

# **BSOBAC-3 Bacheloroppgave med forskningsmetode**

Bachelor

Barn som pårørende



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det samfunnsvitenskapelige fakultetet**

**Bachelor i sosialt arbeid**

**Stavanger 13.05.2021**

**Kandidatnummer: 3020**

«

I fars univers var husfreden alt. «Ta hensyn til mor, hun er jo så syk.»

«Slik har jeg hatt det i 30 år!», sa han.

«Slik har jeg hatt det i hele mitt liv», sa jeg.

- Ingrid Johanne Vaalund (Bergem, 2018, s.80).

»

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Valg av tema, forforståelse og begrensninger .....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	6
1.3.1 Psykisk lidelse .....	6
1.3.2 Pårørende barn.....	7
1.3.3 Barneansvarlig personell.....	7
1.3.4 Speiling.....	7
1.3.5 Omsorgssvikt .....	7
<b>2 Metode</b> .....	<b>8</b>
2.1 Hva er metode .....	8
2.2 Valg av metode .....	8
2.3 Valg av informanter .....	9
2.3.1 Fremgangsmåte.....	9
2.4 Transkribering.....	10
2.5 Kritisk og etisk refleksjon .....	11
<b>3 Teoretisk perspektiv og utgangspunkt</b> .....	<b>13</b>
3.1 Personlighetsutvikling .....	13
3.2 Tilknynings- og utviklingsteori.....	14
3.3 Psykologiske utfordringer.....	15
3.4 Beskyttelsesfaktorer .....	16
3.4.1 Individuelle beskyttelsesfaktorer .....	16
3.4.2 Sosiale beskyttelsesfaktorer.....	17
3.5 Lovfestet hjelp til pårørende barn .....	18
3.5.1 Grunnloven (grl) .....	18
3.5.2 Helsepersonelloven (hpl) .....	18
3.5.3 Spesialisthelsetjenesteloven (sphi) .....	19
3.5.4 Barnekonvensjonen.....	19
<b>4 Presentasjon av funn</b> .....	<b>21</b>
4.1 Kommunikasjon og informasjon .....	21
4.1.1 Snakke sant .....	22
4.1.2 Følelser .....	23
4.2 Tverrfaglig samarbeid.....	23
4.2.1 Ivareta fagpersoner .....	24
4.2.2 Holdning og handling .....	25
4.3 Forebygging .....	25
4.3.1 Samtaler .....	26
4.4 Utfordringer .....	26
4.4.1 Skilte foreldre .....	27
4.4.2 Usikre fagpersoner .....	28
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>29</b>

<b>5.1 Kommunikasjon .....</b>	<b>29</b>
5.1.1 Sammenheng og mening.....	30
<b>5.2 Tverrfaglig samarbeid .....</b>	<b>31</b>
<b>5.3 Utfordringer .....</b>	<b>33</b>
<b>6 Oppsummering og avslutning .....</b>	<b>35</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>40</b>
Vedlegg 1: Informasjons- og samtykkeskjema .....	40
Vedlegg 2: Intervjuguide 1 .....	42
Vedlegg 3: Intervjuguide 2 .....	43

**Antall ord: 11739**

# 1 Innledning

Tema for denne oppgaven er pårørende barn, og hvordan de blir påvirket av å ha foreldre med psykiske lidelser. I 2011 la FHI frem en rapport som kartlegger hvor mange barn som har foreldre med psykisk(e) lidelse(r). Denne rapporten viser at hele 37,3% barn lever som pårørende, og hele 23,1% av disse har en eller fler foreldre som har såpass nedsatt funksjon at det går utover daglig fungering (Torvik & Rognmo, 2011, s.5). Disse tallene er uten mørketallene som potensielt er enda høyere. Mange oppsøker ikke hjelp for psykiske lidelser, og pårørende barn kan bli hardt rammet av dette. I den samme rapporten skriver de at vi i Norge regner med at mellom 30 – 50% av befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Torvik & Rognmo, 2011, s. 14). Det vil si at et høyere antall barn enn antatt vil på et tidspunkt trolig ha en eller fler foreldre med psykisk lidelse.

En hverdag med psykisk syke foreldre kan ha store innvirkninger på barn. Barnets normalutvikling avhenger av voksne som er i stand til å møte deres behov (Bergem, 2018, s. 40). Ikke alle psykiske lidelser er like alvorlige, og det trenger ikke nødvendigvis å gå utover omsorgsevnen. Når det derimot går utover daglig funksjon, kan det føre til komplikasjoner ved omsorgsevnen som kan anses som en risiko for barnets utvikling. Barn som er pårørende, kan fort bli satt i skyggen av de personene som faktisk har en psykisk sykdom. Derfor skal denne bacheloren fokusere på de pårørende barna, og hvordan de blir ivaretatt når deres næreste er psykisk syke.

## 1.1 Valg av tema, forforståelse og begrensninger

Som nevnt er temaet for oppgaven pårørende barn, på hvilken måte de kan bli påvirket av å ha foreldre med psykiske lidelser og hvordan disse barna blir ivaretatt i helsesystemet. Min forforståelse av temaet er at pårørende barn fort havner i skyggen av foreldrene sine psykiske lidelser, og trenger ofte selv hjelp til å håndtere situasjonen de lever med hjemme. I tillegg er det et inntrykk av at helsepersonell har lite tid til å bruke på de pårørende barna, og det må ligge interesse til grunne for at det blir prioritert som viktig. Når det kommer til oppfølging er det en forståelse av at det finnes få direkte tiltak for pårørende barn med mindre det ligger symptomer på utvikling av psykiske lidelser til grunne.

Problemstilling: Hvordan blir barn ivaretatt når mor eller far er psykisk syke, og hvorfor er det så viktig?

I denne problemstillingen er det noen begrensninger vi må holde oss innenfor for at det skal være relevant. Den første begrensningen er at dette gjelder pårørende barn av sine foreldre. Det er altså omsorgsgiverne mor og far som går under kategorien, men kan også gjelde steforeldre eller for eksempel adoptivforeldre. Dette vil si at barn som er pårørende for søsken ikke går inn i denne oppgaven. Den andre begrensningen gjelder psykiske lidelser. I denne oppgaven er det valgt å legge fokus på psykiske lidelser, uavhengig av om det ligger andre sykdommer til grunn. Dette vil si at selv om vi vet at rus og psykiske lidelser ofte henger sammen (Mestringshusene, u.å), utelukkes ruslidelser fra denne oppgaven.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Som sosialarbeider vil man i stor grad jobbe med personer som lider av en eller flere psykiske lidelser. Gjennom tidligere erfaring gjennom nære og kjente personer, har det vært snakk om foreldre som har det vanskelig med psykiske lidelser, men sjelden har barnet vært i fokus. Ut ifra dette har interessen for å finne ut hvordan de pårørende barna blir sett ut ifra deres situasjon. Som fremtidig sosialarbeider ønsker jeg å kunne se de som ikke alltid blir sett, og se situasjonen fra flere perspektiver. Ut ifra dette har jeg valgt å se nærmere på hvordan pårørende barn blir ivaretatt av helsevesenet, og hvordan det kan påvirke barna dersom de ikke får god nok oppfølging.

## 1.3 Begrepsavklaring

### 1.3.1 Psykisk lidelse

Den norske legeforening beskriver psykisk lidelse som en fellesbetegnelse på lidelser og sykdommer hvor det er plagsomme psykiske symptomer i sterk grad som varer over lengre tid, og redusert funksjon i daglig- eller arbeidsliv (Den Norske legeforening, 2021). I store norske leksikon er det beskrevet som en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker en persons tanker og følelser (Aslaksen, 2020). Årsakene bak en psykisk lidelse er ofte sammensatte, og kan komme gjennom arv og miljøfaktorer. Psykiske lidelser kan komme alene, sammen med andre lidelser som for eksempel rusmiddelavhengighet, eller som en konsekvens av fysiske og psykiske påkjenninger etter andre sykdommer (Aslaksen, 2020). Eksempler på noen psykiske lidelser er depresjon, spiseforstyrrelser og posttraumatisk

stresslidelse (PTSD).

### **1.3.2 Pårørende barn**

I barnevernloven, 1992 § 1-3 blir personer under 18 år omtalt som barn. I denne oppgaven er barn avgrenset på samme måte. Vi snakker altså om barn som babyer, unger og tenåringer. Vi bruker Lauveng sin definisjon av pårørende barn, som sier at det gjelder alle barn under 18 år som er pårørende til pasienten. Herunder barn pasienten har daglig omsorg for, barn som er pasienten sitt biologisk, men under annen voksen sitt omsorgsansvar, eller andre barn med nært forhold, for eksempel stebarn (Lauveng, 2020, s.157).

### **1.3.3 Barneansvarlig personell**

Personer som er barneansvarlig på helseforetak har ansvar for å koordinere helsepersonells oppfølging av barn som er pårørende til foreldre (Helsedirektoratet, 2018). Det står nedfelt at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 3-7 a).

### **1.3.4 Speiling**

Det å speile barns følelser vil si å gjenskape barnets følelser i egne uttrykk. Dersom barnet blir glad, smiler mor tilbake til barnet. På denne måten lærer barnet om egne følelser, og opplever å kunne finne igjen egne følelser i andre (Rødevand, 2015). Ved å gjenspeile barnets følelser skapes en trygg base, og barnets evne til å regulere følelsene sine utvikles. Dersom speiling ikke forekommer fra foreldrene kan barnets utvikling bli negativt påvirket ved egen opplevelse, kontakt med egne følelser og etablering av relasjoner til andre mennesker (Rødevand, 2015).

### **1.3.5 Omsorgssvikt**

Barn som blir utsatt for omsorgssvikt kan oppleve det på forskjellige måter. Begrepet i seg dekker vedvarende manglende evne eller vilje fra omsorgspersoner til å møte barnets grunnleggende fysiske, emosjonelle, psykiske eller medisinske behov (Bufdir, 2018). De fleste som begår omsorgssvikt, har ikke dette som hensikt. Eksempler på omsorgssvikt er at barnet ikke får nok mat, dårlig tann- og kroppshygiene, trusler eller fysisk og psykisk vold.

