

1.0 Innledning.....	3
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	4
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	4
1.1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	7
1.2 Bakgrunn for valg av tilnæringsmåte. Endelig problemstilling	8
1.2.1 Eget ståsted.....	8
1.2.2 Et kjønnsperspektiv på psykisk lidelse.....	9
1.2.3 Et kjønnsperspektiv på profesjonalitet	10
1.2.4 Endelig problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
1.3 Bakgrunnskunnskap	11
1.3.1 Når mor får en psykisk lidelse.....	12
1.3.2 Har ansatte i voksenpsykiatrien et ansvar for pasientenes barn?	13
1.4 Metode og gjennomføring	15
1.4.1 Fokusgruppeintervju.....	16
1.4.2 Utvalg	16
1.4.3 Innsamling av data	18
1.4.4 Transkribering - fra minnebrikke til papir.....	20
1.4.5 Analyse/ Tematisk inndeling	20
1.4.6 Mellom nærhet og distanse	21
1.4.7 Reliabilitet og Validitet	22
1.4.8 Etikk og personvern	23
1.4.9 Vitenskapsteoretisk plassering	23
1.5 Teoretiske perspektiver	24
1.5.1 Relasjonens betydning i profesjonelt arbeid med mennesker	25
1.5.2 Kulturelle forestillinger knyttet til mor – barn relasjonen.....	26
1.6 Eksisterende forskning	27
1.6.1 De profesjonelles grunner for ikke å snakke om barna.....	29
1.7 Oppgavens oppbygging.....	31
2.0 Analyse.....	31
2.1 Hva tenker informantene om pasientenes barn? Hvordan snakker de om dem?.....	32
2.1.1 Smerte og medfølelse	32
2.1.2 Om det er hjelp å få	33
2.2 Når og hvordan snakker informantene med mødrene om barna?	34
2.2.1 Som en form for kartlegging	35
2.2.2 Som et hjelpemiddel til å knytte kontakt.....	36
2.3 Forstår informantene det å snakke med mødrene om barna som en del av sin yrkesrolle?	37
2.3.1 En oppgave det er naturlig å påta seg.....	37

2.3.2 En oppgave som kan komme i konflikt med det som er deres egentlige arbeidsoppgaver	38
2.3.3 Å ta hensyn til mødrenes reaksjoner	40
2.3.4 Å vite hva man åpner opp for	41
2.3.5. Å mangle kunnskap og hjelpemidler.....	42
2.3.6 Å vise respekt for det som er annerledes.....	45
2.3.7 Oppsummering	46
2.4 Betydningen av å ha en god relasjon til mødrene.	47
2.4.1 Å etablere en god relasjon	47
2.4.2 Når relasjonen går i stykker.....	51
2.4.3 Oppsummering	55
2.5 Respekt for mødrenes private sfære	55
2.5.1 En type bluferdighet i forhold til å bryte seg inn i folks privatliv.....	55
2.5.2 Å unngå urettmessige inngrep i andres liv	56
2.5.3 Å skulle melde mot morens vilje.....	60
2.5.4 Oppsummering	61
2.6 Informantenes private syn på mor - barn relasjonen	61
2.6.1 En helt spesiell relasjon.....	62
2.6.2 En stor sårbarhet.....	64
2.6.3 Det å være mor selv	65
2.6.4 Oppsummering	67
2.7 Informantenes forståelse av mødrenes psykiske lidelser	67
2.8 Sammendrag av analysen	69
3.0 Teoretisk diskusjon	71
3.1. Relasjonens betydning i profesjonelt arbeid med mennesker	71
3.1.1 En ny forståelse av profesjonell omsorg	72
3.1.2 Relasjonen som selve kjerne i arbeidet	76
3.1.3 Om å tilsløre sin faglighet.	80
3.2 Kulturelle forestillinger knyttet til morsrollen	84
3.2.1 Mor som normalitetsbilde	85
3.2.2 En essensialistisk forståelse av morsrollen	89
3.3 Oppsummering og konklusjon	92
Litteraturliste	96
Vedlegg 1 Brev til informanter	
Vedlegg 2 Intervjuguide	
Vedlegg 3 E- post fra NSD	

1.0 Innledning

Høsten 2007 deltok jeg på fagfestivalen ”Hvis vi kunne starte på nytt...”, en konferanse om psykisk helsevern i et nytt årtusen. Fagfolk fra ulike yrkesgrupper, pasienter og pårørende var til stede. En fargerik forsamling full av entusiasme og pågangsmot, men også av sorg, sinne og fortvilelse. Det var mye å bli engasjert i, mye å la seg berøre av. Det som berørte meg mest, var imidlertid hvordan det i denne brokete forsamlingen ikke var en eneste stemme som representerte barn. Barn ble overhodet ikke nevnt, verken som pasienter eller som pårørende. Dette var en konferanse om voksnes problemer. Under et engasjerende innlegg om nettverksarbeid kvinnenet jeg meg opp. Jeg rakk hånden i været og spurte om det fantes erfaringer med å la barn delta på nettverksmøter. Det ble stille i salen. Jeg fikk en ubehagelig følelse av å ha gjort noe upassende, at jeg hadde trådt over en grense. Spørsmålet ble vennlig, men raskt besvart. Det hadde man ikke. Slik jeg opplevde situasjonen, var temaet ikke utdebattert, det var lagt dødt.

Jeg er naturligvis klar over at det også finnes andre måter å forstå denne situasjonen på. De andre deltakerne på seminaret kan ha hatt mange ulike grunner for ikke å ønske å forfølge det temaet jeg brakte på banen. Å spekulere videre på disse grunnene er ikke så viktig i denne oppgaven. Det som er mitt poeng med å nevne episoden, er å rette oppmerksomheten mot de tanker og følelser den vakte hos meg. Det jeg opplevde at møtelederne på konferansen gjorde, var på mange måter det samme jeg selv ofte gjør når jeg i mitt arbeid som miljøterapeut kommer i kontakt med alvorlig psykisk syke foreldre. Jeg unnlater å gjøre barna deres til et samtaletema.

For meg har denne erkjennelsen vært både tankevekkende og utfordrende. Som fagperson har jeg etter hvert tilegnet meg mye kunnskap om de vanskeligheter og den risiko det kan føre med seg for et barn å vokse opp med psykisk syke foreldre. Jeg er opptatt av temaet og arbeider også innenfor en institusjon som har en uttrykt målsetting om nettopp å ha pasientenes barn i fokus. Likevel opplever jeg at det, i praktiske møter med pasienter, er vanskelig å vite hvordan jeg skal snakke med dem om barna deres. Gjennom å lese faglitteratur og gjennom samtaler med kolleger, har jeg dannet meg en oppfatning av at det er mange som har det på liknende måter. Viljen til å bidra med tiltak som kan lette barnas

situasjon, er absolutt til stede. Det er når det kommer til de praktiske møtene at det viser seg å bli så vanskelig.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.

1.1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Det faktum at psykiatriske pasienter også kan være foreldre, har lenge vært et forsømt tema. De siste tiår har det imidlertid vært fokusert mye på at barn som har foreldre med psykiske lidelser ofte føler de ikke får den hjelpen og støtten de trenger for å mestre en krevende hverdag (Aamodt og Aamodt 2005, Almvik og Ytterhus 2004, Killen 2004, Ytterhus og Almvik 1999, Mevik 1998).

Etter hvert finnes det mye kunnskap, både om hvordan foreldres lidelser kan være med å gjøre tilværelsen vanskelig for barna, og på hvilke måter fagfolk kan være til hjelp. I ulike fagmiljøer synes det å være både interesse for og vilje til å arbeide med dette problemet.

Samtidig ser det ut til at det er en betydelig diskrepans mellom hva ansatte i hjelpeapparatet sier de ønsker å gjøre og det som faktisk gjøres. Flere rapporter som har kommet de siste årene peker på hvordan helsetjenestens tilbud om hjelp og støtte til barna ofte synes å være tilfeldig og mangelfull (Ytterhus og Almvik 1999, Kufås, Lund og Myrvoll 2001, Grøsfjeld 2004, Aamodt og Aamodt 2005, Statens Helstilsyn 8/2007).

En rapport som dokumenterer situasjonen godt er *"Tiltak for barn med psykisk syke foreldre"* (Aamodt og Aamodt 2005) utarbeidet av Regionsenteret for barn og unges psykiske helse Helseregion Sør og Øst, på oppdrag av barne- og familiedepartementet. Rapporten viser at det er et stort misforhold mellom den kunnskap som finnes om betydningen av foreldres psykiske sykdom og det ansvar hjelpeapparatet tar for pasientenes barn. I følge rapporten er det i de fleste voksenpsykiatriske institusjoner ikke gjennomført systematiske rutiner for å fange opp

hvorvidt pasienter har barn, hvor gamle barna er og hvem som ivaretar den daglige omsorgen. Rapporten viser også at i de tilfellene der det er innført slike rutiner, er dette ingen garanti for at barna blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte. I hvilken grad spørsmål om pasientenes barn overhode stilles, avhenger mange steder heller av hvem som er på jobb. På samme måte er det, i følge rapporten, flere steder tilfeldig i hvilken grad informasjon om at pasienter har barn blir fulgt opp, for eksempel med tilbud om samtaler med pasientene eller med barna selv.

Samtidig beskriver rapporten også lyspunkter. Blant annet nevnes flere institusjoner, sykehus, kommuner og frivillige organisasjoner som driver ulike former for foreldre – og barngrupper eller kurs. Evalueringene av dette arbeidet er, etter det rapporten sier, entydig positivt, både fra barna selv og fra deres foreldre. Arbeidet synes imidlertid i stor grad å være drevet av ildsjeler og spesielt interesserte, og er således svært sårbart.

Forfatterne av rapporten avslutter med en tankevekkende oppsummering.

Når vi allikevel skal si noe om behovet for forskning og utviklingsarbeid, støter vi an mot inntrykket av at det *ikke først og fremst er mangelen på kunnskap* vi står overfor. Problemet er heller hvordan vi i vår praksis langt på vei *overser denne kunnskapen*. (Aamodt og Aamodt 2005:92).

Det er verdt å legge merke til denne oppsummeringen. Den utgjør på mange måter en nøkkelfaktor i den forforståelsen jeg bringer med meg inn i dette arbeidet. En forforståelse jeg vil komme tilbake til når jeg redegjør for bakgrunnen for problemstillingen.

I tillegg til de ulike vitenskapelige rapportene finnes det også en rekke helsepolitiske dokumenter som både formidler at omsorgssituasjonen til barn som har psykisk syke foreldre har høy politisk prioritet, og at voksenpsykiatrien i den sammenheng bør spille en avgjørende rolle. Det som er viktig å legge merke til i den følgende gjennomgangen av noen av disse dokumentene, er hvordan barnas situasjon de siste ti til femten år har vært beskrevet som et prioritert område og at det samtidig ikke ser ut til at en slik prioritering i nevneverdig grad har fått konsekvenser for de barna det gjelder.

I Sortingsmelding 25, "*Åpenhet og helhet*" (1996-1997) nevnes barn som har foreldre med psykiske lidelser som utsatte barn det skal rettes ekstra oppmerksomhet mot og utvikles

nødvendige tiltak i forhold til. Det pekes også på det ansvar voksenpsykiatrien har i forhold til å ivareta barns behov for informasjon under foreldrenes innleggelse og å hjelpe pasienten til å samarbeide med andre instanser om barnets beste.

I ”*Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*” (St.prp.nr.63(1997-98)), og Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ”...*sammen om psykisk helse...*” (2003) nevnes igjen barn som har foreldre med psykiske lidelser som utsatte barn det skal rettes ekstra oppmerksomhet mot.

I og med at vi i skrivende stund er inne i opptrappingsplanens avslutningsår ville det, ut fra intensjonene i planen, vært naturlig å forvente at det offentlige hjelpetilbud til disse barna nå var i ferd med å bli ganske godt. Slik ser det imidlertid ikke ut.

I den sittende regjeringens politiske plattform, ”*Soria Moria erklæringen*” (2005), kapittel 10 ”Om barn og familie”, uttales det:

”Regjeringen vil sørge for at barn med psykisk syke foreldre og rusmiddelbrukende foreldre får oppfølging og hjelp”.

I kjølvannet av erklæringen er det fra Sosial- og Helsedirektoratet utarbeidet et rundskriv, IS-5/2006. I Rundskrivet, ”*Oppfølging av barn til psykisk syke og/ eller rusavhengige foreldre*”, understreker direktoratet at foreldres psykiske sykdom ikke er ensbetydende med at deres barn ikke får nødvendig omsorg og oppfølging, men at kunnskapen som finnes kan utgjøre grunnlag for å stille spørsmål ved barnas situasjon og behov for oppfølging. I den forbindelse anbefaler direktoratet at de instanser som har foreldrene til behandling også tar initiativ for å identifisere barna, støtte dem og dersom det er behov for det, henvise dem til andre instanser. Dersom det oppstår motstridende interesser mellom barn og foreldre er det, i følge rundskrivet, viktig at barneperspektivet ivaretas.

I tråd med ”*Soria Moria erklæringen*” utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet også et høringsnotat (2008). Notatets utgangspunkt er at barn som har foreldre med psykiske lidelser må sees og ivaretas på en langt mer systematisk måte en det som er tilfelle i dag.

1.1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Situasjonen, slik den her er beskrevet, framstår på mange måter som et paradoks. På den ene siden foreligger det betydelig dokumentasjon og enighet, ikke bare om at det eksisterende hjelpetilbudet til barn som har psykisk syke foreldre er mangelfullt, men også om ulike tiltak som kan være til hjelp. Det synes også å være bred enighet om at voksenpsykiatrien må spille en aktiv rolle i forbindelse med gjennomføringen av slike tiltak. Samtidig viser altså forskning at denne konsensusen i liten grad gjenspeiler seg i fagfolks praktiske arbeid.

Det er dette paradokset som er utgangspunktet for oppgavens problemstilling. Hva bunner det egentlig i? Hva er det som gjør at ansatte i voksenpsykiatrien vegrer seg for å ta et ansvar det tilsynelatende er bred enighet om at de bør ta?

Oppgaven er ment som et innspill i en pågående diskusjon rundt dette spørsmålet.

Målsettingen er å utvikle kunnskap som kan bidra til at barn som har psykisk syke foreldre, i større grad enn det som er tilfelle i dag, får den hjelpen og støtten de trenger. Ut fra en tro på at fagfolks egne refleksjoner rundt sin praksis kan være en viktig kilde til kunnskap, har jeg valgt følgende foreløpige problemstilling:

Hvordan opplever ansatte i voksenpsykiatrien at de snakker med psykisk syke foreldre om barna deres? Hvilke erfaringer har de gjort seg i tilknytning til slike samtaler?

Problemstillingen, slik den her foreløpig er formulert, vil kunne gjøre det mulig å belyse det aktuelle problemet fra en rekke perspektiver. Jeg kunne for eksempel velge å rette oppmerksomheten mot betydningen av faglig kunnskap, strukturer og rutiner på den enkelte arbeidsplass eller økonomiske forhold. Dette er perspektiver som trolig alle ville kunne bidra til forståelse for viktige sider av problemet. Min kunnskapsinteresse er imidlertid en annen.

Det er et faktum at profesjonell praksis ikke bare styres av eksplisitt faglig kunnskap, men også av ulike forståelsesrammer som i den daglige praksisen blir lite problematisert. Samtidig kan disse forståelsesrammene ha stor betydning for de vurderinger den enkelte yrkesutøver gjør i konkrete situasjoner. Når det gjelder å oppnå bedre innsikt i egen praksis, mener jeg derfor det er viktig for fagfolk å bli seg slike ureflekterte forståelser bevisst.

For å gi retning til den foreløpige problemstillingen har jeg derfor valgt å ta utgangspunkt i en arbeidshypotese om at det å identifisere slike mer ubevisste eller ureflekterte forståelsesrammer vil gjøre det mulig å oppnå ny innsikt eller forståelse for hvorfor ansatte i voksenpsykiatrien tilsynelatende vegrer seg for å ta et ansvar for sine pasienters barn.

1.2 Bakgrunn for valg av tilnæringsmåte. Endelig problemstilling

I dette avsnitte vil jeg starte med å gjøre rede for hvordan egne erfaringer, både fra yrkeslivet og privatlivet, har vært med å prege mitt valg av problemtilnærming. Deretter vil jeg redegjøre for og begrunne hvordan jeg har valgt å avgrense oppgaven. Til slutt vil jeg presentere den endelige problemstillingen med tilhørende forskningsspørsmål.

1.2.1 Eget ståsted

Begrunnelsen for at jeg har valgt å nærme meg problemområdet nettopp fra det ståsted jeg i det foregående har redegjort for, har sin bakgrunn i to forhold. Det ene er, som jeg beskrev innledningsvis, erfaringer fra egen praksis. Til tross for at jeg har mye kunnskap om temaet, og også arbeider innenfor en institusjon der det er utviklet gode rutiner for å kunne ivareta pasientenes barn, finner jeg det i mange sammenhenger vanskelig å handle slik jeg gjerne ville. Jeg er derfor av den oppfatning at det må være andre forhold enn mangel på kunnskap og rutiner som er med å prege de valgene jeg gjør, og har undret meg på om disse forholdene kan ha sin bakgrunn i mer ureflekterte eller underliggende faktorer.

Den andre grunnen til at jeg har valgt å fokusere på slike faktorer, er erfaringer jeg har gjort som datter til en alvorlig psykisk syk mor. Det er en sykdom som absolutt satte sitt preg på barndommen min, men som aldri ble omtalt, verken innad i familien eller i kontakt med hjelpeapparatet. Sånn sett har jeg erfart både hvor tabubelagt psykiske lidelser ofte er, og hvor vanskelig det kan bli for barn når voksne ikke tar initiativ til å gi dem god informasjon eller inviterer dem til å dele sine tanker og følelser. Etter at jeg selv ble mor, er det imidlertid en annen side ved historien som særlig har opptatt meg.

Jeg har erfart at vår kulturs forestillinger om de naturlige nære og varme mor – barn relasjonene ikke alltid er sanne. Gode relasjoner kommer sjelden av seg selv. De må tvert imot skapes, noe som kan være vanskelig for en mor som er alvorlig psykisk syk. Samtidig har jeg også lært at det å snakke med andre om denne erfaringen, ikke er noe jeg uten videre gjør, spesielt ikke med folk i hjelpeapparatet. Reaksjoner som *”Men alle mødre er jo glade i barna sine”*, *”Det er jo alltid noe spesielt med ens eget kjøtt og blod”* eller *”Men du er jo glad i henne tross alt”* har fått meg til å undres på om jeg her er inn på et tema som er vel så tabu- belagt og vanskelig å forholde seg til som psykiske lidelser. Det dreier seg om mødre som av ulike grunner ikke makter å gi barna sine den omsorgen de trenger. Kan det være at slike erfaringer er så tabubelagte at selv ikke fagfolk vet hvordan de skal forholde seg til dem?

1.2.2 Et kjønnspektiv på psykisk lidelse

Forskning viser at det er langt flere kvinner enn menn som søker behandling for sine psykiske plager (Ytterhus og Almvik 1999, Mevik og Trymbo 2002, Halså 2008). Det er også et faktum at fødselsraten blant kvinner som har psykiske lidelser i dag er svært lik den som er i den øvrige befolkningen (Grøsfjeld 2004, Halså 2008). Det vil således alltid være langt flere mødre enn fedre som er under behandling i voksenpsykiatrien. I følge Astrid Halså (2008) lever hver 3. kvinne som legges inn på psykiatrisk sykehus i et familieforhold med barn.

Samtidig ser det også ut til at det fremdeles knytter seg svært ulike kulturelle forestillinger til hva en mor og en far kan og bør gjøre i forhold til sine barn. Til tross for at det de siste tiår har skjedd store endringer i arbeidsdelingen mellom kjønnene, synes det å være en god mor

og en god far, kulturelt sett, å være to svært ulike størrelser, noe som igjen må kunne tyde på at det å være psykisk syk mor antakelig tillegges en annen kulturell betydning enn det å være psykisk syk far. Halsa (2008:11) foreslår da også at kategorien foreldreskap og psykisk lidelse bør byttes ut med betegnelse morskap og psykisk lidelse og farskap og psykisk lidelse.

1.2.3 Et kjønnsperspektiv på profesjonalitet

En stor overvekt av de som arbeider innefor omsorgsyrkene er kvinner, mange av dem er også mødre. Svein Aage Christoffersen (2005) beskriver hvordan profesjonsetisk dømmekraft ikke bare dannes på bakgrunn av erfaringer fra arbeidslivet, men at også erfaringer de profesjonelle gjør i sitt private liv spiller en avgjørende rolle. Det er ikke vanntette skott mellom allmennvurderinger og profesjonsetiske vurderinger.

Barn og omsorg er i vår kultur tett forbundet med forestillinger om det kvinnelige. Ut fra det Christoffersen (2005) sier, er det grunn til å anta at de erfaringer kvinnelig helsepersonell gjør som kvinner og mødre i sine private liv, også vil være med å prege de vurderinger de gjør i sitt profesjonelle arbeid.

1.2.4 Endelig problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av det jeg her har redegjort for, har jeg valgt å avgrense min problemstilling til å fokusere på *kvinnelige* helsearbeideres møter med psykisk syke *mødre*. Jeg mener en slik avgrensing på en tydeligst mulig måte vil kunne vise eventuelle betydninger av de kjønnete forestillinger jeg har antydnet.

Jeg vil derfor avgrense problemstillingen på følgende måte:

Hvordan opplever kvinner ansatt i voksenpsykiatrien at de snakker med psykisk syke mødre om barna deres? Hvilke erfaringer har de gjort seg i tilknytning til slike samtaler?

For å kunne svare på problemstillingen har jeg valgt å intervju kvinnelige helsearbeidere om deres opplevelser og erfaringer knyttet til det å snakke med psykisk syke mødre om barna deres. Gjennom å analysere det helsearbeiderne forteller, og deretter fortolke materialet i lys av utvalgte perspektiver, håper jeg å kunne identifisere faktorer som kan være med å gi forståelse for hvordan ansatte i voksenpsykiatrien forholder seg til sine pasienters barn. Med helsearbeidere forstår jeg her primært sosionomer og sykepleiere, gjerne med ulike tilleggsutdanninger knyttet til psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid.

Jeg vil nærme meg problemstillingen gjennom å svare på følgende fire forskningsspørsmål:

- Hvilken betydning har de profesjonelles ønsker om å vise respekt for pasientens private anliggender?
- Hvilken betydning har de profesjonelles forståelse av pasientens sykdom?
- Hvilken betydning har de profesjonelles syn på relasjonenes betydning i profesjonelt arbeid?
- Hvilken betydning har kulturelle forestillinger knyttet til mor -barn relasjonen?

1.3 Bakgrunnskunnskap

Jeg har så langt i oppgaven tegnet et bilde av den situasjonen jeg ønsker å belyse, aktuell problemstilling, hvilke forskningsspørsmål jeg ønsker å stille og bakgrunnen for at jeg nettopp har valgt den problemstillingen og de forskningsspørsmålene jeg har valgt. Til sammen utgjør dette min forforståelse. Deler av den er svært privat, mens annet er forståelser jeg i større eller mindre grad deler med andre, antakelig også med mine informanter.

For at leseren skal kunne danne seg et så godt bilde som mulig av den forståelsen helsepersonell bringer med seg inn i sine samtaler med psykisk syke mødre, vil jeg i det følgende gjøre rede for noe av den kunnskap som finnes, både om hvordan barn opplever det å ha en psykisk syk mor og hvordan mødre selv opplever sin situasjon. Deretter vil jeg

diskutere i hvilken grad jeg mener det er rimelig å forvente at ansatte i voksenpsykiatrien skal føle et ansvar for pasientenes barn.

1.3.1 Når mor får en psykisk lidelse

Det finnes ingen oversikt over hvor mange barn det er i Norge som vokser opp i familier der en eller begge foreldrene lider av en psykisk sykdom. For å danne seg et bilde av hvor mange de er, er det derfor nødvendig å basere seg på oversikter over tallet på voksne som søker helsehjelp for sine psykiske plager. Tall fra SINTEF helse (Halsa 2008) viser at ca. 15 000 barn og unge lever i en familiesituasjon der en eller begge foreldrene får behandling for ulike psykiske plager. Samtidig er det grunn til å tro at mørketallene er store. Av de mange voksne som ikke søker hjelp for sine psykiske lidelser, finnes det naturlig nok også foreldre.

Det er viktig å være oppmerksom på at barn som har psykisk syke foreldre ikke utgjør noen ensartet gruppe. Det gjør heller ikke deres foreldre. Psykiske lidelser kan ta mange former og måten de griper inn i barns liv på, vil variere. Det vil blant annet henge sammen med lidelsens karakter og varighet, barnets alder og temperament og i hvilken grad moren er alene om omsorgsansvaret. Aamodt og Aamodt (2005) peker likevel på at barn som har psykisk syke foreldre har større risiko enn andre for å utvikle følelsesmessige problemer, atferds- og utviklingsforstyrrelser og psykiske og somatiske sykdommer.

Det finnes få studier der barn selv forteller om sine erfaringer med å vokse opp med psykisk syke mødre. Et unntak er undersøkelsen til Arve Almvik og Borgunn Ytterhus (2004), en undersøkelse der barn som lever med psykisk syke mødre forteller om sitt hverdagsliv. I undersøkelsen beskriver barna moren både som en støtte og en byrde. Når hun har gode perioder, opplever barna at hverdagslivet har en jevn og god flyt. I de periodene moren er syk, opplever barna derimot at hverdagen er fylt av uforutsigbarhet og utrygghet. De må klare seg mye alene og håndtere kompliserte relasjoner og følelser. Barna gir uttrykk for at de synes det er problematisk at moren går ut og inn av morsrollen på denne måten. De synes det er vanskelig å ha tillit til henne i gode perioder fordi det alltid er knyttet en usikkerhet til hvor lenge den gode perioden vil vare.

Barna gir uttrykk for at de ønsker seg en type omsorg der de blir sett og forstått. I følge rapporten ser det imidlertid ut til å være tilfeldig hvilke profesjonelle hjelpere barna mottar støtte fra. Det ser også ut til at støtten mer er knyttet til den enkelte fagpersons relasjonelle ferdigheter og vilje til å bidra, enn til spesifikk profesjonell bakgrunn.

Heller ikke når det gjelder hvordan psykisk syke mødre opplever å skulle kombinere morsrollen med det å være psykisk syk, finnes det mye kunnskap. Den kunnskap som finnes, tegner likevel et nokså entydig bilde av mødrenes opplevelser av situasjonen. Mødrene beskriver et tungt og strevsomt hverdagsliv der de i perioder ikke makter å ta foreldreansvar. De fleste uttrykker også et sterkt ønske om at behandlingsapparatet skal snakke med dem om barna og tilby adekvat behandling til hele familien. Ett tema som går igjen, er den skyldfølelsen mødrene sliter med i forhold til barna. Mange mødre gir uttrykk for at de ønsker å snakke om skyldfølelsen, men at de synes det er vanskelig å selv ta initiativ til å bringe den inn i samtaler med fagfolk (Halsa 2008, Mevik og Trymbo 2002, Wang og Goldschmidt 1994). Samtidig er det også mødre som ikke vil at noen skal snakke verken med eller om barna deres. I følge Karen Glistrup (2004) kan det være flere grunner til det. Mødrene vil for eksempel ikke vedgå at de er syke og forvrenger eller idyllisere en virkelighet de synes er vanskelig å forholde seg til. De kan også tvile på om de profesjonelle faktisk er de rette til å snakke med barna, eller de kan føle seg utrygge på hva som kommer ut av en slik samtale. For noen kan det dreie seg om redsel for å miste retten til å ta ansvar for egne barn.

