

BACHELOROPPGAVE

Barn av psykisk syke

av

Maren Aase Folgerø

Barnevern
BA530
April 2008



Innholdsfortegnelse

1 Innledning	S: 2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	S: 3
2 Metodiske valg	S:4
2.1 Kunnskapsyn, forforståelse og verdisyn	S: 4
2.2 Kvalitativ metode	S: 5
2.2.1 Dokumentstudie	S: 6
2.2.2 Intervju som metode	S: 7
3 Teoretisk rammeverk	S: 8
3.1 Hva er psykisk sykdom?	S: 8
3.2 Barn av psykisk syke, et stigmatiserende betegnelse?	S: 9
3.3 Foreldrefunksjoner	S:10
3.4 Risiko- og resiliens faktorer	S:11
4 Hvordan hjelpeapparatet kan ivareta barn av psykisk syke	S:13
4.1 Hvilke behov har barn av psykisk syke foreldre	S: 13
4.1.1 Om behov for informasjon og åpenhet	S: 13
4.1.2 Om behov for stabilitet og rutine	S: 16
4.1.3 Om behovet for nettverk	S: 17
4.2 Hvilke rutiner finnes i hjelpeapparatet	S: 19
4.2.1 Tverrfaglig samarbeid	S: 19
4.2.2 Rutiner ved innleggelse	S: 20
4.2.3 Rutiner ved oppfølging	S: 22
4.2.4 Gruppesamtaler med barn	S: 24
5 Oppsummering	S:25
Litteraturliste	S: 27

1 Innledning

Jeg vil i denne oppgaven å se nærmere på temaet ”barn av psykisk syke foreldre” med hovedvekt på hjelpeapparatets rolle i forhold til å ivareta disse barna. Det foreligger mye forskning om temaet, og denne slår i stor grad fast at risikoen er stor for at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre, selv får en psykisk lidelse. Til tross for mye forskning omkring temaet, kan det virke som om det er lite samsvar mellom kunnskapen og det som praktiseres. Jeg ønsker derfor å undersøke hva hjelpeapparatet kan gjøre for å sette kunnskapen ut i praksis, og har med utgangspunkt i dette formulert følgende problemstilling:

”På hvilken måte kan barn av psykisk syke best ivaretas av hjelpeapparatet, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon?”.

For å belyse problemstillingen klartest mulig har jeg konkretisert den ved å formulere følgende to underspørsmål: ”Hvilke behov har barna av psykisk syke, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon?”, og ”Hvilke rutiner finnes i hjelpeapparatet når foreldre legges inn på en institusjon?”

Videre i denne innledningen vil jeg komme nærmere inn på bakgrunnen for valg av tema, før jeg redegjør for oppgavens metodiske oppbygning i del 2. Oppgaven er basert på en kvalitativ dokumentstudie. Det vil derfor være hensiktsmessig å si mer om hvilke dokumenter jeg baserer min oppgave på. Jeg har også foretatt et kvalitativt intervju, noe jeg redegjør for i avsnitt 2.3.2. Etter den delen i oppgaven som omhandler metode, vil jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket jeg anvender når jeg skal analysere problemstillingen og diskutere de to underspørsmålene. Essensen i teoridelen er psykisk sykdom, barn av psykisk syke, foreldrefunksjoner og risiko- og resiliens faktorer. Selve analysen av problemstillingen kommer som avsnitt 4, hvor jeg først diskuterer hvilke behov barn har, samt hvilke rutiner som finnes i hjelpeapparatet. Avslutningsvis vil jeg oppsummere hva jeg har kommet frem til underveis i oppgaven, og dermed besvare min problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykisk helse er et relevant tema i det praksisfeltet jeg forholder meg til. Ved siden av studiene jobber jeg på et bokollektiv for mennesker med psykiske lidelser, noe som har bidratt til denne interessen. Jeg mener videre det er viktig for ansatte i barnevernet å ha kunnskap om psykiske lidelser ettersom det rammer en stor del av den norske befolkning på en eller annen måte.

Psykisk sykdom har lenge vært et tabubelagt tema. Det er min mening at dette tabuet gjør det vanskelig ikke bare for den syke, men også for barna. Det ingen snakker om, er vanskelig for barn å forholde seg til. Tabuet utgjør dermed en utfordring for hjelpeapparatet når det gjelder å ivareta barn av psykisk syke. Åpenheten rundt psykisk sykdom har bedret seg de siste årene. Fra statens side har man kunne registrere økt fokus på psykisk sykdom, og arbeid med både barn og voksne som direkte eller indirekte blir rammet av denne sykdommen. Sosial- og helsedirektoratet slår fast i sin veileder ”*Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*” at ”*barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre skal sikres oppfølging og hjelp*” (2007, s:3). Mitt valg av tema bygger dermed på, personlig engasjement og en faglig interesse, som går ut på at jeg ønsker å tilegne meg en faglig kompetanse i forhold til arbeid med barn av psykisk syke.

Til tross for den kunnskap som finnes omkring temaet barn av psykisk syke, har barnevernet og helsevesenet fått mye kritikk for å ikke se, og ivareta disse barna. Men det finnes gode tiltak på området, og det er disse tiltakene jeg vil få frem i min oppgave.

Jeg har formulert problemstillingen til å gjelde hva hjelpeapparatet kan og bør gjøre for å hjelpe barn av psykisk syke, og i denne sammenheng defineres hjelpeapparatet som involverte ressurspersoner rundt den syke forelderen idet denne legges inn på en institusjon. Ut i fra dette fokuset har jeg valgt å ikke gå nærmere inn på de ulike risikofaktorer disse barna utsettes for utover det jeg vurderer som nødvendig for å besvare min problemstilling. I neste del av oppgaven, vil jeg forklare hvordan jeg har jobbet med oppgaven.

2 Metodiske valg

Halvorsen definerer metode på følgende måte (2004, s13) ”*Metode er læren om de verktøy en kan benytte for å samle inn informasjon*”. Ut i fra dette kan en si at metode er kunnskap om hvilke fremgangsmåter man kan benytte for å få den informasjonen man behøver om det man undersøker. Metode er i videre forstand ikke bare læren om hvordan man samler inn data, men også om hvordan man organiserer, bearbeider, analyserer og tolker fakta på en systematisk måte (Dalland, 2000). Altså er metode en måte å strukturere arbeidet på når man driver forskning. De innsamlede data kalles empiri, som betyr forsøk, prøve eller det som bygger på sanseerfaring (Halvorsen 2004). Empiri blir dermed et svært viktig verktøy for samfunnsvitenskapelige forskningsmetoder. I denne delen av oppgaven vil jeg komme nærmere inn på min metode for å fremskaffe empiri om temaet barn av psykisk syke, som handler om å foreta et intervju, benytte faglitteratur, informasjonsbrosjyrer og rapporter. Innledningsvis vil jeg se nærmere på begrepet kunnskap, hvor jeg greier ut om hvilke kunnskapssyn jeg legger vekt på i min oppgave. Jeg vil også komme inn på min forforståelse og verdisyn rundt temaet, før jeg diskuterer valg av forskningsmetode.

2.1 Kunnskapssyn, forforståelse og verdisyn

Tradisjonelt sett kan vi skille mellom to hovedsyn på hvordan kunnskap oppstår; positivistisk og hermeneutisk (Jacobsen, 2005). Mens det positivistiske synet bygger på det vi kan observere og det vi kan regne ut med vår logiske sans, kan vi si at hermeneutikken bygger på forståelsen av grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom dets handlinger, livsstyringer og språk (Dalland, 2000). Hermeneutikk bygger på fortolkning, det vil si at en ser på årsakene og handlingene bak et fenomen. Det vil være det hermeneutisk kunnskapssynet som blir mest naturlig for meg å benytte, ettersom problemstillingen og tema bedre lar seg forstå ved å tolke årsakene bak fenomenet barn av psykisk syke, og hjelpeapparatets rolle i forhold til å ivareta disse barna.

Målet for mitt forskningsarbeid har vært å komme til en klarhet og forståelse av barn av psykisk syke foreldre, for dermed å kunne uttale meg om hvordan hjelpeapparatet kan ivareta barna, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon. Det er viktig for alle som driver forskningsarbeid å være seg bevist egen

forforståelse og verdigrunnlag før forskningsarbeidet begynner (Dalland, 2000). Min forforståelse går ut på at barn ikke alltid blir godt ivaretatt av hjelpeapparatet. Dette baserer seg på samtaler jeg har hatt med ansatte i psykiatrien, samt at den er grunnet i ulike historier jeg har lest i forkant av dette studiet. Jeg har et humanistisk verdi- og menneskesyn. Jeg kjenner mitt syn igjen i Aadlands (2003) måte å forklare humanisme, som troen på det gode i menneske, at en er optimistisk på vegne av mennesket, at vi har en fri vilje, og at alle mennesker er like mye verdt. Ut i fra mitt verdisyn mener jeg det er rutine og mangel på kunnskap og ikke vilje det står på i de tilfellene barn ikke blir ivaretatt på en god nok måte. En forforståelse vil være med å forme arbeidet mitt, men jeg ønsker å være bevisst min forforståelse og verdisyn, og dermed bruke dette på en fruktbar måte, i mitt forskningsarbeid. Min forforståelse har nok endret seg noe i løpet av forskningsarbeidet, men jeg er ikke overbevist om at rutine er gode nok i hjelpeapparatet i forhold til å ivareta barn, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon.

