



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSO321

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	23-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSO321 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 313

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9568

**Egenerklæring \*:** Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

## Barn som pårørende i somatikken

- De skjulte omsorgsgiverne. Barna som ikke får være barn.

## Children as next of kin

- The hidden caregivers. The children without the possibility of being a child.

### **Kandidatnummer: 313**

Bachelor i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

23.05.2019

Antall ord: 9568

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Summary

The topic of this thesis is children as next of kin to parents with serious somatic illness. Research tells us that a large amount of children experience to be next of kin to parents with serious somatic illnesses, and that it is a lot of negative consequences connected to this situation.

By answering the following questions: «How can children experience being next of kin to parents with serious somatic illness? How can social workers in hospitals meet these children?» I want to contribute with knowledge to raise awareness to these children to secure that they are recognised and given the proper support. To answer the questions, I have explored literature about children as next of kin to parents with severe physical illness, parentification and resilience.

Some of the children that is next of kin may experience demanding caretask`s. Demanding caretask`s may have impact on children`s emotional and physical health, as well as their educational achievement. For that reason, social workers in hospitals have to recognise and support these children. It is important that they are able to assess their burden, and that they activate significant others such as adult family members, neighbours and their school.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Presentasjon av tema.....	4
1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling .....	5
1.3 Bakgrunn for valgt problemstilling og sosialfaglig relevans .....	5
1.4 Oppgavens oppbygning .....	7
<b>2. Metode .....</b>	<b>7</b>
2.1 Litteratursøk .....	7
2.2 Kildekritikk.....	9
<b>3. Teori.....</b>	<b>11</b>
3.1 Å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom .....	11
3.2 Parentifisering.....	13
3.3 Resiliens .....	17
3.4 Sosionomer på sykehus.....	18
<b>4. Drøfting .....</b>	<b>19</b>
4.1 Hvordan kan det oppleves å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom? .....	19
4.2 Hvordan kan sosionomer ansatt ved sykehus møte disse barna? .....	22
<b>5. Oppsummering .....</b>	<b>27</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>28</b>

# 1. Innledning

## *1.1 Presentasjon av tema*

I 2007 ble BarnsBeste- nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende opprettet gjennom initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør- Øst regionale helseforetak (Sørlandet sykehus, 2014). Tre år senere ble barn som pårørende inkludert i lovverket gjennom opprettelsen av paragraf §10a i Helsepersonelloven (1999) og paragraf §3-7a i Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Paragraf §10a i helsepersonelloven tar for seg helsepersonell sitt ansvar for å ivareta, informere og følge opp barn som pårørende når «barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade». Formålet med bestemmelsen er at barna skal forbli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Paragraf §3-7a i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) pålegger spesialisthelsetjenesten til å ha barneansvarlig personale med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barn som pårørende.

Selv om det er nesten 10 år siden lovendringen i Helsepersonelloven (1999) og Spesialisthelsetjenesteloven (1999), er barn som pårørende fortsatt et relativt nytt forskningsfelt. Barn som pårørende av somatisk syke er et udekket tema i forhold til barn som pårørende innenfor ruslidelser og psykiatri (Haugland, Ytterhus og Dyregrov, 2012, s. 26). En stor andel barn og unge opplever å være pårørende til personer med alvorlig sykdom i løpet av oppveksten (Ruud et al., 2015, s. 9). En multisenterstudie om barn som pårørende viser at 200 000 av voksne pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste er foreldre til barn under 18 år (Ruud et al., 2015, s. 9). Kreftforeninger hevder at det hvert år er omkring 3500- 4000 barn under 18 år som opplever at en av foreldrene får kreft (Hestnes, 2011). Når en familie opplever slike helseproblemer påvirker det familien sin hverdag, helse og livskvalitet (Ruud et al., 2015, s. 9). Det er nødvendig at profesjonsutøvere som møter familiene og barna har kunnskap til å ivareta brukergruppen på best mulig måte.

Flere forskningsartikler (Ruud et al., 2015, s. 21; Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 10) peker på at det er store mangler i oppfølgingen barn som pårørende får, og hvorvidt barna får tilbud om oppfølging. På tross av spesialisthelsetjenestens sin lovpålagte plikt til å ha barneansvarlig personell med ansvar for oppfølging tyder funn på at det er store udekkede behov hos barna

når det gjelder hvilken støtte og informasjon de mottar fra helsepersonell. Slik jeg ser det kan sosionomer ved sykehus være en viktig støttespiller i arbeidet med å ivareta barn som pårørende.

### *1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling*

Problemstillingen jeg har valgt å belyse er «**Hvordan kan det oppleves å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom? Hvordan kan sosionomer ansatt ved sykehus møte disse barna?**».

I problemstillingen tar jeg utgangspunkt i Helsepersonelloven (1999, §10a) sin definisjon av barn som pårørende som mindreårige barn med foreldre som er pasient. I helsedirektoratets sitt Rundskriv om barn som pårørende (2010, s. 4) hevdes det at definisjonen av barn som pårørende skal tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Bestemmelsen omfatter således både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. I denne oppgaven omhandler barn mennesker i alderen 0- 18 år. Oppgaven skal ikke presentere en uttømmende liste av utfordringer knyttet til temaet, men fokuserer på de barna som opplever belastende omsorgsoppgaver i forhold til sine foreldre. Det er således viktig å unngå forenklinger og stereotypier i beskrivelsen av barna og familiens situasjon.

Når jeg omtaler *alvorlig somatisk sykdom* tar jeg utgangspunkt i Haugland, Bugge, Trondsen og Gjesdahl (2015, s. 46) sin redegjørelse. Haugland et al. (2015, s. 46) beskriver alvorlig somatisk sykdom som tilstander som er livstruende, dødelig eller har potensialet til å forandre livet for alltid. Tilstandene medfører psykiske- og fysiske endringer, samt symptomer og plager som hemmer livsutfoldelse. Videre har tilstandene en krisepreget start eller gjentakende kriser i deler av forløpet (Haugland et al., 2015, s. 46).

Andre sentrale begrep blir nærmere definert første gang de blir omtalt i teksten.

### *1.3 Bakgrunn for valgt problemstilling og sosialfaglig relevans*

Interessen for temaet oppsto da jeg var i praksis ved sosionomavdelingen på et somatisk sykehus i en tre måneders periode. Min veileder var koordinator for de barneansvarlige på de ulike avdelingene ved sykehuset. Hun hadde et stort engasjement for og mye kunnskap om temaet, noe hun delte med meg. Jeg fikk muligheten til å delta på seminarer, fagdager og opplæring på temaet med ulike profesjonsutøvere ved sykehuset. Jeg fikk også erfaring med å

arbeide direkte inn mot brukergruppen, og muligheten til å observere andre profesjonsutøvere sitt arbeid med brukergruppen. Dette åpnet øynene mine for temaet, og viktigheten av det. Praksisperioden ga meg en forforståelse av at barn som er pårørende er en risikoutsatt gruppe, med et udekket behov for oppfølging. Jeg så imidlertid at helsepersonell også har et stort ønske om å svare på disse behovene, men at det er tydelige utfordringer knyttet til tematikken.

På bakgrunn av dette ønsket jeg å finne ut mer om hvilke utfordringer det kan innebære å være pårørende barn til personer med alvorlig somatisk sykdom. Dette vil være relevant for å få en forståelse av hvorfor det er viktig å ivareta barn som pårørende, og hva som kan være hensiktsmessig for en sosialarbeider å gjøre. Som sosialarbeider arbeider du tett på mennesker i vanskelige livssituasjoner gjennom ulike deler av tjenesteapparatet. Sosialarbeidere har ansvar for å bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 3). Dette forutsetter at de har kunnskap om sosiale problemer, hvordan de fremtrer og kan forstås.

I rammeplanen for treårig sosionomutdanning (Utdanning og forskningsdepartementet, 2005, s. 22-23) fremkommer det at etter endt utdanning skal sosionomer ha «... kunnskap om ulike problemer hos barn ...». Videre står det formulert at sosionomer skal ha kjennskap til psykiske lidelser, både hvordan de kan oppstå og hvordan man kan forebygge dem (Utdanning og forskningsdepartementet, 2005). Dette er i overensstemmelse med oppgaven sitt formål om å belyse situasjonen som pårørende barn kan oppleve. Sosionomer kan møte pårørende barn eksempelvis i barnevernstjenesten, skolen eller ved sykehus.

En belysning av temaet kan bidra til å tydeliggjøre risikoen ved å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom, og på denne måten øke oppmerksomheten og kunnskapen profesjonsutøvere har om brukergruppen. Formålet med oppgaven er å sikre kunnskap slik at barna kan bli fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Forskning viser at helsepersonell har begrenset kunnskap om hvordan sykdom hos foreldre kan utgjøre en risiko for negative konsekvenser av barnas økte ansvar i og for familien (Ruud et al., 2015, s. 19). Videre er målet at oppgaven skal bidra til en refleksjon rundt hvem barna med belastende omsorgsoppgaver har omsorg for, hvilke oppgaver de utfører, hvilke konsekvenser det har, og hvordan sosionomer kan møte dem. På denne måten kan oppgaven



bli et bidrag til at dagens barn og unge som lever med belastende omsorgsoppgaver blir sett, hørt og bedre ivaretatt.

