



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Barn som pårørende av foreldre med alvorlig psykisk lidelse / Children of parents with severe mental illness

Gry Størseth

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 26.05.21



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ole David Brask

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 26.05.21

Antall ord: 10 995

Forord

En stor takk til kjæreste, familie og Charlotte som har støttet meg masse i denne tiden!
Sistnevnte har bidratt til en flott bachelortid, tross omstendighetene.

Tenk på alt du faktisk har fått til.

Om du ikke ser det selv, så er det utrolig mye.

Du har klart å vokse opp i en utrolig stor verden.

Du har tatt hinsides mange valg allerede, uansett om du

Er bare noen få år eller kjempegammel. Fortsett å ta

Valg, og ikke la andre styre veien din. Dor som Nelson

Mandela en gang sa i sin tale, vi er født til å

Skinne. For vi er Guds barn alle sammen!

(Fra brosjyren Født til å skinne, Voksne barn, referert i Doesum 2015)

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Vernepleierfaglig relevans.....	2
1.3	Oppgavens oppbygging	3
2.0	Problemstilling	3
2.1	Utdyping og avgrensing av problemstilling	3
3.0	Metode.....	3
3.1	Litteratursøk	3
3.2	Litteraturstudie	4
3.3	Kvalitetssikring av litteratur	4
3.3.1	Vitenskapelig perspektiv på litteratur	5
3.4	Forforståelse	5
4.0	Teori	6
4.1	Del 1 – barns påvirkning	6
4.1.1	Historisk perspektiv på forskning av barn som pårørende.....	6
4.1.2	Barn som pårørende	7
4.1.3	Definisjon av alvorlige psykiske lidelser	8
4.1.4	Mulige reaksjoner av barn.....	9
4.1.5	Sølvberg sin studie	10
4.1.6	Risikofaktorer.....	11
4.1.7	Beskyttelsesfaktorer	13
4.1.8	Livskvalitet.....	16
4.2	Del 2 – hvordan ivareta barna	17
4.2.1	Ivaretagelse av barn i forhold til lovverket	17
4.2.2	Kommunikasjon	18
4.2.3	Råd til voksne og helsepersonell.....	19
4.2.4	Familiesamtaler som forebyggende tiltak	20
4.2.5	Internettbaserte tiltak.....	20
4.2.6	Leke- og Samtalegrupper	20
5.0	Drøfting/ Analyse	21
5.1	Oppsummering av teoridel	21
5.2	Risiko, sårbarhet og mestring	22
5.2.1	Risikofaktorer.....	24

5.3	Beskyttelsesfaktorer	25
5.4	Hvordan kan helse- og sosial personell bidra?	27
6.0	Avslutning	29
7.0	Litteraturliste.....	30
8.0	Vedlegg.....	34
8.1	Vedlegg 1	34

1.0 Innledning

Barn som vokser opp i familier med psykisk sykdom, alkoholmisbruk, rus, vold eller seksuelle overgrep beskrives ofte som de usynlige barna. Men hvem er de, og hvorfor er de usynlige? Hvordan ser de usynlige barna ut? Voksne vet at de er der, men blir usikker i hvordan de skal møte dem. De usynlige barna kan være barn som ikke tørr å vise hvem de er eller hvordan de har det, og går rundt med en stor hemmelighet som ingen må få vite om (Moen 2009).

«Basert på pasienttelling har SINTEF beregnet at minst 65.000 barn i 2008 hadde omsorgspersoner som fikk behandling ved døgnavdelinger eller poliklinikker. Av disse barna fikk en tredjedel iverksatt tiltak om videre oppfølging, mens det antas at like mange har udekkede behov for slike tiltak» (Torvik og Rognmo 2011).

Helgeland (2012) skriver at antallet barn som har foreldre med psykiske lidelser i Norge, er anslått til 410.000. Det vil si 37,3 % av alle barn (0-18 år) i befolkningen (Torvik og Rognmo, 2011, referert i Helgeland 2012). Av disse antas det at 260 000 barn har foreldre med moderate eller alvorlige lidelser, hvor av ca. 115 000 barn har foreldre med alvorlige psykiske lidelser (ibid).

Hjelmseth og Aune (2018) skriver i sin fagfelleleurderte forskningsartikkel, uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende, at det er risiko for at foreldrenes psykiske eller rusrelaterte vansker påvirker deres funksjon som foreldre. Det kan derfor påvirke miljøet barna vokser opp i på en negativ måte. Videre skriver forfatterne at stemningslidelser kan skape en uforutsigbarhet eller endring i forelderens atferd. Dette er faktorer som derfor kan skremme barna. Det kan igjen føre til stressorer som kan ha negativ effekt på hjernens utvikling, og gi økt mulighet for lære- og atferdsproblemer samt redusert psykisk og fysisk helse i senere alder. Det er derfor høyt prioritert å kunne tilby hjelpende og forebyggende tiltak til familier med psykiske lidelser blant foreldre (ibid).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som innledningen sier er det behov for å ivareta barna, da de kan ha større risiko for å selv utvikle en psykisk lidelse, samt redusert fysisk helse senere i livet. Flere kilder forteller at barn som pårørende ikke blir synlige nok, og selv om det er forsøkt å legge vekt på det ønsker foreldrene som oftest ikke å ha hjelp av andre arenaer. Fordi det kan oppleves som stigmatiserende samtidig som de er redde for hva den hjelpen vil føre med seg (Hjelmseth og Aune 2018). Inntrykk fra ulik litteratur viser at vi hører mer om hvordan det oppleves for den som har den psykiske lidelsen. Hvordan oppleves det for barna å ha en forelder med psykiske lidelser, samt hvilke konsekvenser kan det medføre, både her og nå, men også senere i livet.

Jeg ønsker å skrive om dette temaet for å sette fokus på barn som pårørende, og fremme hvordan helse- og sosialpersonell kan bidra til å ivareta barna. Helsedirektoratet (2017) skriver at kommunene er pliktig til å legge til rette for å fange opp og følge opp barn som pårørende til foreldre eller søsken. Likevel er det liten forskning på hvordan barn opplever det å være en pårørende for en forelder med en psykisk lidelse. Hvorfor? Er det stigmatiserende? Osen, Relling, Overvik og Glørstad (2019) skriver i et eksempel på en barnesamtale der far har schizofreni, at barnet forteller i samtalen med miljøterapeut og moren at hun ikke ønsker å være hos faren sin lenger. Hun forteller videre at hun ikke ønsker en sånn pappa, men en pappa som er som pappaene til vennene hennes (ibid). Jenta forteller at hun tenker mye på faren sin, men likevel vil hun ikke være hos han. Samtidig som hun synes synd på han (ibid). Her kan vi se at barnet har dårlig samvittighet for å ikke ville møte faren sin, samtidig som hun virker å være redd for å være sammen med han. Ut fra dette kan det se ut til å være en belastning for barnet, fordi man blir forvirret og usikker på hva man skal gjøre for den syke forelderen.

1.2 Vernepleierfaglig relevans

Praksis innenfor psykiatrien på vernepleiestudiet er ikke obligatorisk, men likevel er det mange vernepleiere som arbeider innen psykiatrien, og mange som ønsker seg innenfor denne sektoren. Som vernepleieren kan vi møte disse barna i barnehagen, på skolen, på psykiatriske avdelinger der foreldre er innlagt, eller som kontaktperson for familien.

1.3 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis vil tema bli presentert, etterfulgt av avgrensinger i forhold til hvor temaet for denne oppgaven er gjeldene. Deretter vil problemstillingen og metode fremstilles, samt hvilken type studie denne oppgaven er. Deretter vil relevant og aktuell teori bygges på drøfting og besvarelse av problemstillingen.

2.0 Problemstilling

Hvordan kan barn som pårørende bli påvirket av å ha en forelder med alvorlig psykiske lidelser? Og hvordan kan helse- og sosial personell, bidra til å ivareta barnet?

2.1 Utdyping og avgrensing av problemstilling

Problemstillingen tar utgangspunkt i barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Jeg vil fokusere på barn fra alderen 8-18 år. Grunnen til dette er at barn i denne alderen vil kanskje ha en større forståelse for at noe foregår i hjemmet, eller med forelderen. Jeg har også valgt å avgrense til alvorlig psykisk lidelse, fremfor en spesifikk lidelse på grunn av litteraturtilgang. Jeg har likevel valgt å definere og legge fokus på tre forskjellige lidelser i teoridelen. Videre har jeg valgt å ikke avgrense til vernepleieren i problemstillingen på grunn av litteraturtilgang, men fokusere mer på hvordan helse- og sosialpersonell kan bidra til å ivareta barna.

3.0 Metode

«En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelms Aubert, 1985, s.196, referert i Dalland 2017).

3.1 Litteratursøk

Metoden jeg har brukt i denne oppgaven er litteratursøk. Jeg har brukt Oria og Google scholar som søkemotorer. I oria ble det gjennomført avanserte søk, og søkeordene som er brukt er: *barn som pårørende av psykisk syke*, *barn som pårørende*, *alvorlig psykisk lidelse* og *Barns opplevelse av psykisk syke foreldre*. Når søkene ble gjennomført, fant

jeg relevant litteratur, men også irrelevant litteratur med tanke på oppgavens avgrensinger. Når jeg lette i de ulike artiklene og bøkene var jeg interessert i å finne litteratur fra barns perspektiv, og måten de opplevde barndommen med en forelder som var psykisk syk. Grunnen til at det var dette jeg hovedsakelig lette etter, er at jeg er interessert og nysgjerrig på barnets perspektiv av opplevelsen. Jeg hadde et ønske om å få informasjon og litteratur fra kilden selv, altså barnet, men det var lite litteratur med barns perspektiv.

3.2 Litteraturstudie

Dalland (2017) skriver at den litterære oppgaven baseres på eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Hvilke data du finner, vil avhenge av hva du ønsker å finne. Siden oppgaven baseres på allerede eksisterende litteratur, er det viktig å vurdere kvaliteten av litteraturen (ibid).