1.3.2 Har ansatte i voksenpsykiatrien et ansvar for pasientenes barn?

Slik jeg ser det, er det ingen tvil om at fagfolk som arbeider innen voksenpsykiatrien har én primæroppgave, å behandle de voksne pasientene. Samtidig er en av de forutsetningene jeg legger til grunn for dette arbeidet, en forståelse av at de også har et ansvar overfor pasientenes barn. I hvilken grad er dette en rimelig forståelse?

Spørsmålet berører forhold knyttet både til jus og etikk. Lovverket, helsepolitiske dokumenter, aktuelle yrkesgruppers profesjonsetikk og allmenetikken har alle en normativ funksjon fordi de uttrykker noe av det som i kulturen oppfattes som viktige verdier. De vil

således alle, slik jeg ser det, kunne være veivisere når det gjelder å belyse hvilket ansvar som kan forventes.

Omsorg for barn er i vårt samfunn først og fremst forstått å være foreldrenes ansvar. Samtidig er det også definert som et samfunnsansvar å sørge for at barns levetilstand er over et visst minstemål. I innledningen til *Lov om barnevernstjenester 1992* § 1, heter det at formålet med loven er:

- å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får den nødvendige hjelp og omsorg i rett tid.
- Å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Når barn og unge lever under forhold som er utilfredsstillende, er det ut fra denne juridiske regelen en oppgave for det offentlige å sette inn tiltak. Det er barnevernet som er tillagt ansvaret. For at ansatte i barneverntjenesten skal kunne gjøre jobben sin, er de imidlertid avhengig av å få informasjon om barn som trenger hjelp.

I *Lov om helsepersonell (2001)* §33 Opplysninger til barneverntjenesten heter det:

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter §21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jfr. lov om barnevernstjenester §4-10, §4-11 og §4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jfr. nevnte lov§4-24.

Også etter pålegge fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barnevernstjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

Ut fra disse juridiske reglene mener jeg det må være opplagt at ansatte i voksenpsykiatrien har en plikt til å undersøke hvordan omsorgssituasjonen til pasientenes barn er, og at dette må dreie seg om noe mye mer enn for eksempel å spørre hvor mange barn pasienten har og om de går i barnehage eller på skole.

Også de føringer som er lagt i helsepolitiske dokumenter gir etter mitt syn grunn til å forvente det samme. Harald Grimen (2008:151) peker imidlertid på at profesjonens samfunnsoppdrag er gitt profesjonen som sammenslutning og ikke til de profesjonelle som enkeltindivider. Det er derfor naturlig å spørre seg i hvilken grad den enkelte helsearbeider kan forventes å oppfanger slike politiske signaler.

Både i ”*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*” (2007) og i ”*Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere*” (2002) understrekes den enkelte yrkesutøvers ansvar for at praksisen er faglig og etisk forsvarlig og i tråd med politiske prioriteringer. Den enkelte har med andre ord et moralsk ansvar. I sosionomenes grunnlagsdokument er det også presisert at i situasjoner der det er konflikt mellom ulike interesser, skal den profesjonelles primære lojalitet være hos den mest utsatte part. Som eksempel nevnes konflikt mellom foreldres og barns interesser.

Å ivareta barns interesser er også en allmenn forpliktelse ingen, ut fra etikkens krav om å ivareta den mest sårbare part, kan unndra seg. Relasjoner mellom voksne og barn vil alltid ha i seg en asymmetri. Selv i situasjoner der den voksne kan framstå som sårbar og hjelpeløs og barnet som ressurssterkt og mestrende, vil barnet være den mest utsatte. I følge Solveig Østrem (2008) henger denne utsattheten sammen med at barn trenger voksnes støtte for å forstå sin omverden og derfor alltid vil være avhengig av og prisgitt de voksne som setter rammene for deres livsbetingelser og utfoldelsesmuligheter.

Ut fra slik jeg her har redegjort, mener jeg det er rimelig å påstå at ansatte i voksenpsykiatrien har et ansvar for sine pasienters barn. Samtidig kan jeg se at et slikt ansvar ikke nødvendigvis er uproblematisk, og at det i en del tilfeller kan oppleves å komme i konflikt med det de ansatte opplever som sin egentlige oppgave.

1.4 Metode og gjennomføring

I dette avsnittet vil jeg starte med å gjøre rede for og begrunne min metodiske tilnærming. Jeg vil så ta for meg gjennomføring og bearbeiding av datainnsamling samt forskningsetiske utfordringer knyttet til dette. Til slutt vil jeg begrunne min vitenskapsteoretiske plassering

1.4.1 Fokusgruppeintervju

Analysen bygger på kvalitative intervjuer med kvinnelige helsearbeidere ansatt i voksenpsykiatrien. Intervjuformen jeg valgte kalles fokusgruppeintervju.

I følge Tillgren og Wallin (1999) er metoden en mellomting mellom deltagende observasjon og dybdeintervju der hensikten er å samle utdypende data om et gitt tema. Poenget er å få deltakerne til å beskrive sine personlige opplevelser, tanker og vurderinger av den spesifikke situasjonen som fokuseres.

Til forskjell fra individuelle intervjuer, får fokusgrupper fram data gjennom en dynamisk interaksjonsprosess. Gruppedynamikken brukes bevisst, med den hensikt å få fram data det ellers ville vært vanskelig å frambringe. Det var nettopp behovet for denne gruppedynamikken som, ut fra temaets karakter, var min begrunnelse for å velge fokusgruppeintervju som metode.

Fokusgruppeintervjuer ledes av en moderator som ikke selv deltar i samtalen, men som har ansvar for at det overordnede tema holdes i fokus. Gruppestørrelse, sammensetning og antall møter kan variere, avhengig av tema og målsetting (Johannessen mfl.2004).

Det utarbeides en intervjuguide med de overordnede spørsmålene. Mer detaljerte spørsmål oppstår under veis.

1.4.2 Utvalg

Jeg har i min undersøkelse intervjuet 17 kvinnelige helsearbeidere fordelt på seks grupper. Informantene var ansatt enten på subakutte sengeposter tilknyttet Distriktpspsykiatriske sentre (DPS), eller i kommunehelsetjenesten.

Det sier seg selv at når 17 informanter skal fordeles på seks grupper, blir ikke gruppene særlig store. Gruppestørrelsen varierte da også fra to til fire deltakere. To mennesker sammen kan

knappt kalles en gruppe. Min erfaring er da også at der det var fire deltakere i gruppen, var antallet ideelt. Materialet ble rikt og variert, samtidig som gruppen ikke var større enn at jeg kunne ivareta den enkelte deltaker på en god måte. Virkeligheten er imidlertid ikke alltid slik en kunne ønske seg. Når noen av gruppene ble såpass små, henger det sammen med at det ikke var flere enn to ansatt på den aktuelle arbeidsplassen, at det oppstod sykdom og endrete vaktplaner. Min erfaring er imidlertid at jeg også ved å intervju to sammen, kunne dra nytte av den gruppedynamikken som var min begrunnelse for å velge fokusgruppeintervju som metode.

Informantene ble rekruttert etter ”snøballprinsippet”. Jeg tok kontakt med folk jeg visste har tilknytning til de typer arbeidsplasser jeg ønsket informanter fra, og spurte om hjelp til å knytte kontakt. Etter at mine døråpnere hadde gjort en uformell henvendelse, sendte jeg et brev med forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju til lederne på de aktuelle arbeidsplassene (vedlegg 1). I brevet opplyste jeg om hvem jeg ønsket å intervju og hva det ville innebære å delta i undersøkelsen. Responsen var ikke så god i første omgang. I noen tilfeller måtte jeg ha ytterligere hjelp fra døråpnerne. Etter hvert fikk jeg positivt svar fra det antall grupper jeg ønsket å intervju

Informantene er alle kvinner og arbeider i voksenpsykiatrien. De fleste er sykepleiere eller sosionomer, mange med tilleggsutdannelse knyttet til arbeid med psykiatri. To av informantene er psykiatriske hjelpepleiere. En har annen treårig helsefaglig bakgrunn med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Slik jeg har kunnet vurdere, var det ingen observerbar forskjell på data de ulike yrkesgruppene kom med. Jeg har derfor valgt å ikke legge vekt på yrkestilhørighet i analysen og omtaler informantene samlet som helsearbeidere. Når det gjelder de mødrene informantene arbeidet med, ble disse omtalt av informantene enten som pasienter, klienter eller brukere. Jeg har her valgt å holde meg til betegnelsen pasienter i mine omtaler.

Jeg var opptatt av å få et rikt materiale, men samtidig ikke så stort at jeg i analysearbeidet ville miste oversikten over det. Fordi jeg både transkriberte og analyserte intervjuene underveis, satt jeg, etter å ha intervjuet seks grupper, med inntrykk av å ha samlet et materiale som tilfredstilte mine behov og som samtidig ikke var større enn at jeg under analysen kunne bruke god tid og arbeide grundig med det. I løpet av de siste intervjuene opplevde jeg også det Pål Repstad (2004) kaller metning. Det var alltid spennende og lærerik med et nytt intervju,

men det hovedinntrykket jeg satt igjen med, var at de dataene jeg fikk ikke var nye. De dreide seg heller om ulike varianter av ”det samme”. Det var enda en gruppe jeg kunne ha intervjuet dersom jeg ønsket. Jeg valgte å la være.

1.4.3 Innsamling av data

Intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass. Hvert intervju varte en time. Gruppene ble intervjuet to ganger med omtrent en ukes mellomrom. Begrunnelsen for å foreta to intervjuer var intervju spørsmålenes karakter. Mange av spørsmålene jeg stilte under intervjuene dreide seg om temaer jeg nok mente informantene hadde tanker og meninger rundt, men som det samtidig kunne være vanskelige å sette ord på uten å ha tenkt seg godt om.

Intervjuene ble forberedt i en intervjuguide (Vedlegg 2) som ble utarbeidet i samarbeid med veileder. Utgangspunktet for intervjuguiden var undersøkelsens tema: Kvinnelige omsorgsarbeideres opplevelser og erfaringer knyttet til det å snakke med psykisk syke mødre om barna deres.

Formålet med intervjuene var å samle inn data der informantene fortalte om og reflekterte over sin praksis. Fordi jeg i forkant av intervjuene selv hadde gjort meg mange tanker og refleksjoner rundt temaet, så jeg en fare i at jeg kunne komme til å stille spørsmål på en måte som først og fremst ville bekrefte mine egne refleksjoner. For meg lå det en utfordring i å lage intervju spørsmål som på samme tid var så åpne at de ikke utelukket relevant data, men også så stramme at intervjuene ikke kom til å dreie seg om alt mulig annet.

Intervjuguiden ble først og fremst brukt som en type huskeliste som hjalp meg å lede informantene inn på de temaene jeg ønsket belyst. Ofte erfarte jeg at når jeg bare hadde stilt noen åpningsspørsmål, utviklet samtalen mellom informantene seg i en retning som gjorde at de helt av seg selv kom inn på mange av de spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden, om enn i en annen rekkefølge. Det tok jeg som et tegn på at jeg hadde greid å finne spørsmål som berørte perspektiver informantene mente var viktige.

En fordel med såpass åpne intervju spørsmål var at det ble mulig å forfølge perspektiver informantene tok opp, men som jeg i forkant av intervjuene ikke selv hadde kommet på. Fordi jeg transkriberte intervjuene fortløpende, hadde jeg mulighet til å reflektere over om data fra slike perspektiver faktisk var så relevante som det kunne synes i intervjusituasjonen. I de tilfellene jeg fant at så var tilfelle, noterte jeg meg det i intervjuguiden, slik at jeg også kunne ta temaet opp i de følgende intervjuer. De temaene som kom til på denne måten, var likevel aldri så ulike de jeg allerede hadde i intervjuguiden at jeg følte behov for å gå tilbake til tidligere informanter å be om tilleggsintervju.

Før den endelige intervjuguiden forelå, foretok jeg et prøveintervju. Jeg erfarte at det var mangler ved intervjuguiden og at det derfor var temaer jeg ikke fikk data rundt. Samtidig inneholdt dette intervjuet en del data som ikke var så relevant. Prøveintervjuet var nyttig fordi det ga meg anledning til å justere intervjuguiden. Jeg har valgt å ta prøveintervjuet med i analysearbeidet på linje med de andre intervjuene, men har latt vær å analysere de dataene som ikke var relevante for min undersøkelse.

Jeg valgte å bruke en diktafon til å ta opp intervjuene. På den måten kunne jeg konsentrere meg om å lytte til det informantene sa i stedet for å være opptatt med å skrive det ned. Det gjorde meg mer oppmerksom og det var derfor lettere å følge opp samtalen med utdypende spørsmål der jeg ønsket det. Datamaterialet ble også rikere fordi jeg på opptaket kunne høre nyanser i måten ting blir sagt på, nyanser jeg hadde gått glipp av dersom jeg skulle notere. I etterkant av hvert intervju skrev jeg et kort refleksjonsnotat der jeg noterte ned mine inntrykk fra intervjusituasjonen. Ingen av informantene ga uttrykk for at de følte noe ubehag i forbindelse med bruk av diktafon.

En viktig utfordring i selve intervjusituasjonen var å skape en atmosfære der informantene kunne føle seg trygge i forhold til det å skulle dele sine tanker og erfaringer, ikke bare med meg, men også med andre kolleger i fokusgruppa.

1.4.4 Transkribering - fra minnebrikke til papir

I litteraturen beskrives transkriberingen ofte som et møysommelig arbeid. Det har jeg også erfart at det er. Samtidig har det også vært et utbytterikt arbeid. Det å høre gjennom intervjuene mange ganger og skrive det informantene sier nøyaktig ned, har gitt meg et nært forhold til stoffet.

Transkriberingen er en ord – for – ord transkribering Det transkriberte materialet ligger tett opp til informantenes egen språkbruk. Når materialet siteres i oppgaven, siteres det imidlertid i bokmål og ikke på dialekt. Jeg har også noen steder fjernet det jeg vil kalle tenkeord, ord som åpenbart ikke hadde noen meningsskapende funksjon.

I tilknytning til transkriberingen gjorde jeg de ulike fokusgruppene og den enkelte informant identifiserbare. Jeg ga gruppene hver sin bokstav, fra A til E. Den enkelte informant fikk samme bokstav som gruppen vedkommende tilhørte, kombinert med et tall, for eksempel A1. På den måten er det mulig å se hvilken informant som siteres og hvilken fokusgruppe vedkommende var med i og samtidig bevare informantenes anonymitet.

Da alle intervjuene var ferdig transkribert, slettet jeg innholdet på minnebrikkene. Det finnes ikke noen oversikt over hvilken arbeidsplass de enkelte fokusgruppene var knyttet til.

1.4.5 Analyse/ Tematisk inndeling

Analyse dreier seg om å gjøre intervjumaterialet mer tilgjengelig for fortolkning. Formålet med min undersøkelse var å skaffe ny kunnskap gjennom å få tak i og fortolke informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til temaer jeg på forhånd hadde valgt ut. På den måten er det mulig å si at analysen av materialet startet allerede i intervjusituasjonen fordi de intervju spørsmålene jeg stilte ledet informantene inn på temaer jeg på forhånd hadde valgt.

Den videre analysen foregikk på den måten at dataene ble delt inn i mindre grupper eller kategorier etter ulike mønstre jeg fant i materialet, og som jeg mente ville være relevant for de spørsmålene jeg ønsket å belyse.

En slik kategorisering foregikk i mange runder der materialet ble tatt fra hverandre og satt sammen igjen på nye måter etter hvert som intervjuene var ferdig transkribert. Til slutt satt jeg igjen med syv kategorier jeg mente ville være egnet til å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det er gjennom disse kategoriene materialet presenteres i neste kapittel.

Et viktig anliggende for meg, har vært å la materialet selv få komme til orde. De første utkastene til analysen inneholdt derfor lange gjengivelser av informantenes samtaler. På den måten kunne jeg se de ulike utsagnene som del av en større meningssammenheng.

1.4.6 Mellom nærhet og distanse

En viktig bakgrunn for valg av oppgavens tema er erfaringer jeg har gjort i eget liv, både som privatperson og som profesjonell. En slik bakgrunn gir meg en nærhet til temaet jeg både betrakter som en styrke og som en utfordring.

Nærheten er en styrke fordi den er grunnlaget for mitt engasjement og ønske om å bidra med kunnskap. Det å kunne betrakte den kunnskap jeg har funnet, ikke bare i lys av teoretiske modeller, men også i lys av det jeg fra før er kjent og fortrolig med, opplever jeg som et godt grunnlag for refleksjon.

Samtidig ser jeg at nærheten har vært en utfordring fordi den kan ha hindret meg i å oppdage nye perspektiver. Som jeg tidligere var inne på, har jeg under arbeidet hatt stor bevissthet nettopp i forhold til dette. Gjennom måten jeg utformet intervju spørsmålene på, den rollen jeg inntok under selve intervjusituasjonen, måten jeg analyserte på og også gjennom den teoretiske diskusjonen der jeg søker å forstå mitt materiale i lys av allerede eksisterende

teorier, mener jeg at jeg har greid å skape den nødvendige avstanden slik at jeg har kunnet lære av informantenes erfaringer og så langt det er mulig se problemet gjennom deres øyne.

1.4.7 Reliabilitet og Validitet

Den undersøkelsen jeg her har gjennomført, er en kvalitativ undersøkelse. Kvalitative undersøkelser dreier seg mer om å gå i dybden enn i bredden. Det vil således ikke være mulig å intervjuet et stort antall mennesker. I hvilken grad er likevel resultatet av undersøkelsen slik at det er mulig å feste lit til den?

Reliabilitet dreier seg om hvor pålitelige resultatene av undersøkelsen er. Gjennom en grundig beskrivelse av alle stadier i min undersøkelse mener jeg reliabiliteten er ivaretatt. Intervjuene foregikk i trygge omgivelser på informantenes arbeidsplasser. Det er grunn til å tro de ville gitt omtrent de samme svarene dersom jeg hadde gjennomført undersøkelsen på nytt.

Validitet dreier seg om generaliserbarheten av undersøkelsen, det vil si i hvilken grad de resultatene jeg kommer fram til kan sies å ha gyldighet for andre enn mine informanter. Min undersøkelse tar for seg et ørlite utsnitt av en mangfoldig og sammensatt virkelighet. Jeg har intervjuet 17 helsearbeidere. Den informasjon de gir er representative for dem selv og ingen andre. Undersøkelsen kan således ikke sies å være numerisk representativ for gruppen helsearbeidere.

Gjennom fortolkningsarbeidet har jeg forsøkt å få en dypere forståelse for de dataene informantene gir. Ved hjelp av to alternative perspektiver har jeg dannet meg en teoretisk forståelse av fenomener i datamaterialet jeg mener gir grunn til å hevde er gyldig også for andre helsearbeidere. På den måten kan mine konklusjoner sies å være teoretisk representative.

1.4.8 Etikk og personvern

I forkant av undersøkelsen rettet jeg en henvendelse til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (SND) med spørsmål om undersøkelsen var meldepliktig. Jeg fikk til svar at dersom transkripsjonen av intervjuene var anonym, ville undersøkelsen ikke være omfattet av meldeplikt (vedlegg 3). En forutsetning var at lydopptakene ble slettet enten etter transkripsjon eller etter undersøkelsens slutt. I og med at jeg under transkripsjonen har anonymisert den enkelte informant og det heller ikke på annen måte foreligger noen navneliste eller oversikt over hvilke arbeidsplasser informantene representerer, fant jeg det ikke nødvendig å melde undersøkelsen inn til SND. Lydopptakene er slettet.

Informantene ble valgt ut på frivillig basis. I forkant av intervjuene snakket jeg med dem om regler for taushetsplikt, anonymisering, oppbevaring og sletting av opptaksmaterialet og måten studien ville bli publisert på. Det ble understreket at informantene når som helst under intervjuene kunne trekke seg fra undersøkelsen uten at det ville få noen konsekvenser for dem. Fordi undersøkelsen foregikk som grupperintervju, var jeg ekstra nøye med å presisere at taushetsplikten gjaldt alle i gruppa, ikke bare meg.

Jeg har vært nøye på at det ikke skal finnes informasjon i undersøkelsen som gjør det mulig å få øye på enkeltpersoners identitet. Spesielt så jeg dette som en utfordring i forhold til at informantene under intervjuene ofte brukte eksempler fra egen arbeidsplass for å illustrere ulike tanker og synspunkter. Under transkripsjonen la jeg vekt på i størst mulig grad å ikke skrive ned disse eksemplene. I den grad jeg har tatt noen av dem med, har jeg omskrevet dem på en måte som gjør at det ikke er mulig å identifisere det opprinnelige eksemplet, samtidig som det budskapet bruken av det var ment å formidle er bevart.

1.4.9 Vitenskapsteoretisk plassering

Undersøkelsens formål er å få forståelse for et fenomen som for meg i utgangspunktet virker uforståelige; det at ansatte i voksenpsykiatrien viser så lite ansvar for sine pasienters barn når de samtidig uttrykker at de både har kunnskap om behovet og vilje til å ta ansvar.

Bakgrunnen for at jeg har valgt å nærme meg problemet gjennom den metoden jeg nå har beskrevet, er en antakelse om at de profesjonelles handlinger i disse situasjonene ikke er vilkårlige, men inngår i en meningssammenheng.

Karakteristisk for meningsfulle fenomener er at de må fortolkes for å kunne forstås. Vi møter aldri verden med blanke ark, men med forutsetninger vi tar for gitt. Meningen ligger således ikke i fenomenene selv, men i en bakenforliggende historie eller kontekst. Hans-Georg Gadamer kaller slike forutsetninger for forforståelser eller fordommer. Forforståelse er et nødvendig vilkår for å oppnå forståelse overhodet. Den hermeneutiske sirkel sier noe om hvordan fortolkning av meningsfulle fenomener kan og skal begrunnes. Fortolkning foregår i stadig bevegelse mellom helhet og del, mellom det som skal fortolkes og forforståelsen. Hvordan delen skal fortolkes, avhenger av hvordan helheten fortolkes, og hvordan helheten fortolkes, avhenger av hvordan delene fortolkes. (Gilje og Grimen 2005).

Gjennom å lytte til informantenes egne erfaringer og deres fortolkninger av disse erfaringene håper jeg å få en forståelse for informantenes fortolkningshorisont og dermed den mening handlingene kan forstås i lys av. På denne bakgrunn vil jeg plassere undersøkelsen innenfor en hermeneutisk vitenskapstradisjon.

1.5 Teoretiske perspektiver

Til hjelp for å kunne se informantenes erfaringer og deres fortolkninger av disse erfaringene i en større sammenheng, har jeg valgt to teoretiske perspektiver.

Det ene perspektivet har jeg valgt å kalle "*Relasjonenes betydning i profesjonelt arbeid med mennesker*". Perspektivet er sentralt i rådende profesjonsetisk tenkning og er i stor grad med å prege både profesjonsetisk og kunnskapsmessig tenkning innefor de profesjonene mine informanter representerer.

Det andre perspektivet er et mer overordnet kulturelt perspektiv jeg har valgt å kalle "*Kulturelle forestillinger knyttet til mor - barn relasjonen*", et perspektiv mine informanter, på samme måte som folk flest, vil være preget av i sitt hverdagsliv. I følge Trygve Wyller

(2005:42) kan slike erfaringer være vel så avgjørende for den profesjonsetiske kvaliteten på et arbeid som mer spesifikke profesjonelle erfaringer. Det er således grunn til å anta at ulike kulturelle forestillinger knyttet til mor - barn relasjonen ikke bare er med å prege mine informanter i deres private virke, men også spiller en rolle i deres forståelse av hva som kjennetegner en profesjonell handling.

Tanken er å undersøke om disse eksplisitte perspektivene kan brukes til å vise at informantenes opplevelser og erfaringer kan forstås ut fra mer bakenforliggende forståelsesrammer slik jeg redegjorde for i innledningskapittelet.

1.5.1 Relasjonens betydning i profesjonelt arbeid med mennesker

Relasjonskompetanse regnes som en viktig del av den faglige kompetansen i arbeid med mennesker (Borg og Topor 2003; Aamodt 2003, Nerdrum 2003). I utdannelsene brukes det mye tid på å trene på relasjonelle ferdigheter. Det dreier seg om at fagfolk må kunne forstå og samhandle med mennesker de er satt til å hjelpe på måter som gjør at pasienten eller klienten opplever møtet som godt og utviklende. Røkenes og Hanssen (2002) beskriver det som at hjelperen skal kommunisere på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen og som ikke krenker den annen part. Tanken er at den hjelpetrengende, gjennom å bli møtt på en ivaretaende og forståelsesfull måte, skal kunne gjenopplage seg selv som aktiv og ansvarlig og gjennom dette kunne vokse og utvikle seg og få et bedre liv. I faglitteraturen uttrykkes en slik forståelse blant annet gjennom begreper som "det gode nærvær", "virksomme relasjoner" og "bærende relasjoner".

Relasjonens betydning kommer imidlertid ikke bare til uttrykk gjennom forståelser av hva som er grunnleggende faglig kompetanse, men regnes også som et viktig profesjonsetisk ideal. Både i "*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*" (2007) og i "*Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspeagoger, sosionomer og vernepleiere*" (2002) (FO s yrkesetiske grunnlagsdokument) understrekes den betydning relasjonelle verdier har for forståelsen av hva som er godt profesjonelt arbeid.

Ulike typer relasjoner har ulikt innhold. Et avgjørende skille går mellom allmennrelasjoner og profesjonelle relasjoner. I denne oppgaven vil jeg bruke betegnelsen profesjonelle relasjoner, eller offentlige relasjoner, om den type relasjon som finner sted mellom en profesjonell og en pasient eller klient. Med private relasjoner, eller allmennrelasjoner, vil jeg forstå relasjoner innenfor den familiære sfære.

På hvilke måter mener jeg så at dette eksplisitte perspektivet kan være med å identifisere det som er mer bakenforliggende?

Per Nerdrum (2003) peker på hvordan studier av utvalg fra private relasjoner, ofte brukes i faglitteraturen som bakgrunn for synspunkter på profesjonelle relasjoner og at denne overgangen fra privat til offentlig arena er lite problematisert. Når det som presenteres som faglig kunnskap har sin bakgrunn i en mer eller mindre allmenn erfaring fra privatlivet, mener jeg det kan være grunn til å anta at fagfolk i sin forståelse av de faglige begrepene har med seg ureflekterte forståelse fra privatlivet.

1.5.2 Kulturelle forestillinger knyttet til mor – barn relasjonen

Å stifte familie og få barn er sentrale verdier i vårt samfunn. Båndet mellom mor og barn blir vanligvis betraktet som en biologisk enhet, en enhet som ikke bør bli brutt. I følge Ulla Holm (1993) hviler morskapet på to forutsetninger. For det første, forutsetningen om at det er hensiktsmessig at den som føder også ernærer, steller og gir omsorg. Denne forutsetningen hviler igjen på en ubevisst og konvensjonell antakelse om at den som er i stand til å føde også har større forutsetninger enn andre for å gi omsorg. På den måten blir omsorgsevne en essensiell egenskap knyttet til kvinner.

Det er viktig å være oppmerksom på at den type kjønnskille jeg her skisserer, ikke nødvendigvis beskriver noe som svarer til folks empiriske virkelighet. Menn er i dag involvert i omsorgen for egne barn på en helt annen måte enn generasjonene før dem var. Jeg mener likestillingsidealet står sterkt blant dagens småbarnsforeldre. Min tilnæringsmåte kan heller betraktes som en dominerende fortolkningsramme, en *symbolsk* konstruksjon.

Med symbolsk konstruksjon forstår jeg det i en kultur som er underforstått, det som ikke blir eksplisitt uttalt, men som likevel har stor betydning for folks handlemåter. Pierre Bourdieu (2000) kaller det doxa, et begrep som kan gi forståelse for kontinuiteten i kulturen. Med doxa forstår Bourdieu den underforståtte delen av kulturen, den som ikke blir tematisert og som folk derfor ikke er klar over at er der. Doxa kan forstås som usynlige kulturelle tråder som fungerer som normer og som dermed har stor betydning for den enkeltes handlemåte. Bourdieu forklarer utviklingen av doxa som kulturens forevigelsesarbeid. Det som er midlertidig blir gjennom dette forevigelsesarbeidet gjort evig og uforanderlig.