#### *1.4 Oppgavens oppbygning*

Oppgaven består av fem kapitler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I første innledende kapittel har jeg kort beskrevet temaet og problemstillingen oppgaven søker å belyse. Videre har jeg nevnt bakgrunnen for problemstillingen, og dens sosialfaglige relevans. I kapittel to har jeg beskrevet søkeprosessen etter relevant litteratur, og hva som kjennetegner metodene i de forskningsartiklene jeg har benyttet. Kapittel tre redegjør for teori og forskning om konsekvenser ved det å være barn som pårørende, og å oppleve parentifisering. Samme kapittel redegjør for teorier om resiliens, og hvilke retningslinjer sosionomer på sykehus har. I kapittel fem drøfter jeg med utgangspunkt i teori og forskning hvordan barn som er pårørende i somatikken kan oppleve parentifisering, og hvordan sosialarbeidere kan møte barna og tilrettelegge for resiliens. Avslutningsvis vil jeg i kapittel seks søke en oppsummering på valgt problemstilling.

## **2. Metode**

### *2.1 Litteratursøk*

For å besvare problemstillingen har jeg valgt litteraturstudie som metode. Ved å benytte en litteraturstudie henter jeg data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori på temaet (Dalland, 2017, s. 207). Jeg benyttet meg av en systematisk framgangsmåte for å innhente data, og har i forkant utarbeidet en søkestrategi. Det er foretatt avgrensninger i litteratursøket på nivå, tid og språk. Datamaterialet skal blant annet bestå av primærkilder og kilder høyt i kildehierarkiet (Dalland, 2017, s. 71). Systematiske oversikter er å tilstrebe, før jeg beveger meg nedover kunnskapspyramiden. Videre er jeg opptatt av å bruke nyere relevant forskning. På bakgrunn av at barn som pårørende ikke ble implementert i Helsepersonelloven (1999, §10) før i 2010, har jeg valgt å se bort i fra forskning om barn som pårørende i Norge foretatt før 2010. Et kriterie jeg har satt, omhandler at forskningen skal formidle internasjonale resultater i tillegg til norske. Dette for å bidra til et større grunnlag i drøftingen og dermed øke konklusjonen sin reliabilitet.

Med bakgrunn i problemstillingen valgte jeg flere søkeord. Jeg har benyttet både norske og engelske søkeord for å øke litteraturomfanget. Litteratursøket ble delt inn i faser, etter hva jeg søkte svar på. Eksempelvis søkte jeg etter litteratur som svarer på forekomst og risiko hos barn som pårørende, og brukte i den forbindelse søkeordene: «barn som pårørende», «barn av somatisk syke» og «children as next of kin». I en annen fase søkte jeg svar på reaksjoner hos barn utsatt for parentifisering. Da benyttet jeg søkeordene; «young carers», «role reversal», «parentification», «parentifisering» «overburdened child» og «parental child».

For å finne relevant teoretisk litteratur søkte jeg i Høgskulen på Vestlandet sin søkebase «oria». Oria er en søkemotor som lar deg søke i bibliotekets samlede ressurser, og gir deg tilgang til andre søkebaser. Videre søkte jeg på Bibsys, Google scholar, Helsebiblioteket og PSYCHinfo etter ulike vitenskapelige tidsskrifter. For å få et helhetlig bilde på problemstillingen omfattet søket både kvalitativ og kvantitativ forskning. I prosessen valgte jeg å undersøke hvilken litteratur de aktuelle kildene baserte seg på, for å se om de var basert på litteratur relevant å benytte for min oppgave.

Jeg fikk flere funn på søkene, men måtte gjøre en avgrensning av funnene basert på relevans, reliabilitet og holdbarhet. I prosessen med avgrensning vurderte jeg forskningen sin metode, omfanget av respondenter, kriteriene for utvalget og resultatet. Relevansen ble vurdert på bakgrunn av problemstillingen forskningen tok for seg, i tillegg til hvilket utvalg som ble benyttet. Det var relevant å undersøke om forskerne brukte et strategisk eller randomisert utvalg. Å anvende forskning som har brukt et strategisk utvalg vil være med på å gi oppgaven et pålitelig kvalitativt grunnlag. Holdbarheten ble vurdert med utgangspunkt i grunnlaget for resultatene til forskningen, blant annet hvor mange respondenter som deltok. For å anvende forskning med høy holdbarhet og pålitelig teori- og forskningsgrunnlag, har jeg lett etter fagfelleverderte fagartikler og forskning. Tabellen nedenfor illustrerer min fremgangsmåte i litteratursøket mot forskning. Jeg valgte å undersøke 15 publikasjoner som virket relevant, for deretter å anvende 3 av dem.

Søkebase	Søkeord	Antall treff	Relevant	Ekskludert	Inkludert
Oria	Young carers Role reversal	1 269	15	12	3

De ulike formene for litteratur jeg har valgt å anvende i oppgaven er bøker, ulike faglige og vitenskapelige artikler, empiriske sammenfatninger, forskningsrapporter og kvantitative og kvalitative studier. Store deler av litteraturen er skrevet av anerkjente forskere innenfor sosialt arbeid, medisin og psykologi. Forskningen som blir anvendt gjentatt i oppgaven omkring barn som pårørende er en multisenterstudie utgitt i 2015 av Akershus universitetssykehus HF. Multisenterstudien (Ruud et al., 2015) er en utforskende tverrsnittstudie med målsetting om å gi ny kunnskap om situasjonen for barn med foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten. Videre er rapporten til Dearden og Becker (2004) sentral i oppgaven. Rapporten baserer seg på en nasjonal undersøkelse av unge omsorgsgivere i Storbritannia (Dearden & Becker, 2004, s. 4).

## *2.2 Kildekritikk*

Det er nødvendig at jeg stiller meg kritisk til den litteraturen som er samlet inn, og hvorvidt litteraturen er egnet til å belyse valgt problemstilling (Dalland, 2017, s. 158). Grunnet store mengder litteratur omkring valgt tema, har jeg måtte gjøre et utvalg av litteratur til bruk i oppgaven. Denne kan medføre at relevant litteratur har blitt utelatt, eller at oppgaven har mistet enkelte faglige perspektiver gjennom seleksjonsprosessen.

Videre kan min førforståelse av tema ha preget både hva jeg har valgt å innhente av litteratur, samt hvordan jeg har tolket den litteraturen jeg har lest. Som leser bruker jeg aktivt egne erfaringer og kunnskap når jeg gjenskaper en forfatters mening med teksten (Leseth & Tellmann, 2014, s. 116). For å kompensere for dette har jeg blant annet søkt etter litteratur som belyser temaet med ulike perspektiv og standpunkt, særlig litteratur som argumenterer mot min førforståelse (se side 5). I tillegg har jeg forsøkt å aktivt drøfte innhold og utvalg med medelever og veileder på skolen.

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i betegnelsen parentifisering i mangel på en god og dekkende norsk betegnelse om barn som har store omsorgsoppgaver og voksenansvar i familien. Derimot anvendes det i litteraturen ulike betegnelser som «parental child», «overburdened child», «young carers», «role reversal» og «parentification». Ulik bruk av betegnelser, samt variasjon i hvordan eksempelvis parentifisering blir definert vil kunne medføre usikkerhet i hvor reliabel resultatene er. En må derfor være kritisk til påliteligheten til eventuelle tall og resultater jeg viser til, da disse kan si noe om barn med store omsorgsoppgaver basert på ulike definisjoner.

Noe av forskningen som oppgaven henviser til omkring parentifisering ble utført fra år 1995-2005, eksempelvis Valleau, Bergner & Horton (1995) og Dearden & Becker (2004). Dette fordi det historisk sett ble rettet mye oppmerksomhet omkring barn med store omsorgsoppgaver på dette tidspunktet. Nyere forskning på temaet syntes å gå mer i dybden på konkrete og mindre relevante hypoteser omkring parentifisering. Jeg opplevde det dermed relevant å anvende denne forskningen i oppgaven, selv om jeg hadde som mål å anvende nyere forskning.

I oppgaven har jeg forsøkt å benytte primærkilder, men har i to tilfeller henvist til forskning hvor resultatene er fortolket av forfattere. Dette er Valleau et al. (1995) og Jurkovic, Jessee & Goglia (1991) som begge er referert i Haugland (2006). Dette fordi jeg ønsket å anvende Haugland (2006) sin norske oversettelse fra Valleau et al. (1995). Jeg opplevde det videre utfordrende å få tak i Jurkovic et al. (1991) sin artikkel. Å anvende sekundærkilder kan være problematisk da den originale teksten er bearbeidet. En slik fortolkning kan påvirke innholdet i det opprinnelige budskapet, og redusere reliabiliteten til oppgaven (Dalland, 2017, s. 159). Her har jeg gjenfunnet samme primærkilde hos flere forfattere, med samme tolkning av primærdata. Dette kan hevdes å øke tolkningens validitet da sannsynligheten for at flere forfattere skal feiltolke primærkilden er mindre, selv om det selvsagt ikke kan utelukkes.

Det kan samtidig rettes kritikk mot de anvendte metodene i forskningen da det finnes store variasjoner i metodebruken og ulike begrensninger ved de benyttede metodene. Eksempelvis anvender jeg flere kvantitative studier, og en svakhet ved slike studier kan være et lite og skjevt utvalg. Dette medfører at det er vanskelig å trekke generaliserte slutninger på bakgrunn av dataen. Jeg har derimot forsøkt å anvende kvantitativ forskning jeg vurderer som pålitelig og holdbar. I tillegg er store deler av forskningen gjennomført i andre land, eksempelvis Dearden & Becker (2004). En kan dermed stille seg kritisk til hvorvidt resultatene kan generaliseres, og er overførbare til norske samfunnsforhold. Dette har jeg hatt i tankene når jeg anvender forskningen i oppgaven.

