



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for psykologi.

Synliggjøring av «De usynlige barna»

Barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser og ruslidelser i behandling ved Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Ylva Victoria Støver og Janita Freili

Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi - mai 2017



Synliggjøring av «De usynlige barna»

Synliggjøring av «De usynlige barna»

Barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser og ruslidelser i behandling ved Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Ylva Victoria Støver og Janita Freili

Hovedveileder: Førsteamanuensis Charlotte Reedtz

Biveiledere: Førsteamanuensis Camilla Lauritzen
og førsteamanuensis Kamilla Rognmo

PSY-2901

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

Institutt for psykologi

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT, Norges arktiske universitet

Mai, 2017



Forord

Denne hovedoppgaven ble utformet som en del av profesjonsutdanningen i psykologi ved Universitetet i Tromsø (UiT), Norges arktiske universitet. Oppgaven er basert på datamateriale studentene fikk utdelt fra hovedveileder Charlotte Reedtz, våren 2016. Materialet eies av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBUNord), ved UiT, og omfatter data fra Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS); det elektroniske pasientjournalssystemet (EPJ) som anvendes i Helse Nord Regionalt Helseforetak. Data er samlet inn i perioden 2010 til 2016 i forbindelse med Prosjekt Barn som pårørende (BAP-prosjektet), der det overordnede målet er å legge til rette for praksisendringer i psykisk helsevern for voksne gjennom endring og implementering av nye rutiner og tiltak.

Studentene har bidratt til tilrettelegging av datasettet. Utvikling av problemstillinger ble gjort i samarbeid med hovedveileder. Studentene har utformet teksten, samt utført alle dataanalyser og litteratursøk med støtte fra veilederne.

En stor takk rettes til RKBUNord, UiT for at vi har fått benytte dette datamaterialet til vår hovedoppgave. Vi ønsker også å takke biveileder Kamilla Rognmo for god veiledning knyttet til utførelsen av de statistiske analysene. Sist, men ikke minst; takk til hovedveileder Charlotte Reedtz og biveileder Camilla Lauritzen for god oppfølging og veiledning med grundige gjennomlesninger.

Sammendrag

Bakgrunn: Kunnskapsstatus viser at det er en transgenerasjonell overføring av risiko og psykisk morbiditet fra foreldre til barn som pårørende (BAP), men det finnes relativt få implementerte tiltak tilpasset BAP i psykisk helsevern for voksne. Svake kartleggingsrutiner har bidratt til at vi fortsatt ikke vet hva som kjennetegner disse barna, deres livssituasjon, foreldrenes lidelser eller hvorvidt de får informasjon om forelders psykopatologi. Formålet med denne studien var derfor å synliggjøre ovennevnte aspekter ved BAP. *Metode:*

Datamaterialet ble innsamlet i tidsrommet 2010-2016 og var fra Familiekartleggingen, en intervensjon designet for å identifisere barn mellom 0-17 år (N = 581) av foreldre (N = 422) som var pasienter ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN. *Resultater:* BAP er en heterogen gruppe, men 31,5 % av barna var under 6 år, 32,5 % bodde alene sammen med den psykisk syke forelderens, 46 % av foreldrene hadde en alvorlig psykisk lidelse, og omtrent halvparten av barna hadde fått informasjon om forelders psykopatologi. De yngste barna fikk i langt mindre utstrekning informasjon ($p < .001$). Oddsene for at barna ikke bodde sammen med den psykisk syke forelderens var høyere for alvorlige psykiske lidelser ($p < .001$) og for rusrelaterte lidelser ($p < .001$). *Konklusjon:* Foreldre trenger støtte og hjelp til å informere sine barn om sine psykiske helseproblemer, og dette er spesielt viktig for småbarnsforeldre. Forskning dokumenterer at tidlig intervensjon ved hjelp av forebyggende tiltak har stort potensial til å redusere forekomsten av psykiske helseproblemer for fremtidige generasjoner.

Synliggjøring av «De usynlige barna»

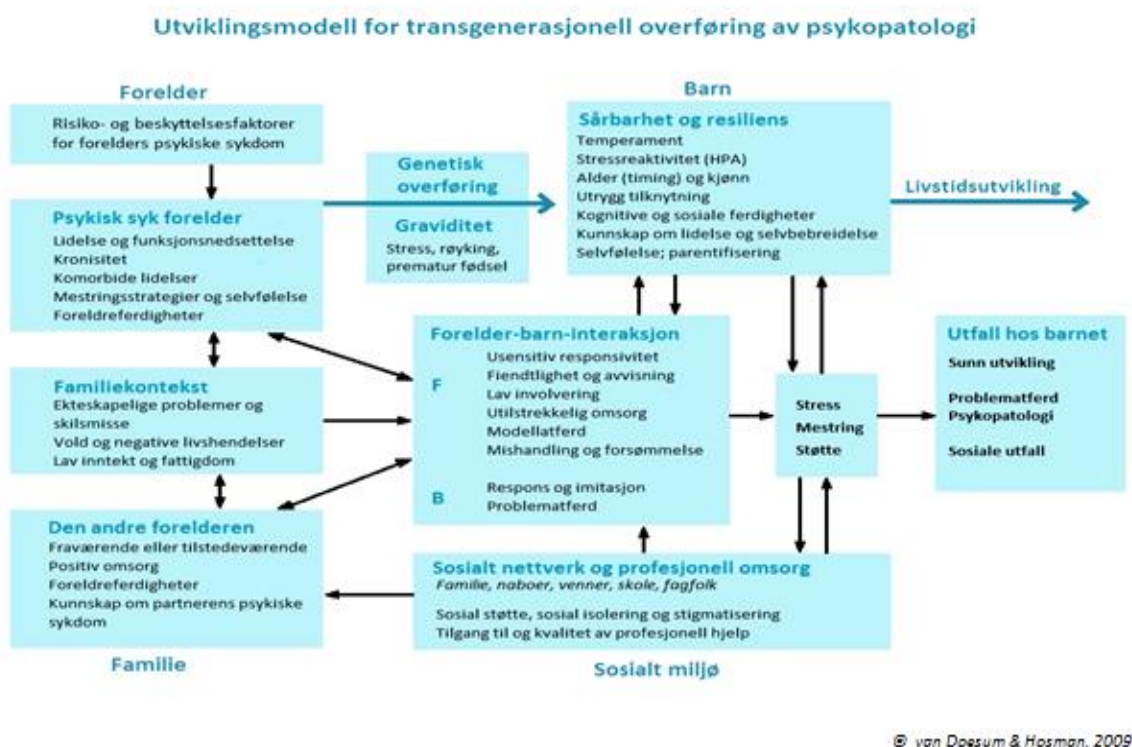
Barn som pårørende (BAP) av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre (PSF) har lenge gått under radaren til psykiske helsetjenester for voksne, da systematiske rutiner for å kartlegge BAP var ikke-eksisterende i Norge inntil for få år siden (Lauritzen, Reedtz, van Doesum & Martinussen, 2015). På bakgrunn av forskning som dokumenterer effekten alvorlige psykiske og somatiske helseproblemer har på foreldreferdigheter, vedtok norske myndigheter i 2009 lovendringer i Helsepersonelloven §33 og §10a og Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a, som trådte i kraft i 2010. Disse bestemmelsene pålegger helsepersonell å identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehov hos de tidligere «usynlige barna». Formålet er tidlig identifikasjon for å forebygge problemer og å fremme mestring hos barn og foreldre når foreldre er syke (Helsedirektoratet, 2010).