## 2 Metode

### 2.1 Hva er metode

Metode er måten en velger å hente inn informasjon og kunnskap til det tema en jobber med. For å kunne svare på problemstillingen en har laget, må det ligge fakta og god argumentasjon til grunne. De ulike metodene å velge mellom er kvantitativ metode og kvalitativ metode. Begrunnelsen for metoden vi velger ligger i at vi mener den egner seg best til å samle inn kunnskap til problemstillingen (Dalland, 2020, s. 53). Kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter som gir oss muligheten til å legge frem tall gjennom blant annet gjennomsnitt og prosent. Kvalitativ metode, som blir brukt i denne undersøkelsen, fanger opp meninger og fordypet seg i opplevelser rundt tema som en ikke kan tallfeste (Dalland, 2020, s.54). Begge disse gir oss en bedre forståelse av det tema vi undersøker. Begge metodene kan utføres ved å gjøre litteratursøk som kan løfte opp og støtte den informasjonen en har funnet i studiet sitt, samtidig som en får et overblikk over om det finnes nyere forskning på temaet sitt.

### 2.2 Valg av metode

I kvalitativ metode har vi ulike måter å undersøke på. Eksempler på dette er personlig intervju, observasjon og gruppeintervju. I denne oppgaven har valget falt på personlig intervju da det ønskes å gå i dybden i spørsmålene og få utfyllende svar med mye informasjon. Når en skal gjennomføre et kvalitativt intervju må en være forberedt på å måtte bruke alle menneskelige og faglige ressurser for å få et godt intervju (Dalland, 2020, s. 65). Vi har ulike måter å utføre et kvalitativt intervju på, hvor den første metoden er uformell og har lite struktur. Denne metoden blir kalt et semistrukturert intervju (Thagaard, 2018, s.90-91). Temaer blir tatt opp av personen som blir intervjuet, og spørsmålene blir tilpasset underveis. Den neste metoden er en mer strukturert måte å utføre intervju på. Her er hovedspørsmålene satt og stilles i rekkefølge. Denne metoden gjør det enkelt å sammenligne intervjuene en har utført, på bakgrunn av at alle personene har fått de samme spørsmålene. Den siste fremgangsmåten er basert på en delvis strukturert intervjuguide og er den metoden som blir brukt i denne oppgaven. Her er temaer satt på forhånd, men stilles etter den rekkefølgen som passer og spørsmålene kan bli tilpasset etter hvordan intervjupersonen svarer og inkludere flere spørsmål underveis (Thagaard, 2018, s.90-91).



## 2.3 Valg av informanter

Ved å velge kvalitativt intervju blir spørsmålet hvem en vil intervju. Hvem er det som kan formidle informasjonen du ønsker å samle inn, og hvilken type erfaring er det en ønsker at ligger bak informasjonen? Det skal med andre ord gjøres et strategisk valg av informanter. I dette tilfellet er det fagpersoner som var mest aktuelt. Helse- og sosialarbeidere som har erfaring fra feltet det gjelder ser problemstillingen ut ifra sitt praksisfelt og kan derfor anses som primærkilder (Dalland, 2020, s. 79-80). Ut ifra disse faktorene og samtaler med veileder, ønsket jeg å prate med fagpersoner fra to ulike perspektiv. Det ene perspektivet var ønskelig at skulle komme fra pårørendesenteret i Stavanger, hvor hovedfokus ligger på de pårørende og ikke på forelderen som har en psykisk lidelse. Det andre perspektivet skulle komme fra noen som var i direkte kontakt med personer med psykiske lidelser, men som oppdager og jobber med de pårørende barna som følger med. I hovedsak var det ønskelig med 3 informanter, men det viste seg å være vanskeligere å få kontakt enn antatt, og endte dermed med to informanter. Den første informanten var psykiatrisk sykepleier hos pårørendesenteret, og den andre hadde stilling som klinisk sosionom og barneansvarlig ved en avdeling på DPS (distriktpsykiatrisk senter).

### 2.3.1 Fremgangsmåte

Prosessen med intervjuene startet med en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), for godkjenning av å samle inn dataen jeg ønsket gjennom intervjuer. Søknad ble sent inn 08.02.2021, og ble godkjent av NSD 18.02.2021. Søknaden inneholdt informasjon om hvem som skulle intervjues, hva slags informasjon som skal innhentes og hvordan det skal oppbevares.

Videre sendte jeg mail til Stavanger universitetssykehus (SUS) og pårørendesenteret i Stavanger med informasjon om hvorfor det var ønskelig å intervju de, hva slags spørsmål de kunne forvente, hvor lang tid det ville ta og et informasjonsskriv (vedlegg 1) som ga informasjon om oppgaven. Dette viste seg å være utfordrende, da SUS sin kontaktinformasjon kun førte til resepsjonen, og de ikke ga noe tilbakemelding på forespørselen. Etter ny veiledning fikk jeg et navn på en person jeg kunne kontakte fra SUS. Mailen ble videresendt til en person som igjen viderefremmet kontakt med barneansvarlige. Til slutt fikk jeg kontakt med en person hos Stavanger DPS som ville stille til intervju. Pårørendesenteret hadde også én person som ønsket og hadde mulighet til å stille til intervju.

Spørsmålene til intervjuene ble først laget som et utkast, og dermed diskutert med veileder. Gjennom veiledningen ble spørsmålene utformet til å være mer runde for å kunne åpne opp til at informantene kunne prate ut fra sitt synspunkt og meninger. Ved å utforme spørsmålene på denne måten åpner det for at informantene gir fyldigere svar, som gir mer informasjon til å bruke i forskningen. Vi ønsker å oppmuntre informantene til å presentere erfaringer og synspunkter på temaene vi snakker om (Thagaard, 2018, s.95). Når formulering av spørsmål var ferdig, ble det utarbeidet intervjuguider. Siden de to informantene jobbet på ulike arbeidsplasser med ulike utgangspunkt, ble det utarbeidet 2 ulike intervjuguider som skulle forberede meg til intervjuene, og til hjelpe meg til å ta opp temaer jeg ønsket i intervjuet (Dalland, 2020, s.83). Informant 1 fikk tilsendt intervjuguide (se vedlegg 2) før intervjuet etter ønske. Informant 2 sin intervjuguide (se vedlegg 3) ble utarbeidet etter første intervju var gjennomført. Gjennom erfaring fra første intervju ble det enklere å utarbeide en intervjuguide til informant 2. Informant 2 fikk ingen intervjuguide før intervjuet, og svarene fra dette intervjuet ble opplevd som mer spontane.

## 2.4 Transkribering

Å skrive ned intervjuet ordrett ned på papir gir en oversikt over hvilken informasjon en har samlet, og gir mulighet til å gjenoppleve intervjuet på nytt (Dalland, 2020, s. 95). Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser, og nye omgivelser gir mange inntrykk som kan påvirke fokuset gjennom intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført med en ukes mellomrom, og transkriberingen ble påbegynt dagen etter gjennomførte intervjuer. Ved å transkribere kort etter gjennomføringen, satt helhetsinntrykket friskt i minnet og var lett å få ned på papir. Transkriberingen viste seg å ta lenger tid enn forventet, men etter å ha transkribert det første intervjuet ble det lettere å planlegge hvordan det andre intervjuet kunne transkriberes mer effektivt.

Da transkriberingen var overstått, ble det hele analysert og satt inn i en tabell som vi kommer tilbake til senere. Denne analysen fremhevet hvilket materiell som skulle brukes i oppgaven, hva som måtte anonymiseres og hvilke deler som kunne utelukkes. Analysen ble utarbeidet og sammenlignet med teorien som allerede var funnet, i tillegg til å hjelpe med å finne ny teori.

## 2.5 Kritisk og etisk refleksjon

Å være kritisk til valg vi tar er en del av hverdagen. Hver dag vurderer vi hvilke klær som passer til anledningen vi er på vei til, og vi vurderer hvordan vi ordlegger oss til forskjellige personer. I denne oppgaven stiller jeg meg kritisk til hvordan metoden som brukes fungerer i forhold til problemstillingen. For at oppgaven skal fremstå som pålitelig, er det viktig med validitet og relabilitet på den informasjonen som fremlegges.

I kvalitative intervju er det noen omstendigheter en må være kritisk til. Dette er blant annet at informantene ser spørsmålene ut ifra egen erfaring på sin arbeidsplass, slik at det ikke kan generaliseres eller vise til statistikk da det er for få deltakere (Brinkman, 2013, s.144-145).

I tillegg er det kun to informanter som har blitt intervjuet. I utgangspunktet ville det vært ønskelig med minst én informant til, for å kunne sammenligne like svar og troverdigheten av funnene som har kommet frem. Likevel er utgangspunktet vurdert til å være godt nok, da kildene kommer fra to ulike sider av en sak. Altså hvor en arbeider direkte med de pårørende, og den andre har hoved relasjon med pasienten som har en psykisk lidelse. Ut ifra dette blir det gode standpunkter mot hverandre, som gir ulike perspektiv på funnene.

Sammen med få informanter, ligger det en svakhet i at dette var første gang jeg gjennomfører et intervju og har ingen tidligere erfaring fra dette. Det gir utslag i usikkerhet, særlig i første intervju, og spørsmål kunne blitt formulert annerledes. Likevel ble det gjort vurderinger underveis i intervjuene, hvor spørsmålene ble noe tilpasset etter hvordan informantene svarte. For eksempel ble det stilt oppfølgende spørsmål dersom et svar var lite utfyllende.

Det er i tillegg viktig å være kritisk til spørsmålene, da noen kan fremstå som «ledende spørsmål» som ikke kan kvalitetssikres (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 198-199). Eksempler på dette kan være «ringte du barnevernet fordi moren er syk?». Denne typen spørsmål har det blitt forsøkt å unngå, og informantene oppleves som personer som tydelig fikk frem sine egne meninger.

Den etiske refleksjonen i oppgaven består av refleksjonene som ble gjort rundt informasjonen. Mye sensitiv informasjon ble delt under intervjuet, og egne erfaringer som er sagt i fortrolighet. All informasjon som ble kommunisert under intervjuet ble ivaretatt på en slik

måte at ingen andre hadde tilgang. Det ble transkribert, slettet fra båndopptakeren, og dermed lagret på en egen disk. Informasjons- og samtykkeskrivene ble printet ut, slettet fra disken og bevart i egne mapper.

Videre ble det reflektert over hvordan informasjonen kunne anonymiseres, og om noe var for sensitivt til å kunne brukes direkte. Sitatene som er brukt i oppgaven er valgt ut gjennom seleksjon av det som er anonymt, og direkte relevant for oppgaven.

