene på feltet indikerer at samarbeidet mellom foreldre og fagpersoner i BUP har forbedringspotensial. For å opprette og vedlikeholde et tett samarbeid mellom foreldrene og fagpersonene i BUP, er det avgjørende med god kommunikasjon (Davis, 1995). I det følgende vil det gjøres rede for kommunikasjonsteori og relasjonsteori.

2.3 Kommunikasjon - Et systemteoretisk perspektiv

Menneskets grunnleggende evne til kommunikasjon er medfødt. Begrepet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr «å gjøre felles». Røkenes og Hanssen (2012) skriver at vi utveksler, avdekker og skaper mening når vi kommuniserer, og at vi deler av oss selv og vår personlige egenverden i et felles opplevelsesrom med andre mennesker. Sammen med andre skaper vi mening gjennom kommunikasjon, ved hjelp av et samspill mellom både innhold, koding, kontekst og tolkning. Kommunikasjon er viktig innenfor en rekke profesjoner, og det finnes av den grunn ulike innfallsvinkler for å definere og forstå fenomenet (Jensen & Ulleberg, 2019). Forskere som tilhører fenomenologiske, hermeneutiske og sosialkonstruksjonistiske grener, har tradisjonelt sett vært mest interessert i kommunikasjonens innhold, mens systemteoretiske kommunikasjonsteorier har rettet fokuset mot betydningen av relasjoner, samspill og kontekst i kommunikasjonsprosessen (Røkenes & Hanssen, 2012). I denne oppgaven er det relasjonene mellom foreldre til barn med ADHD og fagpersonene jeg er mest interessert i å undersøke, og en systemteoretisk tilnærming blir derfor vektlagt videre i oppgaven. Før vi skal se nærmere på Gregory Batesons relasjonsorienterte kommunikasjonsteori, skal jeg presentere noen grunnleggende antagelser om kommunikasjon mellom mennesker, sett fra et systemteoretisk perspektiv.

2.3.1 Systemteoretiske antagelser om kommunikasjon

Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas og Don D. Jackson ga i 1967 ut boken *Pragmatics of Human Communication*, et verk som av mange blir ansett som en veletablert standard innenfor det kommunikasjonsteoretiske feltet. Her introduseres noen mellommenneskelige kommunikasjonsantagelser. Watzlawick et al. (1967) hevder at det ikke er mulig å ikke kommunisere. Det vil være umulig å opptre på et vis som er fri for andre menneskers tolkning og forståelse. Selv om man forsøker å ikke kommunisere, er også fravær av kommunikasjon

en måte å kommunisere på. Budskapet som blir kommunisert er ifølge systemteoretisk teori bundet av konteksten, og på denne måten blir partenes atferd tilgitt mening (Røkenes & Hanssen, 2012).

Kommunikasjon foregår på multiple nivåer til enhver tid (Watzlawick et al., 1967). I tillegg til de verbale ordene og setningene som blir formulert, blir betydningen av disse farget og tillagt mening ved hjelp av parallell nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon forstås som bruk av talespråk eller skriftspråk, mens nonverbal kommunikasjon er definert som atferd fra ansiktet, kroppen eller stemmen, foruten det språklige innholdet, slik som eksempelvis kroppsspråk, mimikk, volum, rytme og intonasjon (Hall et al., 2019). Når vi kommuniserer er det alltid både et innholdsplan og et relasjonsplan, hvor innholdet dreier seg om saken og budskapet, og relasjonen omhandler forholdet mellom partene (Jensen & Ulleberg, 2019). Det verbale språket tilhører innholdsplanet, mens de nonverbale uttrykkene tilhører relasjonsplanet. Undersøkelser antyder at måten vi kommuniserer på er av større betydning enn de uttalte ordene med tanke på hvordan et budskap blir oppfattet, ved at 30 prosent av informasjonen kommer fra det verbale, mens 70 prosent kommer fra det nonverbale (Kokkersvold & Mjelve, 2003).

Videre forstås kommunikasjon og samspill som en sirkulær, dynamisk og kontinuerlig prosess (Watzlawick et al., 1967). De tidligste kommunikasjonsteoriene forstod kommunikasjon som en lineær årsak-virkning-prosess, der en avsender overførte et budskap til en passiv mottaker (Eide & Eide, 2017). I senere tid forstås kommunikasjon mer som en gjensidig interaksjon mellom mennesker, og forklares ved hjelp av en transaksjonsmodell der individene som deltar er aktive i både meningskaping og tolkning (Jensen & Ulleberg, 2019). I det følgende skal vi se nærmere på Gregory Batesons kommunikasjonsteori, som også kan plasseres innenfor den systemteoretiske og relasjonsorienterte tilnærmingen.

2.3.2 Gregory Batesons kommunikasjonsteori

Gregory Bateson (1904-1980) anses som en av de mest sentrale bidragsyterne innenfor det systemteoretiske og kommunikasjonsteoretiske feltet. Ved hjelp av tverrfaglige vitenskapelige tilnærminger, var han opptatt av å forstå kommunikasjon, læring og tenkning hos alt levende (Bateson, 1972/2005). Arbeidet hans tar utgangspunkt i systemisk tenkning, og ble introdusert som et alternativ til den mekanistiske årsak-virkning-tenkningen som preget store deler av virkelighetsforståelsen før i tiden (Jensen & Ulleberg, 2019). I denne oppgaven

er fokuset rettet mot Batesons tenkning og syn på kommunikasjon mellom mennesker, og hans definisjon av at alt er kommunikasjon, er lagt til grunn for det videre arbeidet. Ifølge Bateson (1972/2005) kommuniserer vi til enhver tid på parallelle nivåer, og det er derfor ikke mulig å ikke kommunisere. Bateson er kjent for å omtolke og anvende velkjente begreper i nye settinger, slik at virkeligheten kan forstås på en ny måte. Vi skal nå se nærmere på noen av de mest sentrale begrepene i hans kommunikasjonsteori og tenkning.

Bateson (1972/2005) benytter begrepene informasjon og kontekst for å betegne det vi oppfatter, og den forståelsesrammen vi oppfatter noe innenfor. Informasjon forstås her på en annen måte enn i dagligtalen, og defineres som «en forskel, der gjør en forskel» (Bateson, 1972/2005, s. 314). Det må med andre ord oppstå en forskjell i relasjonen mellom ulike erfaringer, gjenstander eller fenomener som noen reagerer på, for at informasjon skal fremtre for oss. Hvilke forskjeller vi reagerer på vil variere fra person til person, og det vil derfor være ulikt hos mennesker hva som oppfattes som betydningsfull informasjon og ikke (Jensen & Ulleberg, 2019). Videre forstår vi, tolker og skaper mening av informasjon innenfor en bestemt kontekst, forstått som en psykologisk forståelsesramme preget av forkunnskaper og tidligere erfaringer. I forbindelse med dette tar vi i bruk kontekstmarkører i omgivelsene, slik som eksempelvis gjenstander, ord og steder, som kan bidra til å tolke og forstå ulike kontekster (Bateson, 1972/2005). Det eksisterer et gjensidig forhold mellom informasjon og kontekst, hvor ny informasjon i en situasjon kan utvide kontekstforståelsen, og hvor konteksten kan legge føringer for hva slags informasjon vi oppfatter. Utfordringer mellom mennesker kan etableres i form av uheldige samspillsmønstre dersom samtalepartene har forskjellige forståelseskontekster i dialogen (Jensen & Ulleberg, 2019).

For å beskrive ulike samhandlingsmønstre i møte mellom mennesker, benytter Bateson (1972/2005) begrepene symmetriske og komplementære samspill. Symmetriske samspill er kjennetegnet av gjensidig forsterkning, på en slik måte at partene deler samme meninger, følelser og atferd. På sirkulært vis øker likheten mellom partene, ved at begge atferd bidrar til lignende atferd hos den andre. Dette kan eksempelvis komme til uttrykk ved at jo mer ansvar en fagperson tar, desto mer ansvarlig blir også den andre parten i relasjonen. I komplementære samspill er partenes meninger, følelser og atferd ulik. Slike samspill oppstår når motsetninger og ulikheter tilpasses eller utfyller hverandre (Jensen & Ulleberg, 2019). Et eksempel kan være at jo mer den andre snakker, desto mer lytter fagpersonen. Relasjoner som eksisterer over en lengre tidsperiode inneholder som regel både symmetriske og komplementære elementer, og med tid kan disse samhandlingsmønstrene endre seg og

oppleves både positive og negative av partene som tar del i samhandlingen (Bateson, 1972/2005).

Bateson (1972/2005) anvender begrepene analog og digital kommunikasjon for å beskrive kompleksiteten og dobbeltheten i de to kommunikasjonsnivåene som foregår parallelt. De to kommunikasjonsformene tilfører hverandre gjensidig mening, og må derfor ses i sammenheng med hverandre (Jensen & Ulleberg, 2019). Digital kommunikasjon forstås som entydige symboler, tegn og ord, er knyttet til kommunikasjonens innhold og må læres for å forstås. Analog kommunikasjon er derimot flertydig og åpen for tolkning, rettet mot relasjoner og inneholder kommunikasjonsformer som kommuniseres parallelt med ordene, slik som eksempelvis kroppsholdning, intonasjon, gester og ansiktsuttrykk. Det vil være umulig å fange opp det flertydige, analoge kommunikasjonsuttrykket i entydig, digitalt språk, og forsøk på dette kan være ubehagelig, lite treffende og medføre et oversettelsesproblem dersom det ikke er samsvar mellom de to kommunikasjonsformene (Bateson, 1972/2005).

Overensstemmelse mellom de analoge og digitale uttrykksnivåene betegnes som kongruens, mens mangel på samsvar betegnes som inkongruens eller dobbeltkommunikasjon. Ifølge Bateson (1972/2005) har mennesker overveiende mer tillit til de nonverbale mediene i kommunikasjon med andre, spesielt dersom det er uoverensstemmelse mellom de digitale og analoge uttrykkene. Lav grad av samsvar kan medføre kompliserte relasjoner preget av forvirrende kommunikasjon, men ved at partene blir bedre kjent med hverandre over tid, kan det bli lettere å forstå den andre og å tolke sammenhengen mellom de to kommunikasjonsformene på mer hensiktsmessige måter (Jensen & Ulleberg, 2019).

Slik det fremkommer av Bateson (1972/2005) sine tanker og ideer, er kommunikasjon og relasjon to nært beslektede og overlappende perspektiver. Det finnes ingen relasjoner med fravær av kommunikasjon, og kommunikasjon foregår alltid i relasjon til andre mennesker (Jensen & Ulleberg, 2019). Av den grunn skal vi nå se nærmere på relasjonskompetanse og noen sentrale kommunikasjonsferdigheter og holdninger, som er av betydning i møtene mellom fagpersonen og den andre.

2.4 Relasjonskompetanse og kommunikasjonsferdigheter

Relasjonsbegrepet stammer fra det latinske ordet *relatio* som betyr å «føre tilbake», og betegner et forhold mellom to eller flere mennesker (Jensen & Ulleberg, 2019). Relasjoner oppstår i ulike settinger, både i hverdagslivet og i yrkessammenheng. Når man inntar visse

fagpersonroller og arbeider innenfor en yrkeskontekst hvor hjelpende arbeid med andre mennesker står sentralt, stilles det bestemte krav til nødvendig kompetanse. En viktig del av fagpersonens faglige kompetanse, er den kommunikative relasjonskompetansen, forstått som kunnskap, holdninger og ferdigheter som bidrar til å opprette og vedlikeholde relasjoner mellom mennesker på en fruktbar måte (Røkenes & Hanssen, 2012).

Et sentralt mål når det gjelder arbeid med mennesker, er å tilrettelegge for holdnings- og atferdsendringer for å fremme mestring, bedret funksjon og utvikling. I den forbindelse er det av stor betydning å opprette gode relasjoner og kommunisere på en hensiktsmessig måte. Undersøkelser antyder at relasjonskvaliteten er mer betydningsfull for en positiv utvikling enn de metodene og teknikkene fagpersonen benytter. Videre har kvaliteten avgjørende betydning for hvilken oppfatning den andre sitter igjen med når det gjelder fagpersonens råd, veiledning og handlinger (Røkenes & Hanssen, 2012). Relasjonskompetente fagpersoner samhandler på måter som fører til at den andre opplever seg sett og forstått. Dette skaper en positiv samhandlingssirkel preget av trygghet, anerkjennelse, respekt, åpenhet og tillit. På den annen side kan konsekvensene av negative samspill være mangel på tillit, negative holdninger og avstand (Røkenes & Hanssen, 2012).

En viktig forutsetning for positive og utviklende relasjoner, er god kommunikasjon. Både kommunikasjons- og relasjonsbyggende ferdigheter er nøkkelfaktorer for suksessfull hjelp, og fagpersoner må derfor inneha en rekke kommunikasjonsferdigheter for å samarbeide godt med de menneskene de møter (Egan, 2017). Slike ferdigheter kan eksempelvis involvere empatisk tilstedeværelse, forståelse og en anerkjennende holdning. I det følgende skal vi se nærmere på noen kommunikative ferdigheter og holdninger som er en viktig del av fagpersoners relasjonskompetanse. Sentralt for redegjørelsen er arbeidet til den humanistiske psykologen Carl Rogers (1957; 1990) og den norske psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye (2002).

2.4.1 Kongruent kommunikasjon

Med røtter i den humanistiske tilnærmingen, har den amerikanske psykologen Carl Rogers (1902-1987) vært en viktig bidragsyter og en sentral skikkelse i utformingen av personsentrert terapi. Han er spesielt kjent for tre grunnleggende holdninger av betydning for en konstruktiv rådgivningsprosess (Gelso et al., 2014). Disse tre holdningene er kongruens, ubetinget positiv aktelse og empatisk forståelse, som hevdes å være mer avgjørende for et vellykket

samhandlingsutfall enn fagpersonens tekniske ferdigheter (Rogers, 1990). Personsentrert terapi bygger på antagelsen om at individer selv har ressurser og evner til å løse egne problemer, og at fagpersoner i denne prosessen primært skal fungere som en støttende veileder. Kongruens er ifølge Rogers (1990) den mest fundamentale av de tre holdningene, fordi fagpersonen må evne å være genuin og oppriktig i møte med andre mennesker for at empatiske forståelse og positiv aktelse skal kunne finne sted. Det å være kongruent i kommunikasjonssammenheng handler om å fremstille seg selv sånn man faktisk er, åpent og gjennomsiiktig, uten å skjule seg bak en profesjonell fasade. Ved å være kongruent, har fagpersonene kontakt med sitt indre liv, og evner å møte mennesker på en personlig og direkte måte (Røkenes & Hanssen, 2012).

En kongruent fagperson er selvbevisst og i stand til å være åpen om sine egne vedvarende følelser og holdninger, og evner også å kommunisere dette til andre dersom det er nødvendig (Rogers, 1990). En slik holdning tilsvarer ikke udiskriminerende åpenhet, men handler om å fremstå autentisk, troverdig og forutsigbar i samhandlingsprosessen (Lassen, 2014). Ved at fagpersonen er genuin, skapes en tillit i relasjonen mellom partene, som kan bidra til økt trykghetsfølelse og minimalisering av opplevd risiko knyttet til den andres informasjonsdeling om sitt eget liv (Rogers, 1990).

2.4.2 Empatisk forståelse

Empati handler om å leve seg inn i andre menneskers subjektive, indre opplevelsesverden, både på et affektivt og et innholdsmessig plan (Røkenes & Hanssen, 2012). Rogers (1990) fremhever fagpersonens empatiske forståelse som sentralt for at individet fritt skal kunne erfare sine indre oppfatninger, følelser og personlige meninger. Empatisk forståelse betyr at fagpersonen setter seg inn i den andres univers, med en nøyaktighet og sensitivitet til det umiddelbare nuet her og nå. Det handler om å tre inn i andres personlige erfaringer, tanker og følelser som om de tilhører en selv, samtidig som at man er bevisst på at tankene egentlig tilhører noen andre (Rogers, 1990). Sagt på en annen måte, er empati kjennetegnet av følelsesmessig nærhet, med en samtidig evne til å holde passende avstand for å muliggjøre refleksjon.

For å innta en empatisk holdning stilles det krav til gode lytte- og forståelsesevner. Empatisk lytting involverer høy grad av konsentrasjon og nysgjerrighet rettet mot den andres indre opplevelsesverden (Røkenes & Hanssen, 2012). Dette krever empatisk tilstedeværelse, hvor

oppmerksomhet og aktiv lytting er aspekter som kan komme til uttrykk på fysiske og psykologiske måter, i form av både nonverbal og verbal kommunikasjon (Egan, 2017). Ifølge Rogers (1990) har en dypere forståelse for den andres indre liv liten verdi med mindre den blir kommunisert. Fagpersonen må formidle forståelsen sin av opplevelsene til den andre parten i en gjensidig dialog, slik at den andre gis mulighet til å bekjenne seg eller justere fagpersonens forståelse. Når det er snakk om forståelse, må fagpersonen formidle dette uten å forklare hvordan den andre føler det. Fagpersonen tar med seg sin egen forforståelse inn i relasjonen og forstår den andre på bakgrunn av dette. Av den grunn er det viktig at fagpersonen møter mennesker med en åpen holdning til endringer av sitt eget tankesett (Røkenes & Hanssen, 2012). I det følgende vil det redegjøres for anerkjennelse, en annen essensiell del av empatisk forståelse.

2.4.3 Anerkjennelse

Anerkjennelse er et mye omtalt og sentralt begrep i Anne-Lise Løvlie Schibbye sin teori om dialektisk relasjonsforståelse, hvor anerkjennende relasjoner anses som essensielt for menneskets vekst og utvikling (Schibbye, 2002). Teorien er inspirert av og basert på tenkningen til den tyske filosofen Hegel (1770-1831) og speilingsteorien til George Herbert Mead (1863-1931), hvor en sentral tanke er at menneskets selvstendighetsutvikling avhenger av andre mennesker (Jensen & Ulleberg, 2019). Schibbye (2002) omtaler anerkjennelse som et komplekst begrep, som refererer til sammensatte væremåter. Anerkjennelse blir på denne måten noe man er, og ikke noe man har. For å være anerkjennende må fagpersonen innta en subjekt-subjekt-holdning, og forstå andre menneskers subjektivitet ut ifra en forståelse for sin egen subjektivitet. Partene i relasjonen må være likeverdige i den forstand at det foreligger en respekt for andre menneskers rett til å oppleve verden på sin egen måte (Schibbye, 2002). Den norske pedagogen Berit Bae (1995, referert i Jensen & Ulleberg, 2019) beskriver det som sentralt for anerkjennelse, at fagpersonen tillater andre å være eksperter på sine egne opplevelser, og at disse beretningene blir en del av fagpersonens helhetlige forståelse. Anerkjennelse foregår ved at fagpersonen fanger opp og anerkjenner den andres bevissthet (Schibbye, 2002).

Anerkjennelse er et vanskelig begrep å definere, men Schibbye (2002) fremhever væremåtene lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse som viktige ingredienser i anerkjennelse. Disse væremåtene overlapper hverandre og gir hverandre mening, og er på denne måten

dialektiske (Schibbye, 2002). Terapeutisk lytting handler om mer enn å høre det verbale som formidles. Det handler om å fange opp de aspektene ved dialogen som ikke formidles med ord, og om å ta innover seg det den andre formidler på en aktiv, fokusert og åpen måte, uten å la forutinntatte holdninger begrense budskapet. Slik lytting legger til rette for terapeutisk forståelse, en indre forståelse av den andres opplevelser. Videre kan fagpersonen gjennom lytting signalisere en bekreftelse og aksept for den andres opplevelse uten å bedømme deres syn på verden. Aksept og toleranse kommer til uttrykk ved at fagpersonen kobler andres negative selvopplevelse med aksept, uten at opplevelsen fordømmes (Schibbye, 2002). Ved hjelp av disse ingrediensene blir anerkjennelse en trygghetsskapende væremåte hos fagpersonen, som kan bidra til forandring og utvikling hos individet.

Rogers (1957) behandler også anerkjennelsestematikken når han skriver om betingelser for selvakseptering. Positive og negative vurderinger fra omgivelsene i oppveksten danner et mønster for hvilke sider ved en selv som kan vises og hvilke sider som må skjules. Hvilke sider mennesker velger å vise til omverdenen er med andre ord betinget av tidligere erfaringer. For at mennesker skal føle seg anerkjent i møte med en fagperson, må fagpersonen ifølge Rogers (1990) møte den andre med ubetinget positiv aktelse. Dette innebærer å kommunisere en dyp og genuin omsorg for den andre, som verken bærer preg av bedømmelse av den andres tanker, følelser eller atferd. På den måten eksisterer det ingen betingelser for aksept. Den andre tillates å ha egne opplevelser og følelser, både positive og negative, hvor samtlige blir møtt med ubetinget positiv aksept (Rogers, 1957).