Lovendringene har imidlertid tatt tid å implementere og har foreløpig ikke ført til tilfredsstillende endringer i klinisk praksis (Reedtz, Mørch, & Lauritzen, 2015; Reedtz & Lauritzen, 2015a). En studie viste at hele 56 % ($n = 219$) av helsepersonell ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) rapporterte at de ikke registrerte barn av pasienter (Lauritzen et al., 2015). Samtidig har norske forskere estimert at kun halvparten av PSF oppsøker psykiske helsetjenester (Torvik & Rognmo, 2011). Psykiske helseproblemer og ruslidelser medfører ofte stigmatisering av både PSF og BAP (Barry, McGinty, Pescosolido, & Goldman, 2014; Helsedirektoratet, 2011; Hinshaw, 2005), og mange skjuler seg og distanserer seg fra omverdenen (Aldridge & Becker, 2003; Drost, van der Krieke, Sytema & Schippers, 2016; Glistrup, 2004; Grove, Reupert & Maybery, 2015). Sammenlagt medvirker disse faktorene til at vi, til tross for lovens forordninger, fortsatt ikke vet hva som kjennetegner BAP og deres livssituasjon.

Dette kunnskapshullet har store implikasjoner for folkehelsen i Norge, da BAP er en sårbar og utsatt gruppe som anslås å ha fordoblet risiko for både kort- og langsiktige negative utfall (Torvik & Rognmo, 2011), og forskning har vist en klar sammenheng mellom grad av risiko- og beskyttelsesfaktorer og hvorvidt enkeltindivider senere utvikler psykiske lidelser (Saxena, Jané-Llopis, & Hosman, 2006). Det har blitt anslått at hele 450 000 barn i Norge er pårørende til foreldre som er psykisk syke eller misbruker alkohol, og at 7,7 % av norske barn og unge utvikler psykiske lidelser som kan knyttes til foreldrenes psykopatologi (Torvik & Rognmo, 2011). Evidens for forhøyet risiko hos BAP har blitt funnet på tvers av det diagnostiske spektrumet av psykiske lidelser hos foreldre, inkludert tvangslidelser (Black, Gaffney, Schlosser & Gabel, 2003), depresjon (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998),

ruslidelser (Cujipers, Langedoen & Bijl, 1999; Edwards, Eiden & Leonard, 2006; Steinhausen, 1995), angstlidelser (Beidel & Turner, 1997), bipolar lidelse (Birmaher et al., 2009), spiseforstyrrelser (Park, Senior & Stein, 2003), personlighetsforstyrrelser (Coolidge, Thede & Jang, 2001) og selvmord (Bronisch & Lieb, 2008). Overføringen av psykopatologi fra foreldre til barn er både diagnosespesifikk; at barn får de samme psykiske lidelsene som sine foreldre, og generell; at barna er i risiko for å utvikle et vidt spekter av lidelser (Bijl, Cuijpers & Smit, 2002; Lieb, Isensee, Höfler, Pfister & Wittchen, 2002; Lizardi, Klein & Shankman, 2004).

Det foreligger med andre ord en godt forskningsmessig dokumentert transgenerasjonell overføring av psykisk morbiditet fra foreldre til BAP (Downey & Coyne, 1990; Goodman & Gotlib, 1999; Hosman, van Doesum & van Saantvort, 2009). En forskningsbasert utviklingsmodell som differensierer mellom ulike domener med tilhørende risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker barnets livstidsutvikling, viser hvordan denne overføringen foregår (se Figur 1; van Doesum & Hosman, 2009). Modellen er en del av det teoretiske grunnlaget for tiltakene Barneperspektivsamtalet og Familiekartleggingen, som er utgangspunktet for denne studien (Reedtz, 2009; Reedtz, Lauritzen & van Doesum, 2012).



Note. Egen oversettelse. Gjengitt med tillatelse fra Karin van Doesum.

Figur 1. Utviklingsmodell for transgenerasjonell overføring av psykopatologi.

Psykopatologi hos forelder svekker ofte foreldreferdigheter, omsorgskvalitet og foreldre-barn-samspill (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Granic & Patterson, 2006; Harnish, Dodge & Valente, 1995; Morawska, Winter & Sanders, 2009; Murray, Cooper & Hipwell, 2003; van Doesum & Hosman, 2009; Sidebotham & Golding, 2001). Samtidig øker sannsynligheten for lav grad av oppfølging av, responsivitet til og engasjement i barnet, samt ufølsomhet, fiendtlighet, avvising, omsorgssvikt og mishandling (Hosman et al., 2009). I tillegg kan PSF ha vansker med å utføre husholdningsoppgaver, jobbe, være sosial eller opprettholde sin rolle som partner (Kessler et al., 2005). Svikt i en eller flere aspekter av foreldreomsorg kan føre til usikker tilknytning (Cicchetti, Rogosh & Toth, 1998; Hipwell, Goossens, Melhuish & Kumar, 2000), dysregulerte emosjonsmønstre, negativ emosjonalitet og patologiske mestringsstrategier (Hosman et al., 2009), men også alvorlig psykopatologi som personlighetsforstyrrelser i ungdoms- og voksenalder (Battle et al., 2004; Johnson, Smailes, Cohen, Brown & Bernstein, 2000).