2.2 Kvalitativ metode.

Det finnes to former for forskningsmetode: Kvantitativ- og kvalitativ forskningsmetode (Jacobsen, 2005). Enkelt forklart kan vi si at kvantitativ metode, tradisjonelt sett, benyttes sammen med det positivistiske kunnskapssyn, hvor vi oppnår data i form av tall og statistikk. Kvalitativ metode gir oss informasjon om meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2000). Vi kan gå mer i dybden og få mer hermeneutisk basert kunnskap, ettersom vi fortolker den innsamlede dataen. Altså kan vi si at vi fokuserer på et meningsinnhold som ikke umiddelbart er innlysende (Halvorsen, 2004).

En metodisk innfallsvinkel med et slikt utgangspunkt kan hjelpe meg til å få en mer inngående og detaljert forståelse av hvordan hjelpeapparatet kan ivareta barn av psykisk syke. Jeg har valgt å gjennomføre en dokumentstudie, samtidig som jeg har foretatt et intervju med to informanter som jobber med barn av psykisk syke. Videre vil jeg drøfte hvorfor jeg valgte nettopp disse kvalitativt orienterte metodene for å produsere data å drøfte min problemstilling ut i fra.

2.2.1 Dokumentstudie

Dokumentstudie vil si at jeg har studert ulike skriftlige kilder, altså allerede eksisterende dokumenter for å belyse mitt tema, og hjelpe meg til å besvare min problemstilling (Halvorsen, 2004). Et allerede eksisterende dokument kan være alt fra avisartikler, faglitteratur, offentlig dokument mm (Fossåskaret mf. 1997). Eksempler på dokumenter jeg har benyttet er informasjonsheftet *"barn av psykisk syke foreldre"* (2004) fra organisasjonen "Rådet for psykisk helse", faglitteratur som Killens bok *"Sveket"* (2004) eller offentlig dokument som "Opptappingsplan for psykisk helse" (1999). I dokumentstudiet er det spesielt viktig å ta hensyn til dokumentets troverdighet, representativitet, og mening (Scott, 1990). Jeg forstår å ta hensyn til troverdighet, som en bevissthet om at innholdet i dokumentet kan endres i løpet av en skriveprosess. Forfatteren kan selv benytte data innsamlet av andre, noe som kan føre til at data misstolkes eller forandrer mening i løpet av prosessen. Dokumentet må kunne spores opp, og en bør kunne stole på det en leser. At man for eksempel ikke bruker utdaterte dokument, eller dokumenter som er politisk farget, styrker dokumentets troverdighet. At et dokument er representativt forstår jeg ut i fra Scott (1990) dokumenter som representerer et bredere spekter innen sitt felt, og dermed er tilgjengelig innen sitt fagområdet. Å ta hensyn til dokumentets mening, forstår jeg som en bevissthet om at måten dokumentet, og dets innhold vil variere ut i fra dokumentets mening og leserens kontekst. Leseren kan tolke innholdet ut i fra egen forforståelse, noe som kan sees i lys av en hermeneutisk måte å tilegne seg kunnskap, altså at en tolker meningen bak dokumentet (Scott, 1990). Jeg har på dette grunnlag vært bevisst meningen med de dokumentene jeg har anvendt. Jeg ser at det er en forskjell mellom dokumentet "Hva er det med foreldrene mine?" (2006) som retter seg inn mot barn av psykisk syke, og rapporten "tiltak for barn av psykisk syke foreldre" (2005) som er rettet inn mot personer som jobber i hjelpeapparatet.

Jeg har valgt å bruke noen opplysningsbrosjyrer samt rapporter, fra ulike organisasjoner, for å innhente relevante data. Eksempler på dette er heftet *"Barn av psykisk syke"* (2004) fra Rådet for psykisk helse, og *"hva er det med foreldrene mine (2006)"* fra organisasjonen "Voksne for barn" Jeg har bevisst benyttet denne type dokumenter, ettersom de er av nyere dato en mye av faglitteraturen, og det har skjedd en del innen hjelpeapparatet i forhold til ansvar for barn av psykisk syke. Dette gjør dokumentene troverdige og representative for forskning om barns behov og hvilke tiltak som finnes i hjelpeapparatet. Selv om disse dokumentene består av andrehåndsinformasjon, mener jeg de er pålitelige. De er utgitt av organisasjoner jeg

kjenner til, og som jobber for psykisk syke og deres barn. Heftene jeg anvender vil derfor skåre høyt ut i fra hva Scott (1990) mener er viktig å ta hensyn til i valg av dokumenter. Et annet dokument jeg vil redegjøre for, ut fra Scotts (1990) kriterier, er boka "Når foreldre er psykisk syke" av Mevik og Trymbo. Boka tar utgangspunkt i samtaler med foreldre og ansatte i hjelpeapparatet. Jeg ser på denne boka som svært aktuell i forhold til mitt tema. Mevik er barnevernspedagog og sosiolog, mens Trymbo er klinisk sosionom. Begge har jobbet lenge i feltet, og med temaet, noe som styrker bokas representativitet, og pålitelig. En annen faktor som styrker bokas troverdighet er at den er av nyere dato (2003). Forfatterne har en hermeneutisk tilnærming til stoffet, altså søker de å finne en mening bak fenomenet barn av psykisk syke foreldre, og hjelpeapparatets rolle.

2.2.2 Intervju som metode

Jeg skriver i innledningen til min oppgave at jeg ønsker å se på hvilke måter hjelpeapparatet kan benytte den kunnskapen som finnes om barn av psykisk syke, til å best ivareta barna, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon. Jeg fant det derfor hensiktsmessig å kontakte en informant som jobber med nettopp å ivareta pasientenes barn på en psykiatrisk institusjon, i dette tilfellet et psykiatrisk sykehus, for å be om et intervju. Ved å benytte kvalitativ intervju som metode, kan jeg innhente kvalitativ kunnskap, basert på hermeneutikk (Dalland, 2000). En fordel her er at jeg får vite noe konkret om situasjonen slik den faktisk er for en person som jobber med dette til daglig, noe jeg senere ved hjelp av mitt teoretiske rammeverk kan diskutere opp mot de dokumentene jeg har studert.

For å ivareta det forskningsetiske, opplyste jeg informanten om anonymitet, samt at oppgaven kunne bli publisert gjennom biblioteket, i et brev til informanten. I dette brevet fortalte jeg om meg selv, hvilken forskning jeg drev, og hvilke spørsmål jeg ønsket svar på. Vi avtalte møte på informantens arbeidsplass, for å bruke minst mulig av informantens arbeidstid. Informanten hadde ikke anledning til å møte meg den dagen vi hadde avtalt intervju, men jeg fikk møte to av informantens kollegaer, som sammen med den opprinnelige informanten utgjør de ansvarlige for å ivareta pasientenes barn på sykehuset. Jeg stilte åpne spørsmål om institusjonen, hvilke rutiner som finnes ved innleggelse, hvilke tilbud og oppfølging barn får når mor eller far legges inn, og hvilke behov informantene mente var viktig å ta hensyn til når mor eller far legges inn. Jeg stilte også spørsmål i forhold til gruppesamtaler med barn, og

avslutningsvis litt omkring samarbeid og kontakt med andre instanser, med hovedvekt på barneverntjenesten. Jeg brukte ikke båndopptaker, men noterte stikkord som jeg reinskrev etter at intervjuet var avsluttet. Jeg fikk utfyllende svar på mine spørsmål, og fikk lese noe av materiale som brukes i gruppesamtaler. Jeg følte meg godt ivaretatt, og setter stor pris på at informantene tok seg tid til å møte meg på så kort varsel.

3 Teoretisk rammeverk

Jeg vil nå videre i oppgaven presentere det teoretiske rammeverket jeg anvender i min oppgave. Jeg vil her utdype begrepet psykisk sykdom, samt hva jeg legger i betegnelsen ”barn av psykisk syke foreldre”. Ut i fra problemstillingen vil også foreldrefunksjoner bli naturlig å komme inn på, i tillegg til risiko- og resiliens faktorer som begrep. Det teoretiske rammeverket vil jeg anvende i analysen av problemstillingen når jeg diskuterer barnas behov og hjelpeapparatets rutiner.