3.3 Kvalitetssikring av litteratur

For å kvalitetssikre innhentede litteratur kan man se på hvor gammel litteraturen er. Dersom den er eldre, kan det være at den er utdatert, og at det i senere tid har kommet annen forskning som forteller noe annet. Man kan også se på hvem som er forfatter av litteraturen og om navnet er kjent innen faget, samt hvor det er gitt ut. Det er også viktig å se om forskning, artikler og bøker er fagfellevurdert. Utdanningsforskning (2016) skriver at fagfellevurdert er en akademisk bedømming av en forskningartikkel. En fagfellevurdert artikkel er en artikkel som er vurdert og godkjent av to eller tre upartiske og anonyme eksperter innenfor fagfeltet (ibid). Man må også se på hvilken metode som er brukt i forskningen. Og hvor mange deltakere som har deltatt i forskningen. Det er viktig for å få oversikt om man kan generalisere resultatet eller ikke. Det må ses på om metoden som er brukt er god nok. Hvor mange deltakere i metoden er det blitt forsket på er avgjørende for om det kan generaliseres eller ikke. Dersom det er veldig få deltakere, kan man ikke ta utgangspunkt i at flere har samme opplevelser, da det vil bli for individuelt, og man mister muligheten til å sammenligne med andre.

3.3.1 Vitenskapelig perspektiv på litteratur

Mennesket er et fysisk vesen, men også et vesen som håper på noe, drømmer om noe, er redd for noe, søker å unngå noe eller bestreber seg på noe (Dalland 2017). Denne oppgaven ses fra et hermeneutisk syn. Barn som pårørende er en gruppe som kan være sårbar og usynlig (Moen 2009). Det er derfor viktig at vi forsøker å forstå barnet ut fra deres premisser og forutsetninger, slik at de opplever en trygg tilværelse. Tilværelsen vil være preget av sykdom hos nære, og det kan påvirke barnet både her og nå, men også senere i livet. Dette vil jeg komme nærmere inn på senere i oppgaven.

Humanvitenskapene hjelper oss til å forstå, både oss selv og andre mennesker. Hermeneutikk er en av retningene innen syn på kunnskap, teoridannelse og metode, og betyr fortolkningslære (Dalland 2017). Å fortolke er å prøve å finne frem til en mening i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart. Fenomenologi betyr læren om fenomenene. Et fenomen er fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne, med andre ord det som oppfattes av sansene (Dalland 2017). Thomassen (2006, referert i Dalland 2017) skriver at i fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra for eksempel pasientens eget perspektiv (ibid). Slik litteratur har jeg forsøkt å basere oppgaven på, i og med at det er individuelle opplevelser for hver enkel person.

3.4 Forforståelse

Min forforståelse av hvordan barn blir påvirket av å ha en forelder med psykisk lidelse er at det først og fremst er veldig individuelt. Jeg tror en viktig faktor er om barnet har en trygg omsorgsperson i tillegg. Dersom barnet kun har en forelder med psykisk lidelse, tror jeg barnet vil i mye større grad bli påvirket i en negativ form. Jeg tror det vil føre til parantifisering, at barnet blir den voksne som må ta omsorgsrollen over familien. Jeg tror også at barnet vil bli påvirket mer negativt, dersom barnet er enebarn. Dersom barnet har søsken, tror jeg de vil finne en trygghet i hverandre, selv om de kanskje ikke snakker mye om det. Men at de vil føle seg mindre alene enn det de kanskje ellers ville gjort.

Jeg har erfaringer selv med å være barn som pårørende, samtidig som jeg har lest og hørt fra andre om hvordan barn kan reagere. Jeg tror at barn kan bli redd, og frykte at

forelderen havner i en sykdomsperiode igjen. Eller at barn kan trekke seg litt unna, og kanskje bli mer eller mindre brydd på en negativ måte, over at forelderen oppfører seg annerledes. Når det kommer til at barnet senere blir ungdom/ ung voksen, tror jeg barnet enten vil bli lite påvirket, men samtidig ha en stor omsorg for den forelderen og passe på, eller at barnet selv får problemer med den psykiske helsen. Dette tror jeg vil avhenge av om barnet har fått lov til å være barn, samt om barnet har fått informasjon og støtte fra andre mennesker. Jeg tror likevel at den pårørende vil ha en liten frykt for at forelderen skal havne i en sykdomsperiode, gjennom hele livet. Jeg har tidligere hørt om «løvetannbarn» og er nysgjerrig på hva som gjør at noen kan komme seg bra ut av en situasjon som er belastet, i motsetning til andre som kanskje vil gjøre det motsatte.

Når det gjelder hvordan helse- og sosialpersonell kan ivareta barna, tror jeg at barn ofte kan bli glemt eller oversett uten at det er hensikten, eller at man overvurdere barns evne til å forstå selv om de kanskje uttrykker at de forstår. Dette vil avhenge av barnets alder og barnets forutsetninger, men også sykdomsdebut hos forelder. Likevel vil jeg tro at det er viktig at helsepersonell møter barna med respekt og nysgjerrighet. At de viser at de bryr seg om velvære hos barna, og at de ser dem og støtter dem.

4.0 Teori

4.1 Del 1 – barns påvirkning

I denne delen vil jeg ta for meg relevant teori som omhandler barns påvirkning av å ha en forelder med alvorlig psykisk lidelse. Store deler av teorien vil bestå av definisjoner på ulike begreper, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

4.1.1 Historisk perspektiv på forskning av barn som pårørende

De eldste studiene om barn av foreldre med psykisk sykdom ble gjennomført på 1960-tallet (Anthony 1969, referert i Ytterhus 2012). Utover 1990-tallet og 2000-tallet ble det registrert en oppgang av slik forskning (Ytterhus 2012). Når det gjelder norsk forskning på dette området, fant Hestman, Vikan og Husby i 1995 at voksenpsykiatriske avdelinger nærmest ikke visste om pasientene hadde barn (ibid). Det samme gjaldt for Ytterhus og Almvik (1999) sin forskning som foregikk 4 år senere. På den tiden var det kun 6 av 54 kommuner i Midt- Norge som hadde rutiner for å ivareta barna til psykisk syke foreldre

når de mottok kommunale tjenester på grunn av psykiske vansker (Ytterhus 2012). Barna var nærmest usynlige for spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det betyr likevel ikke at helsepersonellet ikke gjorde noe for disse barna, men det er lite kunnskap om hva som eventuelt ble gjort, og hvordan det ble gjort (ibid). Det største fokuset i flere av studiene ligger på det barnet mister i slike situasjoner, og ikke det de får eller det de selv står i fare for å utvikle. Dette innebærer et fokus på foreldre og barns problemer. Sårbarhet, utviklingsforstyrrelser og avvikende kommunikasjonsmønstre i familien er sentrale begreper knyttet til forskningen (ibid). I andre forskningsstudier ligger fokuset mer på intervensjons- og opplæringsprogrammer, samt styrke barns utholdenhet og resiliens. Fokus på barnets perspektiv og barns egen håndtering av hverdagen har også fått ett større fokus (Ytterhus 2012). Kallander (2009, referert i Ytterhus 2012) skriver at nyere forskning retter oppmerksomheten mot barn som unge omsorgsgivere.

4.1.2 Barn som pårørende

Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) skriver at barn som pårørende er en svært stor gruppe når det gjelder antall. Fellestrekket for disse barna er at foreldrene har definerte sykdomstilstander innenfor en av tre brede samlekategorier: somatisk syke, psykiske syke og rusmiddelavhengige. Barna vil likevel ha ulik alder, utvikling, personlighet og evner (ibid). Forfatterne skriver videre at barn som pårørende ses som en heterogen gruppe. En gruppe som er ulik eller uensartet. Dette innebærer at hvert enkelt barn må ses i lys av både ressurser og sårbarheter. Både hos barnet selv, men også i foreldresystemet, i familien, nettverket, omgivelsene og i hjelpeapparatet rundt familien (ibid). Forelderens skade eller lidelse må også vurderes hvorvidt det innvirker på utøvelsen av sentrale foreldrefunksjoner (ibid). Barn som pårørende har utfordringer og er sårbare, likevel må de også sees ut fra et mestrings- eller resiliensperspektiv. Det er viktig å ha fokus på fungering som er positiv, samt ferdigheter og veksten som finnes hos barn som opplever utfordringer eller vanskelige erfaringer (ibid).

Bee et al (2014, referert i Osen et al. 2019) skriver at det ser ut til at barn av psykisk syke har en fordoblet risiko for å oppleve ulike problemer, sammenlignet med andre barn (ibid). Disse barna har også en større risiko for å oppleve konfliktfylte familiesamspill, dårligere foreldrefungering og omsorgssvikt (Ruud et al. 2015, referert i Osen et al. 2019). Likevel er det en stor andel av barna som klarer seg til tross for risiko (Haugland, Bugge, Trondsen og Gjesdal 2015, referert i Osen et al. 2019).

4.1.3 Definisjon av alvorlige psykiske lidelser

Dahl et al. (1994, referert i Helgesen 2017) definerer psykiske lidelser ved at det kjennetegnes av tydelige psykologiske og/eller atferdsmessige endringer i form av:

- Smertefulle eller plagsomme symptomer og/eller nedsatt atferdsmessig funksjon på viktige områder
- Negative endringer på det mentale området som påvirker tenkning, emosjoner og/eller impuls kontroll
- Negative atferdsendringer som påvirker familieliv og seksualitet, arbeid og utdanning, fritidssysler og økonomiske forhold.
- Lav selvfølelse og nedsatt evne til å danne gode relasjoner til andre mennesker.

Snoek og Engedal (2008) skriver at psykisk lidelse eller sinnslidelser er en fellesbetegnelse på de sjelelige lidelser som vi innenfor vår kulturkrets ser på som sykelige eller behandlingstrengende (ibid).

4.1.3.1 Schizofreni

ICD-10 (verdens helseorganisasjon, 2021) skriver dette om Schizofreni:

Generelt kjennetegnes de schizofrene lidelsene av fundamentale og karakteristiske endring av tenking og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt. Klar bevissthet og intellektuell er vanligvis opprettholdt, selv om en viss kognitiv forstyrrelse kan utvikles over tid. De viktigste psykopatologiske fenomenene omfatter tankeekko, tankepåføring eller tanketyveri, tankekringkasting, vrangforestilling når det gjelder til persepsjon og kontroll, influens eller passivitetsbevissthet, hallusinatoriske stemmer som kommenterer eller diskuterer pasienten i tredje person, tankeforstyrrelse og negative symptomer. Schizofrene lidelsers forløp kan være kontinuerlig eller episodisk med progredierende eller stabil defekt, eller det kan være en eller flere episoder med fullstendig eller delvis remisjon.