Slike foreldrefunksjoner regnes som de mest potente, men også de mest modifiserbare, risikobidragene til utviklingen av emosjonelle og atferdsmessige problemer hos barn (van Doesum & Hosman, 2009; Morawska et al., 2009), spesielt tidlig i barnets utvikling (Hosman et al., 2009). Et eksempel på dette er depresjon, som er en av de vanligste psykiske lidelsene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014a), der studier har vist at depresjon hos mødre påvirker kvaliteten av mor-barn-samspillet negativt (Cummings & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999; Murray & Cooper, 1997). Videre har barn av deprimerte foreldre forhøyet risiko for både internaliserende og eksternaliserende tilpasningsproblemer (Downey & Coyne, 1990). Til motsetning virker positive foreldrestrategier beskyttende mot utviklingen av framtidige atferdsproblemer hos barn av deprimerte mødre (Chronis, Lahey & Pelham, 2007), og en norsk randomisert kontrollert studie har vist at foreldretreningsprogrammet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) effektivt modifiserer samspillet mellom foreldre og barn (Kjøbli & Ogden, 2012).

Ulike karakteristikk ved forelders psykopatologi kan også predikere forhøyet risiko for BAP, deriblant alvorlighetsgraden, symptombelastningen og varigheten av lidelsen. Brennan og kollegaer (2000) fant at barn av deprimerte mødre hadde større risiko for å utvikle atferdsproblemer dersom depresjonen var alvorlig. Til motsetning vil symptomer på mildere lidelser, som spesifikke fobier eller moderat sosial angst, kunne være plagsomme for forelder, men ikke ha vesentlige konsekvenser for forelders hverdagsfunksjon eller evne til å følge opp barna sine. Dermed vil disse trolig påvirke risikoen for BAP minimalt (Torvik & Rognmo, 2011). Mildere psykiske plager og lidelser kan imidlertid potensielt øke i intensitet og

behandlingsresistens over tid, eller simpelthen ikke gå over av seg selv (Nilsen, Dion, Karevold & Skipstein, 2016).

Komorbide, kroniske eller tilbakevendende psykiske lidelser hos forelder vil kunne føre til større og mer langvarig funksjonsnedsettelse, dårligere prognose og kan komplisere behandlingen (Kessler et al., 2010; Skodol et al., 2011), og medfører derfor forhøyet risiko hos BAP (Ashman, Dawson, Panagiotides, 2008; Ashman, Dawson, Panagiotides, Yamada & Wilkinson, 2002; Goodman, 2007; Halligan, Murray, Martins & Cooper, 2007; Kim-Cohen, Caspi, Rutter, Tomas & Moffitt, 2006). I tillegg har flere studier vist at ruslidelser hos foreldre er forbundet med forhøyet risiko for negative utfall, sammenliknet med BAP der forelderen ikke har samtidige ruslidelser (Christensen & Bilenberg, 2000; Poon, Ellis, Fitzgerald & Zucker, 2000; Loukas, Fitzgerald, Zucker & von Eye, 2001).

Mange psykiske lidelser har en sterk genetisk komponent. Eksempelvis kan hele 80 % av variasjonen i sårbarhet for schizofreni og bipolar lidelse forklares ut fra genetiske bidrag (Folkehelseinstituttet, 2014a). I tillegg kan prenatale faktorer påvirke barnets utvikling. Et eksempel på dette er stress under graviditeten, som er assosiert med forkortede svangerskap, lavere fødselsvekt og negative konsekvenser for føtal neurologisk utvikling (Dunkel-Schetter & Tanner, 2012), samt høyere stressreaktivitet og atferdsproblemer i barne- og ungdomsalderen (Ashman et al., 2002; Huizink, de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2003; O'Connor, Heron, Golding, Beveridge & Glover, 2002). Dette kan igjen være risikofaktorer for utvikling av egen psykopatologi hos BAP.

Solomon & Draine (1995) fant i en studie at å bo sammen med PSF var en signifikant stressor som bidro til subjektiv belastning. Samtidig hevdet Feldman, Stiffman og Jung (1987) at sannsynligheten for at BAP utviklet psykiske lidelser var høyere dersom barnet bodde alene sammen med en eller to PSF, sammenliknet med å bo sammen med både PSF og en frisk forelder. Andre studier har funnet at enslige foreldre rapporterer å ha mer psykiske helseproblemer og atferdsproblemer sammenliknet med gifte foreldre (DeKlyen, Brooks-Gunn, McLanahan & Knab, 2006). Til motsetning kan tilstedeværelsen av en støttende og omsorgsfull psykisk frisk forelder, som også forstår PSF sin lidelse, være en buffer mot negative utfall av depresjon hos mor (Chang, Halpern & Kaufman, 2007; Leerkes & Crockenberg, 2003).

Familien er en av de viktigste utviklingsarenaene for barn. Samtidig kan familiesituasjonen til BAP preges av både familiekonflikter, vold og negative livshendelser (Criss, Pettit, Bates, Dodge & Lapp, 2002; Hosman et al., 2009; Torvik & Rognmo, 2011). Forskningsfunn har også vist at barn fra konfliktfylte familier blir dårligere ansett av sine

jevnaiddrende, og har færre venner (Criss et al., 2002). I tillegg risikerer BAP å få et omsorgsansvar i husholdningen som overgår deres emosjonelle og kognitive modenhet (Aldridge & Becker, 2003; Gladstone, Boydell & McKeever, 2006). Mange av disse familiene har også lav sosioøkonomisk status (SØS; Folkehelseinstituttet, 2015; Jackson, Brooks-Gunn, Chien-Chung & Glassman, 2000), noe som kan føre til at BAP blir underprivilegerte når det gjelder deltakelse i fritidsaktiviteter, ferier og forbruks-goder (Aamodt, L. G. & Aamodt, I., 2005). Dersom barna i tillegg har gjennomgått en skilsmisse hos foreldrene, kan dette også ha vært en stressende overgang for både BAP og foreldre (Amato, 2000; Kelly & Emery, 2003), i form av selve separasjonen, konflikt i familien, tap av relasjoner, etableringen av eventuelle nye forhold hos foreldre, svekkede foreldrefunksjoner i etterkant av skilsmissen og redusert levestandard (Kelly & Emery, 2003). I motsetning til dette vil et familie- og foreldreforhold preget av stabilitet, kommunikasjon med høy kvalitet og en varm og sammenhengende familieinteraksjon, gi barna et konsistent miljø og fremme sunn utvikling (Katz & Gottman, 1993; Place, Reynolds, Cousins & O'Neill, 2002).

