

10009

Barn som pårørende – Hvordan lykkes med å ivareta barn av foreldre med psykiske lidelser?

Children as next of kin – How to success preserving children of mentally ill parents?

Bacheloroppgave i sosialt arbeid
Veileder: Marie Florence Moufack

Mai 2020

Sammendrag

Barn som pårørende har lenge vært en usynlig gruppe. I nyere tid har gruppen imidlertid fått større fokus. Dette kommer tydelig frem i to nye lovparagrafer i henholdsvis helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det finnes i tillegg flere metoder å tilnærmer seg barn som pårørende på. Likevel er det noen utfordringer knyttet til dette arbeidet, og i praksis er det mye som bør forbedres. I denne oppgaven ser jeg på hvordan en kan lykkes med å ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

I Norge har omtrent 260 000 (23 % av barnebefolkningen) barn, foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering. Å leve sammen med foreldre med psykiske lidelser kan ha store konsekvenser for barna. Hverdagen oppleves for de fleste som både uforutsigbar, kaotisk og belastende. Barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser har derfor et stort behov for å bli sett og ivaretatt.

Bistand disse familiene mottar i dag er svært personavhengig, og det viser seg at det er tilfeldig om en familie får hjelp eller ikke. Viktige faktorer i arbeid med barn som pårørende er organisatorisk forankring, kunnskap og holdninger hos de ansatte og ikke minst motivasjonen til pasientene som også er en foreldre. Oppgaven tar utgangspunkt i evalueringer av tre ulike familieintervensjonsmetoder, samt en undersøkelse av helsepersonells opplevelse av barneansvarlig-rollen. Fokuset er på hvordan helsepersonell møter familiene, utfordringer knyttet til motivasjon til deltagelse og nødvendigheten av tilpassede og koordinerte tjenester.

Abstract

Children as next of kin has been a hidden group for a long time. Lately these children have gotten more focus. This we can understand by two new paragraphs of the Norwegian law.

There is many different methods for approaching children of mentally ill parents.

Nevertheless, there is challenges related to this work, and there is a lot to be improved in practice. In this paper I will discuss how to success preserving children of mentally ill parents.

In Norway approximately 260 000 (23% of the child population) children, has parents with a mental illness that can affect their daily functions. Living with parents with mental disorders can have major consequences for children. For most of these kids, everyday life can be unpredictable, chaotic and stressful. Children as relatives of parents with mental disorders therefore have a great need to be seen and looked after.

The assistance these families receive today is highly dependent on the workers in the health care, and it turns out that it is a coincidence whether or not a family receives help. Important factors in working with children as relatives are organizational anchors, knowledge and attitudes of the health workers and not least the motivation of the patient that are parents. This paper is based on evaluations of three different family intervention methods, as well as an examination of health care provider's experience of the child responsibility role. The focus is how health professionals meet families, challenges related to motivation for participation and the need for customized and coordinated services.

Vær nå litt voksen!

Vi sier det til barna våre rett som det er.

Som oftest når vi vil ha dem til å slutte med noe.

Slutt å mase. Slutt å søle. Slutt å slåss.

Noen barn er voksne uten at de blir bedt om det.

De maser ikke. De søler ikke. De slåss ikke.

De gjør mye annet. De rydder. De passer småsøsken. De trøster mor eller far.

Og de trøster seg selv.

De bruker ikke bare krefter på å gjøre en voksens jobb.

Mange av dem bruker også krefter på å skjule at noe er galt, for omverdenen.

De tror at det å be om hjelp er ensbetydende for å svikte mamma eller pappa.

Derfor sier mange av disse barna aldri fra om at de sliter.

Alle voksne har ansvar for å varsle hvis de mistenker at barn lider overlast.

Noen som stusser over at jenta i etasjen over går ut i sommerkjole midt på vinteren.

Læreren som legger merke til at den skoleflinke gutten i 5B har sluttet å gjøre lekser.

Helsepersonell har et helt spesielt ansvar.

Når de møter en voksen som er alvorlig syk, plikter de til å undersøke om han eller hun har barn, og forsikre seg om at de blir fulgt opp.

Helsepersonell som møter unge pårørende, må bruke både øyne og ører.

De må høre det som ikke blir sagt. De må se det som ikke synes.

Disse barna må slippe å være voksne.

Derfor må noen andre være det.

Oslo, mars 2015

Helseminister Bent Høie

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Oppgavens relevans for sosialt arbeid	2
1.4 Begrepsforklaringer	3
1.4.1 Pårørende.....	3
1.4.2 Pasient	3
1.4.3 Psykiske lidelser	3
1.5 Oppgavens oppbygging	4
2. Metode	4
2.1 Datainnsamling	5
2.2 Kildekritiske vurderinger.....	5
3. Bakgrunnskunnskap - Barn som pårørende	6
3.1 Omfang	6
3.2 Når mor eller far har en psykisk lidelse.....	6
4. Empiri - Arbeid med barn som pårørende	8
4.1 «Rekruttering» av familiene	8
4.2 «Ikke alle passer samme sko»	10
4.3 Fokus i tiltakene.....	11
5. Diskusjon	12
5.1 Økt kunnskap og tid – nøkkelen til å lykkes?.....	12
5.1.1 Fokus i helsevesenet.....	12
5.1.2 Tidsklemma	14
5.1.3 Endringstiltak for å styrke de ansattes rolle	15
5.2 Sammensatte og tilpassede tjenestetilbud.....	16
5.2.1 Tilpassede tilbud	16
5.2.2 Koordinering av tiltak og samarbeid mellom instansene	17
5.2.3 Lytter vi til barna?	18
6. Avslutning	19
7. Kilder	21

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Barn som pårørende til personer med psykiske lidelser er ofte omtalt som en usynlig gruppe i samfunnet. Fra tidlig 2000-tallet har gruppen fått mer oppmerksomhet både i forskningen og politikken, nasjonalt og internasjonalt (Aldridge; Becker; Maybery og Reupert, referert i Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). Å leve med foreldre hvor en begge har en psykisk lidelse vil påvirke barna, og konsekvensene er godt dokumentert. Men hva gjør de norske helse- og omsorgstjenestene for å ivareta barna?

I Norge er det lovregulert at helsepersonell skal forsøke å avdekke om pasientene har barn. Helsepersonell er også pliktige til å ivareta behovet for nødvendig oppfølging av barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1997, §10a). Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a (1999) pålegger i tillegg helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell på hver avdeling. Barneansvarlige skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn som pårørende. De nevnte lovgivningene ble satt i verk fra 1. januar 2010. Tiltak for familier og barn hvor foreldre har en psykisk lidelse finnes både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Selv om barnefokuset stadig får større plass i helsevesenet er det en rekke utfordringer knyttet til dette. Det gjelder blant annet organisatoriske forhold og kunnskap hos de ansatte. Personer med psykiske lidelser har ofte skam og frykt knyttet til foreldrerollen. En stor utfordring for de ansatte i helsevesenet er derfor pasienter som vegrer seg for å snakke om temaet.

I denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i evalueringer av tre ulike familieintervensjonsmetoder som benyttes i arbeid med barn som pårørende. Tiltakene er eksempler fra både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Jeg vil også benytte meg av en studie av hvordan helsepersonell med barneansvarlig-rollen opplever og erfarer arbeidet med barn som pårørende. Fokuset i oppgaven vil være på utfordringer ved «rekrutering» av familier, samt tilpassing og koordinering av tiltak på tvers av ulike instanser.

Med dette vil jeg forsøke svare på problemstillingen: Hvordan lykkes med å ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser?

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg hadde tidlig klart for meg hvilket overordnet tema jeg ønsket å fordype meg i. Personlig brenner jeg for barns rettigheter, å skrive en oppgave om barn var derfor naturlige for meg. Igjennom ulike erfaringer fra arbeidslivet og i praksis har jeg blitt mer bevisst på temaet «barn som pårørende».