(ICD-10, verdens helseorganisasjon 2021).

4.1.3.2 Bipolar affektiv lidelse

ICD-10 (verdens helseorganisasjon 2021) definerer bipolar affektiv lidelse slik:

Lidelsen kjennetegnes av to eller flere episoder der pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Forstyrrelsen består noen ganger i hevet stemningsleie (oppstemthet) og økt energi og aktivitet (hypomani og mani) og andre ganger i senket stemningsleie (nedstemthet) nedsatt energi og aktivitet (depresjon). Gjentatte episoder av bare hypomani eller mani skal klassifiseres som bipolar lidelse.

(ICD-10, verdens helseorganisasjon 2021).

4.1.3.3 Depressiv episode (depresjon)

ICD-10 (verdens helseorganisasjon 2021) definerer depressiv lidelse slik:

Ved typisk milde, moderate eller alvorlige depressive episoder lider pasienten av senket stemningsleie (nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, føle interesse og konsentrasjon er nedsatt, og en uttalt tretthet og tretthet er vanlig selv etter den minste anstrengelse. Vanligvis blir søvnen forstyrret og appetitten redusert. Selvfølelsen og selvtilliten er nesten alltid svekket, og selv i den milde formen er forestillinger om skyld og verdiløshet ofte til stede. Det senkede stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendigheten og kan ledsages av såkalte «somatiske» (melankoliforme) symptomer, som tap av interesse og lystfølelser, oppvåkning om morgenen flere timer tidligere enn vanlig, depresjon som er tyngst om morgenen, uttalt psykomotorisk retardasjon, uro, appetittløshet, vekttap og tap av seksualdrift. Avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad, kan en depressiv episode spesifiseres som mild, moderat eller alvorlig.

(ICD-10, verdens helseorganisasjon 2021).

4.1.4 Mulige reaksjoner av barn

Kufås et al. (2001, referert i Helgeland 2012) skriver at studier viser at barn som har en psykisk syk forelder og som ikke får informasjon om forelderens sin lidelse, kan bli engstelig og redd. De kan bli engstelige for om forelderens skal dø eller være redd for at

forelderen aldri skal bli frisk igjen (Mordoch 2010, referert i Helgeland 2012). Forskning og etablert kunnskap viser til at barn har behov for å forstå hva som skjer i familien. Meadus & Johnson (2000, referert i Helgeland 2012) skriver at barn kan reagere med overinvolvering ved at de tar et stort ansvar for det emosjonelle klimaet og praktiske gjøremål i familien. Andre kan reagere med likegyldighet eller tilbaketrekking fra foreldre og familielivet (Solantaus-Simula et al. 2002, referert i Helgeland 2012). Helgeland (2012) skriver at den psykiske lidelsen er ofte tabu, og i mange familier hvor en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse, er det lite kommunikasjon om hvordan foreldrenes sykdom kan påvirke familielivet. Forskning viser også at mange barn er redde for å selv utvikle psykiske problemer i en voksen alder (Kufås et al. 2001, referert i Helgeland 2012).

4.1.5 Sølvsberg sin studie

Ifølge Sølvsberg (2011) er svært mange som har vokst opp med psykisk syke foreldre, uvitende om hvilken diagnose foreldrene har. Haugland mfl. (2015, referert i Helsedirektoratet 2017) skriver at foreldrenes sykdom vil i ulik grad og på ulike måter innvirke på foreldrerollen, og dermed påvirke barnas oppvekstmiljø. Sølvsberg (2011) skriver om en forskningsstudie basert på 112 voksne barn av psykisk syke som fra starten av høsten 2001 og frem til sommeren 2009, deltok i deres samtalegrupper. Av de 112 deltakerne er det 41% som oppgir at de kjenner til foreldrenes diagnose.

I studien bekreftet 49 av deltakerne at de kjente til forelderen sin diagnose, og som kunne fortelle hva diagnosen dreide seg om. Av disse 49 deltakerne var det 18 personer som anga at de hadde foreldre med bipolare psykose. Det var en større gruppe av deltakerne som hadde en forelder med schizofreni eller en schizofrenilignende tilstand, men det står ikke noen konkrete tall. Det var 7 av deltakerne som anga at en av deres foreldre har hatt diagnosen depresjon (Sølvsberg 2011).

4.1.5.1 Opplevelser fra deltakere fra Sølvsberg (2011)

4.1.5.1.1 Bipolar affektiv lidelse

Disse deltakerne beskrev at det var tungt i hjemmet når mor eller far var deprimerte, og at skyldfølelsen og redselen for selvmord ble svært sentralt for dem. De fortalte også om en viss utrygghet rundt om den syke ville begå selvmord. Likevel beskrev de også hvor festlig

og underholdende forelderen kunne være i de oppstemte periodene. Samt om de ville finne på mye galt i disse periodene. Men likevel påpeker de at dette var hverdagen for dem, og at de ikke hadde noe grunnlag for å sammenligne det med noe annet. På spørsmål om hva sykdomsbølgene gjorde med dem, svarte flesteparten at mor eller far egentlig ikke var friske i de periodene mellom synlig sykdom. Og at dette egentlig var den vanskeligste perioden, på grunn av drastiske forandringer i familiesituasjonen, som for eksempel innleggelse eller skilsmisser (Sølvberg 2011).

4.1.5.1.2 Schizofreni

En av deltakerne forteller at det var lettere å leve med sin schizofrene mor før hun fikk behandling, for med medisiner opplevdes moren mer tom og uten initiativ og engasjement. Allerede i tidlig alder hadde deltakeren lært seg å leve med sykdommen til moren, slik at han forstod hvordan han skulle sortere mellom hva som var henne og hva som skyldtes schizofrenien. På den andre siden var deltakeren fanget av sin omsorgsrolle. Spesielt for denne deltakeren, var at faren som var viktig som en trygghet i familien, døde. Farens død førte til at alt raste sammen, og i en alder av 38 år bodde fortsatt denne deltakeren hjemme hos moren, uten å ha stiftet egen familie. Han forteller at han er opptatt av å virke veloppdragen slik andre forventer, men at han fortsatt er preget av usikkerhet og en ansvarsfølelse over familien (ibid).

4.1.5.1.3 Depresjon

Deltakerne forteller at det var problematisk å vokse opp med en deprimert mor eller far, fordi stemningen i huset ble påvirket. Humøret og stemningsleie ble også overført til barna. Redsel for å begå selvmord trekker de også frem som en sentral tankegang, samt at barna ble brukt som samtalepartner uten å ha utviklet voksne beskyttelsesstrategier. Dette førte til at de ble dratt i det «sorte hullet». Dette kan resultere i et barn som er utrygg på sin evne til å meste egen tristhet og sorg (ibid).

4.1.6 Risikofaktorer

Enkelte faktorer beskytter mot psykisk uhelse, mens andre faktorer øker risikoen for det samme (Eng og Kjøbli 2017). Risikofaktor er en samlebetegnelse på forhold som øker faren for at personer utvikler vansker (Kvelling 2010) Flere risikofaktorer på samme tid vil gi negativ utvikling på barnet. Det er også ofte slik at flere risikofaktorer forekommer

samtidig, og at det er en sammenheng mellom risikofaktorer. Eksempelvis vil både psykisk sykdom, rusmisbruk og fattigdom hos foreldre være risikofaktorer for at barnet selv utvikler psykiske vansker. Psykisk sykdom er igjen en risikofaktor for både rusmisbruk og fattigdom (Knudsen, Schjelderup-Mathiesen og Mykletun 2010, referert i Eng og Kjøbli 2017). Omsorgssvikt, vold og seksuelt misbruk er risikofaktorer for en rekke psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2011, s. 19, referert i Eng og Kjøbli 2017).

Kvello (2010) skriver at risikofaktorer grupperes ofte i tre hovedområder, der det første er barnet selv. Det omfatter medfødte eller tidlig ervervede trekk som følge av miljøpåvirkning. Det andre hovedområdet er foreldrene og kjernefamilien, som innebærer foreldrenes påvirkningskraft på barnets utvikling. Det siste området er det øvrige oppvekstmiljøet, som innebærer andre miljø barnet er i kontakt med som for eksempel barnehage, skole, slekt, sosialt nettverk utenfor kjernefamilien og fritidsaktiviteter (ibid). Risikofaktorer knyttet til barnet kan være en generell utviklingsforstyrrelse, impulsivitet og hyperaktivitet, aktivt tilbaketrukkende og sky eller utrygg tilknytningsstil. Risikofaktorer knyttet til kjernefamilien kan være svak eller skadelig omsorgsutøvelse overfor barnet, vold, rusmiddelbruk, psykisk sykdom, høyt konfliktnivå, samlivsbrudd, arbeidsledighet eller uføretrygd (ibid). Risikofaktorer knyttet til mikrosystemene ut over familien kan være et belastende nærmiljø eller barnehage og skole preget av høyt sykefravær og utskiftning av ansatte (ibid).

4.1.6.1 Omsorgsrolle

Det er ikke den psykiske lidelsen i seg selv som kan være skadelig for barnet, men i hvilken grad foreldrene mestrer foreldrerollen (Alnes 2011, referert i Svalheim og Steffenak 2016). Svalheim og Steffenak (2016) skriver at det er ulike forhold som påvirker barns omsorgsrolle og hvordan de eventuelt håndterer hverdagen som en omsorgsgiver. Blant annet i hvilken grad familien får støtte, og hvor godt foreldrene fungerer (Kallander 2010, referert i Svalheim og Steffenak 2016). Barna som er mest utsatt, er barn som bor i familier hvor foreldre har alvorlig psykisk lidelse, og de voksne har udekkede behov fra helse- og omsorgstjenester. Familiene har ofte et lite sosialt nettverk, og forsøker å hindre at omverdenen får vite om den psykiske lidelsen. Mangelen på støtte fra venner og øvrig familie kan være risikofaktorer som bidrar til å øke barns rolle som omsorgsgiver (Becker 2007, referert i Svalheim og Steffenak 2016). Det betyr at mange barn får belastende oppgaver, for å få hverdagen til å fungere. Kallander (2010, referert i Svalheim og

Steffenak 2016) skriver at barn vil slippe dette ansvaret, og ønsker mer hjelp hjemme og forebyggende tiltak.

