



# BACHELOROPPGAVE

Hvordan ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre?

How to ensure adequate caretaking of children as relatives of parents with mental disorders?

**Kandidatnummer: 307 og 332**

Bachelor i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

27.05.2020

**Abstract**

Children as relatives of parents with mental disorders is a subject that has received increased attention following the amendments of The Health Personnel Act and The Specialist Health Services Act in 2010. The law amendments were introduced to ensure that health personnel address children who are in need of information and caretaking. This literature study aims to elaborate on how we, as social workers, can ensure caretaking of children as relatives of parents with mental disorders. Based on research, we have introduced a theoretical framework to illustrate our interpretation regarding the subject we have chosen. We have come to find that children of parents with mental disorders have an increased risk of experiencing negative consequences. Parental care and child vulnerability are key factors influencing how children, as relatives, experience their parents' mental disorders. We further come to find that it is essential for the social worker to get a comprehensive understanding of the child's situation. In addition, a good follow-up work is required to ensure that children receive adequate and understandable information about their parents' disorder. The amendments have set the stage for a good organizational framework. Hence it is now essential to anchor the work with children as relatives of parents with mental disorders in to management of the support system.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Problemstilling .....	4
1.3 Relevans for fag og yrke .....	4
1.4 Oppgavens oppbygning.....	5
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Hermeneutikk .....	6
2.2 Litteraturstudie som forskningsdesign .....	6
2.3 Etske hensyn .....	7
2.4 Datainnsamling .....	8
2.5 Tabell - utvalg av datainnsamling .....	9
2.6 Vurdering av metode .....	9
<b>3. Presentasjon av funn</b> .....	<b>10</b>
3.1 Omfang av barn som pårørende av psykisk syke foreldre.....	10
3.2 Konsekvenser for barn som pårørende av psykisk syke foreldre .....	10
3.3 Oppfølgingsarbeid av barn som pårørende av psykisk syke foreldre .....	11
3.4 Utøvelse av rollen som barneansvarlig.....	12
3.5 Effekten av lovendringene for å ivareta barn av psykisk syke foreldre.....	13
<b>4. Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>14</b>
4.1 Sosialkonstruksjonisme .....	14
4.2 Systemteori.....	15
4.3 Nettverk.....	16
4.4 Psykologisk kunnskap .....	17
4.4.1 Barn som pårørende i psykiatri .....	17
4.4.2 Utviklingspsykologi .....	18
4.4.3 Resiliens.....	19
4.4.4 Salutogenese .....	19
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>20</b>
5.1 Hvilke forhold kan påvirke hvordan det oppleves å være barn som pårørende til psykisk syke foreldre?.....	20
5.2 Hvilke faktorer kan ha betydning for at barn som pårørende til psykisk syke foreldre opplever ulike konsekvenser? .....	23
5.3 Hvordan kan vi som sosialarbeidere, med særlig fokus på rollen som barneansvarlig, ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre? .....	26
5.3.1 Hva har barn som pårørende av psykisk syke foreldre behov for i oppfølgingsarbeidet?.....	26
5.3.2 Hva kan være potensielle hindringer for et godt oppfølgingsarbeid av barn som pårørende av psykisk syke foreldre?.....	28
<b>6. Oppsummering</b> .....	<b>30</b>
<b>7. Litteraturliste</b> .....	<b>32</b>

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da vi skulle velge tema til bacheloroppgaven, var det viktig for oss å velge noe som engasjerte og som vi oppriktig ville fordype oss i. Ved å diskutere ulike fagområder innen sosialt arbeid, kom vi frem til at vi er interesserte i psykiatri som fagfelt, samt ulike aspekter ved barns utvikling. Videre knyttet vi de faglige interessene våre til praksisperiodene på studiet. Den siste praksisperioden vår var ved en psykiatrisk klinikk, hvor pasientene var innlagt med alvorlige sinnslidelser. Den ene veilederen vår var barneansvarlig ved klinikken, og vedkommende har dermed et ansvar for å fremme og koordinere personalets oppfølging av pasientenes barn (Helsedirektoratet, 2018). Ved å følge barneansvarlig fikk vi et innblikk i hvilke problemstillinger som kan oppstå når barn blir pårørende til foreldre med psykiske lidelser, noe vi syntes var svært lærerikt. Etter endt praksisperiode satt vi imidlertid igjen med et inntrykk av at barn som pårørende til psykisk syke foreldre ikke alltid får den oppfølgingen de har behov for og krav på. Dette var et tema vi ønsket å undersøke nærmere, og tematikken for denne oppgaven vil derfor være “barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser”.

### 1.2 Problemstilling

I vår bacheloroppgave ønsker vi å utforske hvordan man som sosialarbeider kan arbeide for å sikre ivaretagelse av barn sine behov og rettigheter i situasjonen som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. For å belyse dette har vi valgt følgende problemstilling:

*Hvordan kan vi som sosialarbeidere, med særlig fokus på rollen som barneansvarlig, ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre?*

### 1.3 Relevans for fag og yrke

Barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser er et tema som har fått økt oppmerksomhet i sosialt arbeid. Det ble iverksatt lovendringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven i 2010, og endringene har til hensikt å sikre at helsepersonell kartlegger og ivaretar barn som pårørende sine behov for informasjon og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010, s.3). Lovparagrafene pålegger spesialisthelsetjenesten en plikt til å sikre oppfølging av barn av psykisk syke, samt å ha minst ett barneansvarlig personell på hver avdeling (Helsepersonelloven 1999; Spesialisthelsetjenesteloven 1999, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.3). Barneansvarlig har et sentralt ansvar for å fremme fokus på barn på

avdelingen. De skal ha kunnskap om barn som pårørende, og formidle ny viten om emnet til sine kollegaer (Svalheim & Steffenak, 2016, s.7).

Rollen som barneansvarlig er relativt ny, og innehas ofte av sosialarbeidere. Vi vil derfor ha et særlig fokus på sosialarbeidere i rollen som barneansvarlig i vår bacheloroppgave, og bruke begrepene sosialarbeider og barneansvarlig om hverandre. Barneansvarlige er i en viktig posisjon for å arbeide med barn som pårørende. Barneansvarlig sine oppgaver innebærer blant annet å snakke med pasienten om barnets behov for informasjon eller oppfølging, tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak, og koordinere samhandling av tjenester (Helsedirektoratet 2010, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.4). Barneansvarlig har ikke anledning til å handle på egen hånd uten foreldrenes samtykke, og det er derfor viktig at barneansvarlig formidler verdien av at barn får riktig oppfølging og en mulighet til å snakke med kompetent helsepersonell (Svalheim & Steffenak, 2016, s.10). Dette er verdier som belyses i rammeplanen for sosialt arbeid (2005, s. 27), hvor det vektlegges at sosionomer skal bidra til å bedre livssituasjonen til utsatte grupper i samfunnet. Sosialarbeidere skal kunne planlegge og iverksette tiltak i samarbeid med brukeren og brukerens pårørende.

At en forelder er psykisk syk trenger ikke være skadelig for barnet, men kan påvirke hvordan omsorgsgiver mestrer foreldrerollen (Aldridge 2006; Alnes 2011, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.3). Det betraktes som en sentral risikofaktor at mor eller far har psykiske lidelser (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.62). Cohen mfl. (2008, referert i Kvello, 2011, s.252) skriver at det finnes et mønster i at desto flere symptomer på psykiske lidelser en forelder har, desto større er risikoen for at barnet utsettes for blant annet omsorgssvikt og mishandling. Gjennomgangstonen i forskning viser at vi i større grad må lytte til barnas stemme, og at det er viktig å belyse hvordan barn opplever det å vokse opp med psykisk syke foreldre (Lauritzen, 2018, s. 370). På bakgrunn av dette vurderer vi vår problemstilling som relevant for sosialt arbeid, og målet om å forebygge og redusere sosiale problemer.

#### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Vi har valgt å benytte litteraturstudie som metode i vår bacheloroppgave. Vi har samlet inn og analysert forskning fra fagfeltet, og brukt funnene som datamateriale. Oppgaven er delt inn i seks kapitler bestående av: innledning, metode, presentasjon av funn, teori, drøfting og oppsummering. I metodedelen presenterer vi hermeneutikk som vitenskapsfilosofisk tilnærming i oppgaven, og begrunner valg av litteraturstudie som metode. Videre vil vi

redegjøre for datainnsamlingsprosessen, samt vurderinger vi har tatt i tilknytning til forskningsutvalget. Deretter legger vi frem hovedfunnene fra forskningsmaterialet under sammenfattende overskrifter. Videre legger vi frem det teoretiske rammeverket som vi anser relevant for å belyse oppgavens problemstilling. I drøftingsdelen vil vi diskutere hovedfunnene fra innhentet forskning sett i lys av presentert teori. Avslutningsvis vil vi oppsummere hva vi vurderer at vi som sosialarbeidere, med særlig fokus på rollen som barneansvarlig, kan gjøre for å ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre.

## **2. Metode**

### **2.1 Hermeneutikk**

Hermeneutikk er en vitenskapsfilosofisk retning som omhandler læren om fortolkning og forståelse (Thomassen, 2010, s.59). En hermeneutisk innfallsvinkel er hensiktsmessig når man ønsker å tolke og forstå grunnlaget for menneskets eksistens, og tilnærmingen er derfor sentral når man forbereder seg til å arbeide med mennesker (Dalland, 2017, s.47). Ved å studere vårt forskningsmateriale med en hermeneutisk innfallsvinkel, ønsker vi å øke vår innsikt i barn som pårørende av psykisk syke foreldre, deres foreldre og sosialarbeidere sine tanker, erfaringer og atferd (Dalland, 2017, s.46). Når vi leser forskning vil vi være preget av språklige og kulturelle forforståelser, som vi ikke nødvendigvis er bevisste (Thomassen, 2010, s. 45). Slike “fordommer” er nødvendige for at en forståelsesprosess kan starte, da det er menneskets forståelseshorisont som gir mening til fenomenene man studerer. Samtidig vil vi oppdage nye og fremmede funn, som vil sette vår forforståelse på prøve. Dersom man undersøker fenomener med et åpent sinn, vil ens forforståelse kunne endre seg og korrigeres, slik at ny mening og kunnskap kan oppnås (Thomassen, 2010, s.171).

### **2.2 Litteraturstudie som forskningsdesign**

Vi har valgt å benytte en litteraturstudie som metode for å belyse vår problemstilling. Med begrepet metode, mener vi en fremgangsmåte som beskriver hvordan vi skal arbeide for å fremskaffe kunnskap. Metoder stiller krav til ærlighet og sannhet, og at vi systematiserer tankene våre i arbeidsprosessen (Dalland, 2017, s.51). En litteraturstudie kan forklares som en kvalitativ fremgangsmåte hvor man analyserer tekster innen et avgrenset felt. Hensikten med metoden er å få økt forståelse om et tema, ved å dykke inn i perspektiver og resultater av

foreliggende forskning (Thagaard, 2009, s.13). Datamaterialet i denne oppgaven er dermed hentet fra eksisterende forskning, som er publisert i anerkjente tidsskrift og rapporter.

