

Alba de Figueiredo Lykke og Marte Neraas
Solheim

De små voksne

Barn som pårørende til foreldre med
selvmordsatferd – en kvalitativ eksplorerende
studie av barnas behov i møte med helsevesenet

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Trude Reinfjell

Medveileder: Trond Nordfjærn

Desember 2021

Alba de Figueiredo Lykke og Marte Neraas Solheim

De små voksne

Barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd – en kvalitativ eksplorerende studie av barnas behov i møte med helsevesenet

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Trude Reinfjell
Medveileder: Trond Nordfjærn
Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

“Jeg tror jeg hadde trengt at noen skjønnte at det var litt synd på meg også”

- Thale

Forord

Studiens forfattere er ansvarlige for formulering av problemstillinger, rekruttering og innsamling av data fra studiens deltakere, samt transkribering og analyse av innsamlet datamateriale. Det samme gjelder utforming av søknader til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og regional etisk komité (REK). Alt overnevnte arbeid har blitt gjennomført under veiledning av professor og psykologspesialist Trude Reinfjell og professor Trond Nordfjærn.

Vi ønsker å takke vår hovedveileder Trude Reinfjell, som gjennom sin betydelige kunnskap og sitt engasjement for barn som pårørende, har gitt oss god hjelp og støtte. Vi ønsker også å rette en stor takk til biveileder Trond Nordfjærn for gode og viktige innspill, og for at du har tatt deg tid til å gi oss raske tilbakemeldinger til alle døgnets tider.

Tusen takk til alle informanter som har delt kunnskap, erfaringer og - ikke minst - sterke historier med oss. Uten dere ville denne studien ikke ha vært mulig.

Takk til Grete Lillian Moen, Kristin Frisch Moe og Synøve Magnussen Wiig ved RVTS Øst og RBUP region Øst og Sør, som inviterte oss på kurs om ivaretagelse av barn som pårørende når mor eller far strever med selvmordsatferd. Vi ønsker å rette en særlig takk til Grete Lillian for gode råd og innspill under utforming av studiens intervjuguider. Takk til Tine Grimholt ved VID Oslo for gode og informative møter. Dere ga oss tidlig en tydelig retning i et landskap som var stort og noe overveldende ved første øyekast.

Takk til Nina Lykke som har hjulpet oss med det grafiske, fra studiens start til slutt. Vi setter særlig pris på den tålmodige hjelpen med både tre, fire og fem revisjoner av diverse modeller etter hvert som studien vår tok form og utviklet seg. Takk til Cecilie Benneche som har tatt seg tid til å gi oss verdifulle og konkrete innspill, som har gitt oss litt mer trygghet i en slitsom innspurtsfase.

Takk til Alba som har vært en kjempefin samarbeidspartner gjennom hele prosessen og som har rommet alle opp- og nedturer, både i forbindelse med studien og livet for øvrig.

Takk til Marte for et supert samarbeid og alt du har lært meg i løpet av denne prosessen. Takk for at du er så tydelig, lyttende og forståelsesfull.

Trondheim/Oslo, desember 2021

Alba de Figueiredo Lykke og Marte Neraas Solheim

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	0
INNLEDNING	1
<i>Helsevesenets oppfølging av barn som pårørende</i>	6
<i>Barnas behov i møte med helsevesenet</i>	7
<i>Studiens formål</i>	10
ET UTVIKLINGSTEORETISK RAMMEVERK	11
<i>Avgrensning</i>	11
<i>Et utviklingspsykologisk perspektiv</i>	12
<i>Tilknytningsteori</i>	12
<i>Sterns selvutviklingsmodell</i>	14
<i>Emosjonell kompetanse</i>	14
Emosjonell forståelse.....	15
Emosjonsregulering.....	15
Emosjonell uttrykksevne.....	15
<i>Konsekvenser av sviktende foreldreomsorg</i>	16
Parentifisering.....	16
Utviklingstraumatiserende belastningsforhold.....	17
<i>Resiliens</i>	18
<i>Oppsummering</i>	18
METODE	20
<i>Prosedyrer</i>	20
Rekruttering.....	20
Inklusjonskriterier.....	20
Ethiske betraktninger.....	21
<i>Utvalg</i>	22
Karakteristikker ved pårørende-utvalget.....	22
Karakteristikker ved helsepersonell-utvalget.....	22
<i>Intervjuene</i>	23
Intervjuguide.....	23
Datainnsamling.....	24

«De små voksne»

<i>Analysen</i>	24
Transkribering av datamateriale	24
Tematisk analyse (TA)	25
<i>Forskerrollen</i>	30
RESULTATER	32
<i>Pårørende</i>	32
Barnets behov	33
Oppfølging.....	37
<i>Helsepersonell</i>	41
Barnets forståelse.....	42
Barnet som omsorgsgiver	45
Barnefokus i voksenpsykiatrien	49
DISKUSJON	57
<i>Avgrensning</i>	58
<i>Behov for å forstå situasjonen</i>	59
<i>Behov for å forstå egne følelser</i>	62
<i>Behov for mindre ansvarsfølelse</i>	65
<i>Behov for videre oppfølging</i>	67
<i>Behov for å inkludere den andre forelderen</i>	69
<i>Styrker og begrensninger</i>	69
Styrker	69
Begrensninger.....	71
KONLUSJON	73
IMPLIKASJONER	74
REFERANSER	76
VEDLEGG	86
<i>Vedlegg 1: Invitasjon som ble delt i sosiale medier – Pårørende</i>	86
<i>Vedlegg 2: Invitasjon som ble delt i sosiale medier – Helsepersonell</i>	87
<i>Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD</i>	88
<i>Vedlegg 4: Vurdering fra REK</i>	92
<i>Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakere – Pårørende</i>	94

«De små voksne»

<i>Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakere – Helsepersonell.....</i>	<i>97</i>
<i>Vedlegg 7: Intervjuguide – Pårørende.....</i>	<i>100</i>
<i>Vedlegg 8: Intervjuguide – Helsepersonell.....</i>	<i>102</i>

SAMMENDRAG

Barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd er en gruppe det er forsket lite på. Formålet med denne eksplorerende studien var å undersøke barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd sine behov i møte med helsevesenet. Det ble gjennomført kvalitative semistrukturerte intervjuer med to utvalg: voksne som har vært pårørende til en forelder med selvmordsatferd som barn ($N = 4$) og helsepersonell ansatt i psykisk helsevern for voksne som har erfaring med å følge opp disse barna ($N = 6$). Transkripsjonene ble analysert med tematisk analyse. Følgende temaer ble identifisert for pårørende-utvalget: (1) Barnets behov og (2) oppfølging. Videre ble følgende temaer identifisert for helsepersonell-utvalget: (1) Barnets forståelse, (2) Barnet som omsorgsgiver og (3) Barnefokus i voksenpsykiatrien. Resultatene viser at både pårørende og helsepersonell formidler at barn som pårørendes hverdag er preget av mye fokus på forelderens situasjon. Funnene støtter tidligere studier på barn av psykisk syke foreldre, som viser at barna har behov for reduksjon av ansvarfølelse for den syke forelderens, alderstilpasset informasjon for å forstå den voksnes atferd og hjelp til å forstå og regulere egne følelser. Spesielt for disse barna er behovet for spesifikk informasjon som kan hjelpe dem til å bedre forstå forelderens selvmordsatferd. Funn fra denne studien peker på relevante aspekter for videre forskning, blant annet utforskning og sammenligning av oppfølgingen som gis barn som pårørende ved ulike avdelinger innenfor psykisk helsevern for voksne. Muligheten til og effekten av å tilby disse barna kontinuerlig oppfølging kan også utforskes nærmere, i tillegg til hvordan helsepersonells trygghet og kompetanse påvirker oppfølgingen av barna.

Stikkord: Barn som pårørende, selvmordsatferd, barn av foreldre med psykisk sykdom, utviklingspsykologi, tidlig tilknytning, tematisk analyse

INNLEDNING

Det finnes ingen tall på hvor mange barn i Norge som opplever at en av foreldrene forsøker å ta sitt eget liv (Grimholt, Lunde & Frisch Moe, 2019). Hvert år behandles mellom 4000-6000 selvmordsforsøk i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2017). Det er nesten det tidobbelte av antallet registrerte selvmord, som ligger på mellom 5-600 årlige tilfeller (Folkehelseinstituttet, 2021). I tillegg antar man at det eksisterer et mørketall på cirka 25 prosent (Norsk Helseinformatikk, 2020). Det anslås at hvert selvmord i snitt berører 10 etterlatte og nærstående (Folkehelseinstituttet, 2021), og det er rimelig å anta at lignende tall vil være gjeldende også for pårørende ved selvmordsforsøk. Sannsynligvis berøres altså flere titalls tusen pårørende etter selvmordsforsøk hvert år, og av disse antas det at en betydelig andel er barn.

I denne studien benyttes Hollis' (1996) definisjon av selvmordsatferd som uttrykk av selvmordstanker- og planer, trusler om selvmord eller faktiske selvmordsforsøk.

Selvmordsforsøk er den mest alvorlige typen selvmordsatferd, og er assosiert med en rekke psykiske og psykososiale problemer (Bjornaas et al., 2010). En litteraturgjennomgang av Hawton, Saunders, Topiwala & Haw (2013) viser for eksempel 80 prosent av pasienter som er innlagt for selvmordsforsøk har minst én underliggende psykisk lidelse. Selvmordsatferd kan imidlertid også komme til uttrykk på andre måter. Selvmordstanker anses som et relativt utbredt fenomen (Dieserud, 2021), og det er videre ikke uvanlig at pasienter med selvmordstanker har lagt planer for hvordan de vil ta sitt eget liv, uten at de gjennomfører et selvmordsforsøk (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

Hvem utviser selvmordsatferd? Flere studier finner sammenheng mellom selvmordsatferd og psykiske lidelser (Klonsky, May & Saffer, 2016; Hawton et al., 2013). For eksempel finner Klonsky et al (2016) at psykiske lidelser kan predikere tilstedeværelse av selvmordstanker (*sucicidal ideation*). Det er likevel viktig å påpeke at selvmordsatferd ikke kan predikeres av en psykisk sykdom alene (Dieserud, 2021). Selvmordsatferd som fenomen finnes på tvers av diagnosekategorier (Helsedirektoratet, 2008), men kan også handle om andre faktorer enn underliggende psykisk sykdom (Rasmussen, 2020). Dette gjør at barn som er pårørende til foreldre med selvmordsatferd, potensielt kan falle utenfor studier som kartlegger barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Siden det ikke finnes tall på hvor mange barn som er pårørende til foreldre med selvmordsatferd spesifikt, er det likevel

«De små voksne»

mest hensiktsmessig å bruke statistikk på barn som er pårørende til foreldre med alvorlig psykisk sykdom.

En norsk studie med 23 167 voksne pasienter fra 107 psykiatriske poliklinikker registrerte at 36 prosent av pasientene hadde omsorg for mindreårige barn (Ruud et al., 2019). Statistikk fra Bufdir (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021) anslår at om lag 10% av barn under 18 år i Norge har minst én forelder som sliter med alvorlig psykisk sykdom. En annen kartlegging gjort av SINTEF fant at cirka 65 000 barn har foreldre som mottar hjelp for psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2011). Det påpekes videre i rapporten at en må regne med at et ukjent antall barn har foreldre som ikke søker hjelp for sine problemer (Folkehelseinstituttet, 2011).

Hvordan påvirkes barna av foreldres selvmordsatferd? På gruppenivå tyder forskning på at det å ha foreldre med psykiske vansker som i tillegg utviser selvmordsatferd, er en risikofaktor for utvikling av psykiske problemer hos barn (Lunde, Myhre Reigstad, Frisch Moe & Grimholt, 2018; Geulayov, Metcalfe, Heron, Kidger & Gunnell, 2014; Burke et al., 2010). Av barn som mottar behandling i BUP, registreres 62% med såkalte “avvikende psykososiale forhold”, som ofte gjenspeiler problemer eller belastninger i nærmeste familie (Indergård & Krogh, 2020). Studier tyder på at barn av foreldre med selvmordsatferd har forhøyet risiko for blant annet depresjon, komplisert sorg og egen selvmordsatferd (Lunde et al., 2018; Geulayov et al., 2014). Det er også identifisert forhøyet risiko for symptomer på Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) blant barn som har vært eksponert for en forelders selvmordsatferd (Hung & Rabin, 2009).

Barns vansker påvirkes av en rekke faktorer. Ifølge Van der Hart, Nijenhuis og Steele (2006, i NOU 2012: 5) forekommer posttraumatiske tilstander når styrken på en hendelse overskrider en persons *integreringskapasitet*. Integreringskapasitet defineres som evnen til å skape sammenheng mellom opplevde hendelser, samt å forstå hvordan opplevelser påvirker ens eget og andres liv (Van der Hart et al., 2006, i NOU 2012: 5).

Alder, hyppighet og nærhet til den voksne som sliter, er også avgjørende. En ekspertutredning fra 2012 fant økt risiko for traumatisering dersom man eksponeres for en potensielt traumatisk hendelse i barndommen, dersom denne hendelsen skjer i barnets omsorgssystem eller dersom det er snakk om gjentatte hendelser (NOU 2012: 5). I tillegg forbindes det med mer alvorlige konsekvenser dersom barn opplever belastende hendelser før fylte fem år (Nordanger & Braarud, 2017).

For å kunne hjelpe barna, må man vite hva de har vært utsatt for. Cerel, Frey, Maple & Kinner (2016) påpeker at helsepersonell som møter foreldre med selvmordsatferd bør kartlegge om barna har kjennskap til eller har vært eksponert for selvmordsatferden, og avgjøre hvorvidt barnet trenger videre oppfølging. Deres studie av foreldre som hadde hatt et selvmordsforsøk ($N = 87$) fant at ett av tre barn hadde kjennskap til forelderens selvmordsforsøk. Videre hadde ett av fire barn vært til stede under selvmordsforsøket (Cerel et al., 2016). Burke et al. (2010) fant at barn som har blitt eksponert for en forelders selvmordsatferd ser ut til å ha hele fire ganger større sannsynlighet for egne selvmordsforsøk i løpet av livet, sammenlignet med de som ikke eksponeres for denne typen atferd. Geulayov et al. (2014) fant også en sammenheng mellom selvmordsforsøk hos foreldre og senere selvmordsatferd hos barna deres. I tillegg til psykiske problemer fant man at barn av foreldre med selvmordsatferd utviser høyere risiko for å gjøre det faglig dårligere på skolen, har lavere sannsynlighet for å fullføre utdanning (Geulayov, Gunnell, Holmen & Metcalfe, 2012; Burrell, Mehlum & Qin, 2020) og større risiko for å utvise avvikende og kriminell atferd (Lunde et al., 2018). Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at en forelder med en psykisk lidelse har dårligere omsorgsevne enn en frisk forelder (Alnes, 2011). Omsorgsevnen kan påvirkes av generelle egenskaper som det å engasjere seg positivt i barnet, ta ansvar og utvise empati, men også av sykdomsrelaterte faktorer som hjelpesøkende atferd og sykdomsinnsikt. Evne til god foreldreomsorg kan altså være til stede hos en psykisk syk forelder og samtidig svikte hos en frisk forelder (Alnes, 2011).

Barn som har foreldre med alvorlig sykdom er en sårbar og utsatt gruppe. For å forebygge negative utfall hos disse barna, vil det være viktig å igangsette hjelpetiltak så tidlig som mulig (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2010). I 2010 vedtok Stortinget nye bestemmelser i både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Formålet var å sikre kartlegging og oppfølging av barn som pårørende og deres familier, samt forebygging av problemer hos disse barna og deres foreldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Lovendringen, signaliserer et skifte fra det tradisjonelle individfokusert man ser i spesialisthelsetjenesten og til et utvidet familieperspektiv (Glørstad, Osen, Overvik & Relling, 2015). Blant annet fremkommer det av § 10 a i helsepersonelloven at:

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Helsepersonell som yter helsehjelp

«De små voksne»

til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommendes informasjons- eller oppfølgingsbehov. (Helsepersonelloven, 2009)

Spesialisthelsetjenesteloven §3-7 a stadfester videre:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn som er pårørende barn eller søsken av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller er etterlatte barn eller søsken etter slike pasienter. (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999)

Bestemmelsene definerer at helsepersonell skal forsøke å avklare barn som pårørendes behov for informasjon og hjelp, samt bidra til å gi nødvendig oppfølging. § 10 a i helsepersonelloven peker mot et ansvar som pålegges helsepersonell på individnivå, mens § 3-7 a i spesialisthelsetjenesteloven legger føringer for mer overordnede rammer og rutiner ved avdelingene. § 10 a stadfester flere tiltak som skal vurderes om nødvendig for å ivareta behovene til barn som pårørende:

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999)

Helsepersonell skal altså etter loven tilby barn som pårørende informasjon, oppfølging og veiledning om aktuelle tiltak der det vurderes som nødvendig (Ose & Kaspersen, 2020).

Som tidligere nevnt kan det å oppleve foreldres selvmordsatferd som barn medføre økt risiko for flere negative utfall, blant annet psykiske og psykososiale vansker (Lunde et al., 2018; Geulayov et al., 2012). Barn vil ikke nødvendigvis vil reagere på samme måte selv om de utsettes for tilsynelatende lignende omstendigheter, og kan ha ulik risiko for å oppleve negative konsekvenser av en hendelse. Begrepet *resiliens* omhandler evnen til å finne positiv mening i ubehagelige situasjoner (Foster, 2010; Tugade & Fredrickson, 2004) og å tilpasse seg motgang på en hensiktsmessig måte (Foster, 2010; Jackson, Firtko & Edenborough, 2007). Barn har ulike sårbarheter og styrker, og evnen til resiliens påvirkes blant annet av utviklingsnivå og personlighet (Førde, 2014; Nordanger & Braarud, 2017). Videre kan graden av opplevd innflytelse over hva som skjer spille en stor rolle for hvordan barnet opplever det å ha en psykisk syk forelder (Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever, 2011). Opplevelsen av støtte fra familie og øvrig nettverk kan også ha en viktig forebyggende funksjon mot negative utfall av en belastende hendelse (Nordanger & Braarud, 2017). Sammenlagt tilsier dette at barn kan ha ulike opplevelser knyttet til det å ha en psykisk syk forelder (Gladstone et al., 2011).

Barn reagerer ulikt på negative hendelser, og grad av støtte er en viktig faktor. Tidlig intervensjon kan forebygge negative utfall senere i livet (Nordanger & Braarud, 2014; Lunde et al., 2018), og dette taler for at det vil være hensiktsmessig å fokusere på intervensjoner tilpasset barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd. Å forebygge problemer hos disse barna er viktig på et menneskelig så vel som et samfunnsøkonomisk plan (Torvik & Rognmo, 2011). Foster (2010) finner i sin kvalitative studie ($N = 10$) at støtte fra helsepersonell kan styrke barnets resiliens og evne til å håndtere utfordringer som oppstår når man vokser opp med en psykisk syk forelder.

Tidligere forskning har funnet flere negative psykologiske utfall hos barn som har mistet en forelder til selvmord, men det foreligger lite forskning på hva slags behov barn av foreldre med selvmordsforsøk har (Cerel., 2016). Nåværende kunnskap om barns behov ved foreldres selvmordsatferd er fremdeles basert på teoretiske antakelser, heller enn empirisk og klinisk kunnskap om denne pårørendegruppen (Grimholt et al., 2019). Videre foreligger det svært lite forskningsbasert kunnskap om hvordan intervensjoner rettet mot barn som pårørende til foreldre med selvmordsforsøk oppleves. En litteraturgjennomgang av Lunde og kolleger (2018) som inkluderte fire studier, fant mangelfull oppfølging av barn som pårørende når en forelder ble innlagt etter et selvmordsforsøk. Det bør påpekes at tre av studiene var fra samme forskningsgruppe på akuttavdelinger i Nederland fra 2015 og 2013

«De små voksne»

(Diderich, Fekkes, Dechesne, Buitendijk & Oudesluys-Murphy, 2015; Diderich et al, 2013; Hawton, Roberts & Goodwin, 1985). Den fjerde studien som ble inkludert var en britisk studie fra 1985, som undersøkte sammenhengen mellom mødres selvmordsatferd og omsorgssvikt. Den nederlandske studien er ifølge Lunde et al (2018) den eneste eksisterende intervensjonsstudien for barn som pårørende etter foreldres selvmordsforsøk.

I det følgende vil det redegjøres for eksisterende empiri knyttet til helsevesenets oppfølging av barn som pårørende til foreldre med alvorlig psykisk sykdom, samt barn som pårørende sine behov i møte med helsevesenet.

Helsevesenets oppfølging av barn som pårørende

Resultater fra en norsk multisenterstudie tyder på at mange av landets helseforetak er gode på å kartlegge om pasienter har barn (Ruud et al., 2015). 85% av pasientene inkludert i studien rapporterte at de innledningsvis i behandlingsforløpet ble spurt om de hadde barn. Tallene for videre kartlegging og oppfølging, for eksempel gjennomføring av foreldresamtaler og samtaler med barna, ser ut til å være betydelig lavere (Ruud et al., 2015).

Videre tyder resultater fra samme studie på at barn og unge som pårørende opplever manglende og tilfeldig hjelp fra helse- og omsorgstjenestene i Norge (Ruud et al., 2015). Det ser ut til å være mangelfull kartlegging og dokumentasjon av disse barna, og behovet for tilpasset hjelp og informasjon ser fremdeles ut til å ikke være dekket (Ruud et al., 2015). Samme studie indikerer at loven om barn som pårørende kun følges opp delvis, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En longitudinell studie med fokus på praktiske implikasjoner av lovendringene knyttet til barn som pårørendes rettigheter (Lauritzen, Reedtz, Rognmo, Nilsen & Walstad, 2018), fant at det mellom 2010 og 2015 har skjedd en betraktelig økning i antallet barn av pasienter som registreres og kartlegges (Lauritzen et al., 2018). Samtidig fant studien at mange barn fremdeles ikke fanges opp. Mye tyder på at det er store forskjeller i hvordan man arbeider med barn som pårørende på tvers av de ulike helseforetakene, trolig grunnet varierende organisering og systematisering, samt ulikheter i systemer som skal kvalitetssikre oppfølging av aktuelle tiltak (Ruud et al., 2015).

En studie fra 2018 undersøkte opplevelser og erfaringer fra helsepersonell med særlig ansvar for arbeid med barn som pårørende (Hjelmseth & Aune, 2018). Deltakerne beskriver en opplevelse av uklare tidsrammer for arbeidet med barn som pårørende, hvilket skaper usikkerhet rundt hvor mye tid som kan avses til denne oppgaven i en allerede travel arbeidshverdag. Også resultater fra en svensk studie viser at helsepersonell ($N = 1052$)

«De små voksne»

opplever mangel på rutiner og retningslinjer for hvordan barn skal involveres når en forelder mottar behandling (Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2017). Det påpekes imidlertid at psykiatriske avdelinger oppleves å ha bedre rutiner for slikt arbeid, sammenlignet med somatiske avdelinger (Knutsson et al., 2017).

I en oversiktsartikkel av Tilbury, Walsh & Osmond (2016) oppsummeres behandleres opplevelser av utfordringer knyttet til oppfølging av barn som pårørende. Blant annet nevnes mangel på ressurser og tid, mangel på etablerte rutiner og utilstrekkelig kompetanse blant personalet som mulige utfordringer i arbeidet. Mangel på tidsrammer nevnes som en utfordring for oppfølging av barn som pårørende også blant helsepersonell i Norge (Hjelmseth & Aune, 2018).

Barnas behov i møte med helsevesenet

Det finnes lite forskning på barns behov i møte med helsevesenet når en forelder har selvmordsatferd (Grimholt et al., 2019). Litteraturgjennomgangen av Tilbury og kolleger (2016) undersøkte hvordan barn påvirkes av å leve med en forelder med psykisk sykdom, samt hvilke behov disse barna har i møte med helsevesenet. Litteraturgjennomgangen tar for seg 88 artikler publisert i perioden 2000 til 2012. Studien finner at barn av foreldre med psykiske lidelser har behov for alderstilpasset informasjon. Det betyr at helsepersonell må kjenne til barnets utviklingsmessige forutsetninger for kommunikasjon. Den påvirkes blant annet av barnets alder og utviklingsnivå (Øvreeide, 1995). Ofte ser man at barns forståelse av språk er bedre enn deres språklige uttrykksevne, slik at de gjerne forstår mer enn det kan virke som. Dette må helsepersonell ta hensyn til.

Tilbury og kolleger (2016) beskriver videre et behov hos barna om å få tilstrekkelig kunnskap om forelderens psykiske lidelser til å kunne gjenkjenne tegn og vite når foreldrene trenger hjelp. Tilsvarende finner Knutsson et al. (2017) at helsepersonell opplever at barn som pårørende har behov for informasjon om forelderens lidelse, samt et ønske om å bli inkludert i forelderens behandling. I tillegg opplever barna et behov for trygging og omsorg i møte med helsevesenet. Det å få besøke forelderen ved behandlingsstedet beskrives som viktig for økt trygghet og for at barna skal føle seg inkludert (Kean, 2009), og besøk ved avdelingen nevnes som en god anledning for å gi barnet informasjon om forelderens sykdom (Knutsson et al., 2017).

En metaanalyse av Gladstone et al (2011) av kvalitative studier ($N = 20$), som undersøkte barn som pårørendes erfaringer med å leve med en psykisk syk forelder,

konkluderte blant annet med at barn som pårørende har behov for psykoedukasjon. Metaanalysen fant at barn som pårørende opplever høy grad av vanskelige følelser, og flere av de inkluderte studiene fant at barnas frykt og frustrasjon ble forverret av manglende kunnskap om foreldrenes psykiske lidelser. Ifølge Øvreeide (2009) kan mangel på informasjon kan skape utrygghet og usikkerhet hos barn. Raundalen (2016) påpeker videre at hendelser og reaksjoner ofte blir uforståelige for barn dersom de holdes hemmelige eller ikke prates om. Bedre forståelse av forelderens psykiske lidelse kan hjelpe barna til å i mindre grad klandre seg selv for foreldrenes problemer (Gladstone et al., 2011). Særlig barn under 8 år ser ut til å være sårbare for mangel på informasjon om forelderens sykdom og behandling. Ifølge Ruud et al (2015) sin multisenterstudie, rapporterer kun 35% av pasienter som mottar behandling innenfor psykisk helsevern at de har gitt informasjon om sin sykdom til barna sine under 8 år. Nesten alle pasientene rapporterer derimot å ha gitt informasjon om sin sykdom til barna sine over 8 år (Ruud et al., 2015).