Loven er tydelig; pasientenes barn både bør og skal bli kartlagt av helsearbeidere. Barna skal også følges opp med nødvendige tilbud etter behov (Helsepersonelloven, 1997, §10a).

Gjennom min praksis på sosionomavdelingen på et av Norges største sykehus fikk jeg likevel oppleve at dette ikke alltid var tilfellet. I mange journaler manglet det blant annet informasjon om barn som pårørende. Hvorvidt barna ble fulgt opp hadde jeg imidlertid ikke innsikt i. Mine antagelser var at dette var et tema som ofte ble avglemt eller skjøvet unna. Dette gjorde at jeg ønsket å utforske temaet nærmere for å finne ut; hvilken hjelp får barna og hva påvirker dette arbeidet?

Det er et bredt spekter av vitenskapelig litteratur knyttet til temaet «barn som pårørende». For å avgrense oppgaven valgte jeg å ta utgangspunkt i barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Personer med psykiske lidelser sliter ofte med andre tilleggs-utfordringer som rusmiddelavhengighet (Håkonsen, 2014, s. 381). Dette er noe jeg ikke har valgt å legge vekt på, en kan imidlertid tenke seg at temaene er sammenfallende også for denne gruppen.

Det er mange forhold ved arbeidet med barn som pårørende som kan diskuteres, men jeg har som følge av oppgavens omfang måtte foretatt begrensninger. Temaet bør i fremtiden belyses ytterligere for å styrke det viktige arbeidet.

1.3 Oppgavens relevans for sosialt arbeid

Som sosialarbeider har vi et særlig ansvar for å ivareta sårbare grupper (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 7). Barn med psykisk syke foreldre opplever ofte mangelfulle omsorgspersoner i sin oppvekst (Rørvik, 2017, s. 193). De har derfor et særlig behov for informasjon og oppfølging. Helsepersonelloven (1997, §10a) plikter helsepersonell til å ivareta barn som pårørende, men den moralske plikten veier minst like tungt når en har kunnskap om hvilke konsekvenser det har for barn å leve med foreldre med psykiske lidelser. Det vil være etisk uansvarlig å forbli passiv og ikke gjøre noe når man har slik kunnskap (Stamnes & Haukø, 2014, s. 140).

Som sosialarbeider er det viktig å ha et helhetssyn på pasienten (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 7). I arbeidet med barn som pårørende er dette avgjørende for å kunne bistå på en effektiv

måte, som er til hjelp for både pasienten og barna. Ansatte må være bevisste konsekvensene og utfordringen disse familiene står ovenfor, og hvordan disse bør imøtekommes. Med dette fokuset har sosialarbeidere derfor en viktig rolle i psykisk helsevern for voksne.

1.4 Begrepsforklaringer

I oppgaven vil jeg benytte begrepene pårørende og pasient om barna og deres foreldre. Her vil jeg avklare hva som inngår i de ulike begrepene. Jeg vil også presentere psykisk lidelse som fenomen. Dette vil gi svar på noen begrensninger jeg har foretatt meg.

1.4.1 Pårørende

Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3b (1999) er det pasienten selv som bestemmer hvem som er nærmeste pårørende. Som pårørende etter nevnte lov tillegges personen rettigheter til informasjon og medvirkning (Bahus, 2017). I den sammenhengen inkluderes ikke mindreårige barn som pårørende. Lovbestemmelsene om barn som pårørende (eks. helsepersonelloven) er pliktbestemmelser for helsepersonell, ikke rettighetslover for barna (Pårørendesentret, u.d.).

I oppgaven brukes begrepet pårørende om pasientenes barn. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i helsedirektoratets definisjon på barn, brukt i forbindelse med kommentarer til helsepersonelloven; «Med barn i denne sammenheng menes barn som pasienten har omsorgsansvar for, uavhengig av formalisert omsorgssituasjon» (Helsedirektoratet, 2018). Begrepet barn i oppgavens sammenheng omfatte barn fra 0 – 18 år.

1.4.2 Pasient

Begrepet pasient defineres som «En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3a). Dette betyr at den syke som mottar helsehjelp vil omtales som pasienten. I oppgavens sammenheng vil dette gjelde barnas foreldre. «Med foreldre menes alle som har omsorgsansvar for barn, både barnets foreldre, fosterforeldre, steforeldre og eventuelt andre så sant de fyller foreldrerollen for et barn.» (Helsedirektoratet, 2018). Pasient i oppgavens sammenheng er begrenset til pasienter med psykiske lidelser.

1.4.3 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser utgjør et bredt spekter av utfordringer uttrykt gjennom ulike symptomer. Imidlertid er de generelt preget av en eller annen kombinasjon av unormale tanker, følelser,

atferd og forhold til andre (World Health Organization , 2020). Psykiske lidelser kategoriseres blant annet i det internasjonale diagnosesystemet ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) som forvaltes av Verdens helseorganisasjon (WHO). Blant de vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon, personlighetsforstyrrelse, bipolar lidelse og psykose. Jeg vil videre i oppgaven se på psykiske lidelser som et fenomen, uten å ha fokus på de enkelte diagnosene. Dette er fordi det synes for meg at tilnærmingen til hvordan en ivaretar barn som pårørende til personer med psykiske lidelser er uavhengig spesifikk diagnose.

Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet (Håkonsen, 2014). En psykisk lidelse vil derfor også kunne påvirke evnen til å beherske foreldrerollen (Bunkholdt & Kvaran, 2015, ss. 135-136). Det er store variasjoner knyttet til grad av påvirkning i hverdagen. I denne oppgaven vil jeg se på tilfeller hvor en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse som i moderat eller alvorlig grad vil påvirke barna.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt i seks kapitler. Innledning, metodekapittel, bakgrunnskunnskap, presentasjon av empiri, drøftingsdel og avslutning. I delen med bakgrunnskunnskap redegjør jeg kort for omfang og konsekvenser for barn å leve med foreldre med psykiske lidelser. Dette før jeg i empiri og diskusjonsdelen ser nærmere på funn fra artikler om temaet for å diskutere og å svare på problemstillingen.

2. Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Dette går ut på at en tar i bruk allerede eksisterende kunnskap som utgangspunkt for å drøfte egen problemstilling (Dalland & Trygstad, 2012, s. 67). Oppgaven kan sees på som en oversiktsartikkel hvor studier knyttet til det aktuelle temaet blir vurdert, kritisk gransket og analysert (Forsberg & Wengström, 2015).

For å kunne gjennomføre en litteraturstudie er det avgjørende at det finnes et godt utvalg av relevante studier med tilstrekkelig kvalitet (Forsberg & Wengström, 2015). Strategien jeg benyttet for å spesifisere oppgaven var kartlegging av tidligere studier på fagområdet. Jeg brukte databasene Oria og Idunn, og startet søket med ordene «barn» og «pårørende». Disse søkene gav store og veldig varierte resultat. Flere av treffene var studier knyttet til rus og/eller psykisk helse. Dette er som nevnt temaer som i stor grad overlapper hverandre. For å kunne

gå dybden på temaet valgte jeg å kun fokusere på barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

2.1 Datainnsamling

Oppgaven bygger i hovedsak på fire vitenskapelige artikler, i tillegg benyttes rapporter, lovverk og andre anerkjente dokumenter som eksempelvis fellesorganisasjonens (FO) yrkesetiske grunnlagsdokumenter. Med Oria og Idunn som hoved-databaser har jeg brukt søkeordene «barn», «pårørende» og «psykiske lidelser» i mine søk etter litteratur. Jeg gjorde også søk med de engelske ordene «child», «parents» og «mental disorder», dette gav imidlertid så mange treff at jeg valgte å ikke se nærmere på disse. Isteden benyttet jeg engelsk litteratur som jeg fikk treff på ved bruk av de norske søkeordene. Søkene ble avgrenset ved å huke av for treff etter år 2014, og ved å kun inkludere artikler fra fagfellevurderte tidsskrift. I Oria utvidet jeg søket til å inkludere materiale som ikke var tilgjengelig i eget bibliotek. Resultatene av søkene er presentert i søkeloggen vedlagt.