Når man skal innhente datamateriale til en litteraturstudie, er det viktig å avklare hvilken type data som skal samles inn og hvilke undersøkelsesmetode som skal benyttes. Et hovedskille går mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Halvorsen, 2002, s.84). En kvantitativ tilnærming foregår ved at man velger ut tekstene før man analyserer dem. Ved en kvalitativ tilnærming kan man derimot supplere datamaterialet med nye tekster underveis (Halvorsen, 2002, s.94).

Kvantitative metoder er nyttige for å innhente større informasjonsmengder om et tema, mens kvalitative metoder søker å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Både kvantitativ og kvalitativ metode kan bidra til en økt forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan mennesker samhandler med hverandre på ulike nivåer (Dalland, 2017, s.53). Vi har valgt å benytte en kvalitativ metode til å samle inn data i vår bacheloroppgave. For å hindre en selektiv og forutinntatt utvalgsprosess av datamateriale, har vi har forsøkt å velge tekster som er relevante og representative for vår problemstilling. Videre er alt skriftlig materiale som er benyttet, kildet og tilgjengelig for leseren (Finnegan 1996, referert i Halvorsen, 2002, s.113). Når man benytter kvalitativ metode til å innhente data kalles det strategisk utvalg. Strategisk utvalg innebærer at man må kunne argumentere for datagrunnlaget på en faglig overbevisende måte (Dalland, 2017, s.56).

### **2.3 Etiske hensyn**

For å sikre at bacheloroppgaven vår er vitenskapelig fremstilt, har vi forsøkt å følge vitenskapens normer i arbeidet. Vitenskapens normer vektlegger blant annet at resultatene fra en studie skal presenteres slik at den tillater etterprøving og kritikk. Videre skal man skille mellom fakta og vurderinger, redegjøre for datagrunnlag og metode, og etterstrebe en upartisk og saklig fremstilling av emnet (Thomassen, 2010, s.103). I henhold til vitenskapens normer har vi forsøkt å finne variert datamateriale, som presenterer flere sider av oppgavens tematikk. Videre har vi vurdert dokumentene i sammenheng med konteksten de er skrevet i, da forskning ofte er skrevet med et bestemt formål og til konkrete målgrupper (Bryman, 2016, s.560). Datamaterialet må også være pålitelig og troverdig overfor leseren. Dette krever at vi presenterer de ulike leddene i innsamlingsprosessen vår, og at strategien vår er fremstilt nøyaktig (Dalland, 2017, s.60). For å sikre pålitelighet og troverdighet i vår bacheloroppgave, anser vi det derfor sentralt at vi redegjør for hvordan datainnsamlingen har blitt gjennomført.

## 2.4 Datainnsamling

Vi har gjennomført litteratursøk i ulike databaser for å sikre et bredt utvalg av forskningsmateriale. Databasene vi har benyttet oss av er Idunn, Oria, Helsebiblioteket og Google Scholar. Vi ønsket å finne artikler som studerer oppfølgingsarbeid av barn som pårørende til psykisk syke foreldre sett i sammenheng med lovendringene i 2010, og har derfor valgt å fokusere på norsk forskning. Emneordene vi benyttet i våre søk er: barn, pårørende, psykiatri, barneansvarlig, barn som pårørende, barn som pårørende psykiatri, barn som pårørende psykisk helse, oppfølging av barn, psykiske lidelser, foreldre psykisk helse, foreldre med psykiske lidelser. Inklusjonskriteriene våre var at artiklene skulle være fagfellevurderte, være tilknyttet helse- og sosialfag, handle om mindreårige barn som pårørende til psykisk syke foreldre, og at artiklene skulle være publisert fra 2010 og fremover. Vi ekskluderte artikler som omhandlet barn som pårørende utenfor psykiatri, og artikler som var publisert før lovendringene i 2010. For å holde oversikt over kombinasjoner av databaser og emneord i søkeprosessen, førte vi søkene våre inn i en tabell.

Ved å benytte en tabell i datainnsamlingen fikk vi en visuell fremstilling av arbeidet vårt, noe som gjorde det enklere å holde oversikt over søkeprosessen. Tabellen tydeliggjorde hvilke emneord som var nyttig eller mindre nyttig, samt hvilke forskningsartikler og forfattere som viste seg gjentakende i de ulike databasene. Vi fant både bidrag som underbygget vårt forutinntatte synspunkt og bidrag som inneholdt nye synspunkter. I søk etter litteratur var det krevende å finne variert forskning om barn som pårørende av psykisk syke foreldre, noe som gjorde at vi brukte mye tid på å finne relevante forskningsartikler. Etter å ha samlet flere aktuelle forskningsdokumenter i tabellen, opprettet vi et dokument med de mest relevante funnene. Deretter utførte vi en mer grundig seleksjon, og endte med et utvalg av forskning som dannet grunnlag for en nyansert fremstilling av tema.

Vi har valgt fem forskningsartikler og tre rapporter som datamateriale, og alle forskningsdokumentene er skrevet på norsk. Den første artikkelen beskriver barneansvarlig sin oppfattelse av egen rolle i oppfølgingsarbeidet. Tre av artiklene omhandler oppfølgingsarbeid i møte med barn som pårørende av psykisk syke foreldre, samt hvordan situasjonen oppleves for foreldrene, barna og familien som helhet. Den siste artikkelen evaluerer implementeringen av nye rutiner og tiltak etter lovendringene i 2010. Rapportene er henholdsvis skrevet i 2011, 2015 og 2019. Rapporten fra 2011 belyser omfanget av og konsekvensen for barn som pårørende til psykisk syke foreldre, mens den fra 2015 har som mål å fremheve ny kunnskap om situasjonen



for barn med foreldre i spesialisthelsetjenesten. Rapporten fra 2019 har som formål å samle informasjon om barneansvarlig personell, ivaretagelse av funksjoner og arbeidsoppgaver, og hvordan de opplever sin egen kompetanse innen sentrale kunnskapsområder. Artikkene har i hovedsak benyttet kvalitative metoder som intervju i sine studier, mens rapportene benytter en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode.

## 2.5 Tabell - utvalg av datainnsamling

Tabellen under viser vårt endelige utvalg av vårt datamateriale til bacheloroppgaven.

Databaser	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Potensielt relevant	Inkludert
<b>Idunn</b>					
1	Barn som pårørende psykisk helse	Fra: 2010-2020 Fagområde: helse- og sosialfag	248	12	1 - Nome (2010) 2 - Stamnes & Haukø (2014)
2	Foreldre psykisk helse	Fra: 2010-2020 Fagområde: helse- og sosialfag	119	19	1 - Nome (2010) 2 - Stamnes & Haukø (2014)
<b>Oria</b>					
1	Barn som pårørende psykisk helse	Fagfellevurderte tidsskrift Informasjonstype: artikler Fra: 2010-2020	57	10	1 - Nome (2010) 2 - Stamnes & Haukø (2014) 3 - Halså & Aubert (2016)
2	Barneansvarlig	Fagfellevurderte tidsskrift Informasjonstype: artikler Fra: 2010-2020	9	5	1 - Stamnes & Haukø (2014) 2 - Svalheim & Steffenak (2016)
<b>Google Scholar</b>					
1	«Barn som pårørende» psykiatri behov	Fra: 2010-2020	324	25	1 - Reedtz & Lauritzen (2015) 2 - Svalheim & Steffenak (2016)
2	Barneansvarlig	Fra: 2010-2020	297	14	1 - Thorsen, Bjørnstad & Romedal (2019)
3	«Foreldre med psykiske lidelser»	Fra: 2010-2020	302	30	1 - Torvik & Rognmo (2011) 2 - Reedtz & Lauritzen (2015) 3 - Svalheim & Steffenak (2016)
<b>Helsebiblioteket</b>					
1	Barn som pårørende	Informasjonstype: rapporter	33	1	1 - Akershus universitetssykehus HF (2015)

## 2.6 Vurdering av metode

Vi vurderer at litteraturstudie var en hensiktsmessig metode for å innhente datamateriale til vår bacheloroppgave. På denne måten fikk vi et bredt innblikk i foreliggende forskning fra fagfeltet, og kunne på grunnlag av eksisterende kunnskap, utarbeide en problemstilling som vi ønsket å belyse (Dalland, 2017, s.58). Ved å velge en kvalitativ metode for innsamling av data, risikerer vi imidlertid at oppgavens datamateriale er basert på våre fordommer og forforståelse av temaet (Halvorsen, 2002, s.35). Vi står dermed i fare for at datamaterialet er basert på egne

interesser og synspunkter. Vi har prøvd å unngå denne fallgruven ved å være bevisst våre forutinntatte forståelser, og være åpne for forskning som kan avkrefte eller bekrefte våre førforestillinger (Dalland, 2017, s.58). Ved å redegjøre for datainnsamlingen, håper vi at studien fremstår som pålitelig og nyansert.

### **3. Presentasjon av funn**

Vi vil nå presentere hovedfunnene fra forskningsartiklene og rapportene som vi har valgt til vår studie. Vi har valgt å sortere funnene våre under sammenfattende overskrifter.

#### **3.1 Omfang av barn som pårørende av psykisk syke foreldre**

Det er vanskelig å fastslå nøyaktig antall mindreårige barn som pårørende til psykisk syke foreldre, da mye av statistikken som publiseres presenterer ulike tall. Torvik og Rognmo (2011, s.5) beregner i sin rapport at 260.000 mindreårige barn i Norge har minst en forelder med psykiske lidelser. De har tatt utgangspunkt i at foreldrenes psykiske lidelse er av en slik karakter at det kan ha betydning for foreldrenes omsorgsevne. Dersom man kun tar utgangspunkt i avklarte alvorlige lidelser, rammes 115.000 barn (Torvik & Rognmo, 2011, s.5). Tall fra 2015 anslår at det er 29.000 pasienter som har barn i spesialisthelsetjenesten (Akershus universitetssykehus HF, s.9). Rapporten påpeker at registreringene av antall pasienter kan være skjeve, og at resultatene sannsynlig presenterer et mer positivt bilde enn realiteten (Akershus universitetssykehus HF, 2015, s.9). Forskning (Mahony, 2010, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.13) viser at antall barn som lever med foreldre som har psykiske lidelser stiger. Barn som har foreldre med psykiske lidelser er en stor risikogruppe i samfunnet, og det er derfor viktig med forebyggende tiltak rettet mot denne målgruppen (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.2).