Flere studier finner at det å gi informasjon til foreldre om hvordan deres sykdom og situasjon påvirker barna, er et viktig tiltak (Svalheim & Steffenak, 2016; Knutsson et al., 2017). Mange foreldre med psykisk sykdom opplever ambivalens knyttet til det å skulle involvere barna i sin behandling, og kan i tillegg være usikre på hvordan de skal kommunisere med barna om sykdommen (Knutsson et al., 2017). Det kan også være at foreldrene ikke er klar over hvor mye barna påvirkes av deres sykdom. For eksempel finner Ruud og kolleger (2015) at barn av psykisk syke foreldre opplever lavere livskvalitet enn normalbefolkningen, samtidig som foreldrene rapporterer barnas livskvalitet som bedre enn det barna selv formidler. Kvello (2015) påpeker at det kan tenkes at en del foreldre ikke vil forsøke å skjerme barna mot sine psykiske lidelser fordi de har vansker med å ta barnas perspektiv. Vansker med mentalisering, altså det å forstå seg selv og andre (Skårderud & Sommerfeldt, 2008), er karakteristisk for mange psykiske lidelser, særlig de mest alvorlige (Kvello, 2015).

Ruud et al (2015) sin multisenterstudie finner at barn som pårørende til psykisk syke foreldre bruker mer tid på husarbeid og omsorgsoppgaver, og at de rapporterer mer stress og belastning sammenlignet med barn i den øvrige befolkningen. En av de vanligste negative konsekvensene når barn har foreldre med alvorlig psykisk sykdom er at barna overtar oppgaver og ansvar for foreldrene - såkalt parentifisering (Rimehaug, Børstad, Helmersberg & Wold, 2006; Foster, 2010). Dette kan være alt fra utførelse av praktiske arbeidsoppgaver i hjemmet til opplevelsen av å ha et omsorgsansvar overfor forelderens, hvor barna også kan

kjenne på skyld for forelderens vansker (Rimehaug et al., 2006). En metaanalyse av Gladstone et al (2011) ($N = 20$) undersøkte studier av barn som pårørendes erfaringer med å leve med en psykisk syk forelder. Alle studiene inkludert fant at barna brukte mye tid på omsorgsaktiviteter. Kallander og Vallesverd (2015, i Svalheim & Steffenak, 2016) fant at mellom 50 000 og 130 000 barn i Norge påtar seg omsorgsoppgaver som oppleves belastende for dem. Parentifisering tematiseres også i innledningen til Helse-og omsorgsdepartementets rundskriv tilknyttet lovendringene i 2010:

Når begrepet pårørende brukes om barn, må det ikke forstås slik at barna skal ivareta foreldrenes behov. Formålet med bestemmelsen er at barna skal forbli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 4)

Det fremkommer her at et av formålene ved de nye bestemmelsene er å unngå at barn påtar seg et voksenansvar. I tillegg understrekes viktigheten av at barn skal få lov til å være barn.

Oppsummert viser en rekke studier at selvmordsatferd hos foreldre kan ha negativ effekt på barn som pårørende. På gruppenivå ser disse barna blant annet ut til å ha forhøyet risiko for utvikling av psykiske og psykososiale problemer som PTSD, selvmordsatferd, skolevansker og kriminell atferd. Til tross for dette finnes det lite litteratur om intervensjoner for denne pårørendegruppa (Grimholt et al., 2019; Hung & Rabin., 2009; Lunde et al., 2018). For å sikre kartlegging og oppfølging av disse barna, ble det i 2010 innført flere nye bestemmelser i lovverket for helsepersonell og spesialisthelsetjenesten. Flere studier indikerer en økt kartlegging av mindreårige barn som pårørende etter lovendringene, men videre oppfølging ser fremdeles ut til å være tilfeldig og mangelfull. Helsepersonell trekker blant annet frem mangel på rutiner og tidsrammer som utfordrende i oppfølgingen av barn som pårørende. Stadig flere studier gir kunnskap om hvilke behov barn som pårørende til foreldre med alvorlig psykisk sykdom har i møte med helsevesenet. Det trengs imidlertid mer forskning på barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd; hvilke behov barna har (Cerel., 2016) og mer spesifikt hva de har behov for i møte med helsevesenet (Grimholt et al., 2019). Forskning som kan gi innsikt i unge pårørendes behov for oppfølging og støtte, vil

«De små voksne»

med stor sannsynlighet være viktig for utviklingen av det forebyggende arbeidet i dagens helsevesen.

Studiens formål

Formålet med studien var å utforske behovene til barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd, samt deres opplevelser av oppfølging fra helsevesenet. I tillegg var formålet å utforske hvordan helsepersonell opplever behovene til disse barna og hva de tenker om oppfølgingen fra helsevesenet.

Som tidligere nevnt, defineres selvmordsatferd som uttrykk av suicidale ideer, trusler om selvmord eller selvmordsforsøk (Hollis, 1996). Barn som pårørende defineres som personer under 18 år som er, eller har vært pårørende til en forelder med selvmordsatferd. Både voksne som har vært pårørende som barn og helsepersonell har blitt intervjuet. Ettersom studien inkluderer to utvalg, med ulik bakgrunn og ulike perspektiver på studiens tematikk, ble det vurdert som hensiktsmessig å formulere ett forskningsspørsmål for hvert utvalg:

Forskningsspørsmål 1: Hvilke behov opplever pårørende å ha hatt som barn og hva er deres opplevelser av oppfølging fra helsevesenet?

Forskningsspørsmål 2: Hvordan opplever helsepersonell barn som pårørendes behov og oppfølgingen som tilbys fra helsevesenet?

Ved å intervju pårørende kan man få tilgang til personlige erfaringer og behov pårørende som barn har hatt i møte med helsevesenet. Å intervju helsepersonell kan tilføre et bredere perspektiv på hva som antas å være de sentrale behovene denne gruppen pårørende har i møte med helsevesenet. Det å inkludere to grupper i studien antas å bidra til ulike og supplerende perspektiver på ett og samme fenomen. Triangulering underbygger beskrivelsen av en gruppe eller persons erfaringer ved å undersøke fenomenet fra ulike gruppers perspektiv (Yardley, 2015). Pårørende bidrar med et svært viktig perspektiv i form av egne opplevelser, som det kan være vanskelig å sette seg inn i og beskrive for den som ikke har vært i samme situasjon. Helsepersonell kan bidra med beskrivelser av behov som fra et erfaringsmessig grunnlag virker å være sentrale for gruppen som helhet, samt relevante

«De små voksne»

faglige refleksjoner rundt situasjonen til barn som er pårørende. Samlet antas dette å kunne gi mer informasjon om hjelpen denne gruppen mottar.

Resultatene kan forhåpentligvis bidra til en dypere forståelse av behovene til barn som pårørende, samt opplevelser av hjelpen som tilbys fra helsevesenet. Studiens eksplorerende natur gir et mulig grunnlag for videre utforskning av eksisterende tiltak.

ET UTVIKLINGSTEORETISK RAMMEVERK

I det følgende vil det redegjøres for et utvalg utviklingspsykologiske teorier, med hovedvekt på tilknytning, selvutvikling og emosjonell kompetanse. Disse kan bidra til en forståelse av hva barns behov kan være i møte med helsevesenet, når en forelder har selvmordsatferd. I tillegg vil det redegjøres for mulige konsekvenser av sviktende foreldreomsorg, samt resiliens og mestringsstrategier hos barnet.

Tilknytningsperspektivet kan bidra med innsikt knyttet til viktigheten av relasjonelle faktorer for barns utvikling, og kan belyse hvordan barn prøver å forstå seg selv, sine omgivelser og sin rolle i verden. Tilknytning til omsorgspersoner er av stor betydning for barnets senere relasjoner. Omsorgspersonen spiller en viktig rolle i å hjelpe barnet med regulering av selvet og emosjoner. Sviktende omsorg og traumatiske opplevelser knyttet til omsorgsfigurer kan påvirke barnet negativt, og samtidig gjøre at barnet går glipp av viktige, positive utviklingsmessige erfaringer (Nordanger & Braarud, 2017). Forskning på resiliens viser at barnets omgivelser og individuelle egenskaper kan være beskyttende faktorer ved potensielt belastende opplevelser. Barns behov påvirkes blant annet av barnets alder og utviklingsnivå, av egenskaper ved barnets omgivelser og av barnets tidligere opplevelser.

Avgrensning

Av hensyn til studiens omfang og innholdet i datamaterialet, har studiens forfattere valgt å fokusere på teorier som har et langsiktig utviklingsperspektiv. Det går ikke inn på teorier som omhandler mer akutte reaksjoner og hendelser, for eksempel sorg- og kriseteori og traumeteori knyttet til traumatiske enkelthendelser, selv om disse kunne vært aktuelle i en større studie.

Et utviklingspsykologisk perspektiv

Det utviklingspsykologiske perspektivet tar utgangspunkt i tidlig samspill og tilknytning mellom barnet og dets omgivelser (Johns, Brautaset, Egebjerg & Svendsen, 2012). I henhold til Svartdal og von Tetzchner (2020) kan utvikling defineres som aldersbetingede forandringer i et menneskes egenskaper, tenkning og atferd.

I et moderne utviklingspsykologisk perspektiv anses utvikling som en transaksjonell prosess (Svartdal & von Tetzchner, 2020). En slik forståelse av utvikling innebærer at individ og kontekst oppfattes som uatskillelige (Hansen, 2012), hvor utvikling skjer på bakgrunn av en kontinuerlig interaksjon mellom barnet og barnets familie, og samtidig i en større sosial kontekst (Sameroff, 1995 i Johns et al., 2012).

Fra et intersubjektivt perspektiv, basert på tolkningen til Hansen (2012) vil selve relasjonen mellom mennesker være det som fremmer utvikling. *Intersubjektivitet* beskriver det som foregår *mellom* mennesker som møtes (Hansen, 2012) og begrepet kan forstås som spillet mellom to subjektive verdener (Benjamin, 1990). Barnet deltar i en intersubjektiv relasjon både med sin omsorgsgiver og andre mennesker, og utvikler en evne til å oppfatte og reagere på andres intensjoner og følelser gjennom et kontinuerlig samspill med sine omgivelser (Trevarthen, 1980 i Johns et al., 2012). Fra et intersubjektivt perspektiv vil en forstyrrelse eller et problem kan aldri tillegges enten omgivelsene eller barnet, men er noe som oppstår i forholdet mellom dem, altså i det intersubjektive (Hansen, 2012).

Tilknytningsteori

Tilknytningsteori (Bowlby, 1969) fokuserer på den tidlige relasjonen mellom mor og barn. Med *tilknytning* refereres det til en emosjonell forbindelse som dannes mellom to personer, og denne tilknytningen er selektiv overfor bestemte personer (Brandtzæg & Torsteinson, 2011). Bowlby postulerte at barnet innehar medfødte sosiale egenskaper som gjør det i stand til å kommunisere med og knytte seg til andre (Hart & Schwartz, 2009). Barnets tidlige tilknytning til en omsorgsperson påvirker dannelsen av *indre arbeidsmodeller*, definert som mentale representasjoner av barnet selv, omsorgspersoner og barnets relasjon til sine omsorgspersoner (Bowlby, 1988). Disse representasjonene antas å legge grunnlaget for senere samspill med omverdenen (Hart & Schwartz, 2009). God foreldreomsorg er med på å skape positive indre arbeidsmodeller hvor barnet opplever seg selv som elskbart og trygt, samtidig som det lærer at stress og utfordringer kan mestres ved hjelp av støtte fra omsorgspersonen (Nordanger & Braarud, 2017). Intersubjektive kvaliteter, som for eksempel

«De små voksne»

omsorgspersonens affektinntoning på barnet i det tidlige samspillet, antas å være utgangspunktet for dannelsen av tilknytning (Brandtzæg & Torsteinson, 2011; Hart & Schwartz, 2009). Etersom tilknytning anses som en overlevelsesstrategi vil alle barn knytte seg til omsorgspersonen, uavhengig av omsorgspersonens evne til å gi barnet omsorg.

Barns måte å knytte seg til sine omsorgspersoner betegnes som *tilknytningsmønstre* (Bowlby, 1969; Hart & Schwartz, 2009). Mary Ainsworth og kolleger definerte tre ulike tilknytningsmønstre hos spedbarn: *trygg*, *utrygg-ambivalent* og *utrygg-unnvikende* (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Trygt tilknyttede barn vil stole på at omsorgspersonen responderer sensitivt på deres behov, og disse barna vil bruke omsorgsgiveren som trygg base og havn. Barn med utrygg-ambivalent tilknytning beskrives å ha opplevd at deres behov blir møtt med varierende og uforutsigbar respons, og vil utvise ambivalent atferd overfor omsorgsgiveren. Utrygg-unnvikende tilknytning beskrives som et resultat av at omsorgsgiver har vært avvisende og lite sensitiv og overfor barnets behov (Ainsworth et al., 1978; Hart & Schwartz, 2009). Barn med en slik tilknytningsstil vil for eksempel ikke oppsøke omsorgsgiver for trøst eller støtte når de opplever ubehag. Forskjell i omsorgsevne og sensitivitet hos omsorgsgiver kan medføre at barn utvikler ulike tilknytningsmønstre, ettersom barna tilpasser seg sine omsorgsgivere (Killén, 2003).

Med bakgrunn i forskningen til Crittenden (2001), Main & Solomon (1986) og Ainsworth (1978), utformet sosionom Kari Killén (2003) følgende beskrivelse av tilknytningsmønstre for barn i skolealder: (A) *Unnvikende-hemmet mønster*, (B) *Trygt tilknyttet-balansert mønster* og (C) *Ambivalent–manøvrerende mønster*. Tilknytningsmønster A og C gjenspeiler Ainsworths (1978) kategorisering av henholdsvis unnvikende og ambivalent utrygg tilknytning. Killéns beskrivelse av unnvikende-hemmet tilknytning skiller seg noe fra Ainsworths' beskrivelse av unnvikende tilknytningsmønster. Killén (2003) mente at eldre barn kan ha erfart at unnvikende atferd kan oppfattes som en avvisning av omsorgspersonen, hvilket kan medføre at omsorgspersonen responderer på slik atferd med gjensidig avvisning og tilbaketrekning fra barnet. For å unngå dette vil barnet forsøke å hemme uttrykk av vanskelige følelser, selv når det er sterkt følelsesmessig aktivert og opplever stor belastning. Barn med et hemmet tilknytningsmønster kan bruke mye ressurser på å forsøke å kontrollere egen uro og rastløshet. Hemmingen av følelser vil variere i styrke og hvordan den kommer til uttrykk fra barn til barn (Killén, 2003). En underkategori av (A) unnvikende-hemmet mønster beskrives av Killén (2003) som t. Barn med dette mønsteret virker å oppleve det som sin viktigste oppgave å ivareta og trøste mor. En slik omsorgsgiver-

«De små voksne»

strategi kan i enkelte tilfeller sees allerede før barnet er ett år. I oppgaven tas det utgangspunkt i Ainsworth og Killén sine beskrivelser av tilknytningsmønstre.

Sterns selvutviklingsmodell

Ifølge Daniel Sterns selvutviklingsmodell utvikles og organiseres selvet gjennom møter med andre. Utvikling av selvet og utvikling av relasjoner anses som to sider av samme sak (Johns et al., 2012). Sterns syn på forholdet mellom barnet og barnets omsorgsgiver henger tett sammen med Bowlbys forståelse av tilknytning, og Stern mener spebarnets viktigste utviklingsoppgave er å danne tette bånd til andre mennesker (Hart & Schwartz, 2009). Ifølge Stern har barn behov for en psykologisk og følelsesmessig nærhet, som han mener kun utvikles gjennom et delt fellesskap med andre mennesker (Hart & Schwartz., 2009). Psykologisk nærhet kan oppnås gjennom erfaringer med at andre forstår og deler barnets opplevelse av verden.

Fra barnet er 3 år gammelt begynner det å utvikle en evne til selvbiografiske fortellinger, en utviklingsperiode Stern (2003) omtaler som *Det narrative selvet*. Ifølge Hansen (2012) sin tolkning av Sterns teori, innebærer dette at barnet skaper mening til og integrerer ulike erfaringer, som i utgangspunktet kan fremstå fragmenterte, kaotiske og motsetningsfulle. Denne evnen til å skape mening og sammenheng rundt egne opplevelser må læres opp i en interpersonlig kontekst, der mening skapes ved at tilhøreren reagerer, lytter, stiller spørsmål og bidrar til bedre forståelse for barnet (Hansen, 2012). Denne felles konstruksjonsprosessen kan sees på som en form for regulering der omsorgsgiver og barn sammen setter ord på hva som har skjedd, når det har skjedd og hva slags følelser barnet har hatt (Stern, 2003). Studier har vist at det å snakke med barn om hendelser og tilhørende følelsesmessige reaksjoner, har bidratt til at barna utvikler bedre fortellinger med bedre struktur, mer integrering av følelser og flere detaljer (Dunn, Brown & Beardsall, 1991 i Hansen, 2012).

Emosjonell kompetanse

Emosjonell kompetanse defineres av Kvello (2015) som evnen til å forstå, gjenkjenne, regulere og sette ord på følelser, og begrepet gjennomgås i denne rekkefølgen. Særlig emosjonell kompetanse vektlegges, fordi det er viktig for å forstå egen og andres atferd. Mangelfull utvikling av emosjonell kompetanse kan utgjøre en risiko for psykiske plager (Kvello, 2015).

Emosjonell forståelse. Emosjonell forståelse handler blant annet om å gjenkjenne følelser hos en selv og andre (Kårstad, Wichstrøm, Reinfjell, Belsky & Berg-Nielsen, 2015), samt å forstå årsaker og konsekvenser av en følelse (Nannis & Cowan, 1987). Emosjonell forståelse er en ferdighet som i stor grad utvikles gjennom relasjoner og interaksjoner med andre (Kårstad et al., 2015). En studie av Kårstad et al (2015) fant at flere relasjonelle faktorer, som foreldrenes emosjonelle tilgjengelighet og evne til mentalisering, kunne predikere barns utvikling av emosjonell forståelse. Emosjonell forståelse omtales som en sentral ferdighet i barns emosjonsregulering (Kårstad et al., 2013).

Emosjonsregulering. Emosjonsregulering omtales som en av de største utviklingsoppgavene i barndommen (Kvello, 2015). Emosjonsregulering kan innebære både ned- og oppregulering, samt opprettholdelse av et gitt aktiveringsnivå (Kvello, 2015).

Regulering av følelser hos barn utvikles fra *ytre regulering* der barnet blir regulert av andre, for eksempel at et spedbarn mottar trøst fra en omsorgsgiver (Kvello, 2015) til *indre regulering*, hvor barnet i økende grad blir i stand til å regulere seg selv (Johns et al., 2012). Små barn behøver hjelp fra omsorgspersoner både til å forstå egne følelser og for å ned- eller oppregulere sine følelsesmessige responser (Siegel, 2012). Etter hvert som barnet får positive opplevelser med hjelp til å forstå, organisere og regulere følelser, vil det få bedre evne til regulering på egen hånd (Siegel, 2012; Nordanger & Braarud, 2017).

Utvikling av emosjonsregulering kan også ses i lys av barnets nevrobiologiske utvikling. I sped- og småbarnstiden etableres mye av hjernens nevralt nettverk, og hjernens tidlige organisering kan blant annet påvirke hvordan vi senere i livet håndterer belastninger og forholdet oss til andre mennesker (Nordanger & Braarud, 2017). Dersom et barn opplever manglende hjelp til emosjonsregulering i barndommen, kan dette medføre senere problemer knyttet til for eksempel sinne og aggresjon, engstelse, nedstemthet eller unngåelse. Stadig flere studier indikerer at vonde opplevelser i barndommen kan prege organiseringen av hjernens nevralt nettverk, og at tidlige opplevelser dermed kan ha svært langvarige konsekvenser (National Scientific Council on the Developing Child, 2012; Nordanger & Braarud, 2017; McCrory, De Brito & Viding, 2011). Et barn som opplever traumatiske belastninger kan for eksempel utvikle et oversensitivt alarmsystem, hvilket gjør barnet mer sårbart for å oppleve stress senere i livet (Nordanger & Braarud, 2017).

Emosjonell uttrykksevne. Foreldres evne til å hjelpe barnet med emosjonsregulering antas å bli påvirket av barnets evne til å uttrykke sine følelser. Menneskers evne til å

kommunisere følelsesuttrykk, gir mulighet til å forklare og dele emosjonelle opplevelser og behov med andre (Collier, 2014). Det kan derimot være utfordrende å forstå barnets emosjonelle tilstand på bakgrunn av deres emosjonelle uttrykk, da det ikke alltid er slik at følelsesuttrykket samsvarer med den opplevde følelsen (Saarni, Mumme & Campos, 1998). Saarni et al (1998) beskriver at barn allerede i tre-til femårsalderen begynner å lære at ulike følelsesuttrykk kan være upassende i gitte situasjoner, såkalte *emotional display rules*. Når barn lærer å kontrollere følelsesuttrykk kan de i større grad begynne å skjule følelsene sine eller late som de føler noe annet enn det de gjør (Keenan, Evans & Crowley, 2016).

Konsekvenser av sviktende foreldreomsorg

Yngre barn er særlig sårbare for påvirkning fra miljømessige og relasjonelle faktorer (National Scientific Council on the Developing Child, 2012). Barn som opplever sviktende foreldreomsorg i oppveksten, vil sannsynligvis oppleve å ha andre behov enn barn som vokser opp i en god og trygg omsorgssituasjon. Det er viktig å påpeke at måten man omtaler utilstrekkelig barneomsorg kan variere, og at skadelig og mangelfull omsorg kommer til uttrykk på ulike måter. I oppgaven defineres omsorgssvikt som “*en betydelig sviktende ivaretagelse av barnets grunnleggende behov for stimulering, oppfølging og beskyttelse*” (Kvello, 2015, s. 213). Barn som over tid lever under slike vilkår, antas å bli frarøvet erfaringer som er viktige for utviklingen deres (Nordanger & Braarud, 2017).

Parentifisering. Kvello (2015, s. 214) definerer parentifisering som “*Når barnet trekkes inn i en voksenverden det ikke er modent for, eller gis større belastninger enn det som er kulturelt vanlig eller ansett som forsvarlig/ønskelig utfra alder og modenhet*”. Brandtzæg & Torsteinson (2011) beskriver at det ikke er uvanlig at det forekommer aspekter av parentifisering i foreldre-barn-relasjoner, men at dette anses som særlig alvorlig dersom det er snakk om et vedvarende mønster i omsorgsrelasjonen. For eksempel dersom barnet kontinuerlig kjenner på ansvar for å måtte trøste forelderen eller passe på at forelderen er i godt humør (Brandtzæg & Torsteinson, 2011). Kvello (2015) anser parentifisering som en form for skadelig barneomsorg. Parentifisering kan observeres allerede i ettårsalderen, og ved fireårsalderen er barna ofte kompetente omsorgsgivere (Killén, 2003).

Det finnes ulike typer parentifisering. Parentifisering av *praktisk type* forekommer når det kreves at barnet utfører arbeidsoppgaver i familien, som går ut over det som er rimelig å forvente av barn med et gitt utviklingsnivå. Dette kan for eksempel være omfattende ansvar for husarbeid eller pass av yngre søsken. Parentifisering av *emosjonell type* kan for eksempel

handle om at foreldre søker trøst hos barnet eller involvere barnet i kjærlighetslivet sitt, eller at barnet får rollen som den styrende parten i foreldre-barn-relasjonen, hvor det for eksempel kan kjeftes på, true eller kommandere den voksne (Kvillo, 2015).

Tilbury et al. (2016) finner at barn av foreldre med psykiske lidelser har behov for reduksjon av parentifisering. Andre kvalitative studier finner at emosjonell parentifisering kan predikere angst og depresjon hos unge som tar vare på deprimerte foreldre (Van Parys & Robert, 2013; Champion et al, 2009). Forskning tyder videre på at barna har behov for tilpasset informasjon om forelderens sykdom for å gi mening til foreldrenes atferd. Dette kan gi bedre mestring av situasjonen for barn som opplever parentifisering (Van Parys & Robert, 2013; Mordoch & Hall, 2008).

Utviklingstraumatiserende belastningsforhold. Når foreldre lider av alvorlig psykisk sykdom, ser man ofte at de blir mindre sensitive overfor barnets behov (Nordanger & Braarud, 2017). Man kan anta at barn av foreldre med alvorlig psykisk sykdom har særlig høy risiko for å oppleve såkalte *utviklingstraumatiserende belastningsforhold*. Dette defineres av Nordanger og Braarud (2017) som omstendigheter der et barn opplever traumatiske belastninger i kombinasjon med svikt i omsorg og støtte fra omsorgspersoner, et såkalt dobbelt belastningsforhold.

Killén (2003) påpeker at barn som befinner seg i situasjoner preget av sviktende omsorg ofte må forholde seg til en form for konstant uforutsigbarhet. Disse barna bruker mye krefter på å prøve å forstå og være i forkant av situasjoner, og vil følgelig ha mindre kapasitet til for eksempel sosial og intellektuell utvikling (Killén, 2003). Videre kan barn av foreldre med psykisk sykdom oppleve manglende *reguleringsstøtte*, definert av Nordanger og Braarud (2017) som opplevelsen av at nære omsorgspersoner hjelper barnet med å regulere seg selv. Et eksempel kan være at barnet opplever en skremmende hendelse, uten å få hjelp til å håndtere de vonde følelsene som oppstår. Hjelp til emosjonsregulering anses som et særlig viktig forhold som barn av foreldre med alvorlig psykisk sykdom potensielt kan gå glipp av (Nordanger & Braarud, 2017).

Barn som utsettes for vedvarende eller gjentatte traumatiske belastninger kan oppleve vansker knyttet til følelser, for eksempel problemer med nedregulering ved sterke affektive opplevelser (Cloitre et al., 2009), eller manglende evne til å identifisere og beskrive egne og andres følelser (Eichhorn, Brähler, Franz, Friedrich & Glaesmer, 2014). Ifølge Nordanger og Braarud (2017) kan traumatiserte barn utvikle et hypersensitivt alarmsystem, i tillegg til at

«De små voksne»

evnen til å nedregulere alarmsystemet vil være underutviklet, som i praksis betyr dårligere evne til emosjonsregulering.

