

Proet-Høst, Aurora. Kandidatnummer 10023
Veileder: Isaksen, Lasse Skogvold

Barnevernets ivaretagelse av barn med psykisk syke foreldre

The child welfare service's care for children with mentally ill parents

Bacheloroppgave i Barnevern
Veileder: Isaksen, Lasse Skogvold
Mai 2022

Proet-Høst, Aurora. Kandidatnummer 10023
Veileder: Isaksen, Lasse Skogvold

Barnevernets ivaretagelse av barn med psykisk syke foreldre

The child welfare service's care for children with mentally ill parents

Bacheloroppgave i Barnevern
Veileder: Isaksen, Lasse Skogvold
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for psykisk helse

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan barnevernspedagoger kan ivareta barn med psykisk syke foreldre med fokus på resiliens som verktøy.

Metode: Som metode har det blitt utført et systematisk litteratursøk hvor det kom frem fem forskningsartikler. Disse artiklene og relevant litteratur har belyst problemstillingen.

Resultat: Det kom frem at barn og unge savner informasjon og oppfølging rundt foreldrenes psykiske sykdom. Samtidig opplever de skyldfølelse og skam som en følge av manglende informasjon. Barna tilpasser seg foreldrene, og kan bruke parentifisering som arena for mestring. Foreldre, helsepersonell og barna selv, har noe motstridene erfaringer. Det kommer også frem at barna ofte ikke blir oppfattet realistisk nok. Tiltak rettet mot å styrke både barnet alene, og familien som helhet, kan redusere stress og styrke resiliensutviklingen.

Konklusjon: For at barnevernspedagogen skal kunne ivareta barn som er pårørende til foreldre med psykisk sykdom, bør en jobbe systemteoretisk for å ivareta helhetsperspektivet samt fremme resiliens. Samtidig må man jobbe for å fjerne stigmaet disse barna opplever ved å gi tilpasset informasjon. Det er nyttig for barna å møte andre i samme situasjon, og å ha noen fortrolige å henvende seg til både i og utenfor familien. Dersom barnevernspedagogen ser barnet og dens behov vil man kunne forebygge senere vansker i barnets overgang til voksenlivet.

Summary

Aim: The aim of this thesis was to survey out how child welfare educators can take care of children with mentally ill parents, with a focus on resilience as a tool.

Method: As a method, a systematic literature search was used, where five research articles were selected. These articles and relevant literature have shed light on the issue.

Result: It was found that children and young people lack information and follow-up about their parents' mental illness. At the same time, they experience guilt and shame because of lack of information. The children adapt to the parents, and can use parentification as an arena for mastery. Parents, health professionals and the children themselves, have somewhat conflicting experiences. It also emerges that children are often not perceived realistic enough. Measures aimed at strengthening both the child alone, and the family, can reduce stress and strengthen the development of resilience.

Conclusion: In order for the child welfare educator to be able to take care of children who are relatives of parents with mental illness, one should work in systems theory to take care of the holistic perspective and promote resilience. At the same time, one must work to remove the stigma these children experience by providing customized information. It is useful for children to meet others in the same situation, and to have someone familiar to turn to both inside and outside the family. If the child welfare educator sees the child and its needs, it will be possible to prevent later difficulties in the child's transition to adulthood.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning	6
1.4 Barnevernsfaglig relevans	7
1.5 Oppgavens videre oppbygning	8
2.0 Metode	8
2.1 Litteraturstudie som metode	8
2.2 Søkeord og historikk	9
2.3 Kildekritikk	10
3.0 Juridisk rammeverk	10
3.1 Relevant lovverk for helsepersonell	10
3.1.2 Barns rettigheter.....	12
3.1.3 Barnets beste	12
4.0 Teoretisk rammeverk	12
4.1 Resiliens	13
4.2 Systemteori	14
4.3 Barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser	15
4.3.1 Parentifisering	16
4.4 Psykisk sykdom og innvirkning på foreldrefungering	16
5.0 Presentasjon av artikler	18
5.1 Tabell/Figur 1 – artikkel 1:	18
5.2 Tabell/figur 2 – artikkel 2:	18
5.3 Tabell/figur 3 – artikkel 3:	19
5.4 Tabell/figur 4 – artikkel 4.....	19
5.5 Tabell/figur 5 – artikkel 5:	20
5.6 Hovedtema funn	20
6.0 Funn	21
6.1 Funn knyttet til skam og hemmeligholdelse	21
6.2 Funn knyttet til behovet for informasjon som verktøy for å fremme resiliens.....	23
6.3 Funn knyttet til mestringsstrategier og økt ansvar som arena for utvikling av resiliens.....	24
6.4 Funn knyttet til foreldrenes og helsepersonells opplevelse av situasjonen.....	25
6.5 Funn knyttet til tiltak som fremstår som hensiktsmessig for å fremme resiliens.....	25
7.0 Diskusjon	26
7.1 Resiliensfremmende informasjon for å minske følelsen av skam og skyld	26

7.2 Å oppfatte barnet realistisk som verktøy for å fremme resiliens.....	28
7.3 Hvordan møte barna med et systemteoretisk perspektiv som verktøy for å fremme resiliens?.....	29
7.4 Økt ansvar i et krysningsfelt mellom parentifisering og resiliens	30
7.5 Tiltak som fremmer resiliens.....	31
8.0 Avslutning.....	32
Litteraturliste.....	34

Barnevernets ivaretagelse av barn med psykisk syke foreldre

1.0 Innledning

I dette kapittelet vil det redegjøres for bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling og avgrensninger gjort i oppgaven. Deretter gjøres det rede for barnevernsfaglig relevans og til slutt oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min interesse for psykiske lidelser hos foreldre ble vekket i 2. året på utdanningen, da vi hadde et emne med blant annet dette temaet. Gjennom erfaringer jeg gjorde meg i praksisperioden fikk jeg også se med egne øyne hvordan psykiske lidelser hos foreldre kan virke inn på barna, og det ble derfor et naturlig valg å skrive om dette i bacheloroppgaven.

Det er godt kjent i forskningsmiljøene at barn av foreldre med psykiske lidelser har en økt risiko for ulike belastninger direkte knyttet til foreldrenes sykdom, som for eksempel parentifisering eller en følelse av skam og skyld. Ulike studier som omhandler foreldre med psykiske lidelser peker også på at sykdommen kan redusere foreldrenes evne til å ta seg av barna. Dette kan dreie seg om for eksempel manglende evne til å skape en adekvat følelsesmessig tilknytning til barnet, lite responsivitet, dårlig sosial kompetanse eller et tankesett preget av negativitet eller fiendtlighet. Det kan oppstå en alvorlig situasjon dersom dette vedvarer og ingen andre tar seg av barnas behov.

De siste ti årene har barn og unge som vokser opp med foreldre med psykisk sykdom vært en stor politisk satsing, og det er først i løpet av disse årene at begrepet "pårørende" har blitt knyttet opp mot barn og unge (Bergem, 2016:11). Helsepersonelloven paragraf 10a (1997) konkretiserer dette ytterligere ved å slå fast at helsepersonell "skal bidra til å ivareta det behov for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skadde kan ha som følge av foreldrenes tilstand." (Helsepersonelloven, 1997, §10a). Dette innebærer at helse- og sosialarbeidere aktivt skal sørge for at fokuset på barnet blir opprettholdt selv om det eksempelvis er snakk om voksenpsykiatri eller rehabilitering for voksne

Fellestrekkene ved erfaringene jeg har gjort meg underveis i utdanningen er at fokuset synes å være problemorientert. Dette introduserte meg til en alternativ forståelse som legger vekt på de styrkene og ressursene som allerede finnes i familien og i barnet. Begrepet resiliens handler om troen på at mennesker med de rette forutsetningene kan "klare seg" på tross av en rekke utfordringer (Borge, 2010:11), og det er derfor relevant å identifisere hva som gjør at noen "klarer seg" for å implementere dette i tiltak rettet mot barn av psykisk syke foreldre.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen som følger av oppgaven, er: ***Hvordan erfarer barn av psykisk syke foreldre hverdagen, og hvilke faktorer spiller inn for utvikling av resiliens hos disse barna?***

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven ønsker jeg hovedsakelig å fokusere på barn som lever med foreldre med psykisk sykdom som går ut over deres evne til å fungere som omsorgspersoner.

Med "barn" i denne oppgaven menes mindreårige under 18 år.

Av oppgavens omfang, og fordi dagens forskning innenfor temaet sier mye om mindreårige generelt, vil det ikke skilles mellom ulike aldersgrupper, og i svært liten grad vil det skilles mellom kjønnene.

