



Fordypningsoppgave

VBU723 Psykososialt arbeid med barn og unge

Tittel: Tek du det du får, eller får du det du treng?

Forfatter: Solveig Menes

Totalt antall sider inkludert forside: 39

Molde, 27.05.2020.



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tore Andestad

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 26.05.2020.

Antall ord: 8167

Forord

Så sjå

Du høyrer med

For du har både vett nok, mot nok, og ro nok

Og du er både bra nok, sterk nok og god nok

Du er blomen du skulle vera

Kom med dine draumar

Kom med di tru

For ingen er som du

(Ingebjørg Bratland, «Ingen som du»)

Sammendrag

Bakgrunn

Psykiske helseplager hos born og unge er ein av kommunane sine største utfordringar i arbeidet med folkehelse og førebygging (Riksrevisjonen 2015; Helgesen, Abebe og Schou 2017).

Hensikt

Oppgåva ynskjer å sjå på kvar born i ein landkommune får best hjelp i høve psykiske vanskar, sentralt eller lokalt. Lokalt tenesteapparat vert i oppgåva definert som alle som jobbar med born og unge i kommunen, medan BUP vert brukt som døme på sentralt tenesteapparat.

Metode

Som metode har eg nytta litteraturstudie. Ved hjelp av databasen Oria har eg funne både nasjonal og internasjonal forskning. Ved å nytte relevante søkeord og kritisk vurdering fann eg 17 artiklar som var relevante. Den eksterne validiteten var utfordrande, då eg fann få artiklar frå rurale samfunn som var relevante for mi problemstilling.

Resultat

Støtte frå foreldre, venner eller andre trygge vaksne er viktig for å skape resiliens i oppveksten. For borna og familiane er det viktig å oppleve gode relasjonar basert på tillit. Dei må oppleve at tenester og tiltak heng saman. Forståing av ulike narrativ og kontinuitet er viktige funn i oppgåva.

Konklusjon

I kva grad kommunen og BUP klarer å utnytte desse helbredande faktorane er framleis usikkert. Samtidig ser ein at fokuset på relasjonar og kontinuitet kontra individualisering i form av diagnoser, kan tale for ei vidareutvikling av det kommunale og nære tilbodet. Den låge eksterne validiteten i oppgåva er ein svakhet i mi forskning. Ein kan med fordel forske meir på kva som er suksesskriteriane for å hjelpe born, unge og familiar med psykiske vanskar i eigen kommune.

Innhald

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1.0 | Innleiing | 1 |
| 1.1 | Introduksjon og bakgrunn for val av tema | 1 |
| 1.2 | Problemstilling..... | 2 |
| 1.3 | Avgrensningar, definisjonar av sentrale omgrep | 2 |
| 2.0 | Teoretisk referanseramme | 4 |
| 2.1 | Bio-psyko-sosialt vitenskapssyn | 4 |
| 2.2 | Systemteori..... | 6 |
| 2.3 | Resiliens | 6 |
| 2.4 | Organisering av tenester til born, unge og familiar | 7 |
| 3.0 | Metode..... | 9 |
| 3.1 | Litteraturstudie | 9 |
| 3.2 | Søkeprosess | 9 |
| 3.3 | Validitet og Relevans..... | 10 |
| 3.4 | Teori..... | 10 |
| 4.0 | Presentasjon av resultat/ funn relatert til problemstilling | 11 |
| 4.1 | Familie/nettverk/foreldreinnvolvering | 11 |
| 4.2 | Lokalsamfunn | 12 |
| 4.3 | Resiliens | 12 |
| 4.4 | Born som pårørende, førebyggjande tiltak | 12 |
| 4.5 | Psykisk helsevern for born og unge (BUP) | 13 |
| 5.0 | Drøfting | 15 |
| 5.1 | Kva faktorar må vere til stades for at born skal unngå å få psykiske vanskar?..... | 15 |
| 5.1.1 | Resiliens..... | 15 |
| 5.1.2 | Narrativ og oppleving av samanheng..... | 16 |
| 5.1.3 | Tillit | 16 |
| 5.1.4 | Foreldreinnvolvering | 17 |
| 5.1.5 | Lokalmiljø..... | 17 |
| 5.1.6 | Relasjon og kontinuitet..... | 17 |
| 5.2 | Korleis nyttar kommunen og BUP desse helbredande faktorane for born, unge og familiar med psykiske vanskar? | 18 |
| 5.2.1 | Kunnskap – Relasjon - Kontinuitet..... | 18 |
| 5.2.2 | Tid..... | 20 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 5.2.3 | Lokalsamfunn..... | 20 |
| 5.2.4 | «Makta i narrativ» | 21 |
| 5.2.5 | Kaos – «Tiltaksbingo» - Oppleving av sammenheng | 21 |
| 5.2.6 | Foreldreinnvolvering | 22 |
| 5.2.7 | Relasjon - diagnostisering | 23 |
| 6.0 | Avslutning | 25 |
| | Litteraturliste..... | 27 |

1.0 Innleiing

1.1 Introduksjon og bakgrunn for val av tema

«Hjelp»! Nok ein gong ber ei fortvila mor om hjelp til barnet sitt. Atter ein gong har skulen ringt og sagt at ho må kome og hente sonen, dei klarer ikkje å handtere han. BUP har lært guten sinnemestring og prøvd PMTO med foreldra, men det vart så krevande at foreldra mestra det ikkje. BUP har i tillegg gitt guten ei lang diagnose som er umogeleg å uttale. No ynskjer skulen i tillegg utredning for autisme. Mora vil berre at dei ser den gode guten hennar, som jobbar som ein helt, har masse kreative idear og viser omsorg for alle rundt seg. Kven kan hjelpe oss undrar mora?

Denne historia er eit døme på korleis nokre opplever hjelpesystemet vårt. Det er på bakgrunn av slike historiar eg har fått eit brennande engasjement for å sjå på korleis vi kan støtte born, unge og familiar med psykiske vanskar best mogeleg.

Over 60 prosent av kommunane i landet seier at psykiske helseplager hos born og unge er deira største utfordring i arbeidet med folkehelse og førebygging (Riksrevisjonen 2015; Helgesen, Abebe og Schou 2017). Folkehelse rapporten (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2014, 161) viser at 15-20 prosent av born og unge i Noreg mellom 3-18 år til ei kvar tid har nedsatt funksjon på grunn av psykiske utfordringar. Hoadley m. fl. (2017) refererer til at psykiske vanskar aukar i frekvens og kompleksitet i tillegg til at det oppstår tidlegare i alder og varer inn i vaksenaldar.

Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er ein viktig samarbeidspart for kommunane. I rurale områder vil BUP ligge lenger frå dei som nyttar tenesta. Mange opplever å få henvisningane til BUP avviste. Kommunane tenkjer at dei ikkje har kompetanse til å ta seg av borna som har det vanskeleg, men vert tvinga til det sidan BUP avviser mange saker. Regjeringa (2009) seier at dersom det allmenne tenestetilbodet ikkje klarer å dekke behovet til born, unge og familiar, skal ein sette inn ekstra innsats tidleg. Dette av omsyn til den enkelte, men og til det samfunnsøkonomiske aspektet. Barneombudet (2017) viser mellom anna til at staten må setje i gang egne tiltak for å redusere kommunale forskjellar i tenestetilbodet til born.

Mi forforståing vil vere med å farge oppgåva, eg som individ, som ein del av ein familie, del av eit nettverk, ein arbeidsplass, eit lokalmiljø. I tillegg vert eg farga av samfunnet sine diskursar, kulturar, normer, verdiar og reglar. Eg er sjølv mor til tre born og har kjent på ulike kjensler i høve det. Eg trur alle foreldre innerst inne ynskjer å vere ei best mogeleg mor og ein best mogeleg far, men at livet byr på varierende grad av utfordringar. Av arbeidserfaring har eg jobba dei siste 14 åra i ein liten kommune som leiande kommunefysioterapeut, rehabiliteringskoordinator og dei siste 4 åra som leiar for Tverrfagleg team for born og unge. Eg har i utgangspunktet ei hypotese om at kommunane kan hjelpe born, unge og familiar vel så godt som BUP. No ynskjer eg å vere kritisk til mi eiga hypotese. Kva seier forskning og teori om kva born, unge og familiar har behov for. Dette opp mot dei gitte forutsetningane til kommunen og BUP.