Opplevelse av anerkjennelse åpner opp for muligheter til å utforske sitt indre liv, og kan gi en følelse av trygghet, respekt og å bli tatt på alvor. Mangel på en anerkjennende holdning kan medføre følelser av skam, skyld og å bli fordømt, noe som kan resultere i at samtaletemaene begrenses eller at samarbeidet stagnerer (Røkenes & Hanssen, 2012). I tillegg til en anerkjennende holdning hos fagpersonen, indikerer undersøkelser at det er viktig for individers selvfølelse og opplevelse av menneskeverd å bli møtt som et subjekt og med medmenneskelighet (Røkenes & Hanssen, 2012). I det videre skal vi derfor se på betydningen av medvirkning.

2.4.4 Muligheter for medvirkning

Medvirkning handler om at fagpersonen behandler menneskene de møter som likeverdige deltagere i diskusjoner og avgjørelser som omhandler deres situasjon (Jensen & Ulleberg,

2019). Når barn er pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien er det naturlig at foreldrene deres medvirker i både utrednings- og behandlingsprosessen. Foreldrene samtykker som regel til utredning og behandling på vegne av barna sine når de er under 16 år gamle, og de har i de fleste tilfeller rett til å motta informasjon (Helsedirektoratet, 2022b). De må derfor gis mulighet til å delta aktivt og ha innflytelse på det som skjer. I tillegg ser det ut til at kvaliteten på endringsarbeidet øker når de pårørende aktivt blir involvert (Jensen & Ulleberg, 2019).

Sentralt for medvirkning er en trygg relasjon preget av respekt og god kommunikasjon, hvor partene anser hverandre som selvstendige subjekter med rett til selvbestemmelse. Likeverdige relasjoner mellom fagpersoner og de hjelpesøkende kan være utfordrende å etablere, ved at de på flere måter er komplementære. Fagpersonen og den andre inngår i en hjelperelasjon, hvor den ene parten har behov for hjelp og den andre parten tilbyr hjelp (Røkenes & Hanssen, 2012). I slike tilfeller, hvor det er forskjeller mellom fagpersonen og den andres utgangspunkt i form av både kompetanse, sårbarhet og makt, vil relasjonen være asymmetrisk, og dette kan være grobunn for konflikter (Lassen, 2014). Fagpersonen har i kraft av sitt profesjonelle språk og sin faglige kompetanse definisjonsmakt, forstått som makt til å beskrive og definere virkelighetsversjoner (Jensen & Ulleberg, 2019). Feilaktige slutninger om andre menneskers versjoner av virkeligheten kan medføre følelser av hjelpeløshet, overkjøring og en følelse av å verken bli sett eller hørt. Om ikke fagpersonen evner å vise hensyn til den andres synspunkter og bidrag, men kun handler ut ifra egne standardiserte metoder, er det risiko for at den andre føler seg tingliggjort og behandlet som et objekt. Andre konsekvenser at mangel på medvirkning og likeverdig behandling, kan være følelser av å ikke bli ivaretatt, lavere selvfølelse, mangel på mestring og hjelpeavhengighet (Røkenes & Hanssen, 2012).

De siste tiårene har et generelt økende utdanningsnivå i befolkningen, mer tilgjengelig informasjon og økende samfunnsdemokratisering, lagt et godt grunnlag for mer likeverdige relasjoner mellom fagpersoner og de andre (Jensen & Ulleberg, 2019). Til tross for de komplementære aspektene som kjennetegner relasjonen mellom dem, fremhever Røkenes og Hanssen (2012) viktigheten av å behandle hverandre som medmennesker i mellommenneskelige relasjoner på en måte preget av myndiggjørende kommunikasjon, hvor partenes kunnskap og synspunkter blir gjort gyldig. Slik myndiggjørende kommunikasjon handler om å støtte andres situasjonsforståelse, åpne opp for selvstendige handlinger og å anse andre som ekspert på sin egen situasjon. Davis (1995) argumenterer for at relasjonene mellom fagpersoner og foreldre bør anses som et partnerskap, hvor partene ved hjelp av utfyllende ekspertise kan utfylle hverandres forståelse. Foreldrene har unik kunnskap om barnet sitt og

sin egen situasjon, men for at foreldrene skal kunne delta aktivt og medvirke, må de ha tilstrekkelig med kunnskap. I forbindelse med dette blir det fagpersonens oppgave å formidle informasjon på en tydelig, klar og forståelig måte og respondere på passende måter (Davis, 1995).

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for hvordan forskningsprosjektets empiriske materiale har blitt til. Hensikten er å gjennomgå de metodiske valgene som er tatt underveis og reflektere rundt disse valgene. Jeg vil først gjøre rede for metodisk tilnærming og vitenskapsteoretisk forankring, samt det kvalitative forskningsintervjuet, bruk av semistrukturert intervju og utforming av intervjuguide. Deretter vil jeg beskrive hvordan rekruttering av informanter foregikk og hvordan prosjektet ble gjennomført. Videre vil aktuelt etterarbeid slik som transkripsjoner og metode for analyse bli presentert. Avslutningsvis vil etiske betraktninger og forskningsprosjektets kvalitet i form av reliabilitet, validitet og generaliserbarhet bli belyst og diskutert.

3.1 Metodisk tilnærming og vitenskapsteoretisk forankring

Hvilken metode som er hensiktsmessig å benytte i et prosjekt, er avhengig av formålet med oppgaven og dens problemstilling. I dette masterprosjektet dreier problemstillingen og formålet seg om å undersøke hvordan foreldre til barn med ADHD opplever samarbeid og kommunikasjon med BUP. Søkelyset er rettet mot foreldrenes subjektive tanker, opplevelser og erfaringer, og kvalitativ metode er av den grunn valgt som metodisk tilnærming. Kvalitativ metode er godt egnet i tilfeller hvor man ønsker å forstå fenomener som omhandler mennesker og hendelser i deres sosiale virkelighet. Et sentralt mål er å få en dypere forståelse for individets livsverden, forstått som individets opplevelse av sitt eget liv og hvordan personen forholder seg til hverdagen sin (Dalen, 2011).

Med bakgrunn i at formålet med prosjektet er å fremheve foreldrenes erfaringer, er inspirasjon til vitenskapsteoretisk forankring hentet fra den fenomenologiske tilnærmingen. Innenfor fenomenologien er man opptatt av å sette seg inn i aktørenes egne perspektiver for å forstå ulike sosiale fenomener (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er et ønske og et mål å beskrive verden på den måten foreldrene selv opplever den. Bruk av kvalitativt forskningsintervju er valgt som metode i dette prosjektet, da et slikt intervju er et godt egnet verktøy for å samle inn beskrivende og fyldig informasjon om informantenes tanker, følelser og erfaringer (Dalen, 2011).

3.1.1 Kvalitativt forskningsintervju

Hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet er å forsøke å se verden fra informantenes ståsted når det gjelder opplevelser, følelser, tanker og meninger om utvalgte temaer knyttet til deres livssituasjon (Larsen, 2017). Forskningsintervjuet har elementer som kan minne om hverdagslige samtaler, men blir på grunn av formålet ansett som en profesjonell samtale. Kunnskap blir konstruert i interaksjon mellom foreldrene og meg som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Et kvalitativt intervju kan utformes med varierende grad av struktur. I arbeid med dette forskningsprosjektet har jeg valgt å benytte et semistrukturert intervju, kjennetegnet av delvis strukturering i form av en mellomting mellom en åpen samtale og en lukket spørreskjemasamtale (Kvale & Brinkmann, 2015). I forkant av intervjugjennomførelsene er det vanlig å utforme en fleksibel intervjuguide bestående av stikkord og spørsmål. Jeg vil nå presentere hvordan intervjuguiden ble utformet.

3.1.2 Utforming av intervjuguide

Prosjektets problemstilling og de tilhørende forskningsspørsmålene la føringer for hvordan intervjuguiden (Vedlegg 6) ble utformet. Målet med intervjuguiden var å utarbeide spørsmål knyttet til de temaene jeg ønsket å undersøke. I denne prosessen ble hva Dalen (2011) betegner som «traktprinsippet» benyttet. Traktprinsippet innebærer å innlede intervjuet med spørsmål av en slik karakter at informanten kjenner seg bekvem og tilpass, før man gradvis beveger seg inn på mer følelsesladde samtaletemaer og til slutt avrunder intervjuet med mer generelle spørsmål (Dalen, 2011). Foreldrene som deltok i mitt forskningsprosjekt, fortalte om temaer som opplevdes både sårt og vanskelig. Før og i løpet av intervjuene var det derfor viktig for meg å legge til rette for en så trygg intervjusetting som mulig. Intervjuguidens fleksibilitet ga rom for at foreldrene på eget initiativ kunne ta opp samtaletemaer og komme med utdypende informasjon dersom de ønsket dette. Videre medførte intervjuguidefleksibiliteten at rekkefølgen spørsmålene ble stilt kunne variere ut ifra de bestemte intervjusituasjonene, slik at foreldrene fritt og åpent kunne fortelle om sine erfaringer.

I utarbeidelse av intervjuguiden ble prosjektets problemstilling brutt ned til konkrete temaer. Det ble tatt utgangspunkt i ulike faser av samarbeidsprosessen mellom foreldre og BUP, og

dette resulterte i tre overordnede temaer: (1) Det første møtet med BUP, (2) formidling av diagnose og (3) erfaringer knyttet til behandling og oppfølging. Da intervjuene ble gjennomført ble hvert tema kort introdusert, slik at det skulle være enklere for foreldrene å omstille seg (Larsen, 2017). Underveis ble det stilt oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål der det var nødvendig.

3.2 Rekruttering

For å rekruttere informanter til forskningsprosjektet kontaktet jeg *ADHD Norge*, en frivillig organisasjon for mennesker med ADHD, deres pårørende og andre interesserte (*ADHD Norge*, u.å.). Informasjon om forskningsprosjektet ble videresendt til aktuelle kandidater innenfor geografisk avgrensede områder via *ADHD Norge* sine systemer. Geografisk avgrensning var nødvendig for å sikre prosjektets gjennomførbarhet med tanke på fysiske intervjuer. I informasjonsskrivet (Vedlegg 2) informerte jeg om kriteriene for deltagelse: (1) At man er forelder til et barn som har fått en ADHD-diagnose og (2) at det foregår eller har foregått et samarbeid med BUP i nyere tid. Denne måten å selektere informanter på kan kategoriseres som strategisk utvelgning, ved at informantene systematisk blir utvalgt på bakgrunn av egenskaper eller kvalifikasjoner ved personen som er strategisk i henhold til problemstillingen (Thagaard, 2018).

I utgangspunktet tenkte jeg at det ville være vanskelig å rekruttere informanter som ønsket å delta i prosjektet, men allerede den første uken etter utsendelse av informasjonsskrivet mottok jeg til sammen over 50 e-poster og telefonsamtaler fra engasjerte foreldre som ønsket å dele sine erfaringer. Den høye responsraten kan tyde på at dette er et tema som engasjerer, og at foreldre til barn med ADHD har behov for å dele sine opplevelser når det gjelder samarbeid og kommunikasjon med BUP. Jeg ble svært positivt overrasket over responsen, og for å kunne vurdere hvem som skulle inngå i det endelige utvalget, så jeg meg nødt til å snevre inn deltagelseskriteriene ytterligere. I tillegg til de eksisterende deltagelseskriteriene, var de nye kriteriene at foreldrene hadde barn i grunnskolealder (6-16 år) og at ADHD-diagnosen hadde blitt stilt i løpet av de tre siste årene. Videre ønsket jeg å intervjuer både mødre og fedre av jenter og gutter, samt å selektere foreldre med både gode og mindre gode erfaringer i møte med BUP. Dette ble vektlagt i utvalgsprosessen for å sikre et mer spredt utvalg og et balansert bilde.

3.2.1 Endelig utvalg

Totalt ble det gjennomført seks intervjuer. I løpet av og i etterkant av et av intervjuene la jeg merke til at få av spørsmålene i intervjuguiden ble besvart. Informanten hadde mye interessant å fortelle, men om temaer som befant seg på siden av de temaene jeg ønsket å undersøke i dette forskningsprosjektet. Av den grunn ble det besluttet at denne informanten ikke skulle inngå i det endelige utvalget. Til slutt bestod det endelige utvalget av til sammen fem fedre og mødre til jenter og gutter med ADHD i aldersspennet 6-12 år. Informantene har fått betegnelsene «Forelder 1», «Forelder 2», «Forelder 3», «Forelder 4» og «Forelder 5». I det følgende vil noen kjennetegn ved informantene bli beskrevet for å bidra til å kontekstualisere funnene i forskningsprosjektet og for å åpne opp for en mer nyansert analyse av datamaterialet.

Forelder 1 er en far til to gutter på ti og tolv år, hvor den eldste gutten er utredet og diagnostisert med ADHD. Han er gift med barnas mor, og forteller at de begge har fleksible yrker som medfører tilpasningsdyktige dager. Foreldrene bestemte seg for å ta kontakt med fastlegen for en henvisning til BUP, hovedsakelig fordi de opplevde at sønnen ble hengende etter på skolen, at andre barn modnet seg mer effektivt og at skolen ble mer belastende. Sønnen fikk diagnosen i 2022, og de er foreløpig ikke skrevet ut av BUP-systemet enda.

Forelder 2 er mor til to jenter på syv år og bor sammen med barnefaren. Da barna var i to-tre-årsalderen merket foreldrene at det var noe annerledes med en av døtrene. De ble derfor anbefalt av helsestasjonen å ta kontakt med fastlegen for en henvisning til BUP. Moren jobber selv i helsevesenet. Datteren fikk påvist en ADHD-diagnose i 2022, og de har fremdeles kontakt med BUP.

Forelder 3 er mor til to gutter på ni og tolv år, hvor den yngste sønnen ble diagnostisert med ADHD i 2021. Foreldrene er gift og bor sammen. Etter skolestart merket foreldrene at hverdagen til sønnen ble mer og mer krevende, og de bestemte seg derfor for å ta kontakt med fastlegen for å sjekke ut dette nærmere. Herfra ble de henvist videre til spesialisthelsetjenesten for barn og unge. Per dags dato har familien fortsatt kontakt med BUP.

Forelder 4 er far til en gutt på seks år og en jente som er et par år eldre. Han er gift og bor sammen med barnas mor. Foreldrene la tidlig merke til at ikke alt var som det skulle med yngstemann, og de ble derfor henvist til BUP via fastlege da sønnen var fire år. Faren hadde da sterk mistanke om ADHD fordi han selv har diagnosen, men etter den første utredningen

hos BUP endte sønnen opp med en autismspekterforstyrrelse-diagnose, en vurdering foreldrene ikke kjente seg helt igjen i. De ble derfor henvist til BUP på nytt for en ny utredning, og sønnen ble diagnostisert med ADHD i 2022. Samarbeidet med BUP er nå avsluttet og de er skrevet ut av systemet.

Forelder 5 er mor til en ti år gammel jente. Hun er skilt fra barnefaren, og de har delt omsorg for datteren. Moren er gift med en ny mann. De bor nå sammen med datteren og hennes stesøsken. Mistanke om at noe var annerledes med datteren oppstod på et tidlig tidspunkt, og de ble av den grunn henvist til BUP via skole og lege. Datteren fikk ADHD-diagnosen i 2022, og de er nå skrevet ut av BUP-systemet.

3.3 Gjennomføring

Gjennomføringen av forskningsprosjektet startet med å utføre et pilotintervju, før jeg deretter gjennomførte intervjuene med foreldrene i det endelige utvalget. Videre ble alle intervjuene transkribert og klargjort for koding og analyse.

3.3.1 Pilotintervju

Pilotintervjuet ble gjennomført med en forelder til et barn med ADHD, som de siste årene har hatt jevnlig kontakt med BUP. Intervjuet foregikk hjemme hos forelderens, i en setting som ville ligne de faktiske intervjuene senere i prosessen. Overføringsverdien fra pilotintervjuet til de videre intervjuene var derfor antatt å være god. Pilotintervjuet ble en fin måte å gjøre meg tryggere i intervjurollen og teste det tekniske utstyret.

I forkant av pilotintervjuet var jeg nervøs, mest fordi situasjonen var ukjent og fordi jeg var spent på om spørsmålene i intervjuguiden var formulert på en slik måte at de ville få fram relevant informasjon. Underveis i intervjuet stoppet vi opp og diskuterte formuleringen av intervju spørsmål der noe var uklart. Dette ble notert ned slik at jeg kunne gjøre nødvendige endringer i intervjuguiden etter gjennomføringen. Jeg opplevde i løpet av intervjuet at spørsmålene var formulert på en åpen måte, noe som gjorde at forelderens fritt kunne fortelle om det som var mest relevant for forelderens situasjon og erfaringer. Det var hele veien et mål at intervjuet skulle oppleves mer som en samtale og ikke som et strengt kontrollert intervju.

Pilotintervjuet ble gjennomført omtrent en uke før igangsettingen av de faktiske masteroppgaveintervjuene. Dette ga meg tid til å finjustere intervjuguiden i form av å endre noen av spørsmålsformuleringene og å legge til spørsmål som viste seg å være mer aktuelle enn først antatt. Det korte tidsrommet mellom pilotintervjuet og oppstarten med de faktiske intervjuene, gjorde at prøvegjennomgangen lå friskt i minne.

3.3.2 Intervjugjennomførelsene

Tid og sted for intervjugjennomførelsene ble avtalt med informantene via e-post. Flere av informantene beskrev en hektisk hverdag, og det var av den grunn et mål for meg å være tilgjengelig og fleksibel for foreldrene, slik at tidspunktet for intervjuene ble tilpasset deres timeplan. To av intervjuene ble gjennomført ved universitetet, mens de tre resterende intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene eller ved arbeidsplassen deres. Det å gjennomføre intervjuene i omgivelser som er kjente for informantene, kan bidra til økt trygghet og mer avslappet stemning (Tjora, 2021). Informantene var derfor delaktige i beslutningen om hvor intervjuene skulle finne sted.

Før intervjuene startet ble informantene nok en gang informert om formålet med forskningsprosjektet, deres rettigheter i prosessen og hva som ville skje med opplysningene deres etter at prosjektet er avsluttet. Deretter ble samtykkeerklæringene fylt ut. Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av voice recorder på en pc tilknyttet UiO, som er godkjent for lagring og behandling av sensitive data. Den gjennomsnittlige varigheten på intervjuene var 1 time, hvor det korteste intervjuet varte i 35 minutter og det lengste intervjuet varte i 1 time og 13 minutter. Lydopptaks kvaliteten var god for samtlige intervjuer.

Underveis i intervjuprosessen la jeg merke til at jeg gradvis fikk intervjuguiden mer under huden, hvilket gjorde at jeg i større grad kunne løsrive meg fra intervjuguiden. Hele veien var det et mål å etterstrebe en samtalelignende form på intervjuene, snarere enn et spørsmål-svar-format. Fire av intervjuene opplevdes mer som samtaler, mens ett av intervjuene opplevdes noe formelt ved at informanten ga korte svar på spørsmålene som ble stilt. I dette tilfellet kan hva Tjora (2021) omtaler som *asymmetri i forventet formalitet* ha oppstått, fordi informanten muligens forventet en mer formell intervjusituasjon enn det jeg i utgangspunktet så for meg. Hyppig bruk av oppfølgingsspørsmål ble her sentralt for å sikre mer utfyllende svar fra informanten.

3.3.3 Transkribering av intervjuene

I etterkant av hvert intervju ble lydopptakene transkribert ordrett ved hjelp av *f4transkript*, et effektivt verktøy egnet for transkribering av intervjuer. Umiddelbar transkripsjon av intervjuene etter gjennomførelse kan være fordelaktig for å sikre presis gjengivelse av deltagerens faktiske uttalelser (Dalen, 2011). Transkripsjonsarbeidet startet av den grunn så raskt som mulig etter at intervjuene med foreldrene var gjennomført. Det å transkribere betyr å transformere, og i dette tilfellet innebærer transkripsjon å transformere de muntlige intervjusamtalene til skriftlig tekst, slik at materialet tilgjengeliggjøres for videre analyser (Kvale & Brinkmann, 2015). For å gjøre transkripsjonene mest mulig forståelige, ble alle intervjuene transkribert på bokmål. Jeg har selv vært ansvarlig for å transkribere lydopptakene, dette for å sette meg godt inn i datamaterialet og få en nærhet til intervjuene (Dalen, 2011). Til å begynne med gikk det langsomt å transkribere datamaterialet, men etter hvert som jeg fikk øvd meg kom jeg inn i en god rytme, noe som gjorde transkriberingen til en noe mer effektiv, men fortsatt tidkrevende prosess.

Når lydopptak av intervjuer transkriberes til tekst, er det uunngåelig å forhindre tap av visse elementer i det språklige budskapet, slik som eksempelvis kroppsspråk, gester, stemmeleie og intonasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Et mål er likevel å sikre høyest mulig grad av nøyaktighet i transkripsjonen, og en naturalistisk transkripsjonstilnærming ble derfor valgt. Den naturalistiske tilnærmingen forsøker å fange opp de idiosynkratiske elementene i talen, slik som pauser, stamming og sukk. På denne måten fanger man ikke kun opp innholdet i samtalen, men også talemønstrene og måten innholdet blir presentert (Aurini et al., 2022). Lengre pauser i samtalen ble markert med parenteser rundt et punktum (.). Ikke-verbale lyder slik som latter, gråt og lange inn- og utpust ble også notert (eks.: (latter)). I tilfeller hvor foreldrene la særlig trykk på setninger eller ord ble dette uthevet med stor skrift.