Betegnelsen "psykisk syk forelder" omfatter i dette tilfellet foreldre med alle former for langvarige psykiske lidelser. Det er viktig å påpeke at dette er en bred og heterogen gruppe som vil bli generalisert i denne oppgaven. Begrepet "foreldre" vil bli brukt uavhengig av formalisert omsorgssituasjon - og omfatter både biologiske foreldre, fosterforeldre, adoptivforeldre og steforeldre. Psykisk sykdom vil også bli generalisert da forskning tyder på at det er effekten selve lidelsen har på foreldrefungeringen som har størst innvirkning på barnets utvikling, og ikke lidelsen i seg selv (Masten m.fl. 1990). I tillegg er fokuset i denne oppgaven hvordan man kan støtte barna, ikke hvordan man kan endre foreldrenes egne psykiske diagnose. Det vil derfor ikke bli differensiert mellom de ulike psykiske lidelsene, selv om det selvsagt er viktig med spesifikk kunnskap om diagnoser i enkelttilfeller.

Et viktig aspekt ved denne oppgaven er dessuten at foreldrenes konkrete diagnose ikke er styrende for barnas opplevelse av den.

Begrepene "barnevernspedagog" og "sosialarbeider" blir brukt om hverandre i oppgaven for å sikre leservennlighet og språklig variasjon.

1.4 Barnevernsfaglig relevans

I følge lov om barnevernstjenester (Barnevernloven, 1992), er lovens formål "å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg i rett tid" (Barnevernloven, 1992). Det er grundig dokumentert at barn som vokser opp med foreldre med psykiske helseplager har en forhøyet risiko for manglende utviklingsstøtte, samspillsproblemer og atferdsforstyrrelser. Samtidig beskriver voksne barn av foreldre med psykiske lidelser en barndom preget av skam, skyldfølelse, ensomhet og uforutsigbarhet (Halsa og Aubert, 2016). Helsepersonelloven er også tydelig på dette området: pasientenes barn skal bli kartlagt, og barna skal følges opp med nødvendige tiltak etter behov (Helsepersonelloven, 1997, §10a). I praksis blir dette gjort i varierende grad. Årsakene til dette er ikke entydig formulert, men det kan dreie seg om alt fra merarbeid og uklare roller eller mangel på kunnskap (Foster m.fl., 2011). Samtidig peker Halsaa og Aubert (2016) på at det er et stort gap mellom kunnskapen vi har om risiko og belastninger for barn og unge av psykisk syke foreldre, og hva som gjøres for å hjelpe og støtte denne gruppen. Det kommer frem i Bergem (2016:15) at hvilken hjelp som tilbys bærer preg av å være nærmest tilfeldig.

Barnevernspedagogen har både faglig kompetanse til å vurdere barnas situasjon og arbeider også ofte i et miljø hvor det vil være naturlig å møte brukergruppen. Vi er derfor i en særlig god posisjon til å både fange opp og "huke tak i" de barna og familiene som kan trenge ekstra støtte og rådgivning knyttet til foreldres psykiske lidelser.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven vil videre gjøre rede for bruk av litteraturstudie som metode. Metodedelen vil også inneholde søkshistorikk og kildekritikk. Kapittel 3 presenterer juridisk rammeverk. Kapittel 4 er det teoretiske rammeverket for oppgaven, og tar for seg resiliens, systemteori, barn som pårørende og foreldrefungering. Deretter presenteres forskningsfunn i kapittel 5 og 6. Videre i kapittel 7 brukes teori og forskningsfunn som grunnlag for drøfting. Til slutt oppsummeres besvarelsen.

2.0 Metode

I dette kapittelet skal det redegjøres for de ulike fremgangsmåtene som blir brukt i denne oppgaven. Her vil også søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier og kildekritikk bli gjort rede for.

Metode innebærer å bruke og overholde intellektuelle standarder i vitenskapelig argumentasjon. Det er sentralt å systematisere egne tanker, og det stilles krav til ærlighet og sannhet. For å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne eller holdbare finnes det ulike metoder, og valget av metode avhenger av hvordan man ønsker å fremskaffe eller etterprøve kunnskapen (Dalland, 2017:51).

2.1 Litteraturstudie som metode

Metoden integrativ litteraturoversikt danner grunnlaget for denne oppgaven. I en litteraturoversikt skapes en oversikt over det som allerede finnes av kunnskap innenfor et bestemt område. Kjennetegn ved denne metoden er at man skal skape en oversikt over et bestemt tema ved å basere seg på et systematisk utvalg av artikler, samtidig som man kan trekke egne konklusjoner ut ifra resultatene (Friberg, 2017:150).

Artiklene som er valgt for å belyse problemstillingen har benyttet seg av kvalitativ metode. Kvalitativ metode betyr å gå i dybden på et problem eller fenomen som vanskelig lar seg tallfeste eller måle. Ved å gå i dybden innhenter man et bredt spekter av opplysninger fra få

enheter. Målet med kvalitativ metode er å formidle forståelse ved å skape sammenheng og helhet (Dalland, 2017:52-53).

2.2 Søkeord og historikk

Jeg startet med strukturelle søk i diverse databaser vi har blitt anbefalt å bruke. Til å begynne med fikk jeg opp svært mange treff, hvor mange artikler inkluderte rusbruk eller somatiske lidelser. En del artikler omhandlet også andre perspektiver enn barnets, som for eksempel foreldrenes eller helsepersonells erfaringer.

Norske søkeord som ble brukt var barn, pårørende, resiliens, psykiatri, parentifisering og foreldre. For å kombinere og spisse søkeordene ble det brukt "OR" og "OG". De engelske søkeordene som ble brukt var children, parents with mental illness, mentally ill parents og resilience. I utvelgelsen av artiklene ble sammendraget til hver aktuell artikkel lest. I de tilfellene hvor funnene opplevdes som relevante ble artikkelen lest i sin helhet.

Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvelgelsen av artiklene:

Inklusjonskriterier:

- Barn som vokser opp i en familie hvor en eller begge foreldre har en psykisk sykdom
- Erfaringer hovedsakelig fra barn
- Fokus på hvilke faktorer som ansees å være hensiktsmessige for å hjelpe familiene
- Norsk og internasjonal forskning skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk
- Fagfelleverderte artikler fra siste 10 år

Eksklusjonskriterier:

- Andre språk enn engelsk, norsk, dansk og svensk
- Akuttpsykiatri
- Artikler om rus, alkoholmisbruk eller somatisk sykdom hvor dette ikke skilles fra psykiatri
- Artikler om urbefolkninger
- Artikler skrevet fra et samfunn som ikke er sammenlignbart til det norske samfunnet

2.3 Kildekritikk

Dalland definerer kildekritikk som det å vurdere og karakterisere benyttet litteratur (Dalland, 2017:72) Formålet med kildekritikk i denne oppgaven har vært å vurdere om funnene har vært relevante for å besvare oppgavens problemstilling. Litteraturens relevans, gyldighet og holdbarhet er viktige faktorer for å vurdere reliabilitet (2017:72).

De fem vitenskapelige artiklene som brukes i denne oppgaven er alle fra fagfellevurderte tidsskrifter. Dette forsikret jeg meg om ved å sjekke alle tidsskriftene opp mot kanalregisteret (kanalregisteret.hkdir.no).

For å gi leseren mulighet til å ta en selvstendig vurdering av kildene har jeg vært åpen om datagrunnlaget mitt. Se informasjon i skjemaer i kapittel 5. De fleste artiklene er skrevet på engelsk, og det er derfor relevant å nevne at oversettelsen er gjort av kandidaten. Enkelte ordlyder kan avvike noe fra originalen.

De etiske overveielserne i artiklene jeg har brukt er allerede utført av tidsskriftene. De generelle forskningsetiske retningslinjene fastsatt av De nasjonale forskningsetiske komiteene fra 2014 har allikevel blitt brukt i oppgaven for å sikre rett behandling av anvendt litteratur.

3.0 Juridisk rammeverk

I denne delen presenteres relevant lovverk knyttet til både helsepersonells krav til ivaretagelse av barn og unge som pårørende, og barns rettigheter i form av Barnekonvensjonen med spesielt fokus på barnets beste.

3.1 Relevant lovverk for helsepersonell

Lovendringer i forhold til barn som pårørende trådte i kraft 1. januar 2010. Både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven ble revidert, og pålegger både at helsepersonell og helsetjenester tar større ansvar for barn i en pårørendesituasjon (Helsedirektoratet, 2018). I Følge helsepersonelloven §10a skal helsepersonell:

''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 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, 1997)

Vi må sette denne bestemmelsen i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-7a, som pålegger institusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha personell med barneansvar og nødvendig kompetanse til å legge til rette for oppfølging av denne gruppen barn (Helsedirektoratet, 2018)

Samtidig har helsepersonell som arbeider innenfor lov om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1961) plikt til å være oppmerksomme på forhold som kan gjøre det nødvendig å kontakte barnevernstjenesten, jf. §21b. Slike forhold kan for eksempel være utskrivning fra institusjon.

Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-3 (1999) sier at dersom pasienten samtykker, eller forholdene tilsier at det er nødvendig, skal pasientens nærmeste pårørende få informasjon om pasientens helsetilstand og hvilken hjelp som ytes. I følge §3-5 heter det at informasjonen skal være tilpasset forutsetninger som alder, språk og modenhet.

Helsepersonelloven §10a, spesialisthelsetjenesteloven §3-7a, psykisk helsevernloven §21b og lov om pasient- og brukerrettigheter §3-3 og 3-5 synligjør at hensynet til pårørende, og da særlig barn som pårørende, er prioriterte oppgaver i helsevesenet.

Loverket plasserer barnevernet i posisjon til å fungere som brobygger mellom helsetjenester for voksne, og mindreårige barn av foreldre som benytter seg av helsetjenester. Under gjennomgangen av det presenterte loverket kommer det allikevel frem at barnevernet til dels er avhengig av at andre instanser melder ifra for å oppfylle denne plikten.

3.1.2 Barns rettigheter

Vi må anerkjenne barn og unge som medborgere i samfunnet med tilsvarende rettigheter. De siste tiårene har man sett et økt søkelys på barns rettigheter (Paulsen og Studsrød, 2019:27). Dette vises for eksempel i menneskerettsloven og i grunnloven, hvor Barnekonvensjonen nå er implementert.

Barnekonvensjonen understreker at alle barn i verden skal ha de samme universelle rettighetene, uansett hvem de er og hvor de bor (barne- og familiedepartementet, 2003). Rettighetene er økonomiske, politiske, kulturelle og sosiale, og gjelder alle under 18 år uavhengig av kjønn, nasjonalitet, sosial status og religion. Loven stadfester barns rettigheter når det kommer til skole, foreldre, staten og andre voksne (Paulsen og Studsrød, 2019:27).

3.1.3 Barnets beste

Hvordan vi forstår barnets beste endrer seg med tiden og ut ifra hvilket perspektiv vi har utgangspunkt i. Prinsippet skal allikevel alltid veie tungt i alle avgjørelser som tas om barn og unge. Noe av det mest utfordrende barnevernet står overfor er situasjoner der barnets beste ikke samsvarer med foreldrenes ønsker eller deres egen opplevelse av hva som er det beste for barnet (Bunkholt og Kvaran, 2015).

I følge artikkel 3 om "barnets beste" i FNs barnekonvensjon (1989) skal alle handlinger som berører barn ha utgangspunkt i hva som er best for barnet. Begrepet "barnets beste" brukes også i barnevernloven §§43, 48 og 55, for å ivareta barnets behov og interesser. Hensynet til barnets beste er ikke bare en rettighet og et grunnleggende hensyn, men også en saksbehandlingsregel. Prinsippet bygger på en mekanisme som sikrer barnas rettigheter i møte med andre hensyn og interesser, som for eksempel foreldrenes eller skolens (Larsen, 2021). I 2014 ble "barnets beste"-prinsippet inkorporert i Grunnloven (1814), noe som gjorde prinsippet tydeligere i norsk lovgivning. I grunnloven § 104 heter det at "*ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.*"

4.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet etableres det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Det vil presenteres sentrale teorier som er relevante for å belyse problemstillingen.

4.1 Resiliens

Selv barn som har levd under svært risikofylte forhold i oppveksten kan utvikle gode ferdigheter og få gode liv som voksne. Disse barna kan gi oss uvurderlig kunnskap om hvilke faktorer som spiller inn i utviklingen av resiliens, men har i lang tid blitt oversett av forskere. Fokuset har i større grad handlet om de det går galt for, og man har derfor gått glipp av hva det er som beskytter risikobarn som klarer seg bra. Først i senere tid har oppmerksomheten blitt rettet mot fenomenet "barn-som-viser-bedre-enn-forventet-utvikling", og det kan virke som at forskningsmiljøene omsider har forstått at dette kan hjelpe andre barn til å bli mindre sårbare og mer resiliente (Borge, 2010:11). En av årsakene til at resiliensforskningen har latt vente på seg kan i følge Borge være at fenomenet er vanskelig å forklare.

Resiliens er dynamiske tilstander som kan endres over tid og som i ulik grad følger oss gjennom livet. Resiliente ferdigheter er ikke medfødt, men kan læres og utvikles gjennom å identifisere og bruke de beskyttelsesfaktorene barna har i seg selv og i livsmiljøet sitt. Beskyttelsesfaktorer utvikler og opprettholder resiliens, og kan forbedre barnets respons på den risiko som ellers kunne predisponert dem for vansker. Man kan derfor si at resiliens modererer den negative effekten av risiko. Utviklingen av resiliens handler ikke bare om å håndtere en vanskelig situasjon, men også om å bygge styrke for å bli bedre utstyrt til fremtidige vanskelige situasjoner (Ungar og Lerner, 2008, referert i Foster m.fl. 2014).

Individuell resiliens handler om evnen til å finne positive sider ved vanskelige situasjoner, og om evnen til å tilpasse seg i møte med motgang. For barn som vokser opp med psykisk syke foreldre kan resiliens for eksempel innebære at barnet utvikler seg tilfredsstillende på tross av dårlige forutsetninger (Bunkholdt og Kvaran, 2015:61).

Den sentrale resiliensforskeren Michael Rutter slår fast at resiliens viser seg når en person fungerer bedre enn andre som har opplevd samme type risiko (Rutter, 2015:341). Dette forteller at resiliens og risiko er nært knyttet opp mot hverandre, og Borge (2010:50) slår fast at risiko er en forutsetning for resiliens. Risikoen i seg selv er ikke det viktigste, men de

prosessene risikoen aktiverer i barnet (Borge, 2010:51). Rutter (2015:341) fant i sin forskning ut at det er store ulikheter i enkeltindividers respons på risiko, og at det er i de tilfeller hvor man opplever mestring knyttet til belastninger at resiliens utvikles.

I resiliensforskningen er det sentralt å utforske hvilke forhold som skaper motstandsdyktighet. Dette innebærer å finne ut av hvilke faktorer som bidrar til at barn ikke utvikler problemer, til tross for at de lever under risikable forhold (Bunkholdt og Kvaran, 2015:62). Slike faktorer kan være fritidsaktiviteter, andre nære voksenpersoner, individuell robusthet eller god selvfølelse.

Kauai-undersøkelsen er det første eksempelet vi har på resiliensforskning (Borge, 2010:16). Ruth Smith og Emmy Werner (1992, referert i Borge 2010:19) fulgte en gruppe barn over mer enn 40 år for å studere sammenhengen mellom oppvekst og miljørisiko gjennom de ulike fasene av livet. Målet med undersøkelsen var å identifisere hvilke faktorer som gjorde at enkelte av risikobarna klarte seg bra. Gjennom å følge barna fra de ble født til de var voksne, fikk man kunnskap om hvilke forhold som ledet til problemer samt hvilke forhold som bidro til å dempe allerede eksisterende problemer. Av risikobarna i undersøkelsen var det cirka én tredjedel som utviklet seg til å bli velfungerende personer som 18-åringer. To tredjedeler utviklet atferdsproblemer, mentale forstyrrelser eller lærevansker. Flere av risikobarna ble også kriminelle (Borge, 2010:25). Dette viser at faktorer som enten hemmer eller fremmer resiliens i barnet har betydning for utviklingen gjennom hele oppveksten, og videre inn i tilpasningen til voksenlivet.

4.2 Systemteori

Systemteori er et sentralt perspektiv innenfor barnevernsfaglig arbeid. Denne teorien legger vekt på sammenhengen mellom de ulike systemene hvert enkelt individ inngår i, og fremhever at det som skjer i et system vil ha betydning for de andre systemene (Schieffloe, 2011:221). Eksempler på de sosiale systemene vi inngår i kan være sosiale nettverk, samfunnet, familien og arbeidsplassen eller skolen. Innenfor systemteori tenker man at det er en nødvendighet å kartlegge samspillet i de ulike systemene for å få en helhetlig forståelse av brukerens liv. Når vi snakker om å utvikle helhetsperspektiv mener vi å se

individet i sammenheng med systemene. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell er en retning innenfor systemteorien. Dette perspektivet handler om en tverrfaglig forståelse av barn, hvor barnets utvikling må sees i lys av det miljøet barnet vokser opp i. Den utviklingsøkologiske modellen legger vekt på å se alle faktorene som har betydning for barnet i sammenheng med utviklingsprosesser og oppvekstvilkår. Teorien forsøker også å belyse hvordan samme type oppvekstforhold kan prege barna på ulike måter (Bunkholdt og Kvaran, 2015:45), og vi kan derfor si at den er knyttet opp mot utvikling av resiliens.