#### **3.2 Konsekvenser for barn som pårørende av psykisk syke foreldre**

Barn som pårørende av psykisk syke foreldre er mest utsatt for å oppleve negative konsekvenser dersom de lever med foreldre som ikke følges opp av hjelpeapparatet (Svalheim & Steffenak, 2016, s.2). Resultater fra en spørreundersøkelse av barn som pårørende i spesialisthelsetjenesten, viser at barn av psykisk syke foreldre opplever en lavere livskvalitet enn normalbefolkningen. Samtidig viser resultatene at foreldrene tror at barnas livskvalitet er bedre enn det barna selv forteller. Funn fra studien viser at barn og unge med psykisk syke foreldre i stor grad tar mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig, og at de opplever stress og belastninger som en følge av dette. De rapporterer videre at de i stor grad må ta vare på seg

selv, og får mye ansvar overfor den syke forelderen (Akershus universitetssykehus HF, 2015, s.9-10).

Stamnes og Haukø (2014, s.137) belyser i sin studie at mange barn i samvær med psykisk syke foreldre kan oppleve mangel på sammenheng og trygghet. Dersom barna ikke får hjelp til å forstå foreldrenes sykdom og symptomene de observerer, kan de oppleve en følelse av forvirring, uforutsigbarhet, trussel og savn. Når barna lever i en tilstand preget av ubehag eller smerte, kan det resultere i stressreaksjoner som kan føre til en økt risiko for at barna selv utvikler psykiske lidelser (Sapolsky, 1996; Teicher et al., 2003, referert i Stamnes & Haukø, 2014, s.138). Risikoestimatene for barn som pårørende av psykisk syke foreldre varierer fra studie til studie, men jevnt over viser resultater at risikoen for å oppleve negative konsekvenser doubles for denne målgruppen (Torvik & Rognmo, 2011, s.6). Det angis videre at risikoen for å oppleve negative konsekvenser øker i takt med alvorlighetsgraden av foreldrenes psykiske lidelse. Samtidig viser funn at barn som pårørende kan reagere ulikt selv om de står i samme i situasjon (Torvik & Rognmo, 2011, s.40).

### **3.3 Oppfølgingsarbeid av barn som pårørende av psykisk syke foreldre**

Halsa og Aubert (2016, s.73) ønsker i sin kunnskapsoppsummering å undersøke hvordan man kan lykkes med forebyggende intervensjoner når barn er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Studien er blant annet basert på datakilder som evalueringsskjema, spørreundersøkelser og kvalitative intervjuer. Forskning viser at det er forhold ved foreldrenes sykdom, mangel på kompetanse til å vurdere barnas situasjon i helsetjenesten, og et oppdelt helseapparat med dårlig organisert samarbeid, som gjør oppfølgingsarbeidet komplisert (Haugland et al., 2015; Nicholson, 2009; Lauritzen, 2014, referert i Halså & Aubert, 2016, s.71). En undersøkelse med gruppesamtaler for barn viste at pedagogisk og godt organisert informasjon kan gi barn økt forståelse for foreldrenes situasjon, og dermed også for sin egen. Noen barn følte skyldfølelse fordi de hadde lite samvær med den syke forelderen, eller trodde at de var årsaken til sykdommen. Nesten alle foreldrene som deltok i undersøkelsen rapporterte at barna fikk bearbeidet sin skyldfølelse ved hjelp av samtaler. Så mye som 90 % av barna, rapporterer at de syntes gruppetilbudet var til hjelp og at det var nyttig å delta (Halsa & Aubert, 2016, s.75-76).

Mange foreldre kan oppleve det som utfordrende å snakke med barna om situasjonen på egen hånd (Glistrup, 2006, referert i Nome, 2010, s.219). Studier viser at det er svært betydningsfullt

at foreldre og barn bryter tabuet sammen og anerkjenner at den psykiske lidelsen kan påvirke relasjonen deres (Bardslee, 2002; 2003; Glistrup, 2006). Nome (2010, s.224) skriver at mange familier kan leve med psykiske lidelser i flere år, uten at noen snakker med barna om det. Han erfarer at et godt samarbeid med familier krever at pasienten med familie oppfatter samtalene som forsvarlige og til hjelp for barnets beste. Videre drøfter han hvorvidt det er hensiktsmessig at alle familiemedlemmene deltar i familiesamtaler. En undersøkelse med to familier viste at de yngste barna ikke forsto hvorfor foreldrene hadde vært innlagt, og at disse barna hadde en annen oppfattelse av situasjonen enn sine eldre søsken (Helgeland, 2008, referert i Nome, 2010, s.224). Erfaringene fra denne undersøkelsen understreker hvor viktig det er med fleksibilitet i møte med ulike familier, og å være sensitiv i forhold til barns ulike behov og oppfatningsevne. Samtidig viser undersøkelsen at familiesamtaler er verdifulle ved at familiene får en mulighet til å dele erfaringer og få et felles språk ved å snakke om vanskelige temaer (Nome, 2010, s.225).

### **3.4 Utøvelse av rollen som barneansvarlig**

Svalheim og Steffenak (2016, s.5) har gjennomført en studie basert på atten kvalitative intervjuer med barneansvarlige fra feltet. Hensikten var å undersøke hvilke oppfatninger barneansvarlig har av egen rolle. Resultatene fra studien viser at barneansvarlig er spesielt opptatt av barn som pårørende, arbeid med å forebygge psykiske lidelser, samt skape gode samarbeid med foreldre og kommunale instanser (Svalheim & Steffenak, 2016, s.15). Flere av intervjuobjektene forteller at de arbeider for å formidle sin kunnskap til medarbeidere gjennom undervisning og kollegaveiledning på avdelingen, men at de opplever det som vanskelig å fremme et barnefokus dersom det ikke anses som viktig av ledelsen (Svalheim & Steffenak, 2016, s.11). Oppsummert finner studien at sentrale faktorer som påvirker utøvelsen av rollen som barneansvarlig er tid, kunnskap og kompetanse, antall barneansvarlige per avdeling, og mangel på utarbeidede rutiner og systemer. Flere barneansvarlige forteller også at enkelte behandlere ikke følger opp ansvaret de har for pasientenes barn. Studien konkluderer med at summen av disse faktorene gjør det tilfeldig hvilke oppfølging barn som pårørende og deres familier får (Svalheim & Steffenak, 2016, s.15).

Flere av funnene fra 2016 samsvarer i stor grad med nyere undersøkelser. Thorsen, Bjørnstad og Romedal (2019, s.1) har i sin studie hatt som formål å samle informasjon om barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten. Til sammen gjennomførte 1022 deltakere fra 24 ulike helseforetak spørreundersøkelsen via e-post. Funn fra undersøkelsen viser at barneansvarlig

ønsker mer opplæring som er tilpasset deres kliniske hverdag. Rapporten angir at 33 % av barneansvarlige som har vært ansatt i under ett år, ikke har deltatt på noen form for opplæring i tilknytning til stillingen. Videre forteller 62 % av deltakerne i studien at det ikke finnes, eller at de ikke vet om det finnes, en beskrivelse av hvilken kompetanse barneansvarlig skal ha. Samtidig angir over 50 % av deltakerne at de i stor eller svært stor grad gjennomfører definerte oppgaver som barneansvarlig. Resultater fra studien viser at barneansvarlig personell i stor grad ivaretar oppgaver som er lovpålagte, og at flertallet vurderer sin egen kompetanse som holdbar (Thorsen, Bjørnstad & Romedal, 2019, s.1). Flere trekker frem et ønske om definert tid til å gjennomføre arbeidsoppgavene som barneansvarlig, og forteller at en konsekvens av lite tid er at viktige oppgaver og opplæring ikke ivaretas. Videre er positiv oppmerksomhet fra ledelsen og kollegaer avgjørende for å gjennomføre et godt arbeid med barn som pårørende (Thorsen, Bjørnstad & Romedal, 2019, s.2).

### **3.5 Effekten av lovendringene for å ivareta barn av psykisk syke foreldre**

Reedtz og Lauritzen (2015, s.2) har skrevet en forskningsartikkel med hensikt å evaluere implementeringen av nye rutiner og tiltak i psykisk helsevern. Funn fra artikkelen viser at det er ulike faktorer som gjør implementeringen krevende. En faktor som pekes ut er at man tradisjonelt sett ikke tar hensyn til barna før de selv har behov for utredning og behandling (Maybery & Rupert, 2009, referert i Reedtz & Lauritzen, 2015, s.2). For å kunne endre en klinisk praksis er det viktig at institusjonene har en implementeringsstrategi, og det er sentralt å øke de ansattes kapasitet og forutsetninger for å ta i bruk nye rutiner (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.2). Akershus universitetssykehus (2015, s.175) har i sin studie benyttet verktøyet "Implementation Component Questionnaire" for å måle implementeringsgraden ved fem ulike helseforetak. Spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen inneholder 86 spørsmål med syv til elleve underspørsmål. Resultatene viser at halvparten av helseforetakene har utarbeidet og vedtatt funksjonsbeskrivelser for barneansvarlig personell, mens en fjerdedel enda ikke har dette på plass. Funn angir at en høy utskiftning i stillingen fører til redusert innsats og gjentatte opplærings- og veiledningsbehov.

Dersom barn av pasienter ved psykiatriske institusjoner ikke blir registrert i pasientjournaler, kan det føre til at foreldre og barn ikke får den oppfølgingen de har behov for (Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.12). Videre er det foretatt en undersøkelse med 219 deltakere, for å avdekke i hvilken grad helsepersonell registrerte informasjon om mindreårige barn i foreldrenes pasientjournaler. Resultatene viste at 56 %

oppgå at de ikke registrerte om pasientene deres hadde barn. Et interessant funn var at de som svarte at de identifiserte og kartla pasientenes barn, selv mente at de hadde mer kunnskap om barn generelt og lovverket, enn de som ikke gjorde det (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.7).

Resultater fra studien finner også at helsearbeidere med middels utdanningsnivå er mer positive til omstillinger i arbeidsoppgaver enn de med høy utdanning. En mulig forklaring er at de med høy utdanning har fått opplæring i en tid hvor det var mindre fokus på barnets utviklingsperspektiv. En annen forklaring kan være at ansatte med høyere utdanning har roller og ansvar som gjør at de må prioritere krav om effektivisering og kostnadsbesparing, og dermed ikke ønsker å utvide behandlinger til å omfatte pasientenes barn. Resultater fra studien finner også at yngre helsepersonell har mer positive holdninger til omstillinger i arbeidet. En mulig forklaring på dette er at nyere utdanning har et større fokus på risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med psykisk syke foreldre (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.12).

