

Denne artikkelen er fagfellevurdert



«Å være forelder står over alt annet» – om foreldrerollen i en psykisk krise

Trude Klevan, Marit Solholm Viksmo og Marit Borg

trude.goril.klevan@ahus.no

marit.viksmo@hioa.no

marit.borg@hibu.no

Sentrale politiske føringer påpeker behovet for et mer lokalbasert og tilgjengelig helsetilbud innen psykisk helsearbeid. Ved distriktpsykiatriske sentre tilbys hjelp fra ambulante akutteam (AAT) som et alternativ til innleggelse ved akutte psykiske kriser. Brukerne av AAT kan ha omsorg for barn. Denne artikkelen utforsker og utvikler kunnskap om hvordan det oppleves å være foreldre i psykisk krise, og hvordan AAT bidrar i slike situasjoner. Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med en kvalitativ, eksplorativ og deskriptiv design, som baserer seg på individuelle intervjuer. Studien viser at det å være foreldre både er en styrke og utfordring i krisesituasjoner. Barna bidrar med å holde fokus på livet og hverdagen. Foreldrene evner å opprettholde et hverdagsliv i krise, men det er utfordrende å ivareta de emosjonelle kravene. Videre tydeliggjør studien ulike sider ved åpenhet rundt psykisk kriseerfaringer. Foreldrene som ble intervjuet ønsket seg mer fokus på foreldrerollen fra det ambulante akutteam.

Innledning

Jeg føler på en måte at det at jeg faktisk har vært mamma, at det har stått over alt annet. Samtidig så har det også vært med på å låse meg mer, til situasjonen (...). Det er jo det, at du ikke kan få den pausen når du trenger det. Egentlig har du ikke lyst til noen ting når du er deprimert. På en måte så var det fryktelig tøft. Samtidig så var det litt redningen min også.

Slik beskriver en kvinne erfaringene sine med å være en mor i psykisk krise. Foreldre

som har erfart psykiske problemer, formidler at nettopp barna deres gjør at de holder ut og finner løsninger. Selv om foreldrerollen oppleves berikende, er det også krevende å skulle ivareta barnas behov for omsorg og oppfølging når man selv er i en psykisk krise.

Ambulante akuttpsykiatriske team (AAT) er blitt et tilbud ved en stor del av de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) i Norge (Karlsson, Borg & Sjølie 2011). Målgruppen til AAT er mennesker over 18 år i en

akutt, psykisk krise. AAT tilbyr tett oppfølging i hjemmet som et alternativ til innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling og skal således bidra til å ivareta helsepolitiske mål om lokalbasert, tilgjengelig helsehjelp. Mange av brukerne i AAT har barn, og en del av fagpersonenes oppgaver blir dermed å se og ivareta barnas og familiens behov som helhet. Dette understrekes også ved endring i Lov om helsepersonell (1999) fra januar 2010, som pålegger alt helsepersonell å bidra til å ivareta behovet for informasjon og oppfølging som barn kan ha, knyttet til foreldrenes helseproblemer og/eller rusmisbruk. Å arbeide med utredning og stabilisering av psykiske kriser med hjemmet som kontekst gir helsearbeidere en unik mulighet til å få innblikk i familiens hverdagsliv (Borg & Karlsson 2010). Et spørsmål er hvorvidt helsearbeidere evner å identifisere og tematisere de spesifikke utfordringer det innebærer å skulle ivareta foreldrerollen i krise. Det er lite forskning knyttet til problemstillingene som foreldre i en psykisk krise stilles overfor, hvordan det er å få hjelp hjemme, og hvilke krav dette stiller til helsearbeidere. Med et helsevesen som i økende grad skal tilby oppfølging og behandling i hjemmet er det behov for kunnskap og kompetanse innen dette praksisfeltet. Målet med denne artikkelen er å utforske hvordan foreldre til mindreårige barn opplever at hjemmebehandling ivaretar de behov man har i en psykisk krise. Dette vil bli belyst gjennom to forsknings-spørsmål: 1) Hvordan oppleves det å være forelder i psykisk krise? 2) Hvordan greier AAT å ivareta foreldrenes behov?