Jeg har i tillegg fått anbefalinger til aktuell litteratur fra ansatte ved universitetet og medstudenter. Noe litteratur er også funnet ved å ha sett igjennom referanselister i relevante artikler, rapporter og studentoppgaver.

På grunn av situasjonen hvor samfunnet kjemper mot pandemien covid-19 i både Norge og resten av verden, har alle bibliotek vært stengt. Jeg har derfor hatt begrenset tilgang på bøker og primærkilder i perioden oppgaven er skrevet. Mye av litteraturen er derfor begrenset til hva som har vært tilgjengelig online av fulltekst dokumenter.

2.2 Kildekritiske vurderinger

Jeg har bevisst forsøkt å benytte nyere forskning for å få oppgaven så dagsaktuell som mulig. Derfor har et av kravene mine for utgivelses tidspunktet på norske artikler vært etter de nye lovgivningene (jf. Helsepersonelloven §10a og spesialisthelsetjenesteloven §3-7a) som kom i år 2010.

Artiklene jeg har valgt å benytte i oppgaven presenterer ulike perspektiv på temaet. Jeg ser på det som en styrke i oppgaven at det er presentert perspektiver både fra ansatte i helsetjenestene, pasientene og de pårørende/barna. Jeg vurderer det som en styrke at flere av kildene er brukt i flere relevante artikler/dokumenter. Dette styrker påliteligheten til den enkelte kilden.

3. Bakgrunnskunnskap - Barn som pårørende

3.1 Omfang

En norsk studie viser til at 30 – 50 % av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Torvik & Rognmo, 2011, s. 14). Disse høye tallene forteller oss at det er relativt normalt å oppleve at en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse i løpet av livet.

Det er flere måter å se på omfanget av barn som pårørende. Nicholson et al. (referert i Goodyear, et al, 2015, s. 169) viser blant annet til at halvparten av pasienter diagnostisert med en psykisk lidelse har alene eller delt omsorg for barn. Den norske studien av Torvik og Rognmo (2011) anslår at om lag 37% av barn i Norge under 18 år har én eller to foreldre med en diagnostiserbar psykisk lidelse. Dette utgjør til sammen ca. 410 000 barn.

Det er viktig å ta med i beregningen at ikke alle lidelser er like alvorlige, og i mange tilfeller vil diagnosen i liten eller ingen grad påvirke foreldrerollen (Reupert, Maybery, & Kowalenko, 2013). Eksempler på slike lidelser kan være fobier, mild sosial angst eller kortvarige depresjoner (Bufdir, 2015). Sett bort ifra personer med *milde* psykiske lidelser er det ca. 260 000 (23 %) barn i Norge som har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering. 10 % har én eller to foreldre med alvorlige psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Tallene fra den norske studien samsvarer også med internasjonale studier (Reupert, Maybery, & Kowalenko, 2013). Det er særlig disse to sistnevnte gruppene; barn som pårørende til foreldre med moderate eller alvorlige psykiske lidelser og deres familiesituasjon jeg vil ha fokus på i denne oppgaven.

3.2 Når mor eller far har en psykisk lidelse

Barn som lever med foreldre med psykiske lidelser har en forhøyet risiko for en rekke konsekvenser (Torvik & Rognmo, 2011). Dette begrunnes med både arv og miljø (Reupert & Maybery, 2007, s. 363). Risikoen for flere av de negative konsekvensene er fordoblet sett mot familier hvor foreldrene ikke har en psykisk lidelse (Skjerfving, sittert i Haukø & Stamnes, 2013, s. 4; Torvik & Rognmo, 2011, s. 6). Selv om dette kan virke som et drastisk funn, må en ta i betraktning risikoens lave utgangspunkt. Sett bort i fra situasjoner hvor den psykiske lidelsen i liten grad påvirker fungeringen hos pasienten, er det en liten gruppe barn som har forhøyet en allerede lav risiko (Torvik & Rognmo, 2011, s. 40). For de barna det gjelder er situasjonen likevel svært alvorlig. Selv om mange barn viser seg å ikke ta direkte skade av

foreldrenes utfordringer, opplever de fleste familiesituasjon som både ustabil, uforutsigbar og belastende (Torvik & Rognmo, 2011, s. 42).

De ulike psykiske lidelsene utarter seg på forskjellige måter og i ulik grad. Det er likevel noen fellesbetegnelser på hvordan foreldrerollen synes å preges av å ha en moderat eller alvorlig psykiske lidelse. En av de viktigste faktorene er at mor og/eller far ofte er mindre emosjonelt tilgjengelige for barna (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 137). Det kan være at en ikke oppfatter barnets behov eller at en ikke er i stand til å utføre den nødvendige handlingen (Rørvik, 2017, s. 194). For eksempel å gi barnet skryt og annerkjennelse, eller trøst barnet har behov for det. Teoretikeren John Bowlby hevdet at det følelsesmessige båndet mellom barnet og dets omsorgsperson danner det viktigste grunnlaget for barnets utvikling av selvoppfatning, trygghet og tillit (Håkonsen, 2014, s. 46). Bowlbys tilknyttingsteori viser til at følgene av en utrygg tilknytting vil kunne føre til varige skader hos barnet (Reupert & Maybery, 2007, s. 363). Her ser man en tydelig sammenheng ved at barn av foreldre med psykiske lidelser har større risiko for å selv utvikle en lidelse løpet av livet (Torvik & Rognmo, 2011, s. 33; Reupert & Maybery, 2007). Grad av påvirkningen vil avhenge om det er en eller begge foreldrene som har en psykisk lidelse (Haukø & Stamnes, 2013, s. 3).

Hverdagen hos familier hvor en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse preges ofte av ustabilitet og uforutsigbarhet. I tillegg til den psykiske lidelsen har mange av disse foreldre også relasjonelle og kontekstuelle utfordringer. Forskning viser at personer med psykiske lidelser ofte står utenfor arbeidslivet, har lav økonomi og dårlige boforhold (Rørvik, 2017, s. 193; Ruud, et al., 2015, ss. 46-50). Den komplekse situasjonen gjør at det er utfordrende for foreldrene å skape de nødvendige trygge rammene i hverdagen for barna. Omsorgsoppgaver og enkle daglige gjøremål glemmes, eller oppleves som en stor utfordring. I mange tilfeller er konsekvensen at barna påtar seg ansvaret og utfører det som egentlig er den voksnes oppgave (Gray, Robinson, & Seddon, 2008, s. 169).

I oppgaven vil vi se at foreldre som lider av psykiske lidelser er ikke alltid bevisste på hvordan de selv påvirker barnet. Mange tror at barna ikke forstår eller kjenner til foreldres sykdom (Hjelmseth & Aune, 2018). Dette stemmer ikke, da barn både ser og «kjenner» foreldrenes symptomer (Falkov, referert i Reupert & Maybery, 2007, s. 362). Barn kan imidlertid ha misoppfatninger om sykdommen. Tendensene viser at barn ofte påtar seg selv skylden for at mor eller far er sliten og fraværende. Å normalisere slike tanker og følelser (skyld og skam) er derfor et av hovedmålene i arbeidet med barn til foreldre med psykiske lidelser (Halsa & Aubert, 2016, s. 76).

4. Empiri - Arbeid med barn som pårørende

Jeg vil nå presentere artiklene jeg har valgt, hvor ulike metoder i arbeid med barn som pårørende evalueres. Evalueringer og erfaringer gir et godt utgangspunkt for å si noe om hvordan en kan bistå barna på best mulig måte i fremtiden. Dette danner grunnlaget for å diskutere problemstillingen: Hvordan lykkes med å ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser?