Et viktig kjennetegn ved symbolske fenomener er, i følge Jorunn Solheim (1998), at de står for mye mer enn seg selv og derfor viser langt utover sine primære referanser. Omsorg for barn handler således om noe mye mer enn hvordan kvinner og menn praktisk fordeler omsorgsoppgaver i hverdagen. Det handler også om hvordan de forventninger som er knyttet til menns og kvinners ulike måter å være i omsorgsrelasjoner på, i mange tilfeller forstås å være naturbestemt og derfor framstår som like essensielle egenskaper som de biologiske forskjellene. I lys av en slik forståelse vil morskapet ha en helt annen plass i kulturens oppfatning av det kvinnelige enn farskapet har for oppfatningen av det mannlige.

1.6 Eksisterende forskning

Hva sier så tidligere forskning om de opplevelser og erfaringer ansatte i voksenpsykiatrien har gjort seg i forhold til å snakke med psykiatriske pasienter om barna deres? Jeg vil i dette avsnittet gjøre rede for aktuell forskning på området. I redegjørelsen har jeg valgt å konsentrere meg om danske og norske arbeider produsert i løpet av de siste femten år.

I sin hovedoppgave "*Kvar vart det av barna?*" intervjuer Inger Johanne Solheim (1994) behandlere i voksenpsykiatrien om deres syn på pasientenes barn. Undersøkelsen viser at tross for at behandlerne sier de ser barna, har de fleste ikke barna med som tema i samtaler med sine pasienter. .

I undersøkelsen ”*Det barn ikke vet...har de vondt av*” refererer Karen Glistrup (2004) til samtaler hun har hatt med kolleger i voksenpsykiatrien om deres tanker rundt det å involvere seg i pasientenes barn. Mange forteller at de snakker mye med kolleger om en stor bekymring for pasientenes barn, men at de i den daglige praksisen gjør lite eller ingenting for å ivareta barna. Mange formidler at det å snakke med pasientene om foreldrerollen krever stor personlig overvinnelse.

Kate Mevik og Bjørg Trymbo (2002) beskriver i sin undersøkelse ”*Når foreldre er psykisk syke*” mye av det samme som Glistrup. De profesjonelle gir uttrykk for at det er de voksne pasientene de har i fokus og at pasientenes barn ikke inngår i deres ansvarsområde. En grunn som oppgis er at arbeidspresset allerede er stort. Noen peker også på at det ikke er tradisjon innenfor psykiatrien for å se andre enn pasienten. Andre oppgir at de er redde for å gjøre situasjonen enda vanskeligere for moren. De gir også uttrykk for usikkerhet i forhold til hvordan de eventuelt skal snakke med barna og hva de skal gjøre dersom de oppdager problemer. Mange formidler at de oppfatter situasjonen som svært lite håndgripelig. Samtidig uttrykker de at de forstår at barna har det vanskelig og at de vil inkludere barna i sitt arbeid dersom de blir pålagt å gjøre det. I så fall mener de at de vil trenge mer kunnskap og bedre strukturer.

Også i rapporten til Ingerid Aamodt og Laila Aamodt (2005) som jeg refererte til i 1.1.1, pekes det på hvordan fagfolk i voksenpsykiatrien både synes usikre i forhold til å snakke med pasientene om deres foreldrefungering og i forhold til å snakke med barna. I følge rapporten ser det ut som om denne vegringen mer ligger hos behandlerne enn hos pasientene.

”*Pasienten har også barn*” (Kufås mfl. 2001) er en rapport som ble laget på bakgrunn av et prosjekt på akuttavdelingene på Blakstad sykehus der målsettingen var å sikre fokus på pasientenes barn. Elin Kufås mfl.(2001) beskriver hvordan prosjektmedarbeiderne i starten av prosjektet tydelig opplevde en motstand blant fagfolk mot å skulle begynne å snakke med pasientene om barna deres. Dette til tross for at prosjektmedarbeiderne hele tiden tilbød sin kompetanse i forhold til å drøfte utfordringer og dilemmaer.

Som del av sitt doktorgradsarbeid ”*Mamma med nerver*” intervjuet Astrid Halså (2008) ansatte på akuttavdelingene etter at prosjektet var over. De ansatte rapporterte at de var veldig positive til prosjektet og at de var fornøyde med at det var innført rutiner for kartlegging av

pasientenes barn. De sa også at prosjektet hadde ført med seg en økt bevissthet og bidratt til en legitimitet i forhold til det å fokusere på barna. Prosjektet ble beskrevet som en vekker. De ansatte ga også uttrykk for tilfredshet over at prosjektmedarbeiderne hadde spesiell kompetanse i forhold til det å snakke med barn. Halsa beskriver at mange av de ansatte grudde seg for å gjennomføre samtaler med barn fordi de syntes det var vanskelig å vite hva de skulle si. At de ikke kjente barna og derfor visste lite om hvordan barna ville reagere på samtale.

Også Knibe mfl. (2006) viser i sin artikkel ”*Og barna har det bare bra?*” hvordan fagfolk ofte finner det vanskelig å snakke med pasienter om barna deres. Mange oppfatter det som å involvere seg i en interessekonflikt, at det er en motsetning mellom morens og barnas interesser og at de som offentlige representanter utøver en form for kontrollfunksjon der de tar parti for barnet mot moren. En slik interessekonflikt kan ende med at de mister alliansen med moren.

”*Mellom idealer og realiteter*” er en rapport Brit Jørgensen og Marit Slørdahl (2008) skrev etter å ha gjennomført fokusgruppeintervjuer av ansatte både i voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien. Rapporten beskriver hvordan fagfolk fra begge miljøer uttrykte stor bekymring for barna og at de var enige om et felles ansvar. Samtidig ga de som arbeidet i voksenpsykiatrien uttrykk for at de følte et press om å prioritere det som er definert som deres primæroppgave. *Samtlige* informanter uttrykte usikkerhet i forhold til å vite når det er grunn til bekymring for pasientens barn. Mange ga også uttrykk for at de var redde for å skape skyld eller skam hos pasienten og for at alliansen kunne bli brutt.

1.6.1 De profesjonelles grunner for ikke å snakke om barna

Det som kommer fram i denne gjennomgangen av eksisterende forskning stemmer godt overens med det bildet jeg i forkant av undersøkelsen hadde dannet meg av situasjonen. Ansatte i voksenpsykiatrien er opptatte av pasientenes barn og ser at de har det vanskelig. Mange snakker også med kolleger om sin bekymring. I den daglige praksisen gjøres det imidlertid lite.

Med tanke på min undersøkelse er det spesielt interessant å merke seg de ulike grunner ansatte i voksenpsykiatrien gir for ikke å involvere seg i pasientenes barn. I de undersøkelsene jeg her har redegjort for, gir de profesjonelle noe ulike grunner. Det synes likevel å være mye av det samme som går igjen.

I flere av undersøkelsene (Halsa 2008, Jørgensen og Slørdahl 2008, Glistrup 2004, Mevik og Trymbo 2002, Kufås mfl 2001, Solheim 1994) pekes det på hvordan det å skulle involvere seg i pasientenes barna ikke oppleves å være i tråd med den tenkemåten det er vanlig å arbeide etter. Psykiatrien bygger tradisjonelt på en individualterapeutisk tankegang der det er pasienten som forstås å være den som skal hjelpes. Det å skulle bryte med denne tenkemåten oppleves for mange som en barriere. I den forbindelse er mangel på tid og ressurser et tema som berøres i flere av rapportene.

Et annet moment som går igjen i ulike rapporter, (Halsa 2008, Jørgensen og Sjørdahl 2008, Knibe mfl 2006, Solheim 1994) er hvordan ansatte i voksenpsykiatrien opplever det å snakke om barna som å involvere seg i en interessekonflikt der de tar parti for barna mot den voksne. Mange uttrykker bekymring for at de da vil miste behandlingsalliansen med pasienten.

I flere av rapportene (Jørgensen og Slørdahl 2008, Aamodt og Aamodt 2005, Mevik og Trymbo 2002, Solheim 1994) formidler fagfolk en type mer diffus eller generell usikkerhet. Den dreier seg om at de ikke helt vet hvordan de skal snakke med foreldrene om barna, hva de skal gjøre dersom de oppdager at noe er galt og hvor mye et barn egentlig tåler. Noen gir også uttrykk for at de mener den beste hjelpen de kan gi barna er å gi dem bedre foreldre.

Et siste moment som går igjen i mange av rapportene (Jørgensen og Sjørdahl 2008, Mevik og Trymbo 2002, Glistrup 2004, Solheim 1994) er hvordan fagfolk forteller at de identifiserer seg med den syke forelderen og ikke ønsker å bidra til at vedkommende skal få det vanskelig, eller skape skyldfølelse.

1.7 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av tre kapitler. Kapittel en omfatter denne innledningen med sine spørsmålsformuleringer og avklaringer. Kapittel to inneholder en analyse av intervjumaterialet. I kapittel tre vil jeg først diskutere resultatet av analysen på bakgrunn av de to toretiske perspektivene jeg har redegjort for i innledningen. Deretter vil jeg presentere en konklusjon.

2.0 Analyse

I analysearbeidet har jeg tatt utgangspunkt i syv hovedspørsmål jeg ønsket svar på. Jeg vil her starte med å gjøre rede for disse spørsmålene, hva de inneholder og hvordan de ble til.

De tre første spørsmålene ble til allerede mens jeg, under forberedelsene til undersøkelsen, leste annen forskningslitteratur. Spørsmålene dreier seg om hvordan informantene tenker om pasientenes barn, i hvilken grad de snakker med mødrene om barna og i tilfelle hvordan de gjør det, og om informantene oppfatter det å snakke med mødrene som en del av sin yrkesrolle. For meg var det viktig å finne ut av hvilke forskjeller det var på hvordan mine informanter forholdt seg til disse spørsmålene sammenliknet med den litteraturen jeg hadde lest.

Spørsmål fire dreier seg om hvilken betydning informantene tillegger relasjonen som et redskap i sitt arbeid. Dette er et spørsmål som først utkrystalliserte seg etter at jeg gjennom lang tids arbeid med materialet ble oppmerksom på at relasjon var et begrep som stadig dukket opp.

Spørsmål fem dreier seg om i hvilken grad det å skulle vise respekt for pasientenes private sfære er med å påvirke måten informantene snakker med sine pasienter på. Dette er et spørsmål jeg allerede før jeg gjennomførte intervjuene tenkte var viktig. Det springer ut av det jeg opplever som en allmennerfaring, å være forsiktig med å blande seg i andres private saker.

I spørsmål seks ønsker jeg å få et inntrykk av i hvilken grad kulturelle forestillinger om mor – barn relasjonen er med å påvirke måten informantene snakker med sine pasienter på og om informantenes egne erfaringer i den sammenheng også spiller en rolle. Spørsmålet kom som et resultat av min forforståelse.

Spørsmål syv dreier seg om på hvilke måter informantenes forståelse av mødrenes sykdom kan være med å prege hvordan de velger å snakke med dem om barna. Spørsmålet ble aktuelt fordi temaet dukket opp i prøveintervjuet.

Ut fra disse hovedspørsmålene har jeg så delt materialet inn i syv kategorier. Å foreta en slik kategorisering opplevde jeg som krevende fordi intervjuene hadde form av en diskusjon der informantene ofte kunne vende tilbake til et tema flere ganger i løpet av intervjuet. I arbeidet med analysen har jeg da også sett hvordan ulike kategorier har lett for å flyte over i hverandre og at det er umulig å samle alt som er relevant for en kategori der det naturlig hører hjemme, uten samtidig å ta det ut av en annen kategori der det også framstår som meningsfullt. Det er vel nettopp slik vi mennesker uttrykker oss når vi skal reflektere over et vanskelig tema. Tankene hopper fram og tilbake ettersom nye impulser dukker opp.

2.1 Hva tenker informantene om pasientenes barn? Hvordan snakker de om dem?

Under intervjuene spurte jeg ikke informantene direkte om hva de tenker om pasientenes barn. Gjennom å lytte til hvordan de snakker med hverandre om barna, sitter jeg likevel igjen med et tydelig inntrykk av at de på forskjellige måter er oppmerksomme på den vanskelige situasjonen mange av barna lever i, og at de har pasientenes barn mye i tankene.

2.1.1 Smerte og medfølelse

Informantene formidler mye omtanke og medfølelse når de snakker om barna. De gir uttrykk for at de synes det er sårt å se barn som ikke har det godt og at tanken på barna rører ved noe inne i dem. En av informantene (A1) forteller at da hun begynte å arbeide i voksenpsykiatrien,

ble hun så opptatt av de stakkars barna, at hun nesten glemte å se mødrene. En annen informant (A3) beskriver hvordan hun får klump i magen når hun tenker på barna til flere av pasientene sine, pasienter som har mye aggressivitet i seg og også er veldig selvopptatte.

En informant (E2) forteller om erfaringer fra en utflukt hun var med å arrangere for psykisk syke mødre og barna deres. Der kunne hun tydelig se hvordan mange mødre slet med å ha en nær relasjon til barna sine. Informanten beskriver det som en tankevekkende erfaring som også var veldig vond.

Informanten forteller videre om en gutt som var med på turen og som hun skulle passe en stund, så moren hans kunne få hvile seg. Hun tok gutten med for å hilse på en hest. Gutten viste overhodet ikke noe engasjement. Han ga ingen kontakt, bare klappet hesten helt mekanisk.

E2: Det var veldig vondt. Da var jeg ekstra oppmerksom neste gang jeg snakket med moren. Ennå mer fokusert. Hvordan går det med barnet ditt?

Flere av informantene er opptatt av at den korte liggetiden det ofte er på psykiatriske sykehus, fører til at mange av mødrene er hjemme også i perioder de er svært syke. På den måten kommer sykdommen tettere inn på barnas hverdagsliv og preger det på en annen måte enn det som var tilfelle før. Det blir heller ikke mulig å skjerme barna for de verste opplevelsene.

2.1.2 Om det er hjelp å få

Noen av informantene uttrykker også bekymring for i hvilken grad det egentlig finnes muligheter innenfor det eksisterende hjelpeapparatet til å gi barna den hjelpen og støtten de trenger. De forteller at barnevernet nok kan finne og utrede barna, men at de så har inntrykk av at barnevernet ikke har de ressursene som skal til for å hjelpe barna videre. Det samme skjer i forhold til skole og barnehage. Selv om barnas behov blir identifisert, er det ikke ressurser til å gi dem den hjelpen de trenger. En av informantene (B2) gir uttrykk for at det er akkurat som om systemene ikke virker. Hun sier det blir mye prat, men at det kommer lite ut av det for barna. Informanten gir uttrykk for at hun synes det er synd. Hun tror mange barn

kunne hatt det mye bedre sammen med foreldrene enn det de har nå dersom de hadde fått litt hjelp og støtte.

Det er imidlertid ikke bare bekymring og maktesløshet som kommer til uttrykk. Noen informanter er opptatt av at barna antakelig har mange ubesvarte spørsmål knyttet til moren sykdom, og at de trenger å få svar på disse. Flere av informantene har refleksjoner rundt hvordan de i sitt daglige arbeid, bare ved å snu litt på vaner og rutiner, kanskje kan bidra til å gi barna en positiv kontakt som kan danne grunnlag for senere samtaler om det informantene kaller vanskelige spørsmål. En av informantene (F2) gir uttrykk for at hun ikke egentlig tror det å skulle bidra til at barna får det bedre behøver å være så vanskelig. Hun tenker at det viktigste er å bare være sammen med barnet. Hun har tro på at slike samvær på sikt vil føre med seg noe positivt for barna.

F1: De trenger nok å se. Kunne vite at mammaen har det bra. Det er noe med de fantasiene som er veldig annerledes enn sånn som det er i virkeligheten. Dette er et lite sted Litt hjemmekoselig. Ikke så skummelt. Om sommeren har vi leker ute. Mange av oss tar fram lekenheten i oss. Er litt på tilbudssiden for bli kjent. Spiller bordtennis for eksempel. Så tenker de "hun var grei". Skal ikke kimse av det. At da har du gjort et kjempeviktig arbeid.

F2: Det er en tendens til å gjøre ting vanskeligere enn det er. Det er ok bare å være sammen med dem. Det er en viktig ting det. Da blir de sett. Så sår man inn den lille setningen. Ungene biter seg merke i det. De er ofte veldig observante.

2.2 Når og hvordan snakker informantene med mødrene om barna?

På hvilke måter kommer så denne omtanken og bekymringen for pasientenes barn til uttrykk i informantenes daglige praksis? Snakker de med mødrene om barna? Når i kontakten gjør de det i så fall? På hvilke måter nærmer de seg temaet?

Med unntak av to, opplyser samtlige informanter at de snakker med sine pasienter om barna deres. En av dem (A1) mener hennes fokus glir over på barneperspektivet veldig fort. En annen (D1) forteller at når hun vet at pasienten har barn prøver hun å snakke en del om hvordan det er for moren å kombinere det å ha omsorg for barn med det å være psykisk syk. Hun sier hun prøver å ha fokus på helheten fordi hun vet hvor sårbart det er for barn å vokse

opp med en psykisk syk mor og at det betyr mye for barna å ha andre voksne støttespillere de kan snakke om sine vanskeligheter med.

Mange informanter understreker samtidig at de tror det å snakke om barna er veldig personavhengig og at de ikke vet om alle kollegaene deres gjør det.

F2: Men når du spør sånn, tror jeg det er personavhengig. Det har vi ikke noe system på. Men vi har innført en sjekkliste. Sånn at alle som er borte i pasienter som har barn under 18 år skal fylle ut den. Noen av oss er veldig opptatt av det. Har du sett på sjekklisen? Jeg tenker at vi ut fra den er inne på temaet. Noen vil bare krysse av på sjekklisen og tenke at nå er det gjort. Nå har jeg sjekket at barnet er ivaretatt. Om de har SFO osv. Målet med skjemaet er i utgangspunktet å sikre oss at barna er ivaretatt mens foreldrene er her. Ikke noe som sikrer samtaler om barnet.

2.2.1 Som en form for kartlegging

Når det gjelder hvordan de snakker med mødre om barna, og når i kontakten de gjør det, gir informantene noe ulike svar. De fleste forteller at det enten er en form for sjekkliste, lik den F2 beskriver i forrige avsnitt, eller andre typer skjemaer som fylles ut ved første kontakt, som er den vanligste innfallsvinkelen. Samtalen dreier seg da først og fremst om hvorvidt pasienten har barn, eventuelt hvor mange hun har, hvor gamle de er og hvem som har den daglige omsorgen for barna. Hensikten er å danne seg et helhetlig bilde av pasientens livssituasjon og å sikre seg at mindreårige barn, for eksempel i forbindelse med en innleggelse, er ivaretatt og ikke blir gående alene hjemme.

Ut fra det informantene sier, synes det imidlertid ikke å være etablert systemer eller rutiner for hvordan den enkelte fagperson så skal forholde seg til de opplysningene som kommer fram under en slik kartleggingssamtale. Det blir opp til den enkeltes skjønn. Mange av informantene forteller at når de ser at pasienten har barn, er dette noe de alltid prøver å komme tilbake til etter hvert som de blir bedre kjent med pasienten, men at det er individuelt når de føler det er tid for å ta opp det noen av dem betegner som ”tøtsje” ting. De tar det litt etter litt etter hvert som de har etablert et tillitsfullt forhold til pasienten og de merker at hun føler seg trygg. Samtidig gir mange uttrykk for at det at de har måttet krysse av på

sjekklistene, gjør at de alltid har det med barna ”litt i bakhodet” (D3). Sånn sett opplever de at skjemaene er til god hjelp.

2.2.2 Som et hjelpemiddel til å knytte kontakt

Noen av informantene forteller at de også bruker det å snakke om barna som en måte å etablere kontakt og fortrolighet med mødre på, det en av dem (F1) kaller ”godsamtalen”. Fordi mange av informantene også selv er mødre, synes de det med barn er et lett og naturlig tema å ty til når de skal etablere kontakt. Informantene sier de merker at mange mødre setter pris på temaet, at det kan hjelpe dem til å bli mindre skeptiske i kontakten. Samtalen får et annet preg. Den blir mer en samtale mellom likemenn, en type uformell samtale kvinner er vant til å ha.

F2: Å snakke om *barn*, det gjør sikkert mange av oss. Mange av oss har jo barn selv. Det er jo ofte et litt naturlig tema. For å bli kjent. Har du barn? Jeg har barn. Jeg gikk gravid her. Det var fort et naturlig tema det med barn. Noen av personalet kvier seg for å si for mye om seg selv. Min opplevelse er at det er viktig å gi litt av seg selv også. At man kan være litt personlig. Da tror jeg man får en helt annen relasjon. For noen betyr det mye. Andre snakker ikke om det i det hele tatt. Du må trekke ordene ut av dem. Man merker du får et bein innfor mange ganger.

F1: Vi har det veldig åpent her også. Barna kommer på besøk. Da har man hilst på dem og sett dem. Da er det naturlig, som du gjør med alle andre, å snakke litt om dem. Si jeg har hilst på dem. De er så søte at. Spørre om de går på skolen. Snakke litt om de dagligdagse temaene. Da får du et innpass med en gang. Alt er ikke sykt. Jeg jobber med psykosepasienter og schizofrene. Husker du fra gang til gang hva barna heter og om de går på skole. Hvordan går det med tenåringsjenta nå? Da er du innenfor med engang. Litt her og nå. Ikke bare psykose.

Ut fra det informantene har fortalt så langt, er det for meg tydelig å se både at de tenker mye på barna, og at de aller fleste også snakker med mødre om barna deres. Når det gjelder måten de snakker om barna på, er det to mønstre som peker seg ut. Det ene har preg av en type kartlegging, der formålet er å registrere konkrete fakta rundt barna. Det andre mønsteret kan vel best forstås som en måte å etablere kontakt eller fortrolighet med pasienten på.

2.3 Forstår informantene det å snakke med mødrene om barna som en del av sin yrkesrolle?

Mine informanter er alle ansatte i voksenpsykiatrien. Det er naturlig å anta at det først og fremst er de voksne pasientene som er i deres fokus og at det også er denne pasientgruppen de har mest kunnskap om. I hvilken grad opplever informantene likevel det å snakke med pasientene om barna deres som en del av sin yrkesrolle? Er det sider ved yrkesrollen som gjør det spesielt utfordrende eller vanskelig å skulle gjennomføre slike samtaler?

2.3.1 En oppgave det er naturlig å påta seg

Informantene er klare på at det er mødrenes situasjon som er deres primære ansvarsområde. Det er mødrene som kommer for å få hjelp for sine lidelser og det er først og fremst dem de skal se. Oppmerksomheten rundt barnas situasjon må ikke komme i veien for det. Samtidig gir samtlige informanter uttrykk for at de også opplever det å snakke med sine pasienter om barna deres som en naturlig del av sitt ansvarsområde. De forteller at i de tilfellene der de vet at pasientene har barn, prøver de alltid å få til noen hjemmebesøk. Da kan de se litt på forholdene i hjemmet, kanskje få hilse på barna og på den måten danne seg et mer helhetlig bilde av barnas omsorgssituasjon.

Flere av informantene er opptatt av at en viktig side ved deres yrkesrolle er å tenke helhetlig, at de har en oppgave i å ikke bare ivareta pasientens individuelle behov, men også forstå vedkommende som del av en større helhet.. Når pasienten er mor, gir de aller fleste av informantene uttrykk for at de opplever barna som en viktig del av denne helheten.

Flere informanter gir uttrykk for at den type kontakt de har med sine pasienter på mange måter utgjør en svært velegnet ramme for å snakke om de utfordringer som er knyttet til det å være psykisk syk og samtidig ha omsorg for barn.

Informantene som arbeider innenfor kommunehelsetjenesten, forteller at de ofte har kontakt med pasientene over lang tid. De mener derfor en mor vil oppleve det mest trygt og naturlig at det nettopp er de som snakker med henne om barna. Fordi de også går på hjemmebesøk, forteller informantene at de etter hvert har mulighet til å danne seg et godt bilde av hvordan

moren fungerer hjemme. Samtidig sier flere at det å skulle peke på mangler ved barnas omsorgssituasjon, er en lite populær og lite koselig del av jobben.

D1: Det er en naturlig del av det vi gjør. Hvem skulle ellers fange det opp? Da måtte det blitt skolen. Det hadde vært mye vanskeligere. Barn er en del av helheten. Akkurat som ektefelle. Vi tenker helhetlig.

D2: Det er så naturlig at det hører sammen. Det er naturlig at vi tar tak i det. Jeg blir mer og mer opptatt av det helhetlige. Veldig spesielt hvis ikke vi skulle ta tak i det.

D1: Det hadde gått utover ungene. De hadde ikke snakket med andre om det. De ser det mange ganger ikke selv i begynnelsen. Det hadde gått veldig lang tid før de hadde fått hjelp med barna.

Også de som arbeider i spesialisthelsetjenesten, forteller at de etter hvert kjenner mange av pasientene sine godt. Sykehusoppholdene er gjerne på tre uker og det er ofte reinnleggelser. På den måten ser de mange av pasientene jevnlig, og har også hilst på barna deres når disse har vært på besøk. Informantene finner det derfor naturlig at det er de som snakker med mødrene om barna.

2.3.2 En oppgave som kan komme i konflikt med det som er deres egentlige arbeidsoppgaver

Det å skulle snakke om barna er imidlertid ikke problemfritt. De fleste informantene er inne på hvordan det å skulle ha fokus på pasientenes barn, i en del tilfeller kan virke forstyrrende på det arbeidet de egentlig er satt til å gjøre, at det ”åpner ennå et problem som er kjempestort” (C2). Informantene forteller at mange av mødrene har det veldig vanskelig og informantene føler derfor at de har nok med å skulle forholde seg til dem. Det blir for mye hvis de også skal fokusere på barna. Fordi ressursene er begrensede kan det da lett bli for lite oppmerksomhet på det de oppfatter er mødrene egentlige problemer og som de også mener er det som opptar mødrene mest. Informantene gir også uttrykk for at de i en del tilfeller har en følelse av at det å skulle snakke om barna kan virke forstyrrende på mødrene fordi det er andre ting de er opptatt av. Informantene sier de synes det er viktig at det først og fremst er mødrene som får bestemme tema i samtalene.

Det å snakke om barna er ikke bare vanskelig fordi det tar tid fra andre temaer det er viktig å snakke om. Noen av informantene er inne på hvor vanskelig det er å skulle være kritiske til måten pasienten utøver morsrollen på og samtidig etablere en støttende og anerkjennende relasjon til moren. Informantene opplever at de har en viktig oppgave i å bidra til at pasientene utvikler seg til å bli bedre mødre. Det blir de gjennom å få ros og anerkjennelse for alt de gjør som er bra. Spesielt vanskelig er det å være kritisk i de tilfellene der relasjonen til mødrene har vart en stund. Informantene gir uttrykk for at de blir glade i disse mødrene og nødvendig vil si noe som kan virke sårende.

B2: Vi skal jo jobbe med å lage dem til bedre mødre. Gi dem selvtillit og tro på seg selv som en god mor. Da blir de også bedre mødre.

Jeg: Er det vanskelig å gi dem en slik støtte og samtidig skulle snakke med dem om at de kanskje ikke makter å gi barna sine god nok omsorg?

B2: Det tar tid å komme i den posisjonen at du kan bli så kjent med dem at du kan være der. Det er vesentlig det der. Du merker følelsesmessig at du blir glad i dem du prater med over tid. At du har lett for å se det beste i dem. Du vil så gjerne tro at alt er bra. For det er jo så mye som er bra med dem også. At du nesten ikke tror det som ikke er bra. Samtidig som man intellektuelt kan mye om det.