Kvillo (2015) uttrykker at for å forstå barns utvikling må vi se livene deres som en helhet bestående av samspillet mellom individ og system. Dette samspillet og barnets miljø er med på å hemme eller fremme utvikling.

4.3 Barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser

Når det gjelder barn som har foreldre med så alvorlige psykiske lidelser at det går ut over deres evne til å gi forsvarlig omsorg, antar man at dette dreier seg om cirka 25% av barna som vokser opp i Norge i dag (Bufdir, 2021), og det opplyses om at dette tallet var på rundt 410.000 barn i 2014 (Torvik og Rognmo, 2014:22).

Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har en forhøyet risiko for å utvikle psykiske, sosiale eller atferdsmessige utfordringer enn andre barn. Barna har også større risiko for å leve i konfliktfylte familier og bli utsatt for omsorgssvikt (Torvik og Rognmo, 2011). Samtidig kan denne gruppen barn streve med å formidle egne behov (NOU 2012:5, kap. 2.5), og ha et lavere modenhetsnivå enn andre barn på samme alder (Eide og Eide, 2017:294).

Torvik og Rognmo sammenliknet barn med og uten foreldre med psykiske lidelser, og kom frem til at barna med psykisk syke foreldre har dobbelt så stor sjanse for å utvikle seg negativt enn barna med friske foreldre. Både Bergem (2018) og Torvik og Rognmo (2011) peker på faktorer som alvorlighetsgraden av sykdommen, og om det gjelder en eller begge foreldrene, for å vurdere hvilke belastninger som kan bli størst for barnet.

Barn og unge som vokser opp med foreldre med psykiske helseplager er ikke automatisk behandlingstrengende, men fordi oppveksten deres ofte er preget av en rekke risikofaktorer

kan det være viktig å sette inn forebyggende tiltak. Med forebyggende tiltak menes alle tiltak som settes inn i forkant av sykdom eller klinisk høyt symptomnivå, hvor målsetningen er å forhindre at dette skjer (Major m.fl., 2011, referert i Halså og Aubert, 2016:68).

Det er viktig å påpeke at barna kan ha en god oppvekst på tross av alvorlig psykisk sykdom dersom det også er beskyttende forhold rundt barnet. Dersom det ikke foreligger tilstrekkelige beskyttelsesfaktorer i barnets liv, kan omsorgen derimot bli vurdert til å være for svak (Bunkholdt og Kvaran, 2015:137). Men selv om enkelte barn ikke tar direkte skade av foreldrenes sykdom, er det allikevel slik at flertallet opplever en ustabil, uforutsigbar og belastende familiesituasjon (Torvik og Rognmo, 2011:42).

4.3.1 Parentifisering

En utfordrende familiesituasjon kan føre til at barnet selv tar på seg omsorgsoppgaver som egentlig er den voksnes oppgave. Når barn overtar foreldrenes oppgaver kaller vi dette for parentifisering (Bunkholdt og Kvaran, 2015:138). Et parentifisert barn er trukket inn i en voksenverden det ikke er emosjonelt, kognitivt eller sosialt modent for. Årsaker til parentifisering kan være at foreldrene har vansker med å gjøre realistiske vurderinger knyttet til barnets forutsetninger, eller at forelderen projiserer egne følelser over på barnet (Kvillo, 2010:206). Konsekvenser av parentifisering kan være at barnas naturlige utvikling hemmes, skoleprestasjoner blir dårligere og barnet vil kunne oppleve lav selvaksept, uklar identitet og løsrivelsesvansker (Kvillo, 2010:207).

Parentifisering kan starte svært tidlig, og bli et fastsatt mønster i familiesamspillet. Jo tidligere i barnets liv parentifiseringen oppstår, jo større kan de negative konsekvensene være (Kvillo, 2010:207).

4.4 Psykisk sykdom og innvirkning på foreldrefungering

Begrepet psykiske lidelser er knyttet til flere ulike tilstander og diagnoser som påvirker tanker, følelser og atferd. De psykiske lidelsene som hyppigst forekommer hos voksne i Norge er angstlidelser, depresjon og rusmiddellidelser, som alle er forbundet med en høy grad av uførhet og fysiske følgesykdommer. Både genetiske og miljømessige faktorer kan

øke sannsynligheten for å utvikle psykiske lidelser, men vi vet lite om enkeltårsaker (Tesli, m.fl, 2021).

Som nevnt over er foreldre med psykisk sykdom en stor og heterogen gruppe, som det på generelt basis kan være vanskelig gå si noe konkret om. Allikevel vet vi at psykiske lidelser er noe mellom én av seks og én av fire voksne mennesker vil oppfylle kriteriene for i løpet av et år (Tesli, m.fl., 2021). Naturlig nok vil mange av disse også være foreldre eller ha omsorg for barn på annen måte.

I følge Killén deles foreldrefunksjoner inn i syv sentrale ferdigheter: (1) evne til å oppfatte barnet realistisk, (2) evne til realistiske forventninger om hvilke avhengighets- og følelsesmessige behov barnet selv kan dekke, (3) evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring, (4) evne til å engasjere seg positivt i samspill med barnet, (5) evnen til å prioritere barnets mest grunnleggende behov, (6) evne til empati med barnet og (7) evne til å bære egen smerte og frustrasjon på en måte som ikke går ut over barnet (Killen, 2009:191). Dysfunksjonell foreldrefungering kan dermed oppstå når foreldrene ikke evner å forholde seg realistisk til barnet.

Psykiske lidelser utarter på forskjellige måter, men Bunkholdt og Kvaran (2015:137) peker allikevel på noen fellesbetegnelser på hvordan foreldrerollen kan preges av en psykisk lidelse. Sentrale faktorer er avvising, mangel på følelsesmessig tilgjengelighet og uforutsigbarhet, som alle kan gjøre det utfordrende å ha et realistisk syn på barnet. Bergem (2018:89) uttrykker at barn med foreldre med psykiske lidelser står overfor en rekke belastninger knyttet til utvikling, sosialt liv, somatisk helse og psykisk helse.

I tillegg til direkte konsekvenser sykdommen kan ha på barna, står mange av disse foreldrene i relasjonelle og kontekstuelle utfordringer. Hverdagen er ofte preget av ustabilitet og uforutsigbarhet. Personer med alvorlige psykiske lidelser står ofte utenfor arbeidslivet, har dårlige boforhold og trang økonomi (Rørvik, 2017:193). Resultatet av dette er en kompleks situasjon som kan gjøre det utfordrende for foreldrene å gi adekvat omsorg til barna.

5.0 Presentasjon av artikler

I dette kapitlet presenteres de utvalgte forskningsartiklene ved hjelp av tabeller som viser en kort beskrivelse av referanse, hensikt, konklusjon, relevans og datagrunnlag for hver artikkel. Deretter presenteres artiklenes innhold ut ifra hovedtemaer knyttet til funn, som vil bli videre etablert i neste kapittel.

5.1 Tabell/Figur 1 – artikkel 1:

Referanse	Dam, K. & Hall, E, O, C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children´s experiences living with a parent with severe mental illness. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(3), 442-457. Hentet fra: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12285
Hensikt	Kunnskap om hvordan barn med psykisk syke foreldre erfarer livet sitt
Konklusjon	Artikkelen konkluderer med at det er flere likhetstrekk mellom barn med psykisk syke foreldre. Trygge venner og barns enorme kjærlighet til foreldrene kommer frem som viktige beskyttelsesfaktorer. Stigma og mobbing kommer frem som risikofaktorer
Relevans	Temaet er viktig for å besvare problemstillingen. Artikkelen har fokus på barnets perspektiv
Datagrunnlag	Intervju med 391 barn, metasyntese med 20 studier fra 10 ulike land

5.2 Tabell/figur 2 – artikkel 2:

Referanse	Yamamoto, R & Keogh, B. (2017). Children´s experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. <i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences</i> , 25(2), 131-141. Hentet fra: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12415
-----------	--

Hensikt	Setter søkelys på barnas erfaringer ved å bruke eksisterende forskning på feltet, styrker forståelsen på området
Konklusjon	Foreldrenes sykdom har betydningsfull innvirkning på barna. Fagpersoner har mulighet til å bidra med å bygge motstandsdyktighet hos barna, ved å bidra med informasjon og støtte
Relevans	Spesifikk på barnas egne erfaringer fra ulike land
Datagrunnlag	8 ulike studier med totalt 91 informanter (alle barn)