Artikkelen er videreutviklet fra et mastergradsstudium i klinisk helsearbeid med samme tema. Studien er en del av fors-

kningsprosjektet «Krisehåndtering og hjemmebehandling i psykisk helsevern» ved Høgskolen i Buskerud. For mer informasjon om hovedprosjektet se Karlsson, Borg & Kim (2008).

Bakgrunn

Å få hjelp av profesjonelle i sitt eget hjem innebærer at fagpersoner trer inn i personens og eventuelt familiens private sfære og hverdagsliv. Betydningen av hverdagslivet ved psykiske lidelser har fått økt oppmerksomhet de senere årene. Gjennom blant annet forskning om bedringsprosesser (Borg 2009; Borg & Karlsson 2011; Davidsson 2003) har de kontekstuelle sider ved psykisk helse blitt aktualisert. Hverdagslivet er et kontekstuel begrep. Hverdagen leves i de daglige rutiner og gjøremål og er en erfaringsarena som gir muligheter for å skape mening og innhold i tilværelsen (Borg 2009). Hverdagslivsperspektivet handler ikke bare om individet, men kanskje vel så mye om de samhandlinger og relasjoner som den enkelte inngår i. Personer som får hjelp i eget hjem, må dermed forholde seg til hjelpen i sitt hverdagsliv og i samhandling med familie og andre nærstående. Psykisk krise kan forstås som en akutt og ofte forbigående utvikling av en psykisk lidelse. Den kan være intens og smertefull og virker inn på daglig fungering (Johnson & Needle 2008). Personens omgivelser påvirkes, og kriser er således sosiale så vel som individuelle. Psykiske kriser kan oppstå plutselig og uforståelig, eller de kan oppleves som fenomen som gradvis utvikles (Karlsson, Sjølie & Borg 2008). Hverdagslivet er en arena som gir mulighet for opplevelse av forutsigbarhet, normalitet og mening, også i kriser. Halså (2008) beskriver hvordan mødre som lever med psykiske

helseplager, til tross for sine lidelser opprettholder et grep om de daglige rutinene. Som foreldre flest holder de på med husarbeid, matlaging og oppfølging av barnas aktiviteter. Hverdagslivet bidrar til å skape struktur og rammer for hele familien i krisen og gir mulighet for å hente frem egne ressurser. Det kan inneha viktige «knagger» å henge tilværelsen på. Flere av mødrene i Halsas avhandling (2008) opplevde at de greide å være «gode nok» mødre når det gjaldt den praktiske delen av barneomsorgen, men slet mer med den emosjonelle tilstedeværelsen. Ved å ha et hverdagslivsperspektiv på foreldrerollen i en psykisk krise åpnes det opp for en videre forståelse av menneskelige samspill og situasjoner.

Hverdagslivet er en sentral arena for å komme seg gjennom kriser og oppleve bedring. Bedringsprosesser omhandler både subjektive og relasjonelle forhold, og kan beskrives som alt det individet gjør for å hjelpe seg selv i det daglige for å leve et meningsfullt liv (Borg 2009). Hjemmet som arena danner en mer naturlig ramme for kartlegging av hvilke behov og utfordringer hverdagslivet og foreldrerollen byr på i psykisk krise, og hvordan fagpersonene best kan hjelpe. Borg og Karlsson (2010) peker på noen forhold ved hjemmebehandling som sentrale for AAT. Ved å møte den enkelte og familien i hjemmet på deres egen arena kan man lettere forstå personen og situasjonen og se atferd og væremåter som menneskelige uttrykk i en konkret, sosial sammenheng. Videre kan hjelpetiltakene som iverksettes i hjemmet, bli mer personnære og meningsfulle. Endrede rammebetingelser og samarbeidsformer kan også bidra til å utvide og utfordre rollen til fagpersonen og dennes kunnskapsgrunnlag.

Hjemmebehandling kan således tenkes å utvide synet på krisen og mulige løsninger, både hos bruker, pårørende og fagpersonen. Så vel krisen som potensielle løsninger ses i en kontekst, i relasjon til andre.