#### **4. Teoretisk rammeverk**

For å få dypere innsikt i hvordan vi som sosialarbeidere kan ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre, er vi i behov av en teoretisk forforståelse om emnet. Sosialt arbeid har et faglig grunnlag basert på teorier, verdier og ferdigheter. Arbeidet handler om å hjelpe mennesker med sosiale problemer, og det gjelder å se personen ut fra den sammenhengen han eller hun befinner seg. Sosialt arbeid foregår dermed på flere arenaer, i ulike situasjoner og innenfor forskjellige rammer (Ellingsen & Levin, 2015, s.19). For å danne et rammeverk rundt barn som pårørende av psykisk syke foreldre har vi valgt å fokusere på teori som er relevant for å belyse denne tematikken. Følgende vil vi presentere de teoretiske perspektivene sosialkonstruksjonisme og systemteori, som vektlegger ulike oppfatninger av samfunnet og sosiale problemer. Her redegjør vi også for begrepet nettverk. Videre vil vi trekke frem ulike teorier innen psykologisk kunnskap, som har betydning for barn og deres utvikling.

##### **4.1 Sosialkonstruksjonisme**

Sosialkonstruksjonisme er et teoretisk perspektiv som handler om hvordan samfunnet definerer og konstruerer sosiale problemer. Teorien stiller spørsmål rundt menneskets opplevelse av sin egen virkelighet, og fremhever at den subjektive opplevelsen av en situasjon kan skille seg fra andres forståelse av situasjonen (Ellingsen & Levin, 2015, s.50). Sosial virkelighet er et begrep som i sosialkonstruksjonisme benyttes til å beskrive hvordan vi selv opplever og tolker

virkeligheten (Schiefløe, 2011, s.110). Hvordan en person tolker virkeligheten avhenger av den enkeltes utgangspunkt, og forandres som følge av læring og tilegnelse av ny kunnskap. En person sin sosiale virkelighet er altså ikke et gitt og entydig fenomen, men noe som stadig er i endring. På mange måter fremstår virkeligheten som et resultat av en konstruksjonsprosess. Vi formes gjennom sosialisering og påvirkning fra andre mennesker, ved å kommunisere inntrykk og erfaringer. Virkeligheten fremstår dermed sosialt konstruert, ut fra et komplekst samspill mellom det enkelte individ og de sosiale omgivelsene (Schiefløe, 2011, s.111).

Et sosialt problem kan defineres som et problem av noen, uten at personen som lever i situasjonen oppfatter det slik. Den subjektive opplevelsen er individuell, og må skilles fra andre sine opplevelser eller definisjoner av situasjonen (Ellingsen & Levin, 2015, s.50). Ethvert samfunn har ulike forestillinger om hva som er normalt og unormalt, og slike forestillinger kan virke inn på hvordan individer oppfatter sin situasjon. Et samfunn som anser psykisk sykdom som avvikende, kan bidra til at berørte familier opplever stigma knyttet til den psykiske lidelsen. Stigmatiserende holdninger kan skape barrierer for sosial kontakt, og føre til at familiemedlemmene isolerer seg og får et begrenset nettverk (Tøssebro & Berg, 2015, s.227-229). Dersom flertallet definerer en person på en bestemt måte, kan det føre til at personen blir fastlåst i en bestemt kategori. På denne måten kan man bli stemplet som et avvik av samfunnet. Hva som anses som avvikende atferd varierer over tid, og påvirkes av sosiale prosesser i samfunnet. Sosiale reaksjoner på avvik og sosiale problemer kan forsterke problemene og knytte stigma til det å være annerledes (Ellingsen & Levin, 2015, s.51). Tøssebro (2005, s. 200, sitert i Ellingsen & Levin, 2015, s.50) forklarer det slik: "Problemet kan finnes, eller ikke finnes, i objektiv forstand, men det kan eksistere uavhengig av dette, så lenge det oppfattes som et problem. Det sentrale er prosessene som utspilles når noe blir oppfattet, definert, forstått og håndtert som et problem".

## **4.2 Systemteori**

Systemteori er et sentralt perspektiv innen sosialt arbeid, som vektlegger sammenhengen mellom de ulike systemene et individ inngår i. Teorien fremhever at det som skjer i delene av et system også vil ha betydning for delene i et annet system (Schiefløe, 2011, s.221). Sosiale systemer som et individ inngår i kan være samfunnet, sosiale nettverk eller kjernefamilien (Schiefløe, 2011, s.68). Et system står i samspill med sine omgivelser. Derfor tenker man i systemteori at det er nødvendig å kartlegge de ulike systemene, og hvordan de fungerer sammen, for å oppnå en helhetlig forståelse av en situasjon (Schiefløe, 2011, s.223). Når vi

snakker om at sosialarbeidere må utvikle et helhetsperspektiv, mener vi at man må se individ og system i sammenheng (Berg, 2015, s.72). Bronfenbrenner sitt utviklingsøkologiske perspektiv er en retning innenfor systemteori. Perspektivet fremhever en tverrfaglig forståelse av barn, og hevder at barnets utvikling må ses i sammenheng med barnets oppvekstmiljø. Den utviklingsøkologiske modellen forsøker å sammenfatte alle faktorene som har betydning for barns utviklingsprosess og oppvekstvilkår. Barnets subjektive opplevelse av sitt miljø står sentralt, og teorien søker å belyse hvordan samme type miljøforhold kan påvirke barn på ulike måter. Dette kan vi knytte til kunnskap om at barnets ressurser og nettverk er relevant for hvordan de utvikler seg (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 45).

### **4.3 Nettverk**

Et sosialt nettverk kan defineres som: “et sett av relativt varige, uformelle relasjoner mellom mennesker” (Schiefløe, 2011, s. 346). Videre kan vi skille mellom formelle og uformelle nettverk. Formelle nettverk kan knyttes til det offentlige hjelpeapparat, som for eksempel et sosialkontor. Uformelle nettverk omhandler nære relasjoner som familie, slekt, naboer og venner. Det formelle nettverket skal være tilgjengelig for alle, mens det uformelle nettverket fungerer hvis det er god og varig kontakt (Bunkholdt & Kvaran, 2018, s.149). Begrepet nettverk er særlig benyttet innen psykiatri og sosialt arbeid. Dette for å rette oppmerksomhet mot betydningen av sosiale relasjoner som sykdomsfremkallende eller sykdomsforebyggende elementer i menneskets tilværelse. Det er ikke uvanlig at man finner årsaken til individuelle og familiære problemer i deres sosiale omgivelser, og ofte er det nettopp på disse områdene tiltak bør settes inn (Schiefløe, 2011, s. 346).

En persons individuelle nettverk kan beskrives som de personlige og direkte relasjonene en person har til andre mennesker. Hvor nær og trygg de ulike relasjonene er vil variere, og enkelte relasjoner vil være mer overfladiske enn andre (Schiefløe, 2011, s. 347). Relasjonene i en persons nettverk, samt følelsen av tilhørighet og tilknytning, har stor betydning for menneskers tilværelse og livssituasjon. Relasjonene kan blant annet gi oss felleskap, trygghet, anerkjennelse og sosial forankring. Motsatt kan mangel på nettverk føre til mistriivsel og tilpasningsproblemer (Schiefløe, 2011, s. 351). Et godt nettverk fungerer som et sikkerhetsnett som fanger deg opp når du har det utfordrende, og kan stille opp både praktisk og psykologisk. Dårlige nettverk kan motsatt føre til at man blir isolert og står alene om å løse problemene man opplever (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.149).



#### **4.4 Psykologisk kunnskap**

Arbeid med barn og unge forutsetter god kunnskap om psykologi, og utviklingspsykologi er sentralt. I oppfølgingsarbeid med barn som pårørende vil det være relevant å ta utgangspunkt i forhold som har betydning for deres utvikling (Bunkholdt & Kvaran, 2018, s.54). For å drøfte vår problemstilling i tilknytning til psykologisk kunnskap, har vi trukket frem teori som vi anser sentral i sammenheng med dette. I de følgende punktene vil vi presentere: barn som pårørende i psykiatri, utviklingspsykologi, og begrepene resiliens og salutogenese.

##### **4.4.1 Barn som pårørende i psykiatri**

Begrepet psykiatri kan defineres som læren om lidelser i sinnet eller sjelen. Videre kan man si at psykiatri handler om avvikende følelser, tanker og handlinger som anses som sykdommer. Samfunnsmessige forhold har en sentral betydning for hva man anser som psykisk sykdom, og dette varierer over tid. I Norge anser vi det som hensiktsmessig å definere psykiske lidelser som sykdom, da dette gir tilgang på behandlingsmuligheter, trygderettigheter og lignende. Samtidig må man være bevisst på at diagnostisering av psykiske lidelser kan oppleves overgripende for den enkelte (Snoek & Engedal, 2018, s.19).

I psykiatrisk arbeid er det viktig å huske barna til pasienter som er foreldre. Familiens fungering er av stor betydning når det kommer til barnets generelle utvikling og risikoen for å utvikle psykiske lidelser (Snoek & Engedal, 2018, s.28). Mange foreldre uttrykker bekymring for at barna skal ta skade av eller arve deres sykdom, men synes det er vanskelig å ta opp temaet på egen hånd. Det kan derfor oppleves avlastende at helsepersonell tar initiativ til å snakke om barna og hvordan de har det (Snoek & Engedal, 2018, s.29). Det er viktig at barn får forståelig informasjon om foreldrenes situasjon når de blir innlagt ved psykiatriske klinikker, blant annet for å sikre at barna ikke bebreider seg selv for foreldrenes lidelse. I mange tilfeller opplever barn med psykisk syke foreldre å få et stort ansvar ovenfor omsorgsgiver. Når man belaster barn med et ansvar som normalt tillegges voksne, omtales det som parentifisering. Parentifisering medfører en belastning som gir økt risiko for at barnet selv utvikler psykiske lidelser (Snoek & Engedal, 2018, s.30).

Parentifisering trenger imidlertid ikke utelukkende å tydes negativt. Mange forskere opererer med to typer parentifisering: adaptiv og destruktiv parentifisering. Adaptiv parentifisering handler om at barnet får mye støtte og oppmuntring gjennom omsorgsoppgavene de utfører. Når oppgavene er konkrete og praktiske, blir sjansen for at barnets handlinger blir anerkjent på

en positiv måte større. Adaptiv parentifisering kan dermed føre til at barnet opplever viktige tilskudd til sin kompetanse og mestring. Destruktiv parentifisering er et begrep som benyttes til å omtale situasjoner hvor forpliktelsene mellom foreldre og barn brytes, og barnet blir overbelastet med for store ansvarsbyrder. Slike oppgaver krever gjerne en psykologisk modenhet, og kan føre til utrygghet for barnet ved at det overgår barnets kompetanse og mestringsmuligheter (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.139).