5.3 Tabell/figur 3 – artikkel 3:

Referanse	Halsa, A. og Aubert, A-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. <i>Fokus på familien</i> , 44(1), 67-88. Hentet fra: https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06
Hensikt	Presenterer en studie av et målrettet forebyggende tiltak for barn med psykisk syke foreldre
Konklusjon	Vi har en lang vei å gå for å gi nødvendig forebyggende hjelp, krever langsiktig tenkning. Samtalegrupper oppleves som positivt for deltakerne, men rekruttering er utfordrende
Relevans	Peker på konkrete tiltak som kan besvare problemstillingen min
Datagrunnlag	55 utfylte skjema fra barn, 23 utfylte skjema fra foreldre. Kvalitative individuelle intervjuer med 6 foreldre og 4 barn

5.4 Tabell/figur 4 – artikkel 4

Referanse	Afzelius, M., Plantin, L., östman, M. (2017). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 25(2), 69-77.
-----------	---

	Hentet fra: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12433
Hensikt	Kartlegge effekten av familiesamtaler som tiltak
Konklusjon	Resultatene tilsier at familiene er positive til tiltaket og at det reduserer stress og konflikter. Barna pekte på en roligere atmosfære i familien
Relevans	Konkrete tiltak som er relevant for å besvare oppgaven. Har med både foreldrenes og barnas meninger, som man kan trekke paralleller rundt
Datagrunnlag	5 familier blir intervjuet. Både felles og individuelle intervjuer

5.5 Tabell/figur 5 – artikkel 5:

Referanse	Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., (...) & Weimand, B. M. (2015, november). Barn som pårørende. fra en multisenterstudie (Helsedirektoratet, rapport, IS-0522). Hentet fra: helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/
Hensikt	Gi ny kunnskap om situasjonen til barn med foreldre i spesialisthelsetjenesten. Fokuserer på barnas situasjon og hvordan sykdommen virker inn på hverdagsliv og helse.
Konklusjon	Sykdom hos foreldre påvirker barn i stor grad. Behovet for hjelp og informasjon er stort, men udekket. Barn av psykisk syke foreldre rapporterer lavere livskvalitet, og tar på seg vesentlig flere omsorgsoppgave enn vanlig.
Relevans	Tar for seg barnas stemme, inneholder mange deltakere og er en forholdsvis ny studie som er gjort i Norge
Datagrunnlag	Til sammen 534 familier i multisenterstudien gjennomført med spørreskjemaer, hhv. 199 fra psykisk helsevern

5.6 Hovedtema funn

Denne tabellen illustrerer hovedtemaer knyttet til funn, og viser hvilke artikler som samsvarer med de ulike funnene.

Tabell/figur 6

Hovedtema funn	Artikkelnummer
Funn knyttet til skam og hemmeligholdelse	1, 2, 3, 4
Funn knyttet til behovet for informasjon som verktøy for å fremme resiliens	1, 2, 3, 4, 5
Funn knyttet til mestringsstrategier og økt ansvar som arena for utvikling av resiliens	1, 2, 4, 5
Funn knyttet til foreldrenes opplevelse av situasjonen	4, 5
Funn knyttet til tiltak som fremstår som hensiktsmessige for å fremme resiliens	3, 4

6.0 Funn

I dette kapittelet presenteres hovedtemaer knyttet til funn ytterligere, med samme inndeling som i tabell 6.

6.1 Funn knyttet til skam og hemmeligholdelse

Dam og Hall (2016:453) viser til at hemmeligholdelse er utbredt. Grunner til dette kan være at:

- Barna ønsker å beskytte foreldrene sine
- Foreldrene ber barna om å ikke snakke om sykdommen med noen
- Barna har en følelse av at ingen kommer til å forstå dem uansett
- Barna føler seg om en byrde knyttet til foreldrenes sykdom
- Et ønske om normalitet fører til at noen ikke innser virkeligheten

Yamamoto og Keogh (m.fl. 2017:138) trekker også frem at noen barn ser på hemmeligholdelse som den beste utvei ved at de både beskytter foreldrene og unngår stigmatisering.

Forskningsfunnene viser at barn ofte skylder på seg selv for at foreldrene ikke blir friske. De kan tro at de gjør for lite for å hjelpe dem eller ikke oppfører seg godt nok. Dette forsterker funnene om at barna ikke får god nok informasjon som en direkte følge av hemmeligholdelse. Særlig yngre barn kan tro at dårlige dager oppstår på bakgrunn av deres oppførsel (Dam og Hall, 2016:453).

I Yamamoto og Keoghs (m.fl. 2017:138) studie legges det vekt på viktigheten av at barna har mennesker rundt seg som de stoler på, for eksempel venner eller besteforeldre. Enkelte barn fant det skummelt å fortelle venner om foreldrenes psykiske lidelse, fordi dette kunne føre til rykter eller utestengelse. Det var i tillegg viktig for mange av barna å kunne føle på normalitet utenfor hjemmet, og Yamamoto og Keogh trekker paralleller til dette, og valget om å holde ting skjult for jevnaldrende.

Resultatene til Afzelius (m.fl. 2017:73) peker på at det i flere tilfeller ikke er kjent for den andre forelderen at den ene har en psykisk sykdom. I flere tilfeller kom sykdommen først til overflaten etter at barna kom til verden. Dette tyder på en stor grad av skam også hos forelderen, noe som kan være overførbart til barnet.

Hemmeligholdelsen viser seg ofte som et resultat av skam, og barna skjuler familielivet i frykt for mobbing eller stigmatisering. Skammen har ofte bakgrunn i å føle seg annerledes, eller i å føle at foreldrene oppfører seg annerledes. Studien trekker også frem at barn som lever med mye skam og skyldfølelse risikerer å utvikle dårlig selvbilde eller lav selvfølelse. (Dam og Hall, 2016:453).

Halsa og Aubert (2016:76) fant ut at nesten alle foreldrene mente at barna fikk bearbeidet sin skyldfølelse ved å delta på samtalegrupper. Barna pekte selv på at mer kunnskap førte til mindre skyldfølelse og mindre skam.

6.2 Funn knyttet til behovet for informasjon som verktøy for å fremme resiliens

Mange psykisk syke foreldre ønsker å ha en åpen dialog med barna sine om sykdommen. Flere uttrykker et ønske om å få hjelp til å snakke med barna sine om den psykiske lidelsen, og de ønsker også at barna skal få hjelp til å uttrykke seg overfor dem (Afzelius m.fl., 2017:73).

Samtidig har mange barn behov for å snakke med noen utenfor familien, som for eksempel en lærer eller helsepersonell. Et barn som har fått riktig informasjon kan oppleve økt mestring, og viten gjør vanskelige følelser mindre intense (Dam og Hall, 2016:453). Nyttien av å treffe andre i samme situasjon er også stor. Dette må sees i sammenheng med hvilke behov barna hadde i forkant. For noen er kunnskap om foreldrenes psykiske sykdom viktigst, for andre er det å kunne møte andre i samme situasjon (Halsa og Aubert, 2016:77).

I henhold til Yamamoto (m.fl. 2017:136) er barnas forståelse av foreldrenes sykdom varierende ut ifra faktorer som alder og modenhet. Samtidig var det varierende i hvilken grad foreldrene gjorde informasjon tilgjengelig for barna. De fleste barna hadde ikke blitt fortalt om sykdommen i det hele tatt, men ble oppmerksom på det ved å sammenlikne foreldrene sine med andre foreldre. Denne vage forståelsen basert på endringer i for eksempel talemåte eller oppførsel, motiverte barna til å søke mer informasjon. På tross av dette fikk ikke barna svar på det de lurte på av hverken foreldrene eller andre voksne, og tilgangen til informasjon fra andre aktører var utfordrende å finne frem til. Dette førte til en vanskelig situasjon for barna som var med på å øke følelsen av frustrasjon og isolasjon. Noen få barn klarte allikevel å finne frem til informasjon ved å lese eller delta på frivillige grupper (2017:136).