Et annet begrep for omsorgsrolle er parantifisering. Valleau, Bergner og Horten (1995, referert i Haugland 2006) skriver at parantifisering er et mønster av familieinteraksjon hvor barn og ungdom tildeles roller og ansvar som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere (ibid). Denne definisjonen legger vekt på at det er nødvendig å se på barns rollemønstre i forhold til normer og forventninger i kulturen barnet lever i. Det som er normalt og forventet i en kultur, kan klassifiseres som parantifisering i en annen. Det er flere årsaker som kan utgjøre en risiko for utvikling av parantifisert familiemønster. Et fellestrekk er at det er mangler eller ubalanser i omsorgssystemet (Haugland 2006). Parantifisering vil ofte være et resultat av flere forhold. Foreldre kan ha store problemer som andre ikke klarer å imøtekomme på en tilstrekkelig måte. Derfor rekrutteres barnet inn i en omsorgsrolle (ibid).

4.1.7 Beskyttelsesfaktorer

Motsetningen til risikofaktorer er beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorer bidrar til å moderere effekten av eventuelle risikofaktorerens innvirkning på individet, slik at utviklingen kan bli mer positiv enn den ville vært uten disse faktorene. Brandt og Grenvik (2010) definerer fire hovedgrupper som beskyttelsesfaktorer. Den første er personlighetstrekk, den andre er om selvbestemmelse, selvfølelse og positiv sosial orientering, den tredje er familie, varme og fravær av uoverensstemmelser og den siste er samfunnsmessige forhold som for eksempel tilgang til støtte (ibid). Eksempler på beskyttelsesfaktorer for utvikling av vansker er gode foreldreferdigheter, positive relasjoner i familien og et utviklingsstøttende miljø for barnet (Eng og Kjøbli 2017). Kvello (2010) skriver at beskyttelsesfaktorer knyttet til barnet er om barnet har en alderskvat kompetanse, for eksempel motorisk, emosjonelt, kognitivt, atferdsmessig og sosialt, eller at barnet har hobbyer og interesser (ibid).

4.1.7.1 Beskyttelsesmodellen

Beskyttelsesmodellen viser at beskyttelsesfaktorer i miljøet kan ha en indirekte innvirkning på barnets utvikling av resiliens, eksempelvis i jevnaldningsmiljø. Gjennom nettverk av venner og fritidsaktiviteter kan barnet få sosial kompetanse som vil øke grad av selvtillit (Borge 2010). Jevnaldrende har en stor betydning for hvert enkelt, samt det å

bli akseptert av og ha gode venner er viktig (Asendorpg og Van Aken 1997, referert i Borge 2010).

4.1.7.2 Resiliens

Kvello (2010) skriver at noen barn utvikler seg godt på tross av betydelige belastninger de opplever som barn. Før ble slike personer bemerket som motstandsdyktige, usårbare eller løvetannbarn. I dag benyttes begrepet resiliens om denne gruppen mennesker.

Resiliens handler om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer. Rutter (2000, referert i Borge 2010) definerer resiliens slik:

Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik (ibid).

I denne definisjonen ligger fokuset på relativ motstandskraft mot psykososial risiko. Det er ikke én type resiliens og én type risiko. Hvert enkelt risikobarn vil måtte finne sine egne mestringsstrategier, utfra sine forutsetninger, for å oppnå en best mulig tilværelse (Borge 2010). Barns reaksjoner på stress er veldig varierende og individuelle. Borge (2010) skriver et eksempel om to gutter som vokser opp i et nabolag som var plaget av stoffmisbruk og vold. Guttene var begge 12 år, og på skolen lå de begge under gjennomsnittet og fikk trøbbel med politiet. En av dem klarte seg bra, avsluttet skolen, studerte, fikk familie og bor i et rolig strøk. Han andre fullførte aldri skolen, og har vært inn og ut av fengsel (ibid). I dette eksemplet kan vi se hvordan barn håndterer påkjenninger og stressfaktorer på forskjellige måter. Det er flere årsaker til hvorfor barn håndterer slikt forskjellig. En årsak kan være at noen barn ikke er like mottakelig for slike påkjenninger. En annen årsak kan være individuelle forskjeller i arv og miljø, og barn velger i stor grad selv miljøet (Plomin og Rutter 1997, referert i Borge 2010).

«Løvetannbarn» ble tidligere nevnt. På vitenskapelig vis kan vi si at løvetannbarn er risikobarn som benytter seg av sine spesielle egenskaper i sitt miljø. Eksempelvis barn som vokser opp i familier med alvorlig psykisk sykdom, som tar ansvar for husholdningen og dens plikter, samt tar seg av søsken. Disse beskyttende egenskapene handler om at barnet oppnår resiliens gjennom et unikt samarbeid mellom barnets individuelle egenskaper og

miljøets egenskaper (Borge 2010). Det er mange forhold i miljøet som er med og påvirker om barn, ungdom og voksne som er under påkjenninger, vil utvikle seg og friskne til. Et barn må få muligheten til å kunne mestre og prøve ut sine overlevelsesmekanismer, samtidig som ros og oppmuntring for risikobarn kan bidra til at barn tåler å møte nye utfordringer, påkjenninger, skuffelser og fare med en fornyet styrke. Barnets personlighet, eller barnets grad av resiliens vil ikke alene være tilstrekkelig nok til å utvikle resiliens i seg selv. Resiliens kan ikke læres på samme viset som ved mestring. Resiliens utvikles i det virkelige livet, i samspill med reell risiko og barnets egenart (Borge 2010).

4.1.7.3 Mentalisering

Mentalisering dreier seg om hvordan vi forstår oss selv og andre mennesker (Bateman og Fonagy, referert i Håkonsen 2009). Stein (2006, referert i Skårderud og Duesund 2014) skriver at mentalisering er en sentral mekanisme for resiliens (ibid). Fonagy, Gergely, Jurist og Target (2002, referert i Skårderud og Duesund 2014) skriver at mentalisering er evnen til å gi mening til egen og andres atferd i lys av indre motivasjon, som tanker, behov, følelser og lyster. Ofte forenklet med å se andre innenfra og seg selv utenfra (ibid). Når evnen til å mentalisere er redusert, blir det også vanskelig å regulere egne følelsesreaksjoner. Følelseregulering er den evnen vi har til å skille mellom ulike følelser, å forstå meningsinnholdet i de ulike følelsesuttrykkene og å tilpasse disse til situasjoner og mellommenneskelige forhold. God følelseregulering er derfor en grunnleggende sosial egenskap, på grunn av at det hjelper oss til å møte følelsesmessige belastninger. Uten en god følelseregulering blir vi impulsive, og det kan føre til at vi utfører destruktiv atferd, selvskading eller annen utagering. Det er naturlig at vi fortolker hverandre gjennom det vi opplever og forståelsen vi har av andres handlinger dens hensikt. Men følelser er alltid usikre og mangetydige, og derfor er det ofte usikkerhet knyttet til fortolkninger. Evnen til å forstå sitt eget- og andres sinn, er knyttet til god regulering av følelser og til psykisk helse (Håkonsen 2009).

Tilknytning er grunnlaget for å forstå begrepet mentalisering. Tilknytning handler om både det følelsesmessige båndet som etableres mellom barn og foreldre, og den spesifikke atferden som har hensikt i å fremme nærhet mellom dem (ibid). Den viktigste utviklingen hos et barn er utviklingen som skjer på det følelsesmessige og det sosiale området. Det er her vi utvikler forståelsen av oss selv som menneske, både som et individ men også som en del av et fellesskap (ibid). Mennesket har et biologisk behov for å søke sikker tilknytning,

og tilknytning fremmer utviklingen i hjernen vår som styrer og regulerer de sosiale evnene. Gode mentaliserende evner innebærer at man kan forstå de misforståelsene man automatisk blir en del av gjennom samspill med andre, på en bedre måte. Svekket mentalisering vil si det motsatte, altså at man handler basert på misforståelser og selv blir misforstått. Dette kan fort skape forvirring, og det kan utløse sterke følelser som kan føre til avvising, overbeskyttelse, maktmisbruk og symptomøkning (Håkonsen 2009). Mentalisering forteller noe viktig om de vansker vi finner når vi strever med å mestre hverdagens utfordringer, eller når vi blir rammet av psykisk lidelser (ibid).

4.1.8 Livskvalitet

Helsedirektoratet (2015) skriver om en multisenterstudie om barn som pårørende av foreldre med psykisk sykdom, somatisk sykdom og rusmisbruk. Helsedirektoratet (2015) skriver at opplevelse av livskvalitet og trivsel i hverdagen kan bidra til å enten styrke eller å svekke barnets evne til å håndtere påkjenninger og stress. Livskvalitet og trivsel vil derfor være viktige mål som kan gi informasjon om hvordan barnet har det, selv om diagnose eller kliniske symptomer ikke er utviklet. I denne undersøkelsen deltok barna selv, den syke forelderen og den friske forelderen. Hensikten med undersøkelsen var at alle kandidater skulle svare på spørsmål angående livskvalitet og trivsel hos barna på 5 områder. De 5 forskjellige områdene var hvordan barna har det fysisk, psykisk, opplevelse av autonomi og forhold til foreldrene, forhold til venner og sosial støtte og deres trivsel og fungering på skolen.

I vedlegg 1 kan vi se resultatene av undersøkelsen. Vedlegget viser en gjennomsnittsverdi for total livskvalitet og trivsel. Hvis vi ser på psykiatrigruppen, kan vi se at barnet har rapportert høyere tall enn begge foreldre. Den syke foreldre har rapportert de laveste tallene. Vi ser også at psykiatrigruppen har de laveste gjennomsnittsverdiene når det kommer til hvordan barnet har det.

Ut ifra dette kan det se ut til at når sykdom rammer familier, kan foreldre få vansker med å få innblikk i barnets hverdag. Vi ser at foreldrene undervurderer barnets livskvalitet i totalen. Helsedirektoratet (2015) skriver at denne kunnskapen om foreldrenes begrensede innblikk i barna hverdag er noe som bør tas med i arbeid med barn som pårørende. Vi ser også at det er veldig viktig å snakke med barna, og ikke bare spørre foreldrene om informasjon om hvordan barna opplever det (ibid).