3.3.4 Analyse

I dette forskningsprosjektet ble de kvalitative intervjudataene analysert tematisk. Tematisk analyse er en mye brukt tilnærming for å identifisere, strukturere, analysere og rapportere mønstre og temaer i kvalitative datasett, samt ofte benyttet for å sikre en rik og detaljert oversikt over intervjumaterialet (Braun & Clarke, 2006). Et av kjennetegnene ved tematisk analyse, er at informantenes egne sitater utgjør empirien (Dalen, 2011). Av den grunn tok jeg utgangspunkt i foreldrenes utsagn i både kodings- og analyseprosessen. I tilnærmingen til

dataene mine, ble både en induktiv og en deduktiv fremgangsmåte benyttet. Inspirasjon til analysen ble hentet fra stegvis-deduktiv induktiv metode (Tjora, 2021), hvor metoden ble brukt som et hjelpemiddel i kodingsprosessen og i temautarbeidelsesfasen. Videre ble Kvale og Brinkmann (2015) sine fortolkningskontekster selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse benyttet som et analytisk verktøy for å tolke mening.

Innenfor stegvis-deduktiv induktiv metode arbeides det i etapper fra rådata til utvikling av konsepter/temaer. I første omgang var analysearbeidet induktivt ved at jeg jobbet fra det empiriske datamaterialet mot teori (Tjora, 2021). De transkriberte intervjuene av foreldrenes utsagn var utgangspunktet for hele analysen. Senere i prosessen ble en deduktiv tilnærming stadig mer gjeldende, ved at teori ble benyttet for å kontrollere empirien. Poenget med en induktiv inngang til analysen var å legge til rette for empirinært arbeid, slik at jeg kunne forhindre å trekke gale slutninger om datamaterialet basert på allerede eksisterende kunnskap og teorier, eller egne forventninger og egen forforståelse (Tjora, 2021). Målet var å fange opp essensen i det foreldrene faktisk sa, ved å samtidig være bevisst egen subjektivitet. Det å distansere seg helt fra datamaterialet vil være praktisk umulig (Kvale & Brinkmann, 2015). Analysemetoden ble derfor valgt som et forsøk på å minimere subjektive fortolkninger, samt for å fremlegge mest mulig empirinære utsagn fra foreldrene.

Etter at datamaterialet fra intervjuene var samlet inn og transkribert, forelå prosjektets analysedata. Arbeidet med analysedataene deles i henhold til den stegvis-deduktive induktive metoden inn i følgende steg: Koding, kodegruppering, konsept-/temautvikling og konseptdiskusjon/teoriutvikling (Tjora, 2021). Det første steget i analysen bestod av induktiv empirinær koding, hvor alle intervjuene ble lest gjennom og beskrivelser fra foreldrene ble kodet i form av korte setninger. I denne første kodingsfasen tok jeg utgangspunkt i begreper som allerede eksisterte i intervjutranskripsjonene, slik at informantenes egne ord og uttrykk ble tatt vare på (Tjora, 2021). Videre ble utdragene fra de opprinnelige analysedataene og de opprettede kodesettene koblet sammen til hva Tjora (2021) kaller for kodestrukturert empiri. Denne struktureringen er en viktig forutsetning for kodegruppering, som går ut på å induktivt gruppere kodene på en tematisk måte. For å strukturere og skaffe oversikt over de ulike kodegruppene benyttet jeg fargekoder, hvor kodene som tilhørte samme gruppe og som omhandlet de samme temaene ble markert med lik farge.

Kodegrupperingsprosessen medførte til å begynne med opprettelse av en rekke ulike temaer. Etter å ha gått gjennom kodegruppene, ble flere av dem slått sammen til mer overordnede

hovedtemaer, mens andre kodegrupper fungerte som undertemaer. Deretter fortsatte jeg med det som innenfor stegvis-deduktiv induktiv metode kalles for konseptutvikling. På dette steget i prosessen begynner sammenkoblingen av den første induktive empirinære kodingen og det teoretiske (Tjora, 2021). I denne fasen ble det forsøkt å finne mer generelle merkelapper på de opprettede temaene basert på teoretiske bidrag. På denne måten ble det empirinære arbeidet koblet sammen med forskningsprosjektets problemstilling, forskningsspørsmål, intervjuguide og teori. Mot slutten av kodings- og analyseprosessen satt jeg igjen med fire hovedtemaer: 1) Å være foreldre til et barn med en ADHD-diagnose, 2) «BUP-systemet», 3) «Liten verktøykasse i BUP» – Oppfølging og veien videre, og 4) Foreldrenes møte med enkeltpersoner i BUP. I den videre analysen ble fortolkningskontekstene til Kvale og Brinkmann (2015) brukt som meningstolkende verktøy. Disse fortolkningskontekstene vil bli beskrevet mer detaljert i oppgavens funn- og analysedel.

3.4 Forskningsprosjektets kvalitet

Innenfor kvalitativ forskning knyttes ofte kvaliteten av de undersøkelsene som er gjort til begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Tjora, 2021). I det følgende vil jeg belyse og diskutere disse tre kvalitetskriteriene, samt presentere de etiske hensynene og retningslinjene som har lagt føringer for gjennomføringen av forskningsprosjektet og arbeidet i løpet av prosessen.

3.4.1 Etiske betraktninger

Etiske problemstillinger bør tas hensyn til i hele forskningsløpet (Kvale & Brinkmann, 2015). I Norge er *Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora* (NESH) ansvarlig for å formulere og utvikle nasjonale forskningsetiske retningslinjer. Forskningsetikk kan forstås som styrende normer innenfor det internasjonale forskerfellesskapet (NESH, 2021). Det er forskerens ansvar å ivareta de forskningsetiske retningslinjene. Forskeren har også en lovpålagt aktsomhetsplikt hvor det understrekes at all forskning skal gjennomføres i overensstemmelse med de anerkjente forskningsetiske normene (Forskningsetikkloven, 2017, § 4).

Det er flere etiske retningslinjer som er sentrale i dette forskningsprosjektet. For det første er et essensielt krav at alle informantene skal gi sitt samtykke til å delta i forskningen. Samtykket skal være informert, frivillig og utvetydig. Informert samtykke handler om at

informantene får forståelig og tilstrekkelig informasjon om prosjektet og hva det vil si å delta. Videre skal samtykket være frivillig, ved at informantene ikke skal føle seg presset til å delta, samt at de når som helst kan trekke seg fra deltagelse dersom det er ønskelig. At samtykket er utvetydig innebærer at informantene uttrykker ønske om å delta på en entydig og aktiv måte. Dette samtykket bør være dokumenterbart (NESH, punkt 15, 2021). I den forbindelse ble det utarbeidet informasjonsskriv (Vedlegg 2 og Vedlegg 4) og samtykkeerklæringer (Vedlegg 3 og Vedlegg 5) til både foreldrene og barna deres. Samtlige av informantene i dette forskningsprosjektet har barn under 16 år, og foreldrene samtykket derfor på vegne av barna sine.

Foreldre til barn med ADHD kan være sårbare som følge av å ha stått i en krevende livssituasjon over lang tid. Intervjuene kan av den grunn medføre en belastningsrisiko for deltagerne. Når man inntar en forskerrolle har man et særlig ansvar i slike situasjoner, og man bør etterstrebe at belastningen for informantene blir så lav som mulig (NESH, punkt 28, 2021). I tillegg er det viktig at forskeren reflekterer over sin egen makt i intervjusituasjonen. Et intervju mellom en forsker og en informant, er i utgangspunktet en asymmetrisk relasjon, hvor forskeren har makt til å definere settingen for intervjuet, intervjutemaene, hvilke spørsmål som stilles, hvilke svar som skal følges opp videre, tolkning av svarene og avslutning av samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette må tas hensyn til i intervjusituasjonen, slik at informantens interesser blir ivaretatt.

Et annet etisk krav som det er nødvendig å ta hensyn til i forskningsprosessen, er anonymisering for å beskytte informantenes identitet. Det skal ikke være mulig for andre å gjenkjenne enkeltindivider i forsknings- eller formidlingsprosessen (NESH, punkt 20, 2021). Etter innsamling av datamaterialet, ble det derfor sørget for konfidensiell behandling av informantenes personlige informasjon. Alle personlige opplysninger ble anonymisert og oppbevart på en forsvarlig måte i et sikkert system godkjent av UiO for lagring og behandling av sensitive data. Under transkripsjonen av lydopptakene ble informantene omtalt som 001, 002 osv., med en koblingsnøkkel til informantenes identitet som kun jeg hadde tilgang til. Lydopptakene og det transkriberte datamaterialet vil bli slettet når endelig sensur foreligger.

I forkant av datainnsamlingen ble prosjektet meldt inn og godkjent av Sikt (Vedlegg 1), en tjenesteleverandør i kunnskapssektoren som tilbyr personverntjenester og bistår med at personvernlovverket i forskningsprosjekter blir fulgt. I henhold til Sikt sin vurdering, er barn å regne som tredjepersoner i prosjektet. Det må derfor innhentes samtykke fra foreldrene til

behandlingen av personopplysninger dersom barna er under 16 år. Barn over 16 år vil samtykke selv. Ansatte i BUP regnes ikke som tredjepersoner i prosjektet.

3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler undersøkelsens konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved hjelp av nøyaktighet i løpet av forskningsprosessen, kan reliabiliteten styrkes og føre til mer pålitelige resultater (Larsen, 2017). Nøyaktigheten knyttes til beskrivelse av de ulike leddene i forskningsprosessen. Dette kalles også for gjennomsiktighet i forskningen, og går ut på å gjøre rede for hvorfor prosjektet gjennomføres og hvordan det er gjennomført, slik at leserne av prosjektet kan evaluere undersøkelsens kvalitet (Tjora, 2021). Det er derfor gjort rede for både planlegging, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med prosjektet.

Intervjuguiden er forsøkt utformet med åpne, ikke-ledende og forståelige spørsmål.

Transkripsjonene av intervjuene ble gjort ordrett, dette for å styrke reliabiliteten. Egne tolkninger i transkripsjonsfasen er allikevel unngåelig, ved at det eksempelvis blir opp til meg som transkribent å bestemme tegnsetting, noe som kan påvirke tolkningen og fremstillingen av informantenes uttalelser. Bruk av den stegvis-deduktive induktive metoden som analytisk verktøy for bearbeiding av datamaterialet, bidrar til økt pålitelighet gjennom klare datagenereringskrav, kriterier for utvikling av analyse og teoriens relevans senere i arbeidsprosessen (Tjora, 2021).

En tydelig og nøyaktig beskrivelse av leddene i forskningsprosessen gir god intern sammenheng, og gjør at andre forskere på et senere tidspunkt kan ta på seg de samme «brillene» og gjennomføre lignende undersøkelser. I kvalitative prosjekter spiller derimot forskeren en viktig rolle, og det kan være utfordrende å etterprøve resultatene når enkeltindividene og omstendighetene endrer seg (Dalen, 2011). Reliabilitet handler derfor også om refleksivitet, forstått som forskerens forforståelse knyttet til temaet som undersøkes og egen bevissthet rundt denne forståelsen (Tjora, 2021). Etter flere år med studier innen psykologi og spesialpedagogikk, er jeg engasjert i barn og unge sin psykiske helse og hvordan samfunnet legger til rette for behandling og tilrettelegging for denne gruppen. Jeg har verken dirkete erfaring med barn med ADHD eller deres foreldre, og jeg har derfor etter beste evne forsøkt å gå inn i dette prosjektet med en åpen holdning, selv om en fullstendig nøytralitet ikke vil være mulig.

3.4.3 Validitet

Innenfor kvalitativ forskning er det vanlig å referere til validitet som undersøkelsens gyldighet, noe som kan ses i sammenheng med hvorvidt svarene i prosjektet faktisk besvarer de stilte spørsmålene og det man ønsker å undersøke (Tjora, 2021). Ett av intervjuene som i utgangspunktet ble gjennomført, ble besluttet at ikke skulle inngå i det endelige utvalget. Grunnen til dette var at få av spørsmålene i intervjuguiden ble besvart. Valget om å ekskludere dette intervjuet, kan skyldes at spørsmålene i intervjuguiden var dårlig formulert og at jeg som forsker ikke evnet å styre intervjuet på en hensiktsmessig måte. Dette kan svekke undersøkelsens validitet. Ved bruk av semistrukturert intervju er det mitt ansvar som intervjuer å styre intervjuet, samt finne en god balanse mellom åpne spørsmål som legger til rette for fri tale, og struktur gjennom spørsmålsstilling, slik at spørsmålene i intervjuguiden blir besvart. I de påfølgende intervjuene var jeg derfor mer bevisst min egen rolle og mitt eget ansvar i intervjusituasjonene. Jeg forsøkte her å følge intervjuguiden i større grad, slik at jeg faktisk fikk svar på de spørsmålene jeg hadde planlagt å stille.

Larsen (2017) betegner gyldighet som bekreftbarhet, hvilket involverer å ha grunnlag for å bekrefte funnene og slutningene som trekkes, på bakgrunn av de spørsmålene som stilles og svarene man får. Det ble derfor gjennomført et pilotintervju i forkant av intervjugjennomførelsene, slik at spørsmålene kunne videreutvikles og omformuleres, for at jeg etter beste evne kunne samle inn treffende informasjonsdata for de spørsmålene jeg ønsket å besvare. I tillegg legger bruk av det semistrukturerte intervjuet til rette for å stille oppfølgingsspørsmål for å oppklare misforståelser og få mer utdypende informasjon underveis i intervjuene, noe som kan bidra til å styrke validiteten (Kvale & Brinkmann, 2015).

Gyldighet handler også om troverdighet i de fortolkningene som gjøres (Larsen, 2017). Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker for å sikre at informantens informasjon ikke gikk tapt. Intervjuene ble deretter transkribert nøyaktig og ordrett. Det er inkludert sitater fra intervjuene i presentasjonen av resultatene for å styrke validiteten. Videre er det et sentralt mål i kvalitative forskningsprosjekter å kunne overføre funnene til andre mennesker enn kun de som deltar i undersøkelsen (Larsen, 2017). Ved å beskrive kjennetegn ved informantene, kan leseren gis et inntrykk av hvor representativt utvalget er, og dermed avgjøre sannsynligheten for generalisering til andre mennesker eller kontekster (Tjora, 2021). I motsetning til bekreftbarhet, som anses som en form for intern validitet, er overførbarheten en form for ekstern validitet. Vi skal nå se nærmere på generaliserbarhet.

3.4.4 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om hvorvidt forskningsresultatene kan overføres til andre personer og kontekster (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette forskningsprosjektet er det få informanter, og disse er selektert ved hjelp av strategisk utvalg. Av den grunn er ikke statistisk generalisering her et mål i seg selv, men det er likevel et mål at prosjektet har en viss overføringsverdi for andre mennesker enn kun for de foreldrene som deltar. Et godt teoretisk grunnlag og høy grad av reliabilitet og validitet kan bidra til å styrke overførbarheten av forskningsprosjektets resultater til andre situasjoner (Larsen, 2017).

Videre kan hva Kvale og Brinkmann (2015) betegner som analytisk generalisering bidra til å styrke overførbarheten av prosjektet til andre kontekster. Innenfor analytisk generalisering kan man skille mellom forskerbasert og leserbasert analytisk generalisering. Forskerbasert analytisk generalisering går ut på at forskeren selv argumenterer for prosjektresultatenes generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Teoriene som ligger til grunn for prosjektet som omhandler kommunikasjon og relasjonskompetanse, kan anses som universelle for mellommenneskelige møter. Evne til å skape relasjoner preget av trygghet og tillit, samt viktigheten av å oppleve å bli tatt på alvor, er eksempler på elementer som er sentrale i møter mellom fagpersoner og foreldre i sårbare livssituasjoner. Det kan derfor argumenteres for at resultatene i dette forskningsprosjektet vil kunne overføres og være nyttige i andre lignende settinger, både for fagpersoner og foreldre. Leserbasert analytisk generalisering innebærer at leseren kan bedømme prosjektets generaliserbarhet og gyldighet på bakgrunn av en god beskrivelse av forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er viktig å understreke at målet med dette forskningsprosjektet ikke er at resultatene skal kunne generaliseres til alle foreldre som har barn i BUP-systemet, men snarere å se nærmere på hvilke erfaringer mine informanter har med utgangspunkt i de spørsmålene som stilles.

4 Presentasjon av funn og analyse

I dette kapittelet presenteres empirien og en analyse av funnene i forskningsprosjektet. Målet med analysen er å tolke og forstå dataene som er samlet inn på en systematisk og grundig måte, samt å få en mer detaljert og dyptgående forståelse for hvordan foreldre til barn med ADHD opplever kommunikasjon og samarbeid med BUP.

Presentasjonen av funnene og analysen er inspirert av Kvale og Brinkmann (2015) sine fortolkningskontekster for mening. De skiller mellom de tre fortolkningsnivåene selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. Fortolkning ved hjelp av selvforståelse involverer en fremstilling og meningsfortetting av foreldrenes egne synspunkter, meninger og ord, slik jeg har forstått dem. Selvforståelsene vil presenteres i form av ord og sitater i anførselstegn. Lengre utsagn blir fremstilt med innrykk og anførselstegn, etterfulgt av en parentes som forklarer hvem av informantene sitatet tilhører.

Meningsfortettinger i foreldrenes uttalelser vil markeres med skarpe klammer: [...]. Videre innebærer kritisk forståelse basert på sunn fornuft en omformulering og berikelse av foreldrenes selvforståelse, basert på allmenn fornuft. Ved bruk av teoretisk forståelse blir foreldrenes utsagn fortolket og knyttet opp mot eksisterende teori på feltet (Kvale & Brinkmann, 2015). Analyse av datamaterialet vil i dette kapittelet dreie seg om de to første fortolkningsnivåene, selvforståelse og kritisk forståelse, mens det teoretiske fortolkningsnivået blir benyttet i den teoretiske diskusjonen i kapittel 5. Hensikten med å presentere funnene på denne måten er å bevare presisjonen i foreldrenes utsagn og bedre ivareta skillet mellom foreldrenes faktiske uttalelser og tolkningen av disse.

Jeg vil nå presentere funn og analyse fra de fire hovedtemaområdene som ble til da datamaterialet ble kodet og analysert: 1) Å være foreldre til et barn med en ADHD-diagnose, 2) «BUP-systemet», 3) «Liten verktøykasse i BUP» – Oppfølging og veien videre, og 4) Foreldrenes møte med enkeltpersoner i BUP.

4.1 Å være foreldre til et barn med en ADHD-diagnose

Innledningsvis ble foreldrene stilt åpningsspørsmål som omhandlet familiene deres og når de kom i kontakt med BUP for første gang. Målet med disse åpningsspørsmålene var å få et overblikk over familiesituasjonen til informantene og et tidsperspektiv på hvor lenge foreldrene har hatt barn i BUP-systemet. Allerede på dette stadiet i intervjuene, og før vi

hadde begynt å snakke om det første møtet med BUP og formidling av diagnose, hadde foreldrene mye å fortelle om en krevende hverdag preget av bekymringer og utfordringer, samt veien inn i BUP-systemet. Med bakgrunn i foreldrenes ønske og behov for å snakke om disse temaene, omhandler det første hovedtemaet foreldrenes hverdagserfaringer og tanker knyttet til henvisningsprosessen og diagnostisering.

4.1.1 Hverdagen som foreldre til et barn med ADHD

«Det å være mamma til noen med ADHD er tidvis veldig, veldig krevende» (Forelder 3).

Samtlige av foreldrene jeg har intervjuet beskriver å ha stått i en «krevende hverdag» over mange år. Det er variasjoner i hvilke utfordringer foreldrene trekker frem som mest fremtredende og i hvor stor grad utfordringene påvirker hverdagen. Foreldrene skildrer blant annet en hverdag preget av «høyt aktivitetsnivå», «eksplosivt temperament», «følelssvingninger» og «søvnproblemer». I hjemmet er det «høyt trykk», og det oppstår ofte konflikter som det kan være vanskelig å håndtere. Dette har gjort flere av foreldrene «fortvilte» og «usikre», og sådd tvil om deres egen egnethet som foreldre:

«Man er vant til å føle seg som en ræva forelder. Det tror jeg er gjennomgående, eller det har jeg begynt å forstå at er gjennomgående for foreldre som har barn med ADHD» (Forelder 1).

Foreldrenes usikkerhet og selvgransking rundt evne til å oppdra sitt eget barn kommer ikke kun innenfra, men også utenfra fra andre mennesker i deres sosiale nettverk. En av foreldrene forteller om hvordan tilbakemeldinger fra en mor av datterens venninne, har bidratt til å forsterke egen usikkerhet:

«Det var rett og slett flaut om datteren vår skulle være med noen hjem eller ha med seg noen hjem. Sånn som i første klasse, hun klarte ikke å huske på selv at hun måtte gå på do. Vi måtte sende beskjed til foreldrene til de hun skulle være med hjem, om at de måtte minne henne på å gå på do. Hun ene moren sa det at hun skulle prøve å huske på det, men at hun ikke har måttet huske på sånne ting på flere år [...] Det blir en sånn bekreftelse på at du ikke har gjort jobben sin spesielt godt» (Forelder 5).