#### **4.4.2 Utviklingspsykologi**

For at barn skal utvikle seg optimalt, er det flere nøkkelfaktorer som må være tilstede. Fra fødselen av er spedbarnet avhengig av at omsorgsgiver gir reguleringsstøtte både emosjonelt, atferdsmessig og fysiologisk (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Reguleringsstøtte handler om at omsorgsgiver hjelper barnet med å regulere følelser og atferd. Barnet er avhengig av at omsorgsgiver er trygg, støttende, og kan reflektere rundt sine egne og barnets indre mentale opplevelser. Dette omtales som refleksiv fungering (Nordanger & Braarud, 2017, s.37). Et spedbarn vil søke oppmerksomhet for å få trøst og stimulering, og trenger en fast omsorgsgiver som er trygg og stabilt følsom overfor barnets behov og ønsker. Omsorgsgiver må ivareta barnet slik at det føler seg sett og anerkjent. Positive samspillserfaringer fra voksne omsorgsgivere gir en god indre arbeidsmodell. En god arbeidsmodell gjør at barnet føler seg verdt omsorg, og forventer positiv oppmerksomhet og støtte fra andre. Mangel på støtte og omsorg i tidlig alder vil gi manglende tiltro til egen verdi og andres interesse, og kan gjøre at barnet reagerer med mistro, avvisning og sinne (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.71).

Barn som har opplevd tilstrekkelig utviklingsstøtte, har en utvikling preget av gode relasjoner og trygghet. Mangel på utviklingsstøtte kan føre til engstelige barn, som blant annet kan ha vanskelig for å regulere følelsene sine, ha lav egenverd og utvikle dårlig psykisk helse (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.75). Når mor eller far sliter med psykisk helse, risikerer man at noen av nøkkelfaktorene for barnets utvikling forsvinner. Som omsorgsgivere kan det være utfordrende å knytte emosjonelle bånd til barnet, støtte og regulere, og vise kjærlighet når man har nok med å ta vare på seg selv. Foreldre som har fått mangelfull utviklingsstøtte i sin barndom, kan ha manglende kunnskap om hvordan de skal støtte sitt eget barn i sin utvikling. På denne måten kan problemer med psykisk helse gå over flere generasjoner (Kvelling, 2011, s.217). Generasjonsoverføringer understreker hvor viktig det er å sikre at barn og unge ikke tar skade av oppvekstforholdene de lever under, og at de får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Helsetjenesten må komme inn tidlig for å sikre gode rammer rundt barnet, og iverksette

forebyggende tiltak for å redusere sannsynligheten for uønsket utvikling (Ellingsen & Kruke, 2015, s.213).

#### **4.4.3 Resiliens**

Resiliens er et begrep som benyttes til å beskrive hvordan et barn fungerer psykososialt når det lever under risikable omsorgsforhold (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.61). Man kan si at resiliens omhandler et individ sin reaksjon og håndtering av stress eller vanskelige livsforhold. Resiliens og motstandsdyktighet hos barn kan assosieres med personlige egenskaper, men så enkelt er det ikke (Kvello, 2011, s.156). Helmen Borge (2007, referert i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.63) skriver at utviklingen av resiliens ikke handler om barnets kjennetegn, men er et samspill mellom forholdene rundt barnet. Faktorer som bidrar til resiliens er bygget på genetisk betingede forhold, som medfødt robusthet, og miljøskapte forhold, som foreldrenes omsorg og sosial støtte (Kvello, 2011, s.156).

Innen resiliensforskning er man opptatt av å avdekke hvilke faktorer som fører til motstandsdyktighet og resiliens hos barn. Slike faktorer omtales gjerne som beskyttelsesfaktorer, og innebærer de forhold som bidrar til at barn ikke utvikler psykiske lidelser eller sosiale problemer, selv om de lever under risikable omsorgsforhold (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 62). Motsatt er risikofaktorer en fellesbetegnelse for forhold som øker faren for at personer utvikler vansker. Risikofaktorer i familien og barnets nære omgivelser påvirker barnets utvikling negativt, og vedvarende risikofylte faktorer er det som skader barnet mest. Beskyttelsesfaktorer fremmer resiliens, og bidrar til å dempe risikoen for å utvikle vansker når en person er rammet av risikofaktorer. Risikofaktorer påvirker hverandre og blir mer alvorlige over tid, mens beskyttelsesfaktorer styrker hverandre (Kvello, 2011, s.162).

#### **4.4.4 Salutogenese**

Teorien om salutogenese er skapt av Antonovsky som ønsket å gi et nytt perspektiv på helsefremmende arbeid. Fremfor å finne faktorer som forklarer hva som gjør oss syke, fokuserte Antonovsky på ressursene som bidrar til at noen mennesker opprettholder god helse (Kvello, 2011, s.157). Han presenterer begrepene "opplevelse av sammenheng" og generelle motstandsressurser. Når en utfordring oppstår vil disse faktorene hos den enkelte virke inn på hvorvidt vedkommende forstår hva utfordringen omhandler, om man tror det finnes muligheter for å løse utfordringen, og om man tror at man selv kan bidra til en løsning (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.55). Generelle motstandsressurser og opplevelse av sammenheng utvikles

gjennom gjentatte positive erfaringer. Mer utfyllende kan dette beskrives som en tro på egne krefter og muligheter til å takle ulike utfordringer (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.56).

Gode motstandsressurser kan forklare hvordan noen mestrer det andre ikke håndterer, og tilpasser seg situasjoner som andre ikke er i stand til å beherske (Kvillo, 2011, s.158). Dersom man har godt utviklede motstandsressurser, vil utfordringene man står overfor utspille seg som krevende, men overkommelige oppgaver. Motstandsressursene kommer av mestringserfaringer med å klare oppgaver man møter i hverdagen, og utvikle kompetanse gjennom hendelsen. Dette kan være hjemme, i skolesammenheng, på arbeid eller i sosiale sammenhenger (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.56). Sosial støtte er spesielt viktig, og dette alene kan være en god og tilstrekkelig motstandsressurs. Positive erfaringer med mestring, samt kunnskap og kultur som fremmer sosial deltakelse, anses som gode motstandsressurser på individnivå. Forhold som kontinuitet, oversikt og kontroll er motstandsressurser som i større grad fastsettes av samfunnet personen er en del av. Fysiske og biokjemiske motstandsressurser handler om det å være i god fysisk form og ha et godt immunsystem. Motstandsressurser i sammenheng med materielle verdier, innebærer blant annet næringsrik mat, klær, penger og bolig (Langeland, 2014, s.13).

## 5. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi knytte det teoretiske rammeverket opp mot relevant forskning for å drøfte vår problemstilling:

*Hvordan kan vi som sosialarbeidere, med særlig fokus på rollen som barneansvarlig, ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre?*

### 5.1 Hvilke forhold kan påvirke hvordan det oppleves å være barn som pårørende til psykisk syke foreldre?

Forskning viser at uansett hvor alvorlig lidelsen til foreldrene er, så vil det variere hvordan sykdommen påvirker barna (Torvik & Rognmo, 2011, s.42). Vi ønsker derfor å utforske hvordan ulike forhold kan ha betydning for opplevelsen av å være pårørende til psykisk syke foreldre. Vi kan blant annet stille spørsmål til når barn av psykisk syke foreldre har behov for oppfølging. Psykiske lidelser fører ikke til en nedsatt omsorgsevne i seg selv, og mange foreldre har relativt milde lidelser som ikke påvirker barna. Eksempler på slike lidelser kan være fobier eller mild sosial angst (Torvik & Rognmo, 2011, s.5). Hva som diagnostiseres som

en psykisk lidelse i et samfunn, påvirkes av ulike samfunnsforhold og varierer over tid. I dagens samfunn vil man blant annet ha lettere for å søke profesjonell hjelp og behandling for tilstander som man tidligere anså som normale (Snoek & Engedal, 2018, s.26). Forskning viser også at barn som har foreldre med den samme psykiske lidelsen, kan oppleve ulike konsekvenser, og ha ulike behov for informasjon og oppfølging (Torvik & Rognmo, 2011, s.6). For å sikre ivaretagelse av barn som pårørende til psykisk syke foreldre, ser vi det derfor som avgjørende at barneansvarlig kommer i kontakt med pasientens barn og får kartlagt det unike ved barnas opplevelse av situasjonen.

Undersøkelser avdekker at mange barn av psykisk syke foreldre rapporterer om en lavere livskvalitet enn normalbefolkningen. Samtidig tror flere av foreldrene at barnas livskvalitet er bedre enn de selv rapporterer (Akershus universitetssykehus HF, 2015, s.9). Funnene våre viser at en faktor som kan forklare at enkelte barn opplever en redusert livskvalitet, er at barn som pårørende ofte tar mye ansvar overfor den syke forelderens (Eide & Rohde, 2009, referert i Stamnes & Haukø, 2014, s.138). Dersom mor eller far sin evne til å ta seg av barna reduseres, kan det føre til at rollene snus og barnet blir mer omsorgsgiver for forelderens enn at forelderens forsøker å dekke barnets behov (Stamnes & Haukø, 2014, s.137). Forskning viser at majoriteten av barn som pårørende til psykisk syke foreldre opplever det som positivt å bidra i hjemmet, og får mestringfølelse av å hjelpe til med praktiske oppgaver. Samtidig rapporterer en stor andel at de opplever negative konsekvenser som stress, ensomhet og utmattelse (Akershus universitetssykehus HF, 2015, s.107). For å forstå hvordan økt ansvar i hjemmet kan oppleves ulikt for forskjellige barn, ønsker vi å trekke en linje til parentifisering. Parentifisering vektlegger at hvilke typer omsorgsoppgaver barn utfører, kan ha stor betydning for deres opplevelse av situasjonen. Dersom barn får praktiske og konkrete oppgaver, som å handle mat eller hente medisiner, vil det gjerne oppleves mindre belastende. Dersom barn får emosjonelle oppdrag som å trøste, støtte eller gi råd til sine foreldre, kan dette føre til stress og en følelse av utilstrekkelighet (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.139). Vi ser det derfor som hensiktsmessig at barneansvarlig hjelper familien med å sette ord på hvordan den psykiske lidelsen påvirker deres relasjoner. Barneansvarlig kan her bidra med å gi godt organisert informasjon om ansvarsfordeling hjemme, hvordan belastende arbeidsoppgaver kan påvirke barna, samt gi familien anledning til å dele sine erfaringer.