1.2 Problemstilling

Born og unge er «prisgitt» sine omsorgspersonar. Lenge har eg undra meg over kvifor vaksne får mest mogeleg psykisk helsehjelp der dei bur, medan born og unge som regel må reise til BUP for å få oppfølging. BUP hevdar at dei ikkje har kapasitet til å reise ut til kommunen og møte borna der. Eg kjem frå ein liten kommune med store geografiske avstandar og lurar på om vi har det beste systemet for å hjelpe born og unge med psykiske utfordringar. Eg undrar meg over kven tenestene i kommunane og spesialisthelsetenesta er tilrettelagt for. Er det for dei tilsette eller for borna, dei unge og familieane?

Med bakgrunn i desse tankane vert mi problemstilling;

Kvar får born i ein landkommune best hjelp i høve psykiske vanskar, sentralt eller lokalt?

1.3 Avgrensningar, definisjonar av sentrale omgrep

Psykososiale vanskar: Born og unge med symptom som i betydeleg grad går ut over trivsel, læring, daglege gjeremål og samvær med andre, men uten at kriteriane for diagnose er innfridd (Mathiesen 2009, 43).

Lokalt tenesteapparat: Eg vel å definere det lokale tenesteapparatet til å vere alle som jobbar med born og unge i kommunen.

Sentralt tenesteapparat; I mi oppgåve refererar eg til BUP, som er kommunen sin nærmaste samarbeidspart i spesialisthelsetenesten i høve psykisk helse hos born og unge.

2.0 Teoretisk referanseramme

Teorien og litteraturen er valgt på bakgrunn av mi eiga teoretiske forståing og for å belyse problemstillinga. Det er mange tilnærmingar ein kunne brukt, eg har hovudsakeleg valgt ut det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet. I tillegg har eg med element frå resiliensforskninga og systemteorien. Til slutt vert det lagt fram kva kommunane og spesialisthelsetenesta er plikta å tilby i høve psykisk helse for barn og unge.

Som eit bakteppe, vil eg og kort legge fram tankar rundt maktforhold i medisinen. Hjellbrekke (2003) har sett på mellom anna Bourdieu sin teori om maktforhold i medisinen. Ein tenkjer at ved etableringa av det moderne sjukehuset, vart det endringar i det ein såg på som normalt og patologisk, og ein lærde nye klassifikasjonssystem. Medisinarane endra forståinga av kva som var sjukdom og årsaka til desse, og dermed auka dei si makt. Samtidig vart folkemedisinen svekka i dette maktforholdet. På denne måten har ein fått eit skilje mellom folket sin medisinske kunnskap kontra den vitenskapelege medisinske kunnskapen, der den sitnemde er klart dominerande. I den seinare tid har ein fått Lov om pasient- og brukarrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet 1999), som kan indikere at maktbalansen vert jamna litt meir ut.

2.1 Bio-psyko-sosialt vitenskapssyn

I fylgje Hertz (2011, 10) handlar det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet om trua på dei uante moglegheitane for utvikling. I dette synet tenker ein at atferd og kjensler er kommunikasjon som innviterer andre til samspel. Korleis omgjevnaden responderar på desse innvitasjonane er viktig i høve vidare utvikling (Hertz,2011,11). Synet utfordrar samfunnet sitt fokus på diagnostisering med ibuande utfordringar og tilknytningsutfordringar (Hertz,2011,12). I dag forhold vi oss til ICD-10 (WHO,1994), som er eit diagnostisk system som er individuelt basert og bygger på fenomenologisk vitenskapstradisjon. Det viser til barn som har vanskar, i motsetnad til det bio-psyko-sosiale synet som ser born i vanskar (Hertz,2011,24-25). Det flyttar fokuset vekk frå det som trykker individet ned og over på kontekst, samspel, kommunikasjon, ressursar og

muligheter. Håpet om å verte frisk eller snu ei utvikling er essensiell i dette menneskesynet (Hertz,2011,12-14). Kva ein vel å legge fram, er med å avgjere utfallet (Hertz,2011,29).

I fylgje Hertz (2011,43) heng hjelpesystemet igjen i ein gammel tradisjon der ein skil vanskelegheitane frå ressursane. Ved å skilje desse to er ein med å skape undersøkingar som individualiserer og framhevar problema. Dette gir ventelister til pedagogisk-psykologisk teneste og barne- og ungdomspsykiatrien. Der kan borna få diagnoser som igjen gir rettigheter i form av ulik type støtte.

Hertz (2011,43-44) legg fram nokre tankar om kva som er til barnet sitt beste. Han uttrykkjer den dobbelsidige utfordringa ved at ein etablerer størst mogeleg fagleg ekspertise som gjer born og ungdom til pasientar med manglar og vanskar. Då er ein oppteken av ressursane som ligg rundt borna i staden for ressursane dei har sjølve. Hertz (2011,282) skriv at ved å tenke barnet sitt beste har det utvikla seg ein tanke om at det spesialiserte tilbudet er bedre enn det det lokale systemet kan tilby. Det spesialiserte har fått høgare status enn dei kommunale tenestene, særskilt hos foreldre, men og i delar av det kommunale tenesteapparatet. Det kan vere med å påverke det kommunale til å henvise born til det sentrale tenesteapparatet. Vidare problematiserer Hertz (2011,43-44) diagnostisering, som skjer på grunnlag av utvalgte situasjonar der problema er mest uttalt. Diagnosen skal i utgangspunktet vere skildrande, men den vert ofte avgjerande for korleis personar rundt oppfører seg og korleis konteksten vert. Ved å prøve å finne nøyaktig skildring av utfordringane , gløymer ein å sjå på heilheit og kvifor borna viser dei invitasjonane dei gjer. Når ein prøver å fjerne skuld frå foreldra vert borna bærare av problemet, noko som etterkvart kan gi borna ei oppleving av å vere problemet. Hertz problematiserer og borna si forståing av undersøkingane som vert gjort og konsekvensane av desse. Ofte ser ein at medan born står i kø til BUP stoppar andre løysningar opp, noko som er uheldig for borna. I barne- og ungdomspsykiatrien får borna som regel ei individuell skildring. Hertz (2011,45) uttrykkjer at fagpersonar har eit ansvar for å fokusere på mogeleg utvikling. Skapar ein ei felles forståing for samanhengen kan alle rundt vere med å skape nye utviklingsmønster.

2.2 Systemteori

I fylgje Gulbrandsen (2017, 306) ser systemteorien på systemet rundt borna. Spørsmålet er ikkje kva barnet treng for å utvikle seg, men kva som hindrar familien i å legge til rette for god oppvekst. Vidare snakkar Gulbrandsen (2017, 310) om punktuering, som er eit viktig omgrep i kommunikasjonsteori. Ein forenkler ein samtale ned til å gi den andre part skulda for eit problem, uten å reflektere over at ein sjølv kan vere «triggeren» til problemet.

I fylgje Jansen (2013, 27-28) skapar vi mening i livet vårt, med å lage oss historiar, narrativ. På den måten kan vi lage historiar som gjer verda litt meir forståeleg for oss. Jansen (2013,33) legg fram Jerome Bruner si vektlegging av kven narrativet vert fortalt til og i kva kontekst. Det vil ha stor betydning kva narrativ som vert lagt fram. Vidare skildrar Jansen (2013, 98) korleis narrativ heng saman med den einskilde sine moglegheit for utvikling.

2.3 Resiliens

I fylgje Borge (2018, 11) handlar resiliens om motstandskraft, det å fungere bra sjølv om ein har opplevd alvorlege ting.