Resiliens

Noen barn ser ut til å ha større grad av motstandsdyktighet mot å oppleve negative konsekvenser eller psykiske vansker knyttet til belastende hendelser og stress (Frank, 2017). Stress kan defineres som påkjenning eller belastning, både av fysiologisk og psykologisk art (Svartdal & Malt, 2021). Forskning på resiliens ser på hvilke faktorer som kan bidra til at barn klarer seg godt, på tross av ulike belastninger (Nordanger & Braarud, 2017). Fra et utviklingsperspektiv er man særlig opptatt av å utforske prosesser som kan medføre at barn klarer seg fint, til tross for dårlige oppvekstvilkår og sviktende omsorg (Friborg & Hjemdal, 2004).

Det antas at resiliens utvikler seg over tid, på samme måte som andre ferdigheter og egenskaper. Forskning tyder på at både biologiske, individuelle, relasjonelle og miljømessige faktorer kan være viktige for utvikling av resiliens (Førde, 2014). God selvtillit, gode sosiale ferdigheter og opplevd kontroll over det som skjer anses som beskyttende faktorer ved opplevd stress (Nordanger & Braarud, 2017). Videre kan trygg tilknytning være en viktig beskyttelsesfaktor for at barn skal kunne mestre ulike belastninger og utfordringer (Killén, 2003). Nordanger og Braarud (2017) beskriver stabilitet og trygghet i barnets omsorgssystem som en av de viktigste beskyttende faktorene mot negative effekter av belastende hendelser. Det kan også ha stor effekt på konsekvensene av belastninger dersom barn har minst én omsorgsfull forelder, eller dersom barnet opplever trygghet og støtte fra andre voksenpersoner (Nordanger & Braarud, 2017).

For at barn skal ha positive opplevelser knyttet til stressende situasjoner, anses det som viktig at barnet opplever omsorg og trygghet, samt en følelse kontroll og mening knyttet til det som skjer (Frank, 2017).

Oppsummering

Utvikling foregår ikke i et vakuum. For å kunne hjelpe barn som pårørende er det viktig å anerkjenne at barnet utvikler seg i en kontinuerlig interaksjon mellom dem selv, foreldre og øvre omgivelser. Tilknytningsforskning viser at barn er avhengige av kompetente voksne som kan hjelpe dem med å organisere og gi mening til det som skjer. Barns behov påvirkes både av individuelle faktorer som alder og utviklingsnivå og av miljømessige

«De små voksne»

faktorer (National Scientific Council on the Developing Child, 2012), for eksempel omsorgsgivers sensitivitet og tilgjengelighet. Ulike behov kan altså forstås i lys av alder og utviklingsnivå, men kan også forstås på bakgrunn av barnets omgivelser og erfaringer.

METODE

Prosedyrer

Rekruttering. Studien inkluderte to ulike utvalg; personer som har vært pårørende til en forelder med selvmordsatferd som barn (herfra omtalt som pårørende) og helsepersonell.

Grunnet oppgavens formål om å beskrive den enkeltes opplevelse, samt fravær av ønske om å finne generaliserbare resultater, ble det ansett som fornuftig å benytte strategisk utvalg (Langdridge, 2006). Samme utvalgsmetode ble benyttet for begge utvalgene.

Pårørende ble rekruttert ved at Landsforeningen for etterlatte etter selvmord (LEVE) delte informasjon om studien (se vedlegg 1) på sine sosiale medier. Til sammen tok 16 pårørende kontakt. Grunnet studiens sensitive tematikk ble det foretatt en påfølgende screening over telefon, der det viste seg at kun fem av 16 pårørende møtte alle inklusjonskriteriene. Etter transkribering av intervjuene ble det bestemt at ett intervju skulle ekskluderes. Dette fordi deltakeren viste seg å ikke møte inklusjonskriteriene, noe som ble avdekket i intervjuet. Nevnte deltaker hadde aldri hatt kontakt med helsevesenet gjennom sin rolle som pårørende.

Helsepersonell ble spurt om å delta gjennom annonsering av studien på sosiale medier (se vedlegg 2). I tillegg ble det tatt direkte kontakt med tre voksenpsykiatriske avdelinger i Midt-Norge som bisto i å rekruttere deltakere. En av deltakerne tok kontakt etter å ha sett utlysningen på sosiale medier. De resterende fem ble kontaktet ved at informasjon om studien ble sendt via e-post til ulike avdelinger i voksenpsykiatrien, hvorpå informasjonen ble videreformidlet til aktuelle deltakere.

Inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene for pårørende var at deltakerne var mellom 18 og 40 år, at de som barn (under 18 år) hadde levd med en forelder med selvmordsatferd, samt at de som barn hadde vært i kontakt med helsevesenet i forbindelse med sin rolle som pårørende. Øvre aldersgrense ble vurdert ut fra et ønske om å rekruttere deltakere med relativ nærhet i tid til sin situasjon som pårørende. Videre ble det antatt at aldersgrensen ville øke sannsynligheten for å rekruttere deltakere som hadde vært pårørende etter lovendringen fra 2010.

Under rekrutteringsprosessen viste det seg at en deltaker med relevant erfaring for studiens problemstilling var ett år eldre enn alderskriteriet. Av hensyn til studiens

«De små voksne»

utvalgsstørrelse ble det vurdert som hensiktsmessig å utvide inklusjonskriteriet for øvre alder til 41 år.

Inklusjonskriteriene for helsepersonell var at deltakerne var mellom 18 og 65 år, og at de gjennom klinisk arbeid med voksne med selvmordsatferd hadde erfaring med å tilby hjelp til barna til disse pasientene.

Etiske betraktninger. Studien ble utført i henhold til retningslinjene til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknaden til NSD (saksnummer 763510) ble godkjent 05.03.2021 (se vedlegg 3). Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (saksnummer 212546) ble også ansøkt, men prosjektet var funnet å ikke være omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens § 2 og § 4 (se vedlegg 4). Studien ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2018). Alle deltakere signerte samtykkeskjema i forkant av intervjuene, der de fikk informasjon om studien (se vedlegg 5 og 6). Personidentifiserende data ble fjernet fra transkripsjonene og lydopptakene ble slettet etter transkribering. Det ble i tillegg benyttet pseudonymer for at det ikke skulle være mulig å identifisere enkeltpersoner.

For pårørende-utvalget ble det vektlagt at deltakerne skulle melde seg frivillig og ikke føle seg presset til å delta. Det å snakke om sine erfaringer som pårørende til en forelder med selvmordsatferd kan oppleves som belastende og sårt, og er sannsynligvis ikke noe alle i en slik situasjon vil være komfortable med. Ved rekruttering av pårørende var det derfor ønskelig at informasjonen om studien kun skulle gjøres tilgjengelig, slik at de som ønsket det kunne ta kontakt og man unngikk en mer direkte form for rekruttering. Det var videre ønskelig å komme i kontakt med individer som, ved studiens tidspunkt, ikke aktivt befant seg i en pårørendesituasjon til en forelder med selvmordsatferd. Fokus for rekruttering av pårørende-utvalget var derfor mennesker som hadde opplevd å miste en forelder til selvmord, i tillegg til å ha erfaring med forelderens selvmordsatferd som barn. Dette fordi det ble antatt at avstand i tid ville gjøre det lettere for den enkelte å dele sine erfaringer. I tillegg kan en tenke seg at de som følger LEVEs sosiale medier er mennesker som aktivt har søkt et nettverk for støtte og dermed kan være motiverte for å delta i en slik studie.

Forfatterne har begge gjennomgått ett semester med praktisk klinisk terapiopplæring med voksne, der terapien hovedsakelig foregikk over ulike videosamtaleplattformer, grunnet COVID-19 pandemien. Forfatterne har dermed noe erfaring med å snakke med potensielt sårbare mennesker om sensitiv tematikk over nett, og det ble vurdert som hensiktsmessig å

«De små voksne»

foreta intervjuene på samme måte, da smittevernssituasjonen ved intervjutidspunktet ikke tillot fysisk oppmøte.

Utvalg

Karakteristikker ved pårørende-utvalget. Utvalget besto av fire kvinner i alderen 26 til 41 år ($M=31.5$ år, $SD=6.9$). De fire kvinnene var alle fra ulike deler av landet; Midt-Norge, Vestlandet og Østlandet. Alle deltakerne hadde en historie som pårørende til en forelder som utviste selvmordsatferd da de var barn (under 18 år), men samtlige av deltakerne var på intervjutidspunktet etterlatte etter selvmord. Alle deltakerne hadde ved ett eller flere tidspunkt vært i kontakt med helsevesenet i forbindelse med sin rolle som pårørende da de var barn. Deltakeren under pseudonymet *Emma* har vært i kontakt med helsevesenet både før og etter lovendringen i 2010 knyttet til oppfølging av barn som pårørende. De tre resterende deltakerne, under pseudonymene *Sara*, *Inga* og *Thale*, var som barn i kontakt med helsevesenet før lovendringen. Deltakerne var henholdsvis tre, fire, fem og seks år første gang de opplevde at forelderen utviste selvmordsatferd. Tre av deltakerne kunne beskrive gjentatte episoder med utvist selvmordsatferd av forelderen, mens en av deltakerne kun husket én episode med utvist selvmordsatferd. Alle deltakerne beskrev å ha opplevd vansker knyttet til egen psykisk helse i voksen alder, deriblant PTSD-problematikk, depresjonsproblematikk og suicidalitet. Samtlige deltakere formidlet også å ha mottatt hjelp knyttet til psykiske helseplager i voksen alder, i form av blant annet private psykologtjenester og oppfølging innenfor psykisk helsevern.

Karakteristikker ved helsepersonell-utvalget. Utvalget besto av fem kvinner og én mann, i alderen 30 til 64 år ($M=46.8$ år, $SD=14.3$). Fire av deltakerne holdt til i Midt-Norge, og de to andre på Østlandet, slik at deltakerne var geografisk fordelt på to ulike helseforetak: Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Alle deltakerne var på intervjutidspunktet ansatt i spesialisthelsetjenesten, hvorav fem var ansatt ved ulike døgnavdelinger (én ved akuttpsykiatrisk døgnavdeling, fire ved ikke-akutte døgnavdelinger) og én var ansatt ved psykiatrisk poliklinikk. Utvalget besto av deltakere med følgende yrkestitler: psykolog, psykologspesialist, ergoterapeut, psykiatrisk sykepleier og klinisk sosionom/familieterapeut. Alle deltakerne hadde erfaring med voksne pasienter der selvmordsatferd var aktuell problematikk, samt erfaring med tiltak rettet mot barna til disse pasientene. Deltakerne hadde mellom 4 og 24 års erfaring med arbeid med barn som pårørende ($M=13.3$ år, $SD=8.4$). Fem

«De små voksne»

av deltakerne, med pseudonymene *Henning, Janne, Eva, Kristine* og *Ida* hadde i tillegg roller som barneansvarlig personell ved sine respektive avdelinger.

Intervjuene

Intervjuguide. Det ble utformet to separate semistrukturerte intervjuguider, til henholdsvis pårørende (se vedlegg 7) og helsepersonell (se vedlegg 8), med muligheter for oppfølgingsspørsmål underveis. Intervjuguidene ble utformet med bakgrunn i problemstillingene knyttet til henholdsvis pårørende- og helsepersonellutvalget: “Hvilke behov opplever pårørende å ha hatt som barn og hva er deres opplevelser av oppfølging fra helsevesenet?” og “Hvordan opplever helsepersonell barn som pårørendes behov og oppfølgingen som tilbys fra helsevesenet?”

Intervjuguiden til pårørende inneholdt spørsmål fordelt på 4 overordnede kategorier; (1) Deltakerens situasjon som pårørende; (2) Hjelpen deltakeren mottok fra helsevesenet; (3) Deltakerens behov i møte med helsevesenet og (4) Opplevelsen av hjelpen deltakeren mottok. Avslutningsvis ble deltakeren spurt om hva som er det viktigste hjelpeapparatet kan gjøre for å hjelpe barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd, samt hvorvidt det var noe deltakeren ønsket å si til helsepersonell som arbeider med denne tematikken.

Intervjuguiden til helsepersonell inneholdt spørsmål fordelt på 4 overordnede kategorier; (1) Deltakers arbeid med barn som pårørende; (2) Hvilke behov deltakeren har erfart at denne pårørendegruppa har; (3) Hvordan deltakeren opplever nåværende tiltak som tilbys ved deltakerens arbeidsplass og (4) Deltakerens egne erfaringer knyttet til arbeid med denne pårørendegruppa.

I forkant av intervjuene ble et pilotintervju med intervjuguiden for helsepersonell testet ut på en medstudent ved profesjonsstudiet i psykologi. Basert på erfaringer fra dette intervjuet, samt en diskusjon med medstudenten i etterkant ble noen spørsmål fjernet og andre lagt til. De oppdaterte intervjuguidene ble videre lest over og kommentert av en person som både har erfaring som helsepersonell innen feltet, og som selv har vært pårørende til en forelder med selvmordsatferd som barn. På denne måten ble begge intervjuguidene preget av et brukerperspektiv. Intervjuguidene ble i siste omgang gjennomgått med en annen fagperson som har erfaring med å forske på barn som pårørende.

Hvert intervju ble gjennomført av én av studiens forfattere. Innledningsvis ble deltakerne informert om formålet med prosjektet, at det var mulig å trekke seg fra studien fra

«De små voksne»

intervjuets start fram til avslutning av prosjektet og at de som intervjuet hadde taushetsplikt. Deltakerne fikk informasjon om at det ikke var noen gale eller rette svar, og at studien søkte å undersøke hver enkelt deltakers subjektive opplevelse. I etterkant av hvert intervju ble det foretatt en debriefing for å identifisere eventuelle negative reaksjoner hos deltakerne. I intervjuene med pårørende fikk deltakerne beskjed om at de hadde mulighet til å kontakte prosjektansvarlig, som også er klinisk psykolog, dersom de hadde behov for videre oppfølging. Ingen av deltakerne benyttet seg av dette tilbudet.

Datainnsamling. Deltakerne ble intervjuet av studiens forfattere i perioden mars-mai 2021. Intervjuene varte fra 44 minutter til 1 time og 35 minutter med en gjennomsnittlig lengde på 59 minutter. De ble tatt opp på båndopptaker og deretter transkribert av studiens forfattere. Til sammen utgjorde de 10 transkriberte intervjuene 206 sider i Microsoft Word. Av de 206 sidene var henholdsvis 141 av sidene transkripsjon fra intervju med helsepersonell, og 65 sider transkripsjon fra intervju med pårørende. Det var i utgangspunktet ønskelig at intervjuene skulle foregå over videosamtale-verktøyet Confrere, men grunnet tekniske vansker ved ett intervju ble dette gjennomført over telefon. Til sammen ble ni av intervjuene gjennomført via videosamtaleplattformen Confrere og ett via telefon.

Analysen

Transkribering av datamateriale. Datamaterialet som er brukt i analysen består av lydopptak gjort av alle de ti intervjuene som ble utført (henholdsvis fire intervju av pårørende og seks intervju av helsepersonell). Intervjuene ble transkribert av studiens forfattere etter gjennomføring av alle intervjuene. I tråd med viktigheten av å bli godt kjent med datamaterialet, en grunnleggende forutsetning for tematisk analyse (TA) (Braun & Clarke, 2012), ble hvert intervju transkribert av den forfatteren som ikke hadde gjennomført selve intervjuet. Etter transkribering av datamaterialet leste studiens forfattere over de fullstendige transkriptene. Formålet med dette var at begge studiens forfattere skulle bli best mulig kjent med innsamlet datamateriale, så tidlig som mulig i analyseprosessen.

Ettersom studiens formål var å utforske deltakernes opplevelse av et fenomen, ble det i transkriberingen fokusert på hva deltakerne formidler, heller enn hvordan budskapet ble formidlet. Denne typen transkripsjon ble vurdert å gi transkriptet tilstrekkelig detaljnivå og å gi en god representasjon av intervjuenes innhold. Ikke-semantiske uttrykk er ikke inkludert i transkripsjonen. Det samme gjelder latter, gråt eller andre uttrykk for emosjonelle reaksjoner.

Tematisk analyse (TA). Transkripsjonene ble analysert med tematisk analyse (TA). TA er en kvalitativ analysemetode som baserer seg på en systematisk gjennomgang av innsamlet datamateriale, hvor en søker å identifisere betydningsfulle mønstre eller “tema” som kan knyttes til studiens problemstilling (Braun & Clarke, 2006). Analysemetoden tilbyr stor grad av fleksibilitet, hvilket gjør at den kan anvendes på data knyttet til en rekke ulike forskningsspørsmål (Braun & Clarke, 2012). Det legges ingen sterke føringer for foretrukket datainnsamlingsmetode eller teoretisk rammeverk i forkant av analysen, og selve analysen kan gjennomføres på flere måter (Braun & Clarke, 2012). Fleksibiliteten i metoden gjør derimot at studiens forskere må være bevisst hvilken analyseform som anvendes, da ulike former for TA gir ulikt utgangspunkt for hvordan datamaterialet skal forstås og tolkes (Braun & Clarke, 2006). Studien har benyttet en Big Q tilnærming til TA, hvilket innebærer at man ikke søker å finne en universell mening, fordi mening henger sammen med konteksten den oppstår i (Clarke, Braun & Hayfield, 2015).

I studien ble det valgt en hovedsakelig induktiv tilnærming til data. Dette tillot studiens forfattere å holde seg nærmere de autentiske data, slik at rapporterte koder og tema ble antatt å være i tråd med det faktiske innholdet i datamaterialet (Braun & Clarke, 2012). Alt datamateriale ble gitt oppmerksomhet under kodingen, men kun det som ble vurdert som relevant for problemstillingen ble kodet. Dermed ble analysen også preget av et deduktivt element. Selv om koding og analyse av datamaterialet ble gjennomført uten å ta utgangspunkt i et overordnet teoretisk rammeverk, er det urealistisk å anta at analysen ikke har blitt påvirket av forfatterens teoretiske forkunnskaper. Innenfor en Big Q tilnærming til TA vektlegges det at forskeren har en aktiv rolle, og at noe subjektivitet i tolkning av data er uunngåelig (Clarke et al., 2015). I forbindelse med blant annet søknader og utforming av intervjuguide, var det nødvendig for studiens forfattere å sette seg inn i ulike teoretiske perspektiver relatert til studiens problemstilling, dette i forkant av datainnsamling og analyser. Forhåndskunnskap om temaet medfører at analysen høyst sannsynlig bærer noe preg av forfatterens teoretiske antakelser (Braun & Clarke, 2012), slik at analysen må sies å inneholde deduktive elementer.

Det ble gjennomført en deskriptiv, eksplorerende analyse. En slik tilnærming har som formål å få frem meninger eller opplevelser hos en bestemt gruppe mennesker, og er særlig relevant der det finnes lite eksisterende forskning knyttet til den gitte gruppen (Braun & Clarke, 2013).

I analyseprosessen ble Braun og Clarkes (2006) seksfase-tilnærming til TA benyttet. Første fase beskrives som *tilvenningsfasen*, hvor formålet er å bli best mulig kjent med innsamlet datamateriale. Kjennskap til datamaterialet startet allerede i intervju- og transkripsjonsprosessen, der studiens forfattere gjennomførte hver sin halvpart av intervjuene og transkriberte de intervjuene en selv ikke hadde gjennomført. Etter at intervjuene var ferdig transkribert, leste begge studiens forfattere gjennom transkripsjonene flere ganger og noterte ned innledende tanker knyttet til datamaterialet. På denne måten fikk begge forfattere god kjennskap til datamaterialet før kodingen ble påbegynt i neste fase av analysen.

I andre fase av analysen startet en mer systematisk leting etter relevant meningsinnhold i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Relevant meningsinnhold ble merket med en *kode*, hvor koden var ment å beskrive essensen i en bit av datamateriale som var interessant i henhold til studiens problemstilling. Datamaterialet ble kodet på bakgrunn av semantisk meningsinnhold, som vil si at det ble forsøkt å la være å tolke det deltakerne sier, men heller ta utgangspunkt i at det som blir sagt også er det som er riktig for deltakeren (Braun & Clarke, 2013).

Innledningsvis ble et utdrag fra et transkribert intervju kodet individuelt av begge studiens forfattere, før kodingen ble sammenlignet og diskutert i fellesskap. Dette for å sikre at begge studiens forfattere hadde en liknende oppfatning av kodeprosessen. Deretter kodet studiens forfattere hver sin halvpart av de transkriberte intervjuene. Videre ble alle koder gjennomgått i fellesskap, endringer ble gjennomført der dette ble vurdert som hensiktsmessig og til slutt ble det utformet et endelig, ferdig kodet transkript. Tabell 1 viser et eksempel på hvordan kodingen så ut fra et intervju med helsepersonell.

Tabell 1

Et eksempel fra kodefasen fra intervju med helsepersonell

Utdrag fra teksten	Koder
<i>For når alle skal gjøre det ender det opp med at det er ingen som gjør det (...) Så jeg tenker at selv om det ligger i helsepersonelloven at alle skal til, eller være opptatt av det, så virker det som at når det kommer til det å gjennomføre det så er det viktig at det er noen som har det som ansvar å faktisk gjøre det</i>	Ansvar fordelt på alle kan føre til at ingen tar ansvar i praksis
<i>Så jeg tror aldri det vil være så sikkert, hvert fall ikke ved en så stor avdeling hvor det er så mange involverte, så mange ansatte, og det er vaktskift tre skift i døgnet også byttes det tun, den herre ustabiliteten i personalgruppa er et alvorlig hinder for å sikre god ivaretagelse da, tenker jeg</i>	Stor avdeling med mange involverte hindrer god ivaretagelse av barna
<i>Veldig klart fokus på det, at vi ikke på en måte dytter det bort til «barnevernet gjør sånn», eller barnehagen eller BUP blir det snakket om. Altså det er veldig sjeldent, det er jo ikke at, store andeler av barna vi kommer i kontakt med er jo ikke i BUP. BUP går ikke, barnevernet og BUP går ikke og banker på dørene til folk. Fordi om mor eller far er psykisk syk, så er ikke ungene automatisk inne i BUP, fordi de er jo ikke syke, og heldigvis for det</i>	Viktig å ikke anta at andre instanser følger opp barnet

Etter å ha kodet transkriptene skiftet fokuset fra å utforske enkeltkomponenter, til å lete etter sammenhenger og fellestrekk i hele datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Det er viktig å påpeke at både koding og analyse av tema ble gjennomført separat for studiens to

utvalg, slik at det ble utformet separate hovedtema og tema for henholdsvis pårørende-utvalget og helsepersonell-utvalget. Formålet med denne fasen av analysen var å gruppere relevante koder sammen for å danne mer overordnede tema. Tabell 2 viser et eksempel på dannelsen av tema. Her ser man hvordan flere koder ble gruppert sammen til et tema, samt et eksempel på hvordan flere ulike tema ble gruppert inn under et hovedtema. Denne prosessen ble først utført av hver av studiens forfattere individuelt. Deretter ble hovedtema, tema og tilhørende koder sammenlignet, diskutert og tilpasset slik at det til slutt ble vurdert å være god intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Braun & Clarke, 2012), altså god sammenheng innad i hvert tema og tilstrekkelig ulikhet på tvers av tema. Det ble gjort flere revideringer underveis i prosessen. For eksempel ble det i første omgang identifisert tre hovedtema blant pårørendeutvalget: *Barnet i fokus*, *oppfølging* og *kommunikasjon*. Ved gjennomgang av koder og tema ble det etter hvert tydelig at mange koder knyttet til *kommunikasjon* også kunne knyttes til *oppfølging*. Det ble derfor vurdert som passende å flytte *kommunikasjon* inn som tema under hovedtema *oppfølging*.

Tabell 2

Et eksempel på hvordan koder ble utviklet til hovedtema og tema fra intervju med helsepersonell

Koder	Tema	Hovedtema
Ansvar fordelt på alle kan føre til at ingen tar ansvar i praksis		
Viktig å ikke anta at andre instanser følger opp barnet	Ansvarspulverisering	
Stor avdeling med mange involverte hindrer god ivaretagelse av barna		
Mange nedprioriterer barnesamtaler fordi det føles for krevende i en hektisk arbeidshverdag	Prioritering	Barnefokus i voksenpsykiatrien
For å sikre ivaretagelse over tid burde noen tildeles ansvar for å sørge for dette	Kontinuitet	
Viktig å tørre å snakke med foreldrene om hvordan det de strever med kan påvirke barna	Familierettede tiltak	

Denne delen av analyseprosessen bestod av en kontinuerlig bevegelse mellom andre, tredje, fjerde og femte fase av de seks fasene til Braun og Clarke (2006). Koder ble fjernet og flyttet på, og tema ble kontinuerlig revidert, definert og navngitt. Til tross for at TA definerer

«De små voksne»

seks faser i analyseprosessen, er det ikke slik at en følger fase en til seks i en lineær prosess (Clarke et al., 2015).

Koder og tema ble i utgangspunktet valgt med tanke på deres relevans for studiens overordnede problemstilling, men det ble også ansett som vesentlig å velge ut koder og tema som så ut til å være gjennomgående for flere av studiens deltakere. Under dannelsen av tema ble kodene organisert visuelt i form av lister, hvor koder tilhørende hver enkelt deltakers transkripsjon fikk en egen fargekode. På denne måten kunne studiens forfattere raskt få et overblikk over tematikk som virket å være gjennomgående for flere av studiens deltakere.

Forskerrollen

I kvalitativ forskning er forskerens rolle avgjørende for kvaliteten av den vitenskapelige kunnskapen som avdekkes (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien ble gjennomført med en induktiv tilnærming, der datamaterialet i stor grad er førende for valg av teoretiske posisjoner. Det vil si at situasjonen er med på å forme studien, men samtidig vil forskeren, med sine egne erfaringer, opplevelser og teoretiske antakelser, være med på å fortolke disse situasjonene (Postholm, 2005). Når kunnskap innhentes ved hjelp av kvalitative intervju anses intervjueren som det viktigste redskapet (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er derfor relevant å nevne hvordan forfatterens egne forutsetninger, som forhåndskunnskap og engasjement rundt tematikken, kan ha påvirket tilgangen til feltet, utvalg, datagenerering, analyse og resultater (Tjora, 2017). Studiens forfattere er psykologstudenter på 11. semester og hadde noe, men begrenset erfaring med kvalitativ forskning i forkant av prosjektet. Ingen av forfatterne har erfaring med å arbeide med barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd. Mangelen på erfaring innen feltet kan tenkes å ha medført at potensielt viktige aspekter har blitt oversett eller nedprioritert. Mangelen på erfaring kan derimot anses som en styrke for den induktive tilnærmingen til datamaterialet. Begge studiens forfattere har i løpet av studietiden arbeidet deltid ved ulike voksenpsykiatriske avdelinger, og har dermed noe kjennskap til hvordan arbeid på slike avdelinger fungerer. Dette kan ha påvirket utformingen av intervjuguiden til helsepersonell slik at spørsmålene i større grad rettet seg mot ansatte innenfor spesialisthelsetjenesten, hvilket videre kan ha påvirket rekrutteringsprosessen.