Flere informanter gir også uttrykk for at de opplever en type lojalitetskonflikt, at de føler det blir feil å skulle være støtteperson for barna samtidig som de skal støtte moren.

B2: Det skal jo ikke være deg som snakker med barna. Det blir feil. Du har jo mor. Det ville jeg føle ville være feil. At jeg skulle være en støtteperson for barna samtidig som jeg skulle være en støtteperson for mor. Det ville fort bli fryktelig rotete. Det er noe annet enn å møte barna for å gi informasjon rundt en lidelse.

B1: Mor trenger støtte for seg. Det blir en veldig gal blanding. Hun trenger støtte for seg selv.

En slik type lojalitetskonflikt eller interessenmotsetning blir spesielt tydelig i de tilfellene det er aktuelt å sende bekymringsmelding til barnevernet. Flere informanter gir uttrykk for at de da føler de må velge, moren eller barnet. De fleste gir uttrykk for at de forventer at dersom de i en slik situasjon velger hensynet til barnet, vil moren føle det som et så alvorlig tillitsbrudd at hun vil velge å bryte relasjonen. For informantene oppleves det som en svært vanskelig situasjon. De føler en sterk lojalitet i forhold til mødrene som har vist dem så mye tillit at de har fortalt om alle vanskelighetene i hjemmet. Når informantene så velger å kontakte barneverntjenesten, føler de det som å misbruke den tilliten de er vist.

D2: Den tryggheten de får til oss tror jeg er kjempeviktig. At alliansen og tryggheten er der. Da er det mange som sier at du er den første personen jeg har snakket med dette om. Da spør jeg ofte forsiktig om jeg for eksempel kan nevne dette for legen. Om vi kan skrive under på en samtykkeerklæring. Det er så skjørt at du føler du må spørre ekstra før du kan kontakte andre. Så de ikke bruker det mot oss i etterkant.

A2: Det er vanskelig. Du blir kjent med mor. Det er mor du har et forhold til. Mor forteller meg alt. Hun sier ofte, nei dette kan jeg ikke fortelle deg. Men så gjør hun det likevel. Selv om hun vet jeg bruker det mot henne. Så tenker jeg at jeg bryter den tillitten.

A1: Den plikten. Da tenker jeg at du kanskje ikke får mor med på at her burde det kobles inn barnevernet. Da må du på en måte bryte lojaliteten og tenke barnet i stedet. Da må du melde. Men før du kommer så langt, er det veldig spennende å prøve å få mor med på det resonnementet at hun kanskje fungerer såpass dårlig at det ikke er god nok omsorg. Det blir en slags medvandring. Så kan man gå sammen dit da. Men det er innmari vanskelig og det tar tid.

Flere av informantene gir uttrykk for at de føler lettelse i de tilfellene de har visshet om at det er andre instanser som tar seg av barna. Da slipper de lojalitetskonflikten og kan konsentrere seg om å gi mødrene den hjelp og støtte *de* trenger.

2.3.3 Å ta hensyn til mødrenes reaksjoner

Når det gjelder hvordan mødrene reagerer når de tar initiativ til å snakke om barna, forteller informantene om mange ulike reaksjoner. Noen av informantene sier det som oftest er en prosess for mødrene å kunne komme dit at de ønsker å snakke om barna, og at det er svært ulikt hvor i prosessen den enkelte er. Noen av mødrene kan føle lettelse og synes det er deilig å få hjelp til ting de føler ikke fungerer. Andre sier ikke så mye i det hele tatt. Informantene har inntrykk av at de synes det med barna er et helt greit og naturlig tema. Andre kan bli sinte eller anklagende. Informantene sier de opplever at dette ofte er mødre som har liten innsikt i egen sykdom. Informantene beskriver også mødre som heller blir redde eller engstelige og tror de kommer til å miste omsorgen for barna. En informant (D1) forteller at hun ofte prøver å ufarliggjøre det litt. Da er det ofte lettere for mødrene å innrømme at det ikke går helt greit med barna.

. Et problem informantene tar opp er at det ikke er alle mødre som ønsker at voksenpsykiatrien skal involvere seg i hvordan barna deres har det. De kan være så styrt av egne behov at de ikke greier å se de behovene barna deres har, eller de kan være redde for å bli sett på som dårlige mødre. I de tilfellene mødrene ikke ønsker å snakke om barna, sier informantene det er lite de kan få gjort.

Et tema som går igjen hos mange av informantene er hvordan de opplever at barnas omsorgssituasjon er et veldig sårbart tema og at mange av mødrene føler mye skam og skyld og har dårlig samvittighet i forhold til barna sine. Informantene beskriver hvordan mødrene da kan reagere med å bli vaksomme og tolker samtalen som en form for undersøkelse, at informantene skal sjekke ut hvor gode mødre de egentlig er. I slike tilfeller beskriver informantene at det er viktig å gå varsomt fram.

F2: Synes nok jeg merker mange har en veldig sårbarhet på dette og. Den opplevelsen av at man ikke mestrer forelderrollen sin godt nok. At man opplever det som et intervju eller en testing. At jeg skal sjekke ut hvor god mor hun er. At mange er vaksomme. Det må gjøres med varsomhet. I alle fall til man får en allianse.

Noen informanter forteller at de har fått reaksjoner fra mødre som har ment det er feil at den profesjonelle skal ha så mye fokus på barna deres. Når de har søkt hjelp i voksenpsykiatrien, er det fordi de ønsker å snakke om *sine* plager og problemer.

2.3.4 Å vite hva man åpner opp for

Mange informanter uttrykker bekymring for at det å involvere seg i barnas situasjon vil kunne føre med seg et ansvar og en arbeidsmengde de føler de ikke er beredt til å påta seg.

Flere peker på at dersom man inviterer pasientene til å snakke om barna deres, er det viktig å kunne ta hånd om og følge opp det som kommer. Det er viktig å vite hva man inviterer til og ikke gi inntrykk av å skulle ordne opp i noe man ikke kan ordne opp i.

F2: Det skal vi faktisk tenke på. Vi skal vite at vi kan ta hånd om og følge opp alt som kommer. Det handler om etikk, tenker jeg. Å være litt edruelig der. Vi skal vite hva vi inviterer til. Det har jeg blitt veldig klar på. Det er ikke alltid vi klarer å følge opp alt. Jeg tenker du skal være varsom. Det er en viktig ting å være oppmerksom på.

Det å vite hva man åpner opp for gjelder ikke bare i forhold til å kunne være ivaretaende overfor mødrene og barna dersom vanskelige og vonde ting skulle komme opp. Noen av informantene er også opptatt av hva det gjør med dem selv å komme inn på slike temaer. En informant (C3) gir uttrykk for at det med barnas omsorgssituasjon er så sårbart og vanskelig for henne, at hun ofte velger å snakke med pasienten om mer konkrete og paktiske ting. En annen (E2) sier hun har jobbet mye med å akseptere at det er temaer hun selv synes er ubehagelige. Hun er et menneske med sin egen historie og er klar over hvor hennes egne grenser går. Hun lar hun aldri samtalen gå så langt at hun ikke kan håndtere det som kommer.

2.3.5. Å mangle kunnskap og hjelpemidler

Mange av informantene gir uttrykk for at de synes pasientenes omsorgsevne er et følsomt tema og at det er vanskelig å vite hva som skal til for at de skal kunne snakke med mødrene om det på en god måte. Flere gir uttrykk for at temaet er skummelt. Slik jeg forstår denne usikkerheten, dreier den seg særlig om tre forhold. For det første forstår jeg den som en opplevd mangel på faglig kompetanse om barn. Dernest forstår jeg usikkerheten som en mangel på gode rutiner eller konkrete hjelpemidler informantene kan bruke i sitt daglige arbeid. Det tredje forholdet oppfatter jeg som en mer diffus form for utrygghet eller usikkerhet knyttet til temaet.

Mine informanter er ansatt i voksenpsykiatrien. De har ingen spesiell utdanning i forhold til å vurdere hva som er skadelig og hva som er bra for et barn. En informant (A3) sier hun ikke vet hvordan barn tenker, hvilke behov de egentlig har. Også flere av de andre informantene gir uttrykk for at de føler de rett og slett mangler kunnskap som gjør dem i stand til å bedømme et barns omsorgssituasjon. De vet ikke hva de skal se etter. En av dem (B2) sier hun godt kan møte barn og hilse på dem, men at hun ikke kan bedømme hvilken omsorg som er god nok og hvilken som ikke er det. Hun har ikke den erfaringen.

B2: Jeg har ikke den erfaringen. Jeg kan godt møte barn og hilse på dem. Men jeg kan ikke bedømme hva som er godt nok for et barn.

B2: Det er ikke så lett å avsløre. Da må man sette seg ned og ha en samtale med ungene. Det gjør ikke vi hvis vi er inne i en familie. Hvis det ikke skulle dukke opp noe ekstra. Hvis det ikke meldes noe ekstra. Hvis det meldes noen med schizofreni eller bipolar lidelse, da vil jeg gjerne møte ungene. Hvis det er små unger, skjønner jeg at barnevernet får kontroll via barnehagen. Da gjør ikke jeg noe. Det ene tilfellet der jeg kanskje skulle sett ungene, er helsesøster koblet inn. Så jeg har ikke snakket med ungene der. Det kommer nok en dag. Det kan ikke være lett i løpet av en slik samtale. Hvis de ikke betror seg. Hvis de ikke vil si noe, å fange det opp. Da har vi i alle fall prøvd da.

B1: Da har vi i alle fall prøvd. Så får vi se det an etter hvert.

Noen av informantene har begynt på en videreutdanning i familie- og nettverksarbeid. Flere av de som går på denne utdanningen gir uttrykk for at den kunnskapen de der får, gir dem en type trygghet i forhold til det å skulle snakke med pasienter om barna deres. De har lært å ordlegge seg på en litt annen måte. Spesielt gir de uttrykk for lettelse over å ha fått bekreftet at den måten de har snakket med mødre om barna på fram til nå, ikke er så gal.

A1: Det er noe med den utdanningen vi går på nå. Vi ordlegger oss litt annerledes.

A4: Vi må jo være veldig ærlige på at det ikke er noe revolusjonerende det vi har lært. Ikke det at vi kan så mye. Men vi kan da noe. Men å få opp fokuset tror jeg er det viktigste. At du automatisk er inne på et spor der du har familie og nettverk høyt oppe på lista. Det tenker jeg er det viktigste.

Flere informanter er inne på at det er et problem at de aldri treffer barna. Når de er på hjemmebesøk er barna som regel enten på skole eller i barnehagen. Informantene er henvist til å forholde seg til det mødre forteller og vurdere ut fra det. Noen gir uttrykk for at de ikke helt vet om de kan stole på det mødre forteller. Mangelen på faglig kunnskap gjør at de heller ikke helt vet hva de skal spørre mødre om for å danne seg et bedre bilde av hvordan barna har det. Det blir lett til at de stiller litt generelle spørsmål om barna liker seg på skolen og liknende.

Flere informanter gir uttrykk for at det å kunne ha noen hjelpemidler å støtte seg til, ville gjort at de hadde følt en større trygghet i disse situasjonene. Som eksempler nevner de retningslinjer som sier at slike samtaler *skal* gjennomføres, eller et godt brosjyremateriale som

kan vise at det å snakke om barna er en aktivitet som er faglig begrunnet. I følge en informant (C1) vil det da virke mer normalt.

A1: Det er nok noe med å være trygg i rollen selv, tror jeg. Hvis temaet er så skummelt at vi på en måte viser at dette er skummelt. At vi liksom bare må innom det og snakke om disse ungene. Da blir det jo noe skummelt de viker unna. Hvis vi har et konkret tilbud og vi mener det er viktig og det er et samtaleemne vi takler. Da tror jeg mødrene kan hvile mye mer i det. At det er noen her som kan støtte meg.

A3: Det tror jeg også. At de allerede fra første samtale blir servert at sånn er det her. Det vi har hatt til nå, er ikke bra nok.

A1: Det er noe med den utdannelsen vi går på nå. Vi ordlegger oss litt annerledes.

A4: Vi må jo være ærlige på at det ikke er noe revolusjonerende det vi har lært. Ikke det at vi kan så mye. Men vi kan da noe. Men å få opp fokuset tror jeg er det viktigste. At du automatisk er inne på et spor der du har familie og nettverk høyt oppe på lista. Det tenker jeg er det viktigste.

A3: Vi har jo en fin brosjyre. Den går det an å gi ut. Det er jo en begynnelse til et nytt kartleggingsverktøy det også.

Jeg: Synes dere det er en hjelp?

A3: Det ser litt mer profitt ut. At det er litt mer gjennomarbeidet. De ser at vi har fokus på det med barn.

Det kan imidlertid også se ut som om informantenes tilbakeholdenhet i forhold til å spørre mødrene hvordan det går med barna, ikke bare har sin bakgrunn i mangel på kunnskap eller ulike hjelpemidler, men at den også er uttrykk for en mer diffus usikkerhet i forhold til om det faktisk er riktig å gjøre det. En informant (C2) sier hun er redd for å rote opp i noe eller sette i gang prosesser. En annen (F1) forteller at hun tror mange fagfolk er redde for at det å snakke om barna kan røre opp i ubehagelige følelser hos pasienten og at vedkommende kan begynne å gråte. Hun forteller at hun selv har erfaring fra samtaler der kolleger uventet har grepet inn og endret samtalens tema. I etterkant har de sagt at de gjorde det fordi de ikke orker gråt.

En konsekvens av å ha snakket med mødrene om hvordan det går med barna, kan bli at mødrene ber om informantene om hjelp til å snakke med dem. Flere informanter tok selv initiativ til å reflektere rundt dette. De gir uttrykk for at de ser et behov og at de for så vidt er villige til å gjøre det. De ønsker imidlertid at samtalen skal foregå i en lett, litt generell form. Den skal helst dreie seg om konkrete temaer som er bestemt på forhånd. De temaene de fleste

nevner, er det å kunne gi barnet informasjon om morens sykdom og å informere om de praktiske konsekvenser det kan ha for barna, som at det for eksempel ofte kan være vanskelig å ha med venner hjem.

Flere informanter gir uttrykk for at de ikke ønsker å være alene med barn i en slik samtale. De vet ikke hva de skal si og de vet ikke hvordan barna kommer til å reagere. Også her bruker noen av informantene begrepet skummelt. De synes det er skummelt å snakke med disse barna. De gangene informantene gir uttrykk for at det er greit å snakke med barna, er når de på forhånd har en god relasjon til foreldrene, slik at de har en anelse om hvordan samtalen vil bli.

2.3.6 Å vise respekt for det som er annerledes

Flere informanter gir uttrykk for at de ser på det å kunne vise respekt for folks annerledeshet som en viktig side ved yrkesrollen. De forteller at de i samtaler med psykisk syke mødre synes det er viktig å anerkjenne den måten mødre lever på, at den ene måten ikke nødvendigvis er bedre enn den andre. Noen av informantene reflekterer over at det kan være vanskelig å kombinere en slik holdning med det å skulle vurdere et barns omsorgssituasjon på en tilfredsstillende måte. Det kan lett oppleves som sårende.

A4: Jeg synes det kan være en utfordring. Hvordan du ordlegger deg overfor ei jente på din egen alder som har barn som lever et veldig annerledes liv enn det du tenker er greit. Jeg tenker du skal være kjempeforsiktig med hva du sier. Men allikevel ha det oppe som tema. Men det er det vanskeligste å pirke bort i og. Ikke være sårende.

Samtidig som informantene opplever det å kunne respektere pasienters annerledeshet som en viktig del av yrkesrollen, gir de ingen faglige begrunnelser for hva slags type avvikende atferd de mener kan være akseptabel for et barn og hva som ikke er det. En av informantene (B2) gir uttrykk for at hun har jobbet så lenge i psykiatrien og har sett så mye rart at hun ikke lenger føler at hun er i stand til å vurdere når ting er bra og når de ikke er det. Også andre informanter gir uttrykk for at de strever med dette. Deres syn på dette synes i stor grad å henge sammen med hvilke type erfaringer de har gjort i eget liv. En av dem (B2) sier at de

ulike grenser folk har for eksempel i forhold til hva de mener er akseptable oppvekstvilkår, i stor grad henger sammen med hvordan de selv har vokst opp.

En annen informant (B1) forteller om en mor og en datter hun har kontakt med og der barnevernet har vurdert omsorgsovertakelse fordi både moren og datteren framstår som svært spesielle. Hun lurer på om det uten videre vil være bra for dette barnet å bli flyttet til et annet hjem. Hun tror at det kanskje vil være bedre for henne å være der hun er vant til å være og tilsynelatende har det bra, selv om ikke alt er bra.

B1: Jeg tenker på normalitetsbegrepet. Det er ikke bare å ta ut et barn. Skal være litt forsiktige og tenke litt på det. De går sin rare vei. Kanskje de *skal* gå sin rare vei.

2.3.7 Oppsummering

Selv om det er mødrene som er deres primære pasienter, gir informantene uttrykk for at de oppfatter det å snakke med mødrene om barna som en naturlig del av yrkesrollen.

Informantene gir uttrykk for at de mener det er best for mødrene at det nettopp er de som snakker med dem, fordi mødrene ofte kjenner dem godt og har tillit til dem. Samtidig opplever informantene at barnas omsorgssituasjon er et vanskelig tema, og at det derfor ikke alltid er lett å vite når og hvordan slike samtaler skal finne sted.

Informantene ønsker ikke at samtaler skal gå ut over den hjelpen de er satt til å gi mødrene. En slik konflikt kan både dreie seg om tid og kapasitet og at mødrene kan reagere negativt på temaet. I en del tilfeller forteller informantene at de opplever en type lojalitetskonflikt der de oppfatter det å skulle snakke om barna som å bryte en tillit mødrene har vist dem. En annen hindring informantene opplever, er at de ikke har den kunnskapen og de hjelpemidlene som skal til for å vite at de gjennomfører samtaler på en riktig og god måte. I tillegg kommuniserer de også en mer diffus form for usikkerhet som synes å være knyttet til det at de ikke føler seg helt sikre på om det alltid er riktig å gjennomføre slike samtaler, både fordi de kan risikere å rote opp i forhold som kanskje bør få ligge i fred, og fordi de føler det er viktig å anerkjenne at en måte å leve livet på ikke nødvendigvis er bedre enn en annen.

2.4 Betydningen av å ha en god relasjon til mødrene.

Innefor omsorgsprofesjonene regnes relasjonen mellom hjelper og hjelpetrengende som en viktig faktor i forhold til å oppnå ønskede resultater. Hvilken betydning tillegger mine informanter det å ha en god relasjon til mødrene? Hva er det de oppfatter at er det som skaper en god relasjon og hva er det som kan ødelegge den? Hva skjer dersom relasjonen blir dårlig eller går i stykker?

2.4.1 Å etablere en god relasjon

Informantene sier det tar tid å komme i en posisjon i forhold til mødrene som er slik at de føler de kan snakke med dem om barna. De forteller at det med barn er et veldig sårbart tema for mødrene og at de derfor er veldig forsiktige i starten. De spør kanskje litt om hvordan barna har det på skolen, om de har venner og hvordan moren takler å måtte forholde seg til dem når hun selv er så sliten og nedfor. På den måten prøver informantene å danne seg et bilde av om det er noe i morens relasjon til barna som ikke fungerer. Informantene forteller de hele tiden er forsiktige med å introdusere nye temaer. De spør hele tiden om det er greit at de tar opp de temaene de gjør.

Informantene kaller det en prosess der de langsomt ”nøster opp litt og litt” (D3), ”føler seg fram” (D2), ”sonderer terrenget” (F2) og er bevisste på å ikke ødelegge noe. På den måten bygger de langsomt opp mødrenes tillit. Informantene forteller at på sikt vil ofte denne måten å nærme seg mødrene på være fruktbar. Når tilliten er etablert, vil mødrene ofte kunne være åpne for temaer de var helt avvisende til da kontakten ble etablert, og informantene forteller at de også da tør å være tydeligere i forhold til hva de mener er riktig og galt.

F1: Mye av det handler om tillit i relasjonene. I begynnelsen har du den sjekklista der du spør om ungene er ivaretatt. Et tema som kommer en av de aller første dagene. Da har du en helt annen plattform i forhold til pasienten. Du må prøve å være menneskelig. Vise omsorg og

empati når du snakker om disse tingene. Da har du et helt annet ståsted etter en uke inn i oppholdet her. Man har fått etablert den tilliten. Pasienten vet at jeg også er mor og har tre barn. Og vi har snakket litt rundt sånne ting. Da får du en helt annen vinkling. Da kan man komme opp med de vanskelige temaene. Hvis barna ikke er ordentlig ivaretatt da.

Det kan se ut som om selve tegnet på at tilliten er etablert er det informantene kaller alliansen eller den gode relasjonen. Alliansen er viktig. Når den er etablert, er det mer åpenhet i kommunikasjonen. Mødrene forteller mer om hvordan de har det og informantene tør å være tydeligere på hva de mener om ulike forhold. Det kan se ut som om det å bygge en god allianse i mange situasjoner oppleves som så viktig at det blir et mål i seg selv.

D2: Den første samtalen er veldig viktig i forhold til å få en god allianse. At de får tillit til oss. Mange er veldig skeptiske. Etter hvert som de får den tilliten til oss, sier de mer og mer.

D2: Alliansen er kjempeviktig. Er den god, spør de oss mer om hva vi tenker.

Å etablere en god allianse er imidlertid en krevende prosess. Det er ikke bare nødvendig å bruke god tid, informantene må også gi mye av seg selv. Da kan det være en stor fordel å også være mor. En faktor informantene uttrykker er avgjørende i forhold til å etablere en god relasjon, er nettopp at pasientene oppfatter dem som menneskelige.

Å gi av seg selv innebærer, i følge det informantene beskriver, å tre ut av ekspertrollen og bli likemenn. Informantene beskriver det å være ekspert som å være litt ovenfra og ned. I relasjoner mellom likemenn er det annerledes. Da er det ikke først og fremst faglig kunnskap som er betydningsfull, men heller erfaringer informantene har gjort i eget liv. En fin måte å gjøre seg menneskelig på, er å fortelle litt om egne barn. Gjennom en slik mor til mor kontakt mener informantene at mødrene vil føle seg forstått på en helt annen måte enn dersom informantene hadde tatt på seg ekspertrollen.

A1: Jeg tenker den gode relasjonen er alfa og omega i denne sammenheng. For å få den, må du gi veldig mye av deg selv. Du må være personlig. Ikke privat. Du må ned og bli en slags likeperson. Bli en veldig likeperson. Det nytter ikke å være ekspert da.

A3: Det funker i så mange situasjoner. Å være personlig og ta med noen egne erfaringer. Hvilke dilemmaer en selv har stått oppe i. Ikke være sånn ovenfra og ned. At de føler seg litt forstått. Uten at det blir privat.

A1: Hele hemmeligheten er å bli likemenn. Å gå ut av ekspertrollen og bli mer medmenneske.

A3: Det har jeg stor tro på, absolutt.

A1: Jeg bruker veldig mye meg selv. Jeg har en slags skuff med verktøy fra eget liv. Det kan være egne ting, venner eller familie. Så distanserer jeg det litt ut. Sier for eksempel at en jeg snakket med en gang hadde opplevd sånn og sånn.

A2: Likevel har du det faglige med deg. Vi bruker det jo.

A1: Men det må være troverdig. Og hvis du da prøver å selge inn barnevernet overfor en mor ved å si at dette bruker jeg, blir det ikke troverdig for meg. Jeg kjenner det er problematisk akkurat det der. Naboen min har hatt stor glede av barnevernet, men ikke jeg.

For å bevare den gode alliansen er det viktig å snakke med mødrene på en måte som ikke kan oppfattes som kritisk. Flere av informantene sier at når de skal snakke med mødrene om barna, foretrekker de å snakke i litt generelle vendinger. De snakker litt om hvilken kunnskap som finnes om hvordan det å vokse opp med en psykisk syk mor kan påvirke barndommen, for eksempel at det ikke er godt for et barn å stadig måtte ta hensyn. Informantene gir uttrykk for at de selv synes det er greiere å snakke på denne måten, og at de da også lettere får mødrene med i samtalene. Da handler det ikke bare om den enkeltes morskap, men om veldig mange andres. Samtalen løftes opp på et mer allment nivå.

Samtidig understreker informantene at det er viktig å ikke bare snakke med pasientene i generelle vendinger, men også å kunne anerkjenne hver og en av dem som gode mødre. Når informantene snakker om morsrollen på en slik positiv og anerkjennende måte, opplever de at kontakten med moren blir god.

F1: Det er kjempeviktig å anerkjenne dem som mor. At de gjør så godt de kan ut fra de forutsetningene de har. Da har du en helt annen innfallsvinkel. Si at vi vet du bare vil det beste for barna dine. At vi vet at de er viktige for deg og at du gjør så godt du kan. At vi kanskje kan hjelpe deg så det blir litt bedre.

Samtidig beskriver noen informanter hvordan det å hele tiden skulle ha en slik anerkjennende og støttende holdning kan gjøre det vanskelig å peke på forhold de mener er uheldige.

To av informantene driver en samtalegruppe for psykisk syke mødre. På spørsmål om hva de sier dersom et medlem i gruppa forteller om hendelser de tenker kan være skadelige for barna deres, beskriver informantene ikke bare hvordan de selv prøver å ikke være kritiske, men at de også stanser diskusjoner i gruppa dersom de mener medlemmene er for kritiske mot hverandre.

E2: Jeg prøver å ikke si det direkte. Pleier ikke det. Jeg spør heller om det er noen andre som har tanker rundt dette. Så får de som regel svar fra de andre. Jeg er veldig forsiktig med å gå ut å være kritisk.

E1: Dersom en av dem sier til en annen, at det der må du ikke gjøre, da ødelegger du ungen din. Da går jeg inn og sier at det er veldig sterke utsagn som kommer nå. Å si at hun er en dårlig mor og ødelegger ungen sin, det blir helt feil. Jeg vil de skal gå ut med en OK følelse.

Også andre informanter forteller at de prøver å ikke bli oppfattet som kritiske når de snakker med mødrene om hvordan de er mot barna sine. Derfor blir det også vanskelig for dem å skulle gi konkrete råd. De prøver heller å oppfordre mødrene til å tenke selv. På den måten håper de at mødrene etter hvert vil få øye på forhold informantene tenker kan være uheldige.

D1: Du sier kanskje at jeg hadde vel ikke rådet deg til å gjøre det på den måten. Prøver å få dem til å tenke selv. Det er mange spørsmål man kan stille for å få dem til å tenke selv. At vi ikke hele tiden skal fortelle dem hva de skal gjøre. At de skal finne løsninger selv.

D2: Jeg kan spørre hva tror du ungen din synes om det? Spørre om de tror de kunne sagt ting på en annen måte eller gjort noe litt annerledes.

B1: Jeg hadde en mor. Faren var også syk. De gikk mye hjemme med barnet. Uttrykte aldri bekymring for barnet sitt. Moren forklarte hvordan hun gjorde, men var aldri bekymret. Var veldig opptatt av barnet. Ville at det skulle ha det bra. Det var en veldig vanskelig greie. Jeg så hun var syk. Men hun ville ikke snakke om sykdommen. Ville være frisk. Jeg opplevde mange frustrasjoner. Det var veldig spesielt å skjønne hvor dårlig hun var og samtidig forholde seg til henne som om hun var frisk. For det var det hun ville. Det var vondt å skjønne hvor dårlig hun var og ikke kunne snakke om det. For hun ville det ikke. Det ble for mye.

Jeg: Kunne du insistere på å snakke om barnet?

B1: Nei. Da stoppet det helt. Det ble altfor mye.