Hertz (2011, 75-76) skriv at resiliensforskning set fokus på prosessane rundt barnet, ikkje på dei personlege eigenskapane til barnet. Dei ser på samspel og dei prosessane det set i gang. Aaron Antonovsky utvikla omgrepet «sense of coherence» som handlar om oppleving av samanheng. Korleis ein opplever samanhengar, er avhengig av tilbagemeldinga ein får frå omgjevnaden. Det å vere sosial vil difor vere viktig og i stor grad vere med å styre korleis den einskilde opplever samanhengar i positiv eller negativ forstand. På same måte er det viktig for alle rundt borna å forstå samanhengen. I resiliensforskninga er det fokus på salutogenese som handlar om dei prosessane som er med å skape sunn utvikling. Når alle rundt borna bedre forstår samanhengen i høve korleis barnet har det, kan ein ilag bidra til å styrke salutogenesen.

2.4 Organisering av tenester til born, unge og familiar

Kvello (2018, 114) uttrykkjer at FN sin barnekomite ved fleire høve har uttalt si bekymring kring store skilnader i det kommunale tenesteapparatet for born og unge. Jamfør Helsedirektoratet (2011) er legevakt, helsestasjon, skulehelsetenesta og tannhelse lovpålagde kommunale tenester som ikkje er behovsprøvd. I tillegg seier Helse- og omsorgsdepartementet (Opptrappingsplanen for psykisk helse hos barn og unge, 2019-2024, 16) at frå 01.01.2020. skal alle kommunar ha psykologkompetanse. Utover desse tenestene er ikkje kommunane pålagt å ha psykiske støttetjenester i høve born , unge og familiar. Det vert difor opp til den enkelte kommune kva tilbod ein har. Pasient- og brukarrettighetslova (1999, paragraf 2-1 a.) seier at alle har rett på hjelp frå kommunale helse- og omsorgstenester dersom dei har fysiske eller psykiske belastningar ein treng hjelp med.

Samhandlingsreforma (Regjeringa Stoltenberg, 2009) har mellom anna fokus på å nytte spesialiserte helsetenester betre. Ut frå denne reforma er det dei mest alvorlege utfordringane som skal søkast inn til spesialisthelsetenesta. Samtidig vil ein styrke førebyggjande arbeid på alle nivå (Kvello, 2018, 149-150). Pasientar har rett på nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Hjelpa må ha forventa nytte og tiltaket må stå i forhold til kostnaden. Det er spesialisthelsetenesta sjølv som bestemmer frist for vurdering og eventuell oppstart av behandling. Kvello (2018, 152-153) påpeikar at lang ventetid i høve hjelp med psykisk helse, ofte kan vere uheldig for born og unge.

Nøvik og Lea (2019, s.9) framhevar at diagnostisk arbeid er viktig. Ofte får behandlar på BUP mykje informasjon. Ved å diagnostisere får ein klassifisert og kan lettare kommunisere med andre involverte i høve behandling og tilrettelegging for barnet. Nøvik og Lea (2019) gjer ein samtidig merksam på utfordringane med å diagnostisere, der ein undervurderer sosiale og psykologiske faktorar. Dei understrekar at BUP bør bruke tid med barnet og familien for å sikre seg at dei forstår diagnosen.

I tillegg til heimen, er barnehage og skule arenaer der born og unge oppheld seg over tid. Nordahl og Overland (2013, 24-25) set fokus på kor viktig relasjonen mellom elev og lærar er. Relasjonen har direkte innverknad på realiseringa av utviklingspotensialet til

eleven. For å få ein god relasjon må ein vere eit medmenneske uavhengig av rollane ein har. Nordahl og Overland (2013, 91) skriv vidare at spesifikke behandlingsteknikkar ser ut til å spele ei mindre rolle, det å vere eit medmenneske er den viktigaste faktoren.

Løgstrup (1999, 29) viser til at mennesker i utgangspunktet møter andre mennesker med tillit. Dersom tilliten ikkje vert motteken, går den over i mistru (41). Vidare seier Løgstrup (1999, 39) at i møte med mennesker held vi alltid ein del av deira liv i vår hand.

3.0 Metode

Eg kan ikkje sjå vekk frå at mi erfaring i arbeid med born i ein landleg kommune og mi forforståing har påverka utvalget av forskningsartiklar. Det kan vere at dei aktuelle artiklane svara til mi forforståing. Eg har prøvd å ha ei reflekterande haldning rundt mi plassering i systemet og ta med ulike syn på tematikken.

3.1 Litteraturstudie

I fylgje Magnus og Bakketeig (2000, 37-38) handlar ein litteraturstudie om å kritisk samle inn og systematisere skriftleg litteratur. Ei klar formeining om kva ein ynskjer å undersøke, er vesentleg for å vere mest mogeleg spesifikk i litteratursøket. Samtidig skal ein vere medviten om kva som er gode kjelder og kva forskning som er fagfelleverdert. Målet med eit litteraturstudium er ikkje å kome med nye funn, men samanfatte litteratur og forskning og drøfte dette.

3.2 Søkeprosess

Eg har nytta biblioteket på høgskulen i Molde og databasen Oria for å finne forskning. Kommunale tenester for born og unge, BUP, lokalsamfunn, psykisk helse for born, unge og familiar, rurale samfunn, resiliens, beskyttelsesfaktorar, risikofaktorar har vore sentrale søkeord. Eg har nytta både internasjonal og nasjonal litteratur. I søket fann eg ei rekke artiklar som omhandla søkeorda eg brukte. Gjennom arbeidet med oppgåva har eg jobba med presisering av problemstillinga. Eg har funne litteratur som er relevant i høve mi problemstilling. Samtidig har eg aktivt leita etter litteratur som bryt med mi forforståing. Eg har nytta Malterud (1996, 224-225) si sjekkliste til å kritisk vurdere om litteraturen eg har funne er relevant. Mellom anna har eg sett litt på bakgrunnen til forfattarane, kven dei er og kva bakgrunn dei har i høve temaet. Vidare har eg brukt sjekklista til å kvalitetssikre dei ulike delane av litteraturen eg har funne. Eg har valgt ut 14 artiklar, der eg gjengir artiklane som tema, ikkje som referering av artiklar. Alle artiklane i oppgåva er empiriske artiklar (Magnus og Bakketeig, 2000, 44), som er fagfelleverderte frå 2004 og fram til i

2019. Eg las samandraga og plukka ut dei artiklane som var relevante for mi problemstilling.

Eg kunne brukt fleire databaser og då fått fleire forskningsartiklar som kunne vore brukt i oppgåva. Særskilt forskning som ser på kor vellukka behandlinga av born og unge er hos BUP og kommunen. Kva er fordelar og bakdelar med å hjelpe born og unge lokalt kontra sentralt. Eg har ved hjelp av Malterud (1996, 224-225) si sjekklister valgt ut nokre artiklar som eg har vurdert som relevante i høve oppgåva si problemstilling. Sjølv om alle artiklane er fagfelleverderte, er det ingenting som er hundre prosent sikkert, noko som er viktig å ha med seg i arbeidet med oppgåva.

3.3 Validitet og Relevans

Det er viktig å tenke over kor haldbar forskninga er (Magnus og Bakketeig, 2000, 40). Malterud (1996, 23) skriv at validitet seier noko om informasjonen som metoden og materialet gir oss, og i kva grad vi kan overføre funna til andre kontekstar. Eg har i søket etter forskning reflektert over om artiklane har hatt relevans for mi oppgåve. Malterud (1996, 23) refererar til den interne validiteten, det at kartlegginga reflekterer sanninga. I søket etter artiklar har eg søkt etter forskning gjort i rurale områder. Dette med tanke på den eksterne validiteten, som Malterud (1996, 23) skriv handlar om kor overførbar forskninga er til andre settingar. Det har vore utfordrande å finne artiklar med god ekstern validitet. Eg har valgt å ta med forskning som ikkje kan direkte samanliknast med små kommunar i Noreg. Mi vurdering har vore at temaet er universelt, med tanke på at alle born, unge og familiar har dei same grunnleggande behova uavhengig av kontekst. Eg legg då til grunn at alle mennesker har behov for å verte sett, lytta til, ha nære relasjonar, tryggleik, ein viss grad av forutsigbarhet og annerkjenning.

3.4 Teori

I tillegg til funn frå forskning, har eg nytta ein del bøker i oppgåva. Her har eg henta teori til temaet. I starten ynskte eg å nytte mange ulike psykologiske perspektiv for å få fram eit best mogeleg bilde av kva som kan hjelpe born, unge og familiar med psykiske vanskar. Dette vart ei altfor vid og stor oppgåve. Etterkvart plukka eg ut tre teoretiske perspektiv som kan brukast opp mot funna i forskninga.