4.2 Del 2 – hvordan ivareta barna

Det er mange faktorer som spiller en sentral rolle for hvordan barn blir påvirket av å ha en forelder med alvorlig psykisk lidelse. Men hvordan kan vi som helse- og sosialpersonell bidra til å ivareta disse barna? Hva er viktig i møte med barna som i utgangspunktet kan være sårbare og usikre på hva som skjer? I teori del 2, vil jeg ta for meg relevant litteratur for å besvare disse spørsmålene.

Studier viser at barn og unge med psykisk syke foreldre har behov for informasjon, rådgivning og støtte (Gladstone mfl. 2011, referert i Trondsen og Rabbe 2015). Likevel erfarer svært mange at de må håndtere familiesituasjonen på egenhånd med lite informasjon og uten noen å snakke med (Mordoch, 2010, referert i Trondsen og Rabbe 2015). Det er samtidig en utfordring for hjelpeapparatet å fange opp barn som lever i vanskelige livssituasjoner, og ungdom er spesielt tilbakeholdne når det kommer til å oppsøke sosial- og helsetjenester for hjelp til problemer (Prior 2012, referert i Trondsen og Rabbe 2015).

Ytterhus (2012) skriver at gruppen barn som pårørende har fått økt oppmerksomhet fra helsepersonellet og forskere i de siste 15 årene, på bakgrunn av at vi i økende grad har ervervet kunnskap om at mindreårige barn vil bli betydelig berørt når foreldre er syke over tid (ibid). Likevel er det lite systematisert kunnskap og uklart akkurat hva helsepersonellet gjør for disse barna, samt hva de vet om barna mens foreldrene er syke (ibid).

4.2.1 Ivaretakelse av barn i forhold til lovverket

I helsepersonelloven § 10a står det at helsepersonell som yter helsehjelp til pasienter med psykisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom eller skade, samt rusmiddelavhengige skal avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og ivareta behovet for informasjon og oppfølging (hpl §10a 1999). Videre i lovteksten står det at helsepersonell skal blant annet tilby samtaler med pasienten om barnets informasjons- og oppfølgingsbehov, og samtaler angående informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Det står også at helsepersonell skal innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig. Samt også bidra til at barnet, og barnets omsorgsgivere gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for

samvær, i henhold til taushetsplikten. Denne informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (ibid).

Ytterhus (2012) skriver at Helsedirektoratets rundskriv IS-5/2010 understreker at formålet med helsepersonelloven §10a er at barn skal forbli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg en foreldrerolle når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta funksjonene som inngår i foreldrerollen (Ytterhus 2012). I tillegg skal alle helseinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell (Bugge et al. 2015). Personer i den rollen er ansvarlig for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barn når foreldre er rammet av sykdom (ibid). Den barneansvarlige skal også holde annet helsepersonell oppdatert om ny viten og fremme barnas interesser (Svalheim og Steffenak 2016).

4.2.2 Kommunikasjon

Det er viktig å gi barn og unge den støtten de trenger. For å kunne gjøre det, er det nødvendig at helsepersonell har en god dialog og samhandling med både pasienten og familien (Bugge og Røkholt, 2009, referert i Bugge, Røkholt og Aamotsmo 2015). Mange pasienter er usikre på når og på hvilken måte det er riktig å informere barna. Likevel må utgangspunktet for samhandlingen med familien skje på pasientens premisser. De vil ofte ha et behov for å kunne ta innover seg sin egen sykdom, før de kan snakke med barna om det. For helsepersonell er det derfor viktig å se barn og unges behov, og starte en dialog med pasienten og den friske forelderen om involvering av barna tidlig i behandlingen. Det vil være også være viktig å kommunisere med nettverket til barna og foreldrene. Eksempelvis helse- og omsorgstilbud i kommunen, skole og barnehager, barne- og ungdomspsykiatri, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevern (ibid).

Kommunikasjonen og samhandlingsprosessene for hele pasientforløpet kan beskrives som en sirkulær prosess der informasjon fra helsepersonell kan utløses ved kartlegging av barnas behov og spørsmål til foreldrene. Både av foreldrene selv ved deres spørsmål, eller ved barnas spørsmål. Der åpenhet som en del av prosessen vil stimulerer til mer informasjon (Bugge et al. 2015). Kartleggingen av barna vil sikre at ikke blir overlatt til seg selv. I denne kartleggingen skal det undersøkes om barnets navn, fødselsdato daglige omsorgen og hvem som ivaretar barnet når forelderen er innlagt (Osen et al. 2019). Barns behov for informasjon og støtte vil konstant være i endring, alt etter utviklingen av

sykdommen, men vil også reguleres etter barnas reaksjoner på situasjonen, og deres kunnskap og forståelse av selve situasjonen (Bugge et al. 2015). Helsepersonell skal også bidra til at barna får informasjon dersom foreldrenes helsemessige tilstand gjør det vanskelig å snakke med barna om sykdommen sin. Her er det store individuelle forskjeller, og informasjonen som gis på vurderes individuelt og i samråd med foreldre og nettverk (Osen et al. 2019).

4.2.3 Råd til voksne og helsepersonell

Bergem (2018) skriver om råd til voksne som vil støtte barn som pårørende. Rådene er like anvendelige i skolen som i helsevesenet, og kommer fra en jente som heter Maja.

Se på meg og lær deg navnet mitt, slik at jeg forstår at du vil bli kjent med meg, gjerne fortell meg ditt navn også. Smil til meg, og spør om det er noe jeg trenger. For eksempel om jeg er sulten eller tørst, for da vet jeg at du vil meg vel. Vis vilje til å se verden fra mitt perspektiv, og ikke tro at du vet sannheten om meg. Selv om du har møtt andre i likedan situasjon, er fortsatt jeg bare meg, og du er du. Ikke legg ordene i munnen på meg. Still meg heller åpne spørsmål, der du ikke vet svaret på forhånd. Eksempelvis *Hvordan er det å besøke pappa på sykehuset? Hvordan har du det i dag?* Legg fra deg permene og nøklene når du prater med meg, for da blir vi mer lik. Sett deg ved siden av meg fremfor å sitte ved pulten. Sett deg gjerne på huk når du snakker med meg, slik at jeg forstår at den store kroppen din ikke er farlig. Fortell meg at det er greit å gråte og å være redd og trist. La meg være barn, og vise at det er lov til å tulle å le selv om vi er på et sykehus eller lignende. Og til slutt vær deg selv, slik du er. Det kan innebære at du legger vekk noe av profesjonaliteten din. Hvis du er deg, kan jeg være meg (Bergem 2018).

Oppgavene til helsetjenestene er ikke å behandle barn som pårørende, men bidra til å forebygge at barna utvikler egne problemer, ved å ha samtaler med dem om deres opplevelser og gi dem informasjon, støtte og størst mulig grad av trygghet i en belastende livssituasjon med en syk forelder. Helse- og sosial personell skal bidra til at hele familien opplever en økt følelse av mestring. Ved behov skal familier få hjelp til aktuelle instanser for nødvendig oppfølging (Helsedirektoratet 2010, referert i Osen et al. 2019).

4.2.4 Familiesamtaler som forebyggende tiltak

Helgeland (2012) skriver at familiesamtaler med barneperspektiv har vist seg å ha forebyggende effekt i forhold til utvikling av psykiske lidelser hos barn av foreldre med psykiske lidelser (Phikala & Johansson 2008, referert i Helgeland 2012). Familiesamtalene skal hjelpe familiene til å snakke sammen og bidra til å bryte tabuet rundt sykdommen. Familiesamtaler med barnets perspektiv har klare målsettinger om å gi både barn og voksne informasjon om den psykiske lidelsen, samtidig som familien skal få hjelp til å snakke sammen om situasjonen (Helgeland 2012). Samtalene kan bidra ved å være en forsterkning av informasjon og forståelse av sykdommen, når en tredjepart bekrefter og hjelper til med å sette ord på opplevelsene (ibid).

4.2.5 Internettbaserte tiltak

Trondsen og Rabbe (2015) skriver at internett har i økende grad blitt en utbredt kilde til helserelatert informasjon og kommunikasjon, særlig blant ungdom og unge voksne. Studier viser at muligheten til å søke informasjon og kommunisere anonymt er betydningsfullt knyttet til informasjon om psykiske helseproblemer eller andre temaer som kan være stigmatiserende (Chapple og Ziebland, 2011, referert i Trondsen og Rabbe 2015). De ulike nettsidene er utformet på forskjellige måter, der noen fokuserer på kontakt med fagfolk, andre med diskusjonsforum eller informasjonssider (Trondsen og Rabbe 2015). Internettbaserte selvhjelpsgrupper har vist seg å være til god hjelp for mestring av sykdom, eller vanskelige livssituasjoner gjennom utveksling av erfaringer, råd og støtte mellom pasienter og pårørende (ibid).

4.2.6 Leke- og Samtalegrupper

Doesum (2015) skriver om ulike tiltak som fokuserer på barnet, avhengig av hvilket alderstrinn barnet er på. Disse tiltakene skal gi støtte og informasjon for å øke barnas kompetanse og lette på eventuelle byrder som de kan kjenne på. Et av tiltakene forfatteren trekker frem er leke- og samtalegrupper for barn opptil 16 år. Det er delt inn i aldersbestemte grupper, fra 8-12 år og 12-16 år. Leke- og samtalegruppene gjennomføres samtidig med to gruppemøter for foreldrene. Før selve oppstarten av tiltaket, møter gruppelederen barnet for en individuell samtale. Deretter vil det være åtte gruppemøter, der barnet vil få informasjon om problemer som psykisk syke foreldre kan ha, og motta sosial støtte fra gruppen. Videre vil barna få opplæring i mestringsstrategier for å kunne

håndtere egne problemer som kan oppstå som følge av foreldrenes sykdom (Doesum 2015). Teknikker som brukes i gruppemøtene er undervisning, rollespill, gruppesamtaler, hjemmeoppgaver, avkobling og fritidsaktiviteter. Det ble utført en effektstudie av leke- og samtalegruppene for barn mellom 8-12 år (Van Santvoort mfl. 2014, referert i Doesum 2015). Der ble barn fra 254 familien fordelt i en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe. Foreldre og barn fra begge gruppene fylte ut spørreskjemaer ved oppstart av intervensjonsgruppen, og tre og seks måneder senere. De emosjonelle og atferdsmessige problemene til barna i tiltaksgruppen ble også vurdert ett år etter oppstarten av tiltaket. Resultatene av studien viste at barna i tiltaksgruppen opplevde større nedgang i negative kognisjoner og søkte mer sosial støtte både umiddelbart etter deltakelsen og tre måneder senere, enn barna i kontrollgruppen. De hadde også en mer stabil følelse av sosial aksept etter tiltaket ble gjennomført, men hos kontrollgruppen avtok følelsen av sosial aksept. Mellom de to forskjellige gruppene var det ingen forskjeller når det kommer til andre kognisjoner, kompetanse, foreldre-barn samspill og emosjonelle og atferdsmessige problemer. Begge gruppene opplevde bedring over tid (Doesum 2015).