Fosterhjemsplassering er et nødvendig tiltak for mange barn som har blitt utsatt for alvorlig omsorgssvikt. For disse barna vil omplassering kunne være et beskyttende tiltak, og en mulighet for å få den nødvendige ivaretagelsen og utviklingsstøtten de behøver for sunn utvikling. Psykisk syke foreldre er redde for å miste omsorgen for barna sine (Diaz-Caneja & Johnson, 2004), en frykt som ikke er ubegrunnet. Eksempelvis mister omtrent 50 % av schizofrene mødre omsorgsrett for barna sine, enten midlertidig eller permanent (Seeman, 2011). Både flytting til fosterhjem og opplevelser knyttet til ulike former for omsorgssvikt kan også medføre risiko for at BAP utvikler problemer (Bruskas, 2008; Dozier, Albus, Fisher & Sepulveda, 2002; Harden, 2004; McIntyre & Keesler, 1986).

Sosiale og emosjonelle bånd til andre mennesker kan moderere effekten av psykisk sykdom hos foreldre (Folkehelseinstituttet, 2015; Masten, Coatsworth & Douglas, 1998), og barnas sosiale nettverk spiller derfor en stor beskyttende rolle. Barn drar nytte av å ha tilgang på stabile, ikke-familiære tillitspersoner, som lærere og annet pedagogisk personell (Blum, McNeely & Nonnemaker, 2000; Werner & Smith, 1992). Det er også en stor fordel for BAP å ha støttepersoner som søsken, spesielt eldre søsken (Gass, Jenkins & Dunn, 2006; Widmer & Weiss, 2010), venner (Fudge & Mason, 2004; Maybery, Ling, Szakacs & Reupert, 2005) eller andre voksne i barnets og foreldrenes sosiale støttenettverk (Ackerson, 2003). Imidlertid har noen studier funnet at søskenforhold kan være forstyrrede i dysfunksjonelle familier (Dunn & Kendrick, 1982; Goodwin & Roscoe, 1990), og til og med kan være en medvirkende årsak til

utvikling av psykisk sykdom hos barna. Store søskenflokker kan også føre til at familiens økonomi påvirkes negativt (Benzies & Mychasiuk, 2009).

Karakteristikk hos barnet spiller også inn på utfall. Blant annet er kjønn relevant for hvilke problemer BAP utvikler, der alvorlige atferdsproblemer, fysisk aggresjon og kontakt med rettsvesenet i ungdomsalderen er mer utbredt hos gutter enn hos jenter (Moffitt, Caspi, Rutter & Silva, 2000; Smokowski, Mann & Reynolds, 2004), mens jenter har høyere hyppighet av anoreksi og bulimi (Fairburn & Harrison, 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007), samt doblet forekomst av depresjon etter puberteten (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Jenter tar også i større grad over omsorgsoppgaver i hjemmet når forelder er psykisk syk enn hva gutter gjør (Aldridge, 2006; Mayselless, Bartholomew, Henderson & Trinke, 2004), noe som kan være en ekstrabelastning. Samtidig er ofte jenter mer beskyttet enn gutter gjennom blant annet sterkere sosiale støttestrukturer (Criss et al., 2002) og mer hjelpesøkende atferd ved egne psykiske lidelser (Möller-Leimkühler, 2002), tross lik livstidsforekomst for psykiske lidelser hos kvinner og menn (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001).

Barnets temperament påvirker også utfall hos barnet. Et eksempel på dette er barnets temperament, der en studie av Bruder-Costello og kollegaer (2007) viste at dersom barn av deprimerede foreldre hadde et vanskelig temperament, ble risikoen for at barnet selv utviklet alvorlig depresjon fordoblet. Ut over dette, er de viktigste risikofaktorene negativ emosjonalitet, impulsiv atferd, utrygg tilknytning, negativ selvfølelse, parentifisering, selvbredidelse, lave kognitive og sosiale evner, og mangel på kunnskap om forelders psykopatologi (Goodman & Gotlib, 1999; Göpfert, Webster & Seeman, 2004). Et annet aspekt er på hvilket tidspunkt i barnets utvikling forelder ble syk. Mye tyder på at jo yngre barna er ved sykdomsdebut, dess mer påvirkes de av forelders sykdom (van Doesum & Hosman, 2009). Årsaker til dette kan bunne i sammenhengen mellom utvikling og tilknytning til omsorgspersoner (Hosman et al., 2009) og at jo yngre barnet er, desto mer vil barnets biopsykososiale balanse og atferd avhenge av relasjonen til foreldre eller andre omsorgspersoner (von Klitzing, Döhnert, Kroll & Grube, 2015), samt at yngre barn har mer umodne mestringsstrategier (Griffith, Dubow & Ippolito, 2000).

Når det gjelder barns kunnskap om forelders psykopatologi, gir forskning noen indikasjoner på at foreldre flest ikke snakker med barna sine om psykisk sykdom. En britisk spørreundersøkelse viste for eksempel at 55 % av psykisk friske foreldre med barn i alderen 6 til 18 år ikke snakket med barna sine om psykisk sykdom (Warren, 2015). Det kunne tenkes at dette var annerledes i hjem der noen i familien var psykisk syk, men sykdommen kan fort bli noe som snakkes om i familien uten at barna får forklaringer eller blir involvert (Beardslee et

al, 1998; Vik, 2001). Dette kan bidra til at barna utvikler uhensiktsmessige tanker om sykdommen eller pålegger seg selv ansvar for forelders sykdom og tilfriskning, som igjen kan medføre at barnet føler skam eller skyld, eller føler seg utrygg og hjelpesløs (Vik, 2001). Mange BAP søker heller ikke hjelp, verken fra helsearbeidere eller fra sitt eget nettverk (Drost et al., 2016; Grove et al., 2015). På den annen side er mange PSF bekymret for barna sine og ønsker hjelp, råd og veiledning i hvordan de skal snakke med barna sine (Vik, 2001). I henhold til Barneloven, §31 har barn over syv år en lovfestet rett til å si sin mening i saker som angår dem (Barneloven, 1981), og BAP har like stor rett til dette som barn i andre belastende situasjoner. Intervjuundersøkelser av BAP viser at de ønsker å bli anerkjent som fullverdige familiemedlemmer av foreldrenes behandlere, å få delta i forelders terapeutiske prosessen, å få opplysninger om behandlingsresultat, å få økt kunnskap om forelders sykdom og hvordan de skal forholde seg til den, samt en reduksjon av foreldrenes symptomer (Bee et al., 2014; Drost et al., 2016).