### 3. Teori

I dette kapittelet tar jeg for meg oppgavens teoretiske ramme og en gjennomgang av tidligere forskning på feltet. Jeg begynner med å presentere hvordan det oppleves å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom. Videre vil jeg presentere hvordan parentifisering kan være en utfordring, og hvilke konsekvenser det kan ha for barna i et utviklingsperspektiv. Deretter vil jeg redegjøre for teori om resiliens som en motsetning til de negative konsekvensene, og hvordan sosialarbeideren kan tilrettelegge for resiliens.

#### *3.1 Å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom*

Forskningen viser at sykdom hos foreldre påvirker barns situasjon i stor grad (Ruud et al., 2015, s. 9). Hverdagen kan bli preget av mange endringer, med blant annet gjentakende sykehusinnleggelse og hyppige sykehusbesøk (Haugland et al., 2015, s. 202).

Familiesamspillet endrer seg, og barna kan oppleve at daglige gjøremål uteblir, foreldrene blir mindre tilgjengelige hjemme og egne aktiviteter blir nedprioritert (Haugland et al., 2015, s. 46). Barna kan oppleve foreldre som er nedtrykte og ofte gråter, eller som forandrer seg fysisk som en konsekvens av sykdommen (Haugland et al., 2012, s. 49). Usikkerhet og bekymring blir en del av barna sin hverdag, og de får ofte mer ansvar i hjemmet (Ruud et al., 2015, s. 9; Haugland et al., 2015, s. 49).

Ruud et al. (2015) utførte en utforskende tverrsnittstudie med et stort utvalg familier fra fem helseforetak i Norge for å gi ny kunnskap om situasjonen for barn som pårørende. Utfylling av spørreskjema ble utført i tilknytning til intervju på 140 barn. Her fant de ut at barn som er pårørende tar vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig, og opplever stress og belastning på grunn av det. De får mye ansvar for den syke og/ eller blir mye overlatt til seg selv. Nærmere halvparten av barn med foreldre som er pasient i spesialisthelsetjenesten opplever at omsorgsoppgavene gjør dem stresset, mens en tredjedel rapporterer at de må gjøre ting som gjør dem opprørt og tenker hele tiden på det de må gjøre hjemme (Ruud et al., 2015, s. 19). Ruud et al. (2015, s. 19) hevder at mange av barna har omsorgsoppgaver som hører hjemme i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Resultatene viste i tillegg at barn som er pårørende tilbringer mindre tid sammen med venner enn andre jevnaldrende (Ruud mfl., 2015, s. 9).

Barna opplever ofte en rekke praktiske, sosiale og følelsesmessige utfordringer og belastninger (Sieh, Visser- Meily, Oort & Meijer, 2012, s. 1; Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 9). Videre har barna større risiko for å utvikle emosjonelle, sosiale eller atferdsmessige problemer enn andre barn. Barna har også større risiko for å oppleve konfliktfylte familiesamspill, dårlig foreldrefungering og omsorgssvikt (Bugge, Derbyshire, Røkholt, Haugstvedt & Helseth, 2013, s. 37; Haugland, 2006; Kuhne et al., 2012, s. 931; Sieh et al., 2012, s. 1). Sieh et al. (2012, s. 1) hevder barna i tillegg er utsatt for økt risiko for internaliserte problemer, som angst og depresjon, daglige problemer, stress, aktivitetsbegrensninger, isolasjon og lavere karakterer.

Litteraturen viser til at hvordan barn påvirkes av at en forelder blir alvorlig syk, avhenger av flere ulike faktorer (Ruud et al., 2015, s. 20; Bergem, 2018, s. 41; Haugland et al., 2015, s. 81). En faktor er hvilken alder barnet har. Barn som pårørende har på ulike alderstrinn ulike utfordringer å forholde seg til (Bergem, 2018, s. 60). Alderen kan ha betydning for hvordan barnet oppfatter situasjonen, og hvilke omsorgsoppgaver barnet påtar seg (Bergem, 2018, s. 60). Eksempelvis er det rimelig å anta at det er store ulikheter i hvordan et barn på 2 år reagerer på at foreldre blir alvorlig syk, sammenlignet med en ungdom på 17 år.

En annen avgjørende faktor for hvordan barna påvirkes når foreldre blir alvorlig syk vil være om sykdommen er kortvarig eller langvarig, om det er en sykdom man kan bli frisk av eller om den er dødelig (Bergem, 2018, s. 111). I tillegg vil noen sykdommer ha konkrete og individuelle utfordringer som kan gi ulike konsekvenser for barna (Haugland et al., 2015, s. 46). Eksempelvis vil foreldre med hjernesvulst kunne ha redusert konsentrasjon og korttidsminne, noe som vil kunne vanskeliggjøre samvær alene med barn.

Foreldrene sin mestring av sykdommen og deres kapasitet til omsorg vil også være av betydning (Haugland et al., 2015, s. 46). Noen foreldre vil være så opptatt med sine egne bekymringer og plager at de i liten grad vil ha kapasitet eller overskudd til barna sine (Bergem, 2018, s. 41). Dette kan få konsekvenser for *omsorgsevnen* til foreldrene i større eller mindre grad, og prege de hverdagslige rutiner som var før sykdommen rammet (Bergem, 2018, s. 41). Omsorgsevne omtales som en samlebetegnelse på foreldres holdninger og handlinger overfor barna sine (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 119). Særlig foreldre som er alene med foreldreansvaret kan oppleve det som vanskelig å ivareta foreldrerollen, da den ene forelderen i stor grad kan kompensere for den andre i en familie (Bergem, 2018, s. 51).

### *3.2 Parentifisering*

Når barna overtar oppgaver som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere kalles det for parentifisering (Hooper, 2011, s. 2024). Da tar barn på seg foreldrerollen og ansvar som normalt ikke er tillagt til barn eller konsistent med deres utviklingsnivå og psykologisk modning (Hooper, 2011, s. 2024). Slik overtakelse av ansvar oppstår gjerne i familier hvor det er kroniske eller mer krisebetonte belastninger (Haugland, 2006). Det kan anslås at nærmere 50 000- 130 000 barn i Norge opplever å ha slike belastende omsorgsoppgaver (Haugland et al., 2015, s. 81). Jeg har valgt å legge til grunn følgende definisjon av parentifisering «Parentifisering er et mønster av familieinteraksjon hvor barn og ungdom tildeles roller og ansvar som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere» (Valleau, Beregner & Horton, referert i Haugland, 2006). Definisjonen krever at roller og ansvar blir sett i sammenheng med normer og forventninger i den kulturen som barnet lever i (Haugland, 2006).

Haugland (2006) identifiserer tre ulike rollemønstre som omfattes av parentifiseringsbegrepet. Det første rollemønsteret innebærer at barnet har en foreldrerolle overfor egne foreldre. Sett ut fra de kulturelle forventningene om hvordan ansvar og omsorgsoppgaver bør fordeles mellom et barn og dets foreldre, er det foretatt ett rollebytte. Barnet har fått ansvaret og kontrollen i relasjonen, og gir i stor grad støtte, omsorg og hjelp til foreldrene (Haugland, 2006).

Det andre rollemønsteret omhandler barn som har en partner- rolle i forhold til egne foreldre (Haugland, 2006). Barnet har inntatt en voksenposisjon i forhold til egne foreldre, men i motsetning til foregående rollemønster har ikke foreldrepersonen tatt barnerollen (Haugland, 2006). Barnet blir dermed behandlet som om det var en likeverdig voksen. Det kan eksempelvis innebære at foreldrene deler intime erfaringer eller diskuterer personlige problemer med barnet. Det tredje rollemønsteret kjennetegnes ved at barnet har en voksenrolle i forhold til andre familiemedlemmer, uten at det er funnet sted et rollebytte mellom barnet og sine foreldre. Her har barnet et omfattende ansvar og omsorgsoppgaver i forhold til ett eller flere familiemedlemmer, eksempelvis søsken (Haugland, 2006).

Flere sentrale teoretikere innenfor parentifisering opererer med to typer parentifisering; destruktiv versus adaptiv parentifisering. Adaptiv parentifisering omhandler tilfeller hvor barn viser tegn til resiliens, ved at de unngår negative konsekvenser av parentifisering og/ eller

opplever positive konsekvenser (Hooper, 2011, s. 2027). Adaptiv parentifisering blir assosiert med problemløsning, mestringsferdigheter, personlig vekst, kompetanse, empati og positiv mental helse (Pakenham, Chiu, Bursnall & Cannon, 2007, s. 98; Jukovic, 1997, s. 50; Smyth, Cass & Hill, 2011, s. 510). Parentifisering betegnes som destruktiv når barn har omsorgsoppgaver som er inadekvate i forhold til deres alder og modenhet uten at de mottar støtte eller anerkjennelse for sin innsats (Haugland, 2006). Slik parentifisering kan medføre en rekke problemer for barn (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 139-140).

Flere aspekter antas å markere forskjell mellom adaptiv og destruktiv parentifisering, deriblant *varigheten* av det parentifiserte rollemønsteret (Haugland, 2006). Rollemønstre som opptrer i avgrensede, mer stressende perioder anses i større grad å være adaptiv (Haugland, 2006). I slike tilfeller skifter rollene tilbake igjen når krisen er over (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 139). I hvilken grad barnet mottar *anerkjennelse og legitimitet* vil videre være et viktig aspekt (Haugland, 2006). I tilfeller hvor barnet sin innsats blir ignorert eller straffet er det mindre sannsynlig at barnet opplever kompetanse og selvfølelse som følge av omsorgsoppgavene det utfører (Haugland, 2006).