Studier viser at psykisk sykdom hos foreldre kan redusere deres evne til å ta seg av barna (Axelson-Östman & Johansen, 1995; Beardslee, 1998a.b.c; Gurian, 2003; Hart & Brassarsd,

1987, referert i Stamnes & Haukø, 2014, s.137). Ved å se familien fra en systemteoretisk innfallsvinkel, kan vi forstå de ulike familiemedlemmene som komponenter i et system. Det som skjer med et av medlemmene vil virke inn på de andre (Schiefløe, 2011, s.223). I familier der en eller begge foreldre er psykisk syk, vil lidelsen ha betydning for hele familien. Foreldre som blir innlagt kan ha sammensatte problemer, og utfordringene kan ha påvirket barnets utvikling fra tidlig alder (Nome, 2010, s.219). Det vil variere i hvilken grad barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser blir inkludert og får informasjon når mor eller far blir innlagt ved psykiatriske institusjoner. Det er viktig at barna får informasjon om den psykiske lidelsen, da barn trenger hjelp til å forstå det spesielle ved at mor eller far har blitt innlagt (Glistrup, 2006, referert i Nome, 2010, s.220). Forskning viser at støtte fra hjelpeapparatet med å fremme informasjon og åpenhet omkring foreldrenes sykdom, kan føre til at barna opplever mindre forvirring og skyldfølelse (Halsa & Aubert, 2016, s.77). Her tenker vi at barneansvarlig kan bidra positivt ved å hjelpe foreldrene til å snakke med barna om hvordan innleggelsen påvirker deres hverdag. Mange foreldre synes det er utfordrende å snakke med barna på egenhånd, og trenger støtte til å inkludere dem i sykdomsforløpet (Glistrup, 2006, referert i Nome, 2010, s.219). Det kan derfor være verdifullt at barneansvarlig hjelper familien med å sette ord på følelser og opplevelser i sammenheng med innleggelsen.

Forskning viser at man må nyansere begrepet psykisk lidelse etter hvert enkelt individ og familie sin opplevelse av situasjonen (Nome, 2010, s.219). Ved å se situasjonen som pårørende av psykisk syke foreldre med en sosialkonstruksjonistisk tilnærming, vil man som sosialarbeider være bevisst at hvert enkelt barn har sin egen sosiale virkelighet. Barnets subjektive opplevelse av å være pårørende kan dermed være vidt forskjellig fra vår oppfattelse av situasjonen. Vi er avhengig av å samtale med barnet for å oppnå innsikt i barnets opplevelse (Ellingsen & Levin, 2015, s.50). Et prosjekt om familiesamtaler viser at det er viktig å få frem barnets oppfattelse av å være pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Det er sentralt å få innsikt i hvordan foreldrenes sykdom virker inn på barnets livssituasjon (Nome, 2010, s.223). Vi vurderer derfor at barneansvarlig har et viktig ansvar med å kartlegge barnets sosiale virkelighet, for å kunne forstå helheten som barnet inngår i. Barn har godt av å vite, snakke om og lytte til andre for å få økt kunnskap om foreldrenes sykdom (Sjømæling & Vatne, 2009, referert i Nome, 2010, s.219). Dersom barn ikke får informasjon og hjelp til å forstå foreldrenes sykdom, vil de ofte prøve å skape sin egen forståelse som kan være annerledes enn virkeligheten (Nome, 2010, s.219). Samtidig er barn sin sosiale virkelighet gjenstand for endring, og kan utvikle seg over tid ved hjelp av ny kunnskap og nye erfaringer (Schiefløe,

2011, s.110). Vi mener at barneansvarlig har et sentralt ansvar for å gi barn mulighet til å forstå, lytte og dele opplevelser med andre. På denne måten kan barna få økt kompetanse om foreldrenes sykdom og familiens situasjon. Ved hjelp av gode rutiner for inkludering og samtale med pasientens barn, tror vi at man som barneansvarlig vil få økt innsikt i hvert enkelt barn sin opplevelse av å være pårørende til psykisk syke foreldre.

## **5.2 Hvilke faktorer kan ha betydning for at barn som pårørende til psykisk syke foreldre opplever ulike konsekvenser?**

Studien til Torvik og Rognmo (2011, s.40) viser at barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser har omtrent fordoblet risiko for å oppleve negative konsekvenser, i forhold til barn som har foreldre uten psykiske lidelser. Risikoen for å oppleve negative konsekvenser er ulik for alle barn som lever med psykisk syke foreldre, og vil variere på bakgrunn av en rekke forhold. Alvorlighetsgraden av foreldrenes sykdom er en av mange påvirkningsfaktorer. En annen forklaring kan være at enkelte barn er mer sårbare enn andre, og dermed står i større fare for å oppleve negative følger (Torvik & Rognmo, 2011, s.40). For å øke vår forståelse av hvordan barn som utsettes for den samme risikofaktoren kan oppleve ulike konsekvenser, ønsker vi å drøfte mulige påvirkningsfaktorer i tilværelsen til barn av psykisk syke foreldre.

Våre funn viser at når foreldre er psykisk syke, kan det føre til utfordringer med å opprettholde en emosjonell tilknytning til barnet (Stamnes & Haukø, 2014, s.137). Vi vet at barn er i behov av en omsorgsgiver som er emosjonelt til stede, og som har god refleksiv fungering, for å kunne utvikle seg optimalt. Dette innebærer at foreldrenes handlinger og reaksjoner må være meningsfulle og forutsigbare overfor barnet (Slade, 2002, referert i Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Vi ser videre at mangel på reguleringsstøtte fra omsorgsgiver, kan føre til at barn opplever økt stress og ubehag (Nordanger & Braarud, 2017, s.37). Stamnes og Haukø (2014, s.138) skriver at stresshormoner har en direkte innflytelse på barnets hjerne, og at barn som opplever mye ubehag kan få vansker med kognitive evner som oppmerksomhet, hukommelse og emosjonelle reaksjoner. Overbelastninger i hjernen er en risikofaktor som kan føre til at barnet selv utvikler psykisk sykdom på sikt (Lazarus & Folkman, 1984 referert i Stamnes & Haukø, 2014, s.138). Vi anser det som viktig at sosialarbeidere som er i kontakt med barn og familier bidrar med de ressurser som eventuelt mangler, og bistår med tiltak rettet mot barn. På denne måten kan man arbeide for å unngå generasjonsoverføringer av psykiske plager. Barn som ikke får en optimal reguleringsstøtte av sine foreldre, vil ha vanskelig for å ta i bruk

strategier som kan hjelpe dem med å kontrollere egne reaksjoner og redusere vonde følelser (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Når barn ikke får adekvat fysisk og emosjonell omsorg fra tidlig alder, kan de på sikt utvikle uheldige mestringsstrategier som tilbaketrekning, unngåelse og distansering (Reupert & Maybery, 2007, referert i Stamnes & Haukø, 2014, s.139). Ut fra våre funn ser vi det sentralt at barneansvarlig bistår barn av psykisk syke foreldre for å hindre at barn lever under uhensiktsmessige omsorgsforhold.

Forskning viser at det å vokse opp med psykisk syke foreldre vil være en større risikofaktor dersom barnet ikke får hjelp og støtte til å forstå foreldrenes sykdom (Stamnes & Haukø, 2014, s.137). Barn som lever med vedvarende risikofaktorer står i økt fare for å utvikle emosjonelle og atferdsmessige problemer (McGrath, Waschbusch, Stewart & Gurtis, 2004, referert i Nome, 2010, s.219). I tilfeller hvor barn opplever flere risikofaktorer samlet, vil faktorene påvirke og forsterke hverandre negativt, og bli mer alvorlige over tid (Kvelling, 2011, s.162). Eksempler på dette kan være tilleggsbelastninger som foreldrekonflikter og skilsmisser (Haugeland et al., 2015, referert i Halså & Aubert, 2016, s. 68). Undersøkelser fremhever at mangel på informasjon kan føre til at barn tror de er årsaken til foreldrenes plager. Når mor eller far er psykisk syk kan reaksjoner som uforutsigbart sinne og tilbaketrekning være utfordrende for barna å forholde seg til (Nome, 2010, s.219). På denne måten ser vi at informasjon og kunnskap om foreldrenes sykdom kan være viktige beskyttelsesfaktorer for å unngå at barnet opplever forvirring og usikkerhet i møte med foreldrenes følelsesuttrykk. I sammenheng med beskyttelsesfaktorer, som kunnskap og sosial støtte, vil vi trekke inn Antonovsky sin teori om salutogenese. Teorien vektlegger hvordan ressurser hos barn kan påvirke deres opplevelse av egen livssituasjon. Dersom et barn har gjentatte gode erfaringer med å tilpasse seg utfordrende situasjoner, bidrar det til å skape motstandsressurser hos barnet (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.56). Slik kan vi se at barn som har erfaring med å mestre ulike utfordringer med den kompetansen de innehar eller tilegner seg, vil ha bedre forutsetninger for å oppleve sammenheng og mening i tilværelsen.

Funnene presenterer at barn som klarer seg best i situasjonen som pårørende til psykisk syke foreldre, lever med foreldre som har et støttende nettverk (Stamnes & Haukø, 2014, s.139). Sosiale nettverk har stor betydning for hvordan man har det følelsesmessig. Et meningsfullt liv skapes blant annet gjennom fellesskap, anerkjennelse og trygghet. Mangel på sosial kontakt kan føre til en opplevelse av mistriivsel og utenforskap (Schieffloe, 2011, s.351-352). Undersøkelser viser at familiesamhold og sosial støtte er sentrale beskyttelsesfaktorer for barn



som er pårørende til psykisk syke foreldre, da hjelp og støtte er spesielt viktig for mennesker som befinner seg i sårbare posisjoner (Akershus universitetssykehus HF, 2014, s.62). Videre vil barn klare seg bedre gjennom kriser hvis de har noen å dele det med eller søke hjelpe hos (Schiefløe, 2011, s.352). På denne måten kan vi forstå et støttende nettverk og sosial forankring som beskyttelsesfaktorer for barn som pårørende til psykisk syke foreldre. I sammenheng med betydningen av nettverk kan vi se til Bronfenbrenner sin utviklingsøkologiske modell. Ved å se til denne modellen kan vi forstå barnets sosiale utvikling som en aktiv prosess, hvor barnet selv er med på å vurdere og påvirke sine omgivelser (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 45). På denne måten ser vi at barns subjektive opplevelse av sitt nettverk også er en viktig faktor for hvordan de oppfatter sin situasjon. Et støttende nettverk kan gi motstandsdyktighet hos barnet, men det er hvordan barnet selv tolker og forstår sine omgivelser som har betydning for om nærmiljøet fungerer som en beskyttende faktor eller ikke.