4.0 Presentasjon av resultat/ funn relatert til problemstilling

Forskinga som vert lagt fram peikar på ulike faktorar som påverkar born si psykiske helse. I tillegg er det forskning i høve barne- og ungdomspsykiatrien.

4.1 Familie/nettverk/foreldreinnvolvering

Haine-Schlagel m. fl. (2016) har sett på korleis foreldra har vore involvert medan barnet har hatt kontakt med kommunal psykisk helseteneste. Foreldra sitt engasjement og motivasjon er veldig viktig for å få god effekt av behandlinga. Haine-Schlagel og Walsh (2015) hevdar at ein har for lite foreldreinnvolvering.

I fylgje Baker-Ericzèn m. fl. (2013) opplevde foreldra ulike utfordringar med å delta aktivt i behandlinga hos kommunale helsetenester. Foreldra tykte ikkje at fagpersonane lytta til dei, dei kjende seg dømde og skuldige.

Haine-Schlagel m. fl. (2016) ser eit stort behov for meir forskning i høve foreldreinnvolvering, særskilt med tanke på kommunale helsetenester. For å hjelpe barnet er det viktig at foreldra kjenner seg viktige i denne prosessen. Det er difor behov for forskning som ser på kva som motiverar foreldra til å vere delaktige og kva som eventuelt hindrar dei.

Vedeler (2012) er oppteken av at vi må hjelpe personane til å finne eigen styrke og ta i bruk sine ressursar. Diagnoser og stempel må ikkje få sette standaren for kven dei er som person. Vedeler (2012) framhevar at familien og nettverket vil vere ein viktig ressurs for å byggje opp oppfatninga personen har av seg sjølv.

4.2 Lokalsamfunn

Ungar og Hadfield (2019) poengterer at det som er førebyggjande i ein kontekst, kan vere skadeleg i ein annan. Ein må sjå på konteksten rundt barnet for å forstå kva som kan hjelpe barnet best mogeleg.

Bellis m. fl. (2018) framhevar kor viktig det er at offentlege tenester er merksam på å sjå kva som ligg bak helse- og åtferdsutfordringane som born kan vise. Mange av resiliensfaktorane som kjem fram i studiet, finn ein i gode støttande lokalsamfunn. Bellis m. fl. (2018) meiner at investering i gode lokalsamfunn, der ein har gode rollemodellar, nettverk, vener og tilgang til støtte og hjelp, kan gi god effekt både på kort og lang sikt i høve born si helse. Gode lokalsamfunn kan vere med å beskytte dei mest sårbare borna.

4.3 Resiliens

Gartland m.fl. (2019) fann i fleire studier at sjølvregulering og sjølvtilitt tydeleg hang saman med resiliens. Den same studien viste at støtte frå familie, omsorgspersonar og foreldrekompetanse hadde stor påverknad på borna, uavhengig av kva sosiale utfordringar dei hadde. Elleve av studiane fann at støtte frå vener eller andre vaksne utanfor familien hadde signifikant påverknad på resiliens hos borna. Utifrå funna i forskninga meiner forfattarane at tiltak må vere retta både mot barnet og konteksten rundt barnet. Det bør vere fleire tiltak samtidig og det er avgjerande at familien, skulen, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet er inkludert og samarbeidar for å styrke barnet.

4.4 Born som pårørande, førebyggjande tiltak

Torvik og Rognmo (2011) viser til at 23 % av born veks opp med foreldre med psykiske utfordringar som påverkar deira evne til å gi god nok omsorg til sine born. I fylgje Mordoch og Hall (2008) fortel vaksne som har vakse opp med foreldre med psykiske helseplager om oppleving av skam, skuld, einsemd, uforutsigbarhet og usikkerhet. Halsa og Aubert (2016) omtalar Asker/Bærum-modellen, eit gruppetilbud til born mellom 7-16 år som har opplevd psykiske helseplager hos ein av foreldra sine. I evalueringa av tilbodet framhevar profesjonsutøvarane foreldresamarbeid som ein avgjerande faktor for å lukkast. Moran m. fl. (2004) støttar denne oppfatninga. Ein må lytte til foreldra sine behov og

bruke tid på å etablere ein relasjon med foreldra som er basert på tillit. Halsa og Aubert (2016) legg fram utfordringa hjelparane har med å kome i posisjon til å hjelpe born av foreldre med psykiske helseutfordringar. Kjensla av skam, skuld og mindreverd hos foreldra gjer det vanskeleg for tenesteyterane å skape ein relasjon som bidreg til å hjelpe familien.

4.5 Psykisk helsevern for born og unge (BUP)

Vedeler (2012) skriv at det i 1980-åra vart det bestemt at berre legar og barnevernet kan henvise til BUP. Dette gjer at barnet og familien har vore innom fleire instansar før dei kjem til BUP. Vedeler (2012) problematiserer denne ventetida og tenestevegen som barnet og familien må gjennom før dei kan få hjelp. Ting som vert sagt og fortalt på vegen, er med å forme deira oppleving av seg sjølve og utfordringa dei har. I tillegg er BUP si rolle vorte meir ein utredningsinstans (Nøvik og Lea 2019). Dei skal vere med å finne diagnose, som i fylgje Hertz (2011, 24-25) gjer bornet til problemet med noko ibuande som er vanskeleg.

Timimi (2017) problematiserar om det er bra for oss å nytte psykiske helsetenester. I fylgje Duncan, Miller, Wampold og Hubble (2010) viser det seg at utanforliggende faktorar, pasienten sine forventningar, sosial støtte og sosio-økonomisk status, har mest utslag på resultat av behandling. I sjølve behandlinga, er det alliansen med terapeuten som har størst påverknad. Det har i fylgje deira forskning lite effekt å bruke behandling retta direkte mot diagnosen.

Ruud og Aarre med fleire (2016) undersøkte over 7 år kor fornøgde personar med alvorlege psykiske lidingar var med det kommunale helsetilbodet og NPS (Nordfjord psykiatriske avdeling) sitt tilbod i eit ruralt område. Dei fann at dei som likte legen, terapeuten, likte alt det dei føreslo. Resultata viste at pasientane vil ha akkurat det same som vi i hjelpeapparatet vil ha, kontinuitet og relasjon.

Dette samsvarar med det Tobon m. fl. (2015) presenterer i høve forskning på born, der relasjonell kontinuitet var høgt verdsatt. Gjennom intervju fortalde borna og foreldra om kor viktig det er å skape ein relasjon der ein får eit godt og varig forhold som er bygd på tillit, fleksibilitet og engasjement. Vidare viste studie at det er viktig å involvere familien, men at det ikkje alltid skjer grunna ulike årsaker. Det kunne vere vanskeleg å samle alle og

det kunne vere høgt stressnivå i familien. Nokre opplevde at borna ikkje fekk hjelp, fordi dei ikkje passa inn i faste opplegg som helsetenestene tilbydde. Det var veldig viktig for familiane at det var god koordinering innad i tenestene , men og mellom tenestene.

5.0 Drøfting

Psykisk helse hjå born og unge har stort fokus i samfunnet. Aktuelt tema er korleis samfunnet best mogeleg kan hjelpe dei å mestre livet. Kvar får born/unge og familiar med psykiske vanskar best hjelp, i eigen kommune, eller i spesialisthelsetenesta?

Vi kan undre oss over om vi forstår kva som gir born/ungdom psykiske vansker? Det er komplekst med psykisk helse, genetik og fysisk helse, som til dømes med bakteriekulturar i mage/tarm. Kompleksiteten i psykisk helse er så stor at ein vanskeleg finn spesifikke tiltak som virkar på alle. Eg vil ved hjelp av forskning og teori drøfte korleis kompleksiteten vil tale for eller i mot breie tiltak lokalt eller særskilde tiltak sentralt.

5.1 Kva faktorar må vere til stades for at born skal unngå å få psykiske vanskar?

Eg tenkjer at det finst ingen fasit på faktorar som gjer at ein unngår psykiske vanskar som barn. Likevel ser det ut som ein kan trekkje fram nokre faktorar som er viktig i førebygging av psykiske vanskar hos born og unge.