Artiklene jeg benytter presenterer tre ulike familieintervensjonsmetoder; «Du er ikke den eneste»: Et samtalegruppetilbud til barn mellom 7 og 16 år. «Barnas time»: En informasjons- og spørretime for barn hvor samtalen ledes av to veiledere. Foreldre, barn og andre nærpersoner kan delta, kun en familie deltar av gangen. Den tredje metoden er «Forebyggende familieteam»: Et lavterskeltilbud til gravide og familier med barn i alderen 0 til 6 år. Metodene benyttes i hovedsak i spesialisthelsetjenesten, men i noen tilfeller også som samarbeid med kommunene. Felles for de tre metodene er målet om å øke kunnskap og åpenhet rundt foreldres psykiske lidelse for å forebygge negative utfall hos barna som følge av foreldrenes vansker. Jeg vil også inkludere erfaringer fra en studie av hvordan helsepersonell med barneansvarlig-rollen ved voksenpsykiatrisk sengepost og poliklinisk avdeling, opplever arbeidet med barn som pårørende. Familiene og barna som mottar hjelp fanges ofte opp gjennom psykiskhelsevern, en må derfor ta i betraktning at det er mange barn i denne situasjonen en ikke når ut til.

4.1 «Rekruttering» av familiene

Evalueringene av familieintervensjonsmetodene viser at det er utfordringer knyttet til rekruttering av familier. Disse går på kompetanse og holdninger hos ansatte, og innstillingen til foreldrene.

Ansatte som møter på barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser jobber primært i psykisk helsevern for voksne. På disse arbeidsplassene står nødvendigvis ikke barn og familiesituasjon fremst i fokus. Rørvik (2017, s. 195) finner i sin studie et utpreget individ-, symptom-, og diagnosefokus ved oppfølging og behandling av psykiatriske pasienter, hvor målet er reduksjon av symptomtrykk og økt livsmestring. Til tross for at foreldrerollen er av stor betydning for opplevelsen av livsmestring er dette noe som ikke blir viet særlig oppmerksomhet i behandlingen. En utfordring er at de ansatte ofte mangler kompetanse og erfaring med arbeid med barn som pårørende (Halsa & Aubert, 2016, s. 71). En utfordring er at friske partnere kan bli sett på som en ressurs, og dermed nedtones familiens behov for støtte

knyttet til omsorgssituasjonen. Rørvik (2017) finner også at det ligger en antagelse blant behandlerne om at dersom pasienten mestrer sitt eget liv bedre vil han/hun også mestre omsorgsoppgavene. Rørvik siterer en behandler slik: «Det hjelper barnet indirekte at mor blir friskere» (2017, s. 195).

Utenom kunnskap og fokus på barn og familiesituasjon, finner forskningen at foreldrene også kan være årsak til utfordringer med rekruttering. Det virker å være et typisk fenomen at foreldre vegrer seg for å snakke om barna og foreldrerollen, hele tre av artiklene belyser denne utfordringen. Stamnes og Haukø (2014, s. 141) viser til at foreldrene er redd for å ikke være gode nok for barna. Foreldrene sliter med dårlig samvittighet og syntes det er skremmende å snakke med andre om familiesituasjon. Halså og Aubert (2016, s. 71) mener skam og skyld hos foreldrene er en stor grunn til at mange foreldre ikke ønsker å delta på tilbudet «Du er ikke den eneste». Hjelmseth og Aune (2018) skriver at de ansatte opplever at en del foreldre ikke har forståelse for hvordan situasjonen påvirker barna.

En informant fortalte om et eksempel der en mor hevdet å være en bedre mor når hun var ruset, enn når hun var edru. Informantene fortalte også at mange foreldre tror at barna ikke merker om de gråter eller inntar moderate mengder rusmidler. (Hjelmseth & Aune, 2018)

Foreldre tror de kan skjule sykdommen, og vil spare barna for belastningen ved å prate om det (Stamnes & Haukø, 2014, s. 141). Vegringen for å snakke om foreldrerollen er også knyttet til frykt for barnevernet og at de kan miste barna (Stamnes & Haukø, 2014, s. 143; Hjelmseth & Aune, 2018).

Stamnes og Haukø (2014, s. 141) mener informasjon og motivasjon for deltagelse er viktig forarbeid for rekruttering til programmet. De ansatte må synliggjøre ovenfor foreldrene at det er normalt at foreldrerollen preges av sykdommen, og at det vil påvirke barna. Slike samtaler må oppleves bekreftende fremfor kritiske (Stamnes & Haukø, 2014, s. 141). Informantene til Hjelmseth og Aune (2018) beskriver hvordan de bruker lang tid for å trygge foreldrene før de kan diskutere situasjonen rundt barna og mulige tilbud til familien. Tillit til foreldrene er et nøkkelbegrep for å lykkes med rekrutteringen av familier til de ulike programmene (Hjelmseth & Aune, 2018; Stamnes & Haukø, 2014, s. 140).

Avgjørende for at tiltak skal være vellykket er også godt foreldresamarbeid (Halså & Aubert, 2016, s. 81). Dersom foreldre føler seg presset til at barna deres eller de selv må delta i ulike program, eller de er uenige i det faglige innholdet i tilbudet, vil det kunne virke mot sin

hensikt. Halsa og Aubert benytter et eksempel om en mor som var svært kritisk til at sønnen skulle delta på samtalegruppe. De spør seg «Hvordan virker det for en gutt på 10 år å gå i psykopedagogiske grupper og lære om sine rettigheter som barn, dersom moren mener han blir frekk og ulydig når han tar med seg denne lærdommen hjem?» (2016, s. 78). Både Halsa og Aubert, og Stamnes og Haukø er tydelige på at samtaletilbudet til barna må inngå som en del av flere tjenester for å oppnå best effekt.

4.2 «Ikke alle passer samme sko»

Artiklene viser at de ulike tiltakene i seg selv oppleves i større eller mindre grad formålstjenlig. Likevel kommer det tydelig fram at de enkelte tiltakene ikke nødvendigvis passer for alle. Familieorientert arbeid må bestå av flere sammensatte tiltak tilpasset den enkelte families behov (Stamnes & Haukø, 2014, s. 143). Halsa og Aubert (2016, s. 82) sier det slik «Foreldre med psykiske helseplager er en uensartet gruppe med ulike behov.» De opplever samtaletilbudet «Du er ikke den eneste» som en god, men «smalsporet» forebyggingsstrategi. Stamnes og Haukø (2014, s. 143) påpeker også at tilbudet «Barnas time» bør inngå i et koordinert tilbud til familiene.

I følge Halsa og Aubert (2016, s. 82) syntes helsearbeiderne det var utfordrende å ha oversikt over kommunale tilbud til familier. Pasientene deres får et tilbud om en spørre- og informasjonssamtale på avdelingen, men må selv ta initiativ til å kontakte andre hjelpeinstanser. Informantene mener dette skyldes at tett samarbeid mellom ulike instanser er svært tidskrevende.

De fleste familiene som mottar hjelp gjennom «Forebyggende familieteam» har sammensatte vansker med psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengighet i kombinasjon med andre utfordringer (Rørvik, 2017, s. 199). Rørvik finner at familiene har oppfølging fra flere instanser, og mange har ulike endringsprosjekter som følges opp parallelt. «Hver for seg var målsettingene realistiske, men når endringer skulle skje på flere områder samtidig, ble det i overkant for mange» (2017, s. 199). Rørvik (2017) mener at hver instans fokuserer på egen innsats, uten å være orientert om hva de andre gjør. Dette funnet stemmer godt med Hjelmseth og Aunes (2018) studie hvor helsearbeiderne uttrykker at de savner helhetsfølelsen rundt hjelpearbeidet.