I forkant av datainnsamlingen ble det gjennomført litteratursøk og samtaler med erfarne fagpersoner. Utover dette ble det vektlagt at utforming av intervjuguider og analyser av data i størst mulig grad skulle være løst fra teoretiske antakelser hos forfatterne. Som

«De små voksne»

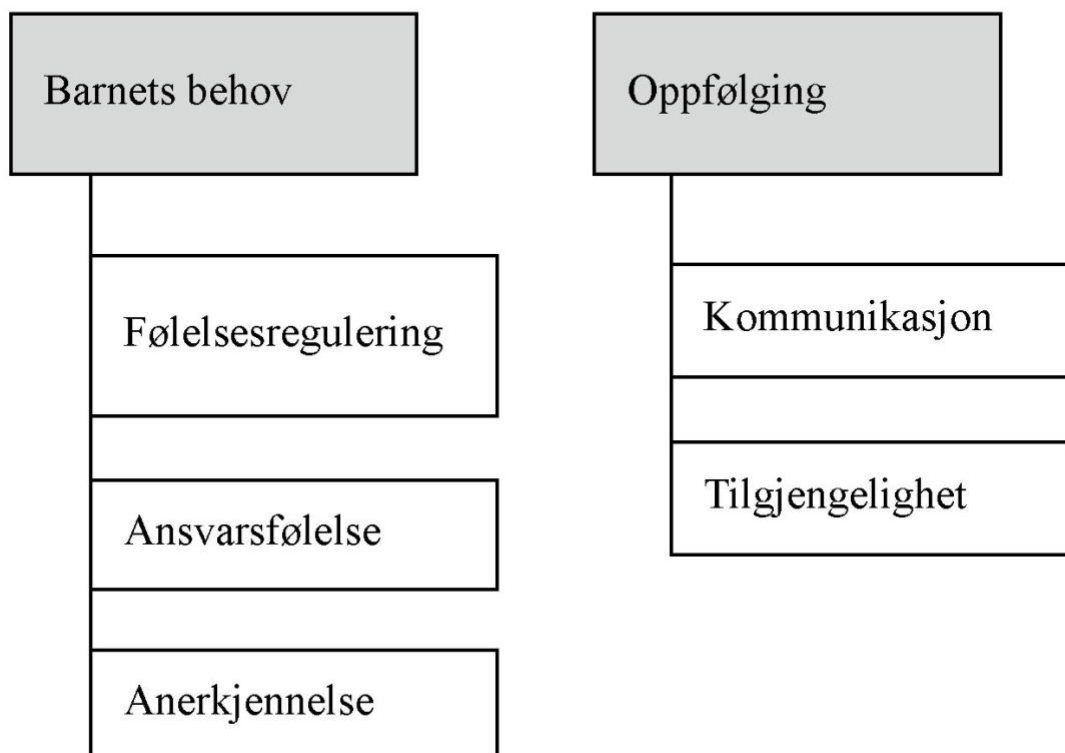
nevnt bør det likevel vedkjennes at forfatterne med sin bakgrunn og sitt utgangspunkt har påvirket datainnsamlingen og analysen, slik Postholm (2005) poengterer. Som psykologstudenter kan man for eksempel utvikle en tilbøyelighet til å være særlig oppmerksom på vansker og problemer som ser ut til å være av psykologisk karakter. Tema og problemstillinger av annen karakter kan potensielt ha fått mindre oppmerksomhet eller i verste fall blitt oversett. Et hovedsakelig psykologisk fokus har med stor sannsynlighet preget analysen av data.

RESULTATER

Pårørende

To hovedtema ble identifisert som sentrale i de fire intervjuene: (1) barnets behov og (2) oppfølging. Det første hovedtemaet omhandler deltakernes beskrivelser av ulike behov de opplevde å ha som barn som pårørende. Pårørende trekker særlig frem behov for hjelp til følelsesregulering, reduksjon av ansvarfølelse overfor forelderen og et ønske om anerkjennelse for at pårønderollen er utfordrende. Det andre hovedtemaet belyser deltakernes opplevelse av oppfølgingen fra helsevesenet, både med tanke på hjelpen de fikk og hva de savnet.

*Barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd:
Hvilke behov opplever pårørende å ha hatt som barn og hva er deres opplevelser av oppfølgingen fra helsevesenet?*



Figur 1. Modell av temastruktur for pårørende-utvalget

Barnets behov. Sentralt for de fire deltakerne i pårørende-utvalget er opplevelsen av at forelderens sykdom opptok mye plass i deres hverdag. Deltakerne forteller at det var mye fokus på forelderen, både hjemme og i møte med hjelpeapparatet. Undertemaene i Figur 1 gjenspeiler ulike behov som deltakerne beskriver å ha hatt som barn som pårørende: støtte til å sortere og forstå egne følelser (følelsesregulering), hjelp til å redusere ansvarfølelsen overfor forelderen (ansvarfølelse), samt et behov for at noen anerkjente at barnets situasjon var vanskelig (anerkjennelse).

Følelsesregulering. Deltakerne rapporterte vansker med å forstå og forholde seg til egne følelser knyttet til pårønderollen. Det blir beskrevet som særlig problematisk å forholde seg til negative, eller vanskelige følelser overfor den syke forelderen. Dårlig samvittighet og skyldfølelse ble tematisert av samtlige. Deltakerne beskriver å ha hatt et behov for hjelp til å forstå og akseptere egne følelser.

Sara forteller at hun som barn hadde behov for hjelp til å forstå egne følelser, og at hun ønsket at noen kunne gitt henne denne hjelpen uoppfordret:

“Og det er liksom sånn (...) Altså det å være tenåring og barn og sånt. At man skjønner jo ikke selv hva man føler, så man ønsker at voksne skal ta den plassen uten at man trenger å be om det.”

Sara forteller at hun opplevde det som svært betydningsfullt da forelderens fastlege satte ord på og anerkjente at hun som pårørende kunne kjenne på sinne:

“Det var en lege som hadde fulgt mamma over tid (...) Jeg dro innom fordi jeg hadde så veldig vondt i beina. Da husker jeg han spurte meg «er du mye sint?». «Ja, så klart er jeg sint». Men den kommentaren der da. Den opplevdes faktisk veldig meningsfull, for det ble faktisk anerkjent at du var sint. Han visste hva som foregikk.”

Thale forteller om en usikkerhet rundt hvilke følelser det var tillatt å kjenne på overfor forelderen. Hun beskriver et behov for at noen normaliserte og gav aksept for følelsene hun satt med:

“Jeg tror det at jeg hadde så blandede følelser for mamma etter hvert begynte å bli veldig vanskelig. Jeg visste ikke om det var lov å ha det sånn, eller normalt. Tror kanskje jeg hadde trengt at noen normaliserte det for meg. Eller satte ord på det for meg, for jeg kunne jo ikke uttrykke det sånn som jeg kan nå.”

I likhet med Thale, formidler Emma å ha hatt behov for normalisering og anerkjennelse av følelsene som oppstod knyttet til forelderens selvmordsatferd:

“Hvert fall en eller annen form for anerkjennelse for at de følelsene som oppstod i meg, de mekanismene som ble vekket i meg, de var normale (...) For jeg husker jo at jeg ble veldig kald når sånne ting skjedde, så gikk jeg veldig inn i skallet mitt. Jeg ble iskald. Jeg satte ut piggene, og jeg greide jo ikke å ta imot kjærlighet fra mamma.”

Ansvarsfølelse. Samtlige deltakere beskriver at de som barn kjente på et stort ansvar for forelderens liv og helse. Å bli trygget på at noen ivaretok forelderen beskrives som viktig. Emma forteller at hun som barn var i en form for beredskapsmodus, fordi det var hun som måtte handle dersom forelderen utviste selvmordsatferd:

“At jeg alltid var veldig sånn forberedt på hva jeg skulle gjøre da. Hvis mamma tok overdose for eksempel, da måtte jeg få inn naboen til å gi hjerte-lungeredning, eller et eller annet sånne ting og ringe 113 og sånne ting.”

Videre forteller Emma at hun måtte passe på hva hun sa og gjorde overfor forelderen, fordi hun hadde opplevd at dette kunne trigge selvmordsatferd:

“Det at jeg alltid hadde den der ansvarsfølelsen overfor livet til mamma da. Så hvis jeg var på besøk hos henne også sa jeg til henne for eksempel at «men jeg vil ikke

«De små voksne»

flytte hjem til deg», så kunne jo det trigge at hun ble helt suicidal, så jeg måtte jo alltid lyve og tilpasse meg henne.”

Sara forteller at hun kjente på skam og skyld over å ikke klare å redde forelderen sin:

“Fordi man bærer med seg veldig mye skyld og skam for, fordi at man ikke forstår hva som skjer (...) Den dårlige samvittigheten henger litt sammen med at jeg kanskje ikke klarte å redde mamma. Jeg klarte ikke å se at hun hadde det så vanskelig. Jeg klarte ikke å romme hennes opplevelse av verden.”

Thale forteller at hun opplevde at forelderen hadde behov for omsorg, og at hun kjente på dårlig samvittighet de gangene hun ikke klarte å vise “nok” omsorg:

“Jeg hadde lange perioder hvor jeg ikke har klart å snakke med henne. Og hvor jeg heller ikke var noe glad i å være hjemme (...) Og hatt mye dårlig samvittighet for det da, selvfølgelig, fordi hun har jo på en måte trengt at jeg har vist at jeg har vært glad i henne, men det er ikke alltid jeg har klart å vise det.”

Sara og Emma uttrykker et behov for hjelp til å redusere ansvarsfølelsen de kjente på da de var barn. Sara beskriver å ha savnet at helsepersonell eksplisitt kunne fortalt at barn ikke har ansvar for foreldres selvmordsatferd:

“Man trenger ikke å bli fortalt at neida det kommer til å gå bra. Nei akkurat nå så hadde mamma det så vanskelig at hun ikke ønsket å leve mer, men det handler ikke noe om deg. Ta vekk barns ansvar for selvmordsforsøkene.”

Ved spørsmål om hva hun savnet fra helsevesenet, beskriver Emma et ønske om bekreftelse på at noen andre hjalp forelderen:

“Kanskje mest av alt det å få en slags bekreftelse på at hun fikk hjelp (...) Altså, få vite at det er noen som tar vare på henne da.”

Deltakerne beskriver ulike erfaringer med hvorvidt andre omsorgspersoner tok ansvar hjemme. Inga forteller at mor hadde vansker med å forholde seg til sin egen situasjon som pårørende, og hjemmesituasjonen bar preg av at Inga som barn påtok seg en ansvarsrolle overfor mor:

“Så det var liksom sånn at jeg måtte trøste henne, det var ikke hun som trøstet meg (...) Jeg hadde ikke noen voksne jeg kunne stole helt på da. Eller, som møtte meg sånn som jeg burde ha blitt møtt. Så det var jo også et stort problem. Og jeg tror mye av det var fordi mamma visste ikke hvordan hun skulle reagere på det med pappa heller.”

Emma og Sara beskriver lignende forhold hjemme, der de opplevde å måtte påta seg mye ansvar. Thale beskriver på sin side å ha blitt godt ivaretatt av sin far:

“Jeg har nok opplevd mamma som delvis utrygg, men pappa har jeg alltid opplevd som veldig trygg. Ja. Så jeg var godt ivaretatt av han, rundt det som skjedde.”

Anerkjennelse. Deltakerne beskriver viktigheten av at helsepersonell anerkjenner at barnets situasjon er vanskelig. I tillegg beskrives et ønske om økt fokus på barnets situasjon, heller enn fokus på forelderen.

Tre av deltakerne omtaler seg selv som pliktoppfylgende barn som gjorde det godt på skolen. Sara forteller om hvordan hennes vansker hjemme kunne gå “under radaren” ettersom hun tilsynelatende fungerte godt:

«De små voksne»

“Man kan ofte veldig fort tenke at man er en outsider eller at man utagerer voldsomt i ungdomsårene i barndommen, fordi at det er mye på hjemmebane, men det er strengt tatt feil. Jeg fungerte tilsynelatende bra, jeg hadde rene klær, jeg hadde godt humør. Det går liksom bare under radaren da.”

Thale forteller at det ofte var mye fokus på den syke forelderen og lite fokus på hennes situasjon som barn. Hun beskriver et behov for at noen anerkjente at det ikke bare var vondt og vanskelig for den som var syk, men at det også var vondt og vanskelig å være pårørende:

“Jeg opplevde nok oftest at det var litt sånn at andre spurte «hvordan har mamma det?», at spørsmålet ikke var retta eller ikke handlet om meg, men at det handlet om hvordan mamma hadde det (...) det var alltid mamma det var synd på. Så da kunne det liksom ikke være synd på meg. Jeg tror jeg hadde trengt at noen skjønnte at det var litt synd på meg også.”

Også Inga og Sara beskriver viktigheten av at det anerkjennes at barnet står i en tøff og vanskelig situasjon:

“Jeg tenker at, man må bare være ærlig på at det er helt jævlig. Liksom, si det, det som har skjedd er helt forferdelig. Jeg skjønner at du har det veldig vanskelig nå. Og ikke prøv å pakke det inn, liksom.” - Inga

“Jeg tror man kan komme langt med å anerkjenne at situasjonene man står og går i er kjipe, men det vil komme bedre dager og det gjør deg mer rustet til å stå i livet, for det er jo opp og ned.” - Sara

Oppfølging. Dette hovedtemaet omfatter hvordan deltakerne opplevde å bli fulgt opp både under og i etterkant av forelderens innleggelse ved psykiatrisk avdeling. Hovedtemaet beskriver videre deltakernes ønsker om og savn etter oppfølging fra helsevesenet.

«De små voksne»

Det første temaet omhandler kommunikasjonen mellom helsevesenet og deltakerne da de var barn (kommunikasjon). Det andre temaet beskriver hvordan deltakerne opplevde tilgjengeligheten i oppfølging fra helsevesenet (tilgjengelighet).

Kommunikasjon. Ingen av deltakerne ble kontaktet av helsevesenet i forbindelse med forelderens selvmordsforsøk og påfølgende innleggelse. Samtlige deltakere beskriver et savn etter å få konkret og forståelig informasjon om forelderens selvmordsatferd.

Sara forteller om et behov for informasjon om forelderens problematikk, samt et ønske om å bli trygget på at foreldereren ble ivaretatt ved innleggelse på psykiatrisk avdeling:

“Jeg har nok kanskje savnet den informasjonen, for jeg tenker med den informasjonen, den gjør veldig mye med en da (...) Hvis man vet at noen har selvmordstanker så er det på en måte greit. Eller det er ikke greit, men man vet at man får hjelp i det minste.”

Emma forteller også om et ønske om forklaring, og etterlyser psykoedukasjon rundt selvmordstanker og suicidalitet:

“(...) få se og få en forklaring på hvorfor ting er som de er. Hvorfor er noen suicidale? Hvorfor blir, hvorfor blir man det liksom? Det kan jo være mange grunner til det, men. Ja. Så hvorfor det er som det er, og at det er normalt å ha de følelsene man har”

Inga forteller om besøk hos foreldereren på psykiatrisk avdeling, hvor hun savnet hjelp til å stille spørsmål for å kunne forstå situasjonen bedre:

“Og jeg turte ikke å spørre heller... Og jeg hadde liksom ikke verktøyene til å spørre «hva er det som skjer her»? (...) Du trenger ikke si alt, men på en måte legge til rette for at barna eller ungdommen kan stille spørsmål da. Og gi dem litt verktøy til å

«De små voksne»

forstå hva det er som skjer. Fordi jeg forstod det ikke helt. Det ble liksom en sånn vond klump, som jeg ikke klarte å få vekk”

Tilgjengelighet. Temaet omhandler deltakernes opplevelse av helsepersonells tilgjengelighet både fysisk og emosjonelt, samt deltakernes savn etter kontinuitet i oppfølging fra helsevesenet under og etter forelderens innleggelse.

Samtlige deltakere forteller om lite interaksjon med helsepersonell når de har besøkt forelderen under innleggelse på psykiatrisk avdeling:

“Jeg pratet aldri med noen som jobbet der. Det var bare sånn at hun fikk lov til å ha besøk, også satt vi oss ute i røykegården og bare prata liksom” - Emma

“De var bare sånn distanserte personer som jobbet på sykehuset, men som ikke hadde noen annen funksjon enn å vise oss hvor mamma sitt rom var og om vi skulle ha et spørsmål... de var på en måte perifere da.” - Thale

Sara beskriver møtet med helsevesenet som en kjølig opplevelse, og sier hun hadde hatt behov for å bli møtt med litt varme:

“Jeg har aldri møtt noe kaldere i mitt liv når jeg var med å legge henne inn. For det første så har jeg jo opplevelsen av at mamma har forlatt kroppen, hun var som en slags kald betongvegg. Du trenger litt varme da. Det er en institusjon, det er forferdelig kaldt der.”

Thale beskriver det som viktig at helsepersonell legger vekk noe av det formelle og profesjonelle i møte med barn, og tør å være autentiske:

«De små voksne»

“Jeg tror at i møte med barn så er det ekstra viktig å være autentisk, jeg tror at barn gjennomskuer deg veldig kjapt hvis du tar på en profesjonell maske. Og jeg sier ikke at man ikke skal være profesjonell, men jeg tror nok man også kan tørre å slippe litt av det formelle da, det formelle kan være ganske skremmende.”

Ingen av deltakerne ble tilbudt regelmessig oppfølging fra helsevesenet i forbindelse med forelderens sykdom. Sara etterlyser mer langvarig oppfølging fra helsevesenet:

“Det betyr ikke hver eneste uke, men at man har en slags logg om at Ok, vi kan ringe og bare spørre (...) “Hvordan har du det”. Så enkelt som det. Jeg forstår at det er tidkrevende, men det er ikke så mye som skal til.”

Emma og Thale formidler at de ønsket seg en klar plan for hvem som kunne kontaktes dersom forelderens ble dårlig igjen. Emma forteller:

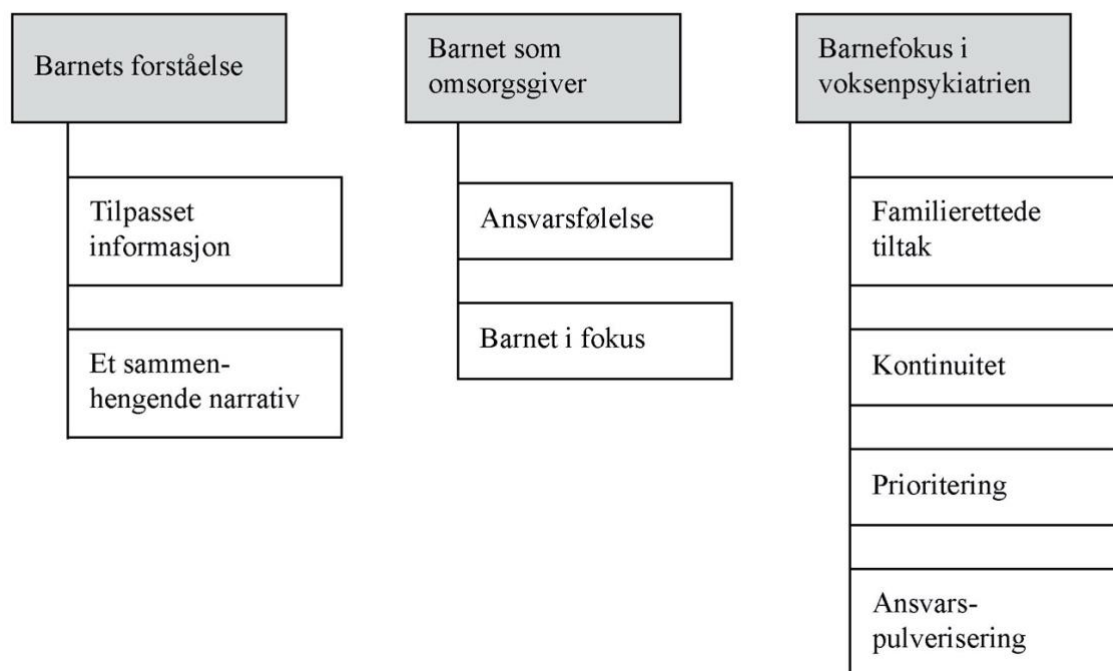
“Bare det å få høre at hvis moren din sier sånn og sånn, eller gjør sånn og sånn, så må du ringe oss, eller da må du ta kontakt med naboen din, eller da må du si det til noen. At man vet hvordan man skal håndtere vanskelige situasjoner”

Helsepersonell

Det ble identifisert tre sentrale hovedtema i de seks intervjuene med helsepersonell: (1) Barnets forståelse, (2) Barnet som omsorgsgiver og (3) Barnefokus i voksenpsykiatrien. Det første og andre hovedtemaet omhandler konkrete behov som helsepersonell-utvalget har erfart at barn som pårørende kan ha. Det tredje hovedtemaet omhandler helsepersonell sine erfaringer med hjelpetiltak som tilbys barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd. Temaet belyser refleksjoner omkring rammene for arbeid med barn i voksenpsykiatrien og beskrivelser av hjelpetiltak rettet mot hele familien.

I det følgende vil funnene presenteres, og deltakernes sitater brukes for å belyse de ulike temaene som gjennomgås.

*Barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd:
Hvordan opplever helsepersonell barn som pårørendes behov og oppfølgingen som tilbys fra helsevesenet?*



Figur 2. Modell av temastruktur for helsepersonell-utvalget

«De små voksne»

Barnets forståelse. Dette hovedtemaet omhandler deltakernes opplevelse av barnets utgangspunkt for å forstå forelderens selvmordsatferd. Som illustrert i Figur 2 beskriver det første temaet deltakernes opplevelse av barnas behov for alders- og situasjonstilpasset informasjon (Tilpasset informasjon). Det andre temaet omhandler barnas behov for å forstå hva som har skjedd etter en episode med utvist selvmordsatferd hos forelderens (Et sammenhengende narrativ).

Tilpasset informasjon. Dette temaet omhandler deltakernes beskrivelser av samtaler med barn om foreldrenes selvmordsatferd. Deltakerne forteller om viktigheten av at barnet gis alderstilpasset informasjon knyttet til selvmordsatferden. Bente sier:

“Det å gi god alderstilpasset informasjon og psykoedukasjon, det er sånne nøkler, synes jeg, inn til barn”

Ida beskriver hvordan kommunikasjonen kan tilpasses etter barnets alder:

“Vi har jo hatt treåringer her, det blir mest på besøk egentlig og bruke korte ord, eller konkrete ord. Men fra fem år og oppover hvor de har et litt bedre språk, så har vi også barnesamtaler hvor vi kan tegne litt og fylle ut skjemaer.”

Janne påpeker at det er viktig å være ærlig med barna, samtidig som barnets alder bør være førende for hvordan informasjonen presenteres:

“(...) men så trenger vi ikke å presentere alle detaljer, eller vonde detaljer (...) store unger greier å ta imot mer enn små, men det vi sier må jo være sant. Vi kan ikke dekke over eller late som noe annet, for det kommer jo for en dag.”

Kristine forteller at det kan være utfordrende å tilpasse informasjon om forelderens selvmordsatferd etter barnets alder:

«De små voksne»

“Utfordringen er å snakke om ting som, ja for eksempel å forklare depresjon hvis det er det som ligger til grunn, og å bruke ord som ungene skjønner.”

I tillegg til å tilpasse informasjonen etter barnets alder, nevner fire av deltakerne at informasjonen som gis om forelderens selvmordsatferd bør tilpasses etter hvor mye man antar at barnet vet fra før. Kristine formidler at det varierer hvor relevant det er å snakke om forelderens selvmordsatferd i samtale med barnet:

“Men det er ikke sånn at hvis en pasient har selvmordstanker og planer, så er det liksom et tema som vi tar opp i hver barnas time, det er det ikke nei. Bare når relevant. Men vi er heller ikke redde for å ta det hvis det er klart at her er det noe som ungene trenger å snakke om”

Ida forteller at det kan være utfordrende å vite hvor mye barnet har plukket opp av selvmordsatferden:

“Det er jo lett å forholde seg til når barna har vært vitne til, eller når de har observasjoner. Men hvis foreldrene tenker at dette er noe som barna mine ikke vet noe om, jeg har kun gått til poliklinisk oppfølging og jeg har alltid skjult det. Jeg har bare selvskadet eller hatt suicidforsøk mens de var på hytta eller på skoletur og de har aldri sett noe.”

Et sammenhengende narrativ. Deltakerne forteller at barn som har opplevd selvmordsatferd hos en forelder, har behov for å forstå hva som har skjedd. Det nevnes som sentralt at helsepersonell hjelper barna med å stille spørsmålene de trenger svar på, for å skape et sammenhengende narrativ.

Eva understreker at foreldres selvmordsatferd ikke nødvendigvis uttrykkes eksplisitt overfor barnet, men at barnet likevel kan oppleve den. Hun mener det er viktig at barna gis en forklaring på hva som har skjedd:

“Ikke sant hva selvmordsatferd er, så tenker jeg at man behøver nesten ikke true eller si det en gang, eller gjøre det. Fordi foreldrenes oppførsel kan skape redsel i seg selv, så jeg tenker at dette her kan nesten være nonverbalt også (...) Jeg mener at det er voksne som må forklare barn det de trenger å bli forklart. For min erfaring er at barn spør ikke nødvendigvis selv om dette.”

Janne forteller at når barn opplever selvmordsatferd hos en forelder, er det viktig at barnet hjelpes til å få oversikt over situasjonen og får informasjon om planen videre:

“ Få oversikt over hva det er som har skjedd og hva som skjer videre. Få et bilde av situasjonen. Hva har skjedd, hvorfor skjedde det og hva er planen videre? Hva skjer videre med mamma eller pappa nå?”