Det skilles også mellom *hvilken type ansvar og oppgaver* barnet har (Hooper, 2011, s. 2024). Barn som opplever praktisk parentifisering utøver konkrete oppgaver som å forberede måltider, gjøre husarbeid og ta seg av økonomiske anliggende. I motsetning utøver barn som er emosjonelt parentifisert emosjonell omsorg til foreldrene i form av trøst, oppmuntring, beskyttelse, eller det å være fredsmekler. Emosjonell parentifisering er antatt å være mer relatert til negative konsekvenser enn praktisk parentifisering (Hooper, 2011, s. 2024; Jurkovic, 1997, s. 9). Disse oppgavene anses som belastende å utføre fordi de er mer utydelige, ofte formidles indirekte og barnet ofte mottar mindre anerkjennelse for denne type oppgaver, samt de ofte krever psykologisk modenhet ut over barnets utviklingsnivå (Jurkovic, 1997, 10).

*Omfang av omsorgsoppgaver i forhold til barnets alder og modenhet* innvirker på hvorvidt parentifiseringen betraktes som destruktiv eller adaptiv (Haugland, 2006). Å gi økt ansvar til barn etter hvert som de utvikles, stimulerer deres autonomi og kompetanse, men oppgavene må ikke overskride barnets mulighet til å utføre dem på en god måte (Haugland, 2006). Oppgaver som overstiger barnets kompetanse og mestringsmuligheter vil føre til at barnet overveldes av situasjonen (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 139). Det antas at yngre barn er mer



utsatt for destruktiv parentifisering enn eldre, grunnet at eldre barn i større grad kan mestre oppgaver som innebærer fysiske og følelsesmessige belastninger (Jurkovic, 1997, s. 10). Yngre barn har gjerne ikke psykisk struktur og fysisk styrke til å klare slike belastninger (Jurkovic, 1997, s. 10). Ofte kan det overveldende i omsorgsoppgavene skyldes *barnets opplevelse eller fortolkning* i like stor grad som selve oppgaven (Haugland, 2006). Omfanget av oppgavene vil samtidig innvirke på hvor mye tid og overskudd barnet har til aldersadekvate aktiviteter som eksempelvis venner, fritidsaktiviteter og skolearbeid (Haugland, 2006).

Hvorvidt barnet mottar *gjensidig støtte og omsorg* fra foreldrene vil være et sentralt aspekt i vurderingen på om parentifiseringen regnes som adaptiv eller destruktiv (Haugland, 2006). Foreldrene kan være pålitelige kilder til støtte og kjærlighet for barna selv om de er avhengige av deres hjelp. Dersom barnet sitt behov for omsorg, veiledning, trøst og beskyttelse ikke blir dekt i tilfredsstillende grad vil barnet oppleve et psykologisk fravær eller tap av foreldre, og dette regnes som destruktivt (Haugland, 2016).

I litteraturen vises det til flere negative konsekvenser som følge av destruktiv parentifisering, både på kort sikt og på lang sikt (Hooper, 2011, s. 2028; Jurkovic, 1997, s. 51-69; Valteau et al, 1995, s. 158; The Children`s Society, 2013, s. 18). Destruktivt parentifiserte barn har en større risiko for å oppleve tap av barndom, foreldre og tillit (Jurkovic, 1997, s. 51-52). De parentifiserte barna kan oppleve at barndommen går tapt siden de i så høy grad fokuserer på andres behov, og setter sine egne utviklingsoppgaver til side. På samme tid mister de også foreldrefigurer som kunne gitt dem den omsorgen og støtten de trenger (Jurkovic, 1997, s. 51-52).

Videre står barna i risiko for å oppleve sinne, nag, skyld, skam, fysisk og seksuelt misbruk, problemer med jevnaldrende, skolevenner, forstyrrelser i identitetsutviklingen, vansker rundt det å flytte hjemmefra, yrkesmessige bekymringer og personlighetsforstyrrelser (Jurkovic, 1997, s. 51). Det skal videre nevnes at destruktiv parentifisering innebærer risiko for utvikling av symptomer som depresjon, angst, suicidalitet, lav selvtillit, overdreven skyldfølelse, vedvarende bekymring, sosial isolasjon, psykosomatiske symptomer, samt ulike eksternaliserte problemer. Eksternaliserte problem som særlig blir sett i sammenheng med parentifisering er atferdsforstyrrelser (Jurkovic, 1997, s. 62- 63).

Bekymring for foreldrene, dårlig konsentrasjon, manglende støtte fra foreldre og det vide tidsaspektet omsorgsoppgavene kan medføre, vil kunne påvirke barnas skolepresentasjoner og akademisk status (Dearden & Becker, 2004, s. 11). De omfattende omsorgsoppgavene vil også kunne oppta barnet sin tid på bekostning av aldersadekvate utviklingsoppgaver (Haugland, 2006). Mangel på tid eller mulighet til å delta i aktiviteter som deres jevnaldrende deltar i kan medføre konsekvenser på den sosiale arena. Det vil gjøre det vanskelig å etablere og opprettholde nære relasjoner til barn på samme alder, noe som vil hemme den sosiale utviklingen og hindre muligheten for et støttende nettverk utenfor familien (Haugland, 2006). Parentifiserte barn kan oppfatte aldersadekvate aktiviteter og interesser som umodne, og risikerer å fremstå utålmodige og intolerante i møte med jevnaldrende (Jurkovic, 1997, s. 57). En annen tendens er at enkelte foreldre oppfatter barna sine nære forhold til andre som en trussel, og dermed aktivt vil hindre at barna etablerer vennerelasjoner (Jurkovic, 1997, s. 57).

Det kan være vanskelig for barna å etablere en sunn følelse av egenverd da de ikke kjenner seg elsket eller godtatt for hvem de er, men for hva de gjør (Jurkovic, 1997, s. 59). Rollen som omsorgsgiver blir det sentrale for disse barnas selvforståelse, og andre områder for identitetsbygging blir i liten grad utforsket (Haugland, 2006). På denne måten sliter barna med å utvikle en selvfølelse som er uavhengig av den parentifiserte rollen (Jurkovic, 1997, s. 59). Samtidig vil en annen virkning være at det kan være vanskelig for parentifiserte barn å løsrive seg fra familien, og bli selvstendig. Selvstendighet og ønsket om å leve et liv utenfor familien blir lett oppfattet som illojalt og egoistisk av foreldrene, og barnet selv (Jurkovic, 1997, s. 61).

Parentifisering vil også kunne medføre konsekvenser på lang sikt. Parentifisering av egne barn fremheves som den mest alvorlige konsekvensen av destruktiv parentifisering (Hooper, 2011, s. 2025). Det er tendenser til at de kan henvende seg til egne barn for omsorg når de selv blir foreldre, grunnet at deres behov ble nedprioritert (Haugland, 2006). Slik kan en risikere at parentifisering blir repetert gjennom generasjoner (Hooper, 2011, s. 2025).

«The care taker syndrome» er mye omtalt i både teoretisk, og empirisk litteratur. Fenomenet omhandler barn sin risiko for utvikling av overdreven omsorgsorientering i voksen alder som følge av destruktiv parentifisering i oppveksten (Valleau et al., 1995, 158). Overdreven omsorgsorientering beskrives av Haugland (2006) som gjennomgripende og vedvarende atferdsmønster hvor personen aktivt tar på seg tunge omsorgsoppgaver. Dette medfører i stor

grad at personene er så avhengig av å hjelpe andre, at de neglisjerer egne behov og problemer (Valleau et al., 1995, s. 158). Dessuten er det tendenser til at de selv har vanskelig for å søke eller akseptere hjelp fra andre. Mønsteret antas å skyldes at personen opplever tilfredsstillelse ved å ha en viktig og ansvarlig rolle, samt at de i liten grad har lært å ta i mot omsorg fra andre (Valleau et al., 1995, s. 159).

### 3.3 Resiliens

Som tidligere nevnt medfører pårønderollen for barn en risiko for å blant annet oppleve parentifisering og omsorgssvikt, samt utvikle psykiske lidelser (Bugge et al., 2013, s. 37; Haugland, 2006; Kuhne et al., 2012, s. 931; Sieh et al., 2012, s. 1). En kan dermed si at det å være barn som pårørende vil kunne utgjøre en risiko for utviklingen til barnet, og blir på denne måten betegnet som en risikofaktor (Kvelling, 2015, s. 246). Allikevel fremkommer det i litteraturen at noen barn ikke opplever skadevirkninger av å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom.

En kan altså anta at flere barn i pårønderollen besitter faktorer som kan bidra til *resiliens*. Resiliens handler om å fungere godt til tross for å leve i risikable omsorgsforhold (Borge, 2018, s. 11). Slike faktorer omtales som *beskyttelsesfaktorer*, og betegnes som forhold som skaper motstandsdyktighet mot risikoforhold (Kvelling, 2015, s. 246). Faktorene finnes både hos barnet selv, innad i familien, i barnets nettverk og i samfunnet for øvrig (Kvelling, 2015, s. 246). På denne måten blir resiliens dannet i balansen mellom risiko, beskyttelse og individuelle forskjeller (Kvelling, 2015, s. 247).