### 3 Teoretisk perspektiv og utgangspunkt

Målet med denne oppgaven er å finne ut hvordan pårørende barn blir ivaretatt av helsepersonell. Helsepersonell kan være alle som arbeider i helsevesenet, men i denne oppgaven er utgangspunktet de som behandler pasienter med psykiske lidelser direkte. Bakgrunnen for dette valget er at det ofte er de som er de første til å se hvilke barn som er pårørende, og de er lovpålagt til å bidra til ivaretagelse av mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a). Med utgangspunkt i dette vil teorien handle om hvorfor barnets ivaretagelse er viktig, og hvilke konsekvenser som kan forekomme dersom de ikke får den nødvendige ivaretagelsen. Teoriene som blir vektlagt i oppgaven er hvordan den personlige utviklingen fungerer, tilknytningsteori, ulike miljøfaktorer, utfordringer for barn og til slutt beskyttelsesfaktorer som ligger hos barnet. Helt til slutt i kapittelet legges det frem hvilke lover som knytter helsepersonell til å hjelpe pårørende barn.

#### 3.1 Personlighetsutvikling

Gjennom livet er det viktig at mennesker finner sin egen identitet. Hvem er jeg, hva er mine verdier, hvordan har jeg blitt slik jeg er? Bak hver identitet ligger en historie, hvor historien er et samspill mellom de biologiske forutsetningene, det sosiale miljøet rundt og forutsetningene individet har til fysiske og sosiale erfaringer (Askland & Sataøen, 2013, s.99). Erfaringer en gjør som små barn legger inntrykk i minnet og er med på å forme hvem vi utvikler oss til å bli. Barn har mange behov som behøver å bli tilfredsstilt, og måten de blir møtt på påvirker barnets identitetsskaping (Askland & Sataøen, 2013, s. 105).

I 8-10 månedsalderen begynner barn å danne seg en bevissthet over egne opplevelser, ønsker og behov. Barnet begynner å skille mellom egne og andre sine følelser, som er en viktig forutsetning for utvikling av samarbeid og gjensidig forståelse til senere (Rye, 2021). Gjennom denne fasen begynner barnet å vise seg som en sosial person i samspill med andre, og i de egne opplevelsene, behovene og ønskene utvikles det vi kaller for «selvet». Det betyr at barnet møter andre med egne blikk, smil og lyder (Rye, 2021).

Når foreldre ikke er i stand til å gi den nødvendige stimuleringen barn trenger, anses det ofte som omsorgssvikt. Konsekvenser av dette kan være mangel på evne til å regulere intensiteten i egne følelser (Heradstveit, 2021). Omsorgssvikt kan i tillegg være grunnen til at noen

opplever traumer senere i livet. Traumer kan forårsake dissosiasjon, som er en del av hjernens naturlige overbelastningsvern, og fører til at en person i skremmende situasjoner ikke klarer å integrere opplevelser på vanlig måte (Heradstveit, 2021).

Lier og Aarkrog (Lier & Aarkrog, 1999, s. 116) beskriver at oppvekst med en psykisk syk forelder kan påvirke barnet på direkte og indirekte vis. Den direkte påvirkningen skjer ved at den syke forelderens påvirkning utviklingen gjennom et patologisk samspill, som påvirker barnet til å unngå konflikter for å «skåne» forelderens. Den indirekte påvirkningen skjer ved endring av familiens samspill og økonomiske situasjon. Dersom barnet ikke klarer å tilpasse seg omstendigheten i hjemmet, øker sannsynligheten for at barnet selv utvikler en psykisk lidelse, som igjen kan belaste samspillet i familien ytterligere.

### 3.2 Tilknytnings- og utviklingsteori

John Bowlby la frem den første teorien om at tilknytning var et medfødt atferdssystem, og har senere blitt utgangspunktet teorier om tilknytning (Tetzchner, 2019, s.329). I følge Bowlby dreier tilknytning seg om relasjoner og er det biologiske grunnlaget overlevelse. Med tanke på overlevelse kommer det frem at menneskebarn ikke ville overlevd dersom ingen hadde tatt omsorgen for dem. Behovet for trygghet blir forklart som en uavhengig drift. Denne teorien forutsetter at tilknytningen blir gjengjeldt av noen som tar seg av den nødvendige omsorgen (Tetzchner, 2019, s.330). Det vil si at barnets tilknytning blir utsatt i situasjoner hvor mor eller far har nedsatt omsorgsevne for barnet.

Tilknytning er en del av normalutviklingen, og er med på å skape indre trygghet hos barnet (Grøholt et al., 2019, s.23). Gjennom tilknytningen utvikler barnet indre arbeidsmodeller, som handler om barnets oppfatninger av andre. Dersom tilknytningsprosessen blir forstyrret kan det legge grunnlag for utvikling av psykiske lidelser senere i livet (Grøholt et al., 2019, s.23). Lier og Aarkrog påpeker at «*Børn og unge i familier, hvor en eller begge foreldre er psykisk syke, har uanset lidelsens karakter øget risiko for at utvikle psykiske vanskeligheter, og i nogle tilfælde egentlige psykiske forstyrrelser.*» (Lier & Aarkrog, 1999, s.115). Dette kan vi tolk som at barn og unge i familier med psykisk syke foreldre har en høy risiko for å selv utvikle psykiske lidelser senere i livet. Videre skriver de at barn og ungdom er særlig sårbare når det kommer til belastninger i oppveksten. Dersom begge foreldre er syke, økes denne risikoen betraktelig.

Det er problemer i den kognitive utviklingen, tilknytning, atferd og fysisk utvikling som blir hardest rammet når foreldrene har en psykisk lidelse, og det er tidligere dokumentert at skaden kan utvikles så tidlig som når barnet er et foster i graviditeten (Grøholt et al., 2019, s. 272-273).

Miljøet vi vokser opp i har mye å si for hvordan vi utvikler oss. Det er mange faktorer rundt som kan virke inn på den mentale utviklingen, og i denne oppgaven snakker vi om risikofaktorer som kan være med på å utvikle psykiske lidelser hos barnet. Det første vi tar for oss er psykososiale belastninger i familie og miljø. Relasjonen til familie og venner har en stor påvirkning, men er ikke avgjørende. De andre innflytelsene vi også må se på er innflytelse fra genetikk, felles miljø og det enkelte barnets spesifikke miljø (Grøholt et al., 2019, s.260). Et eksempel kan være et barn i en familie hvor det oppstår en konflikt mellom foreldrene. Barnet kan reagere med aggresjon, eller bli stille og tenke mye. Videre fra dette vil responsen barnet får fra miljøet rundt seg kunne spille inn. Dersom dette fører til stress hos barnet over lenger tid, vil det kunne påvirke det emosjonelle systemet i hjernen (Grøholt et al., 2019, s.260). Aalbæk og Gilstrup skriver i sin undersøkelse at den spesifikke lidelsen forelderen har ikke er en risikofaktor i seg selv, men stresset og belastningene rundt lidelsen påvirker barnets psykososiale utvikling (Aalbæk & Gilstrup, 1997, s. 70).

### 3.3 Psykologiske utfordringer

I barnets første leveår er de utsatt for mange inntrykk, og mangel på trygghet hos mor eller far kan være kritisk i forhold til den kognitive og sosiale utviklingen. Små barns sårbarhet blir delt i to grupper. Det ene er biomedisinsk risiko, som gjelder faktorer før barnet blir født (for eksempel alkohol under svangerskap), og den andre er stressorer i miljøet. Stressorer i miljøet vil si hendelser eller opplevelser i miljøet som skaper uro hos barnet (Askland & Sataøen, 2013, s.16), og er den gruppen vi fokuserer på.

Barn er sensitive og får med seg mer enn man tror. Dersom uheldige forhold preger barndommen, kan dette komme til uttrykk i den sosiale prosessen. Barn som opplever en vanskelig barndom preget av traumatiske hendelser vil ha størst risiko for å senere kunne utvikle helse- og psykososiale problemer. Den største beskyttelsesfaktoren har vist seg å være et stabilt foreldre-barn relasjon (Askland & Sataøen, 2013, s.17). Så hva skjer når denne beskyttelsesfaktoren har en brist? Hva skjer når relasjonen til en av foreldrene ikke er stabil?

Selvet blir utviklet i møte med andre, og går ut på å se seg selv fra andre mennesker sin posisjon. En forsøker å forstå egne handlinger gjennom et annet perspektiv ved å sette seg selv inn i deres posisjon (Askland & Sataøen, 2013, s. 110). Dette lærer vi oss gjennom speiling. Vi speiler oss i andre, for å speile tolkningen av de reaksjonene andre responderer med (Askland & Sataøen, 2013, s.110). Som små er det derfor viktig at mor og far hjelper oss med å kjenne oss selv gjennom speiling. Om vi ikke får tilfredsstilt behovet vi har for speiling vil forståelsen for egne følelser og selvregulering bli understimulert. Harry Harlow har utført forsøk på apebabyer, hvor apemoren ble tatt bort i løpet av de første levemånedene. Apebabyen ble engstelig og sosialt mistilpasset, selv når den fikk kontakt med andre aper. Det viste seg at babyene dette forsøket ble gjort på fikk en varig nedsatt sosial fungering, som fortsatt hang igjen i voksenalder (Heradstveit, 2021).

### 3.4 Beskyttelsesfaktorer

Noen barn er mer motstandsdyktige enn andre. Slike barn kaller vi gjerne løvetannbarn. Det er de barna som til tross for utfordringer i livet klarer seg fint senere. Disse menneskene har en sterk resiliens, som vil si at de har høy tålestyrke, og reiser seg kjappere etter store påkjenninger (Grøholt et al., 2019, s.262). En av faktorene for å utvikle sterk resiliens ligger i forholdet mellom foreldre og barn. I tillegg er sosial støtte en viktig faktor, særlig hvis støtten er knyttet til aktuelle traumer eller belastninger (Grøholt et al., 2019, s.262). For å se litt på hvilke faktorer som gjør at noen barn er mer motstandsdyktige enn andre skal vi ta for oss individuelle og sosiale beskyttelsesfaktorer.