5.0 Drøfting/ Analyse

5.1 Oppsummering av teoridel

Hvert enkelt barn må ses i lys av både ressurser og sårbarheter (Haugland et al. 2012). Barn som pårørende har utfordringer og er sårbare, likevel er det viktig å fokusere på fungering som er positiv, samt ferdigheter og veksten hos barn (ibid). Barn av psykisk syke foreldre har en fordoblet risiko for å oppleve ulike problemer, sammenlignet med andre barn (Osen et al. 2019). Barn som ikke får informasjon om foreldrenes sykdom, kan reagere med å bli engstelig og redd, eller overinvolvere seg i familielivet og ta mye ansvar. Noen kan også bli likegyldige og trekke seg unna familien (Helgeland 2012).

Enkelte faktorer beskytter mot psykisk uhelse, mens andre faktorer øker risikoen for det samme (Eng og Kjølbi 2017). Psykisk sykdom i familien er blant de sistnevnte. Steffenak og Svalheim (2016) skriver likevel at det er ikke den psykiske lidelsen i seg selv som kan være skadelig for barnet, men graden av hvordan foreldrene mestrer foreldrerollen. Risikofaktorer kan være at barnet er impulsivt eller tilbaketrekkende og utrygg, at foreldrene har en svak eller skadelig omsorgsutøvelse overfor barnet, eller at barnet vokser

opp i et belastet nærmiljø med mye kriminalitet eller rusmiddelmissbruk. På den andre siden kan beskyttelsesfaktorer være at barnet har en aldersadekvat kompetanse eller hobbyer som barnet mestrer, foreldre som mestrer foreldrerollen og et støttende nettverk (Kvelling 2010).

Noen barn utvikler seg godt på tross av belastende hjem, og begrepet resiliens brukes om denne gruppen mennesker. Resiliens handler om barns motstandsdyktighet mot å utvikle psykiske problemer (Borge 2010). «Løvetannbarn» er et kjent begrep, og er risikobarn som benytter seg av sine spesielle egenskaper i sitt miljø. Resiliens utvikles i samspill med reell risiko og barnets egenart (ibid). Mentalisering er en sentral mekanisme for resiliens (Skårderud og Duesund 2014). Mentalisering er evnen til å gi mening til egen og andres atferd i lys av indre motivasjon, som tanker, behov, følelser og lyster. Ofte forenklet med å se andre innenfra og seg selv utenfra (ibid).

Barn og unge med psykiske syke foreldre har behov for informasjon, rådgivning og støtte (Trondsen og Rabbe 2015). I helsepersonelloven §10a står det at alt helsepersonell skal avklare om pasienten har mindreårig barn eller søsken og ivareta behovet for informasjon og oppfølging (hpl §10a, 1999). For å kunne ivareta behovet hos barn, er det viktig med kommunikasjon og en god dialog mellom pasient og familie. Bergem (2018) skriver om råd til voksne og helsepersonell i møte med barn som pårørende. Rådene har et barneperspektiv, og går i hovedsak ut på å se barnet, vise interesse for barnets velvære og ikke minst bry deg om barnet (ibid).

Helgeland (2012) skriver at familiesamtaler med barneperspektiv har vist seg å ha en forebyggende effekt i forhold til utvikling av psykiske lidelser hos barn som pårørende. Doesum (2015) skriver om leke- og samtalegrupper som tiltak for å gi barn støtte og informasjon. Trondsen og Rabbe (2015) skriver at internett har blitt en utbredt kilde til helserelatert informasjon og kommunikasjon blant unge.

5.2 Risiko, sårbarhet og mestring

Barn som pårørende er sårbare og kan ha utfordringer i et belastende hjem (Haugland et al. 2012). Kufås et al. (2001, referert i Helgeland 2012) skriver at barn som ikke får informasjon om foreldrenes sin lidelse kan bli engstelig og redd. Dersom de ikke vet hva som foregår, kan de frykte det verst, som blant annet om forelderen skal dø eller at

forelderen aldri blir frisk (Mordoch 2010, referert i Helgeland 2012). På den andre siden kan barn også reagere med likegyldighet, og tilbaketrekking fra forelderen og familielivet (Solantaus- Simula et al. (2002, referert i Helgeland 2012). Eller ved å overinvolvere seg ved at de påtar seg et stort ansvar for det emosjonelle klimaet og de praktiske gjøremålene i familien (Meadus og Johnson 2000, referert i Helgeland 2012).

Osen et al. (2019) skriver at barn av psykisk syke har en fordoblet risiko for å selv oppleve ulike problemer, sammenlignet med andre barn som har friske foreldre. En konsekvens av foreldrenes psykiske lidelser er at det ofte er større sjanser for konfliktfylte familiespill, dårligere foreldrefungering og omsorgssvikt (ibid). Dersom forelderen har schizofreni, der forløpet er episodisk med progredierende defekt (icd-10, verdens helseorganisasjon 2021), kan dette påvirke barnet i form av at barnet vil ha en hverdag som er preget av uforutsigbarhet. Den type uforutsigbarhet kan gjøre at barnet blir usikker rundt hva som vil komme og når det eventuelt vil komme. Barnet kan gå og kjenne på en generell frykt for at forelderen skal havne i en sykdomsperiode igjen. Dette støtter Sølvberg (2011) opp i sin studie, der han forteller hvordan sykdomsbølgene kan påvirke barna. Barna svarte at foreldrene egentlig ikke var friske i periodene mellom synlig sykdom, og at dette var de verste periodene fordi da kunne drastiske endringer i familiesituasjon skje. Dette er riktignok barn som har foreldre med bipolar affektiv lidelse, som også er en lidelse som er preget av episodiske sykdomsperioder. Frykten for at forelderen skal bli synlig syk igjen, kan ligge og dveler i hodet. Ikke nødvendigvis fordi det er en skummel periode, men fordi man som regel vil foreldrene sin vel. Ved schizofreni vil klar bevissthet og intellektuell vanligvis være opprettholdt, men det vil likevel være visse kognitive forstyrrelser (icd-10, verdens helseorganisasjon 2021). Dette kan derfor føre til at personen har en annen virkelighetsoppfatning enn andre, gjerne med eksempelvis hallusinasjoner og vrangforestillinger. Det kan derfor være vanskelig for den syke å se barnets behov i disse periodene, samt hvordan barnet opplever hverdagen sin. Dette er noe helsedirektoratet støtter opp i sin multisenterstudie (Helsedirektoratet 2015). I vedlegg 1 kan vi se at den syke forelderen vurderer lavere tall enn barnet selv, samt lavere enn den andre forelderen. Helsedirektoratet (2015) oppsummerer studien med at det kan se ut til at foreldre kan få vansker med å få innblikk i barnas hverdag når sykdom rammer familien (ibid). Helsedirektoratet (2015) skriver videre at opplevelse av livskvalitet og trivsel i hverdagen kan styrke barnets evne til å håndtere påkjenninger og stress. Men på den andre siden kan det også svekke barnets evne til å håndtere slike påkjenninger (ibid).

Slike påkjenninger kan være vanskelig for barn, og det er flere faktorer som beskytter mot psykiske problemer. På den andre siden er det også faktorer som gir større risiko for psykiske vansker. Dersom det er mange risikofaktorer på samme tid, vil dette gi en negativ utvikling på barnet. Selv om dette er noe en burde forsøke å unngå, er det slik at det ofte oppstår flere risikofaktorer på en og samme tid. Årsaken til dette er fordi mye er avhengig av hverandre. Eksempelvis en mor som har en depresjon av alvorlig grad, og barnet ikke vet at moren er deprimert. Ved depresjon vil pasienten lide av senket stemningsleie, redusert aktivitetsnivå og energi (icd-10, verdens helseorganisasjon 2021). Dette vil i høyeste grad påvirke barnet. Deltakerne i Sølvsberg sin studie fortalte at det senkede stemningsleie påvirket alle sammen, og de gikk rundt å var redde for om forelderen ville begå selvmord. Dette fører til at barnet blir engstelig og redd. Samtidig blir de gjerne brukt som en samtalepartner for den syke, selv om de kanskje ikke vet hva som foregår og hvordan ting generelt foregår. Dette kan føre til at barnet i senere tid vil være utrygge i hvordan man håndterer egen tristhet og sorg (Sølvsberg 2011). Det kan derfor føre til at de ved et senere tidspunkt selv vil utvikle en depresjon.

5.2.1 Risikofaktorer

Kvello (2010) skriver at risikofaktorer grupperes i tre hovedområder, der et av områdene er barnet selv. Dersom barnet har en generell utviklingsforstyrrelse eller har en utrygg tilknytningsstil er barnet sårbar i utgangspunktet. Barnet vil derfor være mer utsatt, sammenlignet med andre barn som har en sunn utvikling og en trygg tilknytningsstil (ibid). Dersom barnet samtidig har foreldre med høyt konfliktnivå som videre kan føre til arbeidsledighet vil dette påvirke barnet i en negativ form. I form av å påføre et allerede sårbart barn flere påkjenninger og stressfaktorer. Foreldre og kjernefamilien er det andre hovedområde av risikogrupper ifølge Kvello (2010). Et annet scenario kan være at barnets mor har diagnosen schizofreni som har ført til at hun er uføretrygdet. Dette kan oppleves som en stressfaktor for henne, da det kan medføre mindre inntekt. Dette vil kanskje føre til at hun har en annen atferd enn hun vanligvis ville hatt. Moren kan reagere med å bli mer sint, mer trist og lei seg eller urolig for om økonomien vil gå rundt. Slike faktorer kan føre til at barnet blir redd og engstelig, samtidig som følelsen av frykten for hva som kan komme.