Afzelius (m.fl. 2017:73) peker på at dersom familien hadde en åpen dialog med barna om sykdommen var bekymringene og konfliktene færre. Informantene forteller at åpenhet førte til et mer nyansert bilde av familielivet, hvor barna opplevde å få en styrket posisjon i familien. Yamamoto og Keogh skriver at informasjon til barna vil minske eller fjerne barnas negative følelser (m.fl. 2017:136). Allikevel viser Ruud (m.fl. 2015) at cirka halvparten av de voksne pasientene i psykisk helsevern hadde barn som ikke hadde fått nødvendig

informasjon om foreldrenes tilstand. Det trekkes frem viktigheten av at barna har voksne rundt seg om hjelper dem med å forstå situasjonen, slik at barna unngår skyld og unødvendige bekymringer (Ruud m.fl. 2015:111)

6.3 Funn knyttet til mestringsstrategier og økt ansvar som arena for utvikling av resiliens

I Dam og Hall (2016:453-554) kommer barnas mestringsstrategier knyttet til økt ansvar tydelig frem. Barna opplever stigma og usikkerhet knyttet til foreldrenes psykiske sykdom, og bruker økt ansvar i hjemmet som en arena for å oppleve mestring. Dette økte ansvaret viser seg ved at de for eksempel tar på seg en omsorgsrolle overfor den syke forelder. I følge Ruud opplever disse barna det som positivt å kunne hjelpe til. Barna opplever at de gjør noe nyttig og at det er behov for dem, noe som fører til mestring. (Ruud, m.fl., 2015:106).

Ansvaret kan vise seg form av at barnet tar ut av oppvaskmaskinen, lager mat, hjelper den syke forelder med å dusje eller passer på yngre søsken. Barnet kan føle at det må være i "beredskap", og er klar for å bidra i enhver situasjon. Dette skaper en uforutsigbarhet som barnet vil prøve å tilpasse seg etter (Dam og Hall, 2016:452) (Ruud m.fl., 2015:95).

I Afzelius m. fl., (2017:73) kommer det frem at det er utbredt blant barna å tilpasse seg foreldrenes humør for å unngå konflikter. Barna fortalte om hvordan de enkelt la merke til om forelder var sliten eller stressa, og at de i slike tilfeller prøvde å støtte forelder ved å for eksempel gjøre husarbeid. I andre situasjoner brukte barna strategier som å gjemme seg på rommet eller spille høy musikk for å skape avstand til realiteten.

For å redusere stress i familien forsøker barna å være humoristiske, hjelpe til i huset eller "bare være der". Eldre søsken føler ofte mye ansvar, og kan ta på seg rollen som en ekstra mor. Ungdom kan føle seg neglisjert av foreldrene dersom situasjonen krever at de må ta på seg en slik rolle, og yngre barn vil ikke ta på seg en slik rolle med mindre det oppleves som absolutt nødvendig (Dam og Hall, 2016:445).

Yamamoto og Keogh (m.fl. 2017:138) legger vekt på at barna finner trøst og mestring i å være omsorgspersoner for foreldrene. Dette inkluderer for eksempel å holde det ryddig i

hjemmet og å passe på småsøsken. Yamamoto og Keogh (m.fl. 2017:138) legger også vekt på at det er viktig at barna får evnen til å roe seg ned ved å ta en pause på rommet, gjøre ulike aktiviteter eller møte venner. Disse type mestringsstrategier er aldersbasert, men ethvert barn med psykisk syke foreldre skaper egne strategier for å komme seg gjennom hverdagen. I tillegg til å måtte håndtere egne vanskelige følelser må mange av disse barna også takle foreldrenes følelser og uforutsigbare atferd.

Ansvarsfølelsen har også sitt utspring i frykten for å bli plassert i fosterhjem, at forelderen skal begå selvmord eller for at de selv skal bli psykisk syke.

Kjærligheten til foreldrene blir allikevel overskygget av at ansvaret oppleves som en byrde, spesielt blant yngre barn (Dam og Hall, 2016:452).

6.4 Funn knyttet til foreldrenes og helsepersonells opplevelse av situasjonen

Foreldrene i forskningen til Afzelius (m.fl., 2015:74) forteller at de i stor grad prøver å skjule sykdommen for barna, men at de er bevisste på at de ofte ikke lykkes med dette. Foreldrene oppgir også at de er viktig for dem at barna har normale liv hvor de unngår å bli forstyrret av foreldrenes sykdom.

I Ruud (m.fl.) sin rapport fra 2015, *barn som pårørende*, kom det frem at helsevesenet både mangler gode systemer og riktig kompetanse for å ivareta barn som pårørende.

Hovedfunnene går i stor grad ut på at behovet for hjelp og informasjon er tydelig, men ikke tilstrekkelig dekket. Samtidig har barn av psykisk syke foreldre lavere livskvalitet enn andre barn, men foreldrene tror at barnas livskvalitet er høyere enn det barna selv oppgir. Foreldre oppgir selv at under 10% av barna får hjelp fra barnevernet, mens helsepersonell svarer at 15% av barna med foreldre under psykisk helsevern får hjelp fra barnevernet. (2015:9)

5.5 Funn knyttet til tiltak som fremstår som hensiktsmessig for å fremme resiliens

Forskningsfunnene peker på flere ulike tiltak som fremstår som gode for å utvikle resiliens hos barn som bor med en eller to psykisk syke foreldre.

Halsa og Aubert (2016) ønsker å undersøke hvordan man kan lykkes med forebyggende intervensjoner for barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Det kommer frem at gruppesamtaler sammen med andre barn kan gi gode pedagogiske tilbud som øker barnas forståelse omkring foreldrenes sykdom. Så mye som 90% av barna forteller at de var fornøyd med gruppetilbudet. Lek, samtaler, øvelser og måltider var det barna trakk frem som positivt. En 10-åring beskriver deltagelsen i gruppetilbudet slik: *det var både lærerikt og gøy i samme slengen!* Andre fremhever muligheten til å sette ord på egne følelser og treffe andre i samme situasjon. Muligheten for å ha samtalegrupper med barn i liknende situasjoner kommer også frem som positivt i Afzelius (m.fl., 2017:73) sine resultater, hvor det blir lagt vekt på muligheten til å stille spørsmål til utenforstående. Det viser seg også at de aller fleste barna som får tilbud om gruppesamtaler sier ja til dette.

Afzelius (m.fl., 2017) viser også til flere av de samme resultatene når det gjelder familiesamtaler hvor hele familien er samlet. Barna som ble intervjuet uttrykket at de snakket mer åpent om sykdommen og var mindre bekymret enn tidligere. Samtidig følte barna at de fikk et "åpent rom" hvor de kunne snakke fritt, og dette førte til en reduksjon av stress for hele familien.

7.0 Diskusjon

Videre vil problemstillingen diskuteres med grunnlag i teori og forskningsfunn.

7.1 Resiliensfremmende informasjon for å minske følelsen av skam og skyld

En tradisjonell oppfatning har lenge vært at det barn ikke vet, har de ikke vondt av. Mange foreldre ønsker derimot å ha en åpen dialog om sykdommen med barna, men de kan trenge hjelp og veiledning for å få til dette (Afzelius m.fl., 2014:73). Samtidig har mange barn behov for å snakke med noen om sykdommen til foreldrene (Dam og Hall, 2016:453). På en annen side viser resultatene til Ruud (m.fl., 2015:111) at cirka halvparten av foreldrene som er pasienter i voksent psykisk helsevern har barn som ikke har fått nødvendig informasjon.

Oppfatningen om at "det barn ikke vet, har de ikke vondt av" synes derfor å gå på bekostning av både barna og foreldrenes behov. Dette kan ha sitt utspring i et ønske om å skjerme og beskytte barna, men det er allikevel ikke slik at risikoen disse barna opplever forsvinner dersom man ikke er åpen om den – snarere tvert imot. Fordi de fleste barn har manglende erfaring med andre perspektiver enn sitt eget, har de en uheldig tendens til å plassere seg selv i sentrum av enhver situasjon. Et barn med en psykisk syk forelder vil derfor bruke seg selv som utgangspunkt for å forstå sykdommen. Barnet kan tenke at de ikke oppfører seg bra nok til at forelderen blir frisk, eller påta seg ansvar og skyld på andre måter (Dam og Hall, 2016:453). Borge (2010:136) forklarer dette med at barns personlige fortolkninger av situasjonen utvikler seg til å bli farefulle konstruksjoner av virkeligheten. På bakgrunn av dette kan man antyde at det kan være vanskeligere for barnet å håndtere sine egne illusjoner – som ofte er verre enn virkeligheten, enn å håndtere sannheten med støtte fra en voksen.

Dam og Hall (2016:453) viser at barn som lever med mye skam og skyldfølelse kan utvikle dårlig selvbilde. Det er derfor slik at ved å opprettholde tanken om at "det barn ikke vet, har de ikke vondt av", oppnår man uinformerte barn som lager egne oppfatninger av virkeligheten som ofte innebærer destruktive tanker om egen verdi. Som nevnt over kan dette være tanker om at de ikke hjelper forelderen nok eller ikke oppfører seg godt nok (Dam og Hall, 2016:453).