Av funnene våre fremgår det at barn som pårørende av psykisk syke foreldre ofte føler at de ikke har noen mulighet til å påvirke situasjoner de stilles ovenfor (Drejhammar & Bergman, 1999, referert i Stamnes & Haukø, 2014, s.138). Dersom vi ser dette i sammenheng med teorien om salutogenese, finner vi at barn som har små motstandsressurser ofte opplever utfordrende situasjoner som uoverkommelige. I et forsøk på å holde vanskelige situasjoner på avstand, kan barna benytte dysfunksjonell atferd som en forsvarsmekanisme (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.56). En dysfunksjonell måte å håndtere problemer på kan komme av at barnet har en dårlig utviklet indre arbeidsmodell. Dårlige samspillserfaringer fra voksne omsorgspersoner kan føre til at barnets mulighet for å planlegge, ta beslutninger, og forstå egen og andres atferd svekkes, og at barnet får en negativ oppfattelse av seg selv og egne ferdigheter (Nordanger & Braarud, 2017, s.48). Dersom et barn har negative forestillinger og forventninger til seg selv, kan det føre til at barnet styrer mot atferd som utløser reaksjoner og bekrefter de negative forventningene (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.58-59). Studier presenterer at de vanligste plagene barn som pårørende av psykisk syke foreldre utvikler er depresjon, angst, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, atferdsvansker og svake skolefaglige prestasjoner (Beardslee, Versage & Velde, 2002; Goodman & Gottlieb, 2002; Goodman, Rouse & Conell, 2011; Torvik & Rognmo, 2011, referert i Reedtz & Lauritzen, 2015, s.1). På bakgrunn av funnene vurderer vi det som hensiktsmessig at barneansvarlig har fokus på barnets oppvekstforhold og eventuell mangel på utviklingsstøtte. Dette med hensikt å forhindre at barna faller i destruktive atferdsmønstre og utvikler lignende plager som sine foreldre. Vi ser dermed at barneansvarlig

har en sentral rolle i oppfølgingsarbeidet for barn av psykisk syke foreldre, da de kan bidra til å redusere negative konsekvenser.

### **5.3 Hvordan kan vi som sosialarbeidere, med særlig fokus på rollen som barneansvarlig, ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre?**

Forskning viser at barn som pårørende til psykisk syke foreldre vil ha varierende behov for oppfølging av hjelpeapparatet. Likevel er det viktig å iverksette forebyggende tiltak, da situasjonen som pårørende medfører en rekke risikofaktorer (Halsa & Aubert, 2016, s.68). Som vi ser er det ulike forhold som har betydning for hvordan det oppleves å være barn av psykisk syke foreldre. Videre ser vi at barn som opplever den samme risikofaktoren kan oppleve ulike konsekvenser. Vi vil nå presentere hvordan vi som sosialarbeidere kan ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Vi ønsker å drøfte hva disse barna har behov for i oppfølgingsarbeidet, og deretter vil vi diskutere hva funnene våre fremhever som potensielle hindringer for et tilstrekkelig oppfølgingsarbeid.

#### **5.3.1 Hva har barn som pårørende av psykisk syke foreldre behov for i oppfølgingsarbeidet?**

Flere studier fremhever at psykisk syke foreldre vil ha en bedre forutsetning for å oppdra sine barn i tilfeller hvor hensiktsmessige og adekvate ressurser blir stilt til rådighet (Risley-Curtiss, Stromwall, Hunt, & Teska, 2004, referert i Stamnes & Haukø, 2014, s.139). Som sosialarbeider har man derfor et viktig ansvar når det kommer til å tilpasse tiltak og tjenester i oppfølgingsarbeidet. Yrkesetisk grunnlagsdokument for sosionomer (FO, 2019, s.5) fremhever at sosialarbeidere skal ha en helhetlig tilnærming i møte med mennesker som har behov for sammensatte og tverrfaglige tjenester. Sosiale problemer er komplekse, og som sosialarbeider vil det være avgjørende at man forsøker å få en forståelse av problemet i en relasjonell og sosial sammenheng. Den forståelsen vi har av brukerens perspektiv vil være avgjørende for å forstå deres opplevelse av problemet, og hvordan vi bør gå frem for å håndtere utfordringene (Ellingsen & Levin, 2015, s.52-53). Videre viser funnene våre at oppfølgingsbehovet til barn som pårørende til psykisk syke foreldre kan variere for barn i ulike aldersgrupper. Små barn har ofte utfordringer knyttet til tilknytning og samspillsproblemer, mens barn i skolealder har en høyere risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser, angst og tilbaketrekning (Halsa & Aubert, 2016, s.70). I denne sammenheng anser vi det som viktig at vi unngår å kategorisere barn som

pårørende av psykisk syke foreldre etter forutinntatte forestillinger, og at barneansvarlig arbeider for å sikre oppfølging ut fra det enkelte barns behov.

Stamnes og Haukø (2014, s.140-141) presenterer i sine studier Barnas Time som forebyggende helsehjelp for barn som er pårørende av psykisk syke foreldre. Tiltaket innebærer ulike samtaler der barna får informasjon og kan stille spørsmål om foreldrenes sykdom. Det er betydningsfullt at barn har mulighet til å dele forståelse av sammenhenger, livserfaringer og opplevelser med sine nærmeste (Øvreide, 2009, s.13). Resultater fra studien viser at barn og foreldre opplever lettelse når de får hjelp til å snakke om temaer de har opplevd som tabubelagt. I etterkant av tiltaket rapporterte familiene som deltok i Barnas Time om bedre kommunikasjon, og at det ble lettere å snakke om ømtålige temaer (Stamnes & Haukø, 2014, s.143). Resultater fra annen forskning viser også at barn er positive til grupper der de kan møte andre barn som har samme familiesituasjon, og få et sted de kan fortelle om deres opplevelser. Hensikten med de ulike tiltakene er at barn kan bli bevisst på egne følelser, lære å forstå foreldrenes problemer og finne mestringsstrategier (Halsa & Aubert, 2016, s.69). Ut fra nevnte funn ser vi hvor verdifullt det er at barneansvarlig har tid og mulighet til å tilby samtaler med barn. Våre funn viser imidlertid at gjennomføringen av samtaler med barn og foreldre praktiseres ulikt ved forskjellige institusjoner (Svalheim & Steffenak, 2016, s.13). For å sikre at alle barn som pårørende av psykisk syke foreldre blir tilbudt samtale, anser vi det derfor nødvendig at hjelpeapparatet har gode og standardiserte rutiner.

I sosialfaglig arbeid står verdien om å basere hjelpearbeidet på tillit mellom hjelper og bruker sterkt. Tillit i hjelpearbeidet forutsettes av en åpen kommunikasjon, en forståelig formidling av informasjon og tydelige begrunnelser (FO, 2019, s.5). For å skape en trygg relasjon i oppfølgingsarbeid av barn som pårørende til psykisk syke foreldre, fremhever Nome (2010, s.223) at det er viktig å holde fokus på barna og deres virkelighetsforståelse. Samtidig må man vurdere hvilke informasjon det enkelte barn har forutsetning for å forstå, ut fra forhold som barnets alder og utvikling. Det er barneansvarlig sin oppgave å fremme barnets interesser, og vurdere hva det enkelte barn har behov for i oppfølgingsarbeidet (Helsedirektoratet 2010, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.3-4). Plikten til å ivareta mindreårige barn som pårørende av psykisk syke foreldre må skje innenfor rammene av taushetsplikten. Dersom barneansvarlig ikke får foreldrenes samtykke til å følge opp barna, har de ikke mulighet til å handle på egen hånd. Barneansvarlig har derfor en viktig oppgave med å motivere foreldrene til å gi samtykke (Nome, 2010, s.218). Funnene våre viser at samhandlingen mellom hjelper og

barnets foreldre er avgjørende for å opprette en relasjon preget av tillit i oppfølgingsarbeidet. Dette forutsetter at hjelperen lytter til foreldrenes behov og bruker tid på å danne et samarbeid med foreldrene før eventuelle tiltak starter. Videre er det viktig å tilby en variasjon av tiltak som kan dekke ulike behov, for å unngå at familier faller fra i oppfølgingsarbeidet (Halsa & Aubert, 2016, s.82). Det er ledelsen sitt ansvar å legge til rette for at barneansvarlig kan utføre et godt og systematisk oppfølgingsarbeid (Helsepersonelloven 1999, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.12). Samtidig viser funnene våre at hele 56 % ikke registrerer om pasientene har barn (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.7). Resultatet viser oss at arbeidet som barneansvarlig ikke er godt nok forankret i hjelpesystemets rutiner.

### **5.3.2 Hva kan være potensielle hindringer for et godt oppfølgingsarbeid av barn som pårørende av psykisk syke foreldre?**

Vi finner både i forskning og teori at et godt oppfølgingsarbeid av barn som pårørende av psykisk syke foreldre kan være helt avgjørende for barnets trivsel og utvikling. Forebyggende arbeid for å unngå at denne målgruppen skal utvikle psykiske helseutfordringer, er en betydelig politisk satsing som understrekes av lovendringene i 2010. Likevel ser vi at flere evalueringer og offentlige dokumenter fremhever en rekke utfordringer knyttet til oppfølgingsarbeidet, og at differansen mellom mål og virkelighet er stor (Halsa & Aubert, 2016, s.69-70). Vi ønsker derfor å drøfte hva som kan stå i veien for et godt oppfølgingsarbeid.

Som tidligere nevnt viser forskning at lovendringene i 2010 ikke har ført til de endringene man så for seg på forhånd (Akershus universitetssykehus HF, 2015, s.9). Av studier fra 2011 fremkommer det at mange av barrierene i oppfølgingsarbeid av barn som pårørende til psykisk syke foreldre henger sammen med organisatoriske faktorer knyttet til ressurser og tid (Torvik & Rognmo, 2011, s.13). Hvordan kan vi forstå dette? Implementeringsarbeid er en langvarig prosess som krever mye innsats, og endringer i rutiner og praksis forutsetter en god innføringsstrategi (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate & Kyriakidou, 2004, referert i Reedtz & Lauritzen, 2015, s.2). Dette innebærer blant annet at man øker personalets kapasitet og har en nøye opplæring av praksisen som skal innføres. Når man skal endre praksis i en virksomhet vil det også være nødvendig å utvikle verktøy og beskrivelser av de nye arbeidsoppgavene (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.2). Det er ikke tilstrekkelig å informere ansatte om hvilke endringer som skal skje og hvorfor, og forvente at de skal gjennomføre arbeidet på egen hånd (Fixsen et al., 2005; Reupert & Maybery, 2008, referert i Reedtz & Lauritzen, 2015, s.2). Vi ser dermed at en utilstrekkelig endringsprosess potensielt kan føre til at ansatte utfører en ulik

praksis ved ulike institusjoner, og at man ender opp med et tilfeldig oppfølgingsarbeid. Med dette vil vi understreke at et tilstrekkelig oppfølgingsarbeid av barn som pårørende av psykisk syke foreldre er en følge av godt utarbeidede rutiner som er forankret i hjelpeapparatet og den øverste ledelsen.