Det siste hovedområdet av risikofaktorer er det øvrige oppvekstmiljøet til barnet. Det kan være sosialt nettverk, barnehagen eller skolen. Dersom barnet vokser opp i et belastende

nærmiljø med mye kriminalitet og rusmiddelmisbruk, er sjansen for at barnet vil skape relasjoner med det miljøet stort. Som barn leker man gjerne med sine naboer, og skaper relasjoner for videre liv. Dersom miljøet rundt denne relasjonen er preget av kriminalitet og rusmiddelmisbruk, vil det være dette de kjenner til og derfor sjansen for at de går i like baner være stor. I eksempelet til Borge (2010) i punkt 4.1.2.7 kan vi se at en av guttene ble påvirket av miljøet, og begikk kriminalitet selv.

En annen faktor som kan ses på som en risiko er parantifisering. Dette er et begrep som vil avhenge ved å se på barns rollemønster i forhold til normer og forventinger i kulturen barnet lever i (Haugland 2006). I noen kulturer er det forventet at barn skal hjelpe til og ta mye ansvar hjemme, i motsetning til andre kulturer der dette ikke er en forventning, men heller en risiko. Kulturer der barn er barn, og de voksne er omsorgsgiverne. Likevel er det barn i sistnevnte kulturer som får rollen som omsorgsgiver. Det er gjerne flere årsaker som utgjør en risiko for utvikling av parantifisert familiemønster. Likevel er det fellestrekk. Disse fellestrekene er at det er mangler eller ubalanser i omsorgssystemet (ibid). Samtidig skriver Svalheim og Steffenak (2016) at graden av hvorvidt familien får støtte og hvor godt foreldrene fungerer, vil avgjøre om barn får en omsorgsrolle og hvordan de håndterer en slik hverdag. Forfatterne skriver videre at det ikke er den psykiske lidelsen i seg selv som er skadelig for barnet, men hvorvidt foreldrene mestrer foreldrerollen (ibid). Likeledes utgjør mangelen på støtte fra venner og øvrig familie en risiko for at barnet får rollen som omsorgsgiver (Becker 2007, referert i Svalheim og Steffenak 2016).

5.3 Beskyttelsesfaktorer

På den andre siden av risikofaktorer, finner vi beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorer bidrar til å modere effekten av eventuelle innvirkninger av risikofaktorer, slik at utviklingen blir mer positiv enn den ellers ville blitt (Brandt og Grenvik 2010). Kvello (2010) skriver at beskyttelsesfaktorer knyttet til barnet er om barnet har en aldersadekvat kompetanse. Dette innebærer normal utvikling i forhold til for eksempel motorikk, det emosjonelle og det kognitiv. Samtidig skriver Brandt og Grenvik (2010) at blant annet personlighetstrekk, familie og støtte, og selvbestemmelse er faktorer som beskytter barnet (ibid). Borge (2010) skriver om beskyttelsesmodellen, som viser at beskyttelsesfaktorer i miljøet kan ha en indirekte innvirkning. Eksempelvis i jevnaldrende miljø, ved at barnet får sosial kompetanse gjennom venner som vil øke barnets grad av selvtillit (ibid). Dersom

barnet har venner som ikke er preget av likedannde faktorer som barnet selv, kan barnet lære annen kompetanse og en annen virkelighet som igjen vil beskytte barnet i å havne i dårlige miljø. Dette kan vi også se i eksemplet til Borge (2010) i punkt 4.1.2.7.

Men noen barn utvikler seg godt på tross av store belastninger de opplever som barn. Begrepet resiliens, kanskje bedre kjent som «løvetannbarn» benyttes om denne gruppen mennesker, og handler om barns motstandsdyktighet mot å utvikle psykiske problemer. Dersom barnet har vokst opp i et miljø med flere påkjenninger og likevel utviklet seg bra, har barnet benyttet seg av sine spesielle egenskaper. Dette betyr at barnet har oppnådd resiliens gjennom et samarbeid mellom dets individuelle egenskaper og miljøets egenskaper (Borge 2010). Dersom barnet får muligheten til å være et barn, får man også muligheten til å kunne mestre og prøve ut sine overlevelsesmekanismer. Samtidig er det også viktig at barnet møtes med ros og oppmuntring, slik at barnet faktisk tør å møte nye utfordringer. Ved nye utfordringer vil barnet kjenne på nye skuffelser, påkjennelser og fare. Disse følelsene som barnet vil kjenne på, vil senere bli assosiert med situasjonene og hendelsene følelsene oppstod i. Og barnet vil kanskje derfor unngå situasjonene som følelsene oppstod i, fordi det gir ubehagelige og utrygge følelser. Men likevel vil ikke barnets personlighet alene være tilstrekkelig til å utvikle resiliens, fordi det ikke kan læres på samme måten som ved mestring. For resiliens utvikles i det virkelige liv, i samspillet med reell risiko og barnets egenart (ibid). Likevel må hvert enkelt barn måtte finne sine egne mestringsstrategier for å oppnå best mulig tilværelse (ibid).

En sentral mekanisme for resiliens, er mentalisering (Stein 2006, referert i Skårderud og Duesund 2014). Mentalisering dreier seg om evnen til å gi mening til egen og andres atferd i lys av indre motivasjon, som tanker, følelser og lyster. Dette blir ofte forenklet med å se andre innenfra, og seg selv utenfra (ibid). Dersom evnen til å mentalisere er redusert, vil det samtidig være vanskelig å regulere egne følelsesreaksjoner. Følelseregulering er nemlig den evnen vi har til å skille mellom ulike følelser, blant annet å forstå meningsinnholdet i de ulike følelsesuttrykkene og å tilpasse disse til situasjoner og mellommenneskelige forhold. En god følelseregulering er derfor viktig slik at vi vet hvordan vi kan møte følelsesmessige belastninger. På den andre siden vil en dårlig følelseregulering føre til at vi kan bli impulsive på en negativ måte. På samme måte kan det føre til at vi utfører destruktive handlinger, som selvskading eller annen utagering (Håkonsen 2009). Videre kan det føre til at barnet stenger ut følelser gjennom en form for

avspalting. Det er naturlig at vi mennesker fortolker hverandre gjennom det vi opplever og forståelsen vi har ut fra andres handlinger og dens hensikt. Likevel betyr det ikke at vår forståelse er riktig, fordi følelser er ofte usikre og mangetydige (ibid).

Den viktigste utviklingen hos barn er tilknytningen barnet har på det følelsesmessige og det sosiale området. Tilknytning handler om nettopp det følelsesmessige båndet som etableres mellom barn og foreldre, samt også det spesifikke atferden som har hensikt i å fremme nærhet mellom dem (ibid). En sikker tilknytning bidrar til å styrke evnen vår til å forstå og forholde oss til hverandre, på en god måte. Dette kalles god mentalisering. I motsetning til svekkede evner av mentalisering som vil være preget av en utrygg og usikker tilknytning (ibid). Mentalisering er viktig for å evne å se om problemene ligger hos seg selv, eller om det ligger hos andre. Dersom barnet evner å se at sykdommen ligger hos forelderen, vil han eller hun kanskje ikke kjenne på skyldfølelsen og frykten i like stor grad, og dermed kanskje få et bedre forhold til både forelderen og dens sykdom. Dette er derfor viktig for påvirkningen hos barnet under oppvekst med en psykisk syk forelder, fordi det kan være med å påvirke synet av forelderen. Likeledes følelsene til barnet overfor forelderen.

5.4 Hvordan kan helse- og sosial personell bidra?

Barn og unge av foreldre med psykisk lidelse har behov for informasjon, rådgivning og støtte (Gladstone mfl. 2011, referert i Trondsen og Rabbe 2015). Det er vanskelig for hjelpeapparatet og fange opp disse barna. Spesielt ungdom, som gjerne er litt tilbakeholdne når det gjelder å oppsøke helsetjenester. En konsekvens av dette er derfor at mange må håndtere de vanskelige familiesituasjonene på egen hånd, gjerne med lite informasjon og støtte (Mordoch 2010, referert i Trondsen og Rabbe 2015). I helsepersonelloven §10a (hpl 1999) står det likevel at alt helsepersonell skal avklare om pasienten har mindreårige barn eller søsken, for å ivareta behovet for informasjon og oppfølging (ibid). Videre i lovteksten står det også at helsepersonell skal tilby samtaler med pasienten om barnets behov, samt tilby barnet deltakelse i samtalen. Det må likevel tas hensyn til taushetsplikten. Samtidig er det viktig å kartlegge om pasienten har barn, slik at behovene blir oppfulgt (Osen et al. 2019).

Det som er viktig i møte med barna, er å gi de den støtten de trenger. Bergem (2018) skriver om råd til voksne og helsepersonell i møte med barn som pårørende, som kommer

fra et barneperspektiv. Rådene handler om å se barnet og lære deg navnet til barnet, da forstår han eller hun at du faktisk ønsker å bli kjent med hen. Likeledes fortell barnet navnet ditt selv. Smil og spør om det er noe de trenger. Ikke tro at du vet sannheten om barnet. Selv om du har møtt barn i likedanne situasjoner, vil fortsatt barnet ha sin egen opplevelse. Derfor er det også viktig at du faktisk stiller barnet spørsmål. Gjerne med åpne spørsmål, som for eksempel *hvordan har du det i dag?* Møt barnet på en måte som får barnet til å se at dere er mer lik, eksempelvis ved å legge fra deg nøkler og permer, sette deg på huk eller ved siden av barnet. Og vise overfor barnet at det er lov å være trist og lei seg, samtidig som det også er lov til å tulle og le, selv på et sykehus (ibid). Ut ifra disse rådene virker det som at barn synes det er viktig at de voksne faktisk ser dem og viser at de bryr seg. Samtidig virker det som at det er viktig at de ikke generaliserer følelsene hos barna som kan oppleve like hendelser og være i like situasjoner, fordi hvert barn opplever det individuelt. Selv om andre barn har det vanskelig og reagerer på en måte, trenger ikke det nødvendigvis å bety at andre har det helt likt. Det er derfor viktig som helsepersonell at man anerkjenner barna, og faktisk spør hver enkelt om hvordan de har det, og hvordan de føler rundt ting. Da kan tryggheten være lettere å finne.