Jeg føler på en måte at vi ligger inni en kjerne, som heter sykehuset, med et slikt stort apparat rundt omkring. Jeg vet jo ikke hva de alle gjør. Det blir som en bit her og en bit der, og hvor er egentlig helheten? (Hjelmseth & Aune, 2018)

Rørvik (2017, s. 194) viser til Stortingsmelding. nr. 47 hvor det konstateres at helhet og kontinuitet i oppfølging skal ivaretas gjennom samhandling, ansvarsgrupper og individuell plan. Individuelle planer tar imidlertid kun utgangspunkt i den enkelte. I familier hvor flere familiemedlemmer har behov for oppfølging og koordinert innsats finnes det ingen god oversikt og koordinering av familiens samlede tiltak og endringsprosjekter (Rørvik, 2017, s. 199).

4.3 Fokus i tiltakene

Som det kommer frem av artiklene finnes det flere ulike tiltak rettet mot familier hvor det er barn av foreldre med psykiske lidelser. Rørvik (2017) har fokus på det totale bildet av tiltak familiene gjennom «Forebyggende familieteam» mottar.

I følge Rørvik (2017, s. 196) har faglige tilnærminger ved tiltak rettet mot barna ofte fokus på risikofaktorer hos foreldrene, som symptomer ved diagnosen, samspillskvalitet og tilknytting. Tiltakene går derfor ofte ut på kontroll av risikofaktorer og veiledning av foreldrene (Clifford et al, referert i Rørvik, 2017, s. 196).

En mamma hadde seks avtaler per uke som alle var begrunnet i hjelpernes behov for å ha kontroll med at hun ikke ruset seg. For henne var det en praktisk utfordring å komme seg til alle avtalene, men oppmøtet var nødvendig for å bygge tillit. Tiltakene bidro imidlertid lite til endringer i familiesituasjon og omsorgsfunksjon, og hadde begrenset effekt for omsorgen for barnet. (Rørvik, 2017, s. 196)

Samtidig finner Rørvik at andre tiltak igjen ikke tar særlig hensyn til forelderens diagnose. Det kan bli stilt krav ovenfor foreldrene som de har liten forutsetning for å gjennomføre. Et eksempel Rørvik benytter er en samværssituasjon hvor mor har et angstfylt relasjon til far. «Det var underforstått at mors angst var til hinder for barnets relasjon til far, og at hun av hensyn til barnet burde sette seg selv til side» (2017, s. 197). Mor klarte ikke følge saksbehandler råd om å «slutte med det [angsten]», og i praksis ble derfor ikke samværet gjennomført.

En annen utfordring Rørvik (2017, s. 198) finner i arbeidet med disse familien er hensynet til familienes kontekstuelle utfordringer. Til tross for at utfordringer knyttet til jobbsituasjon, økonomi og sosialt nettverk kan være med å begrense effekten av tiltakene, blir ikke slike forhold viet oppmerksomhet. Rørvik mener at flere kunne hatt god nytte av praktisk bistand hjemme.

Rørvik konkluderer slik; «Alle gjør så godt de kan på hver sin kant, men det mangler et helhetlig, koordinerende ansvar. Tiltakene blir fragmenterte, og effekten begrenset både for den enkelte og helheten» (2017, s. 202).

5. Diskusjon

Arbeidet med barn som pårørende kan ifølge Maybery og Reupert (2009, s. 788) beskrives med fire trinn. Disse kan settes opp som en hierarkisk modell inspirert av Maslows behovspyramide. Nederst er organisatorisk støtte. Nivå to er ansattes holdninger, kunnskap og ferdigheter. Nivå tre er å møte pasientene som foreldre og få dem i tale om deres foreldrerolle og barnas omsorgssituasjon. Det fjerde nivået er direkte arbeid med barn og foreldrene. Artiklene jeg har presentert viser til sider ved alle de fire trinnene. Jeg vil nå diskutere erfaringene gjort gjennom evalueringer av tiltak, mot kunnskap vi har om barn som pårørende. Som et bakteppe for videre diskusjon vil jeg derfor gjenta problemstillingen: Hvordan lykkes med å ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser?

5.1 Økt kunnskap og tid – nøkkelen til å lykkes?

Maybery og Reuperts (2009, s. 788) første trinn i «behovspyramiden» er organisatorisk støtte. Dette innbefatter forankring i politikken, utarbeidede retningslinjer for de ansatte og støtte fra ledelsen i form av tilgang til økonomiske ressurser og opplæring. Arbeid med barn som pårørende har i senere tid fått større fokus i det norske helsevesenet. De nye lovparagrafene i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven er tydelige tegn på forankring i politikken. Studier viser at de aller fleste helsearbeidere nå registrerer om pasienter har barn, mens kartlegging av familiens behov knyttet til omsorgssituasjon og videre oppfølging av barna fortsatt kan forbedres (Skogøy, et al., 2018, s. 6). Utfordringer som belyses i artiklene er knyttet til mangel på kunnskap og tid hos de ansatte.

5.1.1 Fokus i helsevesenet

Rørvik (2017, s. 195) diskuterer i sin studie at fokus på barn som pårørende ikke blir viet nok oppmerksomhet i voksenpsykiatrien. Ansatte på voksenpsykiatriske avdelinger har naturlig nok størst fokus på behandling av pasienten, med mål om reduksjon av symptomer og økt livsmestring for pasienten (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum, & Martinussen, 2014, s. 8). Familieforhold og foreldrerollen kommer ofte i skyggen av individfokuset og får ikke noe stor plass i behandlingen (Goodyear, et al., 2015, s. 170). Forskningen er derimot tydelig på at støtte til foreldrerollen er en viktig del i behandlingen av psykiske lidelser hos voksne

(Nicholson, referert i Goodyear, et al., 2015, s. 170). Det er ikke bare barna som tjener på et slikt fokus, men det er også av stor betydning for foreldrenes opplevelse av mestring (Montgomery referert i Goodyear, et al., 2015, s. 170).

En grunn til fraværet av familiefokus kan synes å være de ansattes manglende kunnskap og erfaring med å jobbe med barn som pårørende. Stamnes og Haukø (2014, s. 144) er av de som mener at mange helsearbeidere og miljøarbeidere ikke har nok kunnskap eller trening i å intervensere på en faglig holdbar måte (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum, & Martinussen, 2014, s. 2; Ruud, et al., 2015, s. 29). Dette viser også internasjonal forskning (Goodyear, et al., 2015, s. 170). For å lykkes med forebyggende arbeid med barn som pårørende er det viktig å både kjenne til utfordringer knyttet til dette arbeidet, og hvorfor det er slik (Skogøy, et al., 2018, s. 7). Hvorfor vegrer foreldre seg for å snakke om barna? Og hva må til for å komme i posisjon til å ivareta barna? Kunnskap om hvordan en går frem i samtaler med pasienten er avgjørende for å kunne lykkes i arbeidet. Forskning viser at yngre og mindre erfarne ansatte oftere opplever at foreldre nekter å snakke om familieforhold (Skogøy, et al., 2018, s. 6). Økt kompetanse kan derfor anses som en viktig faktor for å styrke arbeidet.

Ansatte mener selv de har kunnskap om barn som pårørende, men føler likevel at de ikke har nok kompetanse til å drive med familiefokusert arbeid (samtaler ol.) (Goodyear, et al., 2015, s. 170; Skogøy, et al., 2018, s. 6). Frykt for å snakke med pasientene om barna kan handle om frykt for å ødelegge en god relasjon til pasienten. Barn er ofte et sårt tema for pasienten, og kan være kilde til konflikt dersom det blir tatt opp (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 12). En annen forklaring kan være antagelsen om at dersom pasienten mestrer sitt eget liv bedre vil han/hun også mestre omsorgsoppgaver som å ivareta barna. Rørvik (2017, s. 195) siterer en behandler slik: «Det hjelper barnet indirekte at mor blir friskere». Slik kan en «rettferdiggjøre» fraværet av fokuset på barna og arbeidet med å styrke forelderrollen.