3.1 Hva er psykisk sykdom?

Psykisk sykdom er et vidt begrep. Det er ulike måter å forklare psykisk sykdom på, samt ulike teoretiske vinklinger. Sosial og helsedirektoratet (2007) refererer til at en psykisk sykdom er en psykisk vanske som er av en slik art eller grad at den kvalifiserer til en diagnose. Organisasjonen ”voksne for barn”, forklarer psykisk sykdom i sin informasjonsbrosjyre ”*Hva er det med foreldrene mine?*” (2006), ved å sammenligne psykisk sykdom med andre sykdommer som vondt i halsen og magesykdom. På s 3 i heftet, forklares sykdommen med at ”*psyken vår greier ikke oppgavene sine*”, og videre at ”*Når vi er psykisk syke kan tankene, følelsene og oppførselen vår bli forandret eller forstyrret*” (Solantaus, 2006). Denne måten å forklare et kompleks fenomen som psykisk sykdom på til barn, er etter min mening en god måte å alminneliggjøre og sidestille psykisk sykdom med andre sykdommer.

Det er viktig å påpeke at psykisk syke foreldre har like forskjellige personligheter som alle andre mennesker (Grinde, 2004). Det finnes ulike former og måter å klassifisere psykisk sykdom. En måte å dele inn sykdommene på er etter hovedgrupper som psykoser, depresjoner, personlighetsforstyrrelser og nevroselignende tilstander (Kringlen, 2005). Noen vil hevde at det ikke er mulig og

også uetisk, å klassifisere mennesker på denne måten, mens andre mener at det er helt nødvendig og at det gjør behandlingen lettere (Kringlen, 2005). Halvorsen (2002) skriver at diagnostisering kan føre til stigmatisering, og kan virke som en selvoppfyllende profeti, altså at personen som får en diagnose blir sykere av å ha kunnskap om sin egen diagnose. Men å bli diagnostisert er også en forutsetning for å få hjelp fra hjelpeapparatet, og for noen kan det bli lettere å leve med sykdommen når plagen har fått et navn (Halvorsen, 2002). Ut i fra barnas perspektiv mener jeg det er viktig å stille en diagnose både i forhold til behandling, men også i forhold til åpenhet og forståelse fra barnas side. Det vil være lettere for et barn å forholde seg til noe som har et navn. Jeg vil komme nærmere inn på behovet for åpenhet og forståelse når jeg diskuterer hvilke behov barna har. Jeg ser også de negative konsekvensene i forhold til stemping og stigmatisering som kan være negativt også for barna. Denne oppgaven omhandler de foreldre som er friske nok til å formelt ha omsorgen for sine barn.

3.2 Barn av psykisk syke, en stigmatiserende betegnelse?

Barn av psykisk syke foreldre er en betegnelse som ikke er helt klar. I følge organisasjonen "Voksne for barn" antas det at ca 90 000 barn lever med en forelder som i perioder har psykiske problemer (www.vfb.no). Sosial og helsedepartementet (2007) hevder at ca 15 000 barn lever med en eller to foreldre som får behandling innen psykisk helsevern, mens ca 1000 barn årlig opplever at en av foreldrene blir innlagt på en sengeliggende avdeling for første gang. Disse tallene kan variere noe, ut i fra ulike definisjoner og statistikker.

Ved å bruke betegnelsen "barn av psykisk syke foreldre" kan det innebære en beskrivelse av en tilstand eller karaktertrekk ved disse barna som ikke nødvendigvis samsvarer med virkeligheten. Barna kan bli knyttet opp til foreldrenes diagnose, slik at barnet blir sett i kraft av foreldrene og ikke selv blir et individ, noe som kan virke begrensende (Mevik, 2000). Paradoksalt blir barna en del av sine foreldres sykdom, men blir likevel ikke sett. Barna selv kan føle seg stigmatisert, og hjelpeapparatet kan tendere til stigmatisering (Mevik, 2000). Psykisk sykdom kan i seg selv være en stigmatiserende diagnose. Med utgangspunkt i Goffman (1984) vil jeg forklarer stigma som en situasjon hvor en tillegger en person egenskaper ut ifra stereotype oppfatninger en tillegger andre som hører til samme "gruppe", altså at en tillegger en psykisk syk egenskaper ut i fra egne stereotypier av en psykisk syk person. Sett fra

barnas perspektiv tillegger vi også dem egenskaper ut i fra hvilke egenskaper vi mener barn av psykisk syke foreldre har. Eksempler her kan være at vi tror barn av psykisk syke er understimulerte barn. Psykisk syke og deres barn kan også tilføre seg selvstigma, som betyr at en selv identifiserer seg med de egenskaper som forbindes med stigmaet (Dybvik, 2004). Eksempel på dette kan være en forestilling om at psykisk syke ikke er i stand til å jobbe, noe som kan føre til at den psykisk syke ikke forsøker å ta seg arbeid. Dette mener jeg kan påvirke barna i forhold til at de kan ta på seg rollen som veltilpasset (snille barn) eller ekstra sårbare.

Hvordan barn preges av sine foreldre (uavhengig av foreldrenes tilstand eller situasjon) vil til en hver tid variere (Mevik, 2000). Hvordan barn av psykisk syke foreldre preges av sine foreldre er avhengig av hvor gammelt barnet er når mor/far får psykiske problemer, hvor lenge de lever med dette, hvordan det påvirker familiens liv og foreldrenes forhold til hverandre og til barnet. I tillegg har barn medfødte forutsetninger som er med på å prege barnets utvikling. Altså er ikke barn av psykisk syke foreldre en homogen gruppe, slik at arbeidet med disse barna må differensieres ut fra alder, modenhet og forhold i familien (Killen, 2004). Allikevel har disse barna en rekke fellestrekk i form av opplevelser og erfaringer (Mevik, 2000). Det er disse fellestrekene jeg i min oppgave vil ta utgangspunkt i. Hvilke behov barna har kan variere. Selv om ikke alle har de samme behovene, har alle barn et behov for å bli sett, og tilbudt hjelp ut i fra sine behov.

3.3 Foreldrefunksjoner

Killen (2004) har definert det som hun mener er de syv viktigste foreldrefunksjonene. Jeg har valgt å presentere disse i min oppgave ettersom jeg mener de er viktige å kjenne til, fordi en eller flere av funksjonene kan svekkes eller utebli dersom foreldre lider av psykisk sykdom (Killen, 2004). Her mener jeg hjelpeapparatet har en jobb å gjøre i forhold til å erstatte eller bygge opp de foreldrefunksjonene som er mangelfulle eller eventuelt uteblir når mor eller far blir innlagt på en psykiatrisk institusjon. Dette vil jeg utdype nærmere, når jeg diskuterer barnas behov og når jeg analyserer rutinene.

Killen (2004, s:188) mener for det første at foreldre må ha evnen til å oppfatte barnet realistisk, de må ha evnen til å ha realistiske forventninger om de avhengighets- og følelsesmessige behov barnet kan dekke, og foreldrene må ha evnen til realistiske forventninger til barnets mestring og engasjere seg positivt i samspill

med barnet. Foreldre må også ha evne til empati med barnet og prioritere barnets mest grunnleggende behov fremfor egne, samt evnen til å bære egen smerte og frustrasjon uten å måtte avreagere på barnet. Et eksempel på en foreldrefunksjon som kan svekkes ved psykisk sykdom er evnen til å se barnas behov fremfor egne. Dette kan være tilfellet når en mor eller far er manisk, noe som da kan medføre at personen mister impulskontroll (Kringlen, 2005). I tillegg til de syv foreldrefunksjonene som er nevnt over, er samspillet mellom foreldre og barn avgjørende for barnet, i forhold til hvordan det opplever seg selv og omverdenen, men også i forhold til videre utvikling (Killen, 2004).

Videre i neste avsnitt skal jeg definere hva som menes med risiko og resiliens faktorer, som spiller en stor rolle i forhold til hjelpeapparatets rolle for å ivareta barn av psykisk syke, fordi hjelpeapparatet kan bruke sin kunnskap om risikofaktorer, for å forebygge risiko forbundet med psykisk sykdom. Kunnskap om resiliensfaktorer bør anvendes for å styrke de positive faktorene som kan hjelpe barna, til å utvikle seg positivt.

3.4 Risiko- og Resiliensfaktorer

Det er knyttet en del risikofaktorer til det å vokse opp med psykisk syke foreldre. Tallene varierer også her i ulike undersøkelser. "Voksne for barn" anslår at 66% av barn som vokser opp med psykisk syke foreldre selv blir syke; 33% alvorlig og 33% mindre alvorlig (www.vfb.no). Med risikofaktor menes faktorer som kan spille en rolle i forhold til barns skade eller tap, og deles ofte inn i tre typer; individuell-, familiebasert og samfunnsmessigrisiko (Borge, 2003). Det er først og fremst individuell og familiebasert risiko som er gjeldende for barn av psykisk syke. Individuelt sett spiller biologiske medfødte problemer inn, eksempelvis vet vi at noen psykiske sykdommer er genetiske (Kringlen, 2005). Familiebasert risiko er knyttet til de voksne og deres forelderroller, som utgjør en direkte risiko, fordi det angår barnas hverdag (Borge, 2003), som f.eks. ved en innleggelse.