En av grunnene til at mange barn har vanskeligheter med å være åpne om foreldrenes sykdom er et ønske om å beskytte foreldrene sine (Dam og Hall, 2016:453). Slikt sett kan vi si at både foreldre og barn har et beskyttelsesbehov overfor hverandre. Dette kan resultere i at foreldre tror at de skjermer barna ved å holde tilbake informasjon om sykdommen sin, og barna tror at de beskytter foreldrene ved å ikke fortelle noen om situasjonen. Sosialarbeideren har et ansvar for å bryte disse beskyttelsesmekanismene som vi kan kalle et paradoks. Det vil være hensiktsmessig å tenke at barn kan føle ting de ikke kan forstå, og dersom de ikke får hjelp til å forstå vil følelsene bli kaotiske og selvdestruktive. Bergem (2016:13) forklarer dette med at barn alltid får med seg at ting blir annerledes, men har problemer med å forstå hvorfor.

Fordi fokuset i familien ofte kan være rettet mot foreldrenes egne tilstander vil barnet fort erfare at en selv er mindre viktig. Barn som vokser opp i utfordrende familiesituasjoner kan derfor være vandt til å sette egne behov til side, og strever med å formidle hvordan de selv har det (Blindheim, NOU 2015:12, kapittel 2.5). Barnevernspedagogen stilles derfor overfor flere dilemmaer knyttet til å forstå barnet, både ut ifra kontekst, kommunikasjonsferdigheter og utvikling. Barns behov for informasjon må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Forskningsfunn peker på at barnas forståelse av sykdommen avhenger av faktorer som alder og modenhet (Yamamoto, mfl., 2017:136). Eide og Eide (2017:294) peker på at barn som har levd under vanskelige forhold kan ha et lavere modenhetsnivå enn andre barn på samme alder. Dette krever at sosialarbeideren utviser sensitivitet knyttet til å tilpasse informasjonen til hvert enkelt barns forutsetninger for at den skal kunne fungere resiliensfremmende. Kravet om tilpasset informasjon finner vi også i Helsepersonelloven §10a (1997) som sier at helsepersonell skal sikre nødvendig oppfølging og informasjon til barn med syke foreldre. Barnevernet har ikke bare en juridisk, men også en sterk etisk plikt, til å foreta seg noe dersom det avdekkes at et barn har psykisk syke foreldre i den grad at det påvirker foreldrefunksjonen og utviklingen til barnet.

7.2 Å oppfatte barnet realistisk som verktøy for å fremme resiliens

Halsa og Aubert uttrykker at det er et stort gap mellom kunnskapen vi har om barn med psykisk syke foreldre, og det vi gjør for å hjelpe dem (Halsa og Aubert, 2016).

Fordi resiliens handler om å få et positivt utbytte av belastninger er det nødvendig at den voksne hjelper barnet med å håndtere situasjonen. For å hjelpe barnet med å utvikle resiliens er det en forutsetning at barnet blir oppfattet realistisk. Å oppfatte barnet realistisk er isolert sett en viktig del av omsorgsegenskapene som kreves både av foreldre og av de som jobber med barn (Larsen 2019), men kan sies å være særlig viktig i de tilfeller hvor barn lever med psykisk syke foreldre. Man kan se dette i sammenheng med forskningsfunn som viser at foreldrene ofte tror at barnas livskvalitet er høyere enn det barna oppgir at den er (Ruud, m.fl., 2015:9). Man er derfor i en situasjon hvor foreldrene tror at barna har det bedre enn de egentlig har det, og helsevesenet tror at flere barn får hjelp enn det foreldrene oppgir. Det er derfor et faktum at hverdagen til en del barn i Norge er preget av at

foreldrene tror at de har det bra, og at helsepersonell tror at de får hjelp, når de i virkeligheten hverken har det bra eller får hjelp. Vi kan derfor gå utifra at en del av barna innenfor denne gruppen ikke blir oppfattet på en tilstrekkelig realistisk måte.

I tillegg uttrykker Bergem (2016:15) at det i svært liten grad finnes tilbud som ivaretar helsepersonelloven §10 (1997), og at det fremstår som nærmest tilfeldig hvordan barn involveres i foreldrenes sykdom. I Yamamoto (m.fl., 2017:136) sine resultater kommer det frem at flertallet av barna ikke hadde fått hjelp knyttet til foreldrenes sykdom i det hele tatt. Dette forsterker inntrykket om at barnas behov ikke oppfattes realistisk nok.

Hva vil oppstå dersom det teoretiske grunnlaget for å oppfatte barnet realistisk ikke stemmer med virkeligheten? Dersom man forholder seg foreldrenes oppfatninger om at barna har høyere livskvalitet enn de egentlig har, eller legger til grunn at helsepersonelloven §10 (1997) følges opp selv om det viser seg at den ikke alltid gjør det, oppstår det et gap mellom barnas virkelighet og sosialarbeiderens virkelighet. Dette gapet vil vanskeliggjøre oppgaven med å hjelpe disse barna, fordi slik Killén (2009:191) uttrykker det, er realisme en forutsetning for godt omsorgsarbeid.

For å sikre at man oppfatter barnet realistisk kan det være nødvendig å innta et systemteoretisk perspektiv, som vil drøftes nærmere i neste underkapittel.

7.3 Hvordan møte barna med et systemteoretisk perspektiv som verktøy for å fremme resiliens?

Ut ifra et systemteoretisk perspektiv vil det ikke være tilstrekkelig for sosialarbeideren å kun fokusere på barnet i kontekst av å være pårørende til psykisk sykdom. Et barn med en psykisk syk forelder er først og fremst bare et barn. Det er derfor viktig at man ser barnet og dens ressurser som helhet. Å identifisere om barnet eksempelvis har noe den er flink til, en god venn som betyr mye eller andre vansker som ikke er knyttet til den psykiske lidelsen hos forelderens, er nødvendig for å oppnå dette perspektivet. Yamamoto og Keogh (m.fl., 2017:138) uttrykker at barna selv mener det er viktig å kunne trekke seg tilbake med en aktivitet eller bruke tid med venner. Ved å kun fokusere på barnets rolle som pårørende, altså kun ett av mange systemer, kan man gå glipp av andre viktige erfaringer i barnets liv. Hjelperen må dermed se barnet ut ifra hele konteksten barnet lever i, ikke kun den konteksten man oppfatter som problembærende.

Dette resonnementet trekker paralleller til et uttrykk lest utallige ganger underveis i arbeidet med denne oppgaven, nemlig "de usynlige barna". Kan et manglende helhetsperspektiv omkring barnet føre til at man ser bort ifra at barnet først og fremst er mye annet enn "bare" en pårørende? Resultatet av å ikke forholde seg til et systemorientert perspektiv, kan være at andre viktige ting i barnas liv ikke kommer til syne for sosialarbeideren, og barnet kan dermed oppleve mangel på kontroll. På en annen side, vil det å benytte seg av et systemorientert perspektiv kunne føre til at barnet får mulighet til å være synlig i sin egen tilstedeværelse, også ut over rollen som pårørende. Yamamoto og Keogh (m.fl., 2017:138) legger vekt på at det er viktig for barna å ha mulighet til å føle på normalitet utenfor hjemmet, og et helhetsperspektiv kan være nødvendig for å gi barnet en følelse av å være et "normalt" barn på tross av en utfordrende hjemmesituasjon.

Fordi et systemorientert perspektiv handler om å ivareta helheten (Borge, 2010:11), er dette et verktøy man kan bruke for fremme utviklingen av resiliens. Systemteorien sørger for at vi ikke kun ser risikofaktorer, men at resiliensfremmende systemer i barnet også identifiseres. For å utvikle resiliens krever det en følelse av mestring knyttet til risiko (Borge, 2010:51). Det kan derfor være viktig at barnet får hjelp til å sortere egne vanskelige tanker og opplevelser inn i de ulike systemene for å øke barnas forståelse av situasjonen. Det kommer frem i Halså og Aubert (2016) sine resultater at økt forståelse bidro til en følelse av mestring, noe som er bærende for resiliensutvikling i følge Rutter (2015:431)

7.4 Økt ansvar i et krysningfelt mellom parentifisering og resiliens

Det kommer frem i forskning at barna bruker økt ansvar i familien som en arena for mestring. Dette kan vise seg i form av å for eksempel gjøre husarbeid (Dam og Hall, 2016:453). Yamamoto og Keogh (m.fl. 2017:138) og Ruud (m.fl., 2015:106) viser til de samme funnene, hvor økt ansvar blir knyttet opp til følelsen av å være betydningsfull i familien. Når barn tar på seg et slikt ansvar kalles det for parentifisering (Bunkholdt og Kvaran, 2015;138). Det kan virke som at barna bruker parentifisering som en kilde til trøst og mestring. Når barnet føler seg nyttig og behøvd i en utfordrende situasjon evner dermed

barnet å utvikle resiliens på bakgrunn av parentifisering. Parentifisering blir allikevel i de fleste tilfeller sett på som noe skadelig (Bunkholdt og Kvaran, 2015:158).