Selv om foreldre med psykiske problemer har erfaringer og bekymringer som foreldre i sin alminnelighet, innebærer det noen særskilte utfordringer. Halsas (2008) viser hvordan mange mødre evner å følge opp barnas praktiske behov, mens det å skulle være emosjonelt til stede oppleves som mer krevende. Å ha omsorg for barn medfører at det blir mindre tid og mulighet til å ivareta egne behov. En engelsk studie belyser situasjonen til britiske mødre som har fått hjelp av AAT (Khalifeh, Murgatroyd, Freeman, Johnson og Killaspy 2009). Noen av barna er også blitt intervjuet. Mødrene var fornøyde med å bli fulgt opp i hjemmet og følte seg trygge og godt ivaretatt for egen del. Det var imidlertid problematisk for dem å ivareta foreldreoppgaver som å dekke barnas fysiske og emosjonelle behov godt nok. Det ble også beskrevet som slitsomt å beskytte barna fra egne symptomer og lidelsestrykk. Til tross for alt dette foretrakk mødrene oppfølging i hjemmet fremfor innleggelse. Barna i studien ga derimot uttrykk for noen negative erfaringer med hjemmebehandling. Sett fra deres ståsted opplevdes situasjonen i hjemmet med en mor i psykisk krise som utrygg og uforutsigbar. De ga uttrykk for at de hadde foretrukket at mor ble innlagt. Denne studien peker på noen utfordringer knyttet til krisehjelp i hjemmet. Psykiske kriser og hjemmebehandling innebærer komplekse situasjoner og relasjoner, med mange personer involvert. Den individorienterte, tradisjonelle og institusjonsbaserte psykiatrien kommer til kort,

og fagpersonene stilles overfor andre krav og forventninger.

Metodologi

Med menneskelige erfaringer og mening i fokus ble studien gjennomført innenfor rammen av en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med en kvalitativ, eksplorativ og deskriptiv design (Kvale & Brinkmann 2009). Studien er inspirert av Finlay (2011), som beskriver fenomenologisk forskning som å være innrettet mot levde erfaringer og mening, å arbeide med tette og rike beskrivelser, og å være opptatt av eksistensielle forhold. Meningen med ethvert fenomen er generert og skapt gjennom dialoger i sosiale relasjoner, som ord og historier som blir delt i en felles mellommenneskelig diskurs. I møte med forskernes forforståelse og tolkninger har de delte historiene blitt gjort til gjenstand for en hermeneutisk analyseprosess.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst og meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Utvalg

Inklusjonskriteriene var: 1) Voksne med foreldrefunksjon for hjemmeboende, mindreårige barn; 2) Ha mottatt oppfølging fra AAT i en akutt psykisk krise; 3) Ikke vært i kontakt med AAT de siste tre måneder eller vært innlagt de siste seks måneder. Rekruttering foregikk ved en skriftlig forespørsel om deltagelse. Personene som mottok forespørsel, var på forhånd godkjent for deltagelse av ledelse ved det lokale DPS. Fire informanter deltok i studien. Begge kjønn var representert, de var mellom 27 til 44 år gamle, tre hadde daglig omsorg for sine

barn, mens en av dem hadde delt omsorg. To av informantene levde i parforhold, og to levde alene.

Intervju og analyse

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide basert på studiens forskningsspørsmål. Intervjuene ble dokumentert gjennom lydopptak og transkribert verbatim. Informantene bestemte selv hvor de ønsket å bli intervjuet, og samtlige valgte hjemmet. Intervjuene varte i 45–60 minutter. Intervju og analyse ble gjennomført av de to første forfatterne med veiledning og fellesrefleksjon med tredje forfatter. Analysen ble gjennomført i fem trinn, gjennom en hermeneutisk analyseprosess med fokus på mening (Kvale & Brinkmann 2009). Først ble hele teksten lest for å få helhetsinntrykket. Deretter ble meningsenhetene identifisert, slik de ble uttrykt i teksten. Forskerne omformulerte så med egne ord intervjupersonens utsagn til kortere formuleringer, og meningsenhetene ble sett i lys av forskningsspørsmålene. De sentrale emnene ble til slutt skrevet sammen i deskriptive utsagn. Gjennom analysen fremsto følgende tema; 1. Hverdagslivet gikk sin gang, 2. Å være forelder står over alt annet, 3. Åpenhet og 4. Ta ansvar selv.