Det at informantene så nødig vil virke kritiske, gjør at det blir vanskelig for dem å si til pasientene at de er bekymret for omsorgssituasjonen til barna deres. En av informantene (A4)

spør seg om hennes taktfullhet og tilbakeholdenhet kan føre til at hun i en del samtaler blir utydelig i forhold til hva hun mener.

A4: Jeg tenker at du sitter i mange samtaler hvor de forteller om familien. Du vil være blid og hyggelig. Da pirker du ikke med en gang. Det har slått meg litt etterpå, i hvert fall i en sammenheng, at moren tenker jeg er enig med henne når jeg ikke sier noe. At hun får en oppfattelse av at jeg synes det er helt greit.

Informanten beskriver at for henne er det en vanskelig situasjon å være i. På den ene siden oppfatter hun selv at hun kan være utydelig, samtidig har hun erfart at det å være tydeligere ofte gir henne det hun beskriver som ”en ekkel følelse”. Hun føler at moren ikke liker at hun stiller seg spørrende til måten barna blir oppdratt på. Når en slik ekkel følelse dukker opp, forteller informanten at hun er rask til å legge temaet vekk.

A4: Jeg har en mor nå. Der må jeg pirke hver gang. Jeg kjenner at så fort jeg er borte i det med ungene, så blir det ekkelt i rommet med en gang. Da putter du ikke mer inn den dagen. Jeg har holdt på med dette i hvert fall et halvt år. De ungene. Det er ikke sånn at jeg melder dem til barnevernet. Men det burde vært på dagsorden. Det er en del ting hun gjør med ungene jeg synes er merkelig. Men å pirke bort i det. Jeg prøver hver eneste gang. Det er et langt lerret å bleke kjenner jeg. Å få en all right relasjon.

A2: Jeg tenker at årene går og snart er barna voksne.

A4: Andre har vært inne og. Men hun ble uvenner med dem. Sånn sett tenker jeg, er vi for forsiktige?

A1: Vi har diskutert denne familien før. Om omsorgen er innenfor godt nok begrepet.

A2: Da kom vi vel fram til at det kanskje var grunn til å sende bekymringsmelding.

A4: Jeg kjenner at jeg er ikke der selv ennå.

2.4.2 Når relasjonen går i stykker

Alliansen er ikke bare vanskelig å etablere. Den er også svært skjør og kan derfor lett gå i stykker. Å miste alliansen med en pasient, framstilles av informantene som det verste som kan skje, noe de nesten for enhver pris prøver å unngå. Det er knyttet mye usikkerhet til hvordan det kommer til å gå med en pasient dersom det blir brudd i alliansen. Usikkerheten er forbundet med en frykt for at pasientene da vil miste all kontakt med hjelpeapparatet og

dermed være fullstendig overlatt til seg selv. I så tilfelle vil det ikke være mulig å hjelpe, verken henne eller barna hennes.

A2: Det som har skjedd hos meg, er at jeg har vært så bekymra at jeg melder mot mors vilje. Hvor jeg mister alliansen med mor. Da blir det slutt. Hadde jeg bare visst at barnevernet fulgte dette tett opp, var det en ting. Men når alt blir brutt, da er det vanskelig. Jeg er oppe i en sak nå hvor barnevernet ikke ser det som jeg ser. Jeg har sagt flere ganger til mor at jeg er bekymret. Nå kjenner jeg at jeg må gjøre noe mer. Da vet jeg ikke hva som skjer. Om jeg får mor med meg. Hvis ikke må jeg sende en bekymringsmelding. Da ryker det.

Det som kan ødelegge alliansen, er at vanskelige temaer bringes inn i samtalen. Et slikt tema kan nettopp være omsorgssituasjonen til pasientenes barn. Å bringe opp dette temaet, opplever mange av informantene som en trussel mot alliansen. Det er da det kan bli ekkelt i rommet. Informantene synes å være svært vare for slike følelser eller stemninger. De ønsker at samtale med mødre skal foregå i en vennlig tone. De ønsker å bli oppfattet som hyggelige og greie.

Det vanskeligste av alle temaer synes å være å skulle si til mødre at det er behov for å søke hjelp hos barneverntjenesten. I følge informantene vil det å kontakte barnevernet nesten automatisk føre til et brudd i den relasjonen de har med mødre. Derfor prøver de i det lengste å vente med å ta et slikt initiativ i håp om at mødre selv skal innse at barna deres trenger hjelp

B2: Det er noe med å time litt. Å henge litt på. Moren trenger jo hjelp hun også. Hun må først bli trygg på hvem jeg er.

Informantene ser ut til å være tilnærmet enige om at dersom de melder en sak til barnevernet mot morens vilje, vil de helt sikkert miste alliansen med henne. I slike saker opplever de å være involvert i en interessekonflikt der de tar parti med barna mot mødre.

B1: Jeg tenker barnets behov må komme først. Uansett. Da må jeg kanskje heller miste kontakten med moren. Ser jeg at barnet ikke har det bra, tenker jeg prinsipielt. Da er det deres ve og vel som kommer først. Men det er o alltid vanskelig når du mister kontakten med moren.

B2: Vi må se på helheten. Hva som kan gagne barnet. Hvis det har levd sammen med moren lenge, gjør det vel ikke noe om du venter noen uker til. Hvis du oppnår det du ønsker. Det kommer an på hva barnevernet gjør. Det er ikke sikkert de tar ungen. Det de gjør er å gi en barnehageplass. Hvis da moren blir sykere og ikke tar imot hjelp? Nekter å ta imot hjelp. Barnet kommer jo hjem om kvelden. Moren bråker kanskje utover natta. Det vil jo skape en voldsom greie i den familien. Det vil gå utover barnet. Må tenke på helheten.

B1: Jeg tenker ikke konkret. Prinsippet er barnet først. Hvis moren er alvorlig syk, har hallusinasjoner for eksempel. Da har ikke jeg ro i magen. Hvis jeg ikke har gjort noe. At det skjer noe med ungen og jeg har ventet for å se. Da må man tenke seg nøye om. Sånn prinsipielt.

De fleste av informantene gir uttrykk for en oppfatning om at mødrene er veldig redde for barnevernet, at de tror at barneverntjenesten bare kommer og tar barna fra dem.

Informantene mener derfor pasientene tror det å kontakte barnevernet er det samme som at familien kommer til å gå i oppløsning. At det er ”over og ut” (D2).

D1: Det er noen ganger det er en prosess det må jobbes litt med. Mange er redde for at mister de barna nå. Mange slike spørsmål som kan komme opp.

D1: Det de vet er de skrekkhistoriene som kommer fram i media.

D2: Akkurat det tror jeg ligger under hos veldig mange. Særlig det med barnevernet.

Jeg: At mange er redde for barnevernet?

D3: Ja veldig.

D1: De fleste.

Samtidig har de fleste informantene i praksis erfart at det ikke alltid er slik at alliansen går i stykker. På spørsmål om det alltid går slik, svarer flere informanter nei. De kan alle fortelle historier om mødre som har vært veldig negative til en slik kontakt, men som etter hvert har sett at det ikke er så ”skummelt” (D1). Noen kan sågar fortelle om mødre som i etterkant har vært veldig fornøyd med den hjelpen de har fått hos barnevernet.

D1: En mor var veldig negativ til å begynne med. Dette med barna skulle hun fikse selv. Etter hvert ble det så ille at vi måtte melde. Nå ser hun at hennes sykdom har innvirkning på ungene. Da har hun kommet ganske langt på vei.

Noen av informantene er opptatt av at det er mange barn og mødre som kan ha behov for hjelp, men helst fra noen andre enn barnevernet. Informantene ønsker å finne alternativer som framstår som mer skånsomme. Det de fleste nevner som en mulighet, er å kontakte skolens helsesøster. Flere gir uttrykk for at de gjerne skulle tatt en telefon til helsesøster og informert om barn på hennes skole som har psykisk syke foreldre. De ønsker at helsesøster både kunne ta en direkte kontakt med de barna det gjelder og aller helst også informere litt generelt om psykiske lidelser i de klassene barna hører hjemme. Informantene reflekterer en god del over denne muligheten. De sier også at de vet de kan benytte seg av den. Men de gjør det ikke.

F1: Tenker helsesøster er en ressurs. Men du må få et klarsignal fra moren.

Jeg: Sier de fleste mødre det er greit?

F1: Jeg har aldri spurt.

En av gruppene jeg intervjuet arbeider i en kommune der de har et familiehus. Familiehuset er et lavterskeltilbud hvor familier kan søke råd og veiledning i forhold til saker de opplever som vanskelige. Informantene gir uttrykk for at de opplever familiehuset som et godt alternativ til barnevernet. De synes det er mye lettere å henvise pasienter dit, eller også å selv ta kontakt for å søke råd og veiledning. Informantene opplever denne kontakten som mye mindre formell og forpliktende. Det er ikke den samme papirmøllen som i barnevernet. Det er heller ikke så skummelt. I de tilfellene der det er bekymring for barns omsorgssituasjon, forsøker informantene alltid å motivere mødrene til at en ansatt fra familiehuset kan bli med på en samtale.

D2: Når du begynner å snakke om barna, er det godt å kunne nevne familiehuset i stedet for barnevernet. Det skremmer ikke på samme måten.

D2: Det at det heter familiehuset. At det er en støtte til hele familien. Mens barnevernet derimot. Åh, skal de ta fra meg ungene nå. Men dette med familiehuset er mer ufarlig.

D3: Da kan vi legge det litt bak oss. Da kan de vurdere om familien trenger mer hjelp, for eksempel fra barnevernet.

D1: Men da er ikke det med barna lenger vårt bord. Da kan vi konsentrere oss om de voksne brukerne. Da er det familiehuset som tar den biten videre. Vi bevarer tryggheten og tilliten. Da er det lettere for oss å jobbe videre med det vi skal.

Informantene synes Familiehuset er en fin ordning fordi den gjør det mulig å både sørge for at barna blir ivaretatt og å bevare en god relasjon til moren. På den måten kan begge parter få hjelp.

2.4.3 Oppsummering

For informantene oppfattes det å ha en god relasjon til mødrene som helt avgjørende for det arbeidet de skal gjøre. For å kunne etablere en god relasjon, eller allianse, er informantene avhengige av at mødrene har tillit til dem. Å bringe inn temaer i samtalen som kan skape mistillit, oppfattes som en trussel mot den gode relasjonen. Det ligger en stor risiko i dette fordi det kan føre til brudd i kontakten, noe som igjen kan gjøre at mødrene ikke får den hjelpen og støtten de har behov for.

2.5 Respekt for mødrenes private sfære

Omsorg for barn regnes i vår kultur først og fremst å være foreldrenes oppgave. Det skal mye til før vi bryr oss med hvordan andre oppdrar sine barn.

På hvilke måter kan det å skulle vise respekt for mødrenes private sfære gjøre det vanskelig for informantene å snakke om barna?

Hvordan opplever informantene at det er å skulle melde bekymring til barneverntjenesten?

2.5.1 En type bluferdighet i forhold til å bryte seg inn i folks privatliv

Flere informanter beskriver et følelsesmessig ubehag knyttet til det å skulle snakke med mødrene om barna deres. De formidler at de først og fremst oppfatter barnet som morens

ansvar og at det vil være sårt og vanskelig for henne dersom noen stiller spørsmål ved om hun er i stand til å ta dette ansvaret. Informantene oppfatter også at mødrene ikke ønsker at andre mennesker skal få kjennskap til hvordan det står til i hjemmet. En informant (E2) understreker at hun synes det er viktig å passe på at pasientene får beholde en form for blyghet, at de ikke utleverer seg helt. En annen (F2) forteller at på hennes avdeling er det mange som mener pasientene først og fremst kommer for søvn og hvile, og at de ansatte utelukkende skal forholde seg til det, og ikke begynne å rote i alt mulig annet.

En informant (C3) sier at barn er et veldig sårbart og privat tema pasientene ikke er vant til å bli spurt om. Hun understreker at dersom hun skal snakke med en pasient om barna hennes, må hun føle seg helt sikker på at det er en god grunn til å gjøre det. Hun gir også uttrykk for at det vil være svært viktig for henne at moren forstår hvorfor temaet blir tatt opp. Hun ønsker ikke å bli oppfattet som en som bryr seg med noe hun ikke har noe med.

En annen informant (C1) forteller hvordan hun ofte blir sterkt berørt når hun hører om den vanskelige livssituasjonen mange av pasientenes barn befinner seg i, og at hun føler trang til å gjøre noe for barna. Samtidig er hun redd for å begynne å rote i det, redd for å sette i gang prosesser. Derfor holder hun ofte disse tankene for seg selv. Hun gir også uttrykk for at hun tror mange av hennes kolleger har det på samme måten, at de i sitt stille sinn tenker mye på barna, men at de ikke sier noe om det.

Derfor er barnas situasjon et tema mange av informantene ikke snakker med mødrene om før de føler hun har tillit til dem og de tror hun kan takle det.

2.5.2 Å unngå urettmessige inngrep i andres liv

Informantene bruker mye tid på å reflektere rundt sitt samarbeid med barneverntjenesten. De fleste informantene gir uttrykk for at de ser på barnevernet som en viktig samarbeidspartner. De betrakter det som en ressurs og sier det ofte føles som en stor lettelse når barnevernet kommer inn i en sak. Det er godt å ikke stå alene med ansvaret. Informantene legger stor vekt på å få fram alt det positive barneverntjenesten kan bidra med for den enkelte familie. De sier det er et helt annet barnevern nå enn det var for noen år siden. Før var det

bare sånn at barnevernet kom og tok barna. Sånn er det ikke lenger. Nå hjelper barnevernet heller til med ulike tiltak. Informantene mener det er mange familier som ville hatt stor glede av å få hjelp fra barnevernet.

Samtidig synes dette positive synet å være preget av en form for ambivalens. På den ene siden oppfattes barnevernet som en ressurs og informantene sier de ønsker at mødre som trenger det, skal ta imot hjelp og støtte derfra.. På den annen side kommer det tydelig fram at informantene opplever det svært vanskelig å skulle være den som tar initiativet til at en slik kontakt opprettes. Det er noe de helst vil slippe. De vil derfor helst at mødrene gjør det selv. I de sakene der mødre selv er motivert for å ta kontakt, opplever informantene at alt er veldig greit. En av dem (B2) gir uttrykk for at hun tenker det er en styrke for en mor å vite at hun selv tok kontakt med barnevernet, at det ikke var noen som meldte henne. Andre ganger må informantene bruke mye tid og krefter på å overbevise mødrene om at det vil være veldig bra for dem å ta kontakt med barnevernet. En informant (A1) forteller at hun i noen tilfeller kan bruke år på å motivere en mor til frivillig å ta imot et slikt tilbud.

Informantene er opptatt av hvordan de på en skånsom måte kan bidra til at det opprettes en kontakt mellom mødrene og barneverntjenesten. For å oppmuntre mødrene til selv å ta initiativ, forteller mange av informantene hvordan de legger vekt på å formidle barnevernet som en ressurs, en god hjelper. De fokuserer på mulighet til økonomisk støtte eller at barna kan få hjelp til å fungere bedre på skolen. Samtidig unnlater de å nevne den kontrollfunksjonen barneverntjenesten også har. Den vil de helst at barnevernet selv formidler. Informantene mener det på denne måten blir lettere for mødrene å ta imot hjelp.

A1: Det er det som er spennende med denne jobben fordi vi samarbeider så tett med barnevernet. Å ha den gode tilliten til å kunne gå sammen og melde dette til barnevernet. Det er en terskel for folk. Da skal du ha en du er trygg på som formidler at jeg skjønner at du som mor vil barna dine så vel. Jeg er mor selv og kan sette meg inn i det. Å få en mamma til å innse at det beste hun kan gjøre er å ta imot noe hjelp når hun ligger nede. Men det er kjempevanskelig. Det er noe som heter godt nok, og så er det noe som er under det. Det holder ikke mål. Jeg tenker de fleste som er der vet det selv. Det er noe med å være med dem i den erkjennelsen av at de faktisk trenger hjelp. Det blir en slags medvandring. Støtte dem masse på at de gjør så godt de kan. For det gjør de. Det gjør de jo. Det opplever jeg at de gjør.

A3: Jeg merker jeg er veldig lojal i forhold til barnevernet i de sakene der jeg har vært inne og motivert mødrene til å ta kontakt med barnevernet. De er en viktig samarbeidspartner. Man skal ikke drive og rakke ned på hverandre. Jeg prøve å si at det er et helt annet barnevern nå enn det var for noen år siden. De kommer ikke bare og tar ungene. De kan gå inn der og hjelpe til med samspill og de er jo en ressurs.

A2: De kan hente barna.

A3: Ja de kan. Det er sånn skremsel. Før bare hentet de ungene og tok dem med seg. Det er så mye mer enn det nå.

Jeg: Har dere et godt inntrykk av barnevernet? Hvordan samarbeider dere?

A2: Jeg og A1 har henvist mange til barnevernet og det synes jeg fungerer bra.

A1: Det synes jeg også.

A4: Vi jobber også med et bedre og tettere samarbeid.

I de tilfellene mødrene selv ber om å få hjelp, sier informantene at de opplever kontakten som ufarlig og de synes det er fint å samarbeide med barneverntjenesten. De sier det er lett å prate med dem og de opplever samhandlingen som god. Spesielt opplever de det greit dersom saken kommer til en barnevernskurator de kjenner godt fra før. Da er det åpenhet. Alt kan snakkes om. Da stikker de innom kontoret og ”deler noen ord” (B1), tar en uformell telefon eller legger en lapp i hylla. En av informantene (B2) gir uttrykk for at hun da glemmer at kuratoren faktisk kommer fra barnevernstjenesten.

Flere av informantene gir uttrykk for at de er redde for ikke å bli tatt på alvor av barnevernstjenesten dersom de melder en bekymring. De er redde for ikke å bli trodd eller at de har tatt feil, at barnevernet ikke vil se det samme som dem. Flere sier de synes det er litt skummelt å melde inn til barnevernet. Da får de et brev tilbake og blir bedt om å redegjøre ytterligere. Det liker de ikke å gjøre.

A1: Det er litt sånn skott mot barnevernet. Det er litt sånn skummelt å melde inn for du skal stå for ett eller annet. Du får et brev tilbake der du skal redegjøre ytterligere. Det er litt utrygt. Du skal ha ryggen fri. Kan jeg ha sagt noe galt? Det er noe der som er vanskelig. Og så får du ofte ikke vite noe tilbake.

Den samme informanten forteller om et møte hun hadde med barneverntjenesten der moren selv tok initiativ til å fortelle om sine psykiske plager. For informanten var dette en stor lettelse. Hun ga uttrykk for at det ikke ville vært troverdig på samme måten om det hadde vært hun som fortalte det.

Informantene liker ikke når samarbeidet med barneverntjenesten blir for formelt. Flere forteller at de har opplevd å bli avvist når de retter en uformell henvendelse, at de har blitt bedt om å levere en skriftlig bekymringsmelding. Informantene gir uttrykk for at de ikke liker å bli bedt om dette. De kaller barnevernet for papirmølle eller skjemabarriere. De synes det er vanskelig å måtte stå inne for bekymringene på en så konkret og eksplisitt måte. En informant (B2) sier hun ikke synes det er lett å få satt ned på et ark konkret hva som er bekymringen. En annen (D1) sier hun prøver å trekke seg litt unna for at foreldrene skal bli tvunget til å si det selv. Hun ønsker ikke å være den som skal peke på alt som er negativt og som ikke fungerer.

A1: Jeg er så lei av disse skjemabarrierene. Jeg er så mye mer glad i å gå opp på kontoret og ha med meg vedkommende. Jeg sier ofte til brukerne at jeg kjenner en der oppe i barnevernet. Så presenterer jeg det som mulighet til å få økonomisk hjelp. For eksempel støtte til barnehageplass. Det er en edruelig og kjekk måte å få kontakt på. Det er en måte å komme opp på uten at det blir skrevet bekymringsmelding. Så sier de ofte på barnevernet at de har en kontrollfunksjon og at nå åpner vi en sak på deg. Det er vår plikt. Men ofte blir det bare økonomiske tiltak. Avlastning eller barnehageplass.

A2: De vil jo helst ha det skriftlig. Når jeg prøver å lure en bruker opp, får jeg ofte beskjed om at de helst vil ha det skriftlig.

Når det settes krav om formelle henvendelser, gir informantene uttrykk for at de føler seg utrygge på hvilken agenda barnevernsarbeideren egentlig har, at de ikke vet hvordan ansatte i barneverntjenesten arbeider og hvordan de tenker. Informantene mener de ”veier sine ord på gullvekt” (B2) eller ”beskytter seg veldig” (D2). Den eneste måten de kan få innblikk i barnevernets arbeid på, er gjennom å spørre mødre. Ofte opplever de imidlertid at de svarene de da får er farget av en skepsis hos moren i forhold til at psykiatrien og barnevernet skal samhandle for tett. Flere informanter gir uttrykk for at det i slike saker er ting de burde visst, men som de ikke får greie på. De sier de selv kunne gjort en bedre jobb i forhold til pasientenes barn dersom de hadde visst mer.

Det er også informanter som gir uttrykk for at de synes det er greit at barnevernet ikke melder så mye tilbake. At når de har meldt, er det ikke så mye mer de selv kan gjøre med en sak. De vet at det som videre blir gjort er til barnets beste. Det viktigste for dem er vissheten om at barnet er ivaretatt. Så kan de konsentrere seg om mor og hennes behov.

2.5.3 Å skulle melde mot morens vilje

En vanskelighet mange er inne på, er de tilfellene der det er stor bekymring for barna, men hvor mødrene ikke ønsker at barneverntjenesten skal kontaktes. Da blir det som en av informantene (B1) sier, ”sånne skott”. Da blir det vanskelig. Det ”skaper og setter i gang mye hos brukerne. Hele spekteret med følelser kommer” (D1).

Samtlige informanter gir uttrykk for at de er klar over den plikten de, som helsearbeidere, har til å melde sin bekymring til barneverntjenesten i tilfeller der det er grunn til å tro at barn utsettes for omsorgssvikt. De gir også uttrykk for at det er noe de bare må gjøre. De må tåle å stå i det selv om det er vanskelig. Å la være vil være en forsømmelse. Men det er ikke lett. De opplever mange dilemmaer. De fleste forteller at de utsetter i det lengste å sende en slik melding. Ofte tenker de at det allerede har gått så lang tid. At det spiller liten rolle for barnet om de venter litt til for å se om de kan få moren med på det frivillig. Så slipper de å oppleve at moren bryter relasjonen.

D1: De tilfellene mødrene verken vil ta imot hjelp eller ser at de trenger det. Hvor du faktisk må si fra.

Jeg: Hvordan er det?

D1: Det er ikke alltid like all right. Det er en vanskelig avgjørelse. Det er et stort skritt å ta å henvende seg til barnevernet.

D3: Vi kan få reaksjoner. Mødrene kan bli sinte. Ofte går det seg til etter hvert. Når de ser at det ikke var så farlig.

D1: Det kommer alltid reaksjoner når du går inn på noe sånt.

D2: Jeg sendte bekymringsmelding en gang. En kollega sa jeg bare måtte gjøre det. Familien slet veldig. Jeg snakket litt om at de trengte hjelp til ungene. Klarte ikke å se på det. Jeg hadde et veldig godt forhold til familien. Etterpå ble det helt annerledes. Det ødela veldig. De ble veldig skeptiske. De sa de ikke hadde trodd jeg var sånn. Jeg grudde med veldig for jeg visste det ville bli sånn. Det hender du må gå så langt som det for du har jo en plikt til å gjøre noe med det.

En av informantene (A2) gir uttrykk for at loven gir en trygghet i saker der det ikke er i tvil om at det er omsorgssvikt. Samtidig er det ofte vanskelig å avgjøre når det ikke er tvil.

Informantene sier det er svært sjelden de faktisk sender en slik melding. Noen har aldri meldt

mot morens vilje. En av dem (F2) sier hun skulle meldt fra mye oftere enn de gjør. Når hun først går til et slikt skritt har hun gått så mange runder med seg selv at hun føler seg helt sikker på at hun har gjort det som er riktig.

A2: I de få tilfellene det har skjedd meg, har det vært greit. Jeg har vært trygg på at det har vært det rette å gjøre. At uansett, her må barnevernet inn. Men det er jo sjelden det er så ille. At det ikke er noen annen utvei. Ellers så tenker jeg at vi kan være i tvil. At vi kan se at det hadde vært nyttig om barnevernet kom med råd. Men når moren sier nei, melder vi det ikke.

A1: Det er noen tilfeller jeg synes er vanskelige. Når jeg er bekymret, men det allerede har gått så lang tid. Samtidig mener jeg man vinner mye på å slippe den plikten, å være nødt til å si at her må jeg bryte relasjonen til deg. Her er barna dine viktigere enn deg.

A2: Så kommer det an på hvor mye barnevernet går sammen med deg. I noen saker ser barnevernet det samme som oss. I andre tilfeller gjør de ikke det.

2.5.4 Oppsummering

Slik jeg forstår informantene, har de stor respekt for pasientenes private sfære. Flere gir uttrykk for at de føler et ubehag ved å skulle ta initiativ til å snakke med mødre om barna. De opplever også en stor ambivalens i forhold til det å ha kontakt med barneverntjenesten. Denne ambivalensen kommer blant annet til uttrykk i måten de snakker med mødre om barneverntjenesten på. De idylliserer noe og unnlater å trekke fram annet.

2.6 Informantenes private syn på mor - barn relasjonen

Å være mor oppfattes i vår kultur som en viktig del av en kvinnes identitet.

Hvilken betydning har informantenes private syn på mor – barn relasjonen for hvordan de snakker med pasientene om barna deres?

Hvilken betydning har det at de selv er mødre?

2.6.1 En helt spesiell relasjon

I sine refleksjoner tillegger informantene relasjonen mellom mor og barn stor betydning. De følelsesmessige båndene som er mellom en mor og hennes barn er helt spesielle. De er preget av en type nærhet og følsomhet som gjør at den omsorgen mødre kan gi er av en helt annen kvalitet enn fedres omsorg.

C1: Fra du blir født. Du har et spesielt bånd til mor.

C2: Tenker det er moren som har den viktigste omsorgsoppgaven. At mor forsvinner blir sett på som verre.

Informantene gir uttrykk for at de mener mødre er mer opptatt av hvordan barna har det enn det fedre er. Derfor opplever de også at det er mye lettere å snakke med en mor om hvordan det går med barna hennes enn det er å snakke med en far. Fordi mødre er mer vare og følsomme enn fedre, har de lettere for å forstå. Det er lett å prate med mødre, det blir mer naturlig. En informant (D2) reflekterer over at det kanskje ikke nødvendigvis er slik at mødrene er mer opptatt av barna sine enn det fedre er, men at de ulike måtene hun møter foreldrene på, kanskje heller handler om hennes egne forventninger. At hun tenker mer på hvordan det går med barna når hun snakker med en mor enn når hun snakker med en far.

D1: Det er jo ofte mor som er den tetteste og har mest kontakt med barna. Veldig ofte er det sånn.

D2: Jeg tror mor lettere tar det opp. Det er ikke så ofte faren er opptatt av det. At det kan være veldig forskjellig hvordan en mor og en far framstiller barnas situasjon.

D1: Der kommer den forskjellen mellom mann og kvinne inn. Damer er mer følsomme og vare for når barna ikke har det bra. Når vi har mor, er det størst mulighet til å få gjort noe med disse tingene.

D2: Fedre vil ofte framstå som at dette går bra. Mødre er mer til å krisemaksimere. Mødre snakker mer om det og er mer opptatt av det generelt.

D1: Det er lettere å prate med mor om det. Føler ofte det. Stor forskjell på å prate med en mor og en far. Det blir mer naturlig. For mødre er det så naturlig å prate om det med barn og å være opptatt av barna. Det er litt andre temaer menn tar opp. Du kommer ikke sånn innpå dem.