Det blir sett på som like viktig å lete etter de beskyttende faktorene, som det er å avdekke risikofylte forhold (Borge, 2018, s. 35). Flere forskningsprosjekter har prøvd å undersøke hvilke beskyttende faktorer som kan være avgjørende for at et barn viser resiliens. Flere peker på at det å ha kontakt med en stabil og troverdig voksen har gunstig virkning (Collishaw et al., 2016, s. 54). Videre blir deltakelse i barnehage og på skole ansett som viktige faktorer i utviklingen av resiliens (Côté et al., 2008, s. 155; Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming & Hawkins, 2004, s. 252; Centers for Disease Control and Prevention, 2009, s. 7).

Borge (2018, s. 11) skriver at nesten halvparten av alle barn som blir utsatt for risiko og stress, ikke utvikler alvorlige psykiske problemer. Dette bekreftes i en studie som anvendte strukturerte spørreskjemaer blant 297 studenter mellom 18- 24 år for å undersøke effektene av

parentifisering. Blant 20% av ungdommene i studien skyltes parentifiseringen somatisk sykdom hos omsorgsmottakeren (Boumans & Dorant, 2018, s. 1412). Videre viser studien at nesten halvparten av de parentifiserte barna viste resiliens, og at praktisk parentifisering i større grad er tilknyttet resiliens enn emosjonell parentifisering (Boumans & Dorant, 2018, s. 1414- 1415).

### *3.4 Sosionomer på sykehus*

Sosionomer som arbeider ved somatiske sykehus omfattes ikke av Helsepersonelloven (1999, §10a), og har dermed ingen lovpålagt plikt til å drive oppfølgende arbeid med barn som er pårørende. Allikevel kan sosionomer på sykehuset møte barna dersom pasienten blir henvist til sosionomavdelingen (Fellesorganisasjonen, 2019) eller sosionomen er utnevnt til barneansvarlig personell etter Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-7 a). I tilfeller hvor pasienten har gitt samtykke til at oppfølging av barnet skal skje, kan sosionomen bli ansett som samarbeidende personell etter Helsepersonelloven (1999, §25) (Helsedirektoratet, 2010, s.19). Denne lovhjemmelen omfatter tilfeller hvor det er «nødvendig å informere samarbeidende personell for å kunne ivareta barnets behov» (Helsedirektoratet, 2010, s. 19).

På bakgrunn av praksiserfaringer har FO- medlemmer i somatiske sykehus sammenfattet sine roller og funksjoner (Fellesorganisasjonen, 2019). Her formuleres det at sykehussosionomer kartlegger hvilke sosiale endringer og konsekvenser sykdommen har fått for pasienten og de pårørende. Gjennom informasjon, veiledning og støttesamtaler kan sosionomene bidra til å øke den enkeltes mulighet til å mestre den endrete livssituasjonen. I tillegg kan de foreta psykososiale støttesamtaler om tanker og følelser sykdom fører med seg (Fellesorganisasjonen, 2019).

I arbeidet setter sosionomene fokus på hele familien, og synliggjør muligheter til å mobilisere ressurser i deres sosiale nettverk (Fellesorganisasjonen, 2019). Sosial nettverksstøtte blir sett på som sentralt i kjølevannet av alvorlige livshendelser, som eksempelvis ved alvorlig somatisk sykdom (Haugland et al., 2015, s. 190). Gjennom å mobilisere ressurser i nettverket til pårørende barn kan det tilrettelegges for at eksempelvis familie, slektninger, venner, lærere, naboer og andre som barnet opplever at de har en tilknytning til, kan bidra med materielle goder som vil være nødvendig i den aktuelle situasjonen (Schiefløe, 2015, s. 14). De materielle godene kan eksempelvis være å få hjelp til å løse ulike typer oppgaver, som å lage

middag, kjøre til fotballtrening eller handle inn matvarer, eller å få støtte og trøst ved behov (Schiefløe, 2015, s. 20).

Et annet verktøy som kan være sentralt for sykehussosionomer å anvende i arbeidet med barn som er pårørende er barnesamtaler. I barnesamtaler inntar en et barneperspektiv, og støtter opp under barnet sitt potensial for dialog (Øvreeide, 2009, s. 8). Det handler blant annet om å anvende kommunikasjonsferdigheter som bidrar til at barnet opplever trygghet i samtalen. Videre handler det om å tilpasse samtalen til barnet sitt alders- og utviklingsnivå (Øvreeide, 2009, s. 116). Gjennom denne metodikken kan en dermed tilrettelegge for at barn sine uttrykk blir oppfattet tydeligere, og at støtten kan bli mer presis og adekvat (Øvreeide, 2009, s. 8).

## **4. Drøfting**

I den følgende delen av oppgaven skal jeg drøfte oppgaven sin problemstilling opp mot presentert teori. Oppgaven skal drøfte hvordan barn som er pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom kan oppleve parentifisering, og hvordan sosialarbeidere ansatt ved sykehus kan møte disse barna.

### *4.1 Hvordan kan det oppleves å være barn som pårørende til foreldre med alvorlig somatisk sykdom?*

I rapporten til Dearden og Becker (2004, s. 6) er 50% av barna i undersøkelsen omsorgsgivere til personer med somatisk sykdom. Rapporten peker på at barn som utfører belastende omsorgsoppgaver overfor personer med somatisk sykdom særlig utfører praktiske oppgaver, og da spesielt intime oppgaver (Dearden & Becker, 2004, s. 3). Det er trolig at foreldre med alvorlig somatisk sykdom kan ha fysiske begrensninger som følge av sykdommen, og derfor trenger hjelp med ulike praktiske oppgaver. Praktiske oppgaver hevdes å være mindre belastende for barn enn emosjonelle omsorgsoppgaver (Hooper, 2011, s. 2024: Jurkovic, 1997, s. 9). På en annen side tenker jeg at det å utføre intime oppgaver som hjelp med dusj, påkledning og hjelp på toalettet kan oppleves som nedverdiggende for begge parter, og være svært belastende.

Barn med somatisk syke foreldre utfører også emosjonelle omsorgsoppgaver, som å observere omsorgsmottaker sin emosjonelle helsetilstand og gi tilsyn (Dearden & Becker, 2004, s. 7). Somatisk sykdom kan samtidig medføre et emosjonelt spekter, og den syke forelder kan oppleve et behov for trøst og støtte (Bergem, 2018, s. 55). Jeg antar dette kan oppleves særlig

utfordrende hos barn, da barn selv kan oppleve bekymring og redsel for fremtiden, og eventuelt dødsfall, når en forelder er syk (Helsenorge, 2018: Haugland et al., 2012, s. 48). Barnet kan dermed risikere å måtte ivareta forelderens sine følelser, uten å motta nødvendig støtte til å ivareta sine egne. Antakeligvis kan dette særlig gjelde yngre barn, da eldre barn i større grad vil kunne oppsøke eksempelvis venner, eller andre for å snakke om følelsene sine. For barn er det å motta støtte til å ivareta følelsene sine blant annet nødvendig for å håndtere følelsene og tilpasse dem (Bergem, 2018, s. 46). I mine øyne presiserer dette behovet barn kan ha for samtale med sosionomer omkring situasjonen og belastningen de opplever.

På bakgrunn av at sykdom kan medføre både et fysisk og et emosjonelt aspekt for den syke (Bergem, 2018, s. 55), er det naturlig å anta at praktiske og emosjonelle rolleoppdrag ofte eksisterer i kombinasjon, og at barna utfører omsorgsoppgaver innenfor begge kategoriene. Slik kan vi tenke oss at omsorgsoppgavene barn har henger sammen med begrensningene forelderens har til å utføre oppgaven selv. I belysning av dette kan det antas at omsorgsoppgavene som de pårørende barna utfører, kan variere i spekteret av somatiske sykdommer. Sykdommer som er mer kronisk og akutt kan utgjøre større belastning emosjonelt, og dermed kreve mer emosjonell omsorg. I motsetning kan sykdommer av fysisk grad medføre mer praktiske omsorgsoppgaver. Men dette vil også kunne avhenge av hvor i sykdomsforløpet forelderens befinner seg (Haugland et al., 2015, s.51), og en kan dermed anta at forelderens sitt støttebehov kan variere i perioder. Samtidig vil det foreligge individuelle forskjeller på hvordan foreldre mestrer sykdommen (Bergem, 2018, s. 41). Det vil dermed være viktig for sosionomer å finne ut hva som er den syke forelderens spesifikke og individuelle utfordringer knyttet til sykdommen, og hvilke konsekvenser dette har for barnet. På denne måten vil sosionomen kunne tilrettelegge for å møte behovet til hvert enkelt barn og familie.

Antagelser om at sykdom hos foreldre medfører en risiko for at barn opplever belastende omsorgsoppgaver, uten å få dekt sine egne behov, støttes i litteraturen og kan trolig skyldes en rekke forhold. Foreldre kan i stor grad være uvitende om hvordan deres sykdom påvirker barnet, og hvilke konsekvenser de belastende omsorgsoppgavene medfører. Dette illustreres i Ruud et al. (2015, s. 18) og Osborn (2007, s. 107) sin forskning som tyder på at barn som er pårørende til somatisk syke foreldre vurderer seg selv til å fungere dårligere enn foreldrene vurderer. Det kan tolkes som at foreldrene vurderer at barna fungerer bedre enn det som faktisk er tilfellet. Barn som er parentifiserte kan fremstå som svært ansvarlige og modne

utad, og dermed vanskeliggjøre at forelderen ser hvordan det påvirker barnet å utføre oppgavene. Eksempelvis ved emosjonelle omsorg hvor omsorgsoppgavene kan være tildekt, og vanskelig for forelderen å ha innsikt i. Samtidig kan det stilles spørsmål om foreldre ikke anser barnet sitt som parentifisert i tilfeller hvor sykdom ikke påvirker funksjonsevnen fysisk, men barnet allikevel bidrar med emosjonell omsorg.