Risikofaktorene vil variere fra diagnose til diagnose. Eksempelvis vil et barn som vokser opp med en deprimert mor være mer utsatt for f.eks. vanskjøtsel dersom mor ikke orker å stå opp for og gi barnet mat (Killen, 2004). Det viktigste er ikke risikoen i seg selv, men de prosessene og mekanismene den aktiverer. Eksempelvis utgjør ikke alle deprimerte mødre en risiko for sine barn, men dersom depresjonen

faller sammen med dårlig forelderfungering, f.eks. en uheldig oppdragelsesstil, kan det være skadelig for barnet (Borge, 2003).

Det er ikke slik at alle barn som utsettes for den risikoen det er å vokse opp med psykisk syke foreldre selv blir psykisk syk. Dette kan blant annet forklares ut i fra forskning om resiliens. Michael Rutter definerer resiliens på følgende måte; *”Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik”* (Borge, 2003, s.15). Jeg forstår dette som barn som utvikler seg på en gunstig måte til tross for dårlige forutsetninger. Dette er barn som klarer seg, til tross for den risikoen de blir utsatt for når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon, fordi de har noen resiliensfaktorer. En resiliensfaktor kan variere fra barn til barn, og fra risiko til risiko, og kan være vanskelig å få ”tak på”. Å ha en person som spiller en sentral rolle for barnet, at barnet er flink til noe spesielt, eller føler seg verdifull, er noen eksempler på faktorer som kan fremme resiliens hos et barn (Borge, 2003). Som jeg tidligere har nevnt er det viktig for mennesker som jobber med risikoutsatte barn, og kjenne til resiliensfenomenet for å bidra til å styrke de eksisterende resiliensfaktorene, men også hjelpe barnet til å finne faktorer som kan fremme resiliens (Borge, 2003).

Jeg vil nå oppsummere essensen i denne teoridelen med å si at jeg i min oppgave omtaler psykisk syke foreldre, som har en lidelse som kvalifiserer til en diagnose, men som har omsorgen for sine/sitt barn. Barn av psykisk syke er ikke en homogen gruppe, men kan i lys av sine foreldre bli stigmatisert, eller tilføre seg selvstigma. Hvordan foreldrenes sykdom preger barna, vil variere, men en konsekvens av sykdommen kan være at ulike foreldrefunksjoner uteblir eller svekkes. Jeg har presentert hva Killen definerer som viktige foreldrefunksjoner, og det er disse jeg legger til grunn i mitt teoretiske rammeverk. Til slutt i denne delen av oppgaven, definerte jeg riskikofaktorer som faktorer som kan gi tap eller skade barns utvikling. Mens resiliensfaktorer er prosesser som kan dempe den negative utviklingen, i tilfeller hvor barn utsettes for risiko.

4 Hvordan hjelpeapparatet kan ivareta barn av psykisk syke

Jeg skal nå diskutere problemstillingens to underspørsmål i den rekkefølgen de ble presentert i innledningen. Når jeg diskutere hvilke behov barn har når mor eller far

legges inn på en psykiatrisk institusjon og hvilke rutiner som finnes i hjelpeapparatet, skal dette skje ved hjelp av teorien jeg har presentert og den empirien jeg redegjorde for i metodekapitlet.

4.1 Hvilke behov har barn av psykisk syke?

Det er viktig å kjenne til barnas behov for å kunne ivareta barna på en best mulig måte. I denne diskusjonen vil jeg legge vekt på Mevik og Trymbo (2003) samtaler med mødre med psykiske lidelser og ansatte i hjelpeapparatet, fra boken "Når foreldre er psykisk syke", empiri fra "Rådet for psykisk helse", samt fra intervjuet, i tillegg til andre dokumenter. Jeg ser at det er enighet om barns behov i den litteraturen jeg har anvendt, noe som også samsvarer med de svarene jeg fikk under intervjuet. Dette er noe jeg mener styrker oppgavens troverdighet i forhold til representativ forskning. Med dette mener jeg at jeg har brukt flere dokumenter fra ulike organisasjoner og forskere som sier det samme. Jeg ser også samsvar mellom teori og praksis. Jeg har valgt å dele diskusjonen i tre underavsnitt ut i fra hva jeg mener er "hovedgruppene" av behov barn av psykisk syke har, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon. Først vil jeg se på betydningen av informasjon og åpenhet, deretter behov for stabilitet og rutine, og behovet for nettverk. Jeg vil diskutere barnas behov i lys av forelderfunksjoner, risikofaktorer og resiliensfaktorer, før jeg senere i oppgaven ser på behovene i forhold til hva hjelpeapparatet kan gjøre for å ivareta barna best mulig.

4.1.1 Om behov for informasjon og åpenhet

Et av behovene et barn har når mor eller far blir innlagt på en psykiatrisk institusjon, er informasjon og åpenhet. Dette er et behov både fagfolk, barna selv og foreldrene er enige i (Mevik og Trymbo,2003). I filmen "Små skuldre-stor byrde" (1998), hvor flere nå voksne barn av psykisk syke, intervjues om sin oppvekst med, har et av intervjuobjektene følgende kommentar; *"hvis det hadde kommet en profesjonell inn i familien og fortalt oss som familie hva den her sykdommen, og hva betyr den her sykdommen, så tror jeg saktens jeg kunne ha håndtert det, fordi jeg alltid har vært så voksen, selv om jeg ikke var gammel"*. Sitatet understreker betydningen av informasjon som resiliensfaktor, fordi kunnskap gjør det enklere å håndtere situasjonen.

Omstendighetene rundt en innleggelse kan variere fra person til person og fra diagnose til diagnose. Noen innleggelser kan være mer dramatisk en andre, selve innleggelsen og de forandringene dette måtte medføre kan i seg selv være traumatiske for et barn. En slik opplevelse kan utgjøre en risikofaktor for barna, ettersom det kan skade barnets utvikling, der og da, eller senere i livet. En innleggelse vil uansett innebære en forandring for barnet, og det vil naturlig nok oppstå en del tanker og spørsmål knyttet til dette (Mevik og Trymbo, 2003). Barn kan begynne å fantasere og bekymre seg for at mor eller far forsvinner, om de kan dø av sykdommen, om de selv kan arve sykdommen, eller om mor eller far aldri blir frisk igjen. Barn har også en tendens til å tenke at de selv er skyld i mor eller fars innleggelse (Grinde, 2004). Barn har i denne situasjonen behov for informasjon. Hvis barn forstår hva psykisk sykdom er eller kan være, og dersom barn er godt nok informert til å kjenne igjen symptomer og endringer hos foreldre har barn en større sjanse til å klare seg i oppveksten, og senere som voksne (Mevik og Trymbo, 2003). Et behov for en slik innsikt kan belyses ved hjelp av begrepet resiliens, ettersom informasjon kan være en resiliensfaktor for barnet, det er en faktor som kan styrke barnet slik at det mestrer sin egen situasjon bedre.

Psykiatrien og psykiatriske institusjoner blir ofte vrangfremstilt i media. Et eksempel på dette er filmen "Gjøkeredet", hvor psykiatrisk sykehus blir fremstilt som et "galehus". Media har også en tendens til å fremstilt psykiatriske pasienter som farlige, ved å "blåse opp" saker om pasienter som har rømt ol. Jeg vil tro at dette gjør noe med barns bilde av det sykehuset mor eller far legges inn på. Det å la barn komme på besøk på institusjonen, se rommet mor eller far ligger på, få en omvisning på avdelingen og hilse på noen av de ansatte, vil derfor bidra til mindre spekulasjon rundt sykdommen (Grinde, 2004). Et slikt besøk kan lette bekymringer barnet måtte ha, og vil dermed fungere som en annen, men også viktig, form for informasjon som vil være relevant, og på den måten være en faktor som kan fremme resiliens.

Psykisatri har lenge vært et tabu i samfunnet. Tabu forbindes med noe som ikke kan gjøres eller nevnes, fordi det vekker ubehag eller angst (Egedius, 2002). Tabu i denne sammenheng brukes i forhold til at psykisk sykdom ikke blir snakket så mye om, og har til tider blitt forbundet med skam. De siste årene har det vært en god utvikling på dette området, slik at det å leve med en psykisk sykdom ikke lenger er like tabubelagt som det var tidligere. Flere offentlige personer har fortalt at de lider av en psykisk sykdom, og det er jobbet mye med åpenhet fra statens side. Et eksempel på

dette finner vi i ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006” (1999) hvor det står at ”*informasjonsspredning om hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, er sentralt i arbeidet med å gjøre psykiske lidelser mindre tabubelagte*”.