D2: Tenker det kan ha noe med min forutinntatthet å gjøre også. At jeg tenker mer på ungene når jeg snakker med en mor enn med en far.

D2: Men vi ser jo også plasser der fedrene tar veldig mye ansvar. At de følger veldig opp.

D1: Samtidig er det ikke like lett for dem å innrømme at de trenger hjelp.

Morsrollen står i en særstilling. En informant (C3) sier at det å være mor er en så viktig del av en kvinnes identitet at hun alltid vil være opptatt av barna sine, selv når hun er psykotisk. Dersom en mor gir uttrykk for noe annet, vil informanten tenke at det gjør hun fordi hun er syk. En annen informant (B2) er inne på mye av det samme. Hun mener at når mødre trekker fram at de ikke greier å ta seg av barna sine på en ordentlig måte, henger det heller sammen med at sykdommen gir dem dårlig selvfølelse og får dem til å tro at de ikke er gode nok til noe, enn at de faktisk ikke strekker til som mødre. Derfor snakker hun ikke med dem om hvordan de selv mener de er utilstrekkelige. Hun legger heller vekt på å rose dem og støtte dem og vise dem at hun synes de er bra som de er.

Også en annen informant er inne på at det kan være den psykiske lidelsen som gjør at disse mødre har lettere enn andre mødre for å tenke negativt rundt morsrollen sin. Hun mener pasientene ikke er dårligere enn andre mødre og sier det er helt normalt at mødre føler de ikke duger. For å hjelpe pasientene ut av dette negative tankemønsteret, trekker hun sammenlikninger mellom den uro pasienten uttrykker og sine egne erfaringer som mor. Hun synes det er viktig at hun som kvinne og mor kan fortelle hvordan andre mødre opplever det og på den måten bidra til å normalisere pasientens følelser av utilstrekkelighet.

Flere informanter forteller hvordan de alltid forsøker å se det beste i sine pasienter, å legge vekt på det som er friskt. Når de skal definere nærmere hva dette friske er, nevner de fleste nettopp morsrollen og alt det gode pasientene gjør for barna sine. En informant (B2) sier at hun ser så mye bra hos mødre at hun nesten ikke tror det som ikke er bra, selv om hun intellektuelt sett vet at det kan være noe. Også andre informanter legger stor vekt på å understreke hvor glade mødre er i barna sine, at barna er det kjæreste de har og at mødre alltid bare vil det beste for dem.

2.6.2 En stor sårbarhet

Samtidig som informantene ønsker å normalisere det mødrene sier om utilstrekkelighet, viser de stor forståelse og medfølelse for den sårbarheten og smerten som er knyttet til det å ikke være en god nok mor. De forteller at mange av pasientene kjenner mye på dette. At de har mye dårlig samvittighet, kjenner nederlagsfølelse og skam og at dette er noe de helst ikke vil snakke med andre om. Derfor unnlater de ofte å snakke om det de er bekymret for og sier i stedet ofte at ting går greit, at barna har det bra. De ønsker ikke at hjelpeapparatet skal få innsyn i at de ikke mestrer morsrollen.

D1: Det er en terskel for mange å ta imot hjelp til barna. Sårbart.

D3: Veldig sårbart. De føler seg som litt dårlig mor.

D2: Ungene er en del av dem.

Flere informanter sier de som fagpersoner opplever at det er tøft å se mødrene i så sårbare situasjoner. De forteller om familiesamtaler de har vært med på, der barna har turt å være ærlige og si hvordan de opplever at det er å leve sammen med den syke moren. Selv om mødrene i utgangspunktet har ønsket slike samtaler, har samtalene vært tøffe og utfordrende, både for mødrene og for informantene. Ofte har det kommet fram helt andre historier enn det mødrene på forhånd har fortalt. Informantene har følt at mødrene helt mister ansikt i situasjonen. Å skulle ivareta alle når forholdene er slik, opplever de som vanskelig.

En informant (A4) er inne på noe hun synes er spesielt vanskelig. Hun opplever at det er en del mødre som har kommet til kort på så mange områder i livet at barna er det eneste de har igjen. Informanten opplever disse mødrene som svært sårbare. Hun synes det er vanskelig å skulle ta fra dem det siste de har.

A4: Jeg opplever at det er ikke alle som vil involvere ungene sine. Jeg tenker det er en del som har den oppfatningen at morsrollen har jeg i alle fall fått til. Den skal ingen tukle med på en måte. Det er så mange ting i livet jeg ikke har fått til opp gjennom. Ikke rør det jeg gjør med ungene mine for det er riktig. Det er det eneste jeg får til. Og da er det en stor terskel å komme innenfor.

2.6.3 Det å være mor selv

Mange av informantene gir uttrykk for at det at de selv er mødre, er til stor hjelp og nytte når de skal snakke med pasientene om morsrollen. De har mange erfaringer og eksempler fra eget liv de da kan trekke veksler på i samhandlingen. Noen informanter forteller hvordan enkelte mødre ønsker å bruke dem som veiledere i forhold til det å være mor. Dette er en rolle de gjerne tar på seg. Flere gir uttrykk for at de ikke vet hvordan de hadde greid å gjøre denne jobben dersom de ikke hadde hatt egne erfaringer å trekke veksler på.

A2: Når vi snakker med mødrene er vi veldig ydmyke. Alle her har barn selv. Vi vet mye om det å ha barn og ha en familie. Vi er ikke noen verdensmestere vi heller. Vi stiller oss ikke opp på en pidestall. Vi er ydmyke. Det tror jeg brukerne våre merker.

A4: Vi snakker fag, fag alt vi kan. Men jeg tror det er kjempeviktig at vi er mødre selv. Det er noe du har som er fellesnevner. Vi kan jo ikke gå inn og skjønne lidelsen fullt ut. Men et at de er bekymret for barna sine, det kan vi forstå. Det har jo vi også vært. Der kan vi møtes. Det har jeg brukt flere ganger. Om jeg ikke går inn i detaljer, så sier jeg at jeg også har vært livredd. Ungen min har vært syk. Så kan vi i alle fall møtes der. Det tror jeg er viktig.

En av informantene (D1) forteller at hun har fått et helt annet forhold til sine pasienters barn etter at hun selv ble mor. Informanten beskriver hvordan hun ofte sammenlikner med egne barn når hun skal vurdere hvordan omsorgssituasjonen til pasientenes barn er. Hun tenker at det skal være de samme standardene som gjelder for disse barna som for hennes egne. En annen informant (B2) forteller at hun hele tiden tenker på sine egne barn når hun snakker med en pasient om hennes. Ofte sammenlikner hun og sier at hun også har barn som ikke bare er enkle. Hun gir pasienten rett i at det er slitsomt å ha barn. Sånn er det for alle. Hun bruker egne erfaringer til å normalisere. Informanter som ikke har barn forteller at de kan sitte med mye av de samme følelsene i slike møter. De har tantebarn eller andre barn de har god kontakt med og forteller at de ofte sitter og sammenlikner med hvordan disse barna har det.

Informantene oppfatter i det hele tatt det å normalisere som en viktig del av jobben sin. De forteller at de sier til pasientene at det er helt normalt å være syk i perioder og at alle kan ha behov for hjelp i blant, at sånn er det for de fleste. På den måten håper de mødrene lettere vil akseptere situasjonen. De prøver å ufarliggjøre den så den ikke skal bli så skummel.

Å være mor selv er ikke bare en ressurs når det gjelder å forholde seg til barna. Informantene beskriver hvordan det at de selv er mødre også gjør dem i stand til å forstå pasientenes følelser på en helt annen måte. De fleste er inne på at selv om de i perioder synes de strever mye med egne barn, hadde de reagert kraftig dersom noen hadde stilt spørsmål ved hvordan de oppdro barna. De har ikke problemer med å forstå at det må føles som et forferdelig og knusende nederlag å bli kontaktet av barneverntjenesten. Det er et tema som berører dem sterkt. Flere sier at det rører ved noe inne i dem, at det berører dem både som kvinner og som mødre.

Flere av informantene beskriver hvordan de opplever å ha mange felles treffpunkter med sine pasienter. Morsrollen fungerer på den måten som et middel til å etablere en helt spesiell type felles forståelse mellom de to kvinnegruppene. Skillet mellom dem viskes ut. Relasjonen får preg av å være et møte mellom kvinner som på mange måter er i samme båt. Det å dele de samme erfaringene gir dem en helt spesiell mulighet til å forstå hverandre. Informantene trekker spesielt fram den redselen alle kvinner har for ikke å være god nok mor. Informantene sier de alle har den følelsen innimellom og at det ikke er noen god følelse. En av informantene (F2) sier de fleste mødre nok også føler en slags sorg over ikke å ha blitt den moren de hadde tenkt de skulle bli. Som en av informantene sier (F1), er det ingen av dem som føler seg som eksperter på dette området.

F2: Jeg er småbarnsmor. Har kjent på masse utfordringer i forhold til det. Jeg opplever meg selv som en ressurssterk dame. Men har til tider knelt i den prosessen det er å være småbarnsmor. Og synes det har vært kjempeutfordrende. Det er samfunnet i dag. Med så mye fokus på foreldrerollen og på vellykkethet. Og det at alt blir snakket om i dag. Så tenker jeg. Hvis du er helt i den andre enden. At du for eksempel er så deprimert at du ikke orker å stå opp. Rollene har forandret seg helt hjemme. Jeg kan kjenne på noe av det der. Jeg vet at det ikke kan sammenliknes med hvor kjørt jeg var. Jeg syntes jeg var knegåen, men har sikkert bare vært på overflaten. En liten erkjennelse og forståelse. Jeg har kjent på hvor sårbare ting det er. Man er så vanvittig sårbar. Hvis noen pirker borti den morsrollen din. Det gir meg noen tankekors om hvor vanskelig det må være for dem. Fordi de allerede er stigmatisert fordi de har en psykisk lidelse. Jeg synes ofte det er utfordrende rett og slett. Ikke til å unngå at det rører opp i en del følelser hos en selv. Det skal man i hvert fall være klar over. At det gjør det er nødvendigvis ikke galt. Men man må greie å sortere.

Det å dele så viktige erfaringer skaper også følelsesmessige bånd. Mange av informantene forteller om pasienter de har hatt kontakt med i lang tid og som de etter hvert er blitt veldig glade i. Informantene forteller at de merker at de har følelsesmessige bånd til mødrene og synes det gjør det vanskelig å skulle kritisere dem for noe. De ser jo så mye som er bra.

Samtidig som egne erfaringer oppleves som nyttige referanser, både i samtale og i refleksjon, og også kan bidra til å skape følelsesmessige bånd, er informantene nøye med å understreke at det er en grense for hvor langt de vil gå i å sammenlikne seg med pasientene. En av dem (E2) sier hun ikke vil sitte der og være opphøyet til noe annet. Hun vil være likeverdig med pasienten. Likevel mener hun det er en forskjell. Hun synes det er en vanskelig balanse. Flere av dem formidler at selv om de i perioder synes det kan være slitsomt og frustrerende å være mødre, betrakter de seg selv som ”en ressurssterk dame” (F2), ”innenfor godt nok prinsippet” (A1) og at de ”heldigvis aldri har vært der” (A4).

2.6.4 Oppsummering

Informantene tillegger mor – barn relasjonen stor betydning. Det viktigste er de følelsesmessige båndene som er av en helt spesiell type og som gjør at en mor alltid vil være opptatt av barna sine samme hvor syk hun er. Det kan synes som om flere av informantene mener morsrollen ikke lar seg påvirke av sykdommen. Som mødre er pasientene intakte. Informantene legger stor vekt på betydningen av egne erfaringer som mødre, både fordi disse erfaringer gjør det lettere for dem å forstå mødrene og fordi de kan bruke egne erfaringer som bakgrunn for faglige vurderinger.

2.7 Informantenes forståelse av mødrenes psykiske lidelser

I hvilken grad har informantenes forståelse av mødrenes psykiske lidelser betydning for måten de snakker med dem om barna på?

På spørsmål om de mener mødrene er for syke til å kunne snakke om barna, eller om det er en fare for at de kan bli sykere av en slik samtale, gir informantene uttrykk for noe ulik forståelse. En av dem (D1) sier at familieting ofte gjør sykdommen verre og at det derfor er viktig for å gjøre moren frisk at hun tenker helhetlig. Andre informanter mener det vil kunne

være godt for mødrene å få satt ord på et problem som sikkert opptar dem mye. Andre er redde for at det kan vekke mye dårlig samvittighet hos mødrene og på den måten bidra til at situasjonen blir verre. Det er også noen informanter som nevner at selv om mødrene ikke blir sykere, kan sykdommen gjøre at det er vanskelig for dem å delta i slike samtaler. Sykdommen kan også gjøre mødrene svært skeptiske, noe som kan gjøre det vanskelig for informantene å snakke med dem om barna fordi mødrene da helt kan miste tilliten til dem. Da er det viktig å gå varsomt fram og ikke gjøre for mye skade. Dersom tilliten blir enda dårligere, kan det gå ut over morens helse. Ekstra vanskelig er dette i tilfeller der moren selv mener hun gjør alt med barna riktig.

D2: Det kan være noen som kanskje ikke helt klarer å innse at de trenger hjelp. De var et tilfelle der det var veldig vanskelig å få moren til å forstå. Hun avviste hele tiden. Vi fikk egentlig snakket veldig lite om det.

D1: En del har alvorlige lidelser. De lever litt i sin egen verden på en måte. Det er vanskelig for dem å forstå.

D2: De føler de ikke har kontroll i sitt eget liv. Og at de ikke har kontroll over barna. Veldig sårt. Det kan svinge veldig. De kan være åpne og realistiske i gode perioder. Når de blir dårligere, blir sannheten vridd. De tror vi er ute etter dem. De ser ikke hvordan det egentlig er i det hele tatt.

D2: Målet vårt må ikke være å få det til å fungere perfekt. Men at de skal kunne fungere noenlunde tilfredsstillende og stabilt i hverdagen. Livskvalitet. Vi har litt store ambisjoner en del tilfeller. Kan slite oss ut med å prøve å gjøre ting og så er ikke brukeren der i det hele tatt. Det å være der hvor brukeren er til enhver tid. Vi er i en prosess og de er i en prosess

En av informantene (C3) gir uttrykk for at hun synes mødrene ofte er så skjøre, og at hun derfor er redd det kan bli for tøft for dem å snakke om barna. Som psykisk syke er mødrene allerede i en svært vanskelig livssituasjon og hun ønsker derfor ikke å skulle belemre dem med enda mer. Samtidig reflekterer hun over hvor viktig det er for en mor å vite at barna hennes er ivaretatt på en ordentlig måte. Hun forteller også om erfaringer fra en tidligere arbeidsplass, der det var vanligere å snakke med pasientene om barna deres. Erfaringen fra denne arbeidsplassen var at de fleste pasienter uttrykte lettelse over at de profesjonelle gjorde barna til et samtaletema.

Også en av de andre informantene (F1) forteller at hun har erfart at mødre har formidlet at de syntes det var godt at de profesjonelle tok initiativ til å snakke med dem om barna. Det var mødre som var bekymret for barna sine, men som samtidig opplevde at det å selv skulle ta initiativ til å snakke med de profesjonelle om barna, var noe som var altfor tungt og vanskelig

for dem å håndtere. Mødrene opplevde det som en lettelse at det endelig var noen som torde å ta tak i situasjonen. De følte de endelig ble tatt på alvor og at det var godt at det var fagfolk som vurderte situasjonen og bestemte hva som var nødvendig å gjøre.

En informant (F2) gir uttrykk for at hun ikke tror mødrene blir sykere, men at hun i en del tilfeller har erfart at mødrene var for syke til å kunne ta inn over seg hvilke konsekvenser sykdommen har for barna deres. Samtidig er hun av den oppfatning at ingen egentlig er or syke til å snakke om barna sine. Morsrollen er noe som alltid er der og som mødrene gjerne vil snakke om. En annen informant (F1) gir uttrykk for et liknende syn. Hun ser på morsrollen som en frisk del av pasienten, en del som egentlig ikke blir påvirket av sykdommen.

F2: Morsfølelsen får du fram samme hvor psykotiske de er. Spørsmålet er hvor lenge du greier å fange dem i kontakten.

F1: Alt er ikke sykt. Man har en morsrolle og omsorg for barna sine uansett hvor syk man er.

Flere av informantene er inne på liknende synspunkter. At morsrollen er noe som er der og som man kan forholde seg til uavhengig av sykdommen. Noe trygt og stabilt som ikke lar seg røkke ved.

2.8 Sammendrag av analysen

Jeg vil i det følgende presentere det jeg oppfatter som analysens sentrale funn.

Samtlige informanter gir uttrykk for at de oppfatter det å snakke med psykisk syke mødre som en naturlig del av deres yrkesrolle. Flere gir uttrykk for at de mener at de arbeidsoppgaver de har, og de rammene oppgavene utføres innenfor, er av en slik karakter at det vil være mest naturlig at det nettopp er de som påtar seg denne oppgaven. Som kvinner opplever de også at det er lett å snakke med mødrene om barna deres, barn er et tema alle mødre er opptatt av og interessert i å snakke om.

De aller fleste informantene opplever også at de faktisk snakker med pasientene om barna deres. Slik jeg forstår informantene, dreier disse samtalene seg for det meste enten om en form for kartlegging i forbindelse med etablering av første kontakt, eller som en type uformell samtale på et ganske generelt nivå, i den hensikt å bli bedre kjent med mødrene.

Det synes imidlertid ikke å være så vanlig at disse første, innledende samtalene følges opp med mer konkrete samtaler med mødrene om deres foreldrefungering. Slik jeg forstår informantene, er de både villige til og interesserte i å gjøre dette. Samtidig synes de å oppleve en stor ambivalens knyttet til den praktiske gjennomføringen. Det er som om det er noe som holder dem tilbake, eller bremser dem i forhold til å skulle gjennomføre slike samtaler.

Informantene nevner flere forhold som kan forstås å virke som slike bremser.

Informantene sier slike samtalene ikke må skje på bekostning av det de forstår som sine egentlige arbeidsoppgaver. I det ligger både hensynet til praktiske rammebetingelser og hensynet til hvordan mødrene kan komme til å reagere på samtalene. Mangel på faglig kunnskap og konkrete hjelpemidler er et annet forhold. Informantene opplever også en forpliktelse i forhold til å respektere pasientenes rett til privatliv og til ikke å bli utsatt for urettmessig myndighetsutøvelse.

Informantene legger stor vekt på betydningen av å ha allianse med pasientene. Alliansen oppleves imidlertid motsetningsfull. På den ene siden er alliansen nødvendig for å kunne snakke med mødrene om barna. På den annen side kan nettopp det å ta opp spørsmål rundt barnas situasjon være det som ødelegger alliansen.

Informantene tillegger mor- barn relasjonen en helt spesiell betydning. De gir uttrykk for at mødre alltid vil være glade i barna sine, samme hvor psykotiske de er. Derfor er det også veldig sårbart for en mor å ikke mestre morsrollen. Samtidig forteller informantene at de godt kan kjenne seg igjen i mødrenes situasjon. De opplever selv mange problemer i forhold til egne barn.

Informantene forteller hvordan de bruker egne erfaringer i forhold til mødrene. De skjønner ikke hvordan de skulle greid denne jobben hvis de ikke hadde hatt barn selv.

Informanten tror de fleste mødre ikke er for syke til å snakke om barna sine. Det kan imidlertid hende at sykdommen gjør dem skeptiske og at de dermed blir vanskelige å samarbeide med.

3.0 Teoretisk diskusjon

I dette kapittelet vil jeg bruke de to teoretiske perspektivene ”Relasjonens betydning i profesjonelt arbeid med mennesker” og ”Kulturelle forestillinger knyttet til morsrollen” til å diskutere aktuell data fra ananlysematerialet.

3.1. Relasjonens betydning i profesjonelt arbeid med mennesker

En interessant observasjon i analysen av materialet er den nærheten informantene synes å ha til sine pasienter. De forteller hvordan de ofte blir følelsesmessig glade i mødre de har kontakt med over lang tid, og at det er tøft for dem å se når mødre mister ansikt. Informantene beskriver hvordan de lett kan kjenne seg igjen i mødrenes sårbarhet fordi det er en sårbarhet alle kvinner deler, sorgen over å ikke å ha blitt den moren man hadde tenkt man skulle bli. Det er som om informantene føler seg knyttet til mødre med personlige bånd, bånd som på mange måter er svært like de emosjonelle og nære båndene som holder folk sammen i privatlivet. Det er tankevekkende å legge merke til at det er informantenes egne erfaringer i rollen som kvinne og mor, og ikke den kunnskap de besitter som fagpersoner, som synes å definere kvaliteten på relasjonen. Det er først og fremst som likemenn, som kvinner og mødre, informantene sier de ønsker å møte sine pasienter.

Den profesjonelle væremåten informantene her beskriver, minner lite om det som er den allmenne oppfatning av profesjonalitet som noe kjølig, distansert og oppgaveorientert. Jeg vil i dette avsnittet gjøre rede for hvordan jeg mener moderne omsorgstenkning kan bidra til forståelse for den profesjonsrollen informantene her synes å identifisere seg med. Deretter vil jeg diskutere på hvilke måter en slik forståelse av profesjonsrollen eventuelt kan virke som et hinder i forhold til å snakke med psykisk syke mødre om barna deres.

3.1.1 En ny forståelse av profesjonell omsorg

Den moderne velferdsstatens profesjoner har i stor grad basert sin forståelse av profesjonsrollen på en rettferdighets- og rettighetstenkning som har sin bakgrunn i opplysningstidens ideer om mennesket som et uavhengig, autonomt, rasjonelt velgende individ, og troen på en objektiv sann kunnskap det er mulig å avdekke ved hjelp av fornuften. De profesjonelle har først og fremst vært forstått som eksperter med kompetanse både til å definere hva som er den hjelpetrequendes problem og hvordan det best kan løses. Deres arbeidsoppgaver har i hovedsak dreid seg om å behandle eller forandre og å gi råd. Det har derfor først og fremst vært de ulike teknikker og metoder de profesjonelle anvender i et slikt arbeid, som har vært tillagt betydning. De siste tiår har imidlertid denne tenkemåten blitt kritisert for ikke å ta inn over seg at mennesket ikke bare er uavhengig og fritt velgende, men også sårbart og avhengig av andre. En kritikk som ofte rettes mot omsorgsprofesjonene, er nettopp at omsorgen mangler kvaliteter som nærhet, varme og innlevelse.

Innefor de menneskebehandlerne profesjoner har denne erkjennelsen ført til en økende bevissthet om at god faglig innsikt hos den profesjonelle ikke nødvendigvis er noen garanti for at den som søker hjelp føler seg ivaretatt på en god måte. De profesjonelle har derfor, i tillegg til å gi rent faglig hjelp, også en viktig oppgave i å støtte den hjelpetrequendes mulighet til medvirkning og selvbestemmelse, og å verne om det som er sårbart. Det har vokst fram et syn på at det ikke først og fremst er ulike metoder og teknikker, men heller de kvaliteter som ligger i *selve hjelperelasjonen*, som er vesentlige for å nå de ønskede mål.

Viktige bidrag til en slik fornyet forståelsen av profesjonalitet kommer fra ulike typer feministisk forskning. Sentralt i denne forskningen er at den kritiserer tradisjonell profesjonell tenkning for utelukkende å reflekterte offentlige, maskuline verdier og at den i stedet ønsker å definere offentlig omsorg ut fra en forståelse som tar utgangspunkt i hverdagslivets omsorgsrelasjoner, slik de framstår i kvinners erfaringsverden. I det ligger at hverdagslivets omsorgserfaringer skal betraktes som et gyldig kunnskapsgrunnlag ikke bare i private, men også i offentlige relasjoner.

En slik forståelse kommer blant annet til uttrykk hos Nel Noddings. Noddings innfører et begrep hun kaller "naturlig omsorg". "Naturlig omsorg" er den omsorgen folk får og gir i

nære relasjoner, for eksempel i familierelasjoner. Denne form for omsorg representerer, i følge Noddings, et grunnleggende trekk ved den menneskelige eksistens, noe ontologisk, og er derfor en type omsorg som nærmest kommer av seg selv. En umiddelbar trang til å ta vare på, beskytte og hjelpe de som står en nærmest. Den naturlige omsorgen kjennetegnes av å være fundert på følsomhet, mottakelighet, gjensidighet og ansvarlighet. Noddings foreslår å la denne form for omsorg være et ideal for alle typer av omsorgsrelasjoner, også de som finner sted i den offentlige sfæren (Løvlie 1990, Held 2006, Aamodt 2003).

Idealet i Noddings forståelse av offentlig omsorg er altså de nære og emosjonelle båndene, lik dem som finnes i familien, der den mest grunnleggende relasjonen tradisjonelt har vært regnet å være den mellom mor og barn. I følge Selma Sevenhuijsen (1998) kan nettopp forholdet mellom mor og barn tjene som utgangspunkt for en ny måte å tenke offentlig omsorg på, en omsorg som kan forstås med utgangspunkt i det hjelpeløse barnet. Det er barnets relasjon til moren som gjør det i stand til å vokse og utvikle seg. Relasjonen kjennetegnes av avhengighet og omsorg, likhet i moralsk verdi, fellesskap, nærhet og tillit.

En slik forståelse kommer også til uttrykk hos Virginia Held (2006) og Sara Ruddick (1989). Held og Ruddick peker på hvordan det tradisjonelle skillet mellom offentlig og privat sfære har bidratt til en undervurdering av kvinners moralske erfaringer, erfaringer knyttet til omsorgsoppgaver, reproduksjon og aktiviteter i husholdet. I følge Held og Ruddick har slike omsorgsrelasjoner viktige moralske kvaliteter som må anerkjennes i forhold til å gi forståelse av moralske grunnkategorier, omsorgsarbeid og andre sosiale aktiviteter. Held og Ruddick mener etikken, heller enn å basere seg på de normer som er knyttet til den offentlige sfæren, bør ta utgangspunkt i de normene som ligger til grunn for forholdet mellom mor og barn. Morspraksis dreier seg ikke bare om å sørge for at barn får mat og rene klær, men handler for eksempel også om å lære barn å bry seg om andre mennesker. Morspraksisen skaper således kultur, språk og moralsk utvikling. Om folk tenker mer som mødre i den offentlige verden vil det, i følge Held og Ruddick, kunne utvikles en politikk som tar hensyn til at mennesker er gjensidig avhengig av hverandre.

Held (2006) peker på tre sentrale områder der denne måten å tenke profesjonell omsorg på skiller seg fra den tradisjonelle rettighets- eller rettferdighetstenkningen. Det viktigste er nødvendigheten av at fagfolk blir oppmerksomme på og møter behovene til den *partikulære* andre de har et ansvar for, og ikke utelukkende baserer arbeidet på universelle regler og

rutiner. Dernest understreker Held den betydningen *følelsene* har som en viktig del av den moralske dømmekraften. Ikke alle typer følelser, men følelser som empati, sympati, sensitivitet og mottakelighet er alle forstått som moralske følelser som bør framelskes i arbeid med mennesker. Et tredje forhold er betydningen av å være oppmerksom på at det er fra de konkrete delte *relasjoner* den etiske fordring kommer, ikke fra abstrakte andre. Viktige kjennetegn for relasjonen er at den er mellom personer med *ulik makt* og at den er basert på *tillit*.

En slik måte å tenke offentlig omsorg på, kommer i dag til uttrykk innenfor de menneskebehandlingende profesjoner både på det kunnskapsmessige nivået og som et sentralt profesjonsetisk ideal. Trygve Wyller (2005) peker på hvordan begreper som relasjon, avhengighet og barmhjertighet de siste tiår har fått en helt annen plass i de yrkesetiske grunnlagsdokumenter enn det de hadde tidligere. Kari Wærness (2001) beskriver hvordan den type forskning jeg her har vist til, i dag er med å prege kunnskap som formidles både i utdanning og i videreutdanning. I følge Virginia Held (2006) forstås omsorg nå både som en verdi, en praksis og en moralteori som ikke bare er relevant for private forhold, men som også gjør seg gjeldende innenfor for eksempel medisinsk praksis, jus, politiske og sosiale spørsmål.