Prosjekt Barn som pårørende

Prosjekt Barn som pårørende (BAP-prosjektet) ble startet i Helse Nord ved UNN, Psykisk helse- og rusklinikken. Formålet var å bidra til praksisendring i tråd med de nye lovbestemmelsene som trådte i kraft i 2010. Dette skulle gjøres gjennom endring av rutiner i helsevesenet. Derfor ble to intervensjoner implementert; Familiekartleggingen (Family Assessment Form) og Barneperspektivsamtalet (se Appendiks A for manualen til disse tiltakene; Reedtz et al., 2012).

Familiekartleggingen er et tiltak som tar i bruk et standardisert kartleggingsskjema for å registrere mindreårige barn av pasienter i behandling, og å identifisere deres behov (Reedtz et al., 2012). Ved avslutningen av Familiekartleggingen skal alle pasienter tilbys Barneperspektivsamtalet, som består av tre samtaler med PSF. Pasientenes barn kan inviteres til å delta i en av samtalene for å få informasjon om foreldrens psykiske helse. Målgruppen er PSF og deres hjemmeværende barn fra 0-17 år. Målsetningene med Barneperspektivsamtalet er bevisstgjøring av foreldrene angående konsekvensene av og innvirkningen psykiske vansker kan ha på barna, samt å undersøke foreldrenes oppfatning av egne foreldrefunksjoner og eventuelle bekymringer for barna. Tiltakets hovedinnhold består i å gi råd og støtte, samt å styrke foreldrekompetanse og barnas mestringsevne, og er teoretisk forankret i det nederlandske forebyggingsprogrammet *Kinderen van Ouders Psychische Problematiek* (KOPP; van Doesum, 2007) og modellen utledet av van Doesum og Hosman (2009, se Figur 1). Prosjektets hovedmålsetninger er å iverksette og evaluere tiltak som kan bidra til å

identifisere og ivareta barna og deres behov for informasjon og oppfølging i henhold til norsk lov.

Tiltak og intervensjoner

BAP er i utgangspunktet friske. Som tidligere beskrevet, er det imidlertid overveldende evidens for at denne barnegruppen er utsatt for en rekke risikofaktorer som gjør dem sårbare for uheldige utfall både på kort og lang sikt. Det trengs derfor tiltak og intervensjoner som motvirker denne sårbarhetseffekten. Disse bør rette seg mot å redusere innvirkningen av risikofaktorer og å styrke eksisterende beskyttelsesfaktorer hos denne gruppen (van Doesum & Hosman, 2009; Saxena et al., 2006). De eksisterende tiltakene og intervensjonene for BAP har falt innenfor to hovedkategorier; forebyggende tiltak, og tiltak rettet mot barn og unge som allerede har utviklet egne problemer.

Arbeidet med å utvikle, implementere og følge opp tiltak for BAP i Norge har imidlertid i stor grad vært avhengig av enkeltinitiativer og har dermed vært preget av tilfeldighet og uforutsigbarhet, i tillegg til at mange tiltak kun har vært lokalt tilgjengelige (Aamodt, L. G. & Aamodt, I., 2005; Reedtz & Lauritzen, 2015a; Wærdahl & Bakke, 2011). En norsk studie viste at tjenestene tilgjengelige for BAP var utilstrekkelige (Aamodt, L. G. & Aamodt, I., 2005), og det finnes heller ikke god dokumentasjon for hvilke forebyggende tiltak som er mest virksomme (Halsa, 2012), eller om de påvirker livskvaliteten hos BAP (Bee et al., 2014).

Gruppen barn mellom 0-5 år har vært spesielt vanskelig å nå for forskere, klinikere og helsepersonell i Skandinavia, og statistikk fra norske poliklinikker for psykisk helse hos barn og ungdom viser at under 14 % av pasientene er yngre enn seks år (Andersson, Ose & Sitter, 2005). Samtidig har evidensbaserte intervensjoner for denne aldersgruppen vært mangelfulle (Siegenthaler, Munder & Egger, 2012). Dette på tross av viktigheten tidlig tilknytning og foreldre-barn-interaksjon har for livsløpsutviklingen, grad av resiliens og sårbarhet hos BAP (van Doesum & Hosman, 2009), og at tidlig barndom er et naturlig mål for tidlig intervensjon (Laletas, Reupert, Goodyear, & Morgan, 2015). Det finnes imidlertid lovende enkelttiltak, som De Utrolige Årene (DUÅ; Reedtz, 2012) og kartleggings skjemaet The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) med støttesamtaler (Holden, Sagovsky & Cox, 1989; Reedtz & Lauritzen, 2015b), men det finnes ikke internasjonale standarder eller retningslinjer for tiltak som tar høyde for hva som kjennetegner BAP og familiene deres (Aamodt, L. G. & Aamodt, I., 2005; Reupert & Maybery, 2007), slik som alder, kjønn, familiesammensetning,

bosituasjon, tilgang på sosial støtte, foreldrenes psykopatologi og hvor mye de vet om denne. Disse kjennetegnene må derfor belyses for at en slik tilpasning kunne skje.

Formål

Formålet med denne studien er å belyse kjennetegn ved BAP mellom 0-17 år og hva som karakteriserer deres livssituasjon, deres foreldre og i hvilken grad de får informasjon om foreldrenes psykopatologi, i et utvalg der deres foreldre var pasienter i Psykisk helse- og rusklinikken, UNN. Opplysninger om dette vil bli drøftet opp mot relevante risiko- og beskyttelsesfaktorer for BAP og implikasjoner for framtidig praksis og forskning.

Avslutningsvis vil vi illustrere hvordan funn i denne studien kan integreres med mulige tiltak.

Problemstillinger

Fire problemstillinger ble ekstrahert fra formålet:

- Hva kjennetegner BAP, deres familieforhold og deres tilgang på sosial støtte?
- Hva kjennetegner PSF og deres psykopatologi?
- I hvilken grad blir BAP informert om forelders psykopatologi, og hvilke faktorer påvirker dette?
- Hva kjennetegner bosituasjonen til barna og hvilke faktorer ved forelder påvirker denne?

Metode

Deltakere

Datamaterialet besto av skjema fylt ut av helsepersonell på bakgrunn av en kartleggingssamtale med foreldrene om barna deres. Deltakerne var 422 foreldre med psykiske- eller ruslidelser som var i behandling ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN. Dersom forelder hadde flere enn ett barn ble ett skjema fylt ut for hvert barn, og totalt 583 skjema ble utfylt. To av disse var fylt ut for barn over 18 år og disse ble ekskludert fra utvalget. Det endelige utvalget besto av 581 barn i alderen 0-17 år. Data ble innhentet fra seks avdelinger; sykehusseksjon Nord og sykehusseksjon Sør, samt sentre for psykisk helse i Nord-Troms, Midt-Troms, Sør-Troms og Ofoten (se Tabell 1).