Forskernes egen bakgrunn fra klinisk praksis i AAT kan betraktes som en metodologisk utfordring. Klinisk erfaring fra AAT kan ha bidratt til en forforståelse av hvordan situasjonen for foreldre i psykisk krise er, og dette kan ha preget intervjusituasjon og tolkingen av funn. Et forhold som bidrar til å styrke studienes validitet, var at den ble utført som et samarbeid mellom to forskere. To personer utførte intervjuing og analyse i fellesskap, med veiledning og

refleksjon fra en tredje person. Gjennom hele forskningsprosessen har forskerne dermed hatt mulighet til å stille kritiske spørsmål og minne hverandre på studiens «hva» og «hvorfors».

Funn

I presentasjon av funnene er informantene gitt fiktive navn. For å sikre anonymitet gjenspeiler heller ikke navnene nødvendigvis informantenes rette kjønn.

Hverdagslivet gikk sin gang

Hverdagslivet bærer i seg noe allment og utgjør en viktig ramme for organisering av dagen gjennom praktiske gjøremål og aktiviteter i familien. Samtlige informanter fremhevet hvordan de opprettholdt rutiner i hverdagslivet, og at nettopp denne strukturen ga en viktig forutsigbarhet og trygghet. Anne fortalte om sin hverdag i krisen:

Jeg gjør jo det jeg skal, hvis jeg blir dårlig. Jeg legger jo unger, hjelper til med lekser og lager middag og sånne ting.

Å ha rutiner og oppgaver i hverdagen kan gi en opplevelse av mestring og «å være vanlig». Den psykiske krisen representerer ikke hele tilværelsen. Gjennomføring av dagligdagse gjøremål ble beskrevet som en beskyttelse mot å gå «helt ned». Samtidig fremkom det at ansvaret og arbeidet med de nødvendige, daglige aktiviteter kunne føre til at egne behov for hvile og rekreasjon måtte settes til side. Lise delte sine erfaringer:

Ja, det er jo det, at du kan ikke få den pausen når du trenger det. Egentlig har du ikke lyst til noen ting når du er deprimert. På en måte har man bare lyst til å stikke av.

Å ha familien og kjente mennesker rundt seg i krevende krisesituasjoner ble fremhevet som en særdeles trygg ramme. Flere av informantene fortalte om nettverkets betydning for å komme seg gjennom hverdagen. Å involvere de rundt i krisen ga mulighet både for praktisk og emosjonell støtte. Denne støtten kunne noen ganger være avgjørende for å klare foreldreoppgavene i krisen, slik Anne fremhevet:

Jeg er veldig heldig som klarer å være mor, samtidig som jeg er syk. Jeg ser det. Men det er fordi jeg har veldig mye nettverk rundt meg. Jeg har jobben min, venner, mannen min og psykiatrisk team.

Nettverket var ikke nødvendigvis kjernefamilien alene. Det kunne være slektninger, venner eller profesjonelle hjelpere – de som var tilgjengelige og til stede for personen i det daglige.

Å være forelder står over alt annet

Foreldre har ansvar for å tilrettelegge hverdagen for barna og følge opp deres behov, både praktisk og emosjonelt. For informantene var det den emosjonelle tilstedeværelsen som opplevdes som ekstra utfordrende i krisen. Anne sa det slik:

Jeg skulle ønske jeg kunne være litt mer tilstedeværende. Det er liksom det jeg sliter med. Jeg tenker psykisk, når jeg sliter, så er jeg veldig inn i meg selv. Selvsentrert.

Samtidig som kravet om tilstedeværelse kan oppleves vanskelig å imøtekomme, kan det også være en hjelp til å flytte fokuset innenfra og ut på omverdenen. For flere var det en viktig påminning og god støtte at noen var der og trengte en, som Mette hadde erfart:

Det å være mor i krise har på en måte vært enkelt. For når jeg er sammen med datteren min, er jeg «her og nå» – til stede.