En annen forelder trekker frem at det er vanskelig å sette av tid til egentid, og forteller at det har vært utfordrende å fungere i arbeidslivet i tillegg til å oppdra et barn med ADHD:

«Sønnen vår, han spiser meg. Han er ekstremt knytta til meg, og jeg skal håndtere alt. Det har tidvis gjort at jeg har vært sykmeldt fra jobb, fordi jeg har vært så sliten. Jeg har vært helt sånn, ja, nå orker jeg ikke mer, jeg må ha pause» (Forelder 3).

I tillegg til å ha stått i en utfordrende hverdag over lang tid, uttrykker alle foreldrene stor bekymring for barnas fremtid. Flere uttrykker at det med barnets økende alder har blitt tydelig at barnet «henger bakpå» og at andre barn «modnes mer effektivt». Det kan tenkes at en blanding av det å bli hengende etter, konsentrasjonsvansker og problemer med uro kan medføre nedsatt motivasjon og lav lyst til å legge ned en innsats når det gjelder skolearbeid. Frustrasjonen som bygger seg opp, kan medføre at uroen kommer til uttrykk på mindre sosialt aksepterte måter. Foreldrenes bekymringer dreier seg både om fremtidige faglige prestasjoner, videre skolegang og yrkesliv:

«Det var høyt trøkk. Sønnen vår ble bare mer og mer nedkjørt av skolen og syntes at det var vanskelig. Han ble mer og mer negativ. Det var aldri sånn at han ikke gikk på skolen. Han har alltid gått av gårde, men det var en kjempetung periode. Han begynte å utagere mer, flere krangler og slåsskamper og manglende fokus» (Forelder 1).

Videre er det også stor bekymring blant foreldrene knyttet til barnas evne til å fungere sosialt. En mor forteller at det stadig er flere kompiser av sønnen som tar avstand, fordi han blir så sinna. En annen mor uttrykker bekymring rundt datterens evne til å inngå i nye relasjoner og opprettholde vennskap:

«Når hun blir større, det å ha en venn som er så rigid og (.) Det er jo ikke sikkert at det sosiale fortsetter. Det er en bekymring det med å danne gode relasjoner og beholde relasjoner uten at de andre skal bli lei» (Forelder 2).

4.1.2 Veien inn i BUP-systemet

Alle foreldrene forteller om hvordan mistanken om en ADHD-diagnose eller at noe var «annerledes» oppstod på et tidlig tidspunkt i barnets utvikling. Den ene faren beskriver at mistanken ble ytterligere forsterket ved at han har den samme diagnosen selv. Tre av foreldrene oppsøkte hjelp og ønsket utredning i tiden rundt barnehageslutt/skolestart, mens to

av foreldrene oppsøkte hjelpeapparatet noe senere i skolegangen. De fleste foreldrene trekker frem at henvisning til spesialisthelsetjenesten hovedsakelig bunnet i at skolen begynte å bli «belastende» og «krevende» for barnet som ble «hengende bakpå». For tre av foreldrene kan veien inn i BUP-systemet kategoriseres som enkel. De mistenkte at ikke alt var som det skulle, kontaktet fastlege og ble henvist til BUP via denne kanalen. To av foreldrene beskriver en mer kronglete vei inn til BUP, kjennetegnet av en rekke henvisninger og vansker med å bli trodd på av barnehage, skole og hjelpetjenestene:

«Allerede da hun var tre år så vi at hun sleit. Da spurte vi barnehagen om de så noen tegn, men det kjente de seg IKKE igjen i. De mente det var umodenhet og ikke noe diagnoserelatert. Så bytta vi barnehage tre ganger. Til slutt var de enige i at det kanskje var noe, men de mente at vi skulle la henne begynne på skolen først. [...] I andreklasse ble temperamentet hennes såpass heftig at hun utagerte fysisk på læreren. Da ringte skolen og fortalte at barnet vårt har et alvorlig sinneproblem og lurte på hvorfor vi ikke hadde tatt opp dette tidligere [...] Så fikk vi beskjed fra skolen om at vi måtte søke videre selv gjennom fastlegen, men den henvisninga ble avvist hos BUP fordi vi måtte søke gjennom skolen, og sånn gikk på en måte et helt skoleår» (Forelder 5).

Denne moren opplevde veien inn i BUP-systemet både tidkrevende og belastende. Videre forteller en frustrert far om at det var et sterkt ønske å komme inn i systemet før skolestart, slik at de kunne stille forberedt og forsøke å være i forkant av problemene. De fikk beskjed fra BUP om at sønnen var for ung til at de kunne stille en ADHD-diagnose:

«Vi kom inn via lege etter to søknader. Først mente de at han var for ung for å stille noen diagnose og at vi derfor måtte vente til skolestart. Men det er jo helt DUST å vente til skolestart, vi må jo være KLARE til skolestart. Det er jo ikke vits å vente på at problemet kommer om vi kan forberede oss på det» (Forelder 4).

For andre var det ikke like viktig å få diagnosen på plass før skolestart, fordi de ønsket å se an hvordan barnet fungerte i en skolesetting før de fikk ballen til å rulle videre:

«Vi ville ikke si noe på skolen før første foreldresamtale med læreren, for vi ville høre hva læreren hadde observert før vi begynte å plante noen greier hos læreren. Men så kom det ganske fort fram at læreren hadde observert det samme som oss, så da vi fikk den bekreftelsen, da gikk vi liksom videre, både med helsesykepleier, lærer og fastlege» (Forelder 2).

Flere av foreldrene trekker frem viktigheten av sin egen innsats i henvisningsprosessen og i møte med BUP-systemet. Foreldrene beskriver en «stå-på-vilje» for å sette i gang prosessen, og at man «må frem og være tydelige» og «ha spisse albuer» for å bli fanget opp og tatt på alvor:

«Allerede i henvisningsperioden tenkte jeg at du skal være ganske ressurssterk for å sette i gang mølla liksom [...] og vite hva du skal gjøre og sånn, så det var en litt sånn aha-opplevelse vi fikk ganske tidlig, det at man måtte være ganske på» (Forelder 1).

Det var knyttet «stor spenning» og i noen tilfeller også «bekymring» til henvisningsprosessen. Kom de til å bli godtatt? Flere av foreldrene opplevde ventetiden fra henvisningen til endelig opptak som en tidkrevende prosess, og beskrev derfor en stor «lettelse» og «glede» over å endelig komme inn i et system som kunne bidra til å gjøre livet til barnet deres lettere. Den ene moren beskriver de blandede følelsene som oppstod da hun fikk beskjed om at henvisningen hadde kommet gjennom og blitt godkjent:

«Jeg var kjempelykkelig over at vi endelig hadde kommet inn, kjemperedd for at de skulle finne ut at det var noe galt med barnet mitt, samtidig masse håp om at de skulle finne ut at det var noe galt med barnet mitt. Det er litt sånn veeldig delte følelser, for jeg vil jo at hun skal vite hvorfor hun er som hun er, men samtidig er det en frykt for at de finner ut at hun er så ille at hun ikke kan bli en vanlig voksen, at hun ikke takler et vanlig voksenliv. Hva om vi kommer ut herfra og så viser det seg at det er noe skikkelig galt?» (Forelder 5).

4.1.3 Diagnosebeskjed - «Lettelse» for noen, «sjokk» for andre

I løpet av intervjuet ble foreldrene stilt spørsmål om hvilke tanker og følelser de hadde i forkant av det første møtet med BUP. Jevnt over forteller flesteparten av foreldrene at de kjente på «spenning» og en «iver etter å komme i gang»:

«Jeg var egentlig bare spent. Jeg hadde egentlig ikke noen forventninger. Jeg visste liksom ingen ting om hva vi kunne forvente oss. Jeg husker bare at jeg var fryktelig spent» (Forelder 1).

En av mødrene beskriver andre følelser og tanker i forkant av det første møtet med BUP. Disse følelsene og tankene bar mer preg av redsel og skepsis:

«Jeg var egentlig litt redd kanskje, for jeg synes at det å snakke om diagnose på en åtteåring er skummelt. Jeg er veldig skeptisk til å medisinere barn sånn i utgangspunktet, og det var noe som nesten holdt oss litt tilbake fra å starte en utredning, for jeg tenkte mye på, hvis vi får en diagnose, hva gjør vi da?» (Forelder 3).

Felles for alle foreldrene, er at de har et barn som nylig har blitt diagnostisert med ADHD. Det å motta beskjeden om at man har et barn med en nevroutviklingsforstyrrelse, kan vekke ulike følelser, noe foreldrene i mitt utvalg også gir uttrykk for. Fire av foreldrene beskrev diagnosebeskjeden som «lite overraskende», da mistanke om ADHD hadde oppstått allerede lenge før de kom i kontakt med spesialisthelsetjenesten. For disse foreldrene var det en stor «lettelse» å motta diagnosen, og en slags bekreftelse for deres egen del om at barnets utfordringer ikke skyldes foreldrenes evne til å utøve god omsorg eller manglende oppdragelse:

«Jeg husker at jeg ble latterlig lykkelig. Altså, det var en bekreftelse på at jeg har hatt rett, og det var en bekreftelse på at jeg ikke er en dårlig forelder, hun er ikke dum, hun er ikke umoden, hun trenger faktisk hjelp. Så jeg var kjempeletta over å endelig få den diagnosen» (Forelder 5).

Diagnosebeskjeden ble av disse foreldrene oppfattet som et tegn på at de ble «trodd og hørt», og det ble derfor tent et slags «håp om veien videre og en bedre hverdag». En av fedrene trekker frem hvordan ADHD-diagnosen kan fungere som hjelp inn mot skolen med tanke på håp om bedre tilrettelegging og oppfølging. Den samme moren som uttrykte redsel og skepsis i forkant av det første møtet med BUP, beskriver i motsetning til de andre foreldrene et slags «sjokk» over å motta diagnosen. Hun forteller om et overveldende diagnoseformidlingsmøte, hvor hun ikke var forberedt på at diagnosen skulle være såpass klar og tydelig som den ble fremstilt av den ansatte på BUP:

«Jeg fikk litt sjokk da de sa at de var veldig klare på at sønnen vår har ADHD, for jeg var ikke forberedt på at det skulle være så tydelig. [...] Det var litt sånn overveldende det møtet. Det ble veldig alvorlig liksom, det var ikke noen positive fremtidsutsikter. Det var liksom en sånn kjip beskjed å få. [...] Jeg fikk følelsen av at barnet mitt har skikkelig trøbbel, eller at han skærer kjempelavt, at han er evneveik» (Forelder 3).

Etter ulike følelser og reaksjoner på diagnosebeskjeden, var det varierte oppfatninger blant foreldrene knyttet til hvorvidt de ønsket å formidle diagnosen til barnet sitt eller ikke. Noen

valgte å ha åpen dialog med barnet sitt med en gang, fordi barnet «visste at det hadde vært en utredning». Andre var mer i tvil om de skulle fortelle barnet sitt om diagnosen på grunn av kjennskap til andre barn med en trøblete ADHD-historie:

«Etter at de fortalte oss diagnosen på BUP, hadde vi en diskusjon hjemme om vi skulle fortelle det til sønnen vår eller ikke. Det gikk vi mange runder på, fordi at på skolen hans så har det vært spesielt én gutt med ADHD som det har vært masse masse masse trøbbel med, sånn at ADHD er liksom assosiert med noe veldig negativt. Så jeg var litt redd for at det kanskje ville gjøre vondt verre, og at han skulle bli satt i en bås, og derfor ønsket vi å vente litt [...] Etter hvert kom vi ikke unna å fortelle han det, så da gjorde vi det» (Forelder 3).

Videre trekker samtlige foreldre frem viktigheten av å fremheve det positive ved det å ha en ADHD-diagnose i formidlingen til barna sine. Samtalen med barna gikk ut på å trygge dem og «ufarliggjøre» diagnosen:

«Vi har hele tiden til henne forklart det som at det er en del av henne, på lik linje som at hun har en bestemt øyenfarge. Det er ikke noe galt, det er bare en del av deg. [...] I stedet for å fremstille det som en sykdom, for det er jo ikke en sykdom, det er jo bare en kobling, så har vi trukket fram de positive tingene, som at hun har det hyperfokuset og sånne ting» (Forelder 5).

4.2 «BUP-systemet»

Til tross for at spørsmålene i intervjuguiden i stor grad omhandler de mellommenneskelige møtene i BUP, var møtet med hva foreldrene omtaler som «BUP-systemet» noe alle trakk frem som sentralt for deres opplevelse av tjenesten. Møtet med «systemet» strekker seg lengre enn samhandlingen med enkeltpersoner, og omhandler foreldrenes forsøk på å navigere seg i det ukjente BUP-terrenget, erfaringer med personalbytter, BUP sin tilgjengelighet og samarbeid med andre instanser.

4.2.1 Navigasjonsvansker i et uoversiktlig system

På spørsmål om foreldrene hadde noen forkunnskaper eller kjennskap til BUP fra før de ble henvist, forteller samtlige at de hadde «lite kjennskap» eller at de «aldri har vært borti BUP

før». Foreldrene møter dermed et system de ikke vet hvordan fungerer og som de verken har opplæring eller forutsetninger til å manøvrere seg i uten videre:

«Jeg hadde aldri vært borti BUP før. Det er litt kronglete. I og med at vi var nye i BUP, så vet man ikke hvordan systemet fungerer eller hva man kan forvente» (Forelder 5).

Det foreldrene har av kjennskap, er historier de har hørt fra venner og bekjente, eller at de kjenner noen som jobber innenfor sektoren:

«Vi kjenner en del folk som jobber i barnevernet og vi kjenner folk som har jobba i BUP, så litt kjennskap har vi gjennom samtale med dem. Det var vel der tipsene om hva man kunne gjøre kom» (Forelder 1).

Foreldrene står på ganske bar bakke og vet ikke hva de kan forvente, hvilke rettigheter de har eller hvordan henvisnings-, utrednings- og behandlingsprosessen fungerer. Mange er derfor «usikre» i møte med systemet, og det kan være frustrerende å skulle navigere seg i et nytt og ukjent system når man kommer inn som sårbare foreldre som har stått i belastende og krevende situasjoner over tid:

«Det er vanskelig å navigere seg i systemet, fordi du aner ikke hvor du skal. Jeg skal ikke si at BUP i seg selv er noe galt, det sier jeg ikke. Men systemet i seg selv, altså det er lagt opp for vanskelig til at normale mennesker skal kunne klare å navigere seg i det. Det er nesten så det hadde vært lettere å ha med en advokat inn. Det skal egentlig ikke være sånn, men sånn er det jo egentlig hele veien i systemet» (Forelder 4).

4.2.2 Viktigheten av personalstabilitet

Foreldrene ble spurt om hvor mange fagpersoner de har forholdt seg til i BUP. Her var det store variasjoner i antall personalbytter og foreldrenes opplevelse. Det er tydelig at graden av stabilitet i personale, er en faktor som kan utgjøre en stor forskjell for hvor fornøyde foreldrene er med samarbeidet med BUP i sin helhet. En av fedrene forteller om få bytter, og om hvordan dette oppleves «essensielt» for å slippe å gjenta informasjon igjen og igjen:

«Det er bare to personer som vi aktivt har forholdt oss til i selve utredningen. Det er psykologen og legen [...] Det er kjempefint. Det er noe med at hun, når hun har vært

vår faste, så kjenner hun etter hvert situasjonen godt. Det er en veldig fin ting det der å slippe å gi en recap hele tiden. Det er helt essensielt på en måte» (Forelder 1).

Det er ikke alle foreldrene som beskriver slike erfaringer. Kontrasten fra faren sin erfaring ovenfor er stor til hva denne moren forteller:

«Det var en lege og en psykolog som skulle utrede, men de skulle ikke følge oss videre. Så da håpa vi egentlig bare på at alt av informasjon kom videre, men selvfølgelig var det mange opplysninger som ikke hadde kommet med. Men så fikk vi en terapeut, og hun har vært det ENESTE stødige punktet hos BUP som vi har fått beholde over tid. Så har vi vært innom FIRE leger, og ingen av legene er enige om medisiner, doser, mengder og hvor ofte. Altså, det er det verste jeg har vært med på, man må gjøre det så mange ganger fordi at informasjonen ikke går videre. Det er kjempefrustrerende og fryktelig kronglete» (Forelder 5).

I dette tilfellet ble det mange bytter, og det var tydelig at det var en rot til mye frustrasjon. De resterende foreldrene befinner seg mellom de to ovennevnte erfaringsytterpunktene. En mor forteller om at de har vært gjennom flere personalbytter, men at det har vært «god overlapp» mellom byttene. Dette har bidratt til å opprettholde «god informasjonsdeling» blant de ansatte, og har derfor ikke blitt ansett som noe negativt. Det generelle synet når det gjelder personalbytter, er at «stabilitet er ekstremt viktig» både for foreldrene og barna.

4.2.3 Tilgjengelighet - «Mangel på hotline» og «runddans med sentralbordet»

Et annet aspekt foreldrene hyppig trekker frem når det er snakk om «systemet», er tilgjengeligheten til fagpersonene i BUP. De uttrykker et stort savn etter en «hotline», et sted å henvende seg når det dukker opp spørsmål eller når det er behov for støtte og veiledning. Videre beskriver flere av foreldrene at det er «unødvendig tungt» å få direkte kontakt med sine kontaktpersoner i BUP som kjenner dem godt, fordi all kommunikasjon skal foregå gjennom et sentralbord:

«Altså, de kanalene inn til BUP er et skikkelig hassle. De på BUP ringer meg for å gi en beskjed, men jeg sitter i et jobbmøte og kan ikke svare. Så ringer jeg tilbake, men de har jo ringt fra en fasttelefon, så jeg kommer til sentralbordet hvor de tar telefonen og spør hvem jeg skal ha tak i, men det aner jo ikke jeg. Så sier jeg at jeg regner med at det er studenten som har prøvd å få tak i meg, så sentralbordet gir beskjed videre, og

sånn holder vi på. Kan de ikke bare sende meg en mail? Det har jo vært helt umulig å kontakte dem på både e-post og SMS. Alt skulle foregå via sentralbordet, og det var veldig tungvint» (Forelder 3).

Videre trekker noen av foreldrene frem at det kan ta lang tid å få kontakt med behandlere og kontaktansvarlige utenom avtalte timer. Hverdagen som foreldre til barn med ADHD har av samtlige blitt beskrevet som «tidvis krevende», blant annet fordi det oppstår «akutte utfordringer» i hjemmet eller behov for å gjøre endringer i medisiner og lignende. Foreldrene forteller derfor om et behov for muligheten til å henvende seg til hjelpeapparatet når slike uforutsette hendelser oppstår, men at dette kan være tidkrevende:

«Jeg kan ringe ukentlig og prøve å få kontakt og spørre om medisiner da, som jo er en del av dette her. Så kan det gå tre til fire uker før du liksom får kontakt. Det er gjerne sånn at når vi ringer, så skulle det helst ha skjedd i går» (Forelder 4).

En av mødrene som deltok i forskningsprosjektet er selv ansatt i helsesektoren, og uttrykker av den grunn forståelse for tidspresset som de ansatte i BUP er under. Hun opplever og ser daglig med egne øyne hvor pressa helsevesenet kan være. Dette kan muligens være en slags innsideforståelse som de resterende foreldrene uten denne yrkeserfaringer mangler:

«Når det gjelder tilgjengelighet kunne de nok ha vært enda flinkere. Den faste pedagogen var flink, men legen er nok mer pressa på tid, så der hender det at jeg må purre, og da beklager hun seg og sånt. Men jeg ser hvor pressa leger er generelt» (Forelder 2).

En annen mor forteller om konsekvensene av mangel på en tilgjengelig tjeneste. Når behovet for veiledning ikke blir tilfredsstilt av BUP, forteller hun at hun tyr til alternative kanaler for hjelp, men at dette kan være misvisende og uheldig, og dermed gjøre vondt verre:

«De er veldig utilgjengelig, og da blir det sånn at Google er din venn, og alle vet at det å google symptomer og diagnoser og sånt, det er aldri bra (latter)» (Forelder 5).

4.2.4 Samarbeid med andre instanser

På spørsmål om i hvilken grad foreldrene føler at BUP har bidratt til å legge til rette for samarbeid med andre tjenester, slik som eksempelvis barnehage, skole, fastlege og PPT, er det delte meninger blant foreldrene. Alle er enige om at det er kjempeviktig med et godt

samarbeid mellom de ulike instansene. Halvparten av foreldrene har gode opplevelser med det tverrfaglige samarbeidet, hvor de forteller at det har blitt oppnevnt en «koordinator» som tar ansvar, og at de har «BUP i ryggen». Den andre halvparten har mindre gode erfaringer, og trekker frem et stort savn av at «noen tar ansvar og styring». De beskriver det tverrfaglige samarbeidet som «totalt fraværende» og at det «ikke fungerer i det hele tatt». En av grunnene til dette er at retningslinjer rundt samtykke og personvern setter kjepper i hjulene for god informasjonsdeling mellom de ulike instansene:

«Altså, det er jo helt utrolig hvor mange ganger vi har skrevet under på at de kan dele informasjon med hverandre, og så har de fortsatt ikke samme informasjon. Det hadde jo vært veldig fint om de jobba sammen og ikke mot hverandre» (Forelder 4).