Et annet eksempel på en fallgrube, er dersom pasienten har en frisk partner. Rørvik (2017, s. 195) mener ansatte oppfatter den friske forelder som en ressurs, og de vurderer derfor at familiene ikke har behov for tiltak som støtter omsorgssituasjonen for barna. En frisk forelder kan i mange tilfeller kompensere for den syke (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 137). På en annen side bærer partnere ofte preg av å leve sammen med en person med en psykisk lidelse. At en person i husholdningen har nedsatt funksjonsnivå betyr større ansvar for den andre voksne som er frisk. Støtte til den syke kommer i tillegg til arbeidsoppgavene for å få hverdagen til å gå rundt. Overbelastning og slitasje gjør at flere partnere til psykisk syke ønsker seg avlastning (Rørvik, 2017, s. 195; Ruud, et al., 2015, s. 53). Det er derfor ikke gitt

at en frisk partner er tilstrekkelig for at barna skal få god nok oppfølging hjemme. Mange barn opplever i tillegg skam og skyld ovenfor den syke forelderen, og det er derfor viktig med nødvendig oppfølging. Samtidig er det viktig å ha med seg at pasienten selv også har et behov for å få veiledning i rollen som mor eller far, dette gjelder uavhengig om han/hun har en partner eller ikke.

5.1.2 Tidsklemma

Pårørendearbeid er mangesidet og tidkrevende. I en travel arbeidshverdag trenger en tid til å holde seg faglig oppdatert, tid til å opprettholde kontakt med andre instanser og ikke minst tid i samtalene med pasientene. Barneansvarligrollen kommer som nevnt i tillegg til andre arbeidsoppgaver, dette påvirker den ansattes mulighet til å delta på kurs og å ha internundervisning. Organisatorisk støtte er ifølge Maybery og Reupert (2009, s. 788) avgjørende i arbeidet med barn som pårørende, da dette utgjør rammene for bruk av ressurser, tid og lederstøtte. Slike rammer avgjør om barn som pårørende skal prioriteres og legger føringer for tverretatlige samarbeidsrutiner (Halsa & Aubert, 2016, s. 82). Studier viser at støtten fra ledelsen kan se ut til å avta etter hvert når en har ansatt en barneansvarlig. En kan tenke seg at ledere med dette anser sin oppgave som «fullført», og de ansatte i barneansvarligrollen blir derfor ikke fulgt opp videre (Lauritzen & Reedtz, 2016, s. 7). Studier viser at ansatte savner klare retningslinjer knyttet til hvor mye tid som bør settes av til pårørendearbeid (Hjelmseth & Aune, 2018; Lauritzen & Reedtz, 2013; Lauritzen & Reedtz, 2016).

Fokus på barn som pårørende på voksenpsykiatriske avdelinger vil være påvirket av arbeidsmengden og hvor «romslig» arbeidshverdagen er for de ansatte. Ansatte på sengeposter (sykehus) har ofte mange pasienter og stort trykk på arbeidsmengden. Selv om en kjenner til konsekvensene for barna og betydningen av å ha familiefokus, er hovedfokuset på disse avdelingene behandling av pasienten. Pårørendearbeid blir nødvendigvis ikke prioritert dersom de ansatte mener de ikke har ledig rom for dette (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum, & Martinussen, 2014, s. 8). En kan tenke seg at dersom de ansatte hadde mindre press på arbeidsmengden ville barna i større grad fått den oppmerksomheten og oppfølgingen de har behov for.

Samtaler med pasienter om foreldrerollen kan i tillegg være svært tidkrevende. Som nevnt i empiridelen vegrer mange foreldre seg for å diskutere foreldrerollen med ansatte i helse og omsorgstjenestene (Hjelmseth & Aune, 2018; Stamnes & Haukø, 2014, s. 141; Halså &

Aubert, 2016, s. 71). Dette kan forklares på flere måter; noen foreldre har dårlig samvittighet ovenfor barna, mens andre igjen ikke har forståelse for hvordan sykdommen påvirker barna (Maybery & Reupert, 2009, s. 788; Hjelmseth & Aune, 2018). Mange foreldre er redde for å bli involverte i barnevernet. For å komme i posisjon til å bistå pasientene og deres barn er det avgjørende at en har et tillitsfullt forhold. Det krever at en bruker god tid sammen med familien, slik at de opplever den ansatte som støttende fremfor kritisk (Stamnes & Haukø, 2014, s. 141). Pasienten trenger ofte informasjon som synliggjør konsekvensene sykdommen har for barna, og at det er mulig å få hjelp i slike situasjoner. Tidsspørsmålet skaper et dilemma hvor de ansatte må vurdere hvor mye tid de kan prioritere å bruke på å motivere foreldrene til å motta hjelp.

5.1.3 Endringstiltak for å styrke de ansattes rolle

Lauritzen et al. (2014, s. 9) retter seg til utdanningene av helsepersonell som arbeider i voksenpsykiatrien. De ønsker større fokus på familieperspektiv ved behandling av voksne med psykiske lidelser i utdanningene, særlig til sykepleiere, psykologer og leger. Ved å implementere familiefokus i utdanningene vil det bli en del av «kunnskapsgrunnmuren» som er det viktigste faggrunnet profesjonene arbeider ut ifra. Studier viser til at ansattes utdanningsbakgrunn er en faktor som påvirker arbeidet med barn som pårørende. Skogøy et al. (2018, s. 6) finner blant annet at sosialarbeidere driver med mer familiefokusert arbeid enn sykepleiere og psykologer. Dette kan forklares ved at helhetlig pasientfokus er helt sentralt i utdanningene til sosialarbeidere. Mange sosialarbeidere har derfor særlig god forståelse for hvorfor det er nyttig med familiefokusert arbeid og prioriterer dette i møte med pasientene. For å styrke arbeidet med barn som pårørende kan det derfor være en strategi å satse på sosialarbeideres rolle i helsevesenet.

Nye lover krever at helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten skal ha egne barneansvarlige (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a). Dette er et viktig skritt i riktig retning. Samtidig har hver enkelt helsearbeider et ansvar for å avdekke om pasienten har barn og eventuell oppfølging av deres behov (Helsepersonelloven, 1997, §10a). Det er derfor viktig at alle helsearbeidere har en viss kunnskap når det gjelder barn som pårørende. Likevel kan det diskuteres om det bør være strengere kvalifikasjoner til de som er barneansvarlige, og at stillingen bør komme utenom den opprinnelige stillingen. Rollen som barneansvarlig innebærer at en har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende. Uten press på andre oppgaver vil den ansatte i denne rollen ha større muligheter for å opprettholde kontakt med andre instanser, drive med fagutvikling og

opplæring av andre ansatte. En idé kan være at barneansvarlige bør ha ansvaret for å kartlegge bistandsbehovet til de pasienten som har barn, da de ofte er bedre kvalifisert og har større erfaring med familie-/barnesamtaler. På en annen side kan det være mest hensiktsmessig at den som behandler pasienten «til vanlig», og på den måten allerede har en naturlig relasjon til pasienten, er i stand til å ta slike samtaler. Det vil for pasienten bety færre mennesker en trenger å forholde seg til.

Uavhengig hvilken tittel eller rolle de ansatte har, vil økt kompetanse med stor sannsynlighet gjøre det lettere å komme i snakk med foreldrene om barnas omsorgssituasjon. Med dette er det også større sannsynlighet at en vil lykkes med å ivareta barnas behov. Bistand som gis i dag er svært personavhengig, noe som igjen betyr at det er tilfeldig om, og eventuelt hvor mye hjelp de ulike familiene får (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 12). Kompetanseheving og trening i familie- og barnesamtaler er derfor noe det bør legges større vekt på for å styrke arbeidet med barn som pårørende i fremtiden. Erfaringer tyder på at veiledning av ansatte har vært til stor nytte i arbeidet med barn som pårørende (Halsa & Aubert, 2016, s. 79).