5.1.1 Resiliens

Gartland (2019) er oppteken av sjølvtilitt og sjølvregulering for å skape resiliens i høve det å ha det bra psykisk. Støtte frå foreldra og familien er viktig for å gi sjølvtilitt og evna til sjølvregulering. Samtidig viste mange av studiane til Gartland (2019) at støtte frå venner eller andre nære vaksne har stor påverknad. Med tanke på resultatane frå denne forskninga tenker eg at kommunale tenester og BUP må arbeide med å skape gode relasjonar som varer over tid for born, unge og familiar med psykiske vanskar. Det er ingen fasit på korleis ein etablerer desse relasjonane. BUP vil kunne veilede i høve korleis borna kan skape gode relasjonar. Kommunen vil kunne vere meir «hands on» ved å dele ein relasjon eller vere tett på relasjonane.

Nordahl og Overland (2013, 91) skriv at det å vere eit medmenneske mellom anna ved å lytte, ha forståing og vise tillit, er den viktigaste faktoren for god psykisk helse. Samtidig viser dei til at dei spesifikke behandlingsteknikkane ser ut til å spele ei mindre rolle.

Mykje av forskninga eg viser til i oppgåva syner at det er mange faktorar rundt barnet som skapar resiliens. Gartland m. fl. (2019) fann at tiltak bør rettast både mot barnet og konteksten rundt barnet. Dei seier og at ein bør sette i gang fleire tiltak samtidig, for å utnytte alle ressursane rundt barnet og få alle til å samarbeide. Desse funna understrekar kor viktig det er med samarbeid og koordinering. Eventuelle tiltak frå BUP vil truleg ha liten effekt dersom dei kommunale tenestene arbeidar utifrå ei anna forståing og med andre tiltak. I saker der kommunikasjonen og tilliten har vore god mellom foreldra, barnet og hjelpeinstansane, har eg erfaring med gode resultat.

5.1.2 Narrativ og oppleving av samanheng

Hertz (2011, 75-76) refererar til Antonowski som snakkar om «sense of coherence». Familiane må oppleve ein samanheng i tenestene, men og i korleis tenesteapparatet tolkar barnet sine utfordringar. Her oppfattar eg at mange føringar vert lagt for framtida. Utifrå erfaring veit vi at det er utfordrande å endre haldningar og mønster. Tek eg utgangspunkt i Jansen (2013, 33, 98) vil det narrative barnet og foreldra får presentert i møte med kommunale tenester ha stor betydning for vidare utvikling. BUP vil ofte verte kjent med borna etter ulike narrativ til dels har vorte ei «sanning». Der ein har oppretta ein relasjon vil narrative vere anleis enn der mottakeren ikkje har noko relasjon til barnet frå før. Det er difor viktig at personar som er tett på borna er åpne for ulike narrativ og refleksjonar rundt dei.

5.1.3 Tillit

Løgstrup (1999, 29) skriv at vi i utgangspunktet møter andre mennesker med tillit. Dersom vi ikkje tek imot den tilliten barnet kjem med, sler det over i mistru (41). Eg tenkjer at dersom eit barn føler seg avvist på ein eller annan måte, vil det verte vanskelegare å få til eit samarbeid og på sikt skape endring. Barnet kan og kjenne tillit og relasjon til andre personar enn dei, dei vaksne tenkjer på. At barnet sjølv er med på å ta valg ser eg som eit viktig moment. På den andre sida, snakkar Hertz (2011, 24-25) om at det er ikkje barnet

som har vanskar. Vi kan då undre oss over om det er tilliten til barnet vi skal strebe etter. Kanskje er det foreldra sin tillit vi treng, slik at vi kan hjelpe ved å legge til rette rundt barnet.

5.1.4 Foreldreinnvolvering

Vedeler (2012) snakkar mykje om å involvere foreldra og få fram ressursane i familien og eit støttande lokalsamfunn. Lyttar vi til Hertz (2011, 10) skal vi sjå på dei uante moglegheitane for utvikling. Vi kan sjå på korleis dei ulike systema i familien fungerer i høve kvarandre, men og familien i høve lokalsamfunnet. Dersom ein nyttar systemteorien for å analysere ser ein etter kva som hindrar familien i å legge til rette for god oppvekst (Gulbrandsen 2017, 306). I arbeidet med å finne desse hindera, tenkjer eg det er avgjerande å ha tillit til og lytte til foreldra. Foreldra vil det beste for borna sine, livet byr likevel på ein del utfordringar som eg ser gjer ting vanskeleg til tider. Ved å lytte kan ein jobbe med å regulere hindera som stoppar god utvikling for barnet.

Der born er pårørande til voksne med psykiske utfordringar framhevar Halså og Aubert (2016) kor avgjerande foreldresamarbeid er for å lukkast. Moran m. fl. framheva kor viktig det er å bruke tid for å etablere ein relasjon til foreldra basert på tillit. Med å skape ein god relasjon til foreldra kan ein få tillit til å jobbe med borna.

5.1.5 Lokalmiljø

Ungar og Hadfield (2019) viser til at det som er ein førebyggjande faktor i eit lokalmiljø for eit barn, kan vere skadeleg for eit anna barn. Dei resiliensfremmande faktorane er ikkje konstante i høve born. Eg tolkar forskninga slik at ein må vurdere kvart enkelt barn i ulike kontekstar for å sei noko om kva for resiliensfremmande faktorar som kan hjelpe. Bellis m. fl. (2018) meiner at gode lokalsamfunn, med gode rollemodellar, vener og støtte kan vere med å beskytte dei mest sårbare barna. Eit kjent afrikansk ordtak seier; Det tek ein heil landsby for å oppdra eit barn.

5.1.6 Relasjon og kontinuitet

Tobon m. fl. (2015) og Ruud og Aarre m. fl. (2016) viser til at relasjon og kontinuitet er avgjerande i sjølve behandlinga. I fylgje Duncan, Miller og Wampold (2010) har

spesifikke tiltak retta direkte mot ein diagnose liten effekt. Alliansen med terapeuten har størst påvirkningskraft. Ruud og Aarre m. fl. (2016) skriv at pasientane ynskjer akkurat det same som vi i hjelpeapparatet vil ha, gode relasjonar og kontinuitet. Med tanke på dei faktorane eg har lagt fram, vil eg vidare diskutere korleis ein får nytta desse virksomme elementa best mogeleg. Korleis vert born med psykiske vanskar tatt i vare hos kommunen og hos BUP?

5.2 Korleis nyttar kommunen og BUP desse helbredande faktorane for born, unge og familiar med psykiske vanskar?

Helse- og omsorgsdepartementet (Pasient- og brukarrettighetslova, 1999, paragraf 2-1a og 2-1b) seier at alle har rett på hjelp i høve psykisk helse både i kommunen og spesialisthelsetenesta. Samtidig viser Kvello (2018, 114) til ei bekymring kring kommunale skilnadar i tenesteapparatet til born og unge. Truleg vil skilnadane påverke kor mange som vert henvist til BUP og kva oppfølging born, unge og familiar får i eigen kommune. Mi erfaring er at mange born får avslag på henvisning til BUP. Born må ha symptom som tilfredsstillar ein diagnose, for å få behandling. Det er problema til barnet som er i fokus. Eg undrar meg over om fokus på problemer kan føre til ein sjølvoppfyllande profeti, der barnet er problemet.

5.2.1 Kunnskap – Relasjon - Kontinuitet

Timimi (2017) undrar seg rundt nytta av psykiske helsetenester. Hertz (2011, 282) skriv at det har utvikla seg ein tanke om at det spesialiserte tilbodet er bedre enn det kommunale. Vidare problematiserer Hertz (2011, 43-44) utfordringa med at ein etablerer mest mogeleg teoretisk ekspertise som viser til at barnet, ungdommen vert ein pasient med manglar og vanskar. Som tilsett på BUP må ein ha ei særskild teoretisk utdanning for å kunne tilby spesialisert hjelp. Det finst ei oppfatning av at ved å nytte dei mest spesialiserte tenestene hjelper ein barnet best. Eg undrar meg over kvifor Bordieu (Hjelbrekke, 2003) sin teori framleis har slik tyngde. Oppfatninga mi er at den erfaringsbaserte kunnskapen og relasjonskompetansen hos til dømes assistenten på skulen eller fotballtrenaren, har mindre verdi enn kunnskapen til dei som jobbar på BUP.