Henning beskriver at barna har behov for å prate om det som har skjedd, og at helsepersonell kan hjelpe barna med å forstå hva som har hendt:

“Behovet for at det blir snakket om hva som skjedde var åpenbart, tenker jeg. Og vil være åpenbart for hele gruppa. (...) Så å hjelpe til å lage et språk og en forklaring og et narrativ om hva som har skjedd”

«De små voksne»

Ida forteller at det kan være nyttig at også familien som helhet får hjelp til å få et felles språk for å prate om det som foregår:

“(...) så på den måten kan det være viktig og nyttig at foreldrene er til stede i samtalen også, altså at de får en felles erfaring med at dette fikk de til å snakke om og ha noen felles ord og begreper på det damen sa inne på sykehuset.”

Kristine sier at barna kan behøve hjelp til å stille spørsmålene de lurer på:

“Kanskje de trenger litt hjelp til å spørre om ting, det hender seg at de tar opp temaer eller noe sånt”

Barnet som omsorgsgiver. Dette hovedtemaet omhandler hvordan deltakerne beskriver barnets risiko for å havne i en omsorgsrolle overfor den syke forelderen. Som illustrert i Figur 2, belyser det første temaet hvordan helsepersonell i møte med barnet bør tematisere ansvarsfølelsen barnet kan kjenne på overfor den syke forelderen (Ansvarsfølelse). Det andre temaet beskriver deltakernes refleksjoner rundt barnas behov for å bli sett og anerkjent av helsepersonell, i en situasjon der forelderen opptar mye av fokuset (Barnet i fokus).

Ansvarsfølelse. Samtlige deltakere forteller at det i møte med barnet er viktig å tematisere ansvarsfølelsen barnet kan kjenne på overfor den syke forelderen, samt ansvarsfølelsen barnet kan kjenne på innad i familien når en av foreldrene ikke makter å ta en foreldrerolle.

Gjennomgående nevnes det som viktig å trygge barnet på at forelderen blir ivaretatt, for å lette på ansvarsfølelsen barna kan kjenne på. For eksempel understreker Ida viktigheten av at barnet blir klar over at man ikke sitter alene med ansvaret for den syke forelderen:

“Det at vi voksne snakker sammen og viser at vi tar ansvar for det som hører voksenverden til da. Ikke bare sier det, men viser det (...) Som jeg tenker også er en

«De små voksne»

viktig hensikt med å ha barnesamtaler (...) fordi det blir så konkret og synlig at vi er flere her, du er ikke alene om å passe på”

Janne gir et eksempel på hvordan man kan synliggjøre for barnet at forelderen har voksne hjelpere:

“Man kan skrive en liten liste over hvem er mamma sine hjelpere, hvem kan mamma snakke med når ting blir vanskelig og kontakte, sant. Jo “Trine”, fastlegen sin, «Tove» og «Per» på sykehuset. At de ser at mamma har voksne hjelpere”

Bente forteller hvordan omvisning på avdelingen forelderen er innlagt ved, kan gi barnet en bekreftelse på at forelderen er trygt ivaretatt:

“ Mange barn har god fantasi og er veldig konkrete, så det kan også være godt å se at «senga til mamma ser sånn ut den, her på sengeposten» (...) Altså, det med å vise at mamma og pappa er trygt ivaretatt, har det godt nå, det er ikke ditt ansvar, vi skal passe på (...) legge ansvaret der det hører hjemme.”

Bente beskriver at barn som ikke forstår det som har skjedd kan legge skylden for forelderens selvmordsatferd over på seg selv:

“Så opplever jeg ofte at barn, når de blir forvirret og ikke forstår, så kan de ofte legge skylda på seg selv. «Ja men da må det være min feil da, at mamma ikke vil leve eller at pappa har det så vondt»”

Ida forteller at det å ha vanskelige følelser overfor den syke forelderen, kan gi barnet dårlig samvittighet:

«De små voksne»

“At vi spør om de upopulære følelsene, om for eksempel det å bli sint på sykdommen, det å bli sint på mamma eller pappa (...) Det føles illojalt sant, sånn at da kan man i tillegg til å være sint ha dårlig samvittighet. “Hva slags dårlig sønn er jeg som er forbannet på mamma som bare vil dø. Det er jo hun det er synd på, det er jo hun som har vondt”

Tre av deltakerne nevner at barnets ansvarsrolle i hjemmet som et viktig tema å ta opp i samtale med barnet. Kristine beskriver:

“Det er jo ikke ungene som skal ta ansvar når mor eller far ikke fungerer i foreldrerollen (...) Altså de kan jo godt hjelpe til med å lage middag, men det er ikke de som har ansvar for at det er mat i kjøleskapet”

Ida understreker viktigheten av å kartlegge i hvilken grad barnet har påtatt seg en foreldrerolle i hjemmet:

“ (...) men også ta med oss dette perspektivet med unge omsorgsgivere: hvordan bidrar du? Hvordan preges du? Må du hjem etter skolen hver dag? At vi spør mer om hverdagslivet.”

Bente beskriver hvordan barn kan kjenne på frustrasjon over å ha fått en omsorgsrolle i hjemmet, samt viktigheten av å undersøke hvorvidt barnet har en annen omsorgsperson det er trygt tilknyttet til:

«Jeg har opplevd å møte en som måtte skjære av tauene der mamma hadde planer om å henge seg. Pasienten var sint, han var så frustrert på moren sin fordi han var pappa for moren (...) jeg tror det er så viktig at man virkelig sjekker at de har en god og trygg nok base og havn.»

«De små voksne»

Barnet i fokus. Temaet omhandler deltakernes beskrivelser av barnas behov for å bli sett og anerkjent av helsepersonell, i en situasjon der forelderen opptar mye av fokuset. Temaet beskriver videre barnas emosjonelle reaksjoner knyttet til forelderens selvmordsatferd, samt hvordan deltakerne tematiserer og arbeider med disse følelsene i samtale med barna.

Henning sier det er hensiktsmessig å ha en barnesamtale der barnet får mulighet til å dele etter eget behov:

“Barn får jo med seg mye mer enn hva voksne tror. Så det å passe på og ha en barnesamtale i alle saker, gi barna muligheten til å komme med reaksjoner, følelser, behov, spørsmål, tanker, bekymringer. Tenker jeg er kjempeviktig.”

Barnesamtalen beskrives også som en viktig arena for å flytte fokuset fra den syke forelderen og over på barnet. Janne beskriver hvordan man kan tematisere selvivaretaelse:

”Og så kan vi ikke minst snakke om dem [barna], og ivaretagelse av dem. Hva som kan hjelpe dem og understreke det med viktigheten av å ta vare på seg selv.”

Ida påpeker at barna har et behov for å få vite at også deres følelser er viktige, selv om forelderen har det vondt:

“Barn har behov for å bli sett, barn har behov for å bli hørt, barn har behov for en form for omsorg (...) Barn trenger å få vite at deres følelser er viktige (...) “Vi vet at du har sett at mamma gråter på sofaen, hvordan har det vært for deg?” At vi prøver å snu det tilbake til barnet og snakke om hvordan det er”

«De små voksne»

Fire av deltakerne nevner normalisering og validering av barnets reaksjoner og følelser som viktig. Eva eksemplifiserer hvordan hun jobber med normalisering overfor barna:

“Også, jeg liker jo godt å referere til andre da. «andre kan ha spurt» eller «andre har fortalt» og «kan det være sånn for deg?»”

Ida forteller at barna kan føle seg overveldet av foreldrenes problemer, og at det er viktig å tematisere grensesetting overfor den syke forelderen:

“Barn er veldig fylt av foreldrenes smerte har jeg inntrykk av, så det å si noe om at du har lov å sette grenser for det. Du kan si at nok er nok, nå vil jeg ikke høre på det, det backer vi dem veldig på”

Barnefokus i voksenpsykiatrien. Hovedtemaet omfatter beskrivelser av oppfølgingen som tilbys barn som pårørende fra voksenpsykiatriske avdelinger. Som illustrert i Figur 2, beskriver temaene henholdsvis hjelpetiltak rettet mot hele familien (familierettede tiltak), kontinuiteten i oppfølgingen som tilbys (kontinuitet), hvordan oppfølging av barn prioriteres ved voksenpsykiatriske avdelinger (prioritering), samt risikoen for ansvarspulverisering når mange instanser og personer har ansvar for oppfølgingen (ansvarspulverisering).

Familierettede tiltak. Alle deltakerne tematiserer viktigheten av hjelpetiltak rettet mot hele familien. Foreldreveiledning beskrives som et hensiktsmessig tiltak, for eksempel gjennom å tematisere overfor foreldre hvordan deres sykdom kan påvirke barna, eller gi veiledning knyttet til ivaretagelse av barnas behov for å opprettholde sin hverdag. Videre beskriver fire av deltakerne at familier der en forelder mottar hjelp knyttet til selvmordsproblematikk, har stort behov for å prate åpent om situasjonen seg imellom, og få en felles forståelse av hva som har skjedd.

Henning og Janne påpeker at foreldre kan kjenne på skam over å behøve veiledning og hjelp, slik at en viktig oppgave for helsepersonell er å forsøke å redusere skam og normalisere det å motta hjelp som foreldre:

“Det å hjelpe til med å opplære pasientene i tjenestene og avdramatisere det å motta hjelp og veiledning, som foreldre. Dere har en ekstra tøff hverdag, dere står i mer enn det som er vanlig, da er det ikke så rart å motta litt veiledning. Hjelp til med å normalisere litt.” - Henning

“For å hjelpe foreldrene med å kommunisere åpent med ungene, så må den skammen bygges ned. For så lenge de er fulle av skam så blir det veldig vanskelig å snakke med ungene sine om det. For det vil jo være en veldig stor følelse av tilkortkommenhet eller at man svikter barnet sitt.” - Janne

Eva beskriver det som vesentlig at helsepersonell tematiserer overfor foreldrene hvordan barna kan bli påvirket av deres psykiske vansker:

“En stor del av vår oppgave er også å snakke med foreldrene om hvordan de selv tenker at deres psykiske lidelse kan påvirke barna (...) Jeg tenker at det er der hjemme barna lever. Vi er jo bare på besøk i familiers liv. Sånn at det å kunne snakke med foreldre om hvordan akkurat de har det påvirker barna, det tenker jeg er helt vesentlig.”

Janne beskriver at helsepersonell bør gi veiledning til foreldrene for å fasilitere at de selv kan prate med barna om hvordan deres psykiske helse påvirker barna:

“Hjelp foreldrene til åpenhet og til å kommunisere med ungene sine om situasjonen. Om tilstand, om konsekvenser for familien og for ungene, og for livssituasjonen deres. Hjelp dem til en åpen kommunikasjon. Hjelp dem og gi dem et språk til å snakke med ungene.”

«De små voksne»

Janne forteller videre at det er viktig å hjelpe foreldrene til å forsikre barna om at det er lov til å fortsette hverdagen og gjøre ting de har lyst til, selv om forelderen er syk:

“Få lov til å fortsette hverdagen og gå i barnehage, gå på skole, få dra på bursdag. Dra på håndballtrening. Få leve det normale livet sitt tross i at mamma eller pappa er syk (...) Viktigheten av også å få med forelderen til å tenke og forstå at hverdagen er viktig for å forebygge at barnet får problemer. Og hjelpe forelderen forsikre barnet om at det er noe de ønsker for barnet sitt.”

Eva uttrykker at åpenhet i familien kan bidra til at hver enkelt føler seg tryggere på at man kan ta opp ting som er vanskelig:

“Jeg har så tro på åpenhet i familien (...) at man gjør det sammen. Så ingen behøver å lure på hva de kan snakke om, hva er sagt til andre... At det blir et åpent tema.”

Halvparten av deltakerne nevner at det også er viktig å samarbeide med og tilby støtte til den andre forelderen:

“Sjekke at de har en trygg base og en havn, og at det er en annen mamma og pappa her som blir støttet, rustet til å tåle, og normalisere og støtte det barnet.” - Bente

“Og skulle mor eller far være så syke at de ikke er i stand til å innta barnet sitt perspektiv, så får jeg ofte med ansvarlig behandler på lag i forhold til å samarbeide med frisk forelder.” - Janne

Kontinuitet. Deltakerne beskriver kontinuitet som viktig ved oppfølging av barn som pårørende. Kontinuitet omtales ut fra et relasjonelt perspektiv, i form av hvilke personer

«De små voksne»

barnet skal forholde seg til, samt ut fra et tidsperspektiv med tanke på jevnlig og vedvarende oppfølging både under og i etterkant av forelderens innleggelse.

Ida reflekterer rundt at barn kan oppleve det som belastende å måtte åpne seg for stadig nye kontaktpersoner:

“Ungdommer som kanskje har gått i samtale enten på familieteam i kommunen eller noe, de kan si ”(...) jeg rakk bare å snakke med den personen to ganger og vikaren kom og den snakket jeg med en gang, også ble den borte og til slutt orket jeg ikke å snakke med flere nye” (...) Det er jo en svakhet i tiltakene da, barn trenger kontinuitet. Det er ikke så lett for dem å åpne seg for den ene etter den andre.”

Janne omtaler det som hensiktsmessig at barn slipper å forholde seg til for mange kontaktpersoner i helsevesenet, og sier det er viktig å tilstrebe kontinuitet i hvem som følger opp barnet:

“Det å prøve å få til størst mulig sammenheng, at de i størst mulig grad forholder seg til noen få personer på en avdeling, også ved en overføring (...) Tenker jeg er ganske essensielt. De slipper å møte noen som ikke vet noe om hva som har skjedd før da.”

Eva forteller at utskiftninger i barneansvarlig personell ved avdelingen oppleves ugunstig for oppfølgingen av barn som pårørende:

“De som er for eksempel psykologspesialister, som har vært her lenge, de har jo ofte veldig mange andre oppgaver (...) Sånn at det har vært en del yngre, nyansatte og kanskje også på engasjement som har vært barneansvarlige (...) Og det er jo ikke spesielt gunstig for stabilitet og kontinuitet og kunnskapsheving”

Janne tematiserer utfordringer knyttet til kontinuitet i oppfølging av barna når forelderens overføres mellom ulike instanser:

“Det er jo altfor mange brudd i helsetjenestene våre. Så flytter en mor eller en far fra akutt til en DPS, og så er det hjem, og så er det psykiatritjenesten i kommunen (...) det er så utrolig mange involverte i hver enkeltpasient at det blir jo forferdelig rotete for mange barn sikkert”

Henning peker på et forbedringspotensiale i det å sikre kontinuitet i oppfølging av barna etter at forelderen skrives ut fra spesialisthelsetjenesten:

“(...) Å sikre den videre oppfølgingen før utskrivelse. Det er nok det som kanskje vi her kan bli mye bedre på. Og da tenker jeg ikke nødvendigvis at vi ikke gjør det som er plikten vår lovfestet sånn allerede, men det er et rom der for å gjøre en bedre jobb mellom tjenestene”

Prioritering. Det nevnes flere ulike faktorer som kan påvirke i hvor stor grad oppfølging av barn som pårørende blir prioritert. Flere deltakere forteller at helsepersonell kan oppleve oppfølging av barn som enda en arbeidsoppgave, som skal få plass i en allerede hektisk arbeidshverdag. Dette tror deltakerne kan føre til at barnefokus nedprioriteres.

Implementering av rutiner knyttet til oppfølgingen omtales som viktig for å opprettholde barnefokus blant personalet. Henning forteller:

“Ellers så har vi jo en fast rutine. I behandlingsmøtene hver morgen så er det alltid sånn at da har vi et spesielt fokus når vi går gjennom alle pasientene – barneperspektivet. Så det er jo en måte å sikre at det tenkes på med alle pasienter som er inneliggende.”

Janne forteller at behandlere kan trenge påminnelser fra barneansvarlig personell om å ha fokus på barna, et perspektiv som kan forsvinne i en travel arbeidshverdag:

«De små voksne»

“De trenger å påminnes det. For de har så mye oppgaver, det går så fort, ikke sant. Man skal vurdere tvang, og innleggelses og utskrivelser og ja. Det er et høyt tempo på en akuttavdeling, så de sier at de trenger påminnelser fra oss [barneansvarlige].”

Ida beskriver en opplevelse av at dersom barnesamtaler ikke gjennomføres av barneansvarlig, blir det ikke gjort:

“Jeg tenker det at folk har altfor høye skuldre, eller, det er akkurat som at hvis jeg ikke gjør det så blir det ikke gjort, og det synes jeg er synd, for dette er noe alle kan gjøre egentlig”

Janne forteller at det er forskjell blant kollegene hvorvidt de gjennomfører samtaler med barn selv, eller om ansvaret legges på barneansvarlig personell ved avdelingen:

“Blant det faste personale så vil jeg si at det er nokså høy bevissthet om det, også er det stor variasjon i innstillingen på om de selv ønsker å prøve å gjøre noe, eller om de kanskje sier, “hei, kan du komme og hjelpe til” eller “kan du snakke med” til oss som er barneansvarlig.”

Tre av deltakerne forteller om en opplevelse av at de overordnede rammene rundt avdelingen ikke legger til rette for det å skulle prioritere oppfølging av barn i arbeidshverdagen. Bente og Eva forteller:

“I min verden så kjenner jeg på det at det er barn, det er ektefeller, det er foreldre til pasienten, det er et helt sånt system, nettverk rundt som vi skal følge med, og så kan vi gange med cirka 20 andre ting som jeg skal huske på å finne rom for.” - Bente

“Kravene til behandlere i dag er helt sinnsykt høye. Med kartlegging av alt, utredning av alt, voldsrisiko, selvmordsrisiko, alt av lover og regler, og det er førerkort og det

«De små voksne»

er, altså det er så mye. Og alt fylles jo bare opp, parallelt med at ressursene blir færre.” - Eva

Tre av deltakerne tematiserer at prioritering av barn som pårørende kan påvirkes av helsepersonells trygghet og erfaring med denne gruppen. Eva forteller:

“Også er det jo sånn at jo tryggere vi er på ting, jo lettere er det å prioritere, og når hverdagen er så tjåka full med gjøremål og krav, det der å gjøre en ting som kanskje krever såpass mye, noen bare gjør det på strak arm, og mange utsetter det.”

Ansvarspulverisering. Deltakerne opplever stor gevinst av godt tverrfaglig samarbeid, men tematiserer samtidig at det kan være utfordrende når mange ulike personer og instanser har ansvar for oppfølgingen. Utfordringer knyttet til ansvarspulverisering tematiseres av alle deltakerne.

Eva forteller at det kan være lett å anta at noen andre tar ansvar når det er mange instanser involvert:

“Det er jo så mange instanser, ikke sant, som kan være med (...) Og jeg har innimellom opplevd at alle tror andre gjør det, fordi de er involvert, men det stemmer jo overhodet ikke.”

Det kan også være utfordrende å vurdere hvem som har ansvaret innad på en avdeling. Janne beskriver at det kan oppstå forvirring når man er en stor personalgruppe:

“Når vi er en så stor gruppe som vi er så blir det litt sånn at ansvaret smuldrer opp (...) Kanskje den gjør det, nei den, vi venter til den kommer, eller (...) jo færre vi er sammen på vakt jo lettere er det å fordele oppgaver. Jo flere vi er jo mer oppsmuldret blir ting. Alle har et ansvar. Da blir det ingen som gjør det”

Ida beskriver at oppfølging av barn kan være sårbart for ansvarspulverisering, nettopp fordi dette er et ansvar som deles av mange:

“For når alle skal gjøre det ender det opp med at det er ingen som gjør det (...) Så jeg tenker at selv om det ligger i helsepersonelloven at alle skal til eller være opptatt av det, så virker det som at når det kommer til å gjennomføre så er det viktig at noen har som ansvar å faktisk gjøre det.”

Henning tematiserer viktigheten av godt internt samarbeid for å unngå ansvarspulverisering:

“Kanskje spesielt på døgnavdeling så er det et samarbeid rundt pasientene, sånn at det kan være lett at det blir ansvarspulverisering hvis man ikke sikrer tett samhandling internt.”

Bente peker på viktigheten av god kommunikasjon mellom ulike instanser, og tror at godt tverrfaglig samarbeid kan redusere en sårbarhet for at barn ikke fanges opp:

“Det er kanskje en større sårbarhet for at barnet glipper hvis det er noe vi sitter med her i andrelinja, som førstelinja ikke er klar over, og så motsatt. Og det er der vi får dette gode samarbeidet, når vi møtes og samsnakkes.”

DISKUSJON

Formålet med denne studien var å utforske behovene til barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd. Det har blitt lagt særlig vekt på å undersøke behov for oppfølging fra helsevesenet. Fokus var både på hvilke behov pårørende selv opplevde å ha da de var barn og hvilke behov helsepersonell har erfart at denne gruppen har, samt hva de respektive gruppene tenker om oppfølgingen som tilbys fra helsevesenet.

Generelt viser resultatene følgende for henholdsvis pårørende og helsepersonell:

Alle deltakerne i pårørende-utvalget forteller at forelderens sykdom opptok mye fokus, både i familiens hverdagsliv og i møte med helsevesenet. Deltakerne beskriver at de som barn hadde behov for hjelp til å forholde seg til egne følelser, hjelp til å dempe ansvarsfølelsen overfor forelderen, samt et ønske om mer fokus på deres situasjon som pårørende fra hjelpere. Med tanke på oppfølging fra helsevesenet beskriver deltakerne i pårørende-utvalget et ønske om informasjon, både om forelderens tilstand og om behandlingen forelderen fikk. Videre var det ønskelig at helsepersonell skulle være tilgjengelige under besøk ved forelderens avdeling. I tillegg beskriver de pårørende et ønske om å bli tilbudt kontinuerlig oppfølging over lengre tid, både under og i etterkant av forelderens innleggelse.

Helsepersonell formidler gjennomgående viktigheten av å tilpasse informasjonen som gis barna etter alder og situasjon, og å hjelpe dem med å danne en sammenhengende og forståelig forklaring på hva som har skjedd. Barnets risiko for å havne i en omsorgsrolle overfor den syke forelderen, ansvarsfølelsen de kan føle på og behovet for å bli sett og anerkjent av helsepersonell blir også tematisert av alle deltakerne. Videre tematiserer deltakerne ulike aspekter ved oppfølgingen av barn som pårørende i psykisk helsevern for voksne, herunder prioritering av barnefokuset, ansvarspulverisering, viktigheten av kontinuitet og fokus på hjelpetiltak rettet mot hele familien.

I det følgende vil resultatene fra de to gruppene diskuteres i lys av hverandre. Det tilstrebes å skille mellom pårørende og helsepersonell sine refleksjoner og opplevelser, slik at det skal være mulig å få et inntrykk av opplevelsene til hver enkelt gruppe.

Avgrensning

Helsepersonell-utvalget i denne studien vil videre omtales som *helsepersonell* og barn som pårørende omtales som *pårørende*. Det poengteres at når disse begrepene benyttes, omhandler det studiens utvalg og ikke helsepersonell og pårørende på generelt grunnlag.

Eksisterende forskning på behovene til barn som pårørende har i stor grad vært rettet mot barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusproblematikk. Bare unntaksvis har det vært mulig å finne studier med spesifikt fokus på barn av foreldre med selvmordsatferd. Resultatene fra den foreliggende studien indikerer at behovene som ble tematisert av de pårørende i stor grad sammenfaller med eksisterende forskning på behovene til barn som pårørende til foreldre med psykisk sykdom. Det er imidlertid vanskelig å si noe om eventuelle forskjeller i behov på bakgrunn av studiens datamateriale, dette fordi alle de pårørende som ble intervjuet beskrev at forelderen også hadde slitt med minst én annen psykiske lidelse i tillegg til selvmordsatferden. Dette gjør det vanskelig å skille mellom behov som relateres til at forelderen utviste selvmordsatferd - og behov knyttet til at forelderen hadde en annen psykiske lidelse. Av den grunn brukes formuleringen *den syke forelderen* om forelderen med selvmordsatferd, uten at dette indikerer at studiens forfattere trekker kausale sammenhenger mellom selvmordsatferd og psykisk lidelse.

De pårørendes behov har vært førende for diskusjonen. Deltakerne i pårørende-utvalget var mellom tre og seks år da de først opplevde selvmordsatferd hos forelderen. I diskusjonen vil det derfor trekkes inn utviklingsteoretiske perspektiver med særlig fokus på yngre barn. Videre forteller tre av fire pårørende at selvmordsatferden forekom gjentatte ganger og over lengre tid. Av den grunn vil diskusjonen belyse behov som relateres til vedvarende belastende forhold i barnas omsorgssituasjon.

Samlet sett indikerer studiens resultater stor grad av overlapp i viktige tema som beskrives av henholdsvis pårørende og helsepersonell. Det anses derfor som hensiktsmessig å formidle og diskutere studiens hovedfunn i lys av både helsepersonell og pårørende sine perspektiver, heller enn å diskutere funn fra hver enkelt gruppe separat.

Det kunne vært interessant å inkludere flere av studiens funn i den foreliggende diskusjonen. Grunnet studiens omfang, samt at hovedfokus er pårørendes behov, vil imidlertid enkelte av funnene under hovedtemaet *Barnefokus i voksenpsykiatrien* ikke diskuteres nevneverdig. Disse vil kommenteres kort under *implikasjoner*.

Behov for å forstå situasjonen

Helsepersonell har en lovfestet plikt til å bidra til ivaretagelse av barn som pårørendes behov for oppfølging og informasjon (jf. Helsepersonelloven § 10 a. bokstav a-c og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a). Samtlige av deltakerne, både pårørende og helsepersonell, beskriver at barn som pårørende har behov for informasjon om forelderens selvmordsatferd. Det er bred enighet blant helsepersonell i den foreliggende studien om at informasjon vil kunne hjelpe barna til å forstå foreldrenes problemer og sin egen situasjon bedre. Pårørende uttrykker et ønske om psykoedukasjon om suicidalitet, i tillegg til informasjon om forelderens situasjon. Dette er i tråd med en rekke tidligere studier, som viser at barn som pårørende til foreldre med psykisk sykdom har behov for informasjon og relevant psykoedukasjon (Tilbury et al., 2016; Van Parys & Robert, 2013; Gladstone et al., 2011; Foster, 2010). Videre påpeker helsepersonell, i likhet med tidligere studier (Tilbury et al., 2016; Knutsson et al., 2017), at informasjonen som gis barn burde tilpasses etter alder og utviklingsnivå, samt etter barnets erfaringer og opplevelser. Tilpasset informasjon ser ut til å være viktig for at barn i større grad skal kunne mestre rollen som pårørende til psykisk syke foreldre (Gladstone et al., 2011; Mordoch & Hall, 2008).