Foreldrene forteller om stor frustrasjon over å måtte gi «eksplisitte samtykker» hver gang informasjon skal viderefremmes fra et sted til et annet. Videre beskriver de med mindre gode erfaringer at det stilles høye krav til egeninnsats for å igangsette et tverrfaglig samarbeid og få «ballen til å rulle»:

«Da vi skulle ha tverrfaglig møte med BUP, PPT og skolen, så var det JEG som måtte stå for koordineringa av samarbeidet og fungere som prosjektleder. Det tror jeg ikke det er alle mammaer som har verken energi, overskudd eller ressurser til å gjøre» (Forelder 3).

Foreldrene som er fornøyde med BUP sin rolle i det tverrfaglige samarbeidet, har på den annen side erfaringer med at det jevnlig har blitt kalt inn til «samarbeidsmøter» hvor både skolen, PPT og BUP har deltatt. Koordineringsansvaret har disse foreldrene sluppet å ta på egen kappe. De beskriver at de ansatte i BUP har «stilt opp og tatt initiativ» og fremhever videre viktigheten av at BUP er «påkoblet» spesielt inn mot skolen, slik at lærerne kan dra nytte av deres kompetanse:

«Det har vært viktig å kunne åpne for å ha felles informasjonsflyt mellom instansene, sånn at for eksempel psykologen også kunne være en ressurs for læreren. Vi bidro jo selvfølgelig til skolen med det vi kunne om sønnen vår, men det var også veldig greit å kunne sette læreren i kontakt med en fagperson. Det tenker jeg er ekstremt viktig» (Forelder 1).

4.3 «Liten verktøykasse i BUP» - Oppfølging og veien videre

En stor del av intervjuetiden med foreldrene ble brukt til å snakke om behandling og oppfølging i BUP. Dette var et samtaletema som engasjerte, og foreldrene hadde mye på hjertet som omhandlet tilbud om og behov for oppfølging. De fortalte om et stort behov for oppfølging og veiledning rettet mot seg selv som foreldre, men også om hvilke tanker de har rundt oppfølgingen som har blitt tilbudt barnet i etterkant av diagnostisering. I forbindelse med dette hadde foreldrene mange meninger om det å skulle medisinere sitt eget barn.

4.3.1 Oppfølgingstilbud og veiledning

I etterkant av diagnostiseringen har samtlige blitt tilbudt oppfølging i form av kurs. Foreldrene har mottatt ulike tilbud, alt fra foreldreveiledningskurs, medisinkurs og familierapi. Kurstilbudene har hatt varierende varighet, og gått fra fire til tolv uker, med et par timer hver uke. Flere trekker fram viktigheten av at det tilbys oppfølgingskurs, fordi de ikke føler seg klare til å «sjøsettes» og «stå på egne bein» rett etter at ADHD-diagnosen er stilt. Da er et oppfølgingskurs en fin ting å komme inn i. Foreldrene beskriver at innholdet i kursene blant annet dreier seg om hva ADHD er, medisinering, atferdsregulering og søskenhåndtering. En av foreldrene som deltar i familierapi, forteller at det er vanskelig å også delta på foreldreveiledningskurs, fordi det gjennomføres på dagtid:

«Vi har takka nei til foreldreveiledningskurs, for det er i arbeidstida, så det er kjempevanskelig. Hadde det vært et kveldskurs, så tror jeg det hadde vært lettere. Da hadde vi nok vurdert det litt mer. Vi er nok på BUP som det er, vi kan ikke være enda mer borte fra jobb» (Forelder 2).

Flere av de andre foreldrene nevner også at det kan være ubeleilig og utfordrende at BUP sine kurstilbud kun foregår på dagtid, midt i arbeidstiden. En annen mor uttrykker frustrasjon over at det tok lang tid mellom diagnostisering og oppstart av veiledningskurs:

«Tida fram mot oppstarten av det foreldrekurset er nok den lengste og tyngste prosessen, for da gikk vi og visste hva det var med henne, men vi fikk ikke gjort noe med det før om en laaang stund» (Forelder 5).

Selv om det kunne ta tid før kurset kom i gang, er det bred enighet blant foreldrene om at veiledningskursene er et godt oppfølgingstilbud som gir godt utbytte. Foreldrene forteller at

de er spesielt fornøyde med å «treffe andre foreldre i lignende situasjoner». Utvekslingen av erfaringer fungerer som «hjelp» og «trøst», og gir en følelse av at de «ikke står alene». Den ene faren forteller at gruppemøtene har «tvunget oss til åpenhet», og at dette har bidratt til å ikke være flau over den krevende situasjonen man står i. Flere fremhever at det er svært positivt og lærerikt å høre om erfaringer fra foreldre med eldre barn, fordi dette gir en pekepinn på hvordan den fremtidige hverdagen kan se ut, i tillegg til tips til hvordan dette kan håndteres. En av mødrene forteller at hun i løpet av kurset fikk såpass god kontakt med de andre foreldrene, at de valgte å opprettholde dialogen selv etter at kurset i regi av BUP ble avsluttet.

Utover tilbudet om et veiledningskurs, forteller foreldrene om mangel på en klar og tydelig behandlingsplan for veien videre. De sitter igjen med en følelse av at ting «bare flyter», at det «har blitt helt stille» og at det kun er en lege å forholde seg til:

«Oppfølginga i ettertid synes jeg er altfor liten. Jeg følte at når vi fikk en diagnose, etter at vi hadde vært inne med psykologen, så har det vært helt stille. Da har det kun vært en lege å forholde seg til. Du får et pillebrett i hånda og «lykke til». Det er inn og så er det om å gjøre å skrive deg ut fortest mulig. Man får aldri noe veiledning etter at du er ferdig» (Forelder 4).

En av mødrene uttrykker et savn etter at BUP tar større initiativ til å følge opp hvordan det går. Videre forteller hun at mangelen på oppfølging fra hjelpeapparatet har fått henne til å vurdere å oppsøke hjelp på egenhånd:

«Det er jo aldri noe oppsøkende fra dem, hvor de spør hvordan det går eller hvordan vi har det. Det har aldri skjedd noen gang. Jeg har liksom til og med vurdert å søke egen veiledning, en coach liksom» (Forelder 3).

4.3.2 Medisinering - Siste utvei blir første utvei

«Man ønsker jo ikke å medisinere egentlig, det er liksom siste utvei, men så blir det første utvei. Alltid. Det må jo være andre alternativer, så jeg føler det er feil rekkefølge» (Forelder 4).

Foreldrene forteller at de for sin egen del er fornøyde med tilbud om veiledningskurs, men når det gjelder oppfølgingstilbud til barnet som nettopp har blitt diagnostisert med ADHD, er

saken en annen. Flere av foreldrene uttrykker at de ble «svært overrasket» over at det ikke tilbys noe annet enn medisiner. En av fedrene beskriver hvordan de i deres tilfelle ble informert om alternativer til medisiner, men at medisiner allikevel endte opp med å være endestasjonen uten at det var utprøvd noen alternative tiltak:

«Det er en av de tingene jeg tenker har vært veldig sentralt i møtet vårt med systemet, at du får følelsen av at dette er et løp som skal resultere i medisiner, sant? Vi var jo tidlig på et sånt dagsseminarkurs om hva ADHD er, og der var halvparten om medisiner. Det som sies veldig fint i starten er jo at medisiner alltid skal være siste utvei på en måte. Det er JUG. Det er liksom punktum finale, det er bare tull. Det er dit du skal, og det er sånn systemet er lagt opp» (Forelder 1).

En mor med en lignende oppfatning ordlegger det som at «verktøykassa i BUP» er altfor liten:

«BUP har en altfor dårlig utstyrt verktøykasse. Det eneste som står på agendaen er milligram på medisin, så det er jo ingen andre tiltak. I verktøykassa til BUP så finnes det ikke så mye mer enn medisiner, bortsett fra dette foreldrekurset» (Forelder 3).

Selv om mange av foreldrene deler den samme oppfatningen om at det ikke er ønskelig at medisiner er første og siste løsning, er det også flere som ikke har helt det samme synet. Medisiner anses ikke nødvendigvis kun som et negativt alternativ. For noen er det også et behov og et ønske å komme i gang med medisiner tidlig, fordi de ser at vanlig tilrettelegging ikke er tilstrekkelig for å hankses med vanskene:

«Så begynte vi å informere skolen om diagnosen for å få tilrettelegging der, men samtidig så var det ikke noen tvil om at hun har kraftig ADHD og at hun trengte noe mer enn bare tilrettelegging. Hun trengte medisiner» (Forelder 5).

For de fleste blir ikke medisiner i seg selv ansett som utelukkende problematisk, for de ser hvor god effekt barnet har av dette i hverdagen sin. Problemet er snarere at det ikke pågår noen parallelle utprøvinger av alternative tiltak i tillegg til eller i forkant av medisinnopstart:

«Medisiner er jo bra, jeg er ikke noe imot medisin i det hele tatt, men det må jo være alternativer. I en drømmeverden hadde du blitt møtt med en fysioterapeut, manuellterapeut, en ernæringsfysiolog, en barnetreningsveileder, en psykolog, en lege, altså at det hadde vært et team som du hadde kontakt med og som du kunne spille

med. I dag så er det jo en lege som synser litt. Det er litt sånn du føler det da»
(Forelder 4).

4.3.3 Tanker rundt medisinerer - «Det er amfetamin liksom»

Slik vi har sett til nå, er flere av foreldrene misfornøyde med at medisinerer blir eneste løsning uten at andre tiltak blir foreslått eller testet. I intervjusituasjonen fikk foreldrene derfor spørsmål om hva de tenker om å medisinerer barna sine. Svarene på dette spørsmålet kan deles inn i to ulike kategorier. Den ene kategorien består av «frykt» og «skepsis», mens den andre kategorien består av en «positiv innstilling» og et «åpent sinn». En av foreldrene i den førstnevnte kategorien føler at medisinerer kan forstås som en «inngripen i barnets utvikling». En annen forelder stiller seg kritisk fordi han ikke har mottatt tilstrekkelig med informasjon om «langtidseffektene av ADHD-medisiner». Den ene moren setter ord på frykten sin på følgende vis:

«Det som forelder å medisinerer sitt eget barn, det er jo noe vi i utgangspunktet synes er en inngripen midt i hans utvikling. Det er sentralstimulerende, det er amfetamin liksom. Det er kjempeskummelt» (Forelder 3).

Videre forteller en av fedrene at det ikke kun er sine egne tanker og meninger man må forholde seg til når man medisinerer barnet sitt for ADHD, men også andre mennesker sine skeptiske holdninger og fordommer. Av den grunn har medisinerer blitt til noe man ikke ønsker å snakke høyt om:

«Man sier det jo ikke til andre. Det orker man ikke. Det er ikke noen vits. Stort sett blir du møtt med at «ja, men er det ikke bare en unge?» ikke sant? Så må du liksom forsvare det, så du gidder ikke. Det er ofte en fordel å si at du ikke medisinerer et barn, og det er jo nesten litt trist» (Forelder 4).

I motsetning til foreldrene med en skeptisk holdning, beskriver foreldrene i den sistnevnte kategorien en mer positiv holdning til medisinerer. Den ene moren forteller at hun har personer i omgangskretsen sin som «går på ADHD-medisiner», og at hun har observert god effekt av denne personens medisinbruk. Denne erfaringen kan ha bidratt til å gjøre det enklere å gå inn med en mer uredd holdning i forbindelse med barnets situasjon. En annen mor forteller om hvordan barnets villighet og ønske om å ta medisiner spiller positivt inn på holdningene og tankene om medisinerer:

«Jeg tenkte jo at om vi klarer det uten, så er det kjempefint, men vi skjønnte jo etter hvert at det ikke går. Så jeg har nok hele veien vært veldig åpensinna i forhold til medisinerer. Jeg tenker at så lenge datteren vår føler at det hjelper henne og hun ønsker å ta det selv, så er jo det en fordel da, ikke sant, og det gjør hun jo» (Forelder 2).

4.3.4 Behovet for oppfølging

På spørsmål om hva slags behov foreldrene har når det gjelder oppfølging og veiledning, er det stor enighet om at dette er viktig for det helhetlige behandlingstilbudet. Foreldrene forteller at de har behov for langt mer individuell oppfølging og tilrettelegging enn det foreldreveiledningskursene dekker. En av fedrene beskriver et ønske om mer informasjon, jevnere oppfølging og større initiativ fra BUP sin side:

«Jeg skulle gjerne ha hatt masse informasjon rundt diagnosen, og hvilke rettigheter man har, hva slags hjelp du kan få osv. Det kunne ha vært en sånn type oppfølging som tar utgangspunkt i hva som er problemene og hvordan man skal håndtere det. Altså en jevnere oppfølging. Jeg skulle gjerne ønske at de var mer på. Nå er det jo vi som må be om å få komme inn omtrent. Ballen blir alltid spilt over på oss» (Forelder 4).

En annen forelder etterspør mer veiledning i strategier for «håndtering» av sitt eget og barnets frustrasjon og sinne. Flere nevner også at det kunne ha vært hensiktsmessig med noen verktøy for å håndtere stigma rundt diagnosen og hvordan man skal snakke med andre barn og voksne om ADHD. Blant de foreldrene som har barn som ikke er skrevet ut av BUP enda, er det bekymring knyttet til hva som skjer den dagen de blir utskrevet, fordi det fortsatt er behov for både støtte og veiledning:

«Jeg føler enda at vi ikke er i mål, vi trenger hjelp fortsatt. Innimellom er jeg usikker på om den hjelpen virker, fordi at ting plutselig er tilbake til sånn som det var. Jeg vet ikke hva som skjer etter den siste familieterapitimen. Hva skjer da? Blir vi skrevet ut? Er vi liksom ferdig? Da står vi på en måte aleine igjen sammen med skolen» (Forelder 2).

4.4 Foreldrenes møte med enkeltpersoner i BUP

Foreldrene forteller at de i forkant av samarbeidsoppstarten med BUP, hadde «høye forhåpninger» og at de var «positivt innstilt» til å møte fagpersoner med «peiling» som kunne hjelpe dem med å håndtere både barnet sitt, seg selv og hverdagen på en bedre måte. I løpet av intervjuene beskrev flere av foreldrene et «kronlete BUP-system», men de brukte også mye tid på å fortelle om møtene med enkeltmennesker i BUP, om deres kompetanse og forståelse, samt foreldrenes opplevelse av å bli trodd, tatt på alvor, mulighet for medvirkning og følelse av å bli vurdert.

4.4.1 Foreldrenes vurdering av fagpersonens kompetanse

De fleste foreldrene er enige om at fagpersonene de har forholdt seg til i BUP har «høy kompetanse», både hva gjelder ADHD-diagnosen og hvordan de tilnærmer seg foreldre i deres situasjon. En av mødrene forteller at «den høye kompetansen og det gode arbeidsmiljøet merkes av oss som er der». Videre forteller en annen mor at inntrykket hennes er at «samtlige er der for å hjelpe» og at «de er kjempeflinke med både foreldre og barn». På spørsmål om hva de ansatte i BUP konkret gjorde for at foreldrene opplevde kompetansen som høy blant personalet, trekker foreldrene blant annet frem at de på BUP er flinke til å stille åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål der det er nødvendig, samt til å gi tips til å håndtere utfordrende hverdagssituasjoner. En av mødrene beskriver at terapeuten de var i kontakt med på BUP bidro til å bygge en kommunikasjonsbru, slik at moren og datteren bedre kunne forstå hverandre:

«Terapeuten var veldig flink til å oversette, for vi kunne fortelle om en frustrasjon vi hadde rundt noe datteren vår ikke mestrer eller en hverdagsutfordring, og så klarer terapeuten å snu det over i et språk som datteren min kunne forstå, og så kunne datteren min forklare hvorfor det var vanskelig for henne, og så klarer terapeuten å snu det tilbake sånn at vi forstår. Det er jo noe med at man har stått i det i ni år, og så låser man seg fast i dårlige mønstre. Vi har fått løst så mange fillegreier takket være hun terapeuten» (Forelder 5).

Foreldrenes beskrivelser av fagpersonenes kompetanse er ikke utelukkende positive. To av foreldrene forteller om mindre gode møter hvor de har stilt spørsmåltegn ved fagpersonens kompetanse. En av fedrene beskriver et «krøkkete» legemøte, hvor han opplevde at legen

«ikke var så vant til å ha med barn med ADHD å gjøre». En annen mor hadde en student som kontaktperson hos BUP, og uttrykker utrygghet ved at det var en mindre erfaren fagperson som var ansvarlig for utredningen og behandlingen:

«Oppfølgingspersonen vår var jo en sisteårsstudent. Veilederen fortalte oss at studenten var veldig erfaren og at det var helt innafor at hun skulle lede, men jeg følte litt sånn at sønnen min var et eksamensprosjekt. Du vil jo at barnet ditt skal få det beste, og når du får litt følelsen av at dette er en skoleoppgave, så var ikke det noe ålreit. [...] Ikke noe galt med henne, men det var et eller annet med det som jeg synes var vanskelig» (Forelder 3).

Videre fremhever foreldrene at god informasjonsformidling er en faktor av stor betydning for deres vurdering av fagpersonens kompetanse. Fire av foreldrene forteller å ha mottatt informasjon på en god og forståelig måte, ved at den ansatte har «justert informasjonen ned til et forståelig nivå». Flere uttrykker at det i noen tilfeller kunne være vanskelig å ta til seg den store informasjonsmengden i møtene med BUP, men at de allikevel var flinke til å tilby skriftlig tilleggsinformasjon i form av «brosjyrer» og «infoskriv» om diagnose, utredningen og veien videre. I det tilfellet hvor det var en student som var ansvarlig for utredningen, beskriver moren en følelse av frykt og utrygghet over å ikke ha forstått den informasjonen studenten forsøkte å formidle:

«De på BUP gikk gjennom disse testene, men jeg har jo ingen forutsetninger for å skjønne disse grafene, så jeg skjønnte det ikke ordentlig og det var skummelt. (...) Så jeg måtte jo sitte og google meg fram til WISC, hva betyr dette egentlig? Det var litt kaotisk og overveldende og utrygt, og litt for lite om for å få fullstendige svar» (Forelder 3).

I foreldrenes kompetansevurdering av de ansatte i BUP, inngår også måten de opplever at fagpersonen takler og håndterer barna deres. En av mødrene forteller om en «svært problemfokuset» formidling av diagnose da de på BUP skulle snakke med sønnen om ADHD. Formidlingen var ikke lagt ned på sønnens nivå og moren opplevde fagpersonen som «utrygg i situasjonen». Dette resulterte i at moren selv ble utrygg, usikker og følte seg dårlig ivaretatt. De resterende foreldrene uttrykker at de ansatte på BUP behandlet barnet deres på en god måte, ved at de «så barnets behov» og «ga informasjon på en god måte tilpasset barnets modenhet og alder». Foreldrene med disse erfaringene beskriver en følelse av «trygghet» og en «positiv oppfatning av fagpersonens kompetansenivå». Opplevelsen av et høyt

kunnskapsnivå hos de ansatte i BUP, kommer til uttrykk i foreldrenes beskrivelser av tillit. Samtlige av foreldrene uttrykker «null tvil» om at BUP sin vurdering om en ADHD-diagnose er riktig, og at de har «stor tillit» til de som jobber der, slik denne forelderen beskriver:

«Vi har absolutt hatt tillit til de som jobber der. Ikke minst fordi at vi så at hun psykologen greide å få bra ting ut av sønnen vår også, sant? Hun har vært veldig tålmodig og fin med han selv om han i utgangspunktet ikke har vært så glad i å gå dit, så har han likt henne. Det blir jo veldig betryggende for oss som foreldre også, å se måten hun håndterer sønnen vår» (Forelder 1).

4.4.2 Anerkjennelse og forståelse i prosessen

Alle foreldrene som ble intervjuet sier at de i møte med BUP fikk mulighet til å «fortelle om vår egen situasjon», og at de fikk lov til å snakke «åpent» og «fritt» om sine erfaringer. På spørsmål om i hvilken grad foreldrene opplevde at de ansatte på BUP viste forståelse for det de står i som foreldre, var det jevnt over høy samstemthet om at de ansatte viste god forståelse. Foreldrene forteller at de ansatte har «kjempeforståelse for de utfordringene vi står i» og at de er «flinke til å observere», noe som gir en følelse av å «bli hørt, trodd, sett og forstått». En av fedrene beskriver forståelsen fra personalet som om man «skulle tro at hun hadde barn med ADHD selv, sånn opplevelsesmessig». Videre beskriver en annen far viktigheten av å kunne komme som man er og bli møtt med forståelse når man befinner seg i en sårbar situasjon:

«Det var veldig rom for å komme som man er. Vi kjente hele veien på en forståelse fra psykologens side. Det å bli møtt og forstått, det har alltid vært til stede. Vi følte at vi ble møtt med en veldig sånn menneskelighet og en forståelsesfull tone, som alltid er en trøst. Man kommer jo gjerne inn på et tidspunkt hvor ting er litt tøft, ikke sant? Så man er jæksla sårbar» (Forelder 1).