Barn av psykisk syke har et spesielt behov for åpenhet (Grinde, 2004). Tabuet rundt psykisk sykdom kan føre til at vi snakker lavt om sykdommen, og mange barn ønsker dermed ikke å fortelle til noen at mor eller far er syk. At mange barn tror de selv er skyld i foreldrenes sykdom kan oppklares ved informasjon og åpenhet noe som kan ta bort deler av denne skyldfølelsen (Grinde, 2004). I samtaler Melvik og Trymbo (2003) hadde med psykisk syke foreldre kom det frem at åpenhet rundt deres sykdom var et stort ønske for de fleste, men mange hadde problemer med å selv snakke åpent om temaet i forhold til skyldfølelse og tabu. Jeg tror at åpenhet i familien og samfunnet generelt kan bidra til å fjerne det tabuet som er forbundet med psykisk sykdom, noe som vil lette skamfølelsen både for den syke, men også for barna. En annen positiv faktor som kan virke resiliensfremmende med åpenhet og informasjon, er at det kan bidra til å redusere og aller helst fjerne noen av den stigmatiseringen som finnes av psykisk syke og deres barn. Som Halvorsen skriver (2002) skyldes mye av stigmatiseringen av psykisk syke at sykdommen ofte forbindes med atferd som er underlig, bekymrende eller nedbrytende. Åpenheten vil fjerne noen av de stereotopiene som finnes om psykisk syke mennesker og deres barn (Dybvik, 2004)

Informantene jeg intervjuet mente åpenhet kunne bidra til styrking av foreldre-barn forholdet, og dermed styrke flere foreldrefunksjoner. Foreldrenes forståelse av barna kan bedres ved større åpenhet. Åpenheten kan støtte foreldrene, slik at de lettere kan engasjere seg positivt i samspill med barnet, og på denne måten ha realistiske forventninger til mestring. Åpenhet og styrket samspill er en faktor som gjør det lettere for foreldre å vise empati med barna, som er nok en foreldrefunksjon Killen (2005) beskriver som viktige, for barns utvikling.

Informasjon og åpenhet er ikke alene løsningen for å ivareta barnas situasjon, men kan virke styrkende dersom også andre behov blir dekket. Et annet behov er å opprettholde rutiner selv når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon, noe jeg vil diskutere i neste avsnitt.

4.1.2 Om behov for stabilitet og rutine

I Mevik og Trymbos (2003) samtale med psykisk syke foreldre om hva de selv tror er barnas viktigste behov når foreldre blir syke, legger de vekt på behovet for

kontinuitet i omsorgen og færrest mulig forstyrrelser i hjemmet og i forhold til skole. Dette kommer i tillegg til behov for forklaring på sykdommen jeg har referert til tidligere.

Barn har behov for rutiner også når mor eller far blir syk, men det kan da bli en større utfordring. En innleggelse vil virke langt mer dramatisk for et barn om innleggelsen i tillegg fører til kaos i de daglige rutinene (Grinde, 2004). Det å opprettholde rutiner kan bidra til å skape trygghet, og kan dermed være en resiliensfaktor for barna, ved at noe positivt som trygghet opprettholdes i en ellers kaotisk situasjon.

I boken "Ualminnelig alminnelighet" (Almvik og Ytterhus, 2004) svarte en gutt at det verste med at mor ble innlagt på sykehus var at han ikke lenger fikk gå på fotballtrening. Jeg mener dette sier noe om betydningen av rutiner for barn; det kan ofte bli for mye fokus på sykdommen, og samtaler omkring den, slik at barn ikke får være barn (Mevik og Trymbo, 2003). Dette er en risikofaktor på den måten at det kan skade barnets utvikling. Forskning fra Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU slår fast at det er viktig for barn å få være med på de samme tingene, og at det er struktur og orden i familielivet (Grinde, 2004). Også informantene mine la vekt på betydningen av å la barn fortsette å være barn, det vil si at de bør få delta på fritidsaktiviteter, være med venner, le og ha det moro. Å ha evne til å se barnas behov, og dekke disse fremfor egne er en viktig foreldrefunksjon, foreldre kan glemme når de selv blir syke. Dette gjelder selvfølgelig ikke alle. De fleste foreldre er svært opptatt av at barna skal fortsette å være barn, mens andre foreldre mister evnen til å se barnas behov, og tvert imot bruker barna som hjelp og trøst når de selv trenger det. (Mevik og Trymbo, 2003).

Som jeg tidligere har nevnt, mente også informantene at stabilitet og rutine var viktige behov for barn. De la her vekt på betydningen av samtaler med barna, samtaler med den friske forelderen, og andre personer i barnas nettverk, som en del av arbeidet med å opprettholde stabilitet og rutine i barnas hverdag. Det kan være behov for noen som kan bidra med litt ekstra hjelp i hjemmet, kjøre barn på trening, skole eller andre steder osv. Stabilitet og rutine vil være viktige resiliensfaktorer, i forhold til trygghet, men også i forhold til å opprettholde kontakt med skole, venner og det daglige liv. Rutine gjennom å la barn være barn, og få delta på sine vante aktiviteter, vil ta noe fokus bort fra diagnosen. Dette kan virke resiliensfremmende i den grad at det dermed kan bidra til at graden av selvstigmatisering fra barnas side minsker. (Halvorsen,

2004) Har barnet for mye fokus på sykdommen, kan dette være en risikofaktor i forhold til at barnet kan trekke seg mer tilbake, eller selv bli deprimert. Jeg vil her også påpeke at det er normalt for barn å være bekymret for sine foreldre når de legges inn på en institusjon uavhengig av sykdommens art (Mevik og Trymbo, 2003), men denne bekymringen behøver ikke å ta over for behovet for stabilitet og rutine. Betydningen av nettverk er et tredje behov jeg har valgt å trekke frem i min oppgave, som blir diskutert i neste avsnitt.

4.1.3 Om behovet for nettverk.

Forskning viser at et godt nettverk, både formelt og uformelt er viktig for alle mennesker (Schiefløe, 2003). Også Bø oppsummerer i en rapport fra 2003 at det finnes mye dokumentasjon som viser at sosial støtte gjennom nettverk er det han kaller ”*en sterk kapital i helse, sosialisering, personlig vekst og trivsel*” (Almvik og Ytterhus, 2004, s. 41). Med formelt nettverk menes det offentlige eller andre hjelpeinstanser som sosialkontoret, helsestasjon, lege mm. Uformelt nettverk er familie, slekt, venner og naboer (Bunkholdt og Sandbæk, 2002). Et velfungerende nettverk er som et sikkerhetsnett når noe går galt i en familie, eller rundt en psykisk syk, og stiller opp for å hjelpe både praktisk og psykologisk (Bunkholdt og Sandbæk, 2002). Nettverket kan støtte på to måter: den reelle støtten som gis i konkrete handlinger og gjøremål, eller som støtten i å vite at noen er der om det trengs (Almvik og Ytterhus, 2004). Sosialt nettverk kan på denne måten fremme resiliens hos barn av psykisk syke, ved at en gjennom et fungerende nettverk har noen å snakke med, få hjelp av, støtte og omsorg. Eksempelvis kan støtten fra en venninne, en bestemor, læreren eller andre være en slik faktor for barna. Barna som blir intervjuet i Almvik og Ytterhus rapport (2004) forteller om betydningen av støtte fra bestemor, onkel eller andre familiemedlemmer. En gutt forteller f.eks. at familien tok mors plass da hun ble innlagt på en institusjon (Almvik og Ytterhus, 2004). Nettverket kan på dette viset overta for de foreldrefunksjonene som kan utebli, som f.eks. dekke barnas behov for mat, trygghet, stabilitet og omsorg.

Det formelle nettverket er viktig for å være en del av samfunnet. Eksempelvis er skolen en viktig arena for barn både faglig og sosialt. Det vil også være nødvendig med et formelt nettverk dersom en trenger offentlig støtte, enten fra barnevernet, helsestasjoner, sosialkontor, eller hjelpeapparatet rundt foreldrene (Schiefløe, 2003).

Forskning viser som sagt at et godt og velfungerende nettverk er viktig. Forskning viser også at psykisk syke og deres familie ofte faller utenfor både formelle og uformelle nettverk (Melvik og Trymbo, 2003), noe som i seg selv kan være en risikofaktor for barna, dersom også de faller utenfor nettverket. Et eksempel på dette er personer med angst, som på grunn av sykdommen ikke makter å møte andre mennesker, ikke klarer å holde venninnegjengens avtaler ol. Eller personer som lider av mani, som på grunn av sykdommen er impulsive, og stadig på flyttefot (Killen, 2004). Dette kan være en risikofaktor for mange barn som kan skade eller gi tap til barns utvikling ved at barna stadig får et nytt nettverk å forholde seg til, nye venner, lærere osv. og dermed må bryte med tidligere nettverk. I Melviks og Trymbos (2003) samtaler med psykisk syke mødre beskrev de seg selv som ensomme, som et resultat av at de hadde få venner og et lite nettverk. Stigma og selvstigma kan også bidra til dårlig nettverk, med dette mener jeg at venner/familie/samfunnet trekker seg bort fra den psykisk syke, og deres barn, eller at den psykisk syke eller barna selv trekker seg bort av frykt for stigmatisering (Dybvik mf, 2004). Stigma handler om å tillegge en person egenskaper ut i fra stereotypier en har av mennesker i samme situasjon (Goffman,1984), noe som er relevant i forhold til psykisk syke når nettverk trekker seg bort, eller unngår kontakt om en tillegger dem stereotype egenskaper som f. eks at psykisk syke er aggressive eller bare gråter.