Mangel på informasjon kan skape usikkerhet og utrygghet hos barn (Øvreeide, 2009). De pårørende i den foreliggende studien beskriver å ha kjent på ubehag fordi de ikke forstod hva som skjedde med foreldrene, og forteller at de tror informasjon kunne ha redusert ubehaget ved å gjøre dem tryggere på at forelderen fikk hjelp. En av deltakerne forklarer forvirringen rundt hva som foregikk som *“en vond klump jeg ikke klarte å få vekk”*. I tråd med de pårørendes opplevelser, formidler helsepersonell at det å leve med en forelder som har selvmordsatferd kan skape erfaringer og opplevelser som er uforståelige, og ofte også språkløse for barn. Stern (2003) beskriver at mennesker som ikke får satt ord på vanskelige ting ofte kjenner på et psykisk ubehag. Ubegrepet knyttes blant annet til at man kan føle seg alene i det som er vanskelig. Å prate om vonde opplevelser i fellesskap kan ifølge Stern (2003) bidra til å redusere dette ubehaget. Helsepersonell kan dermed hjelpe barnet med å føle seg mindre alene i det som er vanskelig.

Helsepersonell beskriver at barn som har opplevd selvmordsatferd hos en forelder har behov for å snakke om det som har skjedd. Det å få hjelp til å snakke om hendelser som i utgangspunktet kan ha vært vanskelig og uforståelige for barnet, for eksempel selvmordstrusler eller -forsøk, kan hjelpe barnet med å skape mer mening og sammenheng i

egne opplevelser, jamfør Hansen (2012). Van der Hart og kolleger (2006, i NOU 2012: 5) finner at posttraumatiske tilstander kan oppstå når en hendelse overstiger evnen til å skape mening og sammenheng i opplevelser. Det er rimelig å anta at det å eksponeres for en forelders selvmordsatferd kan utgjøre et vesentlig traume for et barn, spesielt dersom barnet ikke får hjelp til å forstå og håndtere det som har skjedd. For at barna i større grad skal kunne forstå hva som har skjedd, kan det hjelpe at helsepersonell gjennomgår dette i samtale med barnet. Gjennom interaksjon med andre kan mening skapes ved at tilhøreren reagerer, lytter, stiller spørsmål, og dermed bidrar til en bedre forståelse for barnet (Hansen, 2012).

Flere av de pårørende sier at de har hatt behov for at helsepersonell anerkjente den vanskelige situasjonen de sto i som barn, uten å prøve å “pakke inn” vanskelige tema. Helsepersonell sier noe av det samme, de viser forståelse for at pårørende trenger å møte hjelpere som ikke forsøker å dekke over det som har skjedd. Raundalen (2016) beskriver det som viktig at barn gis sannferdig og utfyllende informasjon, snarest mulig etter vonde hendelser. Dersom informasjonen som gis innledningsvis er ufullstendig eller mangelfull, risikerer man at barnet opplever at fakta forverres ettersom barnet blir eldre og får vite mer om hva som faktisk skjedde. Dette kan ifølge Raundalen (2016) skape mistillit til de voksne.

Helsepersonell beskriver videre at informasjonen som gis bør tilpasses etter hvor mye man antar at barnet har fått med seg av forelderens selvmordsatferd. Det kan imidlertid være utfordrende å vurdere dette. Barnet kan være for ungt til å greie å sette ord på det som har skjedd, eller nekte å snakke i det hele tatt. Den syke forelderen kan av ulike grunner, for eksempel skam eller nedsatt sensitivitet overfor barnets behov, underkommunisere den belastning barnet har vært utsatt for. En av deltakerne i helsepersonell-utvalget beskriver det som lettere å tilpasse informasjon når det er snakk om kjente episoder med selvmordsforsøk der barna har vært til stede, enn når det er usikkert om selvmordsatferden har vært uttalt overfor barnet. En kvalitativ studie av Cerel et al. (2016) fant at ett av tre barn ($N=87$) visste om forelderens selvmordsforsøk. Selv om størrelsen og designet på denne studien er for snevert til å trekke generaliserende slutninger, kan man anta at mange barn vil ha kjennskap til foreldrenes selvmordsatferd. Det kommer fram i denne studien at barn ofte får med seg mer enn man tror, slik at det å skjerme barn helt fra vonde ting blir en umulig oppgave. Barn som lever med foreldre med selvmordsatferd vil med stor sannsynlighet oppleve å stå i vonde og vanskelige situasjoner, selv om voksne forsøker å skjerme dem. Som hjelpere kan det være hensiktsmessig å være bevisst ordtaket som sier at “delt sorg er halv sorg”, hvilket gjenspeiler Stern (2003) sin beskrivelse av at vonde opplevelser blir mindre ubehagelige når

de deles med andre. Selvmord og selvmordsproblematikk har lenge vært et fortiet tema som mange har vegret seg for å prate om, og selv om man har sett større åpenhet de siste årene, er selvmord fremdeles et tabubelagt og fortiet tema (Ekeberg & Dieserud, 2016). Videre kan voksne ha et naturlig ønske om å skjerme barn mot det som er vondt og vanskelig. Det kan dermed være naturlig å anta at barn som opplever selvmordsatferd hos foreldre har få erfaringer med å møte voksne som vet hvordan de skal snakke med barna om foreldrenes selvmordsatferd. Samlet sett understreker dette viktigheten av at helsepersonell tør å tematisere selvmordsproblematikk i samtale med barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd.

Helsepersonell i denne studien påpeker også viktigheten av å prate med den syke forelderens om hvordan selvmordsatferden kan påvirke barnet. Dette samsvarer med tidligere studier, som finner at helsepersonell anser det som viktig å gi informasjon til foreldre om hvordan foreldrenes sykdom og situasjon påvirker barna (Svalheim & Steffenak, 2016; Knutsson et al., 2017). Det kan være viktig å bevisstgjøre foreldrene om barnas situasjon av flere grunner. Foreldre med psykisk sykdom kan ha redusert sensitivitet overfor barnas behov (Kvello, 2015), og de kan derfor trenge hjelp til å reflektere rundt dette. Videre fant Knutsson et al (2017) at mange foreldre har blandede følelser om det å skulle involvere barna i egen behandling. Informasjon om barnets situasjon kan tenkes å bevisstgjøre foreldrene om viktigheten av å inkludere barnet. Særlig yngre barn ser ut til å være sårbare for mangel på informasjon fra foreldrene selv. Ruud et al (2015) sin multisenterstudie fant at nærmere 100 prosent av de inkluderte pasientene med barn over 8 år hadde gitt barnet informasjon om sin psykiske lidelse. For pasienter med barn under 8 år var dette tallet imidlertid så lavt som 35 prosent. Dette kan indikere at flere foreldre ikke tematiserer sine utfordringer med barna sine, og at yngre barn er særlig sårbare for mangel på informasjon hjemmefra. Årsaken er ukjent, men man kan undres om foreldre antar at yngre barn ikke får med seg like mye som eldre, eller at yngre barn i større grad bør skjermes mot det som er vondt fordi de kanskje ikke tåler det like godt som eldre. Uavhengig av årsak, peker dette mot at det er særlig viktig at helsepersonell inkluderer og gir informasjon til yngre barn.

Den foreliggende studien finner videre at foreldre, ifølge helsepersonell, kan kjenne på skam over å ikke være gode nok foreldre. Dette kan gjøre det vanskeligere å prate med barna om selvmordsatferden. Helsepersonell opplever at det å prate om disse problemstillingene med forelderens, kan gjøre det lettere for foreldrene å kommunisere åpent med barna. Likeledes fant Knutsson et al (2017) at foreldre, ifølge helsepersonell, kan være

«De små voksne»

usikre på hvordan de skal kommunisere med barna om sykdommen sin. Sammenlagt synes det å være viktig at helsepersonell veileder foreldre i hvordan de kan samtale med barnet om sine problemer.

Behov for å forstå egne følelser

Samtlige av de pårørende beskriver at de hadde vansker med å forstå og forholde seg til følelsene som oppsto i forbindelse med forelderens selvmordsatferd. I møte med helsepersonell ønsket de pårørende hjelp til å forstå og forholde seg til egne følelser. Flere tidligere studier og teoretiske forankringer påpeker viktigheten av at yngre barn får hjelp fra voksne til å forstå og skape mening i egne følelser (Stern, 2003; Kårstad et al., 2015; Siegel, 2012). I tråd med beskrivelser fra de pårørende, formidler helsepersonell i den foreliggende studien at barn har behov for hjelp til å forstå egne følelser. Videre forteller de pårørende at vanskelige følelser rettet mot den syke forelderens, som sinne, var spesielt utfordrende å forholde seg til, og flere av de pårørende beskriver et ønske om hjelp til normalisering av disse følelsene. Den foreliggende studien finner at helsepersonell vektlegger det å normalisere ulike følelser i samtale med barna, eksempelvis ved å referere til hva andre barn som er i en liknende situasjon kan føle. Det formidles for eksempel at sinne mot forelderens kan resultere i dårlig samvittighet, ettersom barna kan tenke at man ikke burde være sint på en forelder som ikke ønsker å leve. I tråd med dette beskriver en av de pårørende det som svært betydningsfullt da en behandler satte ord på sinnet den pårørende kjente på overfor forelderens.

Gjennom å åpne opp for at det er naturlig å kjenne på vanskelige følelser overfor den syke forelderens, kan barna utvide sin emosjonelle forståelse (jf. Kårstad et al., 2015). Gladstone et al (2011) fant i sin metaanalyse at barn som pårørende opplever betydelig grad av negative følelser, og Ruud et al (2015) fant at disse barna rapporterer større grad av stress og belastning sammenlignet med jevnaldrende. Ettersom de pårørende i den foreliggende studien beskriver at vanskelige følelser var særlig utfordrende å forholde seg til, kan det være hensiktsmessig at helsepersonell tematiserer slike følelser i møte med barna.

Yngre barn lærer gjerne å forstå og regulere følelsene sine i samspill med omsorgsgiver eller andre personer i barnets nære omgivelser (Kvello, 2015). De pårørende i den foreliggende studien beskriver en omsorgssituasjon preget av manglende hjelp til følelsesregulering fra minst én av sine omsorgsgivere. En av de pårørende forteller at det var hun som trøstet forelderens, ikke forelderens som trøstet henne. En annen forteller at hun måtte

tilpasse egen atferd i samspill med forelderens, for å unngå å “trigge” forelderens selvmordsatferd. Foreldre med alvorlige psykiske lidelser blir ofte mindre sensitive overfor barnas behov (Nordanger & Braarud, 2017), hvilket understreker viktigheten av at andre voksne i barnets omgivelser, for eksempel helsepersonell, kan tilby hjelp. Først når barnet gis positive erfaringer med hjelp fra omgivelsene til å forstå, regulere og organisere følelser, kan det utvikle bedre evne til å regulere seg selv (Johns et al., 2012). Omgivelsenes mulighet til å identifisere når barnet har behov for hjelp til emosjonsregulering, kan imidlertid tenkes å bli påvirket av barnets evne til å gi uttrykk for følelsene sine. Ifølge Saarni et al (1998) kan barn allerede i fireårsalderen ha lært seg å skjule sine ekte følelser eller late som de føler noe annet. En av deltakerne i vår studie beskriver å ha tilpasset både atferd og kommunikasjon i samspill med forelderens, fordi hun hadde opplevd at “feil” atferd kunne trigge forelderens selvmordsatferd. Dette er i overensstemmelse med Van Parys & Robert (2013) sin kvalitative studie ($N = 14$), som fant at barn av deprimerte foreldre kan ha en tendens til å tilpasse eller skjule egne følelser etter hva de antar at forelderens tåler. Disse barna kan bruke mye tid og krefter på å forsøke å kontrollere eget ubehag og skjule negative følelser overfor omsorgsgiveren (Killén, 2003).

Tidlig tilknytning og samspill med omsorgsgiver legger gjerne grunnlaget for senere samspill med barnets øvrige omgivelser (Bowlby, 1988; Hart & Schwartz, 2009). Barn som har erfart at de burde skjule egne følelser i samspill med omsorgsgiver, kan følgelig tenkes å ta med seg denne lærdommen over i andre relasjoner. For helsepersonell og andre hjelpere kan det være viktig å være bevisst at disse barna kan ha blitt eksperter på å skjule sine negative følelser for omverdenen, allerede fra svært ung alder. Dette kan blant annet påvirke hvorvidt barna fanges opp og tilbys hjelp av for eksempel lærere, helsesykepleier eller helsevesenet. Tre av de pårørende husker seg selv som pliktoppfyllende barn som presterte godt på skolen, var pent kledd og tilsynelatende velfungerende. En slik “fasade” kan gjøre det vanskeligere for både foreldre og hjelpere å vurdere om barnet opplever vansker eller problemer knyttet til sin rolle som pårørende.

Barnets tilbøyelighet til å uttrykke følelser overfor omgivelsene kan også tenkes å bli påvirket av omgivelsenes holdninger til barnets situasjon. En av de pårørende forteller at hun ofte ble spurt om hvordan forelderens hadde det heller enn om hvordan hun selv hadde det. Samtlige av de pårørende beskriver at det var mye fokus på forelderens situasjon, både i og utenfor hjemmet. Dersom omgivelsene gir uttrykk for at forelderens kommer i første rekke,

kan dette potensielt bidra til at barnet undertrykker og undergraver viktigheten av egne følelser.

Å oppleve at omgivelsene kommuniserer at det er synd på den syke forelderen kan videre gjøre det spesielt vanskelig for barnet å kjenne på følelser som sinne, fordi å kjenne på sinne krever at man aktivt tar sitt eget perspektiv heller enn andres. Samtlige deltakere i helsepersonell-utvalget påpeker at barn kan ha behov for hjelp til å oppleve egne følelser og reaksjoner som viktige, i en tid der forelderen kan oppta mye av fokuset. Likeledes beskriver de pårørende et ønske om at helsepersonell kunne anerkjenne og gi eksplisitt uttrykk for at situasjonen som pårørende var vanskelig. Et utsagn fra en av de pårørende synes å illustrere dette behovet: *“Jeg tror jeg hadde trengt at noen skjønnte at det var litt synd på meg også”*.

Skulle hemming av følelsesuttrykk forbli en vedvarende håndteringsstrategi, kan barn tenkes å gå glipp av mange læringsmuligheter for utvikling av emosjonell kompetanse i samspill med både omsorgsgivere og andre nære voksne. Det kan også være hensiktsmessig å vurdere om barn som pårørende kan ha større behov for ytre hjelp til å forstå og regulere egne følelser enn det man ville forventet på bakgrunn av barnas alder, da disse barna kan ha gått glipp av muligheter til å lære utvikling av emosjonell kompetanse i samspill med omsorgsgiver (jf. Kvello, 2015). Helsepersonell som er i jevnlig kontakt med barn som pårørende kan bidra med å gi positive regulerende erfaringer, slik at barna etter hvert kan utvikle evne til bedre regulering på egen hånd (Nordanger & Braarud, 2017).

Barn som har vokst opp med en forelder med selvmordsatferd kan ha fått uheldige relasjonelle erfaringer, og vi vet at tidlig tilknytning kan ha mye å si for barnets forståelse av seg selv og andre (Hart & Schwartz, 2009; Bowlby, 1988). Samtidig ser det ut til at senere interaksjon med andre voksne i barnets omgivelser kan gi korrigerende relasjonelle erfaringer. Sabol og Pianta (2012) fant for eksempel at en positiv relasjon mellom barn og lærer kan kompensere for negative effekter av tidligere erfaringer med omsorgspersonen, og Nordanger og Braarud (2017) beskriver lignende funn for relasjonen mellom barn og helsepersonell. Dette indikerer at positive, utviklingsfremmende relasjoner med andre voksne enn barnets omsorgsgivere, kan fungere beskyttende mot negative konsekvenser av sviktende omsorg eller manglende utviklingsstøtte fra omsorgsgiver.

Behov for mindre ansvarsfølelse

Tidligere forskning finner at barn som pårørende til psykisk syke foreldre kan kjenne på ansvarsfølelse overfor den syke forelderen (Van Parys & Robert, 2013; Mordoch & Hall, 2008; Foster, 2010). I den foreliggende studien er dette et fremtredende funn som rapporteres både av pårørende og helsepersonell.

De pårørende beskriver å ha kjent på ulike former for ansvarsfølelse overfor den syke forelderen; fra ansvar for å hjelpe til hjemme til det å gi forelderen trøst. En av de pårørende husker for eksempel å ha trøstet forelderen allerede da hun var tre år gammel. Resultatene samsvarer med tidligere studier som finner at barn av foreldre med psykisk sykdom både bruker mye tid på plikter i huset og påtar seg mange omsorgsoppgaver (Gladstone, 2011; Foster, 2010; Tilbury et al., 2016, Ruud et al., 2015). Foreldre-barn-relasjoner preget av en slik rollereversering kan ifølge Brandtzæg & Torsteinson (2011) være skadelig for barnet dersom dette forblir et vedvarende mønster. Rimehaug (2006) peker på parentifisering som en av de vanligste negative konsekvensene når barn har foreldre med psykisk sykdom. De pårørende i denne studien beskriver et ønske om hjelp til å redusere ansvarsfølelsen overfor foreldrene, blant annet beskrives det et behov for å bli trygget på at forelderen fikk hjelp fra helsevesenet. Helsepersonell understreker likeledes at barnets ansvarsfølelse i hjemmet bør tematiseres i samtale med barnet, både med tanke på praktiske oppgaver og ansvar for å gi trøst eller omsorg til den syke forelderen. Pårørende og helsepersonell i den foreliggende studien ser ut til å enes om viktigheten av å redusere barns opplevelse av ansvar overfor forelderen.

Hendelser og reaksjoner som holdes skjult for barn kan bli uforståelige for dem (Raundalen, 2016). En av deltakerne i helsepersonell-utvalget påpeker at barn som ikke forstår forelderens atferd kan tenke at det er deres skyld at forelderen ikke ønsker å leve. Dette er i tråd med tidligere forskning som finner at barn i større grad kan klandre seg selv for foreldres problemer, dersom de ikke forstår forelderens atferd (Gladstone et al., 2011). Flere av de pårørende i denne studien formidler å ha kjent på et ansvar for å forhindre at forelderen skulle ta sitt eget liv. I tillegg formidler en av de pårørende å ha kjent på skyldfølelse over å ikke ha klart å tilby omsorgen og støtten som hun visste at forelderen hadde behov for.

Før 6 - 7 års alderen er barnets tankegang utpreget egosentrisk (Keenan et al., 2016; Piaget & Inhelder, 1956), og barnet klarer ofte ikke å skille mellom sitt eget og andres perspektiv (Carpendale & Racine, 2011; Piaget, 1995). Sammensatte komplekse følelser, som

skyld, utvikles derimot allerede når barnet er mellom 18 og 24 måneder (Muris & Meesters, 2014). Å oppleve slike sammensatte komplekse følelser samtidig som reguleringsstøtte uteblir, kombinert med tendensen til å attribuere ytre hendelser til seg selv, kan medføre at yngre barn i større grad føler at det er deres skyld hvis noe skjer med forelderen.

Funn fra tidligere studier indikerer at helsepersonell har ulike tanker om hvordan barns ansvarsfølelse kan reduseres. En kvantitativ studie av Knutsson et al (2017) fant at helsepersonell kan la være å inkludere barn som pårørende når foreldre har alvorlige fysiske og/eller psykiske vansker, fordi de tenker at inkludering kan bidra til at barna kjenner på økt ansvarsfølelse overfor den syke forelderen. Den foreliggende studien peker imidlertid mot at helsepersonell anser det som viktig å inkludere barnet nettopp for å redusere ansvarsfølelsen. Det beskrives at helsepersonell i samtale med barnet kan tematisere ansvarsfølelsen det kan kjenne på, og samtidig gi barnet informasjon og trygge det på at noen andre hjelper forelderen. Van Parys & Robert (2013) fant at barns ansvarsfølelse kan reduseres dersom barn får hjelp til å forstå forelderens atferd gjennom tilpasset informasjon. Gladstone et al (2011) fant på sin side at mengden og typen informasjon pårørende ønsker varierer. De fant at noen barn anså mye informasjon som en byrde, mens andre opplevde at det å motta detaljert informasjon om forelderens problematikk kunne lette på ansvarsfølelsen man kjente på overfor den syke forelderen.

Helsepersonell i den foreliggende studien forteller videre om viktigheten av å forsikre barnet om at det ikke har ansvar for at forelderen skal ha det bra. Det beskrives ulike måter man kan arbeide med barnets ansvarsfølelse overfor den syke forelderen på, for eksempel nevner en deltaker at man kan prate med barnet om hvem som er forelderens hjelpere. Et annet eksempel fra deltakerne er å gi barnet en omvisning på avdelingen forelderen er innlagt ved. De pårørende i den foreliggende studien beskriver gjennomgående et ønske om å bli informert og trygget på at forelderen fikk hjelp. Inkludering og informasjon ser ut til å være viktige tiltak for å trygge barnet på at noen andre er ansvarlige for å hjelpe forelderen. Både funn fra tidligere studier og resultatene fra denne studien indikerer at barn som pårørende opplever stor grad av ansvarsfølelse overfor forelderen. Dette gjør tiltak som forebygger eller reduserer graden av ansvarsfølelse til en viktig del av oppfølgingen av barna. Videre ser informasjon ut til å gi barna bedre forutsetninger for å forstå hva som foregår, hvilket forbindes med reduksjon i psykisk ubehag (Øvreeide, 2009; Raundalen, 2016) og mindre skyldfølelse (Gladstone et al., 2011). Samtidig kan bedre forståelse potensielt gi økt

«De små voksne»

opplevelse av kontroll, hvilket assosieres med større grad av motstandsdyktighet mot senere belastende hendelser (Nordanger & Braarud, 2017).

Behov for videre oppfølging

Tidligere studier på oppfølging av barn som pårørende i Norge har hovedsakelig fokusert på barn som pårørende til foreldre med psykisk sykdom (Ruud et al, 2015; Lauritzen et al., 2018). Disse studiene fant at kartleggingen av barn som pårørende er god, men at den videre oppfølgingen ser ut til å være mangelfull. Ingen av de pårørende i den foreliggende studien ble kontaktet av helsevesenet i forbindelse med forelderens behandling. Det er viktig å påpeke at tre av fire deltakere i denne studien var barn som pårørende *før* lovendringen i 2010, slik at deres erfaringer ikke nødvendigvis gjenspeiler nåværende praksis med tanke på kartlegging av barn som pårørende. Mye kan tyde på at lovendringen i 2010 har resultert i bedre praksis med tanke på kartlegging av barn som pårørende. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at kartlegging medfører videre oppfølging av barna. Forskning av Lauritzen et al (2018) fant at det, til tross for en betraktelig økning i både kartlegging og registrering av barn som pårørende siden lovendringen, fremdeles er mange barn som ikke fanges opp. Ruud et al (2015) fant tilsvarende at tallene for videre oppfølging var betraktelig lavere enn for selve kartleggingen, hvilket tyder på at kartlegging ikke nødvendigvis vil resultere i direkte kontakt med og videre oppfølging av barna. Dermed kan det tenkes at resultatene fra denne studien peker mot en utfordring som fremdeles er aktuell.

Tidligere studier finner at helsepersonell kan oppleve det som utfordrende å inkludere barna til pasienter som mottar behandling for alvorlig psykisk sykdom. Det beskrives at utfordringene blant annet skyldes mangel på tid og utydelige rammer rundt arbeidet (Hjelmset & Aune, 2018; Tilbury et al., 2016). Samtlige helsepersonell i den foreliggende studien formidler imidlertid en opplevelse av at deres avdelinger har gode rutiner for både kartlegging og oppfølging av barn som pårørende. De peker likevel på ulike faktorer som kan påvirke hvorvidt barna blir fulgt opp, blant annet mangel på tid og utydelige rammer for arbeidet, samt varierende kompetanse og trygghet blant de ansatte. Disse beskrivelsene er i tråd med tidligere studier, blant annet finner Knutsson et al. (2017) at mangel på erfaring og trygghet gjør at helsepersonell kan unngå å følge opp barna til pasienter med psykisk sykdom. Lauritzen et al (2018) fant at 75 prosent av ansatte i psykisk helsevern ($N = 108$) rapporterer liten erfaring med å interagere med sine pasienters barn. Jo mer kunnskap de hadde om barn som pårørende, jo mer ble barna fulgt opp. Dette kan skyldes at ansvaret for å

følge opp pårørende barn delegeres til barneansvarlige (jf. Spesialisthelsetjenesteloven §3-7 a), med spesiell kompetanse på denne pårørendegruppa. Det kan samtidig indikere at økt kunnskap gir økt trygghet som videre fører til mer oppfølging, men det kan også gjenspeile at mer erfaring med oppfølging av barn som pårørende gir større grad av kunnskap og trygghet.

Flere av de pårørende forteller at de opplevde helsepersonell som lite tilgjengelige og i overkant profesjonelle når de besøkte forelderens avdeling. De beskriver å ha hatt behov for å bli møtt med mer varme, hvilket er i tråd med Tilbury et al. (2016) og Kean (2009) som fant at barn som pårørende har behov for omsorg og trygging i møte med helsevesenet. Dette funnet kan kanskje relateres til variasjon i erfaring og trygghet blant helsepersonell som møter barn som pårørende: det kan være utfordrende å skape trygghet for barna dersom man som helsepersonell ikke føler seg trygg i møte med denne pårørendegruppen. Selv om de pårørende i denne studien hovedsakelig var barn som pårørende før lovendringen i 2010, kan det tenkes at denne problemstillingen også er gjeldende i dag. Dersom den barneansvarlige ikke er på jobb eller tilgjengelig den dagen barnet er på besøk på avdelingen, kan barnet risikere å møte en annen ansatt som ikke har like god kjennskap til forelderens situasjon, eller er like trygg på å gjennomføre barnesamtaler.