Foreldrerollen kunne erfares som hjelp til å mobilisere friske sider ved en selv i krisen. Informantene fortalte at de gjør så godt de kan for å fungere overfor barna. Noen hadde sett at det å forsøke å mestre foreldrerollen i krisen, hadde kostet dem mye. Når de så tilbake, tenkte de at det hadde vært fint om noen hadde hjulpet dem med å se og ivareta barna. Å tilkjennegi overfor andre at man sliter som foreldre, ble imidlertid beskrevet som krevende. Informantene formidlet på den ene siden et ønske om at de utfordringer de sto i hadde blitt sett og tatt på alvor. På den andre siden var de redde for å bli «avslørt» og at deres evne til å mestre foreldrerollen skulle trekkes i tvil. Lise pekte på dette dilemmaet:

Jeg sa vel kanskje på den ene siden at nå klarer jeg ikke mer. Men på den andre siden så måtte jeg jo overbevise AAT om at jeg klarte det.

Uroen for å bli oppfattet som dårlige foreldre og ikke strekke til i de profesjonelles øyne gjorde at informantene i mange situasjoner anstrengte seg for å holde fasaden.

Åpenhet

Betydningen av åpenhet rundt det å være i en psykisk krise var et sentralt tema hos informantene. Åpenhet ble i hovedsak fremhevet som noe positivt. Ved å snakke direkte om det de strevde med, opplevde flere informanter at de fikk forståelse og støtte fra omgivelsene. Kristian hadde vansker med å fortelle om problemene sine den første tiden, men valgte etter hvert å dele mer:

Ting ble lettere når jeg var åpen om det, enn når jeg ikke var det. Da merket jeg at alt var mye lettere. Folk skjønnte mye mer.

Det ble forståelig for ham at andre ikke kunne vite hvordan han hadde det dersom han ikke snakket om det. Andre informanter valgte å ikke være åpne. Dette kunne både bunne i en frykt for å vise egen sårbarhet og i et ønske om å skåne sine nærmeste. En fortalte at mannen hennes kunne bli sinna på henne når hun ikke sa noe. Hun tenkte imidlertid at da slapp han å bekymre seg. Hun ville gjerne skjerme ham og barna.

Ønsket om å beskytte de pårørende kan virke mot sin hensikt. Ideen om at det man ikke vet, har man ikke vondt av, passer ikke like godt i alle sammenhenger. Ikke minst kan dette gjelde for barnet. Kristian beskrev:

Han (sønnen) slet mye i begynnelsen, men jeg fant ut at det lureste var å være åpen med ham. Så jeg endte opp med å fortelle hvorfor ting var som de var. Og da ble ting egentlig helt greit for ham, for da visste han hva som skjedde.

Åpenhet og tydelige forklaringer kan gi trygghet og forståelse for hva som er i veien med far eller mor, og hjelpe til med å lette trykket hos hele familien.

Ta ansvar selv

Informantene opplevde at AAT hadde begrenset fokus på foreldrerollen og barna. De gangene foreldrerollen ble tematisert i møter med AAT, var det foreldrene selv som tok det opp. Informantene hadde ikke nødvendigvis savnet å prate om barna da de var i krise. I ettertid kunne de se behov for at

AAT hadde hjulpet til med å ha mer fokus på foreldrerollen og barna, slik Lise følte det:

Det er vanskelig å si, for jeg føler at jeg var så nære et sammenbrudd. Akkurat da var jeg på det nivået, jeg må liksom bare komme meg gjennom dagene. Jeg var ikke i den tilstand at jeg hadde noen sånne problemstillinger (om barnet og foreldrerollen) Altså, man blir jo veldig sånn, man mister litt perspektiv når man står oppi situasjonen selv.

Studien viser at det i en krise kan være vanskelig å se og vurdere eget og nettverkets hjelpebehov realistisk. God krisehjelp kan innebære at noen «tar over» når man selv ikke har krefter. Ikke minst viser denne studien at det kan være viktig når det er barn i bildet. Bekymring for barna og opplevelsen av ikke selv å makte å ta ansvar kan føre til en forverring av krisen. At foreldrerollen og barnas situasjon blir tatt på alvor av hjelpeapparatet, har betydning for hvordan familien gjennomlever krisen og hvordan den betraktes i etterkant. Anne uttrykket det slik:

Barna skjønner så mye, men de skjønner ikke hva det er. De skjønner ikke hvorfor mamma plutselig ikke snakker eller hvorfor mamma bare vil ut og gå ... Hvordan skal de skjønne det, når jeg ikke skjønner det selv? Det at noen setter seg ned og snakker med dem, spesielt noen som har fagkunnskap om å snakke med barn. Og at det er tilbudet. Det å ikke spørre, ikke sant, det å bare gjøre det, å si at «nå har vi gjort det!»