For å styrke eller opprettholde nettverk for barn når mor eller far blir innlagt på en psykiatrisk institusjon vil det derfor være viktig for hjelpeapparatet å kartlegge både det formelle og det uformelle nettverket. Et eks kan være dersom hjelpeapparatet jobber med å få en bestemor ”på banen” som kan være en støtte for barna, eller kan bidra til å holde rutiner i gang når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon, kan på denne måten være en resiliensfaktor. En bestemor (eller andre i nettverket) kan også være en støtte for den syke forelderen i det å ivareta foreldrefunksjoner. Jeg tenker da på foreldrefunksjoner som å vise empati med barnet, at foreldre har evnen til oppfatte barnet realistisk, eller at foreldre kan støttes i å engasjere seg positivt i samspill med barnet.

Jeg har nå drøftet det jeg mener er tre viktige behov barn har når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon. Dette er behovet for åpenhet og informasjon, behovet for stabilitet og rutine og behovet for styrket nettverk. Foruten disse overnevnte behovene jeg har diskutert, vil jeg hevde at behovet for å bli sett, gjennomsyrrer de andre behovene. Barn av psykisk syke har en tendens til å gjøre seg

selv usynlige ved å virke svært veltilpasset ved å være flinke på skolen, holde orden hjemme ol. Det er også en tendens at disse barna ikke blir sett av hjelpeapparatet, ettersom ansatte i hjelpeapparatet ikke alltid vet hvordan de best kan ivareta dem (Mevik og Trymbo, 2003). Ved å dekke de nevnte behovene kan barns utvikling gå i en positiv retning, og er dermed resiliensfaktorer for barn som er utsatt for det risiko det innebærer at mor eller far legges inn på en institusjon. Behovene bør derfor tas hensyn til når hjelpeapparatet utarbeider rutiner for hvordan disse barna best kan ivaretas. Disse rutinene vil jeg diskutere i neste avsnitt.

4.2 Hvilke rutiner finnes i hjelpeapparatet når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon

For å diskutere hvilke rutiner som finnes i hjelpeapparatet, vil jeg først utdype hva jeg i denne oppgaven mener med begrepet hjelpeapparatet, og betydningen av et tverrfaglig samarbeid. I dette avsnittet anvender jeg i mindre grad mitt teoretiske rammeverk. Denne delen er ment å skape en meningsbærende kontekst til de andre diskusjonene. Jeg har valgt å si litt om barnevernets oppgaver ettersom jeg selv mener at tverrfaglig samarbeid, mellom ulike instanser, er viktig i arbeid med å ivareta barn. Med hjelpeapparatet menes (i denne oppgaven) det apparatet som er rundt pasienten, altså rundt den syke forelderen. Dette er ikke fordi jeg mener det er de som har eneansvaret, men fordi det er de som møter foreldrene, og på denne måten kan ”fange opp” barna, når mor eller far legges inn på institusjonen, og det er deres rutiner jeg vil diskutere i min oppgave. Etter å ha diskutert betydning av tverrfaglig samarbeid, med hovedvekt på barnevernet, vil jeg diskutere rutiner ved innleggelse, oppfølging og gruppesamtaler.

4.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Med tverrfaglig samarbeid mener jeg et samarbeid mellom ulike instanser (barnevern, psykiatri, pp-tjeneste, skole, barnehager, politi mm.) hvor de ulike yrkesgruppene bidrar med sitt spesifikke bidrag, for at hjelpen skal bli helhetlig, og best mulig (Killen, 2004). Et tverrfaglig samarbeid har mange fordeler, som for eksempel at en får en bredere faglig kompetanse (Bunkholdt og Sandbæk, 2002). I arbeid med barn av psykisk syke, vil det være fruktbart med et tverrfaglig samarbeid. Eksempel på et slikt samarbeid kan være mellom barneverntjenesten, som kan starte en undersøkelsessak, i forhold til en helhetlig omsorgsvurdering, samt eventuelt

igangsetting av hjelpetiltak. Pp-tjenesten, skole og barnehage, er relevante samarbeidspartnere for å undersøke og hjelpe barn som har vansker på skole eller barnehage, og sosial-tjenesten kan bidra dersom familien har økonomiske behov (Bunkholdt og Sandbæk, 2002).

Barnevernets oppgaver er nøye lovregulert i lov om barnevern 1992. I lovens kapittel 3, slås det fast hvilke oppgaver barnevernet har i forholdt til å beskytte barn mot omsorgssvikt ved å forebygge, igangsette hjelpetiltak eller overta omsorgen for barn som utsettes for alvorlige former for omsorgssvikt. Hjelpeapparatet har en opplysningsplikt til barnevernet, dersom de mistenker at barn utsettes for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt. Dette står blant annet i helsepersonelloven av 2. juli 1999 §33. Barnevernet har da plikt til å undersøke meldingen etter bvl §4-2, samt følge opp meldingen med en undersøkelse ”dersom det er rimelig grunn til å tro det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak” bvl § 4-3 (Norges lover, 2002).

Mevik skriver i boken ”Møte med galskap” (2000) at mange ansatte ved psykiatriske institusjoner kvier seg for å melde fra til barnevernet, nettopp fordi de er redde for å bryte taushetsplikten og dermed svekke sitt forhold til pasienten. Også Aamodt og Aamodt (2005) tar opp dette problemet.

Jeg spurte mine informanter om rutiner med å kontakte barnevernet, dersom de fikk en mistanke om at barn blir utsatt for omsorgssvikt. På dette svarte informantene at de sjeldent meldte saker til barnevernet, men at de samarbeidet med det kommunale barnevernet dersom de allerede var innblandet i familien eller barnet ikke hadde andre omsorgspersoner som passet på når mor eller far oppholdt seg på institusjonen. Jeg vil nå diskutere rutiner i hjelpeapparatet, hvor jeg først diskuterer rutiner ved innleggelse.

4.2.2. Rutiner ved innleggelse

Jeg tar i denne diskusjonen utgangspunkt i svarene fra mine informanter, før jeg ser på rutiner ellers i hjelpeapparatet ut i fra rapportene ”Tiltak for barn med psykisk syke foreldre,”(2005) og Mevik og Trymbos (2002) studie. Jeg vil ut i fra dette få noen eksempler på rutiner i hjelpeapparatet som jeg kan vurdere ut i fra barns behov, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon. Jeg tar først for meg rutiner ved innleggelse, før jeg videre diskuterer rutiner for oppfølging barna får, samt gruppesamtaler med barn som tiltak.

Sykehuset mine informantene jobber på, har ifølge dem selv, gode rutiner for å fange opp om pasienten har barn og innhente opplysninger som vedrører barna. Et ledd i dette arbeidet er et skjema som pasienten fyller ut ved innleggelse. Her får pasientene spørsmål om barnas alder, hvem som er sammen med barna når de er på sykehuset. Pasienten får opplysninger om hvilke tilbud som finnes på institusjonen, og spørsmål om de ønsker noe hjelp i forhold til barna. Informasjonen fra skjemaet blir fulgt opp av hovedbehandler samt av en ansvarlig sosionom så raskt som mulig. Rutiner ved innleggelse blir også diskutert i Aamodt og Aamodts rapport og tiltak i hjelpeapparatet som jeg videre redegjør for.

Aamodt og Aamodt (2005) konkluderer i sammendraget av rapporten at det i voksenpsykiatrien ikke er gjennomførte systematiserte rutiner for å fange opp om pasienten har barn, hvor gamle de er eller hvem som ivaretar den daglige omsorgen. De konkluderer videre med at det mange steder er tilfeldig om det stilles spørsmål om pasientens barn, og tilfeldig om det blir fulgt opp videre. Noen poliklinikker svarer at de verken spør om pasienten har barn, eller følger opp barna dersom de har det. Dette underbygger forestillingen om at barn av psykisk syke ikke blir sett, og dermed ikke godt ivaretatt. Dette er en risikofaktor. Med det mener jeg at dersom ikke hjelpeapparatet eller andre i nettverket ivaretar de behov barna har når foreldre blir syke, kan dette både skade utviklingen og gi tap i forhold til foreldrefunksjoner som uteblir eller svekkes. Risikoen for at barna selv bli psykisk syke, er stor.

På den andre siden kommer det frem i rapporten at mange institusjoner har utarbeidet gode rutiner for å fange opp om pasienten har barn (noe mitt intervju understreker). En rutine er det skjema ved innleggelse som jeg viste til. Et annet eksempel på rutine, er at legene tar spørsmål om barn opp med pasientene når de har samtaler, og videre formidler dette til sosionomer, eller andre ansvarlige for barna (Aamodt og Aamodt, 2005).