I motsetning til de andre foreldrene som følte seg ivaretatt i løpet av prosessen, forteller en av mødrene om opplevelser av manglende forståelse. Disse tankene knyttes til den ansattes mangel på erfaring, og går utover morens følelse av ivaretagelse:

«Hun var alltid sånn «jeg forstår», men jeg opplevde det som at hun egentlig ikke forstod. Jeg opplevde henne som veldig uerfaren da. Jeg følte jo at de lyttet til oss da vi fortalte om sønnen vår, men det var veldig sånn formelt, upersonlig og lite

tryggende. Vi følte oss ikke ivaretatt da, sånn som jeg kanskje hadde håpet» (Forelder 3).

I de fleste tilfellene beskriver foreldrene at de kjente på trygghet til å kunne «utrykke egne følelser», stille spørsmål dersom det var noe de lurte på og at det var rom for å «reagere» og «være seg selv» i møte med de ansatte på BUP:

«Da de snakka med oss om at de hadde kommet fram til at datteren vår har en ADHD-diagnose, fikk vi på en måte høre det, stille spørsmål og reagere» (Forelder 5).

4.4.3 Hensyn til foreldrene i prosessen

Foreldrenes opplevelser av å bli sett, hørt og i de fleste tilfellene forstått, har medført at samtlige føler at de har blitt tatt på alvor av de ansatte på BUP. Til tross for at det er enighet om å bli tatt på alvor, har foreldrene allikevel varierte erfaringer når det gjelder mulighet for medvirkning og påvirkning underveis i samarbeidet. En av mødrene med mindre gode medvirkningserfaringer forteller at mye skjer utenfor hennes kontroll og kun på BUP sine premisser, og at de derfor bare må følge den planen som er bestemt for dem:

«Jeg føler at på de store møtene, altså oppstarten og diagnosen, så har vi blitt spurt masse, men så har vi bare blitt kasta inn i et løp som vi bare måtte være med på. Litt sånn at når de sier hopp, så hopper vi. Da måtte vi bare tilpasse oss når vi ble kalt inn og til hvem, og det var nesten forskjellig for hver gang» (Forelder 5).

Ellers beskriver de øvrige foreldrene at de har blitt «inkludert», noen i større grad enn andre. Det er enighet blant foreldrene om at mulighetene for medvirkning er størst i de tidlige fasene av samarbeidet, men noen har også gode erfaringer med å bli inkludert hele veien. Disse foreldrene forteller at de ikke har «sittet på sidelinja og bare observert at ting utfolder seg», de har «vært til stede» og fått lov til å komme med egne tanker og «forme prosessen og gjøre den til vår egen». En av fedrene trekker fram at «gode oppfølgingsspørsmål fra folka på BUP» har gjort at han kjenner på god inkludering. Moren som selv jobber i helsesektoren, mistenker at hun i kraft av yrket sitt har fått økt tillit av legen på BUP når det gjelder det medisinske rundt datterens diagnose:

«Ja, spesielt i forhold til det med medisiner og sånt. Siden jeg selv er helsepersonell, føler jeg at jeg fikk veldig tillit av legen til å styre litt selv. Jeg føler at vi blir hørt og

tatt hensyn til og jeg synes også de har lest oss som mamma og pappa godt også, at de har tilnærma seg oss forskjellig også. Men nei, jeg føler ikke at vi har blitt overkjørt eller ikke har fått vært med på ting» (Forelder 2).

På spørsmål om foreldrene har opplevd noen forskjeller i måten de har blitt møtt på av BUP sammenlignet med partneren sin, svarer fire av foreldrene at de «ikke har opplevd noen forskjeller» og at «ingen har blitt trodd mer eller mindre på enn den andre». Disse foreldrene trekker frem at de ansatte på BUP har vært gode på å tilpasse seg foreldrenes ulikheter. En av fedrene har derimot erfart at han i kraft av å være mann har hatt større gjennomslagskraft sammenlignet med kona si, og at han til en viss grad har blitt tatt mer på alvor:

«Når kona mi sier noe blir hun lett oppfatta som litt hysterisk, uten å egentlig være hysterisk i det hele tatt. Hun er kanskje den mest rolige av oss alle. Mens jeg blir ofte møtt med «åja, er det sånn det er». Det føles ut som at jeg i deres øyne har mer tyngde i det jeg sier. Men egentlig sier jeg akkurat det samme som kona mi. [...] Jeg tror det har litt å gjøre med at når først en far sier noe, så tar man det mer seriøst, for stort sett så holder vi munn. Og når jeg først sier ifra så er jeg nok vesentlig mer direkte. Jeg opplever nok at kona mi møter mer motstand. Hvis jeg ringer én gang, så skjer det noe. Hun må gjerne ringe to til tre ganger for å komme gjennom. [...] Jeg synes ikke det er mye av det, men det er litt altså» (Forelder 4).

Videre ble foreldrene stilt spørsmål om de opplever å bli vurdert av menneskene de møter på BUP. Fire av foreldrene beskriver en følelse av dette, mens den ene moren forteller at de «mer har gitt meg mye støtte» og «vært flinke til å si at vi gjør en bra jobb». De andre foreldrene sier at det kan være frustrerende å bli «veid og målt og vurdert» og «satt under lupen». En av mødrene forteller at vurderingene får henne til å «tenke over om det er jeg som er en dårlig forelder og om jeg har gjort en ræva jobb». Samtidig fremhever foreldrene at det er «positivt» at de blir undersøkt og vurdert, fordi det viser at de ansatte på BUP er interessert i å «utelukke alt annet». Selv om foreldrene til å begynne med kan oppleve det som en trussel å bli vurdert eksternt, er ikke dette tanker som vedvarer i den videre prosessen:

«Vi får jo beskjed om at hvis det er noe veldig sånn graverende som de får innblikk i, så har de plikt til å melde fra videre og sånne ting. Det der er litt skummelt, for du føler at det henger en trussel over det hele. Du vurderer jo deg selv såå mye, og så i tillegg skal du vurderes eksternt liksom. [...] Men jeg må si det at etter det første

møtet, tror jeg ikke at jeg har tenkt den tanken en eneste gang, så da har jo de gjort noe veldig riktig for å skape en trygghet der da» (Forelder 1).

4.4.4 Mismatch mellom enkeltmenneskene og «BUP-systemet»

Fire av de fem foreldrene som ble intervjuet, er enige om at det ikke er noe galt med enkeltmenneskene i BUP. Foreldrenes inntrykk er at alle som jobber på BUP er der for å hjelpe og ønsker å gjøre en god jobb, men at rammene de arbeider innenfor setter kjepper i hjulene for den jobben de får gjort:

«Jeg tenker at den fleksibiliteten vi møter sånn menneskelig står VELDIG i kontrast til det ekstremt rigide systemet som ligger rundt det. Det er veldig interessant at det er såpass manglende samsvar mellom systemisk utforming og de menneskene man møter» (Forelder 1).

BUP blir beskrevet som «et bra organ og et viktig organ», men at de må «utvikle seg mer», «få inn et bredere spekter av kompetanse», «få større team» og opprette «bedre dialog med skoler og barnehager». En av mødrene roser enkeltmenneskene og forteller at det ikke er noe i veien med jobben de gjør, men at systemet ikke fortjener samme skryt:

«Det er kjempeflinke mennesker som jobber der og de er kjempegode i jobben sin, og hver gang vi kommer inn er det trygt og godt, og det er kjempefint å være inne, men når kommer vi inn? Nei, det vet vi ikke. Neste steg? Nei, ingen aning. Så det er ikke noe galt med menneskene eller det de gjør, det er bare det at det mangler en sånn systemoversikt, en trygghet for oss da. Så jeg skryter ikke opp at det er så bra i BUP. Jeg skryter av menneskene, men ikke av systemet» (Forelder 5).

5 Diskusjon

Formålet med dette prosjektet er å få et innblikk i og en forståelse av hvilke opplevelser foreldre til barn med ADHD har når det gjelder kommunikasjon og samarbeid med BUP. Blant tilfellene som henvises til BUP, er mistanke om ADHD den vanligste henvisningsårsaken (Helsedirektoratet, 2021). Vanskene som følger av diagnosen påvirker ikke kun barnet, men også familien og andre i barnets sosiale nettverk (Moen et al., 2014). Behovet for hjelp og støtte fra eksterne tjenester antas derfor å være stort. Det kan være en utfordring å utvikle et bedre behandlingstilbud dersom erfaringsbasert brukerkunnskap ikke blir kommunisert til omverdenen (Røkenes & Hanssen, 2012). Foreldre er en viktig ressurs i et barns liv, og de har en unik innsikt i barnets ønsker og behov. Involvering av barnets foreldre er en viktig forutsetning for å kunne håndtere diagnosen på en hensiktsmessig måte. Av den grunn tar denne masteroppgaven utgangspunkt i foreldrenes perspektiv. Foreldrene vil ha mye verdifull informasjon å komme med til fagpersoner som jobber med barn og unge, og deres perspektiv er en essensiell del av en helhetlig og personorientert tilnærming til barn og unges helse og utvikling.

Resultatene fra studien viser at foreldrenes erfaringer med fagpersonene i de mellommenneskelige møtene stort sett er gode, men at de systemiske rammene fagpersonene arbeider innenfor, bidrar til å skape begrensninger for handlingsrom og muligheter for å utføre arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte. Disse resultatene er i stor grad i overensstemmelse med tidligere forskning (Barneombudet, 2020; Skudal & Holmboe, 2019). Samtidig kan denne studien tilføre ny innsikt og nye perspektiver som kan belyse hvilke utfordringer foreldrene møter på, samt deres forståelse av hvordan spesialisthelsetjenestetilbudet for barn og unge fungerer og kan forbedres. I det følgende vil funnene knyttes opp mot tidligere forskning og teori, og diskuteres med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene presentert innledningsvis.

5.1 Tiden før henvisning og veien inn i BUP-systemet

Foreldrene i denne studien forteller at det er mye som skjer allerede før de kommer inn til BUP den første gangen. Opplevelsene deres i møte med spesialisthelsetjenesten bærer preg av disse erfaringene. Samtlige av foreldrene jeg har intervjuet beskriver å ha stått i en krevende hverdag over en lang tidsperiode. En av mødrene forteller eksempelvis at hun en periode ble

sykemeldt fra jobb grunnet barnets vansker. Dette kan gi innsikt i den belastningen foreldrene utsettes for ved å oppdra et barn diagnostisert med ADHD. Funnene er også i tråd med tidligere forskning, som antyder at hverdagen kan oppleves kaotisk, konfliktfylt og utmattende, samt at belastningene kan gi symptomer på psykiske plager hos foreldrene (Kendall, 1998; Kvist et al., 2013). Det kan tenkes at det utmattende aspektet forsterkes ytterligere av barnets tilleggsutfordringer og den overhengende bekymringen foreldrene uttrykker at de lever med når det gjelder barnets fremtid, både akademisk og sosialt (Moen et al., 2014; Øie, 2021).

Videre rapporterer noen av foreldrene at manglende mestring i foreldrerollen har ført til at de har stilt spørsmål om sin egen egnethet til å oppdra barnet sitt. Det er godt dokumentert at foreldre til barn med ADHD kan oppleve følelser av skyld, hjelpeløshet og at de ikke strekker til, samt manglende tro på egne ferdigheter dersom de føler at de ikke håndterer barnets vansker på en hensiktsmessig måte (Kendall, 1998; Moen et al., 2011). For foreldrenes mestringsfølelse og selvtillit er det avgjørende med forståelse og støtte fra foreldrenes sosiale nettverk og av fagfolk, slik at alvorlighetsgraden av utfordringene ikke eskalerer (Moen et al., 2011; Moen et al., 2014). I samsvar med tidligere funn forteller noen av foreldrene i denne studien at de opplever motstand og mangel på forståelse fra venner og ansatte i barnehage og/eller skole (DosReis et al., 2010). Flere av foreldrene har erfaringer med å bli uglesett av andre foreldre, i tillegg til at de ikke har blitt tatt på alvor når de har uttrykt sine mistanker om at barnet deres trenger tilrettelegging og bistand i barnehage og skole. Noen har også opplevd å måtte sende gjentatte henvisninger til spesialisthelsetjenesten før søknaden ble godkjent. Det å verken bli trodd eller forstått av andre, kan forsterke foreldrenes følelse av å bli stigmatisert og å ikke strekke til (Moen et al., 2014; Mueller et al., 2012).

Enkelte av foreldrene beskriver veien inn til BUP som uproblematisk, mens andre kategoriserer veien som kronglete. En fellesfaktor er at mistanken om at noe var annerledes med barnet deres oppstod på et tidlig tidspunkt, og at behovet for henvisning bunnset i et ønske om hjelp og tilrettelegging knyttet til barnets skolegang. Dette er i overensstemmelse med tidligere funn, som antyder at foreldrenes mistanke om ADHD gjerne oppstår i barnehagealder, men at det kan ta flere år fra mistankene oppstår til henvisning sendes til spesialisthelsetjenesten (ADHD Norge, 2020). En av fedrene i denne studien hadde derimot et ønske om å få på plass en diagnose allerede før skolestart, men møtte motstand fra BUP, som mente at sønnen var for ung til at det kunne stilles noen diagnose på dette tidspunktet. BUP sin vurdering om å vente med diagnostisering til etter skolestart kan skyldes de diagnostiske

kriteriene om at symptomene må ha vært til stede og gitt nedsatt funksjonsevne i flere settinger, ha vedvart i minst seks måneder og at tilstanden ikke bedre kan forklares av en annen diagnose (WHO, 1993). I ung alder kan det være vanskelig å vite om barnets vansker skyldes umodenhet eller andre faktorer i barnets utvikling. Symptomene kan derfor være enklere å avdekke etter at barnet har begynt på skolen, da det stilles høyere krav til konsentrasjon og å sitte i ro over lengre tid (ADHD Norge, 2020). Uavhengig av BUP sin vurdering om å avvente utredningsprosessen, er det problematisk om denne ikke kommuniseres til foreldrene på en klar og tydelig måte. Fravær av en slik vurdering kan være grobunn for frustrasjon og gi foreldrene en følelse av å verken bli forstått eller tatt på alvor.

Ingen av foreldrene som deltok i prosjektet hadde særlig kjennskap til BUP fra tidligere. De uttrykte av den grunn få forventninger til det første møtet, fordi de ikke visste hva som kom til å møte dem. Tidligere forskning antyder at foreldre savner mer informasjon om diagnose, ulike behandlingsmetoder i BUP og hvilke rettigheter de har (Skudal & Holmboe, 2019). I forlengelse av dette forteller foreldrene i denne studien at de også savner mer informasjon om BUP generelt. De etterspør informasjon om hvordan spesialisthelsetjenesten fungerer, hva de går til og hva som skal skje i den videre prosessen. Uten nødvendig kunnskap og informasjon om spesialisthelsetjenesten, kan det være vanskelig å navigere seg. Foreldrene forteller derfor at det krever mye ressurser og egeninnsats både i henvisningsfasen og etter at henvisningen er mottatt. Videre uttrykker foreldrene bekymring knyttet til hvorvidt henvisningen kommer til å bli godkjent. Dette kan tenkes å være en tilleggsbelastning i en ellers krevende og slitsom hverdag som forelder til barn med ADHD (Moen et al., 2011; Ukom, 2022b).

Foreldrene har varierte erfaringer etter det første møtet med BUP. De fleste foreldrene uttrykker stor lettelse over å endelig komme inn til en hjelpetjeneste som kan bidra til å gjøre livene deres, barnas liv og hverdagen enklere å håndtere. Andre foreldre har mer blandede følelser, ved at de er lettet over å komme inn, samtidig som at det oppstår følelser av redsel for at noe skal være alvorlig galt med barnet. Det kan tenkes at mangelen på informasjon og uvitenhet om hva som skal skje senere i prosessen, medfører forskjellige reaksjoner blant foreldrene. For noen oppstår et håp om en bedre fremtid, mens for andre oppstår det bekymring knyttet til videre oppdragelse og til hvordan de kommer til å bli sett på av andre. Dette er i samsvar med tidligere undersøkelser, som indikerer at det kan oppstå redsel over å skulle oppdra et barn med en diagnose som er kronisk av natur, samt at både barn med ADHD og foreldrene deres kan oppleve å bli stigmatisert (Kendall, 1998; Mueller et al., 2012).

5.2 Foreldrenes erfaringer med behandling og oppfølging etter stilt diagnose

Funnene i denne studien samsvarer med tidligere forskning, om at det kan oppstå blandede følelser hos foreldrene etter at diagnosebeskjeden er formidlet (Kendall, 1998). Fire av foreldrene forteller at de ikke ble overrasket over å motta barnets diagnose, men at de snarere ble lettet. Det kan tenkes at vurderingen om en ADHD-diagnose ga foreldrene en følelse av å bli forstått og anerkjent av fagpersonene i BUP, og at diagnosebeskjeden bidro til å avkrefte foreldrenes tanker om at de ikke strekker til i foreldrerollen (Kendall, 1998; Schibbye, 2002). På denne måten kan de ha opplevd økt tro på egne evner og ferdigheter som foreldre. I motsetning til de ovennevnte foreldrenes erfaringer, opplevde en av mødrene diagnosebeskjeden som et sjokk. Hun beskriver et overveldende og kaotisk møte, hvor hun satt igjen med en følelse av at sønnen var «evneveik». Disse følelsene kan henge sammen med bekymringer for sønnens fremtid, noe som er veldokumentert i tidligere studier (Moen et al., 2014). Moren hadde også kjennskap til barn i sønnens skolemiljø med samme diagnose. Det kan derfor tenkes at det oppstod en redsel for at sønnen skulle bli sett på og bli behandlet på samme måte, noe som kan være skremmende (DosReis et al., 2010).

Etter stilt diagnose beskriver foreldrene et behov for informasjon, oppfølging og veiledning. Samtlige har blitt tilbudt diverse foreldreveiledningskurs, og utbyttet av disse kursene beskrives som godt. Hjelp og støtte fra andre kan være av stor betydning for foreldrenes håndtering av hverdagen og bekymringer (Moen et al., 2011). En slik arena, hvor foreldrene tilbys veiledning og får mulighet til å dele erfaringer med andre i lignende situasjoner, kan fungere som en form for sosial støtte. I likhet med tidligere undersøkelser, er manglende sosial støtte fra øvrige sosiale nettverk noe foreldrene i dette prosjektet rapporterer om (Moen et al., 2014). På tross av det gode utbyttet foreldrene har av veiledningskurs, gir de uttrykk for at det er problematisk at kursene avholdes på dagtid i arbeidstiden. Videre forteller foreldrene at det kan ta lang tid å få direkte kontakt med behandlerne sine på BUP utenom avtalte konsultasjoner og veiledningstimer. Dette understøttes også av andre studier, hvor det antydes at tilbudene fra BUP er lite tilpasset familiens timeplan og at fagpersonene er lite tilgjengelige (Barneombudet, 2020). Generelt opplever foreldre at de ikke mottar tilstrekkelig med informasjon i møte med BUP (Skudal & Holmboe, 2019). I tillegg til foreldreveiledningskurs, etterspør foreldrene i denne studien mer informasjon og veiledning knyttet til kosthold og ernæring, håndtering av barnets temperament, samt hjelp til å håndtere andres stigma rundt

diagnosen. Som et resultat av oppfølgingsbehov etter stilt diagnose, uttrykker flere av foreldrene bekymring for at barnet deres skal skrives ut, og at de da blir stående på egne ben.

Foreldrene er ikke kun opptatt av oppfølgingen de selv blir tilbudt, men også av oppfølgingen som tilbys barna deres. I behandling av ADHD anbefales en kombinasjon av psykososiale, spesialpedagogiske, psykologiske og medisinske metoder (Helsedirektoratet, 2022a). I tilfeller hvor det benyttes medisiner som en del av behandlingen, skal dette støttes av andre tiltak (Felleskatalogen, 2019). Den største andelen av foreldrene uttrykker derfor misnøye med at BUP raskt tilbyr barnet medikamenter, uten at det er utprøvd andre tiltak eller igangsatt parallelle tiltak som en del av den helhetlige behandlingen. Noen av foreldrene har erfaringer med at barnet deres opplever negative bivirkninger av medisinbruken, slik som søvnevansker, hodepine, magesmerter og redusert matlyst, noe som også støttes av andre undersøkelser (Storebø et al., 2018). I samsvar med funnene til Mueller et al. (2012), bekymrer foreldrene i denne studien seg for langtidseffektene av medikamentene, og er redde for hvordan de blir oppfattet av andre i omgangskretsen sin når de velger å medisinere barna. På den ene siden medfører dette at foreldrene stiller seg kritiske til medisinerings. På den annen side ser de nytte av bruken, ved at barnet opplever god effekt og fungerer bedre i hverdagen. Til tross for at foreldrene har blandede følelser til medikamentell behandling og savner igangsettelse av parallelle tiltak for en mer helhetlig behandlingsplan, velger de allikevel å medisinere barna sine. I overensstemmelse med tidligere undersøkelser, kan det se ut til at fordelene ved medisinsk behandling vurderes å veie opp for ulempene (DosReis et al., 2010).