Samtidig er det viktig å huske på at som helsepersonell skal man ikke behandle barna, men heller bidra til å forebygge at de utvikler egne problemer. Ifølge Osen et al (2019) kan dette gjøres ved å ha samtaler med barna om deres opplevelser og gi dem informasjon, støtte og trygghet. Dette er noe Doesum (2015) også støtter opp i det hun skriver om leke- og samtalegrupper som tiltak for barn som pårørende. Dette tiltaket skal gi støtte og informasjon for å øke barnets kompetanse og lette på eventuelle byrder barnet kan oppleve. I leke- og samtalegruppen er hensikten at barna skal lære seg mestringsstrategier som kan komme til nytte ved egne problemer, som følge av foreldrene sykdom. En effektstudie av leke- og samtalegruppene, bestående av en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe, resulterte i at tiltaksgruppen opplevde nedgang i negative kognisjoner og søkte mer sosial støtte. Samtidig opplevde de en mer stabil følelse av sosial aksept. I motsetning til kontrollgruppen, der følelsen av sosial aksept avtok. Likevel opplevde begge gruppene bedring over tid (Doesum 2015). Ut fra dette kan det virke som at slike grupper hjelper på selvfølelsen hos barna, og at de føler seg trygge og akseptert av andre.

På den andre siden har internettet blitt mer og mer brukt som et verktøy i nyere tid. Både for informasjon, men også støttegrupper. Særlig for den unge befolkningen. Trondsen og

Rabbe (2015) skriver at internetbaserte selvhjelpsgrupper har vist seg å være til god hjelp for å mestre sykdom, eller vanskelige livssituasjoner gjennom utveksling av erfaring og råd mellom pasienter og pårørende. Nettsidene er forskjellig utformet, men på flere av dem kan man prate med fagfolk. Bergem (2018) nevner flere slike nettsider der man kan få informasjon, og som kan være nyttig i arbeidet med barn som pårørende. BarnsBeste er blant en av dem. Det er et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. De har som oppgave å sørge for innsamling, systematisering og formidling av kunnskap om barn som har foreldre med ulike sykdommer. BarnsBeste har også utviklet et samtaleverktøy som kalles snakketøyet. Der finnes det råd og tips til helsepersonell om hvordan man kan snakke med foreldre og barn.

6.0 Avslutning

Avslutningsvis kan vi se at det er mange faktorer som spiller sentrale roller for om barn av psykisk syke foreldre blir påvirket eller ikke. Jeg vil si at alle barn blir påvirket, men på forskjellige måter og i ulike grader. Noen kommer svekket ut av det, mens andre barn kommer styrket ut av det. Mye vil avhenge av hvordan barnet møter utfordringene og belastningene. Et barn som har en psykisk syk forelder, er allerede utsatt for en risikofaktor. Dersom barnet er utsatt for flere risikofaktorer på samme tid, som gjerne er vanlig, vil sjansen for at barnet selv vil utvikle psykisk problemer være større. På den andre siden kommer barn også styrket ut av det, på tross av belastninger. Slike barn er motstandsdyktige, og møter utfordringer på måter der de blir styrket. Denne styrken tar de så videre med inn i nye utfordringer, og utvikler seg på tilfredsstillende måter. Uansett er det viktig at man som helse- og sosialpersonell møter barna med interesse ved å vise at man ser barnet og bryr seg. Gjerne forebygge tidlig med hjelp av informasjon, støtte og trygghet. Dette kan gjøres ved samtaler, eksempelvis familiesamtaler med barneperspektiv eller leke- og samtalegrupper.

7.0 Litteraturliste

Bergem, Anne Kristine. 2018. Når barn er pårørende. Oslo: Gyldendal

Brandt, Anne Elisabeth og Tone Hestmo Grenvik. 2010. *Med barnet i sentrum – nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget

Borge, Anne Inger Helmen. 2010. *Resiliens risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal

Bugge, Kari Elisabeth, Røkholt, Eline Grelland og Trude Aamotsmo. 2015. «En tiltakskjede for ivaretagelse av barn som pårørende». I *Familier i motbakke på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Redigert av Bente Storm Mowatt Haugland, Kari Elisabeth Bugge, Marianne V. Trondsen og Siri Gjesdahl. 45-64. Bergen: Fagbokforlaget

Eng, Helene og John Kjøbli. 2017. «Foreldrerollen og samfunnet – familiestøtte som forebyggende strategi» i *Den krevende foreldrerollen – familiestøttende intervensjoner for barn og unge*. Redigert av Helene Eng, Sigrun K. Ertesvåg, Ivar Frønes og John Kjøbli. 21-46. Oslo: Gyldendal

Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal

Doesum, Karin van. 2015. «Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. I *Familier i motbakke på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Redigert av Bente Storm Mowatt Haugland, Kari Elisabeth Bugge, Marianne V. Trondsen og Siri Gjesdahl. 29-44. Bergen: Fagbokforlaget

Haugland, Bente Storm Mowatt. 2006. *Barn som omsorgsgivere: adaptiv versus destruktiv parentifisering*. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/03/barn-som-omsorgsgivere-adaptiv-versus-destruktiv-parentifisering?fbclid=IwAR3LfwhhYxCVVRpnYCzGsW608PUMleN3Pkcpn0OBEiGrFiW18I0SX148ldUE>

Haugland, Bente Storm Mowatt, Ytterhus, Borgunn og Kari Dyregrov. 2012. «Barna i sentrum – hva vil vi løfte frem?» I *Barn som pårørende*. Redigert av Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov. 9-17. Oslo: Abstrakt forlag AS

Helgeland, Anne. 2012. «Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse» i *Barn som pårørende*. Redigert av Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov, s. 185-187. Oslo: Abstrakt forlag As.

Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner – lærebok i psykologi*. Oslo: Cappelen Damm akademisk

Helsedirektoratet. 2015. *Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/> /attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf

Helsedirektoratet. 2017. *Pårørendeveileder*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hjelmseth, Maria og Tore Aune. 2018. *Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende*. Sykepleien.no <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-65521.pdf>

Håkonsen, Kjell Magne. 2009. *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal

Kvello, Øyvind. 2010. *Barn i risiko – skadelige omgivelser*. Oslo: Gyldendal akademisk

Moen, Grete Lillian. 2009. *Barns møte med psykisk lidelse – en datters historie*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Osen, Nina Lien. Relling, Marit. Overvik, Marit og Thorhild Glørstad. 2019. *Barne- og familiesamtaler når barn er pårørende – En praktisk håndbok for helsepersonell*. Oslo: KF

Skårderud, Finn og Liv Duesund. 2014. *Mentalisering og uro*. Norsk pedagogisk tidsskrift. https://www.idunn.no/npt/2014/03/mentalisering_og_uro

Snoek, Jannike Englestad og Knut Engedal. 2008. *Psykatri – kunnskap, forståelse og utfordringer*. Oslo: Akribe.

Svalheim, Ann-Kjærsti og Anne Kjersti Myhre Steffenak. 2016. *Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie*. Høgskolen i Hedmark: https://brage.inn.no/inn-xmloi/bitstream/handle/11250/2430629/Nordisk%20tidss%20helseforsk_2016_Svalheim.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sølvberg, Helge A. 2011. *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende – Samtalegrupper som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal akademisk

Torvik, Fartein Ask og Kamilla Rognmo. 2011. *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk, omfang og konsekvenser (rapport 2011)* <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Trondsen, Marianne V. og Agnes Rabbe. 2015. «Morild – Et internetbasert hjelpetilbud for barn og unge med foreldre med psykisk lidelse». I *Familier i motbakke på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Redigert av Bente Storm Mowatt Haugland, Kari Elisabeth Bugge, Marianne V. Trondsen og Siri Gjesdahl. 135-148. Bergen: Fagbokforlaget

Utdanningsforskning.no, 2016. Hva er en fagfellevurdert artikkel? Hentet fra utdanningsforbundet. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfellevurdert-artikkel/>

Verdens helseorganisasjon, 2021. F20: Schizofreni. I «Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede sykdommer» (10 utg.) Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599483>

Verdens helseorganisasjon, 2021. F31: Bipolar lidelse. I «Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede sykdommer» (10 utg.) Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599483>

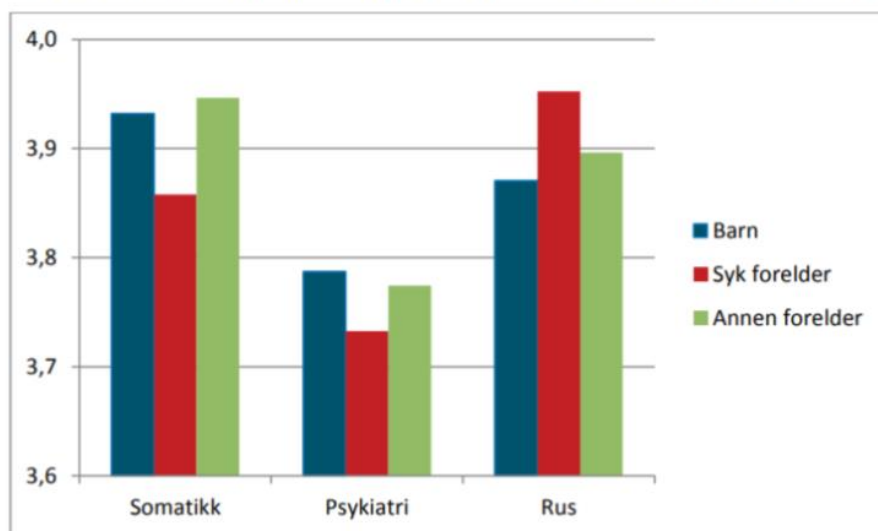
Verdens helseorganisasjon, 2021. F32: Depressiv episode. I «Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede sykdommer» (10 utg.) Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599483>

Ytterhus, Borgunn. 2012. «Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid» I *Barn som pårørende*. Redigert av Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov. 18-43. Oslo: Abstrakt forlag AS

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Figur 7.3.1 Gjennomsnittsverdier for livskvalitet/trivsel (HRLK) blant barn og ungdom 8-17 år rapportert av barn og ungdom selv, deres syke- og andre forelder (KIDSCREEN-27)



Helsedirektoratet 2015