#### 3.4.1 Individuelle beskyttelsesfaktorer

Den første individuelle beskyttelsesfaktoren beskriver Aalbæk og Glistrup som barnets temperament. Det er vanskelig å vite hvorfor, men barn som har roligere temperament klarer seg bedre enn barn med utfordrende temperament når en eller begge foreldre har en psykisk lidelse (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 121-122). De skriver videre at barn med roligere temperament er oftere glade, viser struktur i sove- og spisemønster, og er lettere å tilfredsstille. Trolig spiller dette inn på barnets evne til å være mottakelig for stresset de opplever i nærmiljøet. I tillegg beskrives det at måten de håndterer stresset rundt seg på har innvirkning på de negative og positive reaksjonene de får fra foreldrene. Vi kan tenke oss et barn som er temperamentsfull. Når han/hun blir utsatt for stress kan dette føre til et irritasjonsmoment som får barnet til å utagere (Aalbæk & Glistrup, 1997, s.122). Reaksjonene



fra foreldrene vil da være negative, ved at barnet utagerer på en måte de ikke klarer å håndtere. Dette skaper brister i barn-foreldre relasjonen.

En annen faktor som blir sett på som individuell beskyttelsesfaktor er barnets kognitive måte å fungere på. Det er omdiskutert hvor mye barnets IQ har å si i forhold til å være motstandsdyktig, men trolig utgjør høyere IQ flere positive opplevelser iblant annet skolen (Aalbæk & Glistrup, 1997, s.124-125). Positive opplevelser skaper selvtillit hos barnet, og høy selvtillit kan gjøre barnet mer løsningsorientert og rustet til å takle motstand. Positiv selvpålevelse og selvforståelse kommer til uttrykk hos barnet ved at de utvikler evnen til å vurdere situasjoner bedre, og hvilke konsekvenser for eksempel mors depresjon vil ha for han/hun. På denne måten klarer de å se at mor eller far er syke, men at de er syke uavhengig av hva barnet gjør (Aalbæk & Glistrup, 1997, s.125).

#### 3.4.2 Sosiale beskyttelsesfaktorer

Sosiale beskyttelsesfaktorer handler gjerne om de familiære og sosiale omgivelsene som er rundt oss. Mens individuelle faktorer er egenskaper som er en del av oss, er sosiale faktorer miljøet rundt oss.

Først skal vi se på faktoren som omhandler den syke forelderens sin evne til å vise omsorg for barnet. Det er viktig å huske på at til tross for en psykisk lidelse, kan en person helt fint være en velfungerende forelder for barnet sitt ved å vise omsorg og støtte. Gjennom forskning har det kommet frem at barna som klarer seg best er de som har hatt et emosjonelt bånd til den syke forelderens gjennom oppveksten (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 127). Den syke opprettholder sin rolle som omsorgsperson, og barnet utvikler en sunn oppfattelse av seg som er uavhengig av morens situasjon. Som barn er det viktig å oppleve omsorg, varme og støtte fra foreldre. Ved å strukturere barnets hverdag, bidrar foreldrene til at barnet utvikler motstandsdyktighet (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 127).

Den første faktoren setter lys på forholdet mellom barn og den syke forelderens, men videre er det forholdet mellom barnet og den friske som er i fokus. Dersom den syke forelderens ikke er i stand til å gi den nødvendige omsorgen for barnet, vil den friske forelderens ha mye å si for barnet. Iblant klarer den friske forelderens å kompensere for den sykes manglende foreldrefunksjon (Aalbæk & Glistrup, 1997, s.128). Denne kompensasjonen er en

beskyttelsesfaktor ved at barnet får et holdepunkt og styrker barnets objektive forståelse av den syke forelderen sitt perspektiv. På lik linje kan andre nære familierelasjoner, som søsken eller besteforeldre, gi en varm interaksjon med barnet som kompenserer for manglende foreldrefunksjon. På samme måte som andre beskyttelsesfaktorer, er dette med på å styrke barnets motstandsdyktighet.

### 3.5 Lovfestet hjelp til pårørende barn

Pårørende barn har et behov for å bli sett i situasjonen de er i. I og med at de er mindreårige, trenger de voksne som sørger for at deres rettigheter blir ivaretatt. I Norge har vi flere lover som er med på å sørge for at barn under 18 år får den nødvendige helsehjelpen og oppfølgingen som de trenger. Disse lovene skal vi få et overblikk over ved å gå kjapt igjennom de aktuelle paragrafene.

#### 3.5.1 Grunnloven (GrL)

Kongeriket Norges grunnlov ble nedfelt i 1814, og er de lovene som ligger til grunn for lovene som senere har blitt tilført. I grunnloven § 104 finner vi loven som tilsier at «*born har krav på respekt for menneskeverdet sitt*». Videre står det at barn har rett på å bli hørt i spørsmål som omhandler dem selv, og meningen deres skal vektlegges i samsvar med alder og modenhet. Videre i andre ledd kommer det frem at barnets beste skal ligge til grunne i avgjørelser som vedrører barn. I tredje og siste ledd står det at barn har rett på vern rundt sin personlige integritet, og statlige styresmakter skal tilrettelegge for barnets utvikling, og tilse at den får det økonomiske, sosiale og helsemessige trykgheten som er nødvendig, og helst i egen familie.

#### 3.5.2 Helsepersonelloven (Hpl)

Lov om helsepersonell har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og sikre tillit til helsepersonell og helsetjenesten (hpl, 1999, § 1). Dersom vi ser på hpl § 10 a kommer vi til første paragraf som sikrer pårørende barn hjelp. Her står helsepersonells plikt til å ivareta barn som er pårørende til foreldre eller søsken nedfelt. I andre avsnitt kommer det frem at helsepersonell som yter helsehjelp til en pasient skal avklare om pasienten har mindreårige barn, og avklare hvilket informasjons- og oppfølgingsbehov som er nødvendig. Videre i tredje avsnitt kommer det tydelige frem hvordan helsepersonell skal gå frem dersom det er nødvendig med ivaretagelse.

Videre i helsepersonelloven vil jeg nevne § 25 som omhandler opplysninger til samarbeidende personell. I tredje avsnitt står det skrevet «*Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn*». Igjen ser vi at pårørende barn sine rettigheter blir ivaretatt ved at helsepersonell kan dele opplysninger der tverrfaglig samarbeid inngås, med mindre pasienten (altså mor eller far til barn) ikke vil at opplysningene skal deles.

### 3.5.3 Spesialisthelsetjenesteloven (Sphl)

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a handler om barneansvarlig personell. Denne paragrafen forteller oss at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal etter «*nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell*». Videre kommer det frem at barneansvarlig personell har ansvaret for å fremme og koordinere helsepersonellets oppfølging av pårørende barn som er mindreårige. Det vil si at barneansvarlig personell ikke nødvendigvis skal følge opp de pårørende barna, men de skal koordinere og fremme at alle som er helsepersonell på institusjonen skal kartlegge om deres pasienter har pårørende barn, og følge opp de eventuelle barna.

### 3.5.4 Barnekonvensjonen

I FNs konvensjon om barnets rettigheter art. 3 kommer det frem i første punkt at alle handlinger som berører barn, skal barnets beste ligge som et grunnleggende hensyn. Videre i andre punkt står det at partene, altså statene som er del av konvensjonen, påtar seg å sikre beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel. De skal altså sørge for at de som har det juridiske ansvaret for barnet skal treffe egnede tiltak for at dette formålet blir sikret. Dette vil si at dersom foreldrene ikke er egnet til å ha det fulle foreldreansvaret selv, er statens pålagt å finne for eksempel fosterforeldre som er egnet til å gi barnet omsorg og beskyttelse.

Kjapt skal også art. 12 i barnekonvensjonen nevnes. Denne sikrer at barn har rett til å uttrykke seg fritt i forhold som vedrører seg selv, og at synspunktene skal legges vekt på i forhold til alder og modenhet. Videre kommer det frem at barnet skal gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling gjennom egnet organ. Eksempel på dette er dersom barnevernet griper inn i en familie hvor mor er svært psykisk syk, og spørsmålet om

foreldreomsorg kommer opp. I et slikt tilfelle har barnet rett til å uttrykke seg om sine meninger, ønsker og egen opplevelse rundt saken.

## 4 Presentasjon av funn

I denne delen av oppgaven skal det legges frem en presentasjon av hvilke funn som har kommet frem gjennom intervjuene som tidligere er gjennomført. Funnene har kommet frem gjennom analyseringsprosessen, og blitt satt inn i tabell.

Hovedgrupper	Kommunikasjon Og informasjon	Tverrfaglig samarbeid	Forebygging	Utfordringer
Undergrupper	Snakke sant	Ivareta fagpersoner	Samtaler	Skilte foreldre
	Følelser	Holdning og handling		Usikre fagpersoner

Tabell 1.

Funnene vil bli presentert med utgangspunkt i tabell 1. På lik linje med funnene, vil drøfting som kommer i neste kapittel ta utgangspunkt i den samme tabellen.

### 4.1 Kommunikasjon og informasjon

Begge informantene gjentar seg selv flere ganger når de snakker om viktigheten av å kommunisere med barn og dele informasjon. Det er viktig at barn forstår at de er pårørende, og forstår sin rolle i familien. En fin måte å forklare det å være pårørende på ble sitert under intervjuet «*jeg er pårørende fordi de påvirker meg.*» Dette var det en liten jente som hadde sagt da hun ble spurt om hun forstod hva det vil si å være pårørende. I tillegg til barna, er det viktig at foreldrene får tilgang på informasjon som kan hjelpe de i den situasjonen de står i. Når foreldrene får god informasjon, blir det lettere for de å kunne snakke med egne barn.

*«Det å gå via de voksne som har kontakt med barna for å spre holdningene og verdiene som gjør at man ser barna i disse situasjonene.»*

Informanten beskriver at ved å informere og gå gjennom de voksne, vil de kunne se barneperspektivet tydeligere. Det å sette seg inn i andre sin situasjon når du selv går igjennom noe kan være en vanskelig handling å utføre. Et eksempel på dette kan være en familie på 3, hvor mor er deprimert. Både far og datter blir dermed nærmeste pårørende i denne situasjonen. Selv om de begge er pårørende for samme type sykdom, kan de ha to ulike opplevelser av hvordan påvirker dem selv, og hvordan det forandrer moren sin væremåte. Derfor er det viktig for faren å kunne stoppe opp, tenke på hvordan det oppleves for datteren, og dermed ha et bedre utgangspunkt for å kunne støtte hverandre. For at barna skal kunne bli

sett i sin situasjon er det altså viktig at de voksne kan få veiledning til å kunne hjelpe barna på egenhånd.