5.2 Sammensatte og tilpassede tjenestetilbud

Dersom en lykkes med å få foreldrene i snakk om hjemmesituasjon og omsorgssituasjon for barna, har en både juridisk og etisk plikt til å bistå med nødvendig oppfølging (Stamnes & Haukø, 2014, s. 140). I familier hvor en eller begge foreldrene sliter med en alvorlig eller moderat psykisk lidelse er utfordringene ofte komplekse og berører flere sider ved hverdagslivet til hele familien. Hverdagen kan oppleves som uforutsigbar og kaotisk for barna (Reupert & Maybery, 2007, s. 362). Tiltak rettet mot barn som pårørende kan være veiledning av foreldrene, samtaler med barna eller henvisninger til andre instanser. For å lykkes i arbeidet med å forebygge varige konsekvenser for barna trenger familiene både sammensatte og tilpassede tjenestetilbud (Halsa & Aubert, 2016, s. 85; Stamnes & Haukø, 2014, s. 143; Rørvik, 2017, s. 202).

5.2.1 Tilpassede tilbud

Halsa og Aubert (2016, s. 82) påpeker at «Foreldre med psykiske helseplager er en uensartet gruppe med ulike behov.» For å oppnå best mulige resultat er det viktig med individuelle vurderinger og tilpassinger av tiltak (Halsa & Aubert, 2016, s. 85; Stamnes & Haukø, 2014, s. 143; Rørvik, 2017, s. 202). Tiltakene må sees i forhold til hverandre og samtidig ta hensyn til foreldrenes diagnose og familiens totale situasjon.

Ifølge Reupert og Maybery (2007, s. 366) viser det seg å være en tendens hvor fokuset i ulike tiltak kun ligger på klienten, enten barnet eller foreldrene, uten å ta hensyn til den totale familiesituasjonen. Dette kommer også frem av Rørvik (2017, s. 197) gjennom eksemplet om en mor med et angstfylt forhold til far som skapte vansker i samvær. Mor ble ilagt ansvar for endring uten at det ble tatt hensyn til hennes forutsetninger for å kunne gjennomføre samværet. I dette eksemplet var det kun tatt hensyn til barnet. På den andre siden skjer det at enkelte tiltak har et ensidig fokus på risikofaktorer hos forelderen. For eksempel er et vanlig tiltak tilsyn i hjemmet. Tanken er å kontrollere psykisk uhelse og eventuelt bruk av rus. Slike tiltak bidrar i seg selv imidlertid til liten endringer i familiesituasjon og omsorgsfunksjon, og har derfor begrenset effekt for omsorgen for barnet (Rørvik, 2017, s. 196). Tiltakene er nødvendige i seg selv, men kan miste effekten dersom det ikke har et helhetlig fokus på sammensettingen av tilbud.

«Ikke alle passer samme sko» - er et veldig beskrivende ordtak i denne sammenhengen. De ulike tilbudene som finnes passer ikke alle familier (Halsa & Aubert, 2016, s. 82). For å tilpasse tilbudene på en god måte er det viktig med godt foreldresamarbeid. Foreldrene bør ikke oppleve at de selv eller barna deres tvinges til å delta på tiltakene. Mange foreldre opplever det som skremmende at barna skal snakke med andre voksne og/eller barn om deres private familiesituasjon (Stamnes & Haukø, 2014, s. 141). En forutsetning er derfor å skape tillitt til foreldrene. Det er også en fordel om foreldrene har forståelse for og anerkjenner den faglige hensikten/innholdet med tiltaket. Halså og Aune (2016, s. 81) benytter et eksempel hvor en mor var svært kritisk til at sønnen skulle delta i en gruppe. Etter hennes mening var temaene som ble tatt opp lite relevante. Moren uttalte at hun følte seg invadert og krenket av tilbudet. Hun følte seg tråkka på og såret, og ble irritert når sønnen kom hjem og fortalte om tilbudet. En kan tenke seg at foreldrenes motivasjon for å delta på tiltak vil påvirke barna. Barn er ofte lojale mot foreldrene. Dersom foreldrene er positive og ser nytten av tiltaket, kan det også være lettere for barna å motta hjelp.

5.2.2 Koordinering av tiltak og samarbeid mellom instansene

Tiltak fra flere ulike instanser krever god koordinering og samarbeid mellom de ulike instansene. Dersom familiene har for mange tiltak på samme tid vil det være krevende rent praktisk for foreldrene å gjennomføre, og effekten av de enkelte tiltakene kan svekkes. Rørvik (2017, s. 199) forklarer dette ved at gjentatte nederlag bygger opp under opplevelsen av utilstrekkelighet.

Koordinering av tiltak krever at ansatte på de ulike instansene har et godt samarbeid. Flere studier viser at helsepersonell har store forbedringspotensialer når det gjelder dette (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 14; Rørvik, 2017, s. 200; Lauritzen & Reedtz, 2016, s. 8). Hjelmseth & Aune (2018) mener at når barneansvarlige først henviser foreldrene til en annen kommunal instans, er det hovedsakelig barnevernet. De mener videre at ansatte stoler på barnevernet som primærtiltak hvor familiene blir fulgt opp videre. En slik antagelse kan føre til at familiene ikke får all den hjelpen de trenger. Reupert og Maybery (2007, s. 366) legger vekt på at instanser bør ha informerende kommunikasjon seg imellom. Hjelmseth & Aune (2018) skriver for eksempel at ansatte syntes det i mange tilfeller var vanskelig å vite om en situasjon var alvorlig nok til å melde ifra til barnevernet. En løsning på dette kan være som Lauritzen og Reedtz (2016, s. 8) anbefaler, at ansatte i større grad bør diskutere saker med andre instanser. Det kan være skole, barnehage, BUP, helsesykepleiere og ikke minst barnevernet. Det er viktig at slike samtaler skjer i tråd med taushetsplikten. Tett samarbeid mellom instansene vil også bidra til å holde de ansatte oppdaterte på hvilke tilbud som finnes for familiene, noe som er avgjørende for å kunne rekruttere familier til de ulike tiltakene.

Koordinering av tiltak må skje på tvers av instanser både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Stortingsmelding nr. 47 «Samhandlingsreformen» konstaterer at kontinuitet i oppfølging skal ivaretas gjennom samhandling, ansvarsgrupper og individuell plan (referert i Rørvik, 2017, s. 194). Rørvik (2017, s. 199) problematiserer likevel verktøyet individuell plan da dette kun tar hensyn til den enkelte, familiens samlede tiltak blir derfor ikke koordinert på en god måte. Denne utfordringen viser at det ennå mangler gode ordninger når det gjelder koordinering av familienes totale tjenestetilbud.

5.2.3 Lytter vi til barna?

I en multisenterstudie blir barn og foreldre spurt hvilken hjelp de anser som mest nyttig i forhold til situasjonen de befinner seg i (Ruud, et al., 2015, s. 152). Felles for begge gruppene svarer de at god behandling av den syke er det viktigste. På andreplass svarer barna «å få hjelp til å ta vare på den voksne når han/hun er syk hjemme». «Et hyggelig rom å besøke min forelder på en god måte» kom på tredjeplass. Mer informasjon om sykdommen til barna og delta i samtalegrupper kommer på henholdsvis på åttende- og tiendeplass, noe av det som kommer høyere opp på listen er «en god plan dersom forelderens blir innlagt på sykehus», «hjelp til lekser/skolearbeid» og «husarbeid».

Studien gir en god oversikt over hvilke type bistand barn som pårørende selv ønsker seg. Selv om en bør ta høyde for at barn ikke alltid er helt beviste på hva de selv trenger, mener jeg det viktig å lytte til barna. Rørvik (2018, s. 198) viser blant annet til at flere familier kunne hatt stor nytte av praktisk bistand i hjemmet. En av de store tendensene i familier hvor en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse er at barna påtar seg praktiske og emosjonelle omsorgsoppgaver, som å rydde og vaske i hjemmet, lage mat til familien og å passe på yngre søsken eller den syke. Dette kan på en side være positivt for barna, da mange lærer seg å ta ansvar og de blir fort selvstendige. For stor belastning på særlig emosjonelle omsorgsoppgaver kan derimot være skadelig for barna (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 139). Praktisk bistand vil kunne gi barna mulighet til å være barn - de får bedre muligheter til bruke tid sammen med venner og på fritidsaktiviteter. For familien vil praktisk bistand bety en mer stabilisert hverdag, som også kan føre til at andre tiltak får bedre effekt.