Tabell 1. Antall foreldre fra hver avdeling.

| <u>Avdeling</u> | <u>N</u> | <u>%</u> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Sykehusseksjon Nord | 36 | 8,9 |
| Sykehusseksjon Sør | 101 | 25,0 |
| Senter for psykisk helse Nord-Troms | 45 | 11,1 |
| Senter for psykisk helse Midt-Troms | 82 | 20,3 |
| Senter for psykisk helse Sør-Troms | 58 | 14,4 |
| Senter for psykisk helse Ofoten | 82 | 20,3 |
| Totalt | 404 | 100 |

Note. Informasjon om avdeling manglet for 18 av pasientene.

Materiell

For å registrere mindreårige barn av pasienter i behandling og å identifisere deres behov, ble kartleggingsskjemaet fra Familiekartleggingen brukt (Reedtz et al., 2012). Kartleggingsskjemaet er standardisert, og designet for å innhente informasjon om barnets kjønn, alder, søsken, foreldresamvær, bosted, andre omsorgspersoner, hvem som ivaretok barnet under forelders sykdom, hvor barnet var på dagtid og hvorvidt barnet hadde mottatt informasjon om forelders psykopatologi. I denne sammenhengen inneholdt skjemaet to spørsmål om hvor mye informasjon barna hadde fått; «Vet barnet at du mottar helsehjelp/vet barnet at du er innlagt?» og «Har barnet fått informasjon om din tilstand?». Svaralternativene på disse spørsmålene var «ja», «delvis» og «nei». I tillegg kartla man forelders kjønn, sivilstand, totalt antall barn, hvorvidt forelderen ventet flere barn, diagnoser og forelders behandlingssted.

Prosedyre

Skjemaet ble implementert som en obligatorisk rutine for alle ansatte ved avdelingene som deltok og ble integrert i elektronisk pasientjournal. Kartleggingen krevde dermed ikke samtykke. Barneansvarlige ved avdelingene fikk opplæring av prosjektgruppen i å bruke kartleggingsskjemaet til å registrere pasientenes barn. Prosjektgruppen besto av to forskere fra RKBU Nord, prosjektkoordinator ansatt i UNN og klinikkbarneansvarlig ved UNN. I tillegg medvirket den ideelle medlemsorganisasjonen Voksne for Barn (VfB) innledningsvis til å undervise helsepersonell ved de deltakende avdelingene om Barneperspektivsamtalet.

Pasienter som var foreldre ble introdusert for tiltakene, og kartleggingsskjemaet ble fylt ut av behandler underveis eller etter en kartleggingssamtale med forelder om barna. Behandlerne var psykologer, psykologspesialister, kliniske sosionomer, kliniske vernepleiere, sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, miljøterapeuter, leger, psykiatere, sosionomer og vernepleiere.

Analyser

Alle analysene ble utført med IBM SPSS Statistics 24. Deskriptive frekvensanalyser ble brukt for å beskrive utvalget. Kjikvadrattest ble benyttet for å se hvilken sammenheng forelders kjønn hadde med hvorvidt barnet bodde alene sammen med PSF, hvem som ivaretok barnet ved innleggelse, og hvorvidt barnet hadde fått informasjon om PSF sin sykdom. Videre ble kjikvadrattest benyttet for å se på sammenhengen mellom informasjon og forelder og barnets kjønn. Kjikvadrattest ble også benyttet for å se på sammenhengen mellom familiesammensetning og hvorvidt barnet hadde andre voksne ressurspersoner.

Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å se på forholdet mellom hvorvidt barna var informerte om forelders sykdom, og følgende variabler: barnas alder, forelders diagnose og antall diagnoser. Logistisk regresjonsanalyse ble videre benyttet for å se på forholdet mellom barnas boforhold og forelders diagnose, antall diagnoser og diagnosens alvorlighetsgrad. For å se på forholdet mellom diagnosens alvorlighetsgrad, antall diagnoser, barnas boforhold, samt interaksjonseffekter, ble multivariat hierarkisk logistisk regresjonsanalyse benyttet. Multivariat hierarkisk logistisk regresjonsanalyse ble også benyttet for å se på sammenhengen mellom å være enslig PSF og informasjon gitt til barnet.

For å kunne benytte diagnosevariabelen som prediktor i logistisk regresjonsanalyse, ble den omkodet til dummyvariabler. Diagnoser som tilhørte samme kapittel i ICD-10 ble kodet i samme dummyvariabel. Diagnosekategorier med $n < 15$ ble ekskludert i disse analysene. Dette gjaldt F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser ($n = 5$), F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer ($n = 5$), F70-F79 Psykisk utviklingshemming ($n = 1$), F80-F89 Utviklingsforstyrrelser ($n = 0$), F99 Uspesifisert psykisk lidelse ($n = 0$), F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder ($n = 14$), og R-/Z-diagnoser ($n = 11$). I regresjonsanalyser der barnas alder var en av variablene, ble alder kategorisert i grupper (se Tabell 2). For å kunne benytte variablene «har barnet fått informasjon om din tilstand?» og «har barnet fått informasjon om helsehjelp/innleggelse?» som uavhengige variabler i

binær logistisk regresjon, ble disse kodet om til dikotome variabler, der svaralternativet «delvis» ble kodet som «ja».

Foreldrenes primærdiagnose ble kategorisert etter antatt alvorlighet for å kunne si noe om kjennetegn ved foreldrenes psykopatologi, samt hvordan disse kjennetegnene påvirket forhold hos barnet. Skillet mellom alvorlige og mildere psykiske lidelser er ikke godt faglig etablert. Datasettet inneholdt heller ikke informasjon om daglig fungering. Derfor ble inndelingen som ble benyttet av Kessler og kollegaer (2005) adoptert for formålet, men uten funksjonsmål. Diagnosen ble kodet som alvorlig dersom den oppfylte en av de følgende kriteriene; antatt uførhet eller betydelige livsbegrensninger som følge av lidelsen, rusavhengighet eller dersom lidelsen typisk fører til 30 eller flere dager per år der personen ikke er i stand til å opprettholde sin rolle i minst to av følgende livsområder; sosialt liv, i husholdningen, som arbeidstaker eller som partner. Diagnosen ble kodet som moderat dersom de ikke oppfylte noen av de ovenstående kriteriene, men ble regnet for å ha moderat innvirkning på fungering i de nevnte rollene. Alle andre lidelser ble klassifisert som milde.