Funnene våre viser at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bare delvis følger opp lovendringene fra 2010, og at det fortsatt er mangelfulle rutiner i oppfølgingsarbeidet. Det er spesielt kartlegging og dokumentasjon av barn som pårørende til psykisk syke foreldre som fremheves som mangelfull (Akershus universitetssykehus HF, 2015, s.10-11). Det kan tenkes at dårlige rutiner for kartlegging kan gi udekkede behov når det kommer til oppfølging og informasjon til barn. Flere barneansvarlige etterlyser klarere retningslinjer for hvordan de skal utføre sitt arbeid (Akershus universitetssykehus HF, 2015, s.68). Barneansvarlige ønsker også mer tid til å utføre de ekstra arbeidsoppgavene som stillingen medfører, da det er tidkrevende å etablere en god relasjon til den innlagte forelderen for å komme i posisjon til å jobbe med barna (Myrvoll, 2013, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s.11). I studien til Svalheim og Steffenak (2016, s.13) fremkommer det at det er opp til den enkelte behandler å bestemme om de tilbyr samtaler med pasientens barn eller ikke. Når det arbeider flere barneansvarlige ved samme avdeling, ser man imidlertid at arbeidet og rutineene er bedre ivaretatt. Studier fra 2019 viser at kun 64 % av barneansvarlige er enig i at lederen deres tilrettelegger for at de kan utføre oppgavene som stillingen medfører, og hele 62 % svarer at det ikke finnes, eller at de ikke vet om det finnes, en beskrivelse av kompetansen en barneansvarlig skal inneha (Thorsen, Bjørnstad & Romedal, 2019, s.1). Mange uttrykker også utfordringer med mangelfull lederstøtte. Noen forteller også at de opplever sine kollegaer som for dårlige til å bruke barneansvarlig i drøftinger, og at man som barneansvarlig må "mase" for å få informasjon om barnas situasjon (Thorsen, Bjørnstad & Romedal, 2019, s.25). Dårlig tilrettelegging, mangelfull lederstøtte, og dårlig kommunikasjon og samhandling mellom de som skal ivareta barna, kan potensielt føre til mangler i oppfølgingsarbeidet. I verste fall kan det tenkes at barn ikke får oppfølging i det hele tatt.

Nome (2010, s.226) påstår at det har skjedd et paradigmeskifte i synet på pasienten og pårørende. Ifølge Nome har fokuset i voksenpsykiatrien endret seg fra et utelukkende individfokus, til å i større grad omhandle familieperspektivet. Dersom dette er riktig er det i så fall en positiv endring. Tradisjonelt sett har helsepersonell i voksenpsykiatrien fokusert mer på pasientens problemer enn ressurser, noe som kan være til hinder for oppfølgingsarbeidet av

barna (Maybery & Reupert, 2006, referert i Reedtz & Lauritzen, 2015, s.13). Sett fra et slikt perspektiv kan man oppfatte det som belastende for pasienten å snakke om barna sine, noe som kan resultere i at temaet ikke blir tatt opp i det hele tatt. Behandlere kan også unngå å snakke om pasientens barn av redsel for å ødelegge pasientrelasjonen (Svalheim & Steffenak, 2016, s.12). Funn viser at de med høyere kunnskapsnivå omkring barn, er mindre bekymret for å skade pasient–behandler relasjonen (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.12). Videre har helsepersonell som arbeider i voksenpsykiatrien ofte lite erfaring med barn og unge, noe som kan føre til at de vegrer seg fra å ta initiativ til å samtale med pasienten og barna (Reedtz & Lauritzen, 2015, s.13). Flere barneansvarlige forteller om kollegaer som godtar at pasienter ikke vil involvere barna sine, uten noen videre forklaring. De opplever også at behandlere kan unnvike ansvaret om å ivareta pasientens barn, og at de finner begrunnelser for at barna ikke behøver oppfølging (Svalheim & Steffenak, 2016, s.8). Ved å unngå å kartlegge og involvere pasientens barn, frykter vi at det kan føre til at barn som pårørende av psykisk syke foreldre lever i en omsorgssituasjon som ikke er god nok. Uten informasjon om pasientens barn, har vi ingen forutsetning for å vite hvordan situasjonen påvirker barna.

## 6. Oppsummering

I denne oppgaven har vi tatt for oss tematikken barn som pårørende av psykisk syke foreldre, og stilt spørsmål til hvordan vi som sosialarbeidere, med et særlig fokus på rollen som barneansvarlig, kan ivareta disse barna. Vi har foretatt en litteraturstudie, og presentert relevante funn fra utvalgt forskning om barn av psykisk syke. Funnene våre viser at barn som pårørende av psykisk syke foreldre har en økt risiko for å oppleve negative konsekvenser og utvikle psykiske problemer. Videre viser forskning at det er flere faktorer som har betydning for barnas risiko for å oppleve negative konsekvenser. Vi ser at det ikke er foreldrenes sykdom i seg selv som er en risikofaktor for barna, men hvordan foreldrene utøver omsorgsrollen. Forskningsfunnene viser også at forhold som sosialt nettverk, barnets subjektive opplevelse og motstandsdyktighet er sentrale påvirkningsfaktorer for hvordan foreldrenes psykiske lidelse påvirker barna.

For at vi som sosialarbeidere skal kunne ivareta barn av psykisk syke foreldre best mulig, anser vi det grunnleggende å få et helhetlig bilde av barnets situasjon og subjektive virkelighet. Det er viktig at barneansvarlig identifiserer og kartlegger barnas behov, slik at de kan få en tilpasset oppfølging. Ut fra våre funn, finner vi at et godt oppfølgingsarbeid innebærer at barn får

tilstrekkelig og forståelig informasjon om foreldrenes lidelse og behandlingsforløp. Ved at barn lærer å se sammenhengen mellom sykdommens symptomer og foreldrenes reaksjoner, vil de enklere kunne forstå at de ikke skal bebreide seg selv for foreldrenes plager. Vi tror at barneansvarlig sin involvering kan bidra til mindre forvirring og usikkerhet i barnets tilværelse, for eksempel ved å legge til rette for et godt samarbeid mellom hjelpeapparatet og familien. Barneansvarlig kan også hjelpe familien med å sette ord på vanskelige temaer for å skape åpenhet og redusere tabu. Ved å tilby et godt oppfølgingsarbeid vil man kunne redusere sjansen for at barn av psykisk syke foreldre opplever negative konsekvenser, og samtidig hindre generasjonsoverføringer av psykiske lidelser. Videre har barneansvarlig et viktig ansvar når det kommer til å avverge at barn som pårørende av psykisk syke foreldre lever under dårlige og uforutsigbare omsorgsforhold.

For at voksenpsykiatrien sitt pårønderarbeid skal få et bredere barneperspektiv, ser vi behov for å forbedre implementeringen av rutiner i hjelpeapparatet. Funnene våre viser at de lovpålagte rettighetene som skal sikre ivaretagelse av barn som pårørende av psykisk syke foreldre, har en mangelfull forankring i systemet. Implementering av nye rutiner og tiltak er en prosess som krever ressurser som tid, økt kunnskap og bedre opplæring. Videre er positiv oppmerksomhet fra ledelsen en sentral forutsetning for å sikre et godt arbeid med barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Ut fra våre funn ser vi at ivaretagelse av barn som pårørende til psykisk syke foreldre har fått økt fokus, og at lovendringene har bidratt til et organisatorisk rammeverk som legger til rette for at barn kan bli fanget opp og få nødvendige hjelp. Samtidig mener vi at det ikke er holdbart at ivaretagelsen av barn har ulik praksis ved ulike institusjoner, og at oppfølgingsarbeidet med barn som pårørende til psykisk syke foreldre kan være tilfeldig. Vi vurderer at hjelpeapparatet bør legge bedre til rette for at barneansvarlig kan utøve et forsvarlig og forebyggende oppfølgingsarbeid for å ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre.

## 7. Litteraturliste

- Akershus universitetssykehus HF. (2015). *Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudie* (IS-0522). Hentet fra [Barn som pårørende Barn som pårørende Barn som pårørende](#)
- Berg, B. (2015). Velferdsstatens sikkerhetsnett. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s.65-79). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s.19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (4.utg.). Oxford ;New York: Oxford University Press.
- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid* (1. utg). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Ellingsen, I. T. & Kruke, B.I. (2015). Risikohåndtering i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (210-226). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, I. T. & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s.47-64). Oslo: Universitetsforlaget.
- FO (Fellesorganisasjonen). (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Oslo: FO.
- Halsa, A. & Aubert, A.-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien, 2016 (1)*, 67-88. DOI: 10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Helsedirektoratet. (2010). Barn som pårørende. (Rundskriv 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)
- Helsedirektoratet. (2018, 18. januar). Helseforetak skal ha barneansvarlig personell. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og->



[kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte/helseforetak-skal-ha-barneansvarlig-personell](#)

- Kvello, Ø. (2011). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer* (NAPHA Rapport 1/2014). Hentet fra <https://samforsk.no/Publikasjoner/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Lauritzen, C. (2018). Barn som pårørende anno 2018. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 15, 368-373. DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2018-04-10
- Nome, H.-H. (2010). Fra individ til familiefokus i akuttpsykiatriske poster. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 7, 217-227. Hentet fra <https://www.idunn.no/file/pdf/43647157/art11.pdf>
- Nordanger, D. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Reedtz, C. & Lauritzen, C. (2015). Barn med psykisk syke foreldre: behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. *Psykologisk.no*. Hentet fra [https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/8746/article.pdf?sequence=2&isAllowed=y&fbclid=IwAR3hlMtbfdWRe4CodxWThYy3ohoS8fCq61fR\\_RpCQJ0Y76WqmMzIT2jxx5Q](https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/8746/article.pdf?sequence=2&isAllowed=y&fbclid=IwAR3hlMtbfdWRe4CodxWThYy3ohoS8fCq61fR_RpCQJ0Y76WqmMzIT2jxx5Q)
- Schiefloe, P.M. (2011). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri. For helse- og sosialfagutdanningene* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stamnes, J. H. & Haukø, H. (2014). Psykisk sykdom og barns situasjon - Barnas Time - en intervensjonsmulighet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 91, 136-145. [https://www.idunn.no/file/pdf/66713689/psykisk\\_sykdom\\_og\\_barnas\\_situasjon\\_-\\_barnas\\_time\\_en\\_inter.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66713689/psykisk_sykdom_og_barnas_situasjon_-_barnas_time_en_inter.pdf)
- Svalheim, A.-K. & Steffenak, A. K. M. (2016). Barneansvarligs rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser - en fenomenologisk studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12, 2-18. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3771>
- Thagaard, T. (2009). *System og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2010). *Vitenskap, kunnskap og praksis* (1. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thorsen, E., Bjørnstad, E. D. & Romedal, S. (2019). *Barneansvarlig personell. Resultater fra en undersøkelse om barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra

<https://sshf.no/seksjon/BarnsBeste/Documents/BarnsBeste-Barneansvarlig-unders%C3%B8kelse-2019.pdf?fbclid=IwAR112iKjWOyPgBfPoCrr3IOoZyu6-dBCe5yU8U9m2-Arie4GCBemc1Br0U>

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (2011:4). Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Tøssebro, J. & Berg, B. (2015). Sosiale forskjeller, avvik og samfunn. I. T. Ellingsen, I.

Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok* (s.227-243). Oslo: Universitetsforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning*.

Hentet fra

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