*«Nei, kreft smitter ikke, men det kan smitte på den måten av vi blir lei oss. Særlig den personen som har det.»*

Sammen med veiledning av foreldrene påpeker begge informanter flere ganger at det er viktig å tilpasse språk og informasjon i forhold til alder og modenhet. To forskjellige seksåringer kan ha totalt ulik forståelse av situasjoner rundt seg. Derfor er det viktig å kartlegge med både foreldre og barn for å finne ut hva slags informasjon barnet kan ta til seg, og på hvilken måte det skal formidles. I tillegg blir det sagt at det er viktig å spørre barnet om det er noe de lurere på. Ofte sitter de inne med spørsmål en ikke vet at de sitter med, og det kan være så en enkel ting som om de kan ha med venner hjem fra skolen. Det viktigste er at de ikke sitter igjen med spørsmål de ikke får uttrykt. Informant 1 nevnte at det ofte ikke handler om å få et svar, men å få uttrykt tingene de spør seg selv om.

#### 4.1.1 Snakke sant

*«Prinsippet vi jobber etter er at alt du sier skal være sant, og så kan vi bygge på historien.»*

Begge informantene legger vekt på det å fortelle sannheten til barn. Det går ikke nødvendigvis ut på at en trenger å fortelle alt alltid, men at en legger frem momenter som er sanne. Videre kan en bygge videre på den historien etter hvert som barnet også er klar til å håndtere mer informasjon. Dette kan eksempelvis gjelde i en situasjon hvor en forelder har tatt livet sitt. Si at de voksne sier at mamma var i en ulykke i stedet for å fortelle at hun valgte å ta livet sitt. Å prosessere en ulykke ingen så komme er noe helt annet enn å prosessere at det var et aktivt valg fra moren. I tillegg kan det skape brudd i tilliten mellom barn og den andre forelderen da de kan føle de har blitt løyet til.

Videre forteller informanten at *«barna blir voksne, og hvis det de blir fortalt opp gjennom ikke er helt sant, så begynner de å tvile på egne vurderinger»*. Her kom hun med et eksempel hvor far ikke klarte å dra på jobben. Når jobben ringte moren, svarte hun at faren ikke var hjemme. Dette forvirrer barnet i egne vurderinger ved at hun/han ser faren ligge hjemme, men moren sier at han ikke er der. Videre forklarer informanten at i slike situasjoner må en

anerkjenne at det barnet ser er riktig, og fortelle at «*nå sa mamma noe som ikke er sant*». Dersom en alltid forklarer hva som skjer, og støtter barnets observasjon vil barnet lære å stole på egne vurderingsevner.

#### 4.1.2 Følelser

*«Det å få et språk på følelsene og å regulere de, det er jo det det handler om i forhold til å ha en god psykisk helse til å møte verden med.»*

Barnas følelser blir ofte nevnt gjennom intervjuene. Det å snakke om opplevelser hjelper de med å sette følelsene i ulike båser, skille de fra hverandre og klare å formidle tankene sine. Når de klarer å snakke om følelsene sine, vil det på sikt hjelpe de til å bevare den psykiske helsen. I tillegg kan det virke stigmabrytende ved at de ikke lenger skammer seg over at mor er far eller syke. I stedet for å skamme seg, er de stolte over at de nå klarer å snakke om og formidle sine følelser rundt det som skjer hjemme.

Ved å være pårørende vil en kjenne på mange følelser som man kjenner seg alene i. Gjennom å snakke om disse følelsene vil det være lettere å finne personer som kjenner på den samme ensomheten. Det å høre at man ikke er alene eller at de følelsene en kjenner på er helt normalt kan bety mye for mange. Ved å snakke med noen som går igjennom de samme følelsene, kan de finne støtte og trygghet i hverandre.

#### 4.2 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid blir under intervjuene omtalt på ulike måter. Den ene er måten de ulike instansene og helseforetakene jobber sammen for å kunne tilby barn et skreddersydd oppfølgingsopplegg, og den andre måten er hvordan de innad i helsesystemet hjelper hverandre med å holde temaet varmt, og er trygge på hvordan de skal opptre ovenfor barn som er pårørende.

*«Dersom jeg oppdager mye mangler eller konflikter ... og barnevernet må inn, så jobber jeg for mildeste inngrepsprinsipp og tar det direkte opp med pasienten.»*

Informant 2 forklarte hvordan de jobber for at den som har en psykisk lidelse selv skal ta kontakt med barnevernet etter deres anbefaling. Å være den som selv ringer inn gir en

kontroll på hva som skal skje, og det bygger tillit mellom pasient og helsearbeider. For barnet sin del gjør dette at moren/faren oppleves som roligere gjennom situasjonen, og det blir ikke det samme stressmomentet som når barnevernet bryter inn i familielivet ufrivillig. Når barnevernet blir tatt inn på denne måten, er det vanligste tiltaket at de bistår med tilsyn i familiesamvær. Begge informanter nevner dette som et av de mest effektive tiltakene. Andre som gjerne blir koblet på når barn er pårørende er SFO, barnehage, skole, helsesøster og fastlege. Disse er alle en del av barnets hverdag, og kan se indikasjoner som forteller noe om hvordan barnet har det. Så lenge barnet er under 18 år, må begge foreldrene samtykke for at samarbeidet skal kunne finne sted.

Gjennom intervjuene ble det snakket om hvordan de dokumenterer arbeidet de gjør med barna. I og med at det er foreldrene som er pasienter, har de ikke egne journaler på barna. Da blir det viktig å opprette barne- eller ungdomsnotater i foreldrene sine journaler. Ved å dokumentere via foreldrene vil det være enklere for andre instanser å se hvilket arbeid som er gjort for barna.

#### 4.2.1 Ivareta fagpersoner

Ved spørsmål om hva helsesystemet burde fokusere mer på (sett fra informantene sitt ståsted), svarer begge at å ivareta fagpersoner og holde temaet varmt har mye å si. Ved å ivareta fagpersoner og styrke deres kompetanse til å se barnas behov, vil barna kunne oppleve å bli imøtekommet bedre og fokuset på ivaretagelse bli sterkere.

*«Vi har 2 fagdager i året for alle ansatte som handler om barn som pårørende. Det minner oss på at det ikke er en kan aktivitet, men en må aktivitet. Her går vi gjennom temaer som for eksempel «hva skjer med unge med foreldre som har spiseforstyrrelser?»»*

Informanten forteller at de ivaretar fagpersonene på huset ved å arrangere fagdager der de går igjennom typiske møter med pårørende barn. Fagdagene arrangeres både for å minne alle på at det er lovbestemt å ivareta pårørende barn, og i tillegg gjør det fagpersonene tryggere i møter med barna. Ved at fagpersonene er tryggere på temaene, klarer de å imøtekomme de pårørende barna med tryggere rammer, og gode samtaler. Mange voksne kvier seg for å ha samtaler med for eksempel barn som har mistet en forelder til selvmord. For at barnet skal kunne bli ivaretatt på best måte, er det viktig med en voksen som tør å stå i slike samtaler og svare på spørsmål.



*«Vi må ikke sykeliggjøre, men å snakke med barn styrker deres psykiske helse, da motvirker vi lidelsene som de kan utvikle».*

#### 4.2.2 Holdning og handling

*«Hvis en orker å være usikker, så blir det tryggere etter hvert, men man må gjennom usikkerheten for å bli god og trygg.»*

Dette utsagnet fra intervju 2 er valgt ut med grunnlag i at som fagperson må vi orke å stå i de samtalene som andre ikke klarer å ta med barna sine. En må møte barna med holdninger som viser at vi er her for å skape trygge rammer, og for å gjøre det som må til for barnets beste. En må vise vilje til å være der, slik at barnet ikke opplever at du kun er der fordi du må gjennom jobben. Det er viktig å informere hvem du er og være imøtekommende for barnet. En må være obs på at barn skal merke at de er velkomne, og at en ønsker deres beste. En må handle aktivt mot barneperspektivet.

Et annet perspektiv på viktig holdning i forhold til å forebygge hos barnet, er foreldrenes holdning. En kan forebygge på barnet sine vegner ved å veilede foreldrene. En av informantene ga et godt eksempel på hvordan en skal få foreldrene til å se situasjonen fra barnets perspektiv ved å først spørre *«Hva tenker du at barnet ditt trenger?»*. Dette gjør at den voksne ser barnet fra sitt perspektiv som mor eller far. Deretter kommer spørsmålet *«Se for deg at du er barnet i denne situasjonen. Hvilket behov tror du at du ville hatt, og hva slags informasjon trenger du å vite?»*. På denne måten blir de «tvunget» til å sette seg inn i et annet perspektiv og ser situasjonen i et annet lys. Med andre ord kan slik veiledning av foreldrene være til hjelp for å forebygge vanskelige situasjoner som kan oppstå.

#### 4.3 Forebygging

Et av de viktigste temaene en skal tenke på når en jobber med pårørende barn er at man må forebygge deres psykiske helse på den måten at de bygger opp et «forsvar» mot at de selv skal utvikle en psykisk lidelse som følger dem.

*«Det er klart at dette er ting som kan gå i generasjoner, så jeg tenker at det er veldig forebyggende for videre barn som pårørende. Hvis en tenker langtidsperspektiv.»*

I denne sammenhengen er det snakk om å ha barne- og ungdomssamtaler, men med vekt på at de over 18 ikke skal ekskluderes kun fordi de har fylt 18 eller mer. Informanten forteller om samtaler med personer i 25-26 års alderen, hvor de har gitt tilbakemelding om at det var en nødvendig samtale. Ved å la de som også vipper på «ung voksen» få snakke om sine erfaringer og følelser, kan det forebygge neste generasjon fra vokse opp med en mor eller far som har utviklet psykiske lidelser fordi de ikke fikk hjelp til å håndtere egne problemer i rollen som pårørende når de var unge.

#### 4.3.1 Samtaler

For å kunne utøve samtaler med barn er det nødvendig med godkjenning fra begge foreldre. I tillegg er det viktig å legge opp samtalen i forhold til alder og modenhet på barnet. Barne- og ungdomssamtaler er en «forebyggende samtale vi har for å høre hvordan barnet har det og kartlegge barnets behov». Gjennom slike samtaler blir det lagt vekt på alder og modenhet i forhold til hvordan samtalen blir lagt frem, og hva det legges vekt på. I tilfeller med søskenflokker bør altså fagpersonen dele de opp for å tilrettelegge for alderen til de ulike barna. Samtalene er med på å la barna fortelle situasjonen fra sitt perspektiv, legge frem om det er noe primært som mangler hos barnet (for eksempel fraværende mor eller utviklingsvansker). Dersom den ansvarlige fagpersonen mener at barnet trenger egen oppfølging skal det henvises videre fra disse samtalene. I tillegg kan samtalene brukes for å veilede en samtale mellom familiemedlemmene ved tilfeller der de ikke klarer å kommunisere godt på egenhånd.