Jeg har tidligere i oppgaven drøftet hvilke behov barn har når mor eller far blir innlagt på en psykiatrisk institusjon, hvor jeg skriver at behovet for å bli sett gjennomsyrrer de andre behovene. Jeg vil derfor oppsummere dette avsnittet med å si at rutiner med å fange opp om pasienten har barn er avgjørende for å ivareta barn av psykisk syke. Det å ha god rutine på kartlegging av om pasienten har barn, vil også føre til at personalet blir påminnet fokus rettet mot pasientens barn, og det ansvaret de har for å ivareta disse (Aamodt og Aamodt, 2005). På denne måten kan hjelpeapparatet bidra til å fremme resiliens ved å støtte foreldrefunksjoner, styrke nettverk og bidra til

å opprettholde stabilitet og rutine for barna, samt gi den informasjonen barna ønsker, og har behov for. Jeg mener det har liten hensikt å fange opp om pasienten har barn, om ikke denne informasjonen blir fulgt opp. Rutiner for oppfølging av pasientens barn vil jeg diskutere i neste avsnitt.

4.2.3 Rutiner ved oppfølging

Når det gjelder oppfølging av pasientens barn, fortalte informantene meg at sosionomen har en samtale med pasienten hvor barnas situasjon blir tatt opp. Foreldrefunksjoner blir også tatt opp i denne samtalen som eget punkt, gjennom spørsmål som går på hvordan pasienten oppfatter barna, hvordan barnas behov dekkes, og hvordan pasientens sykdom påvirker barna ol. Pasienten får tilbud om flere samtaler, og blir tilbudt familiesamtaler. Barna får også tilbud om samtaler alene, tilpasset barnas alder og modenhet. I familiesamtalene blir nettverket kartlagt, og dersom det f.eks. er slik at barna har et spesielt forhold til bestemor (eller andre omsorgspersoner) får også hun (disse) en innbydelse til familiesamtale. Dette for å involvere nettverket, og styrke forholdet mellom barna, og personer i nettverket som kan fremme resiliens. Barna får tilbud om en omvisning på sykehuset, samt opplysninger om hvilke tiltak som finnes. Et av tiltakene er gruppesamtaler, som jeg vil utdype nærmere etter at jeg har sett på rutiner for oppfølging ellers i hjelpeapparatet.

Aamodt og Aamots rapport (2005) viser i likhet med rutiner for å fange opp om pasienten har barn, at det er lite utbredt å ha samtaler med pasient og barn, eller med barna alene. Mevik og Trymbos (2003) samtaler med psykisk syke mødre viser i likhet med andre undersøkelser at pasienten ønsker at behandler snakker med dem om barna, men som jeg tidligere har skrevet kvier mange behandlere seg for dette. Dette kan nok skyldes at det stilles spørsmål om foreldrefunksjoner som er et sårbart tema. Jeg tenker da på spørsmål i forhold til om foreldrene mener de prioriterer barnas behov fremfor egne godt nok, spørsmål om hvordan de oppfatter barna, og hvordan deres sykdom påvirker barna. Det kan også være vanskelig å snakke om samspill de har med barna sine. I det hele tatt vil jeg si at det å ta opp foreldrefunksjoner kan være utfordrende i forhold til at de kan være bedømmende ovenfor foreldrene. På denne måten kan foreldrene også føle seg stigmatisert av hjelpeapparatet.

Rapporten viser på en annen side at flere institusjoner tilbyr familiesamtaler, og samtaler med barn alene (Aamodt og Aamodt, 2005). På disse samtalene

diskuteres forelderfunksjoner, foreldrenes og barnas nettverk kartlegges, og en forsøker å finne praktiske løsninger på rutiner i hverdagslivet. Dette ser jeg på som positive faktorer i forhold til å dekke barns behov for stabilitet og rutine, og styrket nettverk for at hverdagen skal bli lettere for barna. Dette kan fremme en positiv utvikling for barnet, og er en resiliensfaktor, i den forstand at hverdagen blir lettere for barna, slik at muligheten for en tilfredstillende utvikling er tilstede.

Familiesamtaler fungerer også som familieterapi gjennom at familiens medlemmer får snakket åpent sammen (Aamodt og Aamodt, 2005), og kan på denne måten styrke foreldrefunksjoner og forholdet mellom foreldre barn, samt gi barna den informasjon de trenger for å mestre egen situasjon bedre. Dette er etter min mening et annet eksempel på at familiesamtaler er en resiliensfaktor. For barnas del mener jeg det er viktig, å ta opp temaer som foreldrefunksjoner, for å sette i gang tiltak så tidlig som mulig dersom det er svikt i disse. Familiesamtaler kan styrke flere foreldrefunksjoner. Som Killen understreker er evnen til å oppfatte barna realistisk en foreldrefunksjon som er lettere å mestre gjennom åpenhet og kommunikasjon. Killen understreker også evnen til positivt samspill, som familiesamtaler kan bidra til, gjennom åpenhet. I familiesamtaler kan en ta opp temaer som rutiner og hverdagsliv, som er viktige behov for barn. En kan finne praktiske løsninger sammen, ved å kartlegge nettverket, organisere matlaging, kjøring ol. På denne måten hjelpes foreldrene til å prioritere barns mest grunnleggende behov framfor egne, som er en annen viktig foreldrefunksjon. I familiesamtaler kan det også komme opp problemer barna måtte ha på skole, barnehage eller fritid. Jeg mener dette er noe som kan følges opp av nettverket, eller ved tverrfaglig samarbeid. Nettverk er en så viktig resiliensfaktor for barn, at om den syke ikke selv kan følge det opp, er dette en viktig oppgave for hjelpeapparatet eller andre i barnas nettverk.

Jeg vil oppsummere dette avsnittet med å si at familiesamtaler og oppfølging av barna gjennom skole, barnehage og fritidsinteresser, vil dekke flere av de behovene jeg har diskuterte i første delen av analysen. Behov for rutiner og nettverksbygging blir dekket ved samtaler, alene eller i familien, ved og åpent organisere rutiner og kartlegge nettverk. Tverrfaglig samarbeid vil kunne dekke behov for rutine og nettverksbygging, gjennom samtaler med lærere, fotballtrener ol.

4.2.4. Gruppesamtaler med barn

Et tiltak som tilbys på sykehuset informantene mine jobber på, er gruppesamtaler. Det er sosionom og sykepleiere som har ansvar for og som driver disse, med plass til 5-8 barn i hver gruppe, sammensatt etter barnas alder og modning. I løpet av ti kvelder snakker gruppen om psykisk sykdom, og hvordan det er å ha en psykisk syk mor eller far, med ulike tema som verktøy. Informantene fortalte om gode tilbakemeldinger på dette tiltaket både fra barna selv, men også fra foreldrene. Barna synes det er fint å treffe andre barn i samme situasjon, at det er godt å få informasjon, og at de kan snakke med noen som har taushetsplikt. Foreldrene synes det er positivt fordi barna får mer forståelse for sykdommen. De opplever at barna blir tryggere og gladere, noe som gjør at de oppnår bedre kontakt med barna. Jeg vil på dette grunnlag hevde at gruppesamtaler er en resiliensfaktor, på den måte at barna gjennom gruppen får en lettere hverdag, får informasjon og er tryggere på foreldrenes sykdom. Informantene poengterte at det er viktig for barna at foreldrene støtter dem. Dette er noe også Mevik og Trymbo (2003) poengterer, med begrunnelse at forutsetningen for at barn skal føle seg trygge i gruppesamtaler, er at foreldrene kjenner hensikten med gruppen, og at de gir en tillatelse til at de kan delta. Dersom barna ikke føler denne støtten, settes barnas lojalitet ovenfor foreldrene på prøve, og gruppesamtalen mister sin funksjon som resiliensfaktor.

Det finnes flere institusjoner i hjelpeapparatet som tilbyr gruppesamtaler for barn av psykisk syke, og behovet er stort (Aamodt og Aamodt, 2005). Evaluering av ulike gruppeaktiviteter viser at det hjelper mange barn til å mestre livet sitt på bedre måter. Resultater fra en dansk undersøkelse viser at barna viser større glede, bekymrer seg mindre og utvikler nye vennskap (Mevik og Trymbo, 2003). Dette støtter min påstand om at gruppesamtaler virker resiliensfremmende, ettersom det kan fremmer en positiv utvikling for barna. Kort oppsummert vil jeg hevde at gruppesamtaler dekker barnas behov for informasjon og åpenhet, gjennom temakvelder om sykdommen, men også gjennom samtaler med andre som er i samme situasjon, og på den måten at det gjør det lettere for barna å forstå den situasjonen de selv er i. Gruppesamtaler kan dekke behov for styrket nettverk, gjennom samhold og vennskap innad i gruppa.