I forbindelse med både utredningsfasen og oppfølgingsfasen, er foreldrene i denne studien også opptatt av antallet fagpersoner de forholder seg til underveis i prosessen. Her har foreldrene varierte erfaringer, hvor noen har erfaringer med få personalbytter, mens andre har opplevd hyppigere utskiftninger. Dette kan påvirke prosessen i ulik grad. Foreldrene som har erfaringer med høy personalstabilitet, trekker frem fordelen av at fagpersonene blir godt kjent med både barnet, dem selv og situasjonen deres. Relasjonsbygging er en tidkrevende prosess, og det kan derfor være enklere for fagpersonen å være kongruent i sin kommunikasjon og utvise empatisk forståelse dersom de blir godt kjent med foreldrene (Rogers, 1990; Røkenes & Hanssen, 2012). I motsetning til de med få personalbytter, forteller foreldrene med gjentatte bytter at det er frustrerende når det oppstår uforutsette utskiftninger, hvor informasjonen deres ikke videreformidles til de som skal ta over. I tillegg opplever de at ulike fagpersoner har forskjellige meninger, noe som kan være vanskelig å forholde seg til (Barneombudet, 2020).

Det er ikke alle foreldrene med hyppige personalbytter som opplever dette problematisk. Overgangene i disse tilfellene kjennetegnes av god informasjonsflyt, og blir dermed ikke ansett som noe negativt. Videre kan det tenkes at de innledende møtene legger føringer for foreldrenes kontekstforståelse og hvordan de oppfatter nåværende og kommende samarbeid med fagpersonene. Mennesker forstår, tolker og skaper mening av informasjon innenfor bestemte kontekster, hvor forkunnskaper og tidligere konteksterfaringer er avgjørende for hva slags informasjon vi oppfatter (Bateson, 1972/2005). Det kan være at foreldrene som er fornøyde til tross for hyppige personalbytter, på bakgrunn av de første møtene har skapt en kontekstforståelse av at samarbeidet med fagpersonen fungerer fint. På denne måten kan de være mer positivt innstilt til nye samarbeid med andre fagpersoner, fordi de har en kontekstforståelse og en tro på at de nye relasjonene også vil være fruktbare og trygge. Foreldrene som derimot opplever personalbyttene mer utfordrende, kan ha en innebygd kontekstforståelse av at de nye samarbeidene, i likhet med de tidligere relasjonene, også kommer til å fungere mindre godt. Overskriften for fremtidige samarbeid er negative grunnet tidligere erfaringer. Dersom fagpersonen og foreldrene har forskjellige forståelser av konteksten, kan det etableres uheldige samspillmønstre (Jensen & Ulleberg, 2019).

I etterkant av stilt diagnose, er det fra foreldrenes perspektiv ønskelig at BUP involverer seg med andre instanser, slik som skole, PPT og fastlege. Samtlige er enige om at et godt samarbeid mellom ulike instanser, er essensielt for best mulig utbytte av barnets behandling. Spesialisthelsetjenesten er lovpålagt å samarbeide med andre tjenesteytere dersom det er nødvendig for pasientens helhetlige tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 e). Videre er det lovfestet at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til utarbeidelse av en individuell plan og en koordinator som skal ta ansvar for samordning av tjenestetilbudet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§ 7-1 og 7-2; Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-1; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §§ 2-5 og 2-5 a). Til tross for det som er fastsatt i lovverket, forteller kun halvparten av foreldrene i denne studien at det er oppnevnt en koordinator. Foreldrene dette gjelder fremhever fordelen av at BUP kan fungere som en ressurs inn mot skolen, en arena hvor barnet ofte har behov for ekstra tilrettelegging og oppfølging. De resterende foreldrene opplever at det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer optimalt, og at de selv ender opp med å ta ansvar for å koordinere tjenestetilbudene, noe som blir beskrevet som ressurskrevende og strevsomt. Disse funnene underbygges av tidligere studier (Barneombudet, 2020; Hansen et al., 2020). Det er problematisk at det ikke eksisterer noen tydelige retningslinjer for hvem som skal påta seg ansvaret for det tverrfaglige

samarbeidet. Selv om foreldrene oppgir å skrive under på gjentatte samtykkeskjemaer om informasjonsdeling, kan ulike lovverk og tolkninger av taushetsplikten i de forskjellige instansene sette en stopper for samarbeidet (Proba, 2017).

5.3 De mellommenneskelige møtene mellom foreldrene og fagpersonene i BUP

Funnene fra denne studien viser at foreldrene har varierte erfaringer knyttet til oppfatningen av fagpersonenes kompetanse og kommunikasjonsferdigheter. Den største andelen av foreldrene er fornøyde med samhandlingen med enkeltmennesker i BUP, og rapporterer om høy grad av ivaretagelse i form av å kjenne seg sett og hørt. Dette funnet står i kontrast til resultatene i den nasjonale brukererfæringsundersøkelsen gjennomført av FHI, hvor det fremkommer at majoriteten av de foresatte som deltok i denne studien verken opplevde å bli sett eller hørt av fagpersonene i BUP (Skudal & Holmboe, 2019).

Foreldrenes fornøydheth i dette prosjektet kan bunne i deres følelse av å bli møtt med forståelse når de uttrykker sine tanker og meninger. I forbindelse med dette er empatisk forståelse sentralt, hvor det er viktig at fagpersonen evner å lytte til og vise forståelse for foreldrenes indre opplevelsesverden (Røkenes & Hanssen, 2012). Fagpersonens empatiske forståelse har derimot ingen verdi dersom den ikke kommuniseres til foreldrene (Rogers, 1990), men i denne studien kommer foreldrene med flere beskrivelser som peker i retning av at de opplever seg forstått. Den ene moren forteller eksempelvis at fagpersonen fungerte som en oversetter og skapte en kommunikasjonsbru mellom henne og datteren, slik at de kunne bryte ut av negative samspillsmønstre, forstå hverandre bedre og kommunisere på en bedre måte i hverdagen. Dannelse av en vellykket kommunikasjonsbru som dette, krever at fagpersonen har god forståelse av morens indre liv og evner å formidle denne forståelsen på en hensiktsmessig måte, uten å forklare hvordan moren føler det (Rogers, 1990). I tråd med det de fleste av foreldrene i denne studien beskriver, skapes det en positiv samhandlingssirkel preget av trygghet, respekt, åpenhet og tillit når foreldrene blir møtt av relasjonskompetente fagfolk (Røkenes & Hanssen, 2012).

Videre kan foreldrenes fornøydheth forklares ved hjelp av anerkjennelse, en annen sentral faktor for et vellykket samarbeid (Schibbye, 2002). Foreldrenes opplevelse av fagpersonens anerkjennelse, kommer i denne studien til uttrykk ved at de beskriver at det er rom for å

komme som de er, rom for å reagere på måter som faller dem naturlig, og rom for å fortelle om sin situasjon og sine opplevelser. Ifølge Schibbye (2002) må det foreligge en respekt for andre menneskers rett til å oppleve verden på sin måte, og aksept kan dermed komme til uttrykk ved at fagpersonen lytter til og kobler foreldrenes negative selvopplevelse med aksept, uten at opplevelsen fordømmes. Flere av foreldrene i studien har stilt seg kritiske til sin egen oppdragelsesevne og beskriver en frykt for å få denne selvoppfattelsen bekreftet hos BUP. De har erfaringer med at uttalelser om utfordringene i hverdagen kan bli misforstått og dømt av andre i deres sosiale nettverk (Moen et al, 2014; Mueller et al., 2012), men i møte med fagpersonene i BUP har disse uttalelsene blitt møtt med forståelse og aksept, snarere enn med fordømmelse. Dette kan ses i sammenheng med ubetinget positiv aktelse, hvor fagpersonen kommuniserer en dyp og genuin omsorg for foreldrene, som verken bærer preg av bedømmelse av foreldrenes tanker, følelser eller atferd (Rogers, 1990).

Frem til nå har vi sett at den største andelen av foreldrene forteller om gode møter med enkeltpersoner i BUP, hvor samarbeidet og kommunikasjonen kjennetegnes av forståelse, empati og anerkjennelse. På den annen side beskriver en av foreldrene misnøye i møte med fagpersonene. I motsetning til den forståelsen som ble vist og oppfattet av de mer fornøyde foreldrene, forteller denne forelderens om mangel på dette. Forelderens forteller at fagpersonen, som i dette tilfellet var en student med begrenset erfaring, verbalt ga uttrykk for at hun forstod det som ble formidlet, men forelderens oppfattet det allikevel ikke på denne måten. Bateson (1972/2005) skriver om parallelle kommunikasjonsnivåer i form av analogt og digitalt språk. Når det er inkongruens mellom det entydige digitale språket og det nonverbale analoge kommunikasjonsnivået, kan det oppstå kompliserte relasjoner og forvirrende kommunikasjon. Til tross for at det verbalt uttrykkes forståelse for forelderens situasjon, er det noe ved den nonverbale kommunikasjonen og konteksten, eksempelvis at fagpersonen er student og mangler erfaring, som gjør at forelderens ikke stoler på det som blir sagt. Dette er i tråd med tidligere undersøkelser om at når det oppstår uoverensstemmelse mellom de to kommunikasjonsnivåene, har mennesker en tendens til å sette sin lit til de analoge og nonverbale uttrykkene, noe som i dette tilfellet ble tolket som usikkerhet og mangel på forståelse (Bateson, 1972/2005; Kokkersvold & Mjelve, 2003).

Videre kan det tenkes at studenten opptre ikke-kongruent og gjemmer seg bak en profesjonell fasade på grunn av sin egen usikkerhet, og at dette slår negativt tilbake på relasjonen til forelderens (Rogers, 1990). Blant de mer fornøyde foreldrene kan det ha vært høyere grad av samsvar mellom de analoge og digitale kommunikasjonsformene, i tillegg til at fagpersonen

fremstod mer genuin i sin kommunikasjon, noe som kan ha forsterket deres opplevelse av å bli sett, hørt og forstått. Funnene i dette prosjektet er i overensstemmelse med de konsekvensene som har blitt beskrevet i tidligere forskning, som peker i retning av at foreldrene som blir møtt med samsvarende kommunikasjonsnivåer og genuinitet opplever økt tillit, forutsigbarhet og trygghet, mens foreldrene som blir møtt med det motsatte kan oppleve utrygghet, frustrasjon og usikkerhet (Rogers, 1990).

Til tross for foreldrenes ulike erfaringer knyttet til kommunikasjon med enkeltmennesker i BUP, rapporterer alle foreldrene i denne studien å ha stor tillit til fagpersonene som jobber der og til deres vurdering om endelig diagnose. Dette funnet står i kontrast til resultater funnet i FHI sin rapport, som indikerer at foreldrene ofte stiller seg tvilende til BUP sin diagnosevurdering (Skudal & Holmboe, 2019). I samsvar med tidligere undersøkelser uttrykker noen av foreldrene i denne studien derimot et savn etter informasjon om hvilke rettigheter de har, og informasjon om sine medvirknings- og innflytelsesmuligheter, spesielt i behandlings- og oppfølgingsfasen (Barneombudet, 2020; Skudal & Holmboe, 2019). Ved å være barnets nærmeste pårørende, har foreldrene i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §§ 3-1 og 3-3) rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, samt rett til å motta informasjon om barnets helsetilstand og den helsehjelpen som ytes. Allikevel rapporterer foreldrene i denne studien varierte muligheter for medvirkning. De mindre fornøyde foreldrene forteller at de innledningsvis opplever å bli involvert, men at de deretter kastes inn i et behandlingsløp, hvor de verken mottar tilstrekkelig med informasjon eller informasjon på en forståelig måte. En av fedrene rapporterer også at han i kraft av å være mann, har mer gjennomslagskraft sammenlignet med kona si. Dette er problematisk fordi kvaliteten på endringsarbeidet ser ut til å øke ved aktiv involvering av barnets pårørende (Jensen & Ulleberg, 2019). I tillegg kan det ha negative konsekvenser for foreldrene dersom de ikke blir involvert, slik som følelser av å bli overkjørt eller å ikke bli ivare tatt (Røkenes & Hanssen, 2012).

Foreldrene med gode medvirkningserfaringer forteller på den annen side om god involvering og informasjonsformidling underveis. En av mødrene arbeider selv i helsesektoren, og forteller at hun på bakgrunn av dette har fått stor tillit fra BUP til å medvirke i datterens medisineringsprosess. Enkelte foreldre kan i kraft av yrkesrollene sine bli gitt en sterkere stemme av fagpersoner, hvilket kan medføre ulik behandling og at enkelte foreldre stiller sterkere i samarbeidet med fagpersonene enn andre foreldregrupper (Jensen & Ulleberg, 2019). Det kan se ut til at tilstrekkelig og forståelig informasjon er viktig for foreldrenes

mulighet til å kunne medvirke i prosessen, og at god informasjon til alle foreldrene, uavhengig av deres bakgrunn, er sentralt for å motvirke forskjellsbehandling i systemet. Foreldrene har unik innsikt i barnets liv og er eksperter på sin egen situasjon, og deres synspunkter og meninger bør av den grunn tillegges stor verdi i behandlings- og oppfølgingsfasen. Når foreldrene mangler informasjon om hvordan systemet fungerer og hvilke rettigheter de har, kan dette sette en stopper for medvirkningen, da en forutsetning for god involvering er tilstrekkelig med kunnskap og informasjon formidlet på en forståelig måte (Davis, 1995).

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg med utgangspunkt i foreldreperspektivet, forsøkt å besvare følgende problemstilling:

Hvordan opplever foreldre til barn med ADHD samarbeid og kommunikasjon med BUP?

Med denne problemstillingen har jeg vært interessert i å undersøke de mellommenneskelige møtene mellom foreldrene og fagpersonene i BUP, samt hvordan foreldrene opplever møtet med denne hjelpetjenesten.

Foreldrene i denne studien forteller at de har vært gjennom en lang reise allerede før de oppsøker hjelp og kommer inn i BUP-systemet. Mistanke om at noe er annerledes med barna oppstår på et tidlig tidspunkt, men oppsøking av hjelp avvendes i de fleste tilfellene til etter skolestart, da barnets vansker synliggjøres i større grad. Hverdagen i hjemmet blir beskrevet som krevende, hvor barnets tilleggsutfordringer og bekymringer for fremtiden trekkes frem som sentrale faktorer. I tillegg kjenner flere av foreldrene på manglende mestring i foreldrerollen, samt mangel på forståelse fra både venner, barnehage, skole, fastlege og andre fagpersoner. Samtlige rapporterer at de har lite kjennskap til BUP-systemet før henvisning, og at det derfor er et stort savn etter mer informasjon om rettigheter og tjenestetilbudet blant foreldrene. Lite kunnskap om hvordan systemet fungerer, gjør at flere av foreldrene trekker frem viktigheten av egeninnsats og at de må være ressurssterke i møte med BUP gjennom hele prosessen.

Det er varierte reaksjoner blant foreldrene knyttet til formidling av barnets ADHD-diagnose. Fire av foreldrene ble lite overrasket og lettet over beskjeden. Diagnosevurderingen bidrar til å avkrefte disse foreldrenes tanker om at de ikke strekker til. Den siste forelderen reagerte med sjokk og redsel. Til tross for ulike reaksjoner på diagnosebeskjeden, oppgir samtlige et stort behov for oppfølging og veiledning etter stilt diagnose, da de ikke føler seg klare til å stå på egne ben. Foreldreveiledningskurs blir beskrevet som et godt og effektivt tiltak, hvor foreldrene får mulighet til å diskutere utfordringer og bekymringer med andre i lignende situasjoner. Utover dette tilbudet savner foreldrene mer informasjon om diagnosen, samt hvordan de skal håndtere stigma og barnets temperament. Flere uttrykker at det er utfordrende at kursene avholdes på dagtid når foreldrene er på jobb, og at fagpersonene generelt er lite tilgjengelige. Videre etterspør foreldrene bedre oppfølging av barnet deres, da medikamentell

behandling i de fleste tilfellene igangsettes som eneste tiltak. Selv om foreldrene rapporterer at barna deres har god effekt av medisinene, savner de initiativ fra BUP sin side når det gjelder utprøving av alternative tiltak i forkant av eller parallelt med den medikamentelle behandlingen. Behovet for og savnet etter mer oppfølging, gjør at flere av foreldrene uttrykker bekymring knyttet til utskrivelse, fordi de frykter at veiledningen de sårt trenger skal forsvinne den dagen de skives ut.

Personalbytter er også et sentralt tema blant foreldrene i denne studien. Noen blir fulgt av de samme fagpersonene over en lengre tidsperiode, mens andre opplever hyppigere bytter. Personalstabilitet rapporteres å være viktig for at fagpersonene skal kunne sette seg godt inn i foreldrenes situasjon, og for å sikre mer forutsigbarhet og kontinuitet i oppfølgingen. Videre trekker foreldrene frem BUP sitt samarbeid med andre instanser. Den største andelen av foreldrene opplever at de gjentatte ganger samtykker til informasjonsdeling mellom de ulike tjenestene, men at de allikevel selv ender opp med koordineringsansvaret. Dette oppleves belastende og er grobunn for frustrasjon. I de resterende tilfellene er det fagpersonene som tar ansvar for koordineringen, noe som oppleves betryggende og fint for foreldrene.

Når det gjelder de mellommenneskelige møtene mellom foreldrene og fagpersonene i BUP, rapporterer de fleste foreldrene høy grad av ivaretagelse. Den største andelen opplever at fagpersonene har forståelse for situasjonen de står i og at de blir møtt på en anerkjennende måte. Kompetansen blant fagpersonene vurderes som høy av fire foreldre, mens en av mødrene beskriver et møte med en uerfaren student, noe som oppleves utrygt. Samtlige har allikevel stor tillit til fagpersonene og deres vurderinger, men har ulike erfaringer hva gjelder medvirkningsmuligheter. Noen av foreldrene har erfaringer med å bli kastet inn i et løp som de ikke har kontroll over selv, mens andre opplever å bli godt involvert gjennom hele prosessen.

Arbeidet med dette masteroppgaveprosjektet har gitt et detaljert innblikk i erfaringene til fem foreldre til barn diagnostisert med ADHD. Funnene i studien peker i retning av at foreldrene generelt sett er fornøyde med de mellommenneskelige møtene med fagpersonene i BUP, men at de systemiske rammene fagpersonene arbeider innenfor i noen tilfeller påvirker samarbeidet negativt og legger føringer for den jobben enkeltmenneskene får gjort. Til tross for et lite utvalg i denne studien, kan den forhåpentligvis bidra med økt innsikt i foreldrenes perspektiv. På sikt kan bidraget, sammen med eksisterende og fremtidig forskning på feltet,

medføre videreutvikling og forbedringer av tjenestene som tilbys barn, unge og deres familier med behov for bistand innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

6.1 Veien videre

På bakgrunn av funnene i denne studien, ser det ut til at BUP er et viktig organ som tilbyr nyttige tjenester til både barn med psykiske vansker og foreldrene deres. Samtidig peker funnene i retning av at tjenesten har forbedringspotensial på flere områder. Foreldrene savner og etterspør mer informasjon om systemet, hyppigere oppfølging på initiativ fra BUP, en mer tilgjengelig tjeneste og bedre samarbeid med andre instanser. For å utvikle bedre fremtidige hjelpetjenester, er det derfor nødvendig med mer forskning på feltet.

Allerede før det første møtet med BUP forteller foreldrene at de må være ressurssterke og at det stilles høye krav til egeninnsats for å komme inn og få ballen til å rulle for å sikre fremgang i prosessen. Av den grunn kan det i videre undersøkelser være av interesse å rette søkelyset mot foreldre til barn med utfordringer som enten oppdrar barn alene eller som har lav sosioøkonomisk status, og som derav muligens ikke har de samme forutsetningene til å være like ressurssterke i møte med systemet.

Videre forteller en av fedrene i studien at han i kraft av å være mann, oppfatter å ha større gjennomslagskraft med det han sier i møte med fagpersonene i BUP, sammenlignet med kona si. Selv om dette kun var en oppfatning blant en av foreldrene, kan det undersøkes nærmere for å avdekke om dette er en mer utbredt utfordring i møte med systemet enn det denne studien indikerer.

Samarbeid med andre instanser er et av hovedpunktene foreldrene trekker frem når det gjelder forbedringspunkter. Det kan i fremtidig forskning være av interesse å studere hvordan samarbeidet oppleves av andre yrkesgrupper. Eksempelvis kan det være hensiktsmessig å studere hvordan ansatte i skolen eller barnehager opplever samarbeidet, da dette er en gruppe som ofte har behov for bistand fra eksterne tjenester for å legge til rette for barn med ulike vansker på best mulig måte.

Litteraturliste

ADHD Norge. (u.å.). *Om ADHD Norge*. Hentet 20. februar 2023 fra

<https://www.adhdnorge.no/om-adhd-norge>

ADHD Norge. (2020, 1. oktober). *Kjennetegn på ADHD*.

<https://www.adhdnorge.no/artikkel/kjennetegn-pa-adhd>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aurini, J. D., Heath, M. & Howells, S. (2022). *The how to of qualitative research* (2. utg.). Sage.

Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M. & Torgersen, L. (2022, 31. mai).

Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=&h=1>

Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7>

Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*.

<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Jeg-skulle-hatt-BUP-i-en-koffert.pdf>

Bateson, G. (2005). *Mentale systemers økologi: Skridt i en utvikling* (B. Nake, Overs.).

Akademisk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1972)

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bremnes, R. & Indergård, P. J. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021* (Rapport IS-3038). Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202021.pdf/_/attachment/inline/835894ee-6533-4113-affe-

[6466c2889be6:a8894c4c0c0b0cc3479cd93aab9c4dae1c9aa71e/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge-2021.pdf](https://doi.org/10.6466c2889be6:a8894c4c0c0b0cc3479cd93aab9c4dae1c9aa71e/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge-2021.pdf)

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Davis, H. (1995). *Rådgivning til foreldre med kronisk syke og funksjonshemmede barn*. Ad Notam Gyldendal.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Direktoratet for e-helse. (u.å). *ICD-10 og ICD-11*. <https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/ICD-10-og-ICD-11>
- DosReis, S., Barksdale, C. L., Sherman, A., Maloney, K. & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services*, 61(8), 811-816. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1176/ps.2010.61.8.811>
- Egan, G. (2017). *The skilled helper: A client-centred approach* (2. utg.). Cengage Learning EMEA.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>
- Felleskatalogen. (2019, 10. mai). *ADHD hos barn*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/adhd-barn>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Gelso, C. J., Williams, E. N. & Fretz, B. R. (2014). *Counseling psychology* (3. utg.). American Psychological Association.

- Hall, J. A., Horgan, T. G. & Murphy, N. A. (2019). Nonverbal communication. *Annual Review of Psychology*, 70, 271-294. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103145>
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene: Samordnet innsats for utsatte barn og unge* (Fafø-rapport 2020:20). Fafø. <https://www.fafø.no/images/pub/2020/20737.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018, 13. juni). *Hjelpeinstansene bør samarbeide om behandlingen av pasienter med ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/behandling-og-oppfolging-av-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse/behandlingsprinsipper-ved-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse/hjelpeinstansene-bor-samarbeide-om-behandlingen-av-pasienter-med-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse>
- Helsedirektoratet. (2019, 28. november). *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behoever-sammensatte-offentlige-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2021, 8. desember). *Nye anbefalinger for utredning av ADHD*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-anbefalinger-for-utredning-av-adhd>
- Helsedirektoratet. (2022a, 4. mai). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Helsedirektoratet. (2022b, 30. september). *Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2023, 4. mai). *Psykisk helse for barn og unge: Ventetid*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge/gjennomsnittlig-ventetid-for-barn-og-unge-i-psykisk-helsevern>
- Helsenorge. (2020, 29. januar). *ADHD*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 17. januar). *Oppdragsdokument*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Holmen, N. (2016). ADHD. I E. Bru, E. C. Idsøe & K. Øverland (Red.), *Psykisk helse i skolen* (s. 176-195). Universitetsforlaget.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kendall, J. (1998). Outlasting disruption: The process of reinvestment in families with ADHD children. *Qualitative Health Research*, 8(6), 839-857.
<https://doi.org/10.1177/104973239800800609>
- Kokkersvold, E. & Mjelve, H. (2003). *Mellom oss: Trening av kommunikasjon i gestaltperspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kvist, A. P., Nielsen, H. S. & Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*, 88, 30-38.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.001>
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Lassen, L. M. (2014). *Rådgivning: Kunsten å hjelpe og sikre vekstfremmende prosesser* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L. & Hedelin, B. (2011). Contending and adapting every day: Norwegian parents' lived experience of having a child with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 17(4), 441-462. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1177/1074840711423924>
- Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L. & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3166-3176. <https://doi.org/10.1111/jocn.12559>

- Moen, Ø. L., Hedelin, B. & Hall-Lord, M. L. (2016). Family functioning, psychological distress, and well-being in parents with a child having ADHD. *SAGE Open*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>
- Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J. & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4, 101-114. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1007/s12402-012-0085-3>
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa* (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1998-07-17-61>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Proba. (2017). *Hva må til for at barn og unge gjennomfører sin opplæring? Erfaringer og innspill fra brukerorganisasjoner* (PROBA Rapport 2017-01). <https://0-24-samarbeidet.udir.no/wp-content/uploads/2019/02/Proba-rapport-2017-01-Hva-m%C3%A5-til-for-at-barn-og-unge-gjennomf%C3%B8rer-sin-o...pdf>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Redaksjonen for norsk APA-stil. (2023). *Norsk APA-manual: En nasjonal standard for norskspråklig APA-stil basert på APA 7th* (Versjon 1.9). Sikt. <https://sikt.no/norsk-apa-referansetil>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1990). Client-centered therapy. I V. L. Henderson & H. Kirschenbaum (Red.), *Carl Rogers: Dialogues: Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B. F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others* (s. 9-38). Constable.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.

- Schibbye, A.-L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse: I psykoterapi med individ, par og familie*. Universitetsforlaget.
- Skudal, K. E. & Holmboe, O. (2019). *Resultater fra nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant foresatte til barn og unge innen psykisk helsevern (BUP) i 2017 (PASOPP-Rapport 2019:119)*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/f885a6acbd2c4394bb674e0ab44d2a97/resultater-fra-nasjonal-brukererfaringsundersokelse-blant-foresatte-til-barn-og-unge-innen-psykisk-helsevern-bup-i-2017.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Storebø, O. J., Pedersen, N., Ramstad, E., Kielsholm, M. L., Nielsen, S. S., Krogh, H. B., Moreira-Maia, C. R., Magnusson, F. L., Holmskov, M., Gerner, T., Skoog, M., Rosendal, S., Groth, C., Gillies, D., Buch Rasmussen, K., Gauci, D., Zwi, M., Kirubakaran, R., Håkonsen, S. J., ... Gluud, C. (2018). Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents—assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), 1-542.
<https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1002/14651858.CD012069.pub2>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Ukom. (2022a, 24. mars). *To år med pandemi. Status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge: Risiko for pasientsikkerheten i en tjeneste under press*.
<https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/risiko-for-pasientsikkerheten-i-en-tjeneste-under-press>
- Ukom. (2022b, 24. mars). *To år med pandemi. Status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge: Situasjonen i helse- og omsorgstjenesten*. <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/situasjonen-i-helse-og-omsorgstjenesten>

- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37108>
- World Health Organization. (2023). F90 Hyperkinetiske forstyrrelser. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10.utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599550>
- Øgrim, G. (2018). *Tilstandsgruppe: ADHD og andre hyperkinetiske forstyrrelser: Om ADHD*. Tiltakshåndboka. <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-adhd-og-andre-hyperkinetiske-forstyrrelser/om-adhd>
- Øie, M. G. (2021, 12. april). *Hva er ADHD?* Norsk psykologforening.
<https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-adhd>
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge: En statusrapport*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2016/adhd-i-norge/>

Vedlegg 1: Godkjenning fra Sikt

02.02.2023, 14:29

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Foresattes erfaringer med kommunikasjon i møte med BUP](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

389288

Vurderingstype

Standard

Dato

02.02.2023

Prosjekttittel

Foresattes erfaringer med kommunikasjon i møte med BUP

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det utdanningsvitenskapelige fakultet / Institutt for spesialpedagogikk

Prosjektansvarlig

Gunnar Bjørnebekk

Student

Caroline Skaug Nilsen

Prosjektperiode

01.01.2023 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger.

UTDYPENDE OM LOVLIG GRUNNLAG

Barn er tredjepersoner i prosjektet. Barn over 16 år vil samtykke selv. Prosjektet vil innhente samtykke fra foresatte til behandlingen av personopplysninger om barna under 16 år. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte/foresatte kan trekke tilbake.

VURDERING BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler helseopplysninger om sårbare registrerte (barn). Vanligvis krever dette en mer omfattende vurdering (DPIA). Vi mener det likevel ikke er høy risiko for personvernet og at prosjektet derfor ikke trenger en DPIA.

Dette fordi :

- Alle forskningsdeltakerne får informasjon
- Alle forskningsdeltakerne samtykker
- Rekrutteringen sikrer reell frivillighet
- Få personer har tilgang
- Personopplysninger har koblingsnøkkel og anonymiseres fortløpende
- Varigheten av behandlingen er kort

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved

<https://meldeskjema.sikt.no/63a16e97-705e-4205-9045-897b682545f7/vurdering>

som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til foresatte

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet:

«En kvalitativ studie av hvordan foresatte til barn med ADHD kommunikasjon med BUP»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan foresatte til barn med ADHD opplever kommunikasjon med BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). I dette skrivet vil du få informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse innebærer for deg.

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å se nærmere på hvordan du som foresatt har opplevd og/eller opplever kommunikasjon med BUP. Prosjektet er en del av masteroppgaven min i spesialpedagogikk med fordypning i psykososiale vansker ved universitetet i Oslo. Det vil gjennomføres et intervju, hvor spørsmålene tar utgangspunkt i opplevelser knyttet til det første møtet med BUP, formidling av diagnose og erfaringer med oppfølgings- og behandlingsfasen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet. Prosjektansvarlig er Gunnar Bjørnebekk.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Kriteriene for deltagelse i dette prosjektet er at du er foresatt til et barn som har fått en ADHD-diagnose og at det foregår eller har foregått et samarbeid med BUP. Du får spørsmål om å delta fordi du oppfyller disse kriteriene og er en aktuell kandidat for forskningsprosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju. Det vil ta deg ca. 60 minutter å gjennomføre intervjuet. Samtalen vil bli tatt opp ved hjelp av en lydopptaker, og vil deretter bli transkribert elektronisk.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – Hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil kun bruke opplysningene til formålene som er informert om i dette skrevet.

Opplysningene du kommer med behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Det er kun jeg som har tilgang til ikke-anonymisert datamateriale. Lydopptaket av intervjuet og dine personopplysninger vil lagres i sikre systemer godkjent av UiO for lagring og behandling av sensitive data. Intervjuet vil deretter bli transkribert på en anonymisert måte. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 01.06.23, men endelig avslutning av prosjektet vil være når oppgaven blir godkjent. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres i form av å slette/omskrive personopplysningene.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo* har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved prosjektleder Gunnar Bjørnebekk (tlf.: 22858067, e-post: gunnar.bjornebekk@isp.uio.no), veileder Heidi Omdal (tlf.: 38141213, e-post:

heidi.omdal@uia.no) eller masterstudent Caroline Skaug Nilsen (tlf.: 90890013, e-post: carolisn@student.uv.uio.no)

- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye. Personvernombudet kan nås via epost: personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53211500.

Med vennlig hilsen

Heidi Omdal
(Veileder)

Caroline Skaug Nilsen
(Masterstudent)

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring for foresatte

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*En kvalitativ studie av hvordan foresatte til barn med ADHD opplever kommunikasjon med BUP*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi grunn. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.
- å ha mottatt skriftlig informasjon om prosjektet. Jeg har fått informasjon om at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke uten å oppgi grunn.
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til barn

Informasjon om forskningsprosjektet:

«En kvalitativ studie av hvordan foresatte til barn med ADHD opplever kommunikasjon med BUP»

Dette er et informasjonsskriv til deg som har vært til utredning i spesialisthelsetjenesten og fått en ADHD-diagnose. Jeg heter Caroline og er masterstudent ved Universitetet i Oslo. I prosjektet mitt ønsker jeg å undersøke hvordan foreldre opplever kommunikasjon med BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). I dette skrevet vil du få informasjon om prosjektet.

Formål

Du har vært til utredning og fått en ADHD-diagnose. ADHD kjennetegnes av utfordringer knyttet til konsentrasjonsvansker og uoppmerksomhet og/eller hyperaktivitet og impulsivitet. Det er mange barn og unge i Norge som har en ADHD-diagnose, og det er derfor viktig å undersøke hvordan dette oppleves både for deg og foreldrene dine, slik at hjelpeapparatet kan forbedres og slik at de involverte føler seg møtt på en god måte. I dette prosjektet er formålet å se nærmere på hvordan foreldre til barn med ADHD opplever kommunikasjon med BUP, og jeg ønsker derfor å intervjuere moren/faren din.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet. Prosjektansvarlig er Gunnar Bjørnebekk.

Hva innebærer dette for deg?

Foreldrene dine har sagt ja til å delta i et intervju, hvor jeg kommer til å stille dem spørsmål om hvordan de har opplevd kommunikasjon med BUP. Foreldrene dine intervjues fordi barnet deres har fått en ADHD-diagnose, og det kan derfor komme frem informasjon i intervjuet som omhandler deg. Alt det foreldrene dine sier vil bli anonymisert, noe som betyr at det ikke vil være mulig for andre enn meg å gjenkjenne hverken foreldrene dine eller deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig for foreldrene dine å delta i prosjektet. Hvis de velger å delta, kan de når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. All informasjon om foreldrene dine og deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller dine foreldre hvis de ikke vil delta eller senere velger å trekke seg.

Ditt personvern – Hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil kun bruke opplysningene til formålene som er informert om i dette skrevet. Informasjonen foreldrene dine kommer med behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som har tilgang til ikke-anonymisert datamateriale. Lydopptaket av intervjuet og dine personopplysninger vil lagres i sikre systemer godkjent av UiO for å lagre og behandle sensitiv data. Intervjuet vil deretter bli transkribert på en anonymisert måte. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 01.06.23, men endelig avslutning av prosjektet vil være når oppgaven blir godkjent. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres i form av å slette/omskrive personopplysningene.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Dersom du er under 16 år, behandler jeg opplysninger om deg basert på dine foresattes samtykke. Dersom du er over 16 år, behandler jeg opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo* har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved prosjektleder Gunnar Bjørnebekk (tlf.: 22858067, e-post: gunnar.bjornebekk@isp.uio.no), veileder Heidi Omdal (tlf.: 38141213, e-post:

heidi.omdal@uia.no) eller masterstudent Caroline Skaug Nilsen (tlf.: 90890013, e-post: carolisn@student.uv.uio.no)

- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye. Personvernombudet kan nås via epost: personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53211500.

Med vennlig hilsen

Heidi Omdal
(Veileder)

Caroline Skaug Nilsen
(Masterstudent)

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring for barn

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*En kvalitativ studie av hvordan foresatte til barn med ADHD opplever kommunikasjon med BUP*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi grunn.

Dersom du er under 16 år, samtykker foresatte på dine vegne. Dersom du er over 16 år, gir du eget samtykke.

- Jeg er under 16 år
- Jeg er over 16 år

Jeg samtykker til:

- at foresatte deltar i intervju.
- å ha mottatt skriftlig informasjon om prosjektet. Jeg har fått informasjon om at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke uten å oppgi grunn.
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 6: Intervjuguide

Intervjuguide

Foresattes erfaringer med kommunikasjon i møte med BUP

«En kvalitativ studie av hvordan foresatte til barn med ADHD opplever kommunikasjon med BUP»

Innledning og informasjon:

Velkommen og tusen takk for at du tar deg tid til å stille som informant i dette forskningsprosjektet. Jeg er student ved universitetet i Oslo, og dette intervjuet er en del av datagrunnlaget til min masteroppgave i spesialpedagogikk. Formålet med prosjektet er å få bedre forståelse for hvilke erfaringer foresatte av barn med ADHD har når det gjelder kommunikasjon med BUP.

Intervjuet tas opp med lydopptaker, og vil bli transkribert så fort som mulig etter gjennomføringen. Lydopptaket, kontaktinformasjonen din og personopplysninger om deg vil bli lagret i et sikkert system godkjent av UiO for lagring og behandling av sensitive data. Dine svar vil bli anonymisert slik at dette intervjuet ikke kan kobles til deg.

Det er forventet at intervjuet har en varighet på ca. 1 time.

- Innhente samtykke
- Viktig at ansatte i BUP ikke blir nevnt med navn

Har du noen spørsmål før vi starter?

- Starte lydopptakeren

Åpningsspørsmål:

Jeg vil nå stille deg noen spørsmål knyttet til din opplevelse av kommunikasjon med BUP.

Spørsmålene tar utgangspunkt i det første møtet med BUP, formidling av diagnose og behandlings- og oppfølgingsfasen. Før vi starter ønsker jeg å stille deg noen åpningsspørsmål.

- Har du først lyst til å fortelle litt om familien din/barnet ditt?
- Når kom du i kontakt med BUP første gang?
- Hvor ofte har du vært i kontakt med BUP?
 - Hvor hyppig har kontakten vært?

- Hvilken kjennskap hadde du til BUP før samarbeidet begynte?
- Hva slags tanker hadde du om BUP før samarbeidet startet?

Det første møtet med BUP:

Jeg vil nå stille deg noen spørsmål som omhandler det første møtet med BUP.

- Hvilke forventninger hadde du i forkant av det første møtet med BUP?
- Hvilke følelser hadde du i forkant av det første møtet?
- Kan du fortelle om ditt første møte med BUP?
 - Hvem var til stede under det første møtet? (Ikke nevne ansatte ved navn)
- Kan du kort beskrive hvordan det så ut der dere møttes? Hvordan var atmosfæren?
- Fikk du mulighet til å fortelle om situasjonen du står i?
 - Følte du at dine erfaringer ble forstått og lyttet til?
 - Hva gjorde den ansatte i BUP som gjorde at du følte/ikke følte deg forstått og/eller lyttet til?
- Opplevde du å bli tatt på alvor?
 - Hva gjorde den ansatte som fikk deg til å føle at du ble (eventuelt ikke ble) tatt på alvor?
- Følte du at du kunne stole på personen(e) du ble møtt av?
 - Hva gjorde den ansatte for at du kjente på (eventuelt ikke kjente på) tillit?
- Hvordan opplevde du å bli ivaretatt i dette møtet?
 - Hva gjorde den ansatte i BUP for å ivareta deg?
- Fikk du tilstrekkelig med informasjon på en forståelig måte?
- Kan du beskrive relasjonen mellom dere?
- Hvilke følelser satt du igjen med etter det første møtet?
- I det videre samarbeidet med BUP, hvor mange fagpersoner har du vært i kontakt med?
 - Hvordan tror du dette har påvirket samarbeidet?

Formidling av barnets diagnose:

Denne delen av intervjuet omhandler formidling av barnets diagnose.

- Kan du fortelle om hvordan du fikk vite barnets diagnose?
 - Hvem var til stede under dette møtet? Hvem formidlet diagnosen?
- Hvordan reagerte du da du fikk vite barnets diagnose?

- Hvordan opplevde du at den ansatte i BUP håndterte dine reaksjoner?
- Hvordan opplevde du å bli ivaretatt?
 - Hva gjorde den ansatte for at du kjente deg (eventuelt ikke kjente deg) ivaretatt?
- I hvilken grad følte du at den ansatte viste forståelse for det du står i som forelder ved å få denne beskjeden (barnets diagnose)?
- Fikk du mulighet til å stille spørsmål?
 - Hvordan ble spørsmålene dine besvart? Fikk du informasjon på en forståelig måte?
- Hadde du tillit til BUP sin vurdering av endelig diagnose?
- Hvordan opplevde du denne samtalen?
- Hvilke følelser satt du igjen med etter møtet hvor barnets diagnose ble formidlet?

Behandling og oppfølging:

Den siste delen av intervjuet handler om behandlings- og oppfølgingsfasen.

- Hva slags oppfølging (eventuelt veiledning) har du/dere fått tilbud om fra BUP?
- I hvilken grad føler du at dine bidrag har blitt tatt hensyn til når det gjelder utforming av barnets behandlingsplan?
 - Har du fått mulighet til å medvirke i denne prosessen?
- I hvilken grad føler du at den ansatte har tatt dine synspunkter på alvor?
- På hvilken måte har den ansatte vist forståelse for deg og den situasjonen du befinner deg i, i løpet av prosessen?
- Hvordan vil du beskrive ditt behov for hjelp og støtte når det gjelder å ha et barn med ADHD?
- I hvilken grad føler du BUP har bidratt med ønsket hjelp og støtte?
- Hvor tilgjengelig føler du BUP har vært i oppfølgingsfasen dersom du har hatt behov for informasjon/samtale/veiledning?
- Kan du fortelle litt om hvordan det er viktig for deg å bli møtt av BUP ut ifra din situasjon (som foresatt til et barn med ADHD)?
- Hvordan har BUP bidratt for at du bedre skal kunne håndtere det å være forelder til et barn med ADHD?
- Dersom du har en partner, har du merket noen forskjeller i hvordan du har blitt møtt av BUP sammenlignet med partneren din?

- Har du fortsatt kontakt med BUP? Hvis ikke – hvordan var det å avslutte denne kontakten? Hvis fortsatt kontakt – hvordan tror du det blir å avslutte denne kontakten?
- I hvilken grad føler du at BUP har bidratt til å legge til rette for et samarbeid med andre tjenester (eksempelvis barnehage/skole/PPT)?
- Hva slags tanker har du om BUP den dag i dag?
- Til slutt, hvordan synes du det har vært å stille til intervju og delta i dette forskningsprosjektet?

Avslutning:

Oppsummering av samtalen.

Avklare eventuelle misforståelser eller uklarheter.

- Er det noe mer du ønsker å fortelle eller legge til?

Igjen, tusen takk for at du stilte til intervju!