Resultatene fra den foreliggende studien indikerer at de pårørende savnet mer kontinuitet i oppfølgingen fra helsevesenet da de var barn. Dette kunne ifølge en av deltakerne være så lite som å få en telefon i ny og ne, med spørsmål om hvordan de hadde det. Kontinuitet i oppfølging av barn som pårørende ble også tematisert av samtlige deltakere i helsepersonell-utvalget. Særlig ble det trukket frem at disse barna har behov for tilbud om oppfølging over tid, samt at barna helst bør forholde seg til de samme kontaktpersonene i helsevesenet. I tråd med Nordanger og Braarud (2017) sine refleksjoner rundt barn som vokser opp under utviklingstraumatiserende belastningsforhold, kan disse barna trenge lengre tid på å bli trygge i relasjoner. Dette kan for eksempel medføre at oppfølgingen fra helsevesenet bør bestå av gjentatte møter med samme kontaktperson. Det er imidlertid sannsynlig at det å motta kontinuerlig oppfølging over tid oppleves av pårørende som mer prekärt enn *hvem* som følger dem opp. Det er vanskelig å vurdere de aktuelle pårørendes behov for kontinuitet hva gjelder kontaktperson i helsevesenet, da ingen av de pårørende som ble intervjuet rapporterte å ha blitt fulgt opp over tid. Med utgangspunkt i helsepersonells beskrivelser, samt teoretiske betraktninger omkring behov hos barn som vokser opp under utviklingstraumatiserende belastningsforhold, kan man anta at det vil være fordelaktig for barnet om utskifting av kontaktpersonen holdes til det minimale.

Behov for å inkludere den andre forelderen

Alle deltakerne i helsepersonell-utvalget beskriver det som hensiktsmessig å inkludere og samarbeide med den andre forelderen i oppfølgingen av barna. Ifølge Brandtzæg & Torsteinson (2011) kan foreldres psykiske helse ha stor påvirkning på tilknytningsrelasjonen mellom forelderen og barnet, og det vil således være relevant å undersøke om barnet har en annen trygg omsorgsperson. Dette er i tråd med den foreliggende studien, som finner at helsepersonell opplever det som viktig å undersøke om barnet har trygg tilknytning til andre nære voksenpersoner. Det å leve med en forelder som har selvmordsatferd kan være svært belastende for et barn, men dersom man har gode støtte fra andre voksne kan dette ha en forebyggende funksjon (Nordanger & Braarud, 2017; Sabol & Pianta, 2012).

Fra resiliensforskningen er det kjent at barn kan ha ulik sårbarhet for negative konsekvenser av sviktende foreldreomsorg og andre typer påkjenninger (Frank, 2017; Friborg & Hjemdal, 2004). Nordanger og Braarud (2017) påpeker at det å ha minst én omsorgsfull forelder kan ha betydelig effekt på barns evne til å håndtere belastninger. I den foreliggende studien varierer det hvorvidt de pårørende beskriver å ha hatt en annen omsorgsperson som var støttende og trygg. Tre av de pårørende beskriver en opplevelse av omsorgssituasjonen som utrygg, hvor den andre forelderen tok lite ansvar. Den fjerde beskriver derimot at hun opplevde den andre omsorgspersonen som omsorgsfull og trygg. Gladstone et al (2011) fant i sin metaanalyse at mange barn som pårørende hadde en tilstedeværende “frisk” annen forelder, men barna opplevde fremdeles stress fordi denne forelderen hadde bekymringer knyttet til egen pårørenderolle. I likhet med dette fortalte en av deltakerne at hun påtok seg en foreldrerolle overfor den andre forelderen, som slet med å håndtere sin egen rolle som pårørende til en partner med selvmordsatferd. De pårørendes fortellinger illustrerer viktigheten av at helsepersonell og hjelpere kartlegger barnets omsorgssituasjon.

Styrker og begrensninger

Det er verken ønskelig eller mulig å trekke slutninger på gruppenivå basert på resultatene fra denne studien, men den kan imidlertid bidra til økt kunnskap om den enkeltes opplevelser.

Styrker. Studien inkluderte to ulike gruppers perspektiver på samme tematikk. Pårørendes egne opplevelser gir et unikt bidrag til forståelsen av barn som pårørende sin komplekse situasjon fra et individuelt og personlig plan. Helsepersonells bidrag supplerer denne forståelsen, både med personlige, subjektive erfaringer og sin overordnede kunnskap

«De små voksne»

og kompetanse. En slik triangulering kan anses som en styrke, da perspektivet har blitt mer utvidet enn ved inkludering av kun én gruppe.

Blant helsepersonell-utvalget representerte deltakerne flere ulike yrkesgrupper: en psykolog, en psykologspesialist, en psykiatrisk sykepleier, en spesialergoterapeut, samt to kliniske sosionomer/familieterapeuter. Deltakerne hadde ulik alder og erfaring, både med tanke på antall år i arbeidslivet og antall år på ulike psykiatriske avdelinger. Videre hadde de varierende erfaring med barn som pårørende. Fem av seks deltakere var barneansvarlige. Denne variasjonen i yrker kan anses som en styrke, da det kan ha gitt datamaterialet mer bredde i form av flere og mer varierte perspektiver.

Helsepersonell-utvalget bestod av fem kvinner og én mann. Det påpekes at kjønnsfordelingen for deltakerne i studien gjenspeiler kjønnsfordelingen for helsepersonell i samfunnet for øvrig. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (2021) er i overkant av 80% av sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning kvinner, og i underkant av 20% menn. Kjønnsfordelingen kan således tenkes å være mer representativ enn det man umiddelbart kan få inntrykk av. Det kunne likevel ha vært interessant å se om resultatene ville vært annerledes dersom kjønnsfordelingen hadde vært mer balansert.

Rekrutteringsmetoden for helsepersonell (se *Prosedyrer*) kan ha gitt rekruttering av deltakere med et særlig engasjement for barn som pårørende. Deltakere som har et særlig engasjement for tematikken, kan ha vært en styrke for studiens datamateriale da disse personene sannsynligvis innehar mye kunnskap om temaet. Samtidig kan dette anses som en mulig svakhet, hvilket diskuteres videre under *begrensninger*.

Alle intervjuene foregikk over videosamtale, med unntak av ett som var over telefon. Det å ha en form for avstand til intervjuer kan potensielt ha vært en trygghet for deltakerne. I etterkant av intervjuene fikk deltakerne spørsmål om hvordan de syntes det hadde vært å ha intervjuet over nett, og samtlige deltakere beskrev det som en positiv opplevelse. En annen fordel ved å utføre datainnsamlingen via videosamtale og telefon var at deltakernes geografiske plassering ikke var til hinder for deltakelse i studien. Således har studien nådd ut til et mer mangfoldig utvalg med større geografisk spredning enn man ville gjort med intervju med fysisk oppmøte.

De siste to årene har samfunnet vært preget av flere restriksjoner i forbindelse med den pågående COVID-pandemien, og det å samtale over ulike digitale medier har blitt mer

vanlig enn det var før. Denne studien har vist at det er mulig å gjennomføre kvalitative studier under en pandemi.

Begrensninger. Pårørende-utvalget bestod av fire kvinner, og denne kjønnsfordelingen kan sies å være en begrensning. Kvalitative studier skal imidlertid ikke predikere eller generalisere, men er interessert i den subjektive opplevelsen til den enkelte. Det kunne likevel ha vært interessant å se, på samme måte som ved helsepersonell-utvalget, om en mer balansert kjønnsfordeling ville ført til et annet resultat.

Dersom man i tillegg til helsepersonell og pårørende hadde inkludert perspektiver fra foreldre med selvmordsatferd, kunne tematikken muligens ha blitt belyst ytterligere og resultatene kunne ha gitt et mer helhetlig bilde av oppfølgingen.

Studien har et retrospektivt perspektiv, som vil si at den ikke fanger situasjonen til barn som pårørende i dag, men voksnes erfaringer fra barndommen. Det kan tenkes at avstand i tid kan ha farget hvordan deltakerne husker sin situasjon som barn, og at perspektiver de har tilegnet seg i voksen alder kan påvirke hvordan de beskriver egne opplevelser som barn. Videre kan avstand i tid gjøre at gjenkallelse av minner blir dårligere. For å få et datamateriale som i større grad belyser behovene som oppleves av pårørende i dag, kunne det ha vært hensiktsmessig å intervju barn som befinner seg i en aktiv pårørendesituasjon.

Det var noe utfordrende å komme i kontakt med deltakere som hadde vært i kontakt med helsevesenet i forbindelse med sin rolle som pårørende. Tre av deltakerne i pårørende-utvalget var barn *før* lovendringen i 2010, mens den fjerde var pårørende både før og etter lovendringen. Alle de pårørende hadde vært i kontakt med helsevesenet, men hadde verken blitt kontaktet av helsevesenet i forbindelse med forelderens selvmordsproblematikk eller blitt fulgt opp over lengre tid. Datamaterialet bærer preg av at det i intervjuene ble mye fokus på hva de pårørende savnet, og bare unntaksvis fokus på opplevelsen av faktiske hjelpetiltak.

Som tidligere nevnt kan rekrutteringsmetoden for helsepersonell ha ført til deltakere med et spesielt engasjement for barn som pårørende. Det kan tenkes at resultatene i større grad belyser perspektivene til "ildsjeler" med stor interesse for barn som pårørende, enn helsepersonells perspektiver på et mer generelt grunnlag. Det var imidlertid ikke bare fokus på å utforske hvordan den enkelte deltaker opplevde sitt eget arbeid med barn som pårørende, men også deltakerens tanker om den generelle oppfølgingen av disse barna i helsevesenet.

«De små voksne»

Dette siste momentet har det ikke vært rom for å diskutere i denne studien, men er noe fremtidig forskning med fordel kan undersøke nærmere (se implikasjoner).

Det kan tenkes at enkelte deltakere opplevde det som utfordrende å åpne seg opp for en fremmed via en skjerm, men bruk av digital plattform kan som nevnt over også ha vært en fordel. Det meste av kommunikasjon som foregår over web-baserte plattformer vil være sårbart for tekniske problemer, og våre intervju var intet unntak. To av intervjuene ble tidvis påvirket av dårlig internett-tilkobling, hvilket medførte visse vansker med å få med seg hva som ble sagt slik at intervjuer av og til måtte be om gjentakelser. Under transkriberingen måtte studiens forfattere ved et par anledninger gjette seg til enkelte ord ut fra setningen for øvrig. Dette var imidlertid et ikke-eksisterende problem i de aller fleste intervjuene.

KONLUSJON

Det har lenge vært tradisjon for å rette fokus mot personen som rammes av sykdom. I senere tid ser man at oppfatningen av hvem som faktisk rammes av sykdommen favner bredere, og pårørendes situasjon mottar stadig mer oppmerksomhet. Særlig har man blitt mer bevisst situasjonen til barn som er pårørende.

Overordnet finner denne studien at barna har behov for å inkluderes. Dette innebærer at barna trenger hjelp til å forstå hva som har skjedd når en forelder har utvist selvmordsatferd. Det beskrives som viktig at helsepersonell tør å prate med barna om vanskelige temaer som selvmordsatferd og suicidalitet, og at informasjon må være tilpasset barnets alder og spesifikke opplevelser av forelderens selvmordsatferd.

Studien finner videre at barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd har behov for hjelp til å forstå og regulere egne følelser. Disse barna kan ha lang erfaring med å skjule egne følelser i samspill med omsorgsgiveren, noe det er viktig at helsepersonell er bevisst på. Gjennom å vise barna at vanskelige følelser er normalt og at omgivelsene tåler deres følelsesuttrykk, kan dette bidra til å hjelpe barna med å håndtere egne følelser bedre. Studien finner videre at barna har behov for hjelp til å redusere ansvarsfølelsen de kan kjenne på overfor den syke forelderens. Det kan derfor være betydningsfullt for barnet at helsepersonell trykker barnet på at forelderens får hjelp fra helsevesenet, og i tillegg kobler på og ansvarliggjør den andre forelderens i sin foreldrerolle.

Behovene til barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd kan både knyttes til enkeltstående opplevelser, som et selvmordsforsøk hos en forelder, og aspekter ved den mer overordnede omsorgssituasjonen. Dette kan være manglende reguleringsstøtte eller en foreldre-barn-relasjon preget av parentifisering. Helsepersonell kan bidra både med tanke på umiddelbare behov (inkludering, økt forståelse) og korrigerende relasjonelle erfaringer (det går an å snakke om det som er vondt og det er rom for å kjenne på vanskelige følelser). Begge deler kan fremme positiv utvikling.

IMPLIKASJONER

Denne studien har undersøkt barn som pårørendes behov i møte med helsevesenet når en forelder sliter med selvmordsatferd. I likhet med tidligere studier av barn av psykisk syke foreldre, finner studien at barna har behov for psykoedukasjon (om forelderens problematikk og suicidalitet), å føle seg sett i en tid der forelderens oppmerksomhet er mye fokus samt mindre ansvarsfølelse for den syke forelderens. Studiens eksplorative natur gir et mulig grunnlag for videre utforskning av eksisterende tiltak.

Ettersom de pårørende beskrev liten grad av oppfølging fra helsevesenet i forbindelse med forelderens selvmordsatferd, er fokus i både intervju og diskusjon behovene som de pårørende opplevde å ha som barn. I en fremtidig studie kunne det ha vært interessant å sammenligne barn som ble fulgt opp med de som ikke ble det, både som ungdom og voksne.

Fokus på pårørendes behov medførte at enkelte relevante funn hos helsepersonellutvalget ikke ble utforsket videre. For eksempel finner studien at helsepersonell opplever utfordringer knyttet til hvem som har det overordnede ansvaret for å følge opp barna, når det er mange instanser og ansatte som er påkoblet. Studiens forfattere anbefaler at denne problemstillingen utforskes videre, særlig med tanke på overføring av ansvar, samt informasjon om hva som har blitt gjort for barnet, når forelderens flyttes mellom avdelinger eller skrives ut.

I studiens resultater fremkommer det at oppfølging av barn som pårørende i stor grad beror på rutiner og rammer ved den enkelte avdeling, og at helsepersonell opplever mangel på gode standardiserte, overordnede retningslinjer for arbeidet. Dette ser ut til å medføre at oppfølgingen av barn som pårørende er svært varierende. En felles standard for arbeidet kan være hensiktsmessig for å sikre at barna følges opp. Slike retningslinjer kan med fordel basere seg på kunnskap fra avdelinger med velfungerende rutiner. Av den grunn kan det være behov for studier som sammenligner hvordan oppfølgingen av barn som pårørende foregår ved ulike avdelinger i lys av relevante parametere, for eksempel graden av kartlegging og videre oppfølging, ansvarsfordeling, samt ansattes kompetanse og trygghet.

For oppfølging av barn i voksenpsykiatrien nevnes prioritering og tidsrammer i helsevesenet som en utfordring. Rammene i dagens helsevesen gjør det vanskelig å følge opp pårørende over tid. Det kan være hensiktsmessig å gjennomføre effektstudier av ulike hjelpetiltak for pårørende, slik at man kan få et inntrykk av hvilke hjelpetiltak det burde prioriteres å bruke mest tid på når barna skal inkluderes. Ettersom spesialisthelsetjenesten

«De små voksne»

opplever stor belastning og begrensede tidsrammer, kan det tenkes at helsepersonell burde prioritere å bruke tid på hjelpetiltakene som ser ut til å ha best effekt.

Funnene fra den foreliggende studien kan bidra med et viktig perspektiv på hvordan man kan møte barn av foreldre med selvmordsatferd. Det belyses både hva barna kan ha behov for og hvordan helsepersonell kan møte disse barna. Den enkeltes opplevelse av barnas behov og oppfølgingen som tilbys dem, danner et grunnlag for videre forskning med utgangspunkt i flere aktuelle perspektiver.

REFERANSER

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the strange situations*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Alnes, N. (2011). Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(16), 541-1542. doi:10.4045/tidsskr.09.1428
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2021, 17. juni). Barn med krevende oppvekstbetingelser. Hentet fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Barn_med_vanskelige_oppvekstbetingelser/
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33-46
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988): *A secure base: Clinical application of attachment theory*. London: Tavistock
- Brandtzæg, I. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi:10.1191/1478088706qo063oa
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. I H. Cooper (Red.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology* (2. utg.). Washington: American Psychological Association.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. London: Sage Publications.
- Burke, A. K., Galfalvy, H., Everett, B., Currier, D., Zelazny, J., Oquendo, M. A., ... & Brent, D. A. (2010). Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 114-121.

- Burrell, L. V., Mehlum, L. & Qin, P. (2020). Educational attainment in offspring bereaved by sudden parental death from external causes: a national cohort study from birth and throughout adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-10.
- Carpendale, J. I. & Racine, T. P. (2011). Intersubjectivity and egocentrism: Insights from the relational perspectives of Piaget, Mead, and Wittgenstein. *New Ideas in Psychology*, 29(3), 346-354.
- Cerel, J., Frey, L. M., Maple, M. & Kinner, D. G. (2016). Parents with suicidal behavior: Parenting is not always protective. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2327-2336.
- Champion, J. E., Jaser, S. S., Reeslund, K. L., Simmons, L., Potts, J. E., Shears, A. R. & Compas, B. E. (2009). Caretaking behaviors by adolescent children of mothers with and without a history of depression. *Journal of Family Psychology*, 23, 156–166.
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I J. A. Smith (Red), *Qualitative Psychology*. (3.utg, s. 222-249). London: Sage Publications.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444
- Collier, G. (2014). *Emotional expression*. New York: Psychology Press.
- Crittenden, P.M. (2001). *The preschool assessment of attachment: Coding Manual*. Family Relation Institute.
- Diderich, H.M., Fekkes, M., Verkerk, P.H., Pannebakker, F.D., Velderman, M.K., Sorensen, P.J., Baeten, P. & Oudesluys-Murphy, A.M. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the emergency department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1122–1131.
- Diderich, H.M., Fekkes, M., Dechesne, M., Buitendijk, S.E. & Oudesluys-Murphy, A.M. (2015). Detecting child abuse based on parental characteristics: Does the hague protocol cause parents to avoid the emergency department? *International Emergency Nursing*, 23(2), 203-206.

- Dieserud, G. (2021, 12. april). Hva er selvmordsforsøk og selvmord? Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-selvmordsforsoek-og-selvmord>
- Dunn, J., Brown, J. & Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental psychology*, 27(3), 448.
- Eichhorn, S., Brähler, E., Franz, M., Friedrich, M., & Glaesmer, H. (2014). Traumatic experiences, alexithymia, and post traumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(27). doi:10.3402/ejpt.v5.23870
- Ekeberg, Ø. & Dieserud, G. (2016). Hvordan virker selvmordsadferd på andre? I E. Hem & Ø. Ekeberg (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Hentet fra www.fhi.no/artikler/id=90610
- Folkehelseinstituttet. (2021, 10. juni). Selvmord i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/>
- Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of clinical nursing*, 19(21-22), 3143-3151.
- Frank, K. (2017, 21. desember). Hva er resiliens? Norsk psykologforening. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-livsutfordringer/hva-er-resiliens>
- Friborg, O., & Hjemdal, O. (2004). Resiliens som mål på tilpasning. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41, 206-208.
- Førde, S. (2014). Å klare seg mot alle odds. Hentet fra <https://psykologisk.no/2014/04/a-klare-seg-mot-alle-odds/>
- Geulayov, G., Gunnell, D., Holmen, T. L. & Metcalfe, C. (2012). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 42(8), 1567-1580.

- Geulayov, G., Metcalfe, C., Heron, J., Kidger, J. & Gunnell, D. (2014). Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 509-517.
- Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V. & McKeever, P. D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early intervention in psychiatry*, 5(4), 271-289.
- Glørstad, T., Osen, N. L., Overvik, M. & Relling, M. H. (2015). *Barne- og familiesamtaler i psykisk helsevern for voksne. En praktisk håndbok for helsepersonell og barneansvarlige*. Oslo: Kommuneforlaget
- Grimholt, T. K., Lunde, I. & Frisch Moe, K. (2019). Barn som pårørende etter selvmordsforsøk. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 56(1), 20-27.
- Hansen, B. R. (2012). *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). Fra interaksjon til relasjon. *Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Shore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hawton, K., Roberts, J. & Goodwin, G. (1985). The risk of child abuse among mothers who attempt suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 146(5), 486-489.
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A. & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 821-830. doi:10.1016/j.jad.2013.08.020
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. (IS-1511). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer.pdf
- Helsedirektoratet. (2017, 11. juli). Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging. Hentet fra

«De små voksne»

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selv-mord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/om-selvmordsforsok>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2010). *Barn som pårørende*. (IS-5/2010). Hentet fra https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Rundskriv_barn-som-paerørende.pdf

Helsepersonelloven (2009). Lov om helsepersonell (m.v) (LOV-1999-07-02-64). Hentet 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*, 13. doi:10.4220/Sykepleienf.2018.65521

Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 35(5), 622-630.

Hung, N. C. & Rabin, L. A. (2009). Comprehending childhood bereavement by parental suicide: a critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death Studies*, 33(9), 781-814. doi:10.1080/07481180903142357

Indergård, P. J. & Krogh, F. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019*. (IS-2892). Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf/_/attachment/inline/b71fe600-1f08-4882-b3d2-fb299b855658:76e926a9eea50b459f9a0ae5162282ef050d192d/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf

Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 60(1), 1– 9. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x

Johns, U. T., Brautaset, H., Egebjerg, I. & Svendsen, B. (2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget

Kean, S. (2009). Children and young people's strategies to access information during a family member's critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 266–274. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02837.x

«De små voksne»

- Keenan, T., Evans, S. & Crowley, K. (2016). *An introduction to child development* (3. utg.). London: Sage Publications
- Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24(2), 573-587.
- Klonsky, E. D., May, A. M. & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Knutsson, S., Enskär, K., Andersson-Gäre, B. & Golsäter, M. (2017). Children as relatives to a sick parent: Healthcare professionals' approaches. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 61-69. doi:10.1177/2057158516662538
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kårstad, S. B., Kvello, Ø., Wichstrøm, L., & Berg-Nielsen, T. S. (2013). What do parents know about their children's comprehension of emotions? Accuracy of parental estimates in a community sample of pre-schoolers. *Child Care Health and Development*, 40(3). Doi:10.1111/cch.12071
- Kårstad, S. B., Wichstrøm, L., Reinfjell, T., Belsky, J., & Berg-Nielsen, T. S. (2015). What enhances the development of emotion understanding in young children? A longitudinal study of interpersonal predictors. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(3), 340-354. doi:10.1111/bjdp.12095
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Oslo: Tapir.
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Rognmo, K., Nilsen, M. A. & Walstad, A. (2018). Identification of and Support for Children of Mentally Ill Parents: A 5 Year Follow-Up Study of Adult Mental Health Services. *Frontiers of Psychiatry*, 9(506). doi:10.3389/fpsy.2018.00507
- Lunde, I., Myhre Reigstad, M., Frisch Moe, K. & Grimholt, T. (2018). Systematic Literature Review of Attempted Suicide and Offspring. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 937.

- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. I T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Red.), *Affective development in infancy* (s. 95–124). New York: Ablex Publishing.
- McCrary, E., De Brito, S. A. & Viding, E. (2011). The Impact of Childhood Maltreatment: A Review of Neurobiological and Genetic Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2(48).
Doi:10.3389/fpsy.2011.00048
- Mordoch, E. & Hall, W. A. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative health research*, 18(8), 1127-1144.
- Muris, P. & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical child and family psychology review*, 17(1), 19-40.
- Nannis, E. D., & Cowan, P. A. (1987). Emotional understanding: A matter of age, dimension, and point of view. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 8(3), 289-304. Doi: 10.1016/0193-3973(87)90005-0
- National Scientific Council on the Developing Child. (2012). *Establishing a Level Foundation for Life: Mental Health Begins in Early Childhood*. Hentet fra <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2008/05/Establishing-a-Level-Foundation-for-Life-Mental-Health-Begins-in-Early-Childhood.pdf>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530-536
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Norsk Helseinformatikk (NHI). (2020, 3. april). Selvmord og selvmordsforsøk. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/selvord/selvord-og-selvordsforsok-veiviser/>

«De små voksne»

- NOU 2012: 5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling - Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Barne- og familiedepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/sec19>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF rapport). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/d7875972fb5843ef92a3d20ebbe32e1c/endingrapportis24_8_2020.pdf
- Piaget, J. (1995). *Sociological studies*. London: Routledge.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1956). *The Child's Conception of Space*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rasmussen (2020) Nye perspektiv på selvmordsforebygging. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Doi: 10.4045/tidsskr.20.0708
- Raundalen, M. (2016). Hva skal vi si til barn om selvmord?. *Suicidologi*, 21(1)
- Rimehaug, T., Børstad, J. M., Helmersberg, I. & Wold, J. E. (2006). De "usynlige" barna. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 126, 1493-1494.
- Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., ... & Ose, S. O. (2019). Adult mental health outpatients who have minor children: Prevalence of parents, referrals of their children, and patient characteristics. *Frontiers in psychiatry*, 10, 163.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M. ... & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende - resultater fra en multisenterstudie*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rappporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf

«De små voksne»

- Saarni, C., Mumme, D. L. & Campos, J. J. (1998). Emotional Development: action, communication, and understanding. I W. Damon & N. Eisenberg (Red), *Haandbook of Child Psychology: Vol. 3. Social emotional, and personality development* (s. 237-310). New York: Wiley.
- Sabol, T. J. & Pianta, R. C. (2012). Recent trends in research on teacher-child relationships. *Attachment & Human Development, 14*(3), 213-231.
Doi:10.1080/14616734.2012.672262
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health*. (SAMHSA Rapport PEP20-07-01-001) Hentet fra <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR1PDFW090120.pdf>
- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (2. utg.). New York: The Guildford Press.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjenesten>
- Statistisk sentralbyrå (2021, 11. Mars). Helse- og sosialpersonell. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Svalheim, A. K. & Steffenak, A. K. M. (2016). Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 1. doi:10.7557/14.3771
- Svartdal, F. & Malt, U. (2021, 30. Mars). Stress. Hentet fra <https://snl.no/stress>
- Svartdal, F. & von Tetzchner, S. (2020, 9. Mars). Utviklingspsykologi. Hentet fra <https://snl.no/utviklingspsykologi>
- Tilbury, C., Walsh, P. & Osmond, J. (2016). Child aware practice in adult social services: A scoping review. *Australian Social Work, 69*(3), 260-272.

- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2011:4). Hentet fra https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2688793/Barn+av+foreldre+med+psykiske+lidelser+el+er+alkoholmisbruk_rapport_20114-pdf.pdf?sequence=1
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. Doi:10.1037/0022-3514.86.2.320
- Van Parys, H. & Rober, P. (2013). Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 330-345.
- World medical association. (2018, 9. juli). WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yardley, L. (2015). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. I J. A. Smith (Red). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s.257-273). London: Sage Publications
- Øvreeide, H. (1995). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i barnevernssituasjoner*. Høyskoleforlaget: Kristiansand.
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Høyskoleforlaget: Kristiansand.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Invitasjon som ble delt i sosiale medier – Pårørende

Har du vært pårørende til en forelder med selvmordsproblematikk og vil dele din opplevelse av hjelpen du mottok?