Grunnet barn sin særegne lojalitet til foreldre (Bunkholdt & Kvaran, 2017, s. 282), kan barn også prøve å skjule tegn på at de opplever omsorgsoppgaver som belastende. Det kan grunne i tanken om at barn vil prøve å skåne sin syke forelder for bekymringene sine. Særlig i tilfeller hvor somatisk sykdom er tilstede syntes det å være tendenser til at barn ikke vil påføre forelderen sin flere belastninger, i tro på at det kan gjøre dem sykere (Bergem, 2018, s. 59). Dette kan resulterer i at voksne ikke vet nok om hvordan barnet har det, og ikke er i stand til å møte deres behov. På en annen side presenterer Dyregrov & Dyregrov (2011, s. 10) en teori om at de voksne opplever det udekkete omsorgsbehov hos sine barn, men mangler overskudd og energi, samt kjenner utilstrekkelig kompetanse til å møte disse. Her blir sykdom sett på som en risiko for at foreldre ser at barna sliter, uten å kunne identifisere deres behov i tilstrekkelig grad. Denne teorien støttes av Bergem (2018, s. 41) som skriver at sykdom i stor grad kan påvirke eller forstyrre foreldre sin evne til å gi barnet det barnet trenger.

Det kan stilles spørsmål om hvorvidt foreldre i noen tilfeller ser hvor dårlig barna fungerer, men at de ikke har andre å søke omsorg fra og derfor ikke har noen annen løsning. Dette kan blant annet omfatte familier hvor forelderen er aleneforsørger. Forskning viser at barn som lever med en aleneforsørger i større grad er utsatt for parentifisering (Dearden & Becker, 2004, s. 3). I mine øyne kan dette sees i sammenheng med Bergem (2018, s. 51) sin uttalelse om at det er nødvendig å se foreldrenes sin fungering under ett, da en forelder i stor grad kan kompensere for den andre i en familie. På denne måten kan barn som lever med to foreldre i større grad unngå å få belastende omsorgsoppgaver ved at den friske forelderen påtar seg omsorgsansvaret. Samtidig kan barnet få ivaretatt sine behov gjennom den friske forelderen (Bergem, 2018, s. 56).

I senere tid viser flere teoretikere til at barns utøvelse også kan ha positive og adaptive følger (Pakenham et al., 2007, s. 98; Jukovic, 1997, s. 50; Smyth et al., 2011, s. 510). Antagelser om at parentifisering ikke utelukkende er et negativt fenomen vil kunne bedre sosionomer sin evne til å intervensere i forhold til parentifiserte barn og deres familier. Ved at eksempelvis

varighet blir dratt frem som en faktor av betydning (Jurkovic, 1997; Haugland, 2006), kan sosionomer ved sykehus være særlig observant på parentifisering blant barn av kronisk syke foreldre. Med bakgrunn i kunnskap om adaptiv parentifisering kan en anta at alvorlig kronisk sykdom kan medføre større sannsynlighet for parentifisering som vedvarer i store deler av barnet sin oppvekst og dermed medfører større risiko for destruktive følger, enn ved eksempelvis kortvarig, og akutt sykdom.

På den andre siden kan kunnskap om adaptiv parentifisering medføre flere dilemma for en sykehussosionom, blant annet hvorvidt en skal intervensjonere overfor barn med et omsorgsansvar som antas å være adaptivt. Resiliensteori viser til at resiliens er et relativt fenomen, og en kan ikke med sikkerhet vite hvorvidt resiliens vil ytre seg (Borge, 2018, s. 45-46). Jeg tenker at noen barn kan oppleve både destruktive og adaptive følger av parentifisering, og hva en finner kan avhenge av hva en måler og når en måler. Et barn som antas å oppleve adaptiv parentifisering, kan blant annet utvikle negative følger på et senere tidspunkt. Selv om forhold innad i familien er tilrettelagt for at parentifisering skal være adaptiv, kan både individuelle- og miljømessige faktorer ha innvirkning på hvorvidt resiliens ytrer seg og hvilket følger parentifisering får. I mine øyne blir det derfor sett som sentralt at sykehussosionomer er bevisst på at parentifisering kan ha adaptive følger for barn, men at det er negative følger som vies størst oppmerksomhet og legger føring for arbeidet.

#### *4.2 Hvordan kan sosionomer ansatt ved sykehus møte disse barna?*

Sosionomer ansatt ved sykehus er nødt til å tilrettelegge for god adekvat støtte og oppfølging til de pårørende barna som opplever parentifisering. En forutsetning for dette er at de er bevisst faktorer som er med på å skjule en stor andel av de unge omsorgsgiverne. Flere rapporter peker på at barn som opplever parentifisering i liten grad blir fanget opp (Department of Health, 2010, s. 8; Social Care Institute for Excellence, 2005, s. 1; Bernardo's, 2006, s. 6). Det medfører at mange barn lever under forhold som kan være en risiko for deres utvikling.

I sammenheng med foreldre sin somatiske sykdom kan dette blant annet skyldes mangel på kunnskap blant profesjonsutøvere. Helsepersonell forteller selv at tillitsvervet «barneansvarlig» er diffust, komplisert og tilfeldig, og utfordrende å prioritere i konkurransen med andre mer påtrengende oppgaver (Haugland et al., 2012, s. 207-216). Ved at profesjonsutøvere på sykehuset blant annet ikke vet hva de ser etter eller er usikker på hva de



bør gjøre i møte med barna, kan de gå glipp av viktig informasjon som er nødvendig for å få fanget opp barna.

Det kan videre oppleves som illojalt og tabubelagt for profesjonsutøvere å skulle undersøke hvorvidt barnet sine behov blir ivaretatt i hjemmet. Dette kan skyldes at det er forelderen som er pasienten deres, og personen i tillegg er i en sårbar situasjon med alvorlig somatisk sykdom. Samtidig blir somatisk sykdom i større grad betraktes som uflaks og noe en uforskyldt har havnet opp i, og blir gitt en helt annen verdi og aksept enn foreldre med eksempelvis psykiske sykdom og rusavhengighet (Haugland et al., 2015, s. 27). Sett med mine øyne kan dette ha innvirkning på helsepersonellet sin evne til å se etter tegn på eksempelvis nedsatt omsorgsevne hos foreldrene, og parentifisering hos barnet. Jeg kan videre anta at dette skaper en høyere terskel for å melde en bekymring til barnevernet ved eventuell mistanke om parentifisering.

En annen utfordring ved å oppdage barn som er utsatt for parentifisering handler om at problemutviklingen av parentifisering kan være vanskelig å fange opp og tolke. Psykiske symptomer kan for eksempel forekomme hos pårørende barn uten at de er utsatt for parentifisering. Etersom litteraturen viser at det er store ulikheter blant barns problemutvikling av parentifisering (Hooper, 2011, s. 2028; Jurkovic, 1997; Valteau et al, 1995, s. 158; The Children`s Society, 2013, s. 18) og resiliens oppstår i flere tilfeller (Boumans & Dorant, 2018, s.1414- 1415), kan en stille spørsmål om hvorvidt en kan oppdage de barna som ikke viser påfallende atferd. Dette gjelder siden det særlig er internaliserende problemer, som eksempelvis angst og depresjon, som blir sett i sammenheng med parentifisering. Det samme vil være gjeldende for å fange opp barna før de utvikler problemer. Samtidig kan problemutviklingen minne om sorgreaksjoner som svarer på at foreldrene er blitt syk, og dermed kan problemene bli bortforklart og oversett.

De barna som inngår i rollemønstre hvor de ivaretar foreldrene sine emosjonelle behov vil være vanskeligere å oppdage (Haugland, 2006; Bunkholdt & Kvaran. 2015, s. 139).

Opgavene de utfører er ikke av praktisk grad, og vil dermed i liten grad være synlig utad. Samtidig kan denne formen for ivaretagelse av foreldre ikke bli oppfattet som skadelig, men som en naturlig del av en familie med sykdom, på tross av at den i større grad er knyttet til negative konsekvenser (Hooper, 2011, s. 2024; Jurkovic, 1997, s. 9).

I tillegg påpekes det også at det er vanskelig for utenforstående å forestille seg at barn utfører så omfattende og vanskelige oppgaver som noen av dem gjør (Haugland, 2006). Barnet blir gjerne observert når det utfører omsorgsoppgaver, men oppleves gjerne bare som pliktoppfyllende, hjelpsom og overansvarlig overfor sin syke forelder (Haugland, 2006). I denne sammenheng tenker jeg at det kan være utfordrende å se alvorligheten som ligger i at barnet tar vare på forelderen. Samtidig som det kan være vanskelig å se hvor mye barnet faktisk gjør, og vite når omsorgsoppgavene overstiger barnet sin mestringsmulighet. Dersom en tolker tegn til parentifisering ut i fra manglende kunnskap kan det altså medføre at barnet ikke blir oppdaget, da en ikke oppdager problemene eller finner andre forklaringer på problemutviklingen. Department of Health (2010, s. 13) påstår at dette er en aktuell problemstilling blant profesjonsutøvere ved sykehus og skoler. Videre blir sosionomer og lærere dratt frem som profesjonsutøverne som er i en god posisjon til å oppdage og støtte unge omsorgsgivere (Social Care Institute for Excellence, 2005, s.1).