Etikk

Datamaterialet var anonymisert på forhånd, og ble ytterligere tilrettelagt av studenter, hovedveileder og prosjektkoordinator i UNN. Studien er en del av et kvalitetssikringsprosjekt og er godkjent av personvernombudet ved UNN (NSD). Det var Regional Etisk Komite - Nord, som vurderte hovedprosjektet til å være et kvalitetssikringsprosjekt.

Resultater

Studiens resultater er delt inn etter de tidligere nevnte fire problemstillingene: deskriptive analyser av BAP og PSF, deretter statistiske analyser av faktorer som påvirker informasjonen barna får, og til slutt deskriptive og statistiske analyser av faktorer som påvirker BAPs boforhold.

Deskriptive analyser av barna til pasientene

Kjønn. Utvalget besto av 290 (52,4 %) gutter og 263 (47,6 %) jenter. Informasjon om kjønn manglet for 28 av barna (4,8 % av det totale utvalget). Binomial test ble benyttet for å undersøke om proporsjonen av gutter var signifikant større enn proporsjonen av jenter, noe den ikke var ($p = 0.269$).

Alder. Totalt 38 av skjemaene manglet data om barnas alder (6,5 %). I de resterende 543 skjemaene (93,5 %) var barnas alder jevnt fordelt fra 0 til 17 år (se Tabell 2). Gjennomsnittsalderen var 8,6 år ($SD = 4,97$).

Tabell 2. Barnas alder.

| | <i>n</i> | % |
|----------|----------|------|
| 0-2 år | 76 | 14 |
| 3-5 år | 95 | 17,5 |
| 6-8 år | 99 | 18,2 |
| 9-11 år | 90 | 16,6 |
| 12-14 år | 105 | 19,3 |
| 15-17 år | 78 | 14,4 |
| Totalt | 543 | 100 |

Note. Informasjon manglet for 38 av barna (6,5 %).

Søsken. Nesten alle skjemaene inneholdt informasjon om søsken ($n = 579$; 99,3 %). Totalt 432 barn (74,6 %) hadde ett eller flere søsken ($M = 1,25$; $SD = 1,04$). Totalt 382 barn (66,0 %) hadde ett eller flere søsken under 18 år, og 93 barn (16,1 %) hadde ett eller flere søsken over 18 år. 147 barn (25,4 %) hadde ikke søsken.

Tilgang på voksne ressurspersoner. De fleste PSF oppga at barnet deres hadde tilgang på andre voksne ressurspersoner ut over den psykisk syke forelderen ($n = 424$; 94 %). Totalt 6 % av barna ($n = 27$) hadde ikke dette. Kjikvadrattest ble brukt for å se om det var en sammenheng mellom det å være enslig PSF og om barna hadde andre voksne ressurspersoner. Resultatene viste at det ikke var en signifikant forskjell; barn som bodde med en enslig PSF hadde i like stor grad andre nære voksenpersoner som barn i hjem med to foreldre, steforeldre eller andre voksne. Foreldrene til totalt 30,8 % av barna ($n = 130$ av det totale utvalget) hadde ikke svart på dette spørsmålet, men det var ingen sammenheng mellom familiesammensetning og hvorvidt foreldrene hadde latt være å svare på dette spørsmålet.

Ivaretagelse av barnet når mor/far er innlagt. Totalt 74,4 % av skjemaene ($n = 432$) inneholdt informasjon om hvem som ivaretok barnet når forelder var innlagt (se Tabell 3). I de fleste av tilfellene der informasjon om dette var oppgitt, var det den andre forelderen som ivaretok ($n = 308$; 71,7 %). Majoriteten av de resterende barna ble ivaretatt av øvrig familie.

Tabell 3. Hvem som ivaretar barnet når mor/far er innlagt.

| Hvem ivaretar | <i>n</i> | % |
|------------------|----------|------|
| Mor | 128 | 29,8 |
| Far | 180 | 41,9 |
| Besteforeldre | 24 | 5,6 |
| Øvrig familie | 22 | 5,1 |
| Fosterforeldre | 20 | 4,7 |
| Beredskapshjem | 9 | 2,1 |
| Steforelder | 9 | 2,1 |
| Venner/andre | 4 | 0,9 |
| Ikke aktuelt | 31 | 7,2 |
| Barnet bor alene | 3 | 0,7 |
| Totalt | 432 | 100 |

Note. 149 av skjemaene manglet informasjon om dette (25,6 %).

Hvis far var innlagt, ble barna ivaretatt av mor i 88,8 % av tilfellene. Hvis mor var innlagt, ble barna ivaretatt av far i 62,7 % av tilfellene. Barn med psykisk syke mødre ble i større grad ivaretatt av besteforeldre, steforeldre og øvrig familie (17,1 %) enn hva barn med psykisk syke fedre ble (4,2 %). Kjikvadrattest ble benyttet for å se nærmere på denne forskjellen mellom mødre og fedre. Resultatene viste at forskjellen var signifikant ($\chi^2(2, n = 430) = 31,348, p < 0.01$).

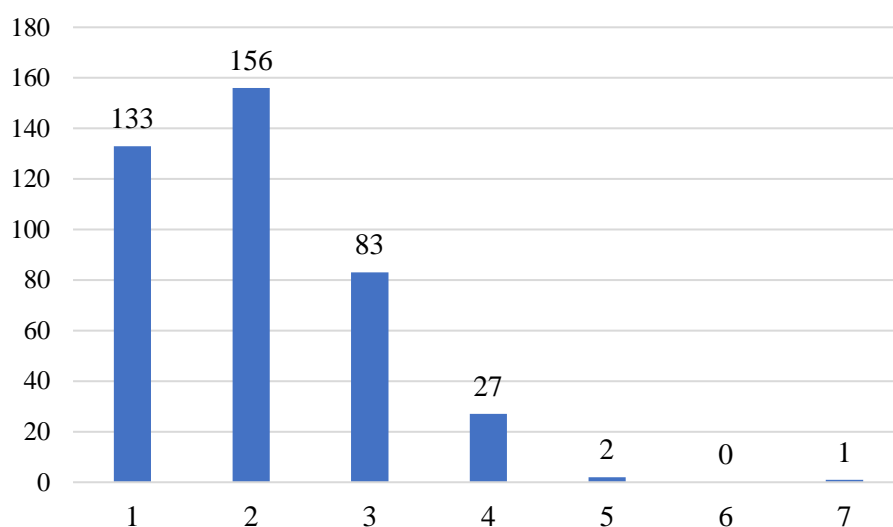
Hvor barnet er på dagtid. De fleste barna var på skolen ($n = 304$; 67,6 %) eller i barnehagen ($n = 119$; 26,4 %) på dagtid. De øvrige var hjemme ($n = 23$; 5,1 %), i beredskapshjem ($n = 3$; 0,5 %) eller på ungdomshjem ($n = 1$; 0,2 %). Blant barna som var hjemme på dagtid, var 14 under to år. Kun tre barn (0,6 %) i grunnskolealder var hjemme på dagtid.