Multisenterstudien (Ruud, et al., 2015, s. 129) viser at kun et mindretall av barn får samtaletilbud. Familiene som deltar på disse opplever likevel at tilbudet bidrar til å styrke barns håndtering av livssituasjonen «her og nå» (Halsa & Aubert, 2016, s. 83). Målet med slike samtalegrupper er å øke kunnskap og åpenhet rundt foreldres psykiske lidelse. En legger vekt på å gi barna informasjon om foreldrenes sykdom, og å gi barna mulighet til å snakke om sine opplevelser og følelser. Barna som deltok i tilbudet «Du er ikke den eneste» synes selv det var bra å snakke med andre barn i samme situasjon, det viktigste utbyttet var økt kunnskap om foreldres problemer som skapte større forståelse og mindre skyldfølelse (Halsa & Aubert, 2016, s. 77). Halså & Aubert (2016, s. 84) mener imidlertid brukertilfredsevalueringer som disse har en begrenset forskningsmessig verdi. Det begrunnes i at foreldre og barn som svarer på evalueringene har takket ja til tilbudet og har derfor sannsynligvis hatt en positiv innstilling i utgangspunktet. Det finnes liten kunnskap om de familiene som takker nei til tilbudet.

6. Avslutning

I denne oppgaven finner jeg at til tross for at barn som pårørende i nyere tid har fått større fokus både i forskningen og politikken, viser studier at det ennå trengs forbedringer på området. Barn av foreldre med psykiske lidelser opplever ofte hverdagen som uforutsigbar og kaotisk. Barna har behov for å bli ivaretatt for å unngå negative konsekvenser.

I oppgaven diskuterer jeg at økt kunnskap blant ansatte er et av de viktigste tiltakene for å styrke arbeidet med barn som pårørende. Det vil gi et bedre grunnlag for å forstå hvilke

utfordringer disse familiene har og hvordan en kan imøtekomme barna og foreldrene på best mulig måte. En vel så viktig faktor som også blir diskutert er tid. Pårørendearbeid innebærer kontakt med andre instanser, samtaler med familiene og faglig utvikling. Tid er essensielt innenfor alle tre områdene. Ansatte savner i dag klare retningslinjer for hvor mye tid en kan prioritere til dette arbeidet. En strategi for forbedring fremover kan være å styrke sosialarbeideres rolle i helsevesenet.

Tiltak rettet mot barn som pårørende går ofte ut på veiledning og informasjon til foreldrene og barna. Innhold og utforming av tiltakene er svært varierte. Dette er på en side veldig positivt ettersom familier i slike situasjoner har behov for ulike og tilpassede tilbud. Likevel viser oppgaven at det er utfordringer når det gjelder koordinering av tilbudene. Det er påfallende at det ofte mangler et helhetlig familiefokus i psykiskhelsevern. Et annet viktig funn er manglende fokus på kontekstuelle forhold ved familiene. Både barn og voksne savner hjelp til praktiske utfordringer i hjemmet. Fravær av fokus på helheten, resulterer i fragmenterte tjenester hvor effekten av de enkelte tiltakene blir svekket. For å lykkes i arbeidet med barn som pårørende kreves bedre rutiner for koordinering på tvers av instanser. Her vil sosialarbeidere kunne utgjøre en viktig forskjell.

7. Kilder

- Bahus, M. K. (2017). *Pårørende*. Hentet 23. mars, 2020 fra snl.no:
<https://snl.no/p%C3%A5r%C3%B8rende>
- Bufdir. (2015). *Barn med krevende oppvekstbetingelser*. Hentet 24. mars, 2020 fra
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Barn_med_vanskelige_oppvekstbetingelser/
- Bunkholdt, V., & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosiaonomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet 24. mars, 2020 fra
<https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Goodyear, M., Hill, T.-L., Allchin, B., McCormick, F., Hine, R., Cuff, R., & O' Hanlon, B. (2015). Standards of practice for the adult mental health. *International Journal of Mental Health Nursing*, ss. 169–180. doi:10.1111/inm.12120
- Gray, B., Robinson, C., & Seddon, D. (2008). Invisible Children: Young Carers of Parents with Mental Health Problems -The Perspectives of Professionals. *Child and Adolescent Mental Health*, ss. 69–172. doi:10.1111/j.1475-3588.2007.00477.x
- Halsa, A., & Aubert, A.-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien*. doi:10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06
- Haukø, B. H., & Stamnes, J. H. (2013). *Psykisk sykdom kan ha konsekvenser for foreldrefunksjonen og barnas situasjon - intervensjonsmuligheter*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Hentet 18. mars, 2020 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#%C2%A7-10a.-helsepersonells-plikt-til-aa-bidra-til-aa-ivareta-mindreaarige-barn-som-paarørende>

- Helsepersonelloven. (1997). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet 31. mars, 2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75
- Hjelmseth, M., & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien forskning*. doi:10.4220/Sykepleienf.2018.65521
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelse* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2013). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*. doi:10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875
- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2016). Child responsible personnel in adult mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*. doi:10.1186/s13033-016-0098-y
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. T., & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC health services research*. doi:10.1186/1472-6963-14-58
- Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 31. mars, 2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-2
- Pårørendesentret. (u.d.). *Rettigheter for barn og unge som er pårørende*. Hentet 3. april, 2020 fra <https://www.parorendesenteret.no/tips-r%C3%A5d/barn-unge/rettigheter-for-barn-og-unge-som-er-p%C3%A5r%C3%B8rende>
- Reedtz, C., Lauritzen, C., & van Doesum, K. T. (2012). Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: implementing new interventions in the adult mental healthcare in Northern Norway. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2011-000709
- Reupert, A. E., Maybery, D. J., & Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *he medical journal of Australia*. doi:10.5694/mja11.11200
- Reupert, A., & Maybery, D. (2007). Families Affected by Parental Mental Illness: A Multiperspective Account of Issues and Interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*. doi:10.1037/0002-9432.77.3.362

- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Amlund Hagen, K., Hellman, A., Hilsen, M., . . . Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende: resultater fra en multisenterstudie*. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF, i samarbeid med Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF Stavanger universitetssykehus, Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør, BarnsB.
- Rørvik, A. (2017). Barn i skyggen av foreldrenes vansker – utfordringer for hjelperne. *Fokus på familien*. doi:10.18261/issn.0807
- Skogøy, B. E., Maybery, D., Ruud, T., Sørgaard, K., Peck, G. C., Kufås, E., . . . Ogden, T. (2018). Differences in implementation of family focused practice in hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*. doi:10.1186/s13033-018-0256-5
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. (LOV-1999-07-02-61). Hentet mars 31, 2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-7a
- Stamnes, J. H., & Haukø, B. H. (2014). Psykisk sykdom og barnas situasjon Barnas Time – en intervensjonsmulighet. *Norges barnevern*.
- Svalheim, A.-K., & Steffenak, A. K. (2016). Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser - en fenomenografisk studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1). doi:10.7557/14.3771
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- World Health Organization . (2020). *Mental disorders*. Hentet 23. mars, 2020 fra who.int: https://www.who.int/mental_health/management/en/

Vedlegg

Søkelogg

Database:	Søkeord (kombinasjoner):	Inklusjons(+) og eksklusjons (-) kriterier:	Antall treff før avgrensning:	Antall treff etter avgrensningen:	Antall abstrakt lest:	Antall artikler lest:
Oria	Barn OG pårørende OG psykiske lidelser	+ inkludere materiale mitt bibliotek ikke har tilgang til - 2014 – 2020 - fagfellevurderte tidsskrift - tilgjengelig online	311	55	8	6
Idunn	Barn OG pårørende OG psykiske lidelser	- 2014 -2020	190	68	6	3