I landlege kommunar kjenner ofte helsesjukepleiar, barnehagelærarar og lærarar dei fleste borna. Dei to sistnemde kjenner ofte borna best. Dei har relasjonen som gjer at dei ser om barnet har det vanskeleg. Dilemmaet er ofte at dei opplever at dei ikkje har tid og kunnskap til å hjelpe barnet. Dersom den primære, nære personen ikkje trur han kan hjelpe, vert ofte helsesjukepleiar kobla på saka og eventuelt eit psykisk helseteam, om det finst i kommunen. Igjen må barnet opparbeide tillit til nye personar før desse eventuelt kjem i posisjon til å hjelpe. Dersom dei ikkje lukkast, vert barnet henvist til nye personar på BUP. Løgstrup (1999, 39) skriv at i møte med mennesker held ein alltid ein del av det mennesket i si hand. For meg viser dette utsagnet kor viktig det er å møte born, unge og familiar på ein god måte for å unngå gjentatte negative opplevingar.

Mest av alt stiller eg spørsmål ved kor mykje ein lyttar til barnet og foreldra sin kunnskap. Ein kan få ei kjensle av at BUP på kort tid veit meir om barnet enn barnet sjølv og foreldra. Eg trur ikkje dei som jobbar på BUP, tenkjer dei kjenner barnet best, men systemet har ei forventning om at dei i løpet av nokre timar skal kunne finne ut kva som «feilar» barnet.

Kva er det eigentleg som gjer at vi søker born inn til eit spesialisert tilbod? Kanskje er det slik som Hertz (2011, 43) skriv, at vi heng igjen i ein gamal tradisjon der ein skil ut det som skaper vanskar frå ressursane. Mi oppleving er likevel at mange foreldre vert letta då barnet får ein diagnose. Diagnosen gir barnet fleire rettigheter. BUP kan med sin kompetanse gi barnet, familien og omverda ei forklaring på symptoma. Utifrå eiga erfaring har eg ein hypotese om at kommunen henviser til BUP, fordi dei ikkje har tru på eigen kompetanse. Ser vi til Tobon m. fl. (2015) og Ruud og Aarre m. fl. (2016) er relasjon viktigare enn teoretisk kompetanse. Mi erfaring er at ein må ha relasjonell kompetanse for å kunne nytte den teoretiske kunnskapen. Tobon m. fl. (2015) viser til at ein god relasjon bygger på tillit, fleksibilitet og engasjement. Eg tenkjer det er individuelt i kva grad kommunen og BUP kan skape ein god relasjon med born, unge og familiar. Samtidig viste Ruud og Aarre m. fl. (2016) og Tobon m. fl. (2015) at kontinuitet er viktig. Praktisk kan vi tenkje oss at kommunale tenester vil kunne ha betre kontinuitet i tenestene kontra BUP, som er inne med eit barn over ein kort periode.

Nøvik og Lea skriv (2019, 9) at ved å diagnostisere kan ein lettare kommunisere med andre involverte i behandling og tilrettelegging for born. Eg forstår det slik at veiledaren

(Nøvik og Lea 2019), er laga for å lette arbeidet til hjelpeapparatet, den seier ikkje noko om barnet sitt beste. Nøvik og Lea (2019, 9) gjer ein merksam på utfordringa ved å diagnostisere der ein undervurderar sosiale og psykologiske faktorar. Eg undrar meg over om det å diagnostisere er rett hjelp. Hertz (2011, 43-44) understrekar dobbelheita ved å bygge opp ekspertise rundt barnet i staden for å fokusere på ekspertisen i barnet. I møte med born trur eg det er veldig viktig å ha fokus på salutogenese (Hertz 2011, 75-76). Ved å fokusere på det borna meistrar, kan ein gi barnet sjølvtilitt som Gartland m. fl. (2019) viste er viktig for å styrke barnet.

5.2.2 Tid

Eit anna dilemma eg trur er sentralt er tid. Mi erfaring er at dei kommunale tenestene slappar litt av etter at borna er henvist til BUP. Set eg det på «kanten» kallar eg det fråskrivning av ansvar. Då er det andre som skal «fikse» barnet. Sjølv om det ofte er lang ventetid til BUP, verkar det som foreldra og godtek at kommunen ikkje set inn tiltak i denne ventetida. Her er det fort å gløyme barnet si stemme. Barnet står i dei same utfordringane i ventetida uten at nokon prøver å hjelpe med meir enn dei tiltaka som ikkje har hjelpt til no. Kommunen har eit ansvar med å lytte ut barnet sine ynskjer og behov i ventetida. Som Hertz (2011, 45) understrekar må vi heile tida ha tru på barnet sine moglegheiter for utvikling. Kvello (2018, 152-153) påpeikar at lang ventetid i høve hjelp med psykisk helse ofte kan vere uheldig.

5.2.3 Lokalsamfunn

I lokalsamfunnet kan dei lokale tenestene møte seg sjølv «i døra». Hjelparane har ofte fleire roller i små kommunar. Dette kan gjere det vanskeleg for foreldra å fortelje kva dei opplever hindrar dei å gi borna ein god oppvekst.

Det vil vere ulike erfaringar og meiningar kring kva som skapar gode lokalsamfunn. Sjølv tenkjer eg at vi-kulturen står sterkare på bygda enn i byar, sidan ein kjenner kvarandre og føler meir ansvar for kvarandre. Vi-kulturen kan virke godt og mindre godt. Dersom noken fell utanfor fellesskapet på små plassar, er det få andre å vere saman med. Fungerar vi-kulturen godt, vil lokalsamfunn kunne vere ei god støtte for born, unge og familiar med psykiske utfordringar. BUP vil kunne ha ei nøytral og objektiv rolle, som kan vere gunstig

for foreldra. Dersom foreldra har opplevd at tilliten deira ikkje vert teken imot (Løgstrup 1999, 41) i lokalsamfunnet, kan det vere bedre å snakke med ukjente lenger vekke.

5.2.4 «Makta i narrativ»

I møte med born, unge og foreldre, får både kommunen og BUP framlagt ei eller fleire historiar. Hertz (2011, 29) sitt bio-psyko-sosiale vitenskapssyn er oppteken av at ei skildring er avhengig av kven som legg den fram. Jansen (2013, 27) skriv at vi lagar oss narrativ som gir oss mening. Eg tenkjer at personen som legger fram sitt narrativ, alltid har ein intensjon. Det kan vere at personen vil påpeike styrkar eller svakheter, søkje trøst eller provosere. På ein eller anna måte søkjer personen ein reaksjon hos den som lyttar. Det samsvarar med Hertz (2011, 11) som seier at all atferd og kjensler innviterar til samspel. Kven sitt narrativ behandlaren på BUP får lagt fram ved henvisning og ved møte på BUP vil vere avgjerande for kva behandling barnet vil få. Ved å fokusere på salutogenese (Hertz 2011, 75-76) frå fyrste møte, kan ein få ei historie som ikkje handlar om skuld. Tenkjer ein derimot at nokon er skuld i dei psykiske vanskane til barnet, vil det vere lettare å be barnet endre seg, enn å endre seg sjølv. Eg tenkjer det er viktig å vere merksam på skuldkjensla borna kan ha. Mordoch og Hall (2008) viser til at foreldre med psykiske helseplager opplever mykje skam. Mi erfaring er at born med psykiske vanskar og kan kjenne på skam i høve sine eigne vanskar, uavhengig om ein tenker det er ibuande vanskar eller vanskar med noko i konteksten.

Truleg vil vi med ulike relasjonar, i ulike kontekstar, ha ulike narrativ i høve eit barn. Korleis ein forstår barnet og vanskane avgjere ofte kva tiltak ein vil sette inn. Nokre forstår narrativa slik at det åpnar for relasjonar og samarbeid, medan andre plasserar skuld, låser for utvikling eller marginaliserer ut av fellesskapet.