Deskriptive analyser av foreldrene/pasientene.

Kjønn. Utvalget ($N = 422$) besto av 286 mødre (67,7 %) og 136 fedre (32,3 %). Binomial test ble benyttet for å se om proporsjonen mødre var signifikant større enn proporsjonen fedre, noe den var ($p < .001$).

Sivilstatus. Kartleggingsskjemaet skilte ikke mellom sivilstatus som gift eller som samboer. Totalt 242 foreldre (57,3 %) hadde svart på spørsmålet om sivilstatus, mens hele 180 foreldre (42,7 %) ikke oppga informasjon om dette i kartleggingen. Av de som svarte, var 105 foreldre (43,4 %) gift eller samboer med den andre forelderen, 25 foreldre (10,3 %) var gift eller samboer med steforelder til barnet og 112 foreldre (46,3 %) var enslige.

Antall barn. Totalt 402 foreldre (95,3 %) hadde oppgitt antall barn. Som vist i Figur 2, hadde foreldrene mellom ett og sju barn ($M = 2,24$; $SD = 1,02$). Totalt åtte (1,9 %) svarte at de ventet barn.



Figur 2. Totalt antall barn.

Foreldrenes diagnoser. Flest foreldre hadde én diagnose ($n = 311$, 73,7 %), etterfulgt av foreldre med to diagnoser ($n = 70$, 16,6 %). Deretter var det en liten andel foreldre som hadde tre diagnoser ($n = 21$; 5,0 %). En minoritet hadde ikke fått diagnose ($n = 20$, 4,7 %). Den vanligst forekommende diagnosetypen var affektive lidelser (se Tabell 4 for diagnoser etter ICD-kapittel). Enkeltvis var de tre vanligste primærdiagnosene F32.1 Depressiv episode, aktuell episode moderat ($n = 60$, 10,3 %), F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat ($n = 53$, 9,1 %) og F43.1 Posttraumatisk stresslidelse ($n = 31$, 5,3 %) (se appendiks B, Tabell 18, for fullstendig oversikt over enkeltdiagnoser og forekomst).

Kjønnsfordelingen etter ICD-kategoriserte diagnoser var jevn (se Tabell 5), med unntak av for F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer. En betydelig større andel av fedrene (15,3 %) i utvalget hadde en diagnose fra denne kategorien, sammenlignet med andelen av møødrene (4,4 %).

Tabell 4. Foreldrenes diagnoser, kategorisert etter kapitler i ICD-10, sortert etter forekomst.

| <u>Diagnosekategori</u> | <u>n</u> | <u>%</u> |
|--|----------|----------|
| F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser) | 190 | 45 |
| F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser | 89 | 21 |
| F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser | 42 | 10 |
| F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer | 32 | 7,6 |
| F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne | 19 | 4,5 |
| F90-F99 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder | 12 | 2,8 |
| R-/Z-diagnoser | 8 | 1,9 |
| F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske psykiske lidelser | 5 | 1,2 |
| F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer | 4 | 0,9 |
| F70-F79 Psykisk utviklingshemming | 1 | 0,2 |
| Totalt | 402 | 95 |

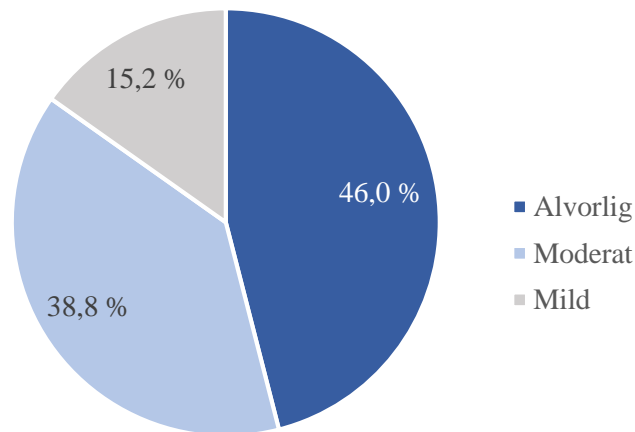
Note. 20 foreldre (4,7 %) hadde ikke fått primærdiagnose.

Tabell 5. Prosentfordeling av diagnoser, etter forelders kjønn.

| <u>Diagnosekategori</u> | <u>Mødre</u> | | <u>Fedre</u> | |
|--|--------------|----------|--------------|----------|
| | <u>n</u> | <u>%</u> | <u>n</u> | <u>%</u> |
| F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser | 4 | 1,5 | 1 | 0,8 |
| F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer | 12 | 4,4 | 20 | 15,3 |
| F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser | 24 | 8,9 | 18 | 13,7 |
| F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser) | 135 | 49,8 | 55 | 42,0 |
| F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser | 65 | 24,0 | 24 | 18,3 |
| F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer | 4 | 1,5 | 0 | 0,0 |
| F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne | 13 | 4,8 | 6 | 4,6 |
| F70-F79 Psykisk utviklingshemming | 1 | 0,4 | 0 | 0,0 |
| F80-F89 Utviklingsforstyrrelser | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| F90-F99 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder | 8 | 3,0 | 4 | 3,1 |
| R-/Z-diagnoser | 5 | 1,8 | 3 | 2,3 |
| Totalt | 271 | 100 | 131 | 100 |

Note. 20 foreldre (4,7 %) hadde ikke fått primærdiagnose.

Alvorlighet. Som vist i Figur 3, hadde den største andelen foreldre i utvalget alvorlige psykiske lidelser ($n = 185$; 46,0 %), etterfulgt av lidelser av moderat alvorlighet ($n = 156$; 38,8 %). Færrest hadde milde psykiske lidelser ($n = 61$; 15,2 %).



Figur 3. Prosentfordeling av foreldrenes diagnoser kategorisert etter antatt alvorlighetsgrad.