Gjennom barne- og ungdomssamtalene skal i utgangspunktet den barneansvarlige klare å kartlegge hvilke behov barnet eller barna har videre. På denne måten vil hvert enkelt barn eller søskenflokk kunne få en skreddersydd oppfølging. Som regel vil det holde med samtaler, men dersom for eksempel barnevern eller fastlege må kobles inn, har dette blitt nøye vurdert gjennom barnas behov.

#### 4.4 utfordringer

En av de større utfordringene som blir beskrevet handler om tidligere erfaringer med helsevesenet.

*«Du har tilfeller der en har dårlige erfaringer med at barnevernet eller andre har vært inne i bildet, og det har gjort dem redde.»*

Disse erfaringene har ført til at noen pasienter ikke ønsker innblanding i eget familieliv. Dette gjelder hovedsakelig når det blir forespurt om å gjennomføre barne- eller familiesamtaler. I slike situasjoner er det viktig å ta høyde for de dårlige erfaringene, og kommunisere med pasienten om hvordan det ville foregått, hvorfor det er bra for barna og hvilke retningslinjer de er pliktet til å følge.

Iblant hender det også at det er barna selv som ikke vil. Dette kan igjen skyldes dårlige erfaringer, eller mangel på informasjon. Det kan virke skremmende å skulle snakke om sine private opplevelser og følelser med en fremmed person. Slike situasjoner er verdt å undre over, og forsøke å finne ut hvor usikkerheten ligger.

En annen faktor som er verdt å nevne handler om fasade. Når det ligger manipulasjon bak som gjør at barna ikke tørr å snakke om situasjonen.

*«Noen familier ser utad veldig fungerende ut, og så har de laget seg noen sånne vanntette hull, der det ikke er mulig for ungene å kommunisere at de har det vanskelig.»*

Det å kunne skille mellom fasade utad og virkeligheten er en utfordring som er vanskelig å løse. Andre barn kan man mistenke at kanskje har vansker hjemme, men så viser det seg at familien er stabil og trygg. Å kjenne igjen de tilfellene hvor fasaden er pyntet på, er en av utfordringene som begge informantene forklarer som vanskelig.

#### 4.4.1 Skilte foreldre

En annen utfordring handler om samtykke. For å kunne gjennomføre samtaler med pasientens barn, innebærer det at begge foreldre må samtykke.

*«Vi har de tilfellene hvor foreldrene er skilt, hvor en vil og den andre ikke vil.»*

Skilte foreldre kan være vanskelig å få til samarbeide dersom det ligger uoverkommeligheter bak. Dersom det er pasienten selv som er den som er negativ har man et bedre utgangspunkt

til å opparbeide nok tillit til å snu meningen. Når det er den forelderen som ikke får behandling, men er hjemmeværende, kan det bli vanskelig å skulle «overbevise» om at det er til dens og barnas beste.

#### 4.4.2 Usikre fagpersoner

Til slutt er den siste faktoren som spiller under utfordringer usikre fagfolk. *«Det går igjen at det er en enormt høy terskel blant ansatte på å ta barnesamtaler. De gruer seg og er veldig usikre.»*

Det finnes ingen fasit på hvordan en barnesamtale skal foregå, og selv om de fleste selv er vandt med å snakke med barn, enten egne eller kjente, ligger det en stopper for det å snakke med andre sine barn om familiens situasjon. Voksne blir redde for å si noe feil, forsnakke seg eller utelate relevant og viktig informasjon. Denne frykten for å ta opp alvorlige temaer med barn, er nødt til å jobbes med for å kunne hjelpe de pårørende barna i situasjonen de står i.

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal det drøftes i forbindelse med funnene i kapittel 4 og teoriene som er lagt frem i kapittel 3. Drøftingen vil bli presentert på lik linjene med presentasjon av funnene, med utgangspunkt i tabell 1. I denne drøftingsdelen skal temaene kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og utfordringer bli drøftet. Ulikt fra kapittel 4 vil det ikke bli tatt utgangspunkt i undergruppene fra tabell 1, men kun hovedtemaene.

### 5.1 Kommunikasjon

Slik det er lagt frem i kapittel 4, er kommunikasjonen med de pårørende barna viktig i arbeidet med ivaretagelse. I kapittel 3 blir viktigheten av tilknytning mellom barn og foreldre lagt frem som en viktig del av barnets utvikling. Ved å anerkjenne barnets oppfattelser, og møte deres behov for anerkjennelse styrker det identitetsskapingen til barnet (Askland & Sataøen, 2013, s. 105). Når mor eller far er psykisk syke, er det viktig at helsepersonell gir barnet god nok informasjon som er tilpasset barnets alder og modenhet slik begge informantene uttrykte.

Imidlertid kan dette være en utfordring, fordi tilpassing etter alder og modenhet krever at helsepersonellet kjenner barna. Dette påpekte informant 2 som sa at *«kartleggingen skjer kun gjennom én barnesamtale, så en må bli kjent med barna gjennom deres foreldre for å vite hvor modne barna er»*. Utfordringen i at kommunikasjonen skal skje etter barnets modenhet ligger i at helsevesenet baseres på effektivitet. Mange ansatte har lite tid å bruke på de pårørende barna, og må få mye informasjon fra pasientene for å kartlegge (Hjelmseth & Aune, 2018). Effektivitet fører til at lite tid blir satt av til å lære å kjenne barna, som gjør det vanskelig å vite i hvilken grad barnet er modent i forhold til alder. I Afzelius, Planting og Östman sin studie kommer det frem at de fleste av personene i studien mener at profesjonelle utøvere i psykiatrien mangler tid og interesse i pasientene sine barn (Afzelius et.al., 2017).

Som tidligere nevnt i oppgaven er stressorer i miljøet en psykologisk utfordring som kan påvirke utviklingen til barnet (Askland & Sataøen, 2013, s.16). Askland og Sataøen skriver i tillegg om hvordan foreldre-barn relasjonen er en av de største beskyttelsesfaktorene (Askland & Sataøen, 2013, s.17). En utfordring i ivaretagelsen av pårørende barn er når stresset i helsesektoren påvirker pasienten. Dette kan sees i forbindelse med funnene i kapittel 4 under

utfordringer. Informant 2 snakker om stressfaktorer som oppstår når familier har dårlig erfaring med tidligere intervensjoner fra for eksempel barnevernet under utfordringer. Ut ifra det informant 2 sier, kan vi se for oss et eksempel hvor mor er innlagt. Et stressende miljø på institusjonen kan føre til at mor selv blir stresset. Dersom dette skjer før mor skal møte barnet sitt, blir dette en faktor hun tar med seg inn i samspillet.

I lys av dette kan vi komme frem til at ivaretagelsen helsepersonell gjør for pasienten, er viktig for å kunne bevare en god relasjon mellom forelderen og barnet. Helsepersonell på institusjoner som påvirkes av spesialisthelsetjenesteloven er pålagt til å ha en barneansvarlig som sørger for at ivaretagelsen av pårørende barn blir fremmet (Sphl, 1999, § 3-7 a). Dersom helsepersonellet hjelper barnet med å forstå situasjonen, og er en veileder i familiens samtale, kan dette styrke et utsatt forhold. I tillegg kan helsepersonellet veilede for eksempel moren som er syk, til å forstå hvorfor det er viktig å kommunisere med barnet sitt (informant 2). Imidlertid kan tilstedeværelse fra helsepersonell virke forskjellig inn på forelder og barn. Kanskje syntes for eksempel far at det er enklere når behandler er til stede, men barnet tør ikke åpne seg opp fordi det er en ukjent person til stede (informant 1).

Ved å kommunisere godt med barnet som er pårørende, skapes det en positiv opplevelse i situasjonen. Dette kan for eksempel være gjennom en individuell barnesamtale hvor barnet får tilpasset informasjon om mor eller far sin lidelse, eller en mulighet for barnet til å stille spørsmål om det de har tenkt i hodet sitt. Slike positive opplevelser er tidligere forklart som en faktor som skaper selvtillit hos i barnet i situasjonen, som igjen styrker barnets evne til å takle motstand, og vurdere helheten av situasjonen (Aalbæk & Glistrup, 1997, 124-125). Dette kan vi støtte opp mot det informant 2 har sagt angående det å få et språk på følelsene sine, og klare å regulere tankene sine rundt det som skjer. Sett i et annet lys kan det oppleves som en negativ opplevelse dersom barnet ikke klarer å fange omfanget av situasjonen fordi det er problemer med tilknytning til personen som skal hjelpe (Eide & Eide, 2004, s.66). Dette kan føre til destruktiv tankegang som skaper en spenning i relasjonen til helsepersonellet, og barnet kan føle seg utilpass i situasjonen.

### 5.1.1 Sammenheng og mening

I kapittel 4 ble det lagt frem viktigheten av å snakke sant i samtaler med barn, da deres virkelighetsoppfatning er viktig å bevare.

*«Det er viktig med unger å bygge på historien, og det er viktig at alt du sier er sant, men du trenger ikke alltid si hele sannheten .... Jeg har opplevd at unger føler det som et svik dersom de får vite at alle utenom dem selv har visst hva som foregår.»*

Informant 1 påpeker her at det kan føles som svik for et barn i de tilfellene de har fått en annen informasjon enn hva som er hele sannheten. I en familie hvor kommunikasjonen brister, kan individene bli opptatt av å beskytte seg selv. Helgeland (2012, s. 195) påpeker at dersom barnet ikke blir gitt riktig informasjon om situasjonen, vil barnet forsøke å beskytte seg mot noe den ikke helt vet hva handler om.