5.2.5 Kaos – «Tiltaksbingo» - Oppleving av samanheng

Timimi (2017) sitt spørsmål gir oss refleksjonar rundt det å problematisere eit barn sine psykiske symptom. Hjelper det å sette meir fokus på barnet eller kan vi legge til rette rundt barnet slik at det får det bedre. Eg tenkjer det er viktig at vi kan stå i kaoset ei stund før ein startar tiltak. Korleis vel ein i fellesskap å tolke situasjonen. Ved å bruke tid på å skape ei felles forståing av eit narrativ kan ein finne felles tiltak som gir samanheng for barnet og

familien. På den måten kan ein unngå «tiltaksbingo», å sette i gang tiltak uten å eigentleg vite kva som er utfordringa. Barnet og foreldra kan lett mysse opplevinga av samanheng om tiltak kjem for fort, og det er mindre sannsyn å treffe med tiltaka. Det er uheldig dersom tenesteapparatet uttrykkjer ulike forståingar av barnet sine utfordringar, og set inn ulike tiltak som ikkje heng saman.

5.2.6 Foreldreinnvolvering

I landlege kommunar er det gjerne lange avstandar til BUP. Det gjer at vi må reflektere rundt kva den faktoren gjer med relasjon og oppleving av samanheng for born, unge og familiar med psykiske vanskar. BUP ser foreldra ute av kontekst. Foreldra har då i større grad høve til å legge fram sitt eige narrativ om seg sjølv som foreldre. Utfordringa for BUP er på kort tid å skape ein relasjon som gjer at foreldra ynskjer å gi innsyn i eigne svake sider. Å innrømme at livet inn i mellom er utfordrande, trur eg framleis er utfordrande. Ein kan sjølv kjenne på kjensla av at ein ikkje ynskjer naboen skal vite om det som er sårt. Mi erfaring er at det ofte er knytt skam til det å ikkje «meistre» foreldrerolla. Kanskje vil det vere lettare å vere sårbar hos ein ukjent behandlar hos BUP. På den måten kan ein unngå skam og halde på identiteten og styrken sin i nærmiljøet/kommunen.

I fylgje Baker- Ericzèn (2013) opplevde foreldra at fagpersonane i kommunale helsetenester ikkje lytta til dei. Både Baker-Ericzèn (2013) og Halså og Aubert (2016) fann at foreldra kjende på skuld og at dei vart dømde. I bygda ser ein i større grad foreldra i ein kontekst. Dei er kjende frå fleire arenaer, og struktur som kanskje har vore i fleire generasjonar. Dei står ikkje så fritt til å underkommunisere eigne svakheiter. Dei må verte verdsette slik som dei er. Fagfolk på BUP får ein anna relasjonsutfordring. Dei må tidleg lage eit narrativ om vanskane og ein kontrakt som gjer at foreldra har tru på endring og vil forplikte seg på eit samarbeid.

Haine-Schlagel og Walsh (2015) kom fram til at ein har for lite foreldreinnvolvering medan barnet får hjelp med psykiske utfordringar. Dette samsvarar med det Haine-Schlagel m. fl. (2016) såg medan barnet fekk hjelp frå psykisk helseteneste i kommunen. Tek vi utgangspunkt i denne forskninga, er det manglande foreldreinnvolvering i kommunen. Mi erfaring er at personar i hjelpeapparatet ikkje tenker det er nødvendig å

fortelje alt til foreldra. Det undrar meg korleis vi hjelper foreldra ved ikkje å gi dei informasjon. Mi erfaring er at manglande åpenheit, kan føre til manglande tillit. Dette kan føre til at foreldra ikkje vil arbeide med felles tiltak. Ved å ikkje involvere foreldra går ein imot Halsa og Aubert (2016) og Moran m. fl. (2004) som viser at foreldreinvolvering er avgjerande for å lukkast.

Gulbrandsen (2017, 310) henviser til kommunikasjonsteorien som snakkar om punktuering, der ein vel å tenke at den andre part har skulda. Eg undrar meg over kvifor foreldra ofte kjenner på skuld. Kjem skuldkjensla av måten hjelpeapparatet har møtt dei. Er det slik at hjelpeapparatet har ei punktuering, slik at tenestene ikkje tapar verdi. Foreldra får skulda for at borna har psykiske vanskar. Samtidig kan ein undre seg over om foreldra vil kjenne mindre på skuld, dersom barnet får ein diagnose hos BUP. Hertz (2011, 43-44) skriv om dette dilemmaet, der foreldra då kan sleppe skuld, medan barnet vert bærar av problemet og etterkvart opplever å vere problemet.

5.2.7 Relasjon - diagnostisering

Mi erfaring er at samfunnet ser på ein diagnose som ein individuell dysfunksjon. Kanskje er det samfunnet som ikkje fungerer. Forskinga til Duncan, Miller, Wampold og Hubble (2010) viser til at det er utanforliggende faktorar, pasienten sine forventningar, sosial støtte og sosio-økonomisk status som har mest utslag på resultat av behandlinga.

Bellis m. fl. (2018) framheva kor viktig det er at offentlege tenester er merksam på kva som ligg bak symptoma borna viser. Eg undrar meg over om vi tek feil av årsak-virkning, og med det klassifiserar det normale. Ved å nytte oss av diagnosar stemplar vi individet i staden for å sjå på det sosiale. På den måten prøver vi å regulere folk si atferd innan sosialt aksepterte rammer. Hertz (2011, 43-44) problematiserer at diagnoser vert sett på grunnlag av utvalgte situasjonar der problema er tydlegast. I fylgje Nordahl og Overland (2013.91) har generell behandling like god effekt som meir spesifikk behandling/terapi. Eg undrar meg over om nærleik og kontinuitet i små forhold kan oppheve den spesielle kompetansen hos BUP. Kanskje kan relasjonen vere insulinet i psykiatrien.

På den andre sida har mennesker behov for å organisere ting. Ved å sette diagnoser, klarer hjelpeapparatet å sette ting i samanheng og tilby tiltak som passar til denne forståinga. Det

kan og utløyse ressursar til barnet. Då kjem eg tilbake til tittelen på oppgåva; tek du det du får, eller får du det du treng? Treff tiltaka dei behova som barnet og familien har?

Eg tenker at for å få ein god relasjon må ein ha tillit. Løgstrup (1999, 29) skriv at vi i utgangspunktet møter andre mennesker med tillit. Vidare skriv han at dersom tilliten ikkje vert motteken, gå den over i mistru. (41). Som nemt tidlegare er det vanskeleg å vite kven eit barn får ein sterk relasjon med. Nordahl og Overland (2013, 24-25) peikar på elev-lærer relasjonen som avgjerande for å realisere utviklingspotensialet til eleven. På same måten kan vi tenkje oss at dei nære relasjonane på andre arenaer og er avgjerande for barnet.

Som hjelper er ein inne ein liten del av livet til barnet. Å skape eit sterkt band mellom barnet og hjelparen vil truleg ikkje ha varig effekt. Små kommunar byr på mange goder og mange utfordringar. Det kan ofte vere vanskeleg å finne og opprette sunne og gode relasjonar for born, unge og familiar som ein er bekymra for. Kjennskap i små kommunar tenkjer eg vil kunne vere ein fordel.

BUP vil truleg ikkje ha like god kjennskap til innbyggjarane i kommunen. Samtidig ligg utfordringa der for både kommunen og BUP i høve autonomien som er veldig sterk i dagens samfunn. Heilt frå vi er spedbarn lærer vi at vi skal vere uavhengige. Denne tanken er innkludert i all læring gjennom livet. Brinchmann (2020) skriv at dersom grunntankane våre var meir vi, hadde det vore lettare å be om hjelp. Dersom heile samfunnet hadde tenkt meir vi, hadde det vore lettare å opprette og styrke relasjonar og skape resiliens hos born. Brinchmann (2020) meiner at vi alle treng å oppleve oss som ein del av eit fellesskap, vi søker å finne eit «jeg i eit vi».