The Children`s Society (2010, s. 12) skriver at profesjonsutøvere må tilrettelegge for at barn skal tørre å snakke om sine omsorgsoppgaver. Forskning underbygger teorier om at flere faktorer kan hindre barna i å rapportere om sin situasjon. Eksempelvis blir skyld, skam, stigma, motvilje, eller frykt for at familien skal bli oppløst dratt frem (Department of Health, 2010, s. 8; Haugland, 2006; Social Care Institute for Excellence, 2005, s. 1; Bernardo`s, 2006, s. 7). I noen tilfeller er barna så vant til å ha omsorgsoppgaver og ansvar for forelderen at de ikke anser rollen sin som unormal (Social Care Institute for Excellence, s. 1; Department of Health, 2010, s. 8). Dette kan trolig skyldes at det hos mange kan råde en oppfatning av at familien skal trå ekstra til når et familiemedlem er syk (Haugland et al., 2012, s. 22), og barnet føler ansvaret ligger hos seg. Vi kan tenke oss at dette i stor grad gjelder yngre barn, da de i mindre grad vil ha innsikt i hva som er «normale» rollemønstre i en familie, og hva som forventes av et barn. Samtidig vil de kanskje inneha mindre kunnskaper om sine rettigheter til å motta hjelp og støtte til å ivareta den syke forelderen.

På bakgrunn av dette kan en anta at sykehussosionomer er nødt til å redusere hindringene, for å legge til rette for at barna skal fortelle om sitt ansvar og sine utfordringer tilknyttet å leve med en alvorlig somatisk syk forelder. For å bryte ned hindre og få barn til å fortelle er det viktig at de eksempelvis er tydelig på at det er greit å snakke om både gode og vonde hemmeligheter (Aasland, 2009, s. 86-90). Siden tabu- og skambelagte tema er temaer en ikke snakker om, er det sentralt å snakke åpent med barnet om slike temaer for å vise at det er

greit. I tillegg er parentifisering i stor grad knyttet til følelsen av ensomhet, og at det er ingen som ser dem (Jurkovic, 1997, s. 53). I slike tilfeller påpeker Øvreeide (2009, s. 242) at det å samtale med barn gjennom en referansetekst kan bidra til at barnet samtaler indirekte om det vanskelige temaet. På denne måten skapes det en opplevelse av normalisering av barnets erfaring, og smerten og ensomheten ved det vanskelige reduseres. Ved at sosionomen eksempelvis sier at «Det er flere barn som opplever at de får ekstra oppgaver hjemme når forelderen deres blir syk, og dette fører til ekstra stress og bekymring for dem. Er dette noe du har kjent på?». På denne måten kan barnet kjenne seg igjen i andre sin opplevelse, og bekrefte sin egen erfaring, uten å måtte utlevere foreldrene sine. Slik kan sosionomen bryte ned flere faktorer som hindrer barn i å fortelle om situasjonen sin.

En kan stille spørsmål til hvorvidt en skal fjerne barnet sitt ansvar og sine omsorgsoppgaver når en skal støtte barnet. Flere peker på at det er sentralt at barnet får slippe ansvaret og oppgavene, for å blant annet kunne realisere seg selv og fokusere på sine akademiske presentasjoner (Department of Health, 2010, s. 15). På denne måten vil barnet bli kvitt det belastende ansvaret og omsorgsoppgavene som kan prege store deler av hverdagen. Men det vil muligens være belastende for barnet å skulle løsrive seg fra den syke forelderen og ansvaret en har utført. Ofte har de prioritert å ivareta foreldrene på bekostning av å tilbringe tid med andre personer og aktiviteter, og vil være særlig knyttet til forelderen (Jurkovic, 1997, s. 60). Samtidig kan det antas at det er knyttet følelser av skyld og skam til å gi fra seg ansvaret overfor forelderen til en person utenfor familien.

Andre peker derfor på at barn som har hatt omsorgsoppgaver over lengre tid kan ha gjort omsorgsgiverrollen til en viktig del av identiteten sin, og det å bli fratatt ansvaret kan oppleves vanskelig (Bergem, 2014, s. 16; Haugland, 2006). Det blir påpekt at i starten av kontaktforholdet kan det dermed være nyttig at sosionomen allierer seg med barnet i forhold til dens bekymringer for familiemedlemmets helse og velvære, for så å gradvis vise til de belastningene rollemønsteret medfører (Jurkovic et al., referert i Haugland, 2006). I denne sammenhengen er det særlig viktig å anerkjenne innsatsen til barnet (Haugland, 2006; Haugland et al., 2012, s. 13; Bergem, 2014, s. 16). På denne måten vil en over tid kunne tilrettelegge for at barnet skal klare å gi ifra seg kontrollen og etablere eller gjenoppta et liv utenfor omsorgsrollen. Dette vil dermed kunne medføre at barnet i større grad føler seg respektert og forstått.

Derimot kan noen barn som eksempelvis ikke identifiserer seg som omsorgsgivere, ved at ansvaret har vart over en kortere tidsperiode, oppleve at de ønsker å bli fritatt fra omsorgsrollen fortløpende. Mens hos andre kan det eksempelvis være aktuelt å vurdere om barnet skal beholde noen omsorgsoppgaver. Det kan være oppgaver som de er komfortabel med å utføre og som er innenfor deres mestringsmulighet. På denne måten kan en tilrettelegge for at barnet får beholde noe av kontrollen, samtidig som det kan gjenoppta livet utenfor omsorgsrollen. Videre oppgir barn at en forutsetning for at de skal løsrive seg fra omsorgsrollen er forsikringen om at forelderen blir ivaretatt (Haugland et al., 2015, s. 50). Hvis ikke vil barnet sine bekymringer for forelderen kunne vedvare, og barnet risikerer å måtte utføre omsorgsoppgavene i skjul.

Resiliensforskningen fremhever betydningen av ulike faktorer for at et barn kan vise resiliens. Eksempelvis kan ytre ressurser og flere omsorgspersoner ha betydning for barnet sin evne til resiliens (Borge, 2018, s. 24). For en sosialarbeider som arbeider med de pårørende barna på sykehuset, vil det være sentralt å være bevisst faktorene som fremmer resiliens hos barna. På denne måten kan sosionomen i tillegg til å avdekke og forhindre de risikofylte forholdene, tilføre og bygge videre på eksisterende beskyttelsesfaktorer hos barnet. Slik vil en i tillegg til å forhindre problemutvikling, øke barnet sin motstandsdyktighet mot forholdene.

At barnet har en viktig voksenperson i nettverket sitt kan bidra til at flere tilfeller av parentifisering kan bli oppdaget, samtidig som det kan føre til at flere barn viser resiliens. Dette fordi en trygg voksen kan hjelpe barnet å bearbeide situasjonen, blant annet gjennom dialog. En sosialarbeider ansatt ved sykehuset vil kunne bli ansett som en viktig voksenperson for barn som er pårørende. Sosionomer ansatt ved sykehus foretar samtaler omkring hvordan sykdom preger situasjonen til de pårørende barna, og innehar kunnskap om hvilke ulike tiltak som finnes (FO, 2019). De vil på denne måten kunne bidra med at barna får empatisk støtte rundt situasjonen, samt hjelp til å redusere omsorgsoppgavene (FO, 2019). Samtidig kan oppfølging fra sykehuset bli sett på som en kortvarig løsning, og sosionomen kan dermed bidra til å involvere det eksisterende nettverket rundt barnet. Det kan være hensiktsmessig å inkludere naboer, lærere, familiemedlemmer eller andre stabile voksenpersoner som barna møter i hverdagen i en eventuell oppfølging.

Å inkludere nettverk kan bidra til resiliens, ved å blant annet inkludere barnet sin skole. Særlig hos unge omsorgsgivere som rapporterer at skolegangen deres blir betydelig påvirket av omsorgsansvaret deres (Bernardo's, 2006, s. 8; Dearden & Becker, 2004, s. 11) og oppgir

at de ønsker støtte og tilrettelegging i skolehverdagen (The Children`s Society, 2010, s. 18) kan dette være sentralt. Skolen er en viktig faktor for resiliens (Catalano et al., 2004, s. 252: Centers for Disease Control and Prevention, 2009, s. 7), og ved å opprette kontakt med skolen angående situasjonen vil barna kunne få støtte og tilrettelegging i skolehverdagen. Lærerne vil bli observant på barnet sin situasjon, og kan bidra til at barnet møter opp på skolen, deltar i aldersadekvate aktiviteter og får emosjonell støtte ved behov. På denne måten kan sosionomen bidra til å motvirke risikoen som foreligger ved å oppleve parentifisering, samtidig som det blir tilrettelagt for resiliens gjennom å tilføre eller bygge på eksisterende beskyttelsesfaktorer.

## **5. Oppsummering**

I hvilken grad barn opplever ansvar og omsorgsoppgaver når en forelder rammes av alvorlig somatisk sykdom syntes å henge sammen med hvilken sykdom forelderens rammes av, deres funksjonsnivå og hvilken hjelp øvrig familie tilbyr. Barn av aleneforsørgere vil i større grad risikere å få ansvar når sykdom rammer, da forelderens ofte ikke har andre alternativer for omsorg. Omsorgsoppgavene barn utfører kan sees i sammenheng med begrensningene forelderens har til å utføre oppgaven selv, i tillegg til forelderens sin individuelle mestring av sykdommen. Det vil dermed være viktig for sosionomer å finne ut hva som er forelderens spesifikke og individuelle utfordringer knyttet til sykdommen, og hvilke konsekvenser dette har for barnet. På denne måten vil sosionomen kunne tilrettelegge for å møte behovet til hvert enkelt barn og familie.