På en annen side er det slik at barnevernloven (bvl. §1-1, 1992) uttrykker at "barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg i rett tid." Man kan tolke dette som at det er barna som skal motta hjelp og omsorg fra en voksen, og ikke omvendt. I Ruud (m.fl., 2015:106) kommer det frem at barna bruker mye tid på å tilpasse seg forelderens humør. Dette setter barnas resiliensutvikling knyttet til økt ansvar i et problematisk lys. Funnene peker på en grad av positive følelser hos barna knyttet til fenomenet, og det vil derfor være viktig at sosialarbeideren har dette i tankene dersom man forsøker å bryte parentifiseringen. Et slikt brudd vil kunne føre til motstridende følelser hos barna, hvor de på den ene siden er lettet over at noen andre ivaretar familien, men på den andre siden kan føle på et tap knyttet til det som muligens har vært deres største arena for mestring. Det er derimot ikke slik at det er resilienshemmende å bryte parentifiseringsmønstre. Fordi konsekvensene av parentifisering kan være manglende utvikling, lav selvaksept og dårlige skoleprestasjoner (Kvelling, 2010:207), kan man gå ut ifra at det er mer skadelig å la parentifiseringen fortsette, enn å bryte den.

Barnets beste skal alltid veie tungt i alle saker som berører barn (Larsen, 2021), og barnas resiliensutvikling knyttet til parentifisering viser hvorfor dette hensynet er en sentral og nødvendig del av arbeidet med utsatte barn.

Fordi parentifiseringen kan ha større konsekvenser jo tidligere den begynner (Kvelling, 2010:206), er tidlig intervensjon viktig for å forebygge at parentifiseringen blir en del av familiemønsteret. Tiltak fra barnevernet kan for eksempel være å få inn hjelp til å gjøre praktiske oppgaver i hjemmet, slik at barnet ser at oppgavene blir tatt hånd om. Når det kommer til den emosjonelle parentifiseringen kan det virke resiliensfremmende om forelderens for eksempel går i terapi, slik at barnet ikke blir foreldrenes terapeut.

7.5 Tiltak som fremmer resiliens

Halsa og Aubert (2016) sin bruk av gruppesamtaler for barn med psykisk syke foreldre synes å være en god forebyggende intervensjon for å dekke barnas behov. Fordi hemmeligholdelse

ofte er et resultat av skam, og skam ofte er et resultat av manglende informasjon kan det være hensiktsmessig å utarbeide tiltak som rettes mot at barna skal kunne møte andre barn i samme situasjon. En deltager i dette programmet uttalte at "det er bra egentlig fordi før så hadde jeg veldig dårlig samvittighet, men etter den gruppa så har de fortalt at det ikke er min skyld og alt det der. Så det er veldig bra" (Halsa og Aubert, 2016:77).

Afzelius (m.fl., 2017:73) viser at også samtaler hvor hele familien er tilstede får gode tilbakemeldinger. Å implementere tiltak som retter seg mot familien som helhet kan bidra til å ivareta et systemorientert perspektiv rundt barnet, og bidrar til å ivareta foreldrenes integritet. Det kommer frem i Halsø og Aubert (2016:78) at enkelte foreldre kunne føle seg invadert og krenket av å ikke bli inkludert i gruppetilbudet, og dette viser at det også er behov for tiltak i familien som helhet.

8.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvordan sosialarbeidere kan bidra til å fremme resiliens blant barn med psykisk syke foreldre. For å få til dette har det vært relevant å avdekke hvordan barna selv erfarer sin egen situasjon. Det har blitt fokusert hovedsakelig på barnets stemme, men for å sørge for et systemteoretisk forståelsesgrunnlag har foreldrenes og profesjonelles stemme tidvis blitt synliggjort. Forskningsfunnene peker på at barna savner informasjon, noe som fører til en hverdag preget av konstruerte virkeligheter med mye skyldfølelse og skam. Funnene avdekker også at både foreldre og profesjonelle kan ha en annen oppfatning enn barna, noe som tilsier at barna begrenses i sin forståelse av situasjonen ved at de ikke blir tatt tilstrekkelig hensyn til. Ved å ta utgangspunkt i aktuell teori og presenterte funn har jeg utforsket hvordan man bør handle for å møte barnas behov.

For å fremme resiliens kommer det frem som nødvendig at barna oppfattes realistisk, får tilpasset informasjon og fratas store omsorgsoppgaver. Ulike gruppesamtaler og identifisering av beskyttelsesfaktorer i og rundt barnet, kommer også frem som en sentral del av resiliensfremmende arbeid. For å oppnå dette bør man se barnets liv som en helhet

bestående av ulike roller og systemer. Sosialarbeidere kan møte på psykisk syke foreldre i mange sammenhenger, eksempelvis i barnevernet eller på et sosialkontor. Vi har derfor en god mulighet til å bli kjent med foreldrene og deres samspillmønstre, samt fange opp de barna som ikke blir ivaretatt. Det har tidligere i oppgaven blitt beskrevet et mulig gap mellom barnas opplevelse og foreldrenes og profesjonelles opplevelse. Dette funnet fremstår noe overraskende på kandidaten, og er et forslag til utgangspunkt for videre forskning.

Litteraturliste:

Afzelius, M., Plantin, L., östman, M. (2017). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *J psychiatr ment health nurs*. Hentet fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12433>

Barnevernloven. (1992). Lov om barnevernstjenester (LOV-1002-07-17-100). Hentet 2. mai, 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Bergem, A, K. (2018). *Når barn er pårørende* (1 utg.). Gyldendal Akademisk.

Bergem, A., K. (2016) *Barn som pårørende i akuttssituasjoner* (1. utg.) Stavanger: Hertervig.

Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bufdir, 2021. *Barn med krevende oppvekstbetingelser*. Hentet: 8. april 2022 fra

https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Bar_n_med_vanskelige_oppvekstbetingelser/

Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Dam, K. & Hall, E, O, C. (2016). *Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2016(3), 442-457. Hentet fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12285>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.

Hentet 5. mai 2022 fra: https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle_forskningsetiske-retningslinjer/

Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg). Oslo: Gyldendal.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.

Grunnloven. (1814) Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet 2. mai 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn>

Halsa, A. og Aubert, A-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien*. 2016 (67-88). Hentet fra: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06>

Helsedirektoratet, 2018, *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*. Hentet 10. april 2022, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-10a.helsepersonells-plikt-til-a-bidra-til-a-ivareta-mindrearige-barn-som-parorende>

Helsepersonelloven. (1997). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet 31. mars, 2022 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75

Killén, K. (2009) *Sveket, 1. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.

Killén, K. (2013) *Barndommen varer i generasjoner – forebygging er alles ansvar* (3.utg) Oslo: Kommuneforlaget

Kvaran, I., Mevik K., Paulsen, V., Studsrød, I. (2019) *Barnevernspedagog: En grunnbok* (1.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko - skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvello, Ø. (2015) *Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Larsen, M., L. (2021) *Barnets beste*. Hentet 15. april 2022 fra: https://snl.no/Barnets_beste,

Masten, A.S., K.M. Best og N. Garmezy (1990). Resilience and Development: Contributions from the study of children who overcom adversity. I: *Developmental and Psychopathology*, 2, 425-444. Cambridge University Press.

NOU 2012:5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Regjeringen. Hentet 4. mai 2022 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/sec19>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999_07-02-63). Hentet 2. mai 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven (1961). Lov om psykisk helsevern (LOV-1961-04-28-2). Hentet 2. mai 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1961-04-28-2>

Rørvik, A. (2017). *Barn i skyggen av foreldrenes vansker – utfordringer for hjelperne*. Fokus på familien. doi:10.18261/issn.0807

Rutter, M. (2015). Resilience: Concepts, findings and clinical implications. I Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., Taylor, E. (Red), *Rutters Child and adolescent psychiatry* (s. 341-351)(6.utg). Oxford. Wiley Blackwell

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., (...) & Weimand, B. M. (2015, november). *Barn som pårørende. fra en multisenterstudie* (Helsedirektoratet, rapport, IS-0522). Hentet fra: helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/

Schiefløe, P.M. (2011). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV-1999-07-02-61). Hentet 2. mai 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Tesli, M.S, m.fl. *Psykiske lidelser hos voksne*. FHI. Hentet 8. april 22 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (2011:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Ungar, M. & Lerner, R. M. (2008). Introduction to a special issue of research in human development: Resilience and positive development across the life span: A view of the issues. *Research in Human Development*, 5 (3), 135–138.

Yamamoto, R & Keogh, B. (2017). *Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis*. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 2017(25), 131-141. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12415>