6.0 Avslutning

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014, 161) viser til at det til ei kvar tid er 15-20 prosent av born og unge mellom 3-18 år som har psykiske vanskar. Eg har i denne oppgåva undra meg over om born med psykiske vanskar i ein landkommune får best hjelp lokalt i kommunen eller sentralt hos BUP.

Den psykiske helsa vår er kompleks og ein kan ha ulike syn og perspektiv for å tolke den. Eg har hovudsakeleg nytta det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet i tolkninga og diskusjonen rundt funn i forskning. Samtidig har eg støtta meg til resilienstenkninga og systemteorien. Svakheita ved studien er låg ekstern validitet. Eg fann få studier frå rurale områder som var relevante for mi problemstilling.

Litteraturstudien viser at relasjon, tillit, kontinuitet og oppleving av samanheng er helbredande faktorar for at born, unge og foreldre opplever å få hjelp i høve psykiske vanskar. Geografisk avstand gjer at landlege kommunar har betre føresetnader for kontinuitet kontra BUP. Om kommunen og BUP får ein god relasjon med born, unge og foreldre, er avhengig av konteksten. Forskning set spørsmål ved individualiseringa i form av diagnosar, og har etterkvart sett meir fokus på relasjonar. Vi kan tenke oss at dette talar til fordel for å vidareutvikle det kommunale tilbudet, slik at fleire får hjelp i eige lokalmiljø. Samtidig tenkjer mange at det spesialiserte tilbudet er det beste og foreldre trur det er løysinga. Kanskje vil det trange «nålauge» til BUP, vere med å endre denne haldninga. Kommunane må gjere meir sjølve. Samtidig må vi vere åpne for at i enkelte tilfeller vil det vere rett å koble på personar med særskild kompetanse frå BUP. Kanskje BUP i større grad kan veilede kommunane framfor å trekke borna ut av kommunen for å arbeide med vanskane. Tillit er ein av dei viktigaste faktorane for å skape ein god relasjon og kome i posisjon til å kunne hjelpe.

Ein kan med fordel forske meir på kva som er suksessfaktorane for å hjelpe born, unge og familiar med psykiske vanskar i ein landleg kommune. Samarbeid mellom kommune og BUP vil og vere eit relevant tema, med tanke på å utnytte kompetansen best mogeleg og gi born, unge og familien deira ei oppleving av samanheng.

Til slutt vil eg trekkje fram casen eg starta oppgåva med. Eg håpar oppgåva har gjort lesaren medviten om at den som legger fram narrativet, ikkje eig sanninga. Narrativet er eit lite utsnitt av denne guten og familien si historie. Eg håpar lesaren undrar seg over kva intensjonen min er med å skrive dette. Kva relasjon har eg til guten, kvifor eg tok med akkurat dei opplysningane og om det finst ulike narrativer her. Dette til ettertanke for alle som jobbar med born, unge og familiar som har psykiske vanskar.

Litteraturliste

Baker-Ericzèn, M. J.; Jenkins, M.M.; Haine-Schlagel, R. (2013). *Therapist, parent, and youth perspectives of treatment barriers to family-focused community outpatient mental health services*. Journal of Child and Family Studies, 22(6), 854-868.

Barneombudet. 2017. *Barneombudet sin supplerande rapport til FN sin barnekomite; Barns rettigheter i Norge*. Barneombudet.

Bellis, Mark A.; Hughes, Karen; Ford, Kat; Hardcastle, Katie A.; Sharp, Catherine A.; Wood, Sara; Homolova, Lucia; Davies, Alisha. 2018. «*Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance.*» BMC Public Health (2018) 18:792.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5699-8>

Borge, Anne Inger Helmen (2018). *Resiliens – risiko og sunn utvikling*. Gyldendal Akademisk 2018, 3.utgåve, 1. opplag.

Brinchmann, Berit Støre. 2020. «Fra jeg til vi kan redusere antall selvmord.» Vårt Land, 7. januar, 2020.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2018-2019). *Prop. 121S. Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*.

Duncan, B; Miller, S; Wampold, B; Hubble, M. 2010. «*The heart and soul of change (2nd ed.)*.» Washington, DC: American Psychological Association.

Gartland, Deidre; Riggs, Elisha; Muyeen, Sumaiya; Giallo, Rebecca; Afifi, Tracie O; et al. (2019). *What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review*. *BMJ Open; London*, Vol. 9, Iss. 4.

Gulbrandsen, Liv Mette (red.) (2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Universitetsforlaget 2017, 2. utgåve.

Haine-Shlagel, Rachel; Roesch, Scott C.; Trask, Emily V.; Fawley-King, Kya; Ganger, William C.; Aarons, Gregory A. (2016). *The Parent Participation Engagement Measure (PPEM): Reliability and Validity in Child and Adolescent Community Mental Health Services*. *Adm Policy Ment Health* 43:813-823.

Haine-Schlagel R.; Walsh, N. (2015). *Parent participatory engagement in youth and family mental health treatment*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(1), 133-150.

Halsa, Astrid; Aubert, Anne-Marie (2016). *Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer*. *Fokus på familien 1-2016* (67-88) Universitetsforlaget.

Helgesen, Marit K; Abebe, Dawid S; Schou, Arild (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelse i kommunene settes i verk*. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017. By- og regionforskningsinstituttet NIBR.

Helsedirektoratet (2011). *Håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunen*. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo

Hertz, Søren. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 1.utg.

Hjellbrekke, Johannes. (2003). *Om makt og medisin med utgangspunkt i Pierre Bourdieu sin sosiologi*. Rapport 57. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.

<https://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport57/index-OM.html>

Hoadley, Benjamin; Smith, Freya; Wan, Cecilia; Falkov, Adrian (2017). *Incorporating Children and Young People`s Voices in Child and Adolescent Mental Health Services Using The Family Model*. *Social inclusion*, Volume 5, Issue 3, pages 183-194.

Jansen, Anne. (2013). *Narrative kraftfelt. Psykologisk utvikling hos barn og unge i et narrativt perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget 2013.

Kvello, Øyvind. (2018). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2015. 2. utg. 4. opplag.

Løgstrup, Knud E. (1999). *Den etiske fordring*. Norsk utgave 1999. J. W. Cappelens Forlag AS.

Magnus, Per; Bakketeig, Leiv S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.

Mathiesen, K. Schjelderup (Rapport 2009:8). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2: barn. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Moran, P.; Ghate, D.; van der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? A review of the International Evidence*. London: Department of education and skills. Research Report. No 574.

Mordoch, E.; Hall, W. A. (2008). *Children`s perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame*. Qualitative Health Research, 18(8), 1127-1144. doi: 10.1177/1049732308320775

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nordahl, Thomas; Overland, Terje. (2013). *Rett og plikt til opplæring. Om fravær og deltakelse i skolen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Nøvik, Torunn Stene; Lea, Rune A. (2019). *Faglig veileder for Barne- og Ungdomspsykiatrien. Del 1, Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri. 4. utgave*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening.

Regjeringen Stoltenberg (2009). *St. meld. Nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*, Dokument 3:11 (2014-2015). Bergen: Fagbokforlaget AS.

Ruud, Torleif; Aarre, Trond; Boeskov, Berit; Husevåg, Per Ståle, Klepp, Rigmor; Kristiansen, Synnøve Alet; Sandvik, Jorunn. (2016). *Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort*. International Journal of Mental Health Systems 10, Article number: 33

Timimi, Sami. 2017. «*Non-diagnostic based approaches to helping children who could be labelled ADHD and their families.*» International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 12:sup1, 1298270, DOI: 10.1080/17482631.2017.1298270

Tobon, Juliane I.; Reid, Graham J.; Brown, Judith B. (2015). «*Continuity of care in Children`s Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives.*» *Community Mental Health J* (2015) 51:921-930. Springer Science Business Media New York 2015

Torvik, F. A.; Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Folkehelseinstituttet: Rapport 4.

Ungar, Michael; Hadfield Kristin. (2019). *The Differential Impact of Environment and Resilience on Youth Outcomes*. Canadian Journal of Behavioural Science; Ottawa, Vol. 51, Iss. 2: 135-146.

Vedeler, Gerdt Henrik. 2012. «Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 2.» Fokus på familien 40 (01): 27-48.

World Health Organization. (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Division of Mental Health.