Sett i lys av det som har vært den rådende tenkemåten, er det lett å se at omsorgstenkningen har ført med seg en radikal endring i forståelsen av hva profesjonsrollen skal inneholde. Det er skapt et bilde av offentlig omsorg som noe subjektivt, nært og intimt, på mange måter svært lik den omsorg som utspiller seg i folks private relasjoner. På den måten har kvaliteter fra den private omsorgen også blitt gjort til moralsk målestokk for hva det vil si å yte god offentlig omsorg.

Slik jeg her har redegjort, må det være gode grunner til å anta at denne type omsorgstenkning er med å prege mine informanternes forståelse av seg selv som yrkesutøvere og dermed også hvordan de fortolker sine erfaringer knyttet til det å snakke med psykisk syke mødre. Informantene plasserer seg således innenfor en bred diskurs som er med å prege dagens omsorgsykker.

Omsorgstenkningen bygger på en universell erfaring alle mennesker deler. Det å motta og gi omsorg er en grunnleggende side ved den menneskelige eksistens. Således er mine informanter ikke bare fortrolig med tenkemåten gjennom sin utdanning og sin yrkeserfaring,

men også i sine private liv, spesielt som kvinner og mødre, er de sosialisert inn i og kjenner omsorgstenkningen godt.

Et kjennetegn ved omsorgstenkningen er at den, i motsetning til den tradisjonelle rettighets- og rettferdighetstenkningen, hviler på en forståelse som er kontekstuell. Med det mener jeg at de forestillinger og idealer omsorgstenkningen bygger på, springer ut av en helt spesiell praksissituasjon, dagliglivets konkrete omsorgspraksis slik den finner sted i den private, hjemlige sfære. På mange måter en kontekst den informantene arbeider innenfor er svært lik. Informantene beskriver hvordan den kontakten de har med sine pasienter ofte finner sted innenfor rammer som har noe privat og uformelt over seg. De av informantene som arbeider i kommunehelsetjenesten, forteller at de ofte går på hjemmebesøk til sine pasienter eller tar dem med på tur. Informanter som arbeider på sengepost beskriver sykehuset som et lite, hjemmekoselig sted.

Også informantenes pasientsamtaler har noe uformelt eller privat over seg. Informantene har ingen terapeutisk funksjon. Deres viktigste arbeidsoppgave er å være støttespillere for pasientene. Samtalene kalles da også støttesamtaler. Tema for disse samtalene er som oftest ikke definert på forhånd. Det er i de fleste situasjoner opp til pasientene å avgjøre hva de til enhver tid ønsker å snakke om.

Det jeg her forsøker å vise, er hvordan både informantenes erfaringer fra det private, den kunnskap og de verdier arbeidet hviler på og de rammene arbeidet skjer innenfor, til sammen kan forstås å danne en ramme informantene fortolker de erfaringer de gjør når de snakker med psykisk syke mødre innenfor. En fortolkningsramme som henter svært mye av sin inspirasjon fra det private, nære og intime og kanskje best kan beskrives som å være forankret i en kvinnelig omsorgshabitus. Jeg vil i det følgende bruke relevant data fra mitt materiale til å diskutere på hvilke måter en slik fortolkningsramme kan gi forståelse for noen av de dilemmaene informantene erfarer i forhold til det å skulle snakke med psykisk syke mødre om barna deres.

Slik jeg ser det, er det grunn til å spørre seg i hvilken grad denne forståelsen av omsorg, slik den finner sted mellom mor og barn, uten videre *kan* la seg overføre til profesjonelle relasjoner. Omsorg som privat verdi og omsorg som yrkeskompetanse vil aldri kunne bli helt det samme, fordi private og offentlige relasjoner skiller seg fra hverandre på flere vesentlige

punkter. Jeg vil her trekke fram to kjennetegn ved profesjonelle relasjoner jeg mener det er viktig å rette oppmerksomheten mot i den videre lesning.

Det ene dreier seg om at profesjonelle relasjoner alltid vil være begrenset på den måten at det ikke er den hjelpetrengende i sin alminnelighet, men kun spesielle sider ved vedkommendes liv, relasjonen skal omfatte. Det andre kjennetegnet dreier seg om at det arbeidet som gjøres i profesjonelle relasjoner skal være faglig begrunnet.

Jeg vil fokusere på disse to temaene ved først å diskutere den plass relasjonen har i informantenes forståelse av sitt arbeid. Deretter vil jeg diskutere på hvilke måter de profesjonsetiske idealene har betydning for måten informantene forstår sin faglige kompetanse på.

3.1.2 Relasjonen som selve kjerne i arbeidet

Selve kjernen i det profesjonelle arbeidet, slik det her er beskrevet, er relasjonen. Relasjonen er, i følge mine informanter, alfa og omega i deres arbeid med psykisk syke mødre. Slik de synes å forstå relasjonen, har den imidlertid noe tvetydig over seg. På den ene siden oppfattes en god relasjon som helt avgjørende for det arbeidet de er satt til å gjøre. Det er også innenfor rammene av en god relasjon at de ser en mulighet til å kunne snakke ordentlig med mødrene om barna. Samtidig oppfatter de relasjonen som svært skjør. Den må hegnes om fordi den lett kan gå i stykker. Noe av det som kan ødelegge relasjonen, er at informantene snakker med mødrene om barna.

For å beskrive hva som er målet med relasjonen, anvender informantene uttrykket *allianse*. Arbeidsallianse er et begrep som brukes til å beskrive relasjonen mellom hjelper og pasient. Begrepet stammer fra psykoanalytisk behandlingsteori og ble opprinnelig forstått som en avtale mellom pasient og terapeut om hvilke temaer de skulle arbeide med, når og hvor de skulle møtes og hvem som skulle gjøre hva i relasjonen (Nerdrum 2003).

Ut fra den måten informantene bruker begrepet på, har det imidlertid en noe annen betydning. Slik jeg forstår informantene, betegner alliansen først og fremst *kvaliteten* på den relasjon de har til mødrene. Det å ha allianse er å ha en relasjon preget av tillit og åpenhet i

kommunikasjonen. Informantene beskriver hvordan en slik relasjon har noe harmonisk over seg. Den er god. Det å ikke ha allianse, kjennetegnes av at kommunikasjonen er preget av avvisning og mistenksomhet, eller at relasjonen opphører å eksistere fordi mødrene bryter kontakten.

Det som er interessant med en slik forståelse av arbeidsalliansen, er hvordan informantene beskriver at de opplever en betydelig sammenheng mellom den grad av allianse de har til en mor, og hvilke muligheter de har til å kunne hjelpe og støtte både henne og barna hennes. Er alliansen god, vil moren være åpen for å snakke om temaer hun tidligere i kontakten har vært helt avvisende til å snakke om. Et slikt tema kan være hvordan sykdommen hennes virker inn på barnas situasjon. Informantene beskriver også hvordan alliansen gjør det mulig for dem å styrke morens egne ressurser gjennom å gi henne anerkjennelse og ros. På den måten får hun økt selvtillit og vil dermed også bli en bedre mor. Det informantene synes å frykte mest av alt, er at det skal bli brudd i alliansen. Da vil det med stor sannsynlighet gå dårlig. Moren vil komme til å bryte kontakten med hjelpeapparatet. Det vil ikke være mulig å nå verken henne eller barna hennes.

Er det allianse, ser det altså ut til å være mulig å hjelpe både mødrene og barna. På samme måte som privatsfærens relasjonelle nærhet oppleves som et gode i seg selv, tillegges også alliansen en egenverdi. Å etablere allianse blir et mål i seg selv. Så lenge alliansen er der, vil det alltid være håp om bedre tider.

Informantene beskriver det å etablere allianse som en prosess. Det viktigste som skjer i løpet av denne prosessen, er at det etableres tillit. Informantene tillegger tillit en stor positiv verdi. Tillit skaper trygghet og åpenhet, noe de oppfatter som grunnleggende for alliansen.

Det finnes ingen klar og entydig definisjon av hva tillit er. Knud E. Løgstrup er opptatt av tillitens ontologiske plass i menneskelivet. I følge Løgstrup har folk en naturlig tilbøyelighet til å vise hverandre tillit. Det må særlige grunner til for å vise mistillit. Tillit derimot, krever ingen begrunnelse. Tillit kan heller ikke velges eller velges bort. Den bare er der og kommer til uttrykk i alt folk tar for gitt i tenkning og handling. Den er for Løgstrup en suveren livsytring, et av menneskets grunnvilkår. Uten en grunnleggende tillit kan livet ikke leves. Uten tillit til andre ville det ikke vært en sosial verden. På den måten må tillit forstås som et

grunnleggende element i *alle* relasjoner, både private og profesjonelle. (Nortvedt og Grimen 2004, Eide mfl.2003).

Den som gir fra seg noe i tillit, gir ofte fra seg kontrollen over sårbare sider av livet sitt til en annen person. Løgstrup kaller det å våge seg fram med sin sårbarhet, eller å legge noe av sitt liv i den andres hånd. (Eide mfl.2003). Det er umulig på forhånd å være sikker på at den tilliten blir gitt til, kommer til å handle slik man ønsker. Det vil derfor alltid være et moment av risiko og usikkerhet i tillitsfulle relasjoner. Det er i denne risikoen sårbarheten ligger.

Å stole på den profesjonelle innebærer således å gjøre seg sårbar. Informantene beskriver hvordan mødrene forteller dem ting de aldri har fortalt andre. Ting mødrene sier de kanskje burde holdt for seg selv. Informantene forteller at de er varsomme med å gi slik informasjon videre, for eksempel til andre faginstanser. Det tror de mødrene ville oppleve som et svik. De er også forsiktige med å be mødrene om mer utfyllende opplysninger. Informantene ønsker ikke å bli oppfattet som etterforskere eller anklagere som er ute etter å finne feil hos mødrene. De ønsker at mødrene skal vite de er til å stole på og at de vil dem vel. De ønsker å verne om mødrenes sårbarhet og bevare deres tillit. På den måten bevarer de alliansen.

Informantene beskriver hvordan de opplever vonde og negative følelser som en trussel mot alliansen. Barn og omsorgssvikt oppfattes som veldig sårbare temaer. Å snakke om barn rører opp i mange slags følelser, både hos pasientene og hos informantene selv. Det blir, som en av dem sier, ”ekkelig i rommet”. Informantene forventer at disse følelsene kommer til å ødelegge alliansen. Derfor unngår de temaer som kan vekke slike følelser. De unngår å snakke om barna. De vil for enhver pris ikke bli uvenner med mødrene.

Informantenes syn på barnet som en trussel mot alliansen kommer spesielt tydelig til uttrykk i deres refleksjoner rundt det å kontakte barneverntjenesten. Som fagfolk ser informantene på barnevernet som en ressurs. Samtidig har de en oppfatning av at mødrene er redde for barnevernet og derfor ikke ønsker en slik kontakt. For å bevare tilliten til mødrene, og dermed alliansen, unnlater informantene i det lengste å ta initiativ til at en slik kontakt skal opprettes, også i tilfeller der de mener det er avgjørende at barna får slik hjelp. Informantene forklarer det enten med at de synes det er bedre å vente til mødrene selv tar initiativet til en slik kontakt, eller med at det allerede har gått så lang tid og at det ikke er sikkert at barnevernet kommer til å følge barnet opp. Da har informantene mistet relasjonen til moren til ingen nytte.

Sånn sett gir informantene uttrykk for at barnet kanskje i en del tilfeller er best tjent med at saken får være i fred.

På den måten fører den orientering informantene har mot å bevare alliansen kanskje til at de i en del situasjoner heller ikke ser de muligheter som kan ligge til vekst og utvikling.? Det er ikke alltid alliansen ryker. De fleste av informantene har erfart tilfeller der det ikke har skjedd. Der mødrene i etterkant tvert imot har sett at det var godt å få hjelp. Likevel er det ikke disse historiene, men frykten for at det skal komme mistillit inn i relasjonen, som preger måten de vurderer situasjonen på.

Slik jeg forstår informantene, betrakter de alliansen nærmest som en forutsetning for at de skal kunne gjøre et godt faglig arbeid med sine pasienter. Alliansen blir, slik informantene beskriver den, ikke et redskap til å nå bestemte mål, men heller en kvalitet ved den relasjonen de har til mødrene. En kvalitet det er avgjørende å bevare. Det som kjennetegner alliansen er at den er preget av tillit. Når mødrene har tillit til dem, opplever informantene at det er mulig å snakke med dem om barna på en måte som kan være nyttig. Samtidig oppfatter informantene tillit som noe skjørt. Mister mødrene tilliten til dem, vil de mest sannsynlig bryte kontakten. Informantene oppfatter barns omsorgssituasjon som et sårbart tema mødrene i de fleste tilfeller vil oppleve som et tillitsbrudd at informantene tar opp. Derfor et dette et tema de ønsker å unngå. Informantene gir ingen egentlig grunn til hvorfor de mener temaet barn er så sårbart. Det stemmer heller ikke alltid med deres praktiske erfaringer. Likevel holder de fast på sin oppfatning. Den begrunnes ikke på noen annen måte enn at det å snakke om barn vil oppleves som et tillitsbrudd og føre til at alliansen opphører.

Slik jeg ser det, viser diskusjonen hvordan informantene synes å være fanget i det jeg vil kalle et paradoks. I forhold til barna, blir det galt samme hva de gjør. Samtidig er jeg av den oppfatning at informantene selv ikke så dette paradokset. Det å bevare alliansen ble oppfattet som så vesentlig at de problemene alliansen var ment å skulle avhjelpe, i liten grad ble kommunisert.

3.1.3 Om å tilsløre sin faglighet.

Mine informanter viser stor evne til medfølelse, både for mødrenes og for barnas situasjon. De sier de godt kan kjenne seg igjen i hvor sårbart det er for en mor å vite at hun ikke makter å gi barna sine god nok omsorg, og de forteller at de får klump i magen av å tenke på hvordan noen av barna lever. Samtidig sier de at de synes det å snakke om barna er skummelt. De føler seg utrygge i rollen som hjelpere. Når informantene beskriver samtaler de har med mødrene, forteller de at de prøver å innta en ydmyk holdning. De er ingen eksperter. Det er ikke så mye de kan. Også i forhold til barna, uttrykker informantene stor usikkerhet. De sier de ikke riktig vet hva et barn tåler og de vil helst ikke snakke med barna alene. De føler seg utrygge på hva som kan skje.

Et viktig kjennetegn ved omsorgsrelasjoner, er den oppmerksomheten som rettes mot den andres følelser, ønsker og behov. Både Virginia Held (2006) og Nel Noddings (Løvlie 1990) peker på den rollen følelsene spiller som del av den moralske dømmekraften. Riktignok ikke alle typer følelser, men følelser som empati, sympati og mottakelighet. Et sentralt anliggende i den moderne omsorgstenkningen, er nettopp betydningen av den profesjonelles evnen til å bli affektivt berørt av den andres følelser og dermed kunne forstå den aktuelle situasjonen fra vedkommendes perspektiv.

En slik evne oppfattes som viktig fordi den har i seg en handlingskapasitet. Et avgjørende poeng i omsorgsetikken, er at den profesjonelles handlinger skal springe ut fra et engasjement i den andres situasjon og ikke ut fra en forpliktelse til å adlyde en regel eller en plikt. Det er det følelsesmessige engasjementet som skal gjøre det mulig å forstå hva i situasjonen som er moralsk relevant og ut fra det hva som vil være den rette handlemåten (Vetlesen og Nortvedt 2000).

Et slikt syn kommer tydelig til uttrykk i profesjonsetikken. Tradisjonelt forbindes profesjonsetikk med de yrkesetiske retningslinjene. Sentralt både i *"Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere"* (2007) og i *"FO s yrkesetiske grunnlagsdokument"* (2002), er begreper som medmenneskelighet, tillit, innfølingsevne, empati, kjærighet og barmhjertighet. Retningslinjene legger seg på den måten tett opp til de moderne omsorgsteoriene.

Profesjonsetikken er viktig, både fordi den gir føringer for hva som er god profesjonell hjelp, og dermed bidrar til å sikre den hjelpesøkende kvalitet på tjenesten, og som en kilde til de profesjonelles forståelse av sin faglige og moralske identitet. Det vil alltid være nær sammenheng mellom den profesjonelles forståelse av sin yrkesrolle og forståelsen av hva som er pasientens behov.

Samtidig kan det, ut fra slik mine informanter beskriver situasjonen, være verdt å spørre seg om det å knytte faglig identitet så sterkt til betydningen av et følelsesmessig engasjement, kan få de profesjonelle til å glemme at deres relasjoner til pasientene ikke er en likeverdig relasjon på samme måte som relasjoner mellom slektninger eller venner, men først og fremst en relasjon som er saklig formidlet. Informantene skal ikke primært dele mødrenes og barnas følelser, men ivareta bestemte faglig definerte oppgaver.

Nina Olsvold (9/2000) spør seg om sykepleiefaget har gått fra å oppfatte omsorg som en nødvendig del av yrkesetikken til å oppfatte omsorg som selve fundamentet i sykepleie og sykepleieetikk.

Anne Clancy (1/2008) sier hun forstår kunnskap som en avledning som trekker oppmerksomheten vekk fra det solide, stødige og varige fundamentet god sykepleiepraksis er tuftet på, et fundament bestående av begrepene respekt, verdighet, omsorg og barmhjertighet. Dette er begreper Clancy mener bidrar til å markere at det er pasientene som skal være i fokus for sykepleierens virksomhet. Kunnskap er, i følge Clancy, alltid usikker. Respekten for andre kan derimot alltid stå for seg selv som et sikkert utgangspunkt for alle sykepleiehandlinger.

Uilke undersøkelser av hvilke kvaliteter både fagfolk og pasienter synes å legge størst vekt på i den profesjonelle relasjonen, er at den har en *personlig* dimensjon. I det ligger at den profesjonelle skal være empatisk og anerkjennende, at forholdet skal være nært og gjensidig og ha preg av å være et møte mellom likeverdige subjekter (Nerdrum 2003, Røkenes og Hansen 2002, Aamodt 2003). I faglitteraturen omtales disse idealene ofte som personlig kompetanse, taus kunnskap eller at den profesjonelle må kunne bruke seg selv som instrument. Den personlige dimensjonen assosieres gjerne med en uformell kompetanse i motsetning til den formelle kompetansen som handler om den teoretiske og metodiske kunnskapen.

Informantene forteller at de legger vekt på å gi mye av seg selv i møter med sine pasienter. De ønsker å være medmennesker, ikke eksperter. De ønsker å møte mødrene som likemenn.. Å være ekspert forstår de som det motsatte av likemann. Eksperter er litt sånn ovenfra og ned. Informantene forteller at de derfor heller bruker erfaringer fra eget liv, både det de har med seg fra sin barndom og erfaringer de har gjort som kvinner og mødre.

Informantene beskriver hvordan de forsøker å framstå som hyggelige og greie. De vil at mødrene skal like dem og de vil at mødrene skal føle seg vel. Derfor forsøker de å la samtaler med mødrene ha preg av å være samtaler mellom likeverdige, der ingen er forstått å være den som kan definere hva som er det rette svaret. Informantene legger vekt på å ikke kritisere det mødrene gjør, men heller stille litt åpne spørsmål eller få andre pasienter til å være med i refleksjonen.

Gjennom å bruke seg selv og sine erfaringer opplever informantene at de etablerer et godt og nært samarbeid med mødrene. Samtidig gir de uttrykk for at de synes det er vanskelig å vite hvordan de skal snakke med dem om barna. De gir uttrykk for at de synes temaet er lite håndfast, og de etterspør brosjyrer eller annet materiale som skal få det de gjør til å virke mer normalt eller profit.

Samtidig er det et faktum at samtlige informanter har en helse- eller sosialfaglig utdanning. Det er verdt å tenke over at de i den konkrete praksisen ikke synes å oppleve den faglige kunnskapen de her har tilegnet seg som en del av sin handlingskapasitet.

En slik tilsøring av det faglige kommer spesielt tydelig til uttrykk i de tilfellene det er aktuelt å kontakte barneverntjenesten. Barnevernets arbeidsmåte er for en stor del basert på regler og rettigheter, en type yrkesrolle som på mange måter heller har røtter i den tradisjonelle rettighets – og rettferdighetstenkningen enn i omsorgstenkningen. Informantene opplever i mange sammenhenger samarbeidet med barnevernet som vanskelig. De beskriver det å skulle rette en skriftlig henvendelse til barneverntjenesten som en belastning de i det lengste vegrer seg for å gjennomføre. Begrunnelsen er at de er redder for at barnevernstjenesten skal mene de vurderinger informantene gjør er feil. Den faglighet det hadde vært naturlig at informantene i slike situasjoner ville støtte seg til, nevner de overhode ikke til. De ønsker heller at mødrene

selv skal fortelle barnevernet hvilke vanskeligheter de strever med. Informantene mener barnevernet da vil oppleve saken mer troverdig.

Familiehuset og skolens helsesøster representerer ikke de samme formelle rammene som barnevernet. Informantene beskriver dette som en mye greiere kontakt.

Den samme tilsløringen av det faglige finner sted i de tilfeller der det blir aktuelt å snakke med pasientenes barn. Informanten sier de ikke helt vet hva de skal si og at de derfor helst vil snakke med barna på en litt generell måte. De ønsker ikke å gå så dypt inn i det enkelte barns situasjon og de vil helst ikke være alene i slike samtaler. De er ingen verdensmestere på dette området.

Slik jeg forstår informantene her, legger de stor vekt på å møte sine pasienter på en personlig og uformell måte. Det kan se ut som om informantene opplever at det er deres egne, private erfaringer som er den viktigste delen av deres handlingskompetanse i møter med psykisk syke mødre og deres barn. Informantene gir ingen grunner for hvorfor de tenker slik. De problematiserer det heller ikke. For meg kan det synes som om de rett og slett er av den oppfatning at de erfaringer de har som kvinner og mødre, er den beste og mest troverdige kompetansen. Samtidig gir informantene uttrykk for en følelse av usikkerhet i mange av de situasjonene de beskriver. De vet ikke hva de skal si og de vet ikke hva som er riktig å gjøre. Det er tankevekkende at de ikke kobler dette sammen med måten de underslår eller tilslører sin faglighet på. I stedet etterspør de hjelpemidler som kan få det arbeidet de gjør til å virke litt mer proft. Jeg har gjennom diskusjonen forsøkt å vise at det kan være rimelig å forstå den holdningen informantene inntar i lys av de profesjonsetiske perspektivene. Samtidig er en interessant problemstilling, det ikke vil være mulig å finne svar på i denne undersøkelsen, i hvilken grad informantene på samme måte vil tilsløre sin faglighet dersom det er en helt annen pasientgruppe de skal forholde seg til. En gruppe de ikke i samme grad deler erfaringer med.

3.2 Kulturelle forestillinger knyttet til morsrollen

Informantene beskriver mor – barn relasjonen som en helt spesiell type relasjon. Det er mødre som har den viktigste oppgaven når det gjelder omsorg for barn. For mødre er det å være opptatt av barna sine helt naturlig. Med fedrene er det annerledes. Fedre er som oftest ikke så opptatt av barna. Det er andre temaer de heller vil snakke om. Derfor sier informantene at de synes det er mye lettere å snakke om barn med en mor enn med en far. Mødre er mer våre for hvordan barna deres har det, og de forstår situasjonen bedre. Derfor tar mødre ofte selv initiativ til å snakke om barnas situasjon. Barna er det viktigste mødre har og de vil alltid gjøre det beste de kan for dem.

Slik jeg ser det, er det særlig to ting som er viktig å legge merke til i den beskrivelsen informantene her gir av morsrollen. For det første framstår den for meg umiddelbart som noe gammeldags. Det synet på mødres og fedres ulike omsorgsroller informantene formidler, synes å være lite i samsvar med tidens rådende kvinne – og mannsideal.

Det andre som er verdt å legge merke til, er hvordan det noe generelle synet på mor – barn relasjonen informantene her formidler, på mange måter står i ganske stor kontrast til de bildene informantene tegner av mødre andre steder i materialet. Når informantene beskriver konkrete erfaringer de har gjort, forteller de om situasjoner der mødre er helt avvisende til å snakke om barna eller må motiveres i lange tider før de er villige til å ta imot hjelp.

Jeg vil i dette avsnittet ta utgangspunkt se nærmere på hvordan vår kulturs forestillinger knyttet til mor – barn relasjonen kan være med å gi forståelse til hvordan mine informanter beskriver sine møter med psykisk syke mødre. Deretter vil jeg diskutere i hvilken grad og på hvilke måter en slik forståelse eventuelt kan være en hindring i forhold til det å skulle snakke med mødre om barna

3.2.1 Mor som normalitetsbilde

Kvinneres situasjon i samfunnet har i vår kultur endret seg mye de siste femti årene. Dagens kvinner lever og innretter seg ganske annerledes enn slik deres formødre gjorde. De bruker færre år av livet på å bære fram og gi omsorg til barn. Det å være mor betraktes heller ikke lenger som den ene store rollen i en kvinnes liv, men heller som en av mange roller. I de fleste familier preges dagliglivet av at mødrene er yrkesaktive og at også fedrene forventes å være fullverdige omsorgspersoner. Konturene av en ny type farsrolle er i ferd med å tre fram, der idealet er å dele omsorgen likt.

Samtidig peker forskning i retning av at det fremdeles er kvinnene som tar hovedansvaret for hjem, hushold og omsorg for barn (Ellingsæter 2006, Wærnes 2000). Den mest skattede egenskap hos kvinner er, slik Ulla Holm (1993) ser det, nettopp deres evne og villighet til å bry seg om. I følge Agnes Andenæs (2007, 1996) tar kvinner ikke bare ansvar for den omsorgen de selv gir. De tar også ansvar for å legge til rette for at menn i større grad skal involvere seg i barneomsorgen og for at barna har det bra også utenfor familien. Andenæs mener kvinner opplever at de er pålagt, og også selv pålegger seg, et ansvar for alltid å passe på at egen utfoldelse ikke går på bekostning av barna deres. Barns behov står i sentrum for morskapet og mødre opplever det som sitt ansvar å utforme morsrollen på en måte som gjør at de til enhver tid kan dekke sine barns behov.

Det kan altså se ut som om det, side om side med det nye synet på menns og kvinners roller i samfunnet, også lever et tradisjonelt bilde av familie, kjønnsroller og barneoppdragelse, og at dette bildet i stor grad er med å prege hvordan kvinner formidler og forstår både egne og andres erfaringer som mor. Samtidig som disse forestillingene ofte ikke samsvarer med det som er kvinners faktiske erfaringer.

Birthe Bech- Jørgensen (1999) kaller en slik forståelsesmåte for normalitetsbilder.

Normalitetsbilder er, i følge Bech – Jørgensen, symbolske forestilinger som formidler hva som i en gitt sammenheng er akseptable handlinger og hva som ikke er det. De herskende normalitetsbilder opprettholdes av en kompleks vev av normer og verdier, vaner og rutiner, symboler og betydninger som har utviklet seg gjennom generasjoner, og som gjør det mulig å gjenkjenne og fortolke verden som normal.

Normalitet er noe de fleste har et forhold til, men som likevel er vanskelig å definere. Vi vet om vi er normale, men ikke hva det er som gjør oss til det. I følge Bech- Jørgensen er kunnskap om normalitet taus kunnskap. En kunnskap som ikke er erkjent.