Samtidig mener begge informantene at når foreldrene velger å utelate informasjon fra barna, er det gjort med intensjoner om at barnets beste ligger til grunn for beslutningen. De mener at barnet er for ungt til å kunne ta til seg slik påkjennende informasjon, og at barnet er bedre rustet til sannheten når de er eldre. Likevel mener informantene at i de aller fleste tilfeller ender dette med barnet lager seg egne tanker og antagelser, hvor barnet sitter igjen med spørsmål uten svar. Vi kan se dette i sammenheng med utviklingen av selvet. Som nevnt i kapittel 3.4 forsøker barn å forstå egne handlinger gjennom andre perspektiv ved å sette seg i deres posisjon (Askland & Sataøen, 2013, s.110), og foreldrene hjelper til med dette gjennom speiling. Når barna ikke får riktig informasjon, kan det skape brist i forholdet mellom barn og syk forelder ved at barnet ikke kjenner seg igjen i det som blir sagt sammen med foreldrenes uttrykk av følelser.

I tillegg er det tidligere beskrevet at traumatiske hendelser i ung alder er en av de største faktorene for senere utvikling av psykiske lidelser, og et stabilt foreldre-barn relasjon er den største beskyttelsesfaktoren mot dette (Askland & Sataøen, 2013, s.17). Dersom barnet opplever at foreldrene lyver om et såpass viktig tema som mor eller fars sykdom, kan dette skape brist i denne beskyttelsesfaktoren.

## 5.2 Tverrfaglig samarbeid

I kapittel 4 kommer tverrfaglig samarbeid frem som en viktig del for å kunne ivareta pårørende barn. Det har kommet frem at samarbeid både er til for å kunne skreddersy tilbud

til den enkelte familie eller barn, og i tillegg at fagpersoner skal kunne hjelpe hverandre til å bli bedre i arbeidet med barn.

*«Vi jobber ikke så mye med tiltak, for vi har jo ikke så mye vedtak og sånne ting, men vi prøver å tilby det de trenger i en periode, også at det går over til at de enten bare ivaretas av familien på laveste nivå, eller at vi må henvise de inn i behandlingssystemet»*

Utsagnet ovenfor stammer fra intervjuet med informant 1. For å kunne henvise til andre instanser, er det nødvendig med gode kunnskaper om hvilke tjenester helsesystemet kan tilby. Dersom et barn har behov for oppfølging eller egen behandling, er deling av relevant innhold nødvendig for tverrfaglig samarbeid, slik at det kan skreddersys og tilrettelegges en plan for tiden fremover. Tidligere er det nevnt at helsepersonelloven § 25 har hjemmel til å dele taushetsbelagt informasjon med samarbeidende personell, dersom pasienten ikke strider imot, og det er nødvendig for å ivareta behovene til mindreårige. Imidlertid er dette problematisk dersom pasient motsetter seg å dele informasjon med andre helsetjenester. Problematikken oppstår ved helsepersonells plikt til å ivareta pårørende barn. I lys av helsepersonelloven § 10 a skal barn som er pårørende til foreldre bli ivaretatt av helsepersonell, og oppfølgingsbehov skal bli avklart. Dersom forelderen nekter helsepersonellet å dele opplysninger med samarbeidende personell, kan barnets oppfølging bli vanskelig å få tilrettelagt, og behovet barnet har kan falle bort. Samtidig ser vi i Norges grunnlov § 104 at barnets mening skal bli vektlagt, og helsepersonell kan dermed henvise barnet til å oppsøke andre helsetjenester dersom det er tydelig behov.

*«Når jeg oppdager at det er mye mangler og konflikter, et vanskelig miljø for barnet å være i, så prøver jeg mildeste inngrepsprinsipp .... og det er fint om pasienten selv tar steget med å ringe barnevernet med meg til stede.»*

Ved å trå inn i det tverrfaglige samarbeidet på måten det beskrives, mener informant 2 at verdigheten og kontrollen til pasienten vedlikeholdes. På denne måten blir overgangen kontrollert, og i beste fall kan de pårørende barna oppleve barnevernets interaksjon som rolig og positiv da det ikke oppleves som et motvillig inngrep i privatlivet. Når tverrfaglig samarbeid blir gjort på denne måten vil det oppleves som et positivt tiltak som hele familien kan få utbytte av.



Et annet mulig utfall er at tverrfaglig samarbeid kan gi en negativ effekt. For at tverrfaglig samarbeid skal fungere, er det nødvendig at de ulike instansene kjenner til hverandres tilbud og målsettinger. En forutsetning for tverrfaglig samarbeid er felles problemforståelse med lik målsetting og realistiske forventninger til samarbeidet (Glavin & Erdal, 2000, s. 34). Dersom to instanser som samarbeider ser utgangspunktet for problemet forskjellig, kan dette skape en uro, og være en stressfaktor for det pårørende barnet som trenger oppfølging. I tillegg vil det oppstå komplikasjoner i utviklingen av å skreddersy en plan for barnet dersom målsettingen fra de ulike samarbeidspartnerne er ulike.

Et pedagogisk argument for at tverrfaglig samarbeid kan være utfordrende, er når det oppstår dårlig miljø mellom fagpersonene. Situasjoner som skaper uoverkommelige uenigheter er med på å lage et dårlig arbeidsmiljø, som igjen vil gå utover brukerne som skal ha hjelp. De blir i mindre grad sikret en helhetlig behandling, og kontakten med fagpersoner kan bli mangelfull på grunn av dårlig koordinering. I tillegg kan det i verste fall gå ut over behandlingstiden (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 21). Dersom det allerede ligger dårlige erfaringer med instanser som skal hjelpe fra tidligere, vil dette legge seg oppå haugen som skaper en usikkerhet med å be om hjelp fra andre.

På den andre siden igjen kan det komme mye godt ut av tverrfaglig samarbeid dersom det blir gjennomført på en profesjonell måte. Gjennom god kommunikasjon og samarbeid kan det bidra til utvikling av felles kompetanse, forbedret informasjon på tvers av fagområder og strukturen for brukermedvirkning vil styrkes (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg blir det enklere å utnytte de forskjellige kompetansene på tvers av fagpersoner for å styrke et skreddersydd opplegg for brukeren som er i fokus, slik som pårørende barn er i denne oppgaven.

### 5.3 Utfordringer

*«En av utfordringene er når foreldrene er skilt, og de er uenige om hvordan det skal gås frem når det kommer til informasjon og behandling. Slike uenigheter kan skape konflikter mellom foreldrene som setter barnet i en vanskelig posisjon.»*

Utfordringene ved dette er når kun én av foreldrene samtykker til barnesamtale for å kartlegge hvilken oppfølging det aktuelle barnet trenger, og den andre forelderen ikke vil samtykke. Så lenge barnet er under 18 år, trenger begge foreldrene å samtykke for å kunne gjennomføre.

For å ta utgangspunkt i dette tilfellet, kan vi se for oss en familie hvor far har psykisk lidelse, for eksempel depresjon, og mor har skilt seg fra faren. Mor mener at barnet ville hatt godt av å gå til barnesamtale for å få et bedre innblikk i faren sin situasjon, men faren ønsker ikke at barnet skal vite mer enn hva han har fortalt selv.

Denne utfordringen i seg selv trenger ikke være en problematisk forutsetning for barnet. En familie klarer helt fint å gi barnet den informasjon og støtten de trenger ved å være åpne og ærlige. Det som kan bli vanskelig er dersom denne uoverensstemmelsen utvikler seg til å bli en konflikt mellom foreldrene, hvor barnet føler seg fanget i midten. Dette kan sammenlignes med de psykologiske utfordringene hvor stressorer i miljøet kan skape en indre uro hos barnet (Askland & Sataøen, 2013, s.16).

Det kan også være en styrke med skilte foreldre i en situasjon hvor du er pårørende. Det viktigste er å finne en ordning som barnet er fornøyd med, og det er oftest anbefalt hyppig samvær med begge parter (Alsing, 2012, s.132-133). På den måten har barnet en mulighet til å være hos den friske forelderen og få et avbrekk fra påkjennelsen det kan være med en syk forelder. For barn og ungdom er psykiske lidelser for lite snakket om, og oppleves dermed som tabu (Gudjonsson, 2017). Å kunne få en pause fra hverdagen kan oppleves som et trygt avbrekk, og særlig hvis en syntes det er skummelt å ha med venner hjem hvis en ikke har snakket om den psykiske lidelsen med vennene sine.

## 6 Oppsummering og avslutning

I kapittel 3 er det sagt at målet for oppgaven er å finne ut hvordan pårørende barn blir ivaretatt av helsepersonell. Funnene går ut på at noe av det viktigste i arbeidet med barna er å tilpasse informasjonen ut ifra modenhet, og sørge for at det er en god forståelse av situasjonen fra barnet sin side. Det vises til tverrfaglig samarbeid som en måte å skreddersy barnets oppfølging på ved at ulike instanser samarbeider om å se barnets behov. Det kommer frem i oppgaven at fagpersonene selv behøver oppfølging for å kunne møte barnet på best mulig måte, da barnesamtaler er vanskelig for mange å gjennomføre.

De to siste funnene som er sentrale for å svare på oppgaven er hvordan samtaler med helsepersonell kan forebygge barnets psykiske helse og utfordringene som følger med når det er snakk om barn under 18 år. Gjennom drøftingen har det kommet frem positive og negative sider på de aktuelle funnene. I tillegg har vi sett i teorien at pårørende barn lever med mange risikofaktorer som kan påvirke den kognitive utviklingen. For å svare på problemstillingen vil jeg avslutte med en kjapp oppsummering av det som har kommet frem.

Barna blir ivaretatt av helsepersonell ved at de blir «oppdaget» av helsepersonellet som er ansvarlige for den syke moren/faren. Barnesamtaler blir gjennomført, hvor det blir utredet om barnet har behov som ikke blir tilfredsstilt, og om barnet trenger egne tiltak. Noe av det mest avgjørende for ivaretagelsen er samtaler som blir tilrettelagt for alder og modenhet, og at det som blir fortalt er sant. Videre kan henvisning til andre instanser være med på å lage en trygg ivaretagelse for barnet, eller de kan samarbeide gjennom for eksempel helsesøster og lærer for å følge med på utviklingen. Til slutt skal det nevnes at barnet får best oppfølging når helsepersonellet selv blir ivaretatt og er trygge på hvordan en skal gjennomføre barnesamtaler. Det kan konkluderes med at mye av ivaretagelsen er forebyggende arbeid, men vil spille en stor rolle for barnets selvforståelse og egen psyke.