Alle informantene reflekterte over barnas situasjon i kriseperiodene og behovet for at andre voksne på en trygg måte kan hjelpe til

med barnevennlige samtaler og forklaringer.

Diskusjon

Hensikten med denne artikkelen er å undersøke opplevelser av å være forelder i en psykisk krise, og hvorledes AAT imøtekommer de behov man har. I diskusjonen vil vi ta opp to forhold: 1. Ulike sider ved foreldrerollen i psykisk krise, og 2. Behovet for utvidede kunnskaper og praksisformer for psykisk helsearbeidere Avslutningsvis vil vi peke på implikasjoner for videre forskning og klinisk praksis.

Foreldrerollen i psykisk krise

Denne studien viser hvordan foreldrene gjør så godt de kan for å følge opp barnas hverdag når de selv er i en krise. På mange områder evner de å opprettholde de vante oppgaver og rutiner. Den store utfordringen synes å ligge i å makte å være emosjonelt til stede.

Dette peker på særskilte sider ved vårt moderne samfunn. Det sterke fokus på emosjonell tilstedeværelse kan bidra til at mange foreldre i psykisk krise kan streve med opplevelsen av utilstrekkelighet og dårlig samvittighet (Halsa 2008). Det kan være mye skam forbundet med ikke å strekke til. Åpenhet rundt egen og barnas situasjon blir vanskelig, og skam og skyldfølelse kan hindre en i å be om hjelp. Ved å åpne hjemmet som arena for behandling i psykisk krise vil krisen vises frem i sin fulle kontekst. Man kan på et vis bli avkledd for det som vanligvis er privat. Krisen kan ramme evnen til å holde hus og hjem i orden, arbeidsferdigheter, egenomsorg så vel som sosiale funksjoner. Smerten ved å se hvordan egen lidelse påvirker barna og egen

evne til å imøtekomme deres behov, er betydelig (Khalifeh et al. 2009). Å invitere hjelpe inn i hjemmet kan på den ene siden tenkes å øke skammen og sårbarheten, men kan også bidra til å hjelpe foreldre til å få fokus på hva de faktisk mestrer. Flere av informantene beskriver hvordan de i krisen tross alt evnet å fungere på mange områder. Ved hjemmebehandling kan noe av normaliteten opprettholdes, og således bidra til at brukerens opplevelse av verdighet som menneske og forelder bevares i krisen.

Samtidig som hverdagslivets rutiner kan gi rom for mestring, kommer det også fram at det kan være vanskelig å prioritere seg selv og egne behov. Vi synes her å ane et hverdagslivets paradoks. På den ene siden kan det å opprettholde et hverdagsliv bidra til kontinuitet og mestring. Samtidig gjør hverdagens krav det vanskelig å ivareta egne behov og bruke kreftene til å jobbe seg gjennom krisen. Når de ressurser man har i øyeblikket, ikke stemmer overens med de kravene som stilles til en, kan behovet for å få være i fred og hente seg inn bli sterkt. I slike situasjoner kan en tenke seg at hverdagslivets krav oppleves å komme i veien for egne muligheter til personlig endring og bedring.

Ved hjemmebehandling for mennesker i akutt psykisk krise kan det være lett å ha hovedfokus på personen i krise og dennes behov. Studien viser også at for disse informantene ble barna og familielivet i liten grad gitt plass i kartlegging og tilbud. Foreldre har ikke alltid overskudd til og overblikk for barnas situasjon. De kan også streve med en indre kamp mellom å ville ha hjelp og å vise at de kan klare seg selv. Informantene beskriver at de i etterkant av krisen kunne kjenne på sårhet og skyldfølelse

over å ikke ha fokusert nok på barna. Dette er en viktig påminning til fagmiljøene om å utvide forståelsen og tilnærmingen utover psykiatriens tradisjonelt individorienterte, og til å ta brukererfaringer på alvor. Det er behov for å styrke de sosiale og kontekstuelle forståelser (Borg 2009; Tew 2005).