Videre er barn som omsorgsgivere en skjult gruppe i samfunnet. Det er derfor nødvendig at sykehussosionomer er bevisst ulike forhold som bidrar til at barna ikke blir identifisert. På denne måten kan sosionomene tilrettelegge for at barna blir identifisert, eller at barna selv rapporterer. For å legge til rette for barns rapportering er det viktig å redusere barns hindre for å rapportere, ved å blant annet tydeliggjøre aksept og forståelse. På denne måten kan smerten og ensomheten ved det vanskelige reduseres. Når det gjelder hvordan sosionomen skal intervensere i forhold til barn sine belastende omsorgsoppgaver, vil det variere hva barn har behov for, og ønsker. Uansett er det sentralt at sosionomen allierer seg med barnet, og anerkjenner innsatsen det har utført.

I videre arbeid kan det være hensiktsmessig for sykehussosionomer å mobilisere ressurser i nettverket til barnet. At barnet har en viktig voksenperson i nettverket sitt kan bidra til at flere tilfeller av parentifisering kan bli oppdaget, samtidig som det kan føre til at flere barn viser resiliens. Videre kan inkludering av barnet sin skole bidra til at barna kan få støtte og tilrettelegging i skolehverdagen. Lærerne vil bli observant på barnet sin situasjon, og kan bidra til at barnet møter opp på skolen, deltar i aldersadekvate aktiviteter og får emosjonell støtte ved behov.

## Litteraturliste

Aasland, M. W. (2009). ”... si det til noen ...”: *En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. 2. Utg. Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Barnardo's. (2006). *Hidden lives: Unidentified young carers in the UK*. Hentet fra [http://www.barnardos.org.uk/hidden\\_lives\\_young\\_carer\\_report.pdf](http://www.barnardos.org.uk/hidden_lives_young_carer_report.pdf)

Bergem, A.K. (2018). *Når barn er pårørende*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Bergem, A.K., Øverland, S., Kallander, E.K., Mikalsen, H.H., Eikeland, M. & Birkemose, C. (2014). *I for store sko: En tekstsamling om barn i omsorgsroller*. Stavanger, Hjertevig Forlag

Borge, H. A. I. (2018). *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. 3. Utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Boumans, N. P. G. & Dorant, E. (2018). A cross-sectional study on experiences of young adult carers compared to young adult noncarers: parentification, coping and resilience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, s.1409- 1417. DOI:10.1111/scs.12586.

Bugge, K.E., Derbyshire, P., Røkholt, E.G., Haugstvedt, K.T.S. & Helseth, S. (2013). Young children`s grief; parents` understanding and coping. *Death Studies*, 38(1), s. 36-43. DOI:10.1080/07481187.2012.718037.

- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Oesterle, S., Fleming, C.B., og Hawkins, J.D. (2004). The importance of bonding to school for healthy development: findings from the social development research group. *Journal of school health*, 74(7), 252-261. DOI: 10.1111/1746-1561.2004.08281.
- Center for disease control and prevention. (2009). *School connectedness: strategies for increasing protective factors among youth*. Atlanta, U.S. Department of health and human services
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M.J., Craddock, N., Thapar, A.K., Harold, G.T., Rice, F., & Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *The lancet psychiatry*, 3(1), 49-57. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00358-2.
- Côté, S. M., Borge, A. I. H., Geoffroy, M-C., Rutter, M., & Tremblay, R. E. (2008). Nonmaternal care in infancy and emotional/behavioral difficulties at 4 years old: Moderation by family risk characteristics. *Developmental Psychology*, 44, s. 155-168. DOI: 10.1037/0012-1649.44.1.155.
- Dalland, O. (2017). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. 6. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Dearden, C. & Becker, S. (2004). *Young carers in the UK: The 2004 report*. London, Carers UK.
- Department of Health. (2010). *Recognised, valued and supported: next steps for the carers strategy*. Hentet fra [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213804/dh\\_122393.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213804/dh_122393.pdf)

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2011). *Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv*. Bergen, Senter for krisepsykologi.

Fellesorganisasjonen (FO). (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere: Stå opp for trygghet*. Oslo. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Fellesorganisasjonen (FO). (2019). *Hvordan arbeider sosionomene i sykehusene?* Hentet fra <https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article5763-1356.html>

Haugland, B.S.M. (2006). Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 211-220. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/03/barn-som-omsorgsgivere-adaptiv-versus-destruktiv-parentifisering?redirected=1>

Haugland, B.S.M., Bugge, K.E., Trondsen, M.V. & Gjesdahl, S. (2015). *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Bergen, Fagbokforlaget.

Haugland, B.S.M., Ytterhus, B. & Dyregrov, Kari. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo, Abstrakt forlag AS.

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende* (IS-5/2010). Hentet fra [https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Rundskriv\\_barn-som-parorende.pdf](https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Rundskriv_barn-som-parorende.pdf)

Helsenorge. (2018, 19. november). Barn trenger åpenhet om sykdom. Hentet fra <https://helsenorge.no/parorende/barn-trenger-apenhet-om-sykdom>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>



- Hestnes, N. (2011, 6. november). Når mamma eller pappa får kreft. Hentet fra <https://forskning.no/kreftforeningen-partner-helsepolitikk/nar-mamma-eller-pappa-far-kreft/744861?qt-artikkelbunn=2>
- Hooper, L.M., DeCoster, J., White, N. & Voltz, M.L. (2011). Characterizing the magnitude of the relation between self-reported childhood parentification and adult psychopathology: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 67(10), 1028-1043. DOI: 10.1007/978-1-4419-1695-2\_169.
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost childhoods. The plight of the parentified child*. New York, Brunner/Mazel Publishers.
- Kuhne, F., Krattenmacher, T., Beierlein, V., Grimm, J.C., Bergelt, C., Romer, G., Møller, B. (2012). Minor children of palliativ parents; a aystematic review of psychosocial family interventions. *Journal of Palliativ Medicin*, 15(8), s. 931-945. DOI: 10.1089/jpm.2011.0380.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner. 2.* Utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Leseth, A.B & Tellmann S.M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning*. Oslo, Cappelen Damm Akademisk.
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 16, 101-126. DOI:10.1002/pon.113.
- Pakenham, K.I., Chiu, J., Bursnall, S., & Cannon, T. (2007). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of Health Psychology*, 12, 89- 102. DOI: 10.1177/1359105307071743.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Amlund, K. H., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvå, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Lørenskog, Akershus universitetssykehus HF.

Schieffloe, P.M. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital: Nettverk og nettverksforskning*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Sieh, D.S., Visser- Meily, J.M.S., Oort, F.J. &Meijer, A.M. (2012). Risk factors for problem behavior in adolescents of parents with a chronic medical condition. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, s. 459- 471. DOI: 10.1007/s00787-012-0279-4.

Smyth, C., Cass, B., Hill, T. (2011). Children and young people as active agents in care-giving: agency and constraint. *Child Youth Serv Rev*, 33, s. 509– 514.  
DOI: 10.1016/j.chilyouth.2010.05.009.

Social Care Institute for Excellence. (2005). *The health and wellbeing of young carers*. Hentet fra <https://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing11.pdf>

Sørlandet sykehus. (2014). *Revidert mandat for BarnsBeste- Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende*. Hentet fra [https://sshf.no/seksjon/BarnsBeste/Documents/Mandat%202014%20BarnsBeste%20-%20Nasjonalt%20kompetansenettverk%20for%20barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende.pdf?fbclid=IwAR1owxttdTY0Rmp5ZIfMqdmHiKABFGJ1Rqf7hxwlWZ3BrdGIm60\\_x4YGrZw](https://sshf.no/seksjon/BarnsBeste/Documents/Mandat%202014%20BarnsBeste%20-%20Nasjonalt%20kompetansenettverk%20for%20barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende.pdf?fbclid=IwAR1owxttdTY0Rmp5ZIfMqdmHiKABFGJ1Rqf7hxwlWZ3BrdGIm60_x4YGrZw)

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

The Children`s Society. (2013). *Hidden from view: The experiences of young carers in England*. Hentet fra [https://www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/tcs/report\\_hidden-from-view\\_young-carers\\_final.pdf](https://www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/tcs/report_hidden-from-view_young-carers_final.pdf)

The Children`s Society Include Project. (2010). *Supporting young carers and their families: information for healthcare professionals*. Hentet fra <https://www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/supporting-young-carers-and-their-families.pdf>

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for sosionomer*. Oslo,

Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet fra

[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269389-rammeplan\\_for\\_sosionomutdanning\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269389-rammeplan_for_sosionomutdanning_05.pdf)

Valleau, M. P., Beregner, R. M., Horton, C. B. (1995). Parentification and caretaker syndrome: An empirical investigation. *Famili therapy*, 22, 157- 164. Hentet fra [https://www.researchgate.net/publication/232447188\\_Parentification\\_and\\_caretaker\\_syndrome\\_An\\_empirical\\_investigation](https://www.researchgate.net/publication/232447188_Parentification_and_caretaker_syndrome_An_empirical_investigation)

Øvreide, P. (2009). *Samtaler med barn: Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.