Normalitetsbildene er sterke formidlere av normer. Det som ordner en normalitet, er grunnleggende verdier som godt, dårlig, riktig, galt, naturlig, unaturlig, sedvanlig, usedvanlig. Når folk stillestående retter seg etter bestemte normer, vet de hvor de har hverandre. På den måten skaper normene trygghet. De gjør det mulig for folk å forstå hverandre og å leve seg inn i den andres situasjon. Mange normaliteter har røtter så langt tilbake i fortiden at folk tar dem for gitt. De framstår som selvfølgeligheter, som om de er del av naturens orden. Derfor er de også så vanskelige å endre (Bech – Jørgensen 1999).

I følge Jorunn Solheim (2007) har vår tids normalitetsbilde knyttet til morsrollen sine røtter tilbake til de moderniseringsprosesser som skjedde i Europa på 1700- tallet. Den splittelsen som da fant sted mellom hushold og markedssfære, førte med seg et symbolsk kjønnskilleville der menn i økende grad ble tilskrevet rollen som aktører på markedet, mens kvinner ble knyttet til familiens reproduksjon og den framvoksende intimsfæren. Det ble skapt et bilde av omsorgsarbeid som noe essensielt kvinnelig.

Toril Moi (2005) beskriver det som at kjønnet, ut fra en naturvitenskapelig begrunnelse, kommer til å gjennomsyre, ikke bare den enkelte mann og kvinne, men også alt det vedkommende er i befatning med. På den måten blir husarbeid, omsorg og uselvisk oppofrelse essensielle kvinnelige egenskaper, mens vitenskap og filosofi blir essensielle mannlige.

Ann Phoenix mfl. (1991) viser hvordan en slik forestilling om omsorg også i dag er den som legges til grunn for folks oppfatning av hva det vil si å være en god mor. I følge Phoenix mfl er god mor også det samme som normal mor. Samtidig peker hun på at de kulturelle forestillingene om hva det vil si å være normal mor, slett ikke er samsvarende med hvordan mange kvinner i dag erfarer sitt morskap. De fleste mødre opplever et dagligliv der de hele tiden må arbeide med å balansere rollen som mor i forhold til alle de andre roller de også er satt til å fylle. Det er et krevende arbeid og de fleste mødre opplever jevnlig at de kommer i

situasjoner som får dem til å oppføre seg på måter som verken kan kalles sensitive eller barnesentrerte.

Den kraften som kan ligge i normalitetsbilder kommer i vår kultur sterkt til uttrykk i den sentrale plass morsrollen har for kvinners selvforståelse og identitet. Det å få barn er romantisert og idyllisert som det største en kvinne kan oppnå. Hvor viktig det å få barn oppleves å være, beskrives på en tankevekkende måte i en undersøkelse Halldis Leira (2003) gjorde blant kvinner som ønsker seg barn, men som av ulike grunner ikke får det. Mange av kvinnene uttaler at deres smerte ikke bare henger sammen med sorgen over det barnet de har ønsket å elske, men at den ufrivillige barnløsheten også får dem til å føle seg mindreverdige som kvinner.

Det kan ut fra dette synes som kjernen i hva det vil si å være kvinne nettopp ligger i forestillingene om morskapet. Et normalitetsbilde som ikke bare uttrykkes i folks hverdagsliv, men som også formidles gjennom ulike vitenskapelige disipliner. Nicole Hennem (1992) viser hvordan man i sosialpsykologien og i ulike psykoanalytiske teorier beskriver det å bli mor som et avgjørende stadium i kvinners utvikling, det som gir dem identitet som kvinner og voksne. Daniel Stern (2002) kaller det å bli mor en psykologisk fødsel. Han beskriver hvordan morsrollen både fører til endringer i en kvinnes indre landskap og i samfunnets holdninger til henne som kvinne.

Heller ikke forskere er altså upåvirket av normalitetsbildene. Slik jeg ser det, synes mye av den forskningslitteraturen jeg leste i forkant av dette arbeidet, også å være preget av slike kulturelle normalitetsbilder knyttet til morsrollen. Psykisk syke mødre beskrives nesten utelukkende som engstelige, bekymret for barna, fylt av dårlig samvittighet. Det er vel ingen grunn til å tro at ikke mange psykisk syke mødre føler nettopp slik. Samtidig spør jeg meg om det ikke i en del tilfeller også vil være naturlig at mødre gir uttrykk for mer negative følelser. Kate Mevik og Bjørg Trymbo (2002) beskriver hvordan en del mødre opplever at deres psykiske lidelse enten debuterer eller vesentlig forverres i forbindelse med en fødsel. Elin Kufås mfl. (2001) mener at det å ha ansvar for barn, for noen mødre også kan føre til en sterkere sykdomsutvikling. Det ville vel ikke være unaturlig at mødre som er i slike situasjoner også kan rette mer aggressive eller anklagende følelser mot sine barn?

I følge Jackie Turton (2008) gir imidlertid modernitetens romantiske kvinnesyn ikke rom for slike ambivalente eller negative følelser. Angst, sinne, sorg og fortvilelse oppfattes som noe annet enn kjærlighet og har derfor ingen plass i vår forståelse av morsrollen.

Det jeg her har forsøkt å vise, er hvordan vår kulturs forestillinger knyttet til morsrollen kan forstås i lys av Bech – Jørgensens begrep normalitetsbilder. Slike normalitetsbilder beskriver ikke hvordan morsrollen faktisk er, men hvordan vår kultur kommuniserer at den bør være.

Gjennom å se den beskrivelsen av mødre informantene gir innledningsvis i lys av dette perspektivet, vil det være mulig å tenke seg at det morsbildet informantene formidler ikke er en beskrivelse av mødre de faktisk har møtt, men en beskrivelse av mødre slik informantene oppfatter mødre skal være. En slik fortolkning kan gi mening til diskrepansen mellom denne idylliserte beskrivelsen og informantenes beskrivelser av mødre de faktisk har møtt.

Det er viktig å legge merke til at informantene flere steder i materialet også bruker normalitetsbildene når de snakker direkte til mødre. Når informantene sier ”jeg vet du bare vil det beste for barna dine” til mødre som uttrykker en tydelig følelse av utilstrekkelighet, opplever jeg at det ikke er de konkrete mødrenes situasjon informantene forholder seg til, men til et normalitetsbilde. De snakker ikke med mødrene om hvordan ting faktisk er, men hvordan det bør være. Samtidig er dette, ut fra Bech – Jørgensens definisjoner av normalitetsbilder, ikke noe informantene er seg bevisst.

På denne måten kan normalitetsbildene forstås som ubevisste fortolkningskjemaer informanten bruker i sine møter med psykisk syke mødre, nettopp slike jeg beskrev i innledningen at jeg ønsker å identifisere.

Jeg vil i det følgende diskutere hvordan det å skulle forholde seg til psykisk syke mødre i lys av et slikt normalitetsbilde som her er beskrevet, vil være med å prege informantenes måten informantene beskriver møtene med sine pasienter. Vil det å forholde seg til mødre slik de bør være og ikke slik de faktisk er, gjøre det vanskeligere å snakke om barnas situasjon?

3.2.2 En essensialistisk forståelse av morsrollen

Gjennom sine beskrivelser viser informantene hvordan kulturens normalitetsbilder knyttet til morsrollen setter mødre i en særklasse. Mødre er fra naturens side gode, og vil alltid sine barn vel. Samtidig forteller informantene om hvor vondt de synes det er å se mødre som helt tydelig strever med relasjoner til sine barn.

Gjennom informantenes beskrivelser kommer det tydelig fram hvordan normalitetsbilder kan føre til en essensialistisk tenkemåte. Å være glad i barna sine og å alltid ville det beste for dem, betraktes som så grunnleggende egenskaper ved det å være mor, at det er umulig å tenke seg at ikke alle mødre føler slik. Uten disse egenskapene vil en kvinne rett og slett ikke være en mor.

Informantene forteller hvordan de alltid prøver å se det friske i sine pasienter. Det er ikke alt som er sykt. Det de fleste informanter beskriver som friskt, er nettopp morsrollen. Samme hvor psykotisk en kvinne er, morsfølelsen vil det alltid være mulig å lokke fram. Informanten beskriver hvordan selv de aller sykeste av mødre blir varme og kjærlige stemmen når de snakker med sine barn.

Som en følge av befruktning, svangerskap og fødsel, forstås disse egenskapene først og fremst å være forankret i biologiske og *naturlige* prosesser. Fordi det er kvinner som bærer fram, føder og ammer barn, blir kvinnene forstått å være nærmere de naturlige prosessene enn det menn er. Egenskaper som evne til omsorg og uselvvisk oppofrelse defineres som noe iboende og fastlagt hos alle kvinner. Noe som bare er der, uavhengig av hvilken situasjon den enkelte kvinne befinner seg i. På den måten blandes biologi og sosiale normer sammen. Enhver overskridelse av kjønnsnormen betraktes som unatur. (Solheim 2007, Solheim 1998, Roaldkvam 1998).

Samtidig som nærhet og kjærlighet forstås å være en så grunnleggende del av mor - barn relasjonen, synes ulike følelser knyttet til det å fylle morsrollen, ikke å være noe informantene snakker med sine pasienter om. Når informantene beskriver samtaler de har med mødre om barna deres, dreier samtalen seg stort sett om praktiske og konkrete aktiviteter. Mødrene

forteller om et bursdagsselskap de har arrangert, at de hjelper barna med lekser og andre praktiske ting.

Praktisk omsorg, slik informantene her beskriver det, kan godt forstås som en måte kjærlighet kommer til uttrykk på. En måte å få barn til å kjenne og vite at de er elsket. Informantene synes i stor grad å trekke nettopp en slik konklusjon. De sier at når mødre beskriver det de gjør for barna, virker alt helt bra. Samtidig er det et faktum at mange av de praktiske oppgavene informantene beskriver, er av en slik karakter at de godt kan løses uten kjærlighet. Mange av dem kan vel i prinsippet løses av hvem som helst. Når de løses av barnets mor, tilskrives de imidlertid en helt spesiell moralsk kvalitet.

Morsfølelsen er altså noe som bare *er* der, som ikke trengs å forklares. Fordi den forstås å være naturlig, oppfattes den også å være sann. I følge Sidsel Roaldkvam (1998) er vår kultur preget av en vitenskapelig tenkemåte. Det er bare naturen, slik den kan avdekkes med vitenskapelige metoder og beskrives med naturvitenskapens grunnbegreper, som forstås å være virkelig sann. Det å få barn blir dermed resultatet av en biologisk prosess som ikke bare er naturlig, den kan heller ikke rokkes ved.

Informantene beskriver hvordan de ser så mye bra i sine pasienter at det ikke er mulig for dem å tro at det er noe som ikke er bra. Samtidig legger de til at de intellektuelt sett vet noe om at det kan være sånn. Når pasienter gir uttrykk for utilstrekkelighet i forhold til morsrollen, forklarer informantene det enten med at de har dårlig selvtillit som følge av sykdommen, eller at mødre, som et resultat av de holdninger som er i dagens samfunn, setter altfor høye krav til seg selv. Mødrenes opplevelser har ingen rot i virkeligheten.

Fordi den essensialistiske forståelsen av morsrollen har definert negative morsfølelser til ikke å eksistere, kan det synes som om informantene fanges i et håpløst paradoks som gjør det tilnærmet umulig for dem å støtte mødre som formidler negative følelser. De kan ikke bekrefte at en morskjærlighet som oppfattes å være essensiell ikke er der. Samtidig beskriver informantene situasjoner der de har erfart at morskjærligheten enten var svært mangelfull eller faktisk ikke var der. Jackie Turton (2008) viser hvordan en naturlig reaksjon i slike situasjoner nettopp kan være å bortforklare eller bagatellisere.

Det som i utgangspunktet kan forstås som informantenes velmenende oppmuntring og trøst til sine pasienter, kan dermed heller framstå som en ugyldiggjøring av de faktiske erfaringene mødrene formidler. Tabu betyr et kulturelt forbud mot å se eller å snakke om. Det som her tabuiseres, er ikke mødrenes psykiske lidelse, men deres egne opplevelser av sin rolle som mor. Halldis Leira (2003:153) beskriver tabu som en kulturell kraft som kommer til uttrykk i dialoger mellom kulturen og enkeltmennesket. Tabu fører til at konkrete erfaringer blir gjort usynlig. I følge Leira skjer det også noe mer. Når det ikke finnes noen mulighet til å få erfaringene bekreftet av andre, vil det subjektivt oppleves som at erfaringen faktisk aldri har funnet sted, både for den som gjør erfaringen og for omgivelsene.

Kate Mevik og Bjørg Trymbo (2002) beskriver hvordan psykisk syke mødre erfarer at fagfolk tilbakeviser den skyldfølelse de formidler å ha i forhold til sine barn med at de er gode nok mødre og at de ikke har grunn til å føle skyld. I følge mødrene gjør denne ugyldiggjøringen av deres følelser bare situasjonen verre. De opplever at de har følelser som ikke tåler dagens lys.

Fordi morskjærligheten blir forstått som noe naturlig, blir den nesten automatisk forstått som god. Det naturlige er sant og det naturlige er godt. Det som er naturlig trenger ingen forklaring. Det trenger heller ikke noen spesiell personlig eller moralsk innsats. Det å oppfylle de biologiske betingelsene er nok (Roaldkvam 1998).

En slik forståelse kommer i barnevernsarbeid til uttrykk som ”Det biologiske prinsipp”. I følge det biologiske prinsipp, er det blodsband som konstituerer relasjonen mellom foreldre og barn. Det vil således alltid være best for barn å vokse opp hos sine biologiske foreldre, i praksis vil det si moren. Solveig Botnen Eide (2007) viser at det som kjennetegner denne tenkemåten, er at den er løsrevet fra alle praktiske erfaringer, og at den er forstått å gjelde for alle. Det biologiske prinsipp betraktes som et faktum som ikke trenger nærmere begrunnelse. De biologiske båndene blir selvforklarende. Relasjonen er naturlig og dermed per definisjon god. Forholdet mellom mor og barn forstås derfor på mange måter å være upåvirket av de ulike forhold som ellers preger livsformen og dagliglivet for den enkelte mor.

Også Solveig Østrem (2004) viser til en kulturell antakelse om at foreldre alltid vil være motivert av et ønske om at barna deres skal ha det godt, og at foreldre derfor vil være de som best kan ta vare på sine barn.

Det knytter seg, ut fra denne tenkemåten, store håp til blodsband. Relasjonen mellom mødrene og barn blir forstått å være et gode i seg selv. Selv om det skulle være mangler ved omsorgen, vil det, av naturlige årsaker, likevel være grunn til å anta at den er god nok. Ut fra et slikt syn vil det være relevant å spørre seg om ikke barnet i det lange løp kanskje er best tjent med at normaliteten opprettholdes?

Gjennom informantenes beskrivelser av sine erfaringer, har jeg her forsøkt å vise hvordan en essensialistisk fortolkningsramme på flere måter kan gjøre det vanskelig å snakke med mødrene om barna. Det at mødre fra naturens side forstås å være utrustet med helt spesielle omsorgskvaliteter, vil gjøre det naturlig å fortolke alt mødre gjør for sine barn i lys av disse kvalitetene. Det vil såldes være vanskelig å få øye på det som ikke er bra. I de tilfellene informantene likevel ser forhold som ikke er bra for barna, blir det vanskelig for dem å vite hvordan de skal sette ord på det de ser. De kan ikke sette ord på noe som er definert å ikke eksistere. Samtidig kan en slik fortolkningsramme føre til at mødre som tydelig gir uttrykk for at de trenger hjelp til barna, ikke blir hørt. De formidler et budskap som rett og slett er forstått å ikke eksistere.

3.3 Oppsummering og konklusjon

Tema for denne studien har vært kvinnelige helsearbeideres opplevelser og erfaringer knyttet til det å snakke med psykisk syke mødre om barna deres. Bakgrunnen for valg av tema var først og fremst erfaringer fra egen arbeidsplass i voksenpsykiatrien.

Studien viser at helsearbeiderne ønsker å snakke med psykisk syke mødre om barna deres. De fleste gjør det også, i noen grad. Samtalene har i det store og hele enten preg av en type kartleggingssamtale helsearbeiderne gjennomfører ved første kontakt, eller en mer uformell samtale, i den hensikt å bli bedre kjent med mødrene. Noen videre samtaler utover dette finner imidlertid bare i beskjeden grad sted.

Helsearbeiderne sier de oppfatter det som en naturlig del av sin yrkesrolle å gjennomføre slike samtaler. De sier også at de har kunnskap om at samtalene er viktige, og at de ønsker å

gjennomføre dem. De fleste gir også uttrykk for at det stort sett vil være mulig å gjennomføre samtaleene innenfor rammene av deres arbeidsplass. Det synes således verken å være mangel på kunnskap eller strukturelle rammer som er årsaken til at helsearbeidere i så liten grad gjennomfører denne type samtaler.

Når det kommer til den praktiske gjennomføringen, uttrykker imidlertid helsearbeiderne stor ambivalens. De har et uttrykt ønske om å gjennomføre samtaleene, men opplever samtidig ulike hindringer som holder dem tilbake. Helsearbeiderne nevner flere faktorer som kan ha betydning.

Slik jeg ser det, er det noen forhold som peker seg ut og som jeg vil trekke fram her, fordi det nettopp synes å være disse faktorene som er opphav til ambivalensen.

Helsearbeiderne legger stor vekt på betydningen av å ha en god relasjon til sine pasienter, det de kaller en allianse. Allianse opplever først og fremst å være viktig for å kunne utføre det helsearbeiderne oppfatter som sin primære arbeidsoppgave, å gi helsehjelp til psykisk syke mødre. Samtidig opplever de også at det å snakke med mødre om barna deres, er et så følsomt og vanskelig tema at det bare er mulig å gjennomføre slike samtaler dersom kontakten er god. Fordi helsearbeiderne selv opplever temaet som så vanskelig, kvier de seg imidlertid for å gjennomføre samtaleene også i de tilfellene der kontakten er god. De er redde for at det skal ødelegge allianse.

Samtidig ser det ut til at en viktig kunnskapskilde for helsearbeiderne i disse sakene, er erfaringer de i sine private liv har gjort som kvinner og mødre. Jeg opplever det som et bevisst valg fra helsearbeidernes side å nettopp legge vekt på denne type kunnskap. De formidler at den er velegnet til å skape god kontakt med mødre. Samtidig synes de ikke å være oppmerksomme på at de gjennom dette også tilslører eller velger bort mer tradisjonell faglig kunnskap. Det kan derfor se ut som om det å primært basere arbeidet på en slik uformell kompetanse, gjør det vanskelig å skape den faglige distansen som kan være nødvendig for å gjennomføre vanskelige samtaler.

Under arbeidet med denne studien har jeg vært opptatt av å finne ut om informantene selv har noen forståelse for hvorfor de oppfatter det å snakke om barna som et så veldig sårbart tema. Informantene nevner at barn i utgangspunktet er foreldrenes ansvar og at mødre derfor kan

oppleve det krenkende å bli spurt hvordan det går med dem. Noen informanter nevner også at sykdommen kan gjøre mødrene skeptiske og vanskelige å samarbeide med. Jeg oppfatter disse faktorene som betenkningsfaktorer det er viktig å være oppmerksom på. Samtidig er jeg av den oppfatning at det også er et annet forhold som spiller inn.

Til grunn for denne studien la jeg en arbeidshypotese om at det finnes mer underliggende eller ureflekterte forhold som kan gi forståelse for de dilemmaene helsearbeiderne beskriver. Jeg mener vår kulturs forestillinger om morsrollen i så måte spiller en viktig rolle. Samtidig som det i samfunnet de senere år har skjedd store endringer i synet på menns og kvinners roller, eksisterer det side om side med dette nye synet også en kulturell forestilling som bygger på et mer tradisjonelt kvinnebilde. Et kvinnebilde der en idyllisert morsrolle betraktes som en grunnleggende side av kvinners identitet. Det kan se ut som om nettopp dette kulturelle morsbildet kan bidra til forståelse for hvorfor det å snakke med psykisk syke mødre om barna deres oppleves så følsomt og vanskelig. I følge et slikt morsbilde vil mødre alltid bare det beste for sine barn. Den moderlige omsorg oppfattes som naturlig og derfor per definisjon god. En slik forståelse bringer helsearbeiderne opp i enda et dilemma. De ser at ikke alle mødre gir barna sine god nok omsorg, men i følge kulturelle normer er det de ser definert å ikke eksistere.

Jeg valgte i forkant av studien å avgrense meg til å intervju kvinnelige helsearbeidere og psykisk syke mødre. En slik avgrensning var nettopp begrunnet ut fra et ønske om å identifisere eventuelle kjønnete forestillinger. Det opplagt at de forestillinger jeg her har pekt på ikke bare preger kvinnelige helsearbeidere. Den kunnskapen jeg har kommet fram til, vil også være aktuell for mannlige helsearbeidere, om enn på en noe annen måte.

Hensikten med studien har vært å bidra med kunnskap som kan føre til at barn som har psykisk syke foreldre i større grad enn det som er tilfelle i dag, får den hjelpen og støtten de trenger. I hvilken grad og på hvilke måter vil de konklusjoner jeg her har kommet fram til, kunne ha betydning i så måte?

Den tenkemåten jeg her har skissert, er ikke en type kunnskap som raskt kan innføres på en arbeidsplass. Å kaste lys over en sak gjennom teoretisk gransking, slik jeg her har gjort, kan likevel på sikt bidra til at noen begynner å handle litt annerledes. Etter mitt syn er det de små daglige skrittene som på sikt kan føre oss til steder vi ikke før har vært. Mitt håp er således at

fagfolk skal kjenne seg igjen i noe av det jeg har pekt på, og bruke det som grunnlag for refleksjon over egen praksis. På den måten håper jeg kunnskapen også vil komme barna til gode.

Litteraturliste

Almvik, Arve og Borgunn Ytterhus (2004). *Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Trondheim: Rapport nr. 50, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskaps rapportserie, NTNU.

Andenæs, Agnes (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse i Hanne Haavind (red): *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*.

Andenæs, Agnes (1996). *Foreldre og barn i forandring*. Oslo: Pedagogisk forum.

Bech – Jørgensen, Birte (1999). *Normalitetsbilleder*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag / Forlaget ALUFF.

Borg, Marit og Alain Topor (2003). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

Bourdieu, Pierre (2000). *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax

Christoffersen, Svein Aage (2005). Profesjonsetikk som dømmekraft i Svein Aage Christoffersen: *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Clancy, Anne (2008). Sett etikken før evidensen i *Sykepleien 1/2008*.

Eide, Solveig Botnen (2007). *Prinsipper og levde liv*. Oslo: Det teologiske fakultet, universitetet i Oslo:

Eide, Solveig Botnen mfl.(2003). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ellingsæter, Anne Lise og Anlaug Leira (2006). *Politicising parenthood in Scandinavian gender relating welfare states*. Bristol:Policy Press.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (2002). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*.

Glistrup, Karen (2004). *Det barn ikke vet...har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum.

Grimen, Harald (2008). Profesjon og kunnskap i Anders Molander og Lars Inge Terum (red) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.

Gilje, Nils og Harald Grimen (2005). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grøsfeld, Mai-Britt (2004). Pasientens barn - psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2004. 41. 900 – 906*.

Halsa, Astrid (2008). *"Mamma med nerver". En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosiologi og statsvitenskap.

Held, Virginia (2006). *The ethics of care: personal, political and global*. Oxford: Oxford University press.

Hennum, Nicole (2002). *Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder. Om å være mor og far til norsk ungdom*. NOVA Rapport 19/02.

Holm, Ulla (1993). *Modrande och praxis*. Gøteborg. Diadalos.

Johannessen, Asbjørn , Per Arne Tufte og Line Kristoffersen (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Jørgensen, Brit og Marit Slørdahl (2008). *Mellom idealer g realiteter. Helehtlig hjelp til barnefamilier med foreldre med psykiske lidelser*. Oslo: Niv Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale sykehus.

Killèn, Kari (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Knibe, Sissel, Anne Aashamar og Marian van der Meijde (2006). Og barna har det bare bra? *Sykepleien nr. 07/2006*.

Kufås, Elin, Kari Lund og Lisbeth Rynning Myrvoll (2001). *Pasienter har også barn: Hvordan sikre barneperspektivet når mor eller far er innlagt i en voksenpsykiatrisk avdeling*. Asker: Blakstad Sykehus.

Leira, Halldis Karen (2003). *Det gode nærvær: Kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lov 1992 07 – 17 – 100 Lov om barneverntjenester

Lov 1999 – 02 – 06 – 64 Lov om helsepersonell m.v.

Løvlie, Lars (1990). Omsorgsperspektiver i Karen Jensen: *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.

Mevik, Kate (1998). *Møte med galskap. Om pårørende og psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.

Mevik, Kate og Bjørg Trymbo (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Moi, Toril (2005). *Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori*. Oslo: Gyldendal.

Nerdrum, Per (2003). *Hvor god er ”den gode relasjonen”?* i Bennedichte C. Rappana Olsen og Vigdis Bunkholdt (red) *Barnevernet - mangfold og mening. Festskrift til Gerd Hagen*. Oslo: Tano Aschehoug.

Nordtvedt, Per og Harald Grimen (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Olsvold, Nina (2000). Omsorg er ikke bare for sykepleiere i *Sykepleien* nr. 9/2000

Phoenix, Anne, Anne Wollet og Eva Lloyd (1991). *Motherhood. Meanings, Practices and Ideologies*. London: SAGE Publications.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003). ”...sammen om psykisk helse...”. Oslo: Et samarbeid mellom Helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og Regionsdepartementet, Kultur- og Kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og Forskningsdepartementet.

Repstad, Pål (2004). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Roaldkvam, Sidsel (1998). Endrer kunstig befruktning vår forståelse av slekt og familie? I NFI: Nasjonal Forskningsinformasjon 1999 nr. 9 s.105 – 121.

Røkenes, Odd Harald og Per – Hakvard Hanssen (2002). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ruddick, Sarah (1989). *Maternal thinking: towards a politic of peace*. Boston: Beacon press.

Sevenhuijsen, Selma (1998). *Citizenship and the Ethics of Care*. London: Routledge.

Solheim, Jorunn (2007). *Kjønn og Modernitet*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Solheim, Jorunn (1998) *Den åpne kroppen. Om kjønnssymbolikk i moderne kultur*. Oslo: Pax Forlag A/S

Solheim, Inger Johanne (1994). *Kvar vart det av barna?* Universitetet i Trondheim. Program for sosialt arbeid.

Statens Helsetilsyn (2007). *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport 8/2007.*

Statsministerens kontor (2005). *Politisk plattform for en felles regjering. Utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Venstre.*

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre.* Rundskriv IS-5. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98). *Om Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Tillgren Per og Emmie Wallin (1999). Fokusgrupper – historikk, struktur och tillämpning . *Sosialmedicinsk Tidsskrift* 76(4), 312 – 321.

Turton, Jackie (2008). *Child abuse, gender and sosciety.* New York: Routledge.

Vetlesen, Arne Johan og Per Nortvedt (1996). *Følelser og moral.* Oslo: Ad notam Gyldendal.

Wang,A.R. og V.V. Goldschmidt (1996). Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to thei children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 93, 57-

Wærnes Kari (2001). Omsorgens globalisering i *Makt og demokratiutredningen 1998 – 2003. Rapportserien Nr. 34. desember 2001.*

Wyller, Trygve (2005). *Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis* i Svein Aage Christoffersen (red): Profesjonsetikk. Oslo: Universitetsforlaget.

Ytterhus, Borgunn og Arve Almvik (1999). Har kommunene et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk syke foreldre? *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* Nr 18,1999;119:2667-9.

Østrem, Solveig (2008). *Barns subjektivitet og likeverd: et bidrag til en diskusjon om barnehagens pedagogiske innhold og etiske forankring*. Oslo: Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Østrem, Solveig (2004). Vold mot barn sett i lys av skillet mellom privat og offentlig sfære i *Barn 1/04*.

Aamodt, Laila (2003). *Den gode relasjonen. Støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Gyldendal Akademisk

Aamodt, Laila G. og Ingerid Aamodt (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.