Utvidede kunnskaper og praksisformer
Hverdagslivet som behandlingsarena innebærer både muligheter og utfordringer. Helsearbeidere forventes å være personens og familiens hverdagshjelpere så vel som å være representanter for psykiatrien, med alle krav og prosedyrer det representerer. Dialoger rundt hverdagslivet kan være en personnær innfallsport til å få tak i hvordan det oppleves å være mor eller far i en psykisk krise. Fokus på hverdagslivet og alt hva folk faktisk gjør for seg selv og sine barn, kan bidra til å fremheve ressurser og mestringsfølelse (Borg 2009; Halså 2008). Innsikt i hvordan hverdagen fungerer i den enkelte familie, gir fagpersonene verdifull informasjon og kan være en trygg måte å snakke om hvor sårt det oppleves å være foreldre i krise. Både studiens empiri og nyere forskning av Halså og Kufås (2012) tyder på at foreldre sjelden bringer temaene foreldrerollen og barnas situasjon på banen selv. AAT har behov for fagpersoner med trygghet og erfaring i barnefokuset arbeid for å følge opp lovens intensjon og gi foreldre og barn den oppfølging de har krav på.

Samtidig som både teori og studiens empiri viser at mange i psykisk krise opprettholder et dagligliv ved å fokusere på rutiner og gjøremål, så skjer dette, som tidligere nevnt, ikke uten omkostninger. Dette fordrer at helsearbeidere i AAT evner å se og forstå

det krysspress foreldre i psykisk krise kan oppleve. Selv om mye forskning belyser de negative sider ved psykiatriske institusjoner (Goffman 1961; Tew 2005), kan det være situasjoner der innleggelse er en fornuftig løsning. En åpen og støttende holdning fra personell i AAT kan gi muligheter for å få frem de dilemmaer foreldre og deres familier står i, og gjennom dette hjelpe til med å ta valg om veien videre.

Kartlegging av foreldrerollen og barnas behov for informasjon og oppfølging er fra 2010 blitt lovpålagte oppgaver og har ført til nye rutiner en rekke steder (Halsa & Kufås 2012). Utvikling av nye rutiner og mer fokus på barna kan bidra til at helsepersonell i AAT i større grad påser at foreldrerollen og barnas situasjon tematiseres. Det er allikevel ikke slik at en ny rutine eller et skjema alene er avgjørende for om man får den informasjon man ønsker, eller om barna blir sett eller ivaretatt på en god måte. Avgjørende forhold vil fortsatt være hvordan helsearbeideren kan skape en trygg arena og virksomme relasjoner der samtale om hvordan familien egentlig fungerer i krisen er mulig. Å ha en slik samtale krever tillit, tid og fagpersonlig autonomi (Ekeland 2004; Halså & Kufås 2012). Dette kan være utfordrende i et helsevesen hvor kravet til effektivitet og oppnåelse av måltall stadig øker (Borg & Karlsson 2011; Ekeland 2004). Å ta brukererfaringer på alvor og arbeide i et familie- og nettverksperspektiv innebærer at fagpersonene må ha rammebetingelser for å samarbeide med brukeren og familien. Det kan også innebære behov for andre kartleggingsmetoder og resultatmål enn dagens, der fokus i stor grad er rettet mot individorienterte, kvantitative produksjons- og effektmål.

Konklusjon

Foreldrerollens og hverdagslivets kompleksitet synliggjøres når en forelder kommer i krise, og hjelpen som tilbys må dermed også representere faglig bredde. Hjemmebehandling, der krisen ses i en kontekst, bidrar til innblikk i de mangfoldige utfordringer foreldre opplever. Behandling på brukerens arena kan også gi rom for å se og fremheve det som fungerer, og støtte oppunder familiens mestingsstrategier. Videre kan behandling i brukerens hjem gi bedre muligheter til å finne løsninger som i større grad møter de behov den enkelte bruker og familien har. Dette vil imidlertid kreve ambulante akutteam med bred faglig kompetanse, god tilgjengelighet og muligheter for å bruke den tiden dette komplekse arbeidet fordrer.