5 Oppsummering

Jeg vil her oppsummere min oppgave, med utgangspunkt i problemstillingen

”På hvilke måte kan barn av psykisk syke best ivaretas av hjelpeapparat, når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon”

Jeg baserer mitt forskningsarbeid på kvalitativ metode, hvor jeg anvender dokumentstudie og intervju som verktøy. Dokumentene jeg har anvendt er troverdige på den måten at de er utgitt av forlag eller organisasjoner jeg definerer som pålitelige. De representerer et vidt spekter innen forskning og har en mening basert på hermeneutisk kunnskap. I presentasjonen av mitt teoretiske rammeverk slår jeg fast at det må foreligge en diagnose for at det skal være snakk om en psykisk sykdom, og at jeg i min oppgave tar for meg foreldre som har omsorgen for sine barn. I min redegjørelse av betegnelsen barn av psykisk syke har jeg vektlagt at det kan være et stigmatiserende begrep, på den måte at man fort kan tillegge barna egenskaper som ikke alltid stemmer overens med virkeligheten. Barn av psykisk syke foreldre er ikke en homogen gruppe, og må derfor ivaretas av hjelpeapparatet på en differensiert måte ut i fra barnas behov. Videre tar jeg for meg Killens kriterier for syv viktige foreldrefunksjoner, som kan svekkes eller utebli dersom foreldre blir psykisk syke, og legges inn på en institusjon. Til slutt i denne delen av oppgaven, slår jeg fast at risikofaktorer er faktorer som kan føre til skade eller tap for barn, mens resiliensfaktorer er faktorer som hindrer den negative utviklingen som forbindes med risiko, slik at barn utvikler seg på en tilfredstillende måte til tross for den risikoen de utsettes for.

I selve analysen av problemstillingen benytter jeg det teoretiske rammeverket til å diskutere hvilke behov barn har når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon. Dette er behovet for informasjon og åpenhet, behovet for stabilitet og rutine samt behovet for styrket nettverk. En forutsetning for at disse behovene skal dekkes av hjelpeapparatet, er at barna blir sett.

Behovene blir sentrale når jeg diskuterer rutiner i hjelpeapparatet når det gjelder innleggelse, oppfølging og gruppesamtaler. I en rapport fra 2005 fra Aamodt og Aamodt kommer det frem at det er varierende rutiner i hjelpeapparatet når det gjelder kartlegging av om pasienten har barn, og når det gjelder oppfølging. Jeg har presentert noen rutiner basert på kunnskap produsert under mitt intervju, samt fra den nevnte rapporten og Mevik og Trymbos studie (2003). Rutine for å kartlegge om pasienten har barn er vesentlig for å se og for å ivareta barna, men fungerer også som en påminnelse om at hjelpeapparatet har et ansvar overfor barna. Rutiner ved oppfølging kan være i form av familiesamtaler, samtaler med barna alene eller i

grupper, besøk på institusjonen og kartlegging av nettverk, som er gode rutiner som kan dekke flere av de behovene jeg diskuterte i den første delen av analysen. Behovet for informasjon blir dekket gjennom samtaler. I dette legger jeg at barna får konkret informasjon om sykdommen, men det kan også føre til en åpenhet om sykdommen, som kan lette skam og skyldfølelse mange barn sliter med, og på denne måten svekke stigma og selvstigma. Omvisning på institusjonen, kan dempe barns uro for hvordan mor eller far har det på institusjonen, og dekker en annen form for informasjon. Informasjon er en betydelig resiliensfaktor som gjør det lettere for barn å håndtere sin situasjon. Behov for rutiner og nettverksbygging blir dekket ved samtaler, alene eller i familien, ved å kartlegge nettverk, og diskutere rutiner. Tverrfaglig samarbeid vil også dekke behov for rutiner og nettverksbygging, gjennom samtaler med lærere, fotballtrener ol. Gruppesamtaler dekker også mange av barnas behov, og er et etablert tilbud på noen institusjoner, deriblant sykehuset mine informanter jobber. Gruppene kan dekke behov for informasjon gjennom temakvelder og åpenhet i forhold til samtaler med andre barn. De kan også bidra til å styrke forholdet mellom foreldre og barn, noe som styrker foreldrefunksjoner.

Jeg har i løpet av analysen funnet ut at, til tross for sviktende rutiner flere steder i hjelpeapparatet, finnes det også flere gode rutiner som sikrer flere av barns behov når mor eller far legges inn på en psykiatrisk institusjon. For å sikre at flere barn av psykisk syke blir ivaretatt av hjelpeapparatet, og dermed redusere den risikoen dette innebærer, er det min mening at gode rutiner som praktiseres flere steder i hjelpeapparatet viderefremmes til de institusjoner som ikke har tilstrekkelig rutine for å ivareta pasientens barn.

Litteraturliste

Almvik, Arve og Ytterhus, Borgunn (2004) *Ualminnelig alminnelighet*. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

- Borge, Anne Inger H. (2003) *Resiliens*. Oslo: Gyldendal
- Bunkholdt, Vigdis og Sandbæk, Mona (2002) *Praktisk barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal
- Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal
- Dybvik, Sveinung mf. (2004) *Stigma Antistigma*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning
- Egedius, Henry (2002) *Psykologisk leksikon*. Oslo: Aschehoug & Co
- Fossåskaret, Erik mf. (1997) *Metodisk feltarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Goffman, Erving (1984) *Stigma*. New Jersey, USA: Pelican Books
- Grinde, Eva (2004) *Barn av psykisk syke*. Oslo: Rådet for psykisk helse
- Halvorsen, Knut (2004) *Forskningsmetode for helse- og sosialfag*. Oslo: Cappelen
- Halvorsen, Knut (2002) *Sosiale problemer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Killen, Kari (2004) *Sveket*. Oslo: Komuneforlaget
- Kringlen, Eivind (2005) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag
- Norges lover 1687-2002 (2002) Studentutgave. Oslo: Gyldendal akademiske forlag
- Mevik, Kate (2002) *Møte med galskap*. Oslo: Tano Aschehoug AS
- Mevik, Kate og Trymbo, Bjørg Eva (2002) *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ploug, Claus (1998) *Små skuldre-stor byrde*. København: Sosial utviklingscenter
- Schiefloe, Per Morten (2003) *Mennesker og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget
- Scott, John (1990) *A matter of record*. Cambridge: Polity press
- Solantaus, Tytti (2006) *Hva er det med foreldrene mine?* Oslo: Voksne for barn
- Sosial- og helsedirektoratet (1999) *Opptappingsplan for psykisk helse. 1999-2006* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Voksne for barns nettside:

http://www.xpublish.no/vfb/xp/pub/venstre/gul/barn_i_risiko/barn_av_psykisk_syke/237856 (24.02.2008)

Aadland, Einar (2003) *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske samlaget

Aamodt, Laila G. og Aamodt, Ingerid. (2005) *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, region Øst og Sør

Mitt navn

Student ved barnevernspedagog utdanningen

Ved Høgskulen i Sogn og Fjordane

Informantens navn

Navn på institusjon

Informasjonsskriv angående intervju

Takker for positiv telefonsamtale mandag 7. januar, hvor vi avtalte et møte onsdag 6. februar kl 0900. Jeg er glad du vil ta deg tid til å fortelle litt om ditt arbeide, og vil med dette informere litt om hva jeg vil med min oppgave, og hva jeg ønsker svar på. Jeg er en barnevern student som går siste året på høyskolen i Sogn og Fjordane. Jeg skriver bachelor oppgave med tema; barn av psykisk syke, hvor jeg ønsker å vinkle oppgaven rundt hjelpeapparatets rolle i forhold til barna. Ettersom jeg har forstått, er det mye kunnskap om temaet, men varierer rutiner i forhold til kartlegging og oppfølging av pasientenes barn, når foreldre blir lagt inn på en psykiatrisk institusjon. Jeg har lest en rapport ”tiltak for barn av psykisk syke foreldre” skrevet av Laila Aamodt og Ingerid Aamodt (noe jeg nevnte for deg i telefonen). I denne rapporten er XXX nevnt som et positivt tiltak det vil være interessant å få vite mer om. Jeg ønsker å stille noen spørsmål i forhold til følgende:

1. Litt generelt om pasientgruppen?
2. Hvilke rutiner har dere ved innleggelse av nye pasienter?
3. Hvilke tilbud får pasientenes barn?
4. Er det alle som ønsker et tilbud?
5. Hva mener du er barns viktigste behov når en av foreldrene blir syke?
6. Hvordan samarbeider dere med andre instanser, som barnevernet?

Jeg vil også i dette brevet informere om at dersom oppgaven står til karakteren A eller B, vil den bli publisert gjennom biblioteket, men jeg vil anonymisere intervjuet og den informasjonen jeg får fra deg. Det er på dette grunnlag frivillig for deg om du

ønsker å bidra. Jeg kommer ikke til å stille spørsmål om sensitiv informasjon og vil heller ikke ta i bruk båndopptaker under intervjuet.

Dersom du etter denne informasjon ikke ønsker å bidra vil jeg gjerne ha beskjed så fort som mulig. Om det skulle komme noe i veien er det bare å ta kontakt så finner vi en annen dag.

Med vennlig hilsen

Mitt navn og telefonnummer