Forskning tyder på at barn og unge som er pårørende til foreldre med selvmordsproblematikk, er en gruppe som ofte blir oversett av hjelpeapparatet. Vi er to profesjonsstudenter i psykologi ved NTNU, som ønsker å utforske pårørende sin opplevelse av hjelpen som gis av helsevesenet. **Formålet med forskningsprosjektet er å bidra til økt forståelse for hvilke behov pårørende opplever å ha i møte med helsevesenet, samtidig som vi ønsker å undersøke hvorvidt eksisterende hjelpetiltak møter disse behovene på en god måte.** Hovedveileder for oppgaven er Trude Reinfjell ved Institutt for psykologi, NTNU.

Har du vært i kontakt med helsevesenet i forbindelse med en forelders selvmordsproblematikk da du var barn, ønsker vi å komme i kontakt med deg.

For å delta må du være **mellom 18 og 40 år**. Deltakelse i studien innebærer en intervju samtale som vil vare mellom **45 minutter og 1 time**. Grunnet den pågående Covid-19 situasjonen vil intervjuet **foregå digitalt**. Alle personidentifiserende opplysninger vil anonymiseres før materialet anvendes i forskning.

Ønsker du å delta eller har du spørsmål til studien? Ta kontakt med alba.lykke@gmail.com eller marte_solheim@hotmail.com

Vedlegg 2: Invitasjon som ble delt i sosiale medier – Helsepersonell

Vil du delta i vår studie om barn som pårørende til foreldre med selvmordsproblematikk?

Vi vil gjerne ha kontakt med deg som er helsepersonell og jobber med voksne pasienter med selvmordsproblematikk, for å høre hva slags erfaring du har med å tilby hjelp til barna deres.

Vi er to profesjonsstudenter i psykologi ved NTNU, som ønsker å utforske helsepersonell sin opplevelse av hjelpen som gis til barn som har foreldre med selvmordsproblematikk. Forskning tyder på at dette er en gruppe som ofte blir oversett av hjelpeapparatet. **Formålet med forskningsprosjektet er å bidra til økt forståelse for hvilke behov de pårørende opplever å ha, samtidig som vi ønsker å undersøke hvorvidt eksisterende tiltak møter disse behovene på en god måte.** Hovedveileder for oppgaven er Trude Reinfjell ved Institutt for psykologi, NTNU.

Deltakelse i studien innebærer en intervjusamtale som vil vare mellom **45 minutter og 1 time**. Grunnet den pågående Covid-19 situasjonen vil intervjuet **foregå digitalt**. Alle personidentifiserende opplysninger vil anonymiseres før materialet anvendes i forskning.

Ønsker du å delta eller har du spørsmål til studien? Ta kontakt med alba.lykke@gmail.com eller marte_solheim@hotmail.com

«De små voksne»

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

763510

Prosjektittel

Barns behov ved selvmordsatferd hos foreldre – en kvalitativ eksplorerende studie av barn og helsepersonell sin opplevelse av intervensjoner for pårørende

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Trude Reinfjell, trude.reinfjell@ntnu.no, tlf: 73597696

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Alba de Figueiredo Lykke, alba.lykke@gmail.com, tlf: 93695496

Prosjektperiode

01.12.2020 - 01.01.2023

Vurdering (2)

24.04.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 05.03.2021.

Under Intervju med Utvalg 1 kan det tenkes at helseopplysninger om tredjeperson fremkommer (foreldre til utvalg). Disse opplysningene skal anonymiseres fortløpende.

LOVLIG GRUNNLAG TREDJEPERSON

Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige personopplysninger er dermed at den er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, samt for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personopplysningsloven § 8, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 3.

«De små voksne»

Lovlig grunnlag for behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er at den er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav j, jf. personopplysningsloven § 9.

Behandlingen er omfattet av nødvendige garantier for å sikre den registrertes rettigheter og friheter, jf. personvernforordningen art. 89 nr. 1.

RETTIGHETER TREDJEPERSONER

Innmelder har angitt at dersom det gis informasjon til tredjeperson, vil det trolig hindre at informanten ønsker å dele sin historie og således vil det hindre at formålet med prosjektet nås.

På dette grunnlaget finner vi at det kan gjøres unntak fra den individuelle informasjonsplikten til tredjepersonene fordi det vil være ødeleggende/hindrende for at formålet med behandlingen oppnås, jf. personvernforordningen art. 14 nr. 5 b)

Vi finner også at det kan gjøres unntak fra retten til innsyn, retting og begrensning, jf. personopplysningsloven § 17 da behandling er nødvendig for forskningsformål og rettighetene sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad hindre formålene.

Vi finner at det kan gjøres fritak for retten til sletting da behandling er nødvendig for forskningsformål og sletting vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad hindre formålene, jf. personvernforordningen art. 17 nr. 3 d)

Vi finner at det kan gjøres unntak fra retten til protest da behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 21 nr. 6»

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 24.04.2021. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

05.03.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.03.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Prosjektet er fremlagt for REK. REK konkluderte med at prosjektet er utenfor helseforskningsloven sitt virkeområde (ref: 212546).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

«De små voksne»

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.01.2023.

TAUSHETSPLIKT Utvalg 2

NSD minner om at helsepersonell har taushetsplikt, og dermed ikke kan omtale pasienter på en måte som gjør

dem identifiserbare. I forkant av intervjuene anbefaler vi at deltakerne minnes om sin taushetsplikt og oppfordres til å omtale sine erfaringer på en måte som ikke gjør pasienter identifiserbare, hverken direkte (ved bruk av navn) eller indirekte (gjennom kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger).

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Confrere er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

«De små voksne»

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Vedlegg 4: Vurdering fra REK



Region: Saksbehandler: Telefon: Vår dato: Vår referanse:

REK midt Magnus Alm 73559949 27.01.2021 212546

Deres referanse:

Trude Rein fjell

212546 Barns behov ved selvmordsatferd hos foreldre – en kvalitativ eksplorerende studie av barn og helsepersonell sin opplevelse av intervensjoner for pårørende

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet **Søker:** Trude Rein fjell
Søkers beskrivelse av formål:

Dette forskningsprosjektet har som mål å utforske hvordan psykiske helsetilbud rettet mot barn som pårørende ved foreldres selvmordsatferd fungerer. Formålet med prosjektet er å sammenligne helsepersonell og pårørendes opplevelse av intervensjonene som gis, denne informasjonen vil videre benyttes som et utgangspunkt for å drøfte hvorvidt intervensjoner begrunnet i psykologisk teori ser ut til å fungere i praksis.

Studiens deltakere vil bestå to ulike grupper: helsepersonell som har erfaring med arbeid med barn som pårørende ved foreldres selvmordsatferd, og personer som har vært pårørende til foreldre med selvmordsatferd da de var barn (under 18 år), men som nå er eldre enn 18 år.

Aktuell datainnsamlingsmetode vil være individuelle semistrukturerte intervju med lydopptak, hvorpå innsamlet data vil analyseres ved bruk av tematisk analyse. Det anses som fornuftig å benytte semistrukturerte intervju med åpne spørsmål, da fokus for studien er deltakernes egne opplevelser og erfaringer. Tematisk analyse anses som en god analysemetode ettersom studien ønsker å sammenligne opplevelser og erfaringer på tvers av to ulike grupper. Tematisk analyse gir et godt utgangspunkt for sammenligning av ulike erfaringer rundt samme tematikk.

Kvalitativ forskning egner seg godt for å studere tema det foreligger lite forskning på. Det er ønskelig å gjennomføre en kvalitativ, eksplorerende studie fordi tidligere forskning på emnet har avdekket at det finnes svært få studier som undersøker hvorvidt eksisterende intervensjoner for denne pårørendegruppen oppleves som hensiktsmessige og nyttige fra et brukerperspektiv. Et slikt perspektiv anses som svært relevant for å kunne vurdere hvorvidt hjelpen gruppen får, er tilpasset deres faktiske behov. Gjennom å anvende kvalitative forskningsmetoder vil man kunne belyse pårørendes behov gjennom innsikt i deres personlige erfaringer, som gir utgangspunkt for å vurdere hjelpen denne gruppen mottar. Forskning som kan gi innsikt i unge pårørendes behov for oppfølging og støtte, kan videre antas å være viktig for å kunne utvikle et relevant forebyggende arbeid i dagens helsevesen, både med tanke på selvmordsforebygging og forebygging av andre psykososiale vansker. Mye forskning tyder på at det å ha foreldre med psykiske vansker og suicidforsøk er en risikofaktor for senere utvikling av psykiske lidelser hos pårørende, både når det gjelder selvmordsatferd og annen psykisk sykdom, risiko for problemer på skolen, og avvikende atferd med mer.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 13.01.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Komiteens prosjektsammendrag: Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan psykiske helsetilbud rettet mot barn som pårørende ved foreldres selvmordsatferd fungerer. Man skal sammenligne hvordan helsepersonell og pårørende opplever tilbudet. Utvalget skal bestå av 4-6 helsepersonell som har erfaring med arbeid med barn

«De små voksne»

som pårørende ved foreldres selvmordsatferd, og 4-6 voksne personer som har vært pårørende til foreldre med selvmordsatferd da de var barn. Data skal samles inn gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer med lydopptak. Studien er samtykkebasert.

Komiteens vurdering

Komiteen viser til prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Vi oppfatter prosjektet som helsetjenesteforskning hvor formålet ikke er å skaffe til veie ny kunnskap om medisin og helse i seg selv, men snarere å undersøke hvordan det psykiske helsetilbudet til barn med foreldre med selvmordsatferd fungerer. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Du kan derfor gjennomføre og publisere prosjektet uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom du skal registrere personopplysninger, må prosjektet ha et selvstendig behandlingsgrunnlag, jf. ny personopplysningslov. Behandlingsgrunnlaget må forankres i og avklares med egen institusjon.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom du gjør endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Du må da sende inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor dr. med. / Overlege Leder, REK Midt

Magnus Alm rådgiver, REK midt

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakere – Pårørende



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

«BARNES BEHOV VED SELVMORDSATFERD HOS FORELDRE – EN KVALITATIV EKSPLORERENDE STUDIE AV BARN SOM PÅRØRENDE OG HELSEPERSONELL SIN OPPLEVELSE AV HELSETILBUD»

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor vi ønsker å få mer kunnskap om psykiske helsetilbud rettet mot barn som pårørende ved foreldres selvmordsatferd*. Pårørende og helsepersonell sine opplevelser av hjelpen som tilbys fra helsevesenet vil ses i sammenheng, utforskes og diskuteres. Sammen kan dette gi informasjon om hvordan eksisterende tilbud for denne gruppen pårørende fungerer, og hvorvidt man burde vurdere endringer i eksisterende hjelpetiltak.

For å delta i prosjektet må du være mellom 18 og 40 år gammel. NTNU er ansvarlig institusjon i denne studien.

**Selvmordsatferd refererer til uttrykk av suicidale ideer, trusler eller selvmordsforsøk*

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Du vil som deltaker bli intervjuet av en av våre to forskningsmedarbeidere, som er studenter på det femte året på profesjonsstudiet i psykologi – NTNU. Tidspunkt for gjennomføring vil være våren 2021 i perioden mars til april. Antatt varighet på intervjuet er ca. 45-60 minutter. Det vil benyttes båndopptaker under intervjuene. Intervjuene vil gjennomføres digitalt via videosamtaleløsningen Confrere, dette grunnet den pågående Covid-19 situasjonen. Confrere oppfyller norske myndigheters sikkerhetskrav, og anses som en konfidensiell og trygg plattform.

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet for å forenkle bearbeidelse av informasjonen i etterkant. Ditt samtykke og din underskrift vil også gjelde for tillatelse for lydopptak av intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Vi vil alle reagere ulikt når vi påminnes om det som kan være belastende å snakke om. Noen kan kjenne på nedstemthet eller på andre følelser. Ved behov vil det tas pauser underveis i intervjuet. Du står også fritt til å avbryte intervjuet dersom du kjenner at belastningen blir for stor. Dersom du i etterkant av intervjuet har behov for det, vil prosjektleder Trude Reinfjell, som er psykologspesialist være behjelpelig med å vurdere hvilken hjelpeinstans som kan være aktuell for videre oppfølging.

Det vil ikke bli gitt noen form for belønning eller kompensasjon for å delta i studien. Kunnskapen fra denne studien vil derimot kunne bidra til økt forståelse for hva barn som pårørende ved foreldres selvmordsatferd har behov for, og hvordan man som helsepersonell best mulig kan møte og hjelpe denne gruppen. I intervjuet er vi interessert i din opplevelse, og det er derfor ingen fasit på spørsmålene eller gale svar.

Vi ønsker å komme i kontakt med deg som da du var barn (under 18 år) hadde en forelder med selvmordsatferd, hvor forelderen mottok hjelp fra helsevesenet relatert til selvmordsatferd/psykisk uhelse. Vi ønsker også at du som deltaker skal ha mottatt hjelp fra helsevesenet relatert til din situasjon som pårørende og/eller etterlatt.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

«De små voksne»

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger og lydopptak. Du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke om å delta, uten å oppgi grunn. Skulle du ved et senere tidspunkt velge å trekke deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektleder og veileder Trude Reinfjell, 90 54 13 97, trude.reinfjell@ntnu.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har i tillegg rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene rundt behandlingen av opplysningene dine.

Alle opplysningene du gir vil behandles konfidensielt, uten navn, fødselsnummer eller andre identifiserbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger. Det er kun Alba de Figueiredo Lykke og Marte Neraas Solheim som skribenter og prosjektleder Trude Reinfjell som har tilgang til informasjonen. Prosjektleder vil være ansvarlig for den daglige driften av forskningsprosjektet og at dine opplysninger behandles på en sikker måte. Etter gjennomført intervju vil lydopptakene transkriberes. Alle mulige personidentifiserende opplysninger vil fjernes fra transkripsjonen, og lydopptaket vil slettes umiddelbart etter å ha blitt transkribert. Fram til sletting vil lydopptakene oppbevares i kodelåste skap. De anonymiserte opplysningene om deg vil bli slettet senest januar 2023. Resultatene i hovedoppgaven vil presenteres på en slik måte at det ikke vil fremgå personidentifiserende informasjon.

GODKJENNING

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig NTNU, v/ instituttleder Ute Gabriel, og prosjektleder Trude Reinfjell, begge fra Institutt for Psykologi, et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning om Samtykke (art.6 nr 1 bokstav a) og Uttrykkelig samtykke (art.9 nr. 2 bokstav a).

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

For å melde din deltakelse, trekke din deltakelse, eller dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du kontakte Alba de Figueiredo Lykke, tlf: 93 69 54 96, alba.lykke@gmail.com eller Marte Neraas Solheim, tlf: 45 86 22 05, marte_solheim@hotmail.com

«De små voksne»

Hvis du har spørsmål om behandlingen av dine personopplysninger i prosjektet, kan du kontakte institusjonens personvernombud. Thomas Helgesen, tlf.: 93079038, e-mail: thomas.helgesen@ntnu.no

**JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG AT INFORMASJON FRA INTERVJUET
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET**

Samtykke gjelder også for bruk av lydopptak av intervjuet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakere – Helsepersonell



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

«BARNES BEHOV VED SELVMORDSATFERD HOS FORELDRE – EN KVALITATIV EKSPLORERENDE STUDIE AV BARN SOM PÅRØRENDE OG HELSEPERSONELL SIN OPPLEVELSE AV HELSETILBUD»

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor vi ønsker å få mer kunnskap om psykiske helsetilbud rettet mot barn som pårørende ved foreldres selvmordsatferd*. Pårørende og helsepersonell sine opplevelser av hjelpen som tilbys fra helsevesenet vil ses i sammenheng, utforskes og diskuteres. Sammen kan dette gi informasjon om hvordan eksisterende tilbud for denne gruppen pårørende fungerer i praksis, og hvorvidt man burde vurdere endringer i eksisterende hjelpetiltak.

Vi ønsker å komme i kontakt med deg som er helsepersonell og har jobbet/jobber med voksne pasienter med selvmordsatferd, for å høre hva slags erfaring du har med å tilby hjelp til barna deres.

NTNU er ansvarlig institusjon i denne studien.

**Selvmordsatferd refererer til uttrykk av suicidale ideer, trusler eller selvmordsforsøk*

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Du vil som deltaker bli intervjuet av en av våre to forskningsmedarbeidere, som er studenter på det femte året på profesjonsstudiet i psykologi – NTNU. Tidspunkt for gjennomføring vil være våren 2021 i perioden mars til april. Antatt varighet på intervjuet er ca. 45 minutter – 1 time. Det vil benyttes båndopptaker under intervjuene. Intervjuene vil gjennomføres digitalt via videosamtaleløsningen Confrere, dette grunnet den pågående Covid-19 situasjonen. Confrere oppfyller norske myndigheters sikkerhetskrav, og anses som en konfidensiell og trygg plattform.

Du vil ikke bli spurt om å utlevere taushetsbelagte opplysninger. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet for å forenkle bearbeidelse av informasjonen i etterkant. Ditt samtykke og underskrift vil også gjelde for tillatelse for lydopptak av intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke bli gitt noen form for belønning eller kompensasjon for å delta i studien. Kunnskapen fra denne studien vil derimot kunne bidra til økt forståelse for hva barn som pårørende ved foreldres selvmordsatferd har behov for, og hvordan man som helsepersonell best mulig kan møte og hjelpe denne gruppen.

Du står fritt til å avbryte intervjuet dersom du ønsker dette.

I intervjuet er vi interessert i din opplevelse, og det er derfor ingen fasit på spørsmålene eller gale svar.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke.

«De små voksne»

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger og lydopptak. Du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke om å delta, uten å oppgi grunn. Skulle du ved et senere tidspunkt velge å trekke deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektleder og veileder Trude Reinfjell, 90 54 13 97, trude.reinfjell@ntnu.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har i tillegg rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene rundt behandlingen av opplysningene dine.

Alle opplysningene du gir vil behandles konfidensielt, uten navn, fødselsnummer eller andre identifiserbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger. Det er kun Alba de Figueiredo Lykke og Marte Neraas Solheim som skribenter og prosjektleder Trude Reinfjell som har tilgang til informasjonen. Prosjektleder vil være ansvarlig for den daglige driften av forskningsprosjektet og at dine opplysninger behandles på en sikker måte. Etter gjennomført intervju vil lydopptakene transkriberes. Alle mulige personidentifiserende opplysninger vil fjernes fra transkripsjonen, og lydopptaket vil slettes umiddelbart etter å ha blitt transkribert. Fram til sletting vil lydopptakene oppbevares i kodelåste skap. De anonymiserte opplysningene om deg vil bli slettet senest januar 2023. Resultatene i hovedoppgaven vil presenteres på en slik måte at det ikke vil fremgå personidentifiserende informasjon.

GODKJENNING

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig NTNU, v/ instituttleder Ute Gabriel, og prosjektleder Trude Reinfjell, begge fra Institutt for Psykologi, et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning om Samtykke (art.6 nr 1 bokstav a) og Uttrykkelig samtykke (art.9 nr. 2 bokstav a).

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

For å melde din deltakelse, trekke din deltakelse, eller dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du kontakte Alba de Figueiredo Lykke, tlf: 93 69 54 96, alba.lykke@gmail.com eller Marte Neraas Solheim, tlf: 45 86 22 05, marte_solheim@hotmail.com

«De små voksne»

Hvis du har spørsmål om behandlingen av dine personopplysninger i prosjektet, kan du kontakte institusjonens personvernombud. Thomas Helgesen, tlf.: 93079038, e-mail: thomas.helgesen@ntnu.no

**JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG AT INFORMASJON FRA INTERVJUET
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET**

Samtykke gjelder også for bruk av lydopptak av intervjuet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 7: Intervjuguide – Pårørende

Intervjuguide – Pårørende

- *Begrepsavklaring først: I intervjuet vil vi benytte begrepet “selvmordsatferd”. Dette defineres som uttrykk av suicidale ideer, trusler eller selvmordsforsøk*

Demografisk data som innhentes:

- Kjønn
- Alder
 - 18-25
 - 26-30
 - 31-35
 - 36-40

1. Til å begynne med ønsker jeg å stille deg noen spørsmål om din situasjon som pårørende da du var barn

- Hvor gammel var du første gang du opplevde at forelderen din hadde selvmordsatferd?
- Hvordan var familiesituasjonen din på denne tiden?
 - Søsken?
 - Omsorgssituasjon? Bodde du hos en av foreldrene dine, begge, litt hos hver?
- Mottok du støtte/hjelp fra andre enn nærmeste familie (som ikke var helsevesenet) i forbindelse med det at din situasjon som pårørende?
 - Hvem?
 - Hvilken form for hjelp?
- Er det snakk om en enkelthendelse av utvist selvmordsatferd eller flere (f.eks. uttrykk for å ikke ville leve lengre, trusler om selvmord, selvmordsforsøk)?
 - Hvis flere: hvor mange hendelser? Hva var varigheten?
- Ble det snakket om hendelsen(e) i etterkant, og i så fall hvilken forklaring fikk du på det som hadde skjedd?

2. Videre ønsker jeg å spørre deg litt om omstendighetene rundt hjelpen du mottok fra helsevesenet:

- Hvordan ble du kontaktet og av hvem?
- Fikk du tilbud om hjelp umiddelbart etter hendelsen, og i så fall hva slags?
- Hvor lenge ble du fulgt opp? Hva slags hjelp mottok du evt. over lengre tid?

3. Jeg ønsker også å vite mer om hva du opplevde å ha behov for i møte med helsevesenet? (Cue: Hva opplevde du som utfordrende i tiden etter hendelsen?)

«De små voksne»

- Umiddelbart etter hendelsen?
 - På lang sikt etter hendelsen?
- 4. Nå har jeg noen spørsmål om din opplevelse av hjelpen du mottok:**
- Hvordan opplevde du første møte med helsevesenet?
 - Hva opplevde du som hjelpsomt?
 - Var det noe du opplevde som mindre hjelpsomt, evt. hva?
 - Hva savnet du?
 - Umiddelbart?
 - På lang sikt?
- 5. Hva mener du er det viktigste hjelpeapparatet kan gjøre for å hjelpe barn som pårørende til foreldre med selvmordsatferd?**
- 6. Er det noe du ønsker å si til helsepersonell som arbeider med denne tematikken?**

Debriefing med alle deltakerne

Hvordan opplevde du intervjuet? Var det noe som var vanskelig å snakke om? Er det noe du tenker du vil si, men som vi ikke spurte deg om? Har du noen spørsmål til oss nå som vi er ferdige med intervjuet?

Dersom du kjenner på at det er noe av det du har delt i dag som du ikke ønsker at vi skal inkludere i studien, har du mulighet til å si ifra nå i etterkant av intervjuet.

Dersom du har spørsmål eller ønsker å trekke deg fra prosjektet, kan du ta kontakt med prosjektleder Trude Reinjfell, psykologspesialist og førsteamanuensis ved Institutt for psykologi, NTNU på tlf 90 54 13 97 eller på e-post trude.reinjfell@ntnu.no.

Vedlegg 8: Intervjuguide – Helsepersonell

I intervjuet vil vi benytte begrepet "selvmordsatferd". Dette defineres som uttrykk av suicidale ideer, trusler eller faktiske selvmordsforsøk.

Demografisk data som innhentes:

- Kjønn
- Alder:
 - 18 - 25
 - 26 - 35
 - 36 - 45
 - 46 - 55
 - 56 - 65
- **Hva slags avdeling jobber du på?**

1. Først har jeg noen spørsmål til deg om ditt arbeid med barn som pårørende.

- Hvor lenge har du jobbet med denne gruppen?
- Når du følger opp pasienter med selvmordsatferd, i hvor stor grad inkluderes barn som pårørende?
 - **Når de inkluderes, hvordan foregår denne prosessen?**
- Hvilken type oppfølging tilbys til barn som pårørende der du arbeider? (varighet, type intervensjon(er))
 - Hva slags type oppfølging tilbys umiddelbart etter en episode med suicidforsøk?
 - Hva slags type oppfølging tilbys over lengre tid?
 - Hvordan er det med påkobling av andre instanser som er aktuelle for barnet? Skole, venner, utvidet familie? Annet hjelpeapparat, barnevern? Hvordan gjøres dette?

2. Videre lurer jeg på hvilke behov du har erfart at denne pårørendegruppa har. Kanskje er det naturlig at barna har ulike behov umiddelbart etter og på lengre sikt etter en slik hendelse.

- Vi kan begynne med hvilke behov du har erfart at barna har umiddelbart/i en tidlig fase etter en slik hendelse
- Hva med behov på lengre sikt?

3. Jeg ønsker også å vite mer om hvordan du som helsepersonell opplever nåværende tiltak som tilbys på din arbeidsplass:

- Hvilke tanker har du om det å inkludere barn som pårørende i oppfølging av pasienter med selvmordsatferd?
- **Hva opplever du som hjelpsomt for denne gruppen?**
 - **Spesifikke tiltak du tenker fungerer godt?**
- Opplever du at tiltakene som tilbys har noen svakheter?

«De små voksne»

- Eventuelle behov du tenker ikke blir møtt gjennom tiltakene som tilbys? (Umiddelbare behov, langsiktige behov)
- Har dere barneansvarlig på avdelingen?
 - Hva er dine erfaringer med bruk av barneansvarlig?
- **Hva mener du er det viktigste hjelpeapparatet/din arbeidsplass kan gjøre for å bedre situasjonen for pårørende?**

4. Til slutt ønsker jeg å høre litt mer om din subjektive erfaring med arbeidet med denne pårørendegruppen:

- Hvordan synes du det er å gjennomføre samtaler med barn som pårørende?
- Utfordringer med det aktuelle arbeidet?
 - Opplever du at taushetsplikten påvirker din mulighet til å ivareta barn som pårørende?
 - Samarbeid med andre instanser?
 - Mangel på tid, liten kunnskap om samtale med barn, egen utrygghet?
- **Hva trenger du for å bli enda tryggere i samtaler med barn som pårørende?**

Debriefing med alle deltakerne

Hvordan opplevde du intervjuet? Har du noe du tenker du vil nevne, men som vi ikke spurte deg om? Har du noen spørsmål til oss etter å ha fullført intervjuet?