Skal AAT være et reelt alternativ til innleggelse, må foreldrerollen og barnas situasjon tas på alvor og gis de nødvendige rammer, både faglig og tidsmessig. Fagpersoner med faglige og personlige forutsetninger for å kunne gå i dialog med brukeren om foreldrerollen og barnas situasjon er en nødvendighet. Foreldrerollen kan være et sårbart tema ved psykisk krise. En indre kamp mellom å ville legge alle kortene på bordet og be om hjelp og å ville mestre selv kan gjøre åpenhet vanskelig. For å komme i dialog med foreldre om deres opplevelse av hverdagslivet og foreldrerollen, må det være tillit og samarbeid. Dette gir implikasjoner om at AATs ansvar for å ivareta barne- og familiefokuset fordrer en praksis med rom for fleksibilitet, autonomi og samarbeidskompetanse.

Studien viser et behov for videre forskning på organisering av og innholdet i den hjelp som tilbys av AAT i møte med familier, og hvilke sider ved denne hjelpen som bidrar til

å styrke mestring av hverdagslivet og foreldrerollen, slik brukere og pårørende ser det.

Referanser

- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 6(4), 452–459.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2010). Å arbeide i menneskers hjem – dilemmaer i humanistiske praksiser i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2&3, 47–53.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery – og hva så? Om erfaringsbasert kunnskap, vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(4), 314–323.
- David, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York (NY): New York University Press.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. (Arbeidsnotat 6/2004). Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for Therapists. Researching the Lived World*. UK: Wiley-Blackwell.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.
- Halsa, A. (2008). «Mamma med nerver». *En studie av moderskapet og barneomsorgen i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager*. Doctoral Dissertation, NTNU, Trondheim.
- Halsa, A., & Kufås, E. (2012). De nye vaktbikkjene: Barneansvarlige i helseforetak. I B.S Mowatt Haugland, B. Ytterhus, og K. Dyregrov. *Barn som pårørende*. Abstrakt forlag.
- Haugen A.R., & Hultberg K. (2004). Ambulant akutteam – en ny mulighet i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(2), 48–55.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*.
- Johnson, S., & Needle, J. (2008). Crisis resolution teams: Rationale and core model. I S. Johnson, J. Needle, J. P. Bindman and G. Thornicroft. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*, 67–83. Cambridge: Cambridge University Press.
- Karlsson, B., Borg, M., & Kim, H.S. (2008). From good intentions to real life: Introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing Inquiry*, 15(3), 206–215.
- Karlsson, B., Sjølie, H., & Borg, M. (2008). «Akkurat som høy feber». *Sykepleien Forskning*, 3(3), 136–143.
- Karlsson, B., Borg, M., & Sjølie, H. (2011). Ambulante akutteam ved distriktspsykiatriske sentre – en kartleggingsstudie. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 62–68.
- Khalifeh, H., Murgatroyd, C., Freeman, M., Johnson, S., & Killaspy, H. (2009). Home Treatment as an Alternative to Hospital Admission for Mothers in a Mental Health Crisis: A Qualitative Study. *Psychiatric Services*, 5, 634–639.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., & French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 20–28.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. av 7. februar 1999 nr. 61*.
- Tew, J. (2005). Core themes of social perspectives. I: Tew, J. *Social perspectives in mental health: developing social models to understand and work with mental distress*, 13–32. London: Jessica Kingsley Publishers.

Summary

Trude Klevan, Marit Solholm Viksmo and Marit Borg

«Being a parent stands above all». Parenting in a mental health crisis

In Norway, the national policies for the last decades have emphasized community-based mental health-care services. The establishment of crisis resolution and home treatment teams (CRHT) is a part of this policy. Many of the CRHT's service users are parents with custody of children. The objective of this article is to explore the lived experiences of being a parent experiencing a mental health crisis and how the CRHT teams contribute in this situation. The study has a hermeneutic-phenomenological approach, with an explorative and descriptive design, based on individual interviews. The study reveals that being a parent in undergoing a mental health crisis can be thought of in terms of both both strength and challenge. The children help in keeping focus on life and the crucial daily tasks and issues. The parents are capable of keeping up with the everyday routines but struggle with the emotional demands of being a mother or a father. Furthermore, various aspects of being open about mental health problems are revealed as multifaceted. The informants of this study call for more attention to the parental role from the CRHT professionals.