Ut ifra egne tanker rundt problemstillingen, har det blitt fremstilt som at hypotesen min om at det er lite tid som blir satt av til barna stemmer i en viss grad. Til tross for at det ikke blir satt av mye tid til barna, virker det som pårørende barn blir ivaretatt på best mulig måte i forhold til faktorene rundt. En må huske at det er pasientene (mor/far) som er hovedfokuset til helsevesenet. Loven som binder helseforetak til å ha barneansvarlige gjør at barnas rett til oppfølging blir ivaretatt og barna blir sett som egne individer.

## Litteraturliste

\* = selvvalgt pensum

Afzelius, M., Planting, L. & Östman, M. (2017). Children of parents with serious mental illness: The perspective of social workers. *Practice*, (29)4, 293-310.

<https://doi.org/10.1080/09503153.2016.1260705> 17 sider\*

Alsing, H. C. (2012). Terapeutisk arbeid med «spagatbarn» og deres forelder. *Fokus på familien*, 40(02), 125-137. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2012-02-03> 12 sider\*

Askland, L. & Sataøen, S.O. (2013). *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst* (3.utg). Gyldendal akademisk. 91 sider\*

Aslaksen, Per. (2020, 3. november). Psykiske lidelser. I *Store norske leksikon*.

[https://sml.sn.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.sn.no/psykiske_lidelser) 2 sider\*

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFDIR). (2018, 6.april). *Omsorgssvikt*. Bufdir [https://www.bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Vern\\_mot\\_overgrep/Vold\\_og\\_overgrep\\_mot\\_barn\\_og\\_unge\\_med\\_funksjonsnedsettelse/Tegn\\_pa\\_vold\\_og\\_overgrep/Omsorgssvikt/](https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Vern_mot_overgrep/Vold_og_overgrep_mot_barn_og_unge_med_funksjonsnedsettelse/Tegn_pa_vold_og_overgrep/Omsorgssvikt/) 4 sider\*

Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.

<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1992-07-17-100?searchResultContext=1175&rowNumber=2&totalHits=142206>

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

Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. Oxford. 20 sider

Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *InterViews* (3.utg). Sage publications. 15 sider\*

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademisk. 264 sider\*

Den Norske Legeforening. (2021). *Norsk psykiatrisk forening: Vanlige spørsmål og svar om psykiske lidelser*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/om-psykiske-lidelser/sporsmal-og-svar-om-psykiske-lidelser/#41339> 1 side\*

Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal akademisk. 39 sider\*

Glavin, K. & Erdal, B. (2000). *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Kommuneforlaget. 12 sider\*

Grunnloven (1814). *Kongeriket Norges grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata  
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1814-05-17-nn?searchResultContext=2896&rowNumber=1&totalHits=10514>

Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2019). *Lærebok i barnepsykiatri* (5.utg). Universitetsforlaget.

Gudjonsson, I. (2017, 27.mars). *Psykiske problemer er tabu blant ungdom*. Forskning.no.  
<https://forskning.no/partner-psykiske-lidelser-psykologi/psykiske-problemer-er-tabu-blant-ungdom/356847> 4 sider\*

Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I Haugland, B.S.M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.), *Barn som pårørende*. Abstrakt forlag. 27 sider\*

Helsedirektoratet. (2018, 17.januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>  
6 sider\*

Helsedirektoratet. (2018, 18.januar). *Helseforetak skal ha barneansvarlig personell*.  
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63?searchResultContext=1147&rowNumber=2&totalHits=46523>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64?searchResultContext=1242&rowNumber=1&totalHits=9782>

Heradstveit, O. (2021, 14.januar). *Omsorgssvikt og nevrobiologi: Slik skades barnets hjerne av omsorgssvikt*. Hjelp til hjelp. <https://www.hjelptilhjelp.no/Sorg-og-traumer/omsorgssvikt-og-nevrobiologi-en-hjerne-i-konstant-alarmeredskap> 36 sider\*

Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien forskning*, 13 65521. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521> 24 sider\*

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget. 17 sider\*

Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2. utg). Universitetsforlaget. 245 sider\*

Lier, L. & Aarkrog, T. (1999). Forældre med psykiske forstyrrelser, misbrug og retarderet utvikling. I Lier, L., Isager, T., Jørgensen, O.S., Larsen, F. W. & Aarkrog, T. (red). *Børne og ungdoms psykiatri* (s. 115-133). Hans Reitzels Forlag. 17 sider\*

Mestringshusene. (u.å). *Sammenhengen mellom rus og psykiske lidelser*. Hentet 3.mai.2021 fra <https://mestringshusene.no/pasienter/sammenhengen-mellom-rus-og-psykiske-lidelser/> 3 sider\*

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63?searchResultContext=1147&rowNumber=2&totalHits=46523>

Rye, H. (2021). *Kontakt, samspill og utvikling*. Babyverden. Hentet 03.04.2021 fra <https://www.babyverden.no/Baby/Oppdragelse/Kontakt-samspill-og-psykisk-utvikling/> 9 sider\*

Rødevand, L. (2015, 10.desember). *Den uforståelige smerten*. Psykologisk <https://psykologisk.no/2015/12/den-uforstaelige-smerten/> 10 sider\*

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-61/§3-7a>

Tetzchner, S.V. (2019). *Barne og ungdomspsykologi: Tysik og atypisk utvikling*. Gyldendal Akademisk. 19 sider\*

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5.utg). Fagbokforlaget. 24 sider\*

Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser. Rapport Nasjonalt folkehelseinstitutt*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf> 48 sider\*

Aalbæk, T. & Glistrup, S. (1997). *Børn af psykisk syge forældre: En undersøkelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling*. Psykologisk institut, Aarhus universitet. 175 sider\*

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Informasjons- og samtykkeskjema

### **Vil du delta i forskningsprosjektet «barn i fokus»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hvordan pårørende, og da særlig barn blir ivaretatt når en eller begge foreldre blir behandlet for psykisk sykdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er å få et overblikk over hvordan ulike instanser/behandlingssentre ivaretar pårørende, og hvordan retningslinjene fra helsedirektoratet om hvordan pårørende skal ivaretas blir overholdt på ulike måter. Min problemstilling er «blir barn ivaretatt godt nok når mor eller far har en psykisk sykdom?», og fokuset ligger i å finne ut om barn blir ivaretatt godt nok når det ikke er de som står i hovedfokus. Denne oppgaven er en bachelor oppgave for sosialt arbeid ved UiS.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet, hvor Nina Thorbjørnsen er veileder.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget for hvem som blir spurt om å delta er ansatte ved ulike behandlingssentre/instanser og pårørendesenter. Det er kun 3-4 personer som vil gjennomføre undersøkelsen.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju. Intervjuet vil enten foregå på avtalt sted hvor retningslinjer for smittevern blir overholdt, eller over zoom eller lignende programmer. Det vil være 5 hovedspørsmål med mulighet for oppfølgingsspørsmål. Disse er det helt frivillig å svare på. Intervjuet vil bli tatt opp, og informasjonen som kommer frem vil kun ligge tilgjengelig for meg og veileder til å bruke i min bacheloroppgave. De oppbevares elektronisk. Ingen personopplysninger vil bli lagret, og om nødvendig vil informasjon anonymiseres.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som har tilgang til intervjuet er jeg (Ingrid Hallgren) og veileder Nina Thorbjørnsen ved UiS. Informasjonen vil lagres på en harddisk ved siden av min personlige pc. Ingen informasjon som kommer frem i oppgaven vil kunne gjenkjenne personer eller arbeidssted.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**



Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 16.05.2021. Etter dette vil alle opplysninger slettes fra alle servere.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Nina Thorbjørnsen via mail [nina.thorbjornsen@uis.no](mailto:nina.thorbjornsen@uis.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingrid Kase Hallgren

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide 1

# Intervjuguide

### Introduksjon

- Presentere meg selv
- Informasjon om prosjektet
  - tema
  - problemstilling
  - hvem intervjues
- Gjennomgang av hvordan intervjuet foregår
- Samtykkeskjema og rettigheter

### Informasjon om informant

- Jobberfaring, tid i nåværende jobb
- Noen kurs?
- Informantens erfaringer, hvordan/hvorfor havnet i den jobben de har nå

### Hovedspørsmål

- Hva er deres oppfattelse av hvordan pårørende barn blir ivaretatt?
- Hvilke fremgangsmetoder bruker dere for å få kontakt med pårørende barn? Mange som selv tar kontakt?
  - Er noen situasjoner vanskeligere å få kontakt gjennom enn andre?
  - På hvilke måter promoterer dere deres tjenester?
- Hva er deres erfaringer med oppfølgingen til pårørende barn?
  - Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet?
  - Er det noe dere villet se bli gjort annerledes i oppfølgingen?
- Hva opplever dere at barn med psykisk syke foreldre syntes er vanskeligst?
  - Er det særlig en aldersgruppe dere opplever som utsatt?
  - Hvilke følelser uttrykkes i møte med dere?
- Hva er etter deres mening de mest effektive «tiltakene» når man skal støtte pårørende barn av foreldre med psykiske lidelser?

### Avslutning

- Til slutt: er det noe mer dere tenker at kan belyse/svare på problemstillingen min?
- Takk for at dere tok dere tid til intervju!

## Vedlegg 3: Intervjuguide 2

# Intervjuguide

### Introduksjon

- Presentere meg selv
- Informasjon om prosjektet
  - tema
  - problemstilling
  - hvem intervjues
- Gjennomgang av hvordan intervjuet foregår
- Samtykkeskjema og rettigheter
- Kort presentasjon om informant
  - utdanning
  - stilling, tid i stilling

### Hoveddel:

- Kan du fortelle litt om hvordan du ble barneansvarlig?
  - Hva går jobben ut på?
  - Hvor mye tid legges i det?
- Hvordan kartlegger dere hvilke barn som trenger oppfølging?
  - samt hvilket behov barna har?
  - hvordan foregår samtalen?
  - Noen situasjoner vanskeligere enn andre?
  - hvor lenge har dere kontakt?
- Jobber dere tverrfaglig i forhold til oppfølging av barna?
  - hvilke tiltak kan dere henvise til?
- Er det noen tiltak du opplever som mer effektiv enn andre?
- Hvilke utfordringer opplever du som barneansvarlig?
- Er det noe du gjerne skulle sett det ble lagt mer eller mindre vekt på i forhold til ivaretagelsen av pårørende barn?

### Avslutning

- Til slutt: er det noe mer dere tenker at kan belyse/svare på problemstillingen min?
- Takk for at dere tok dere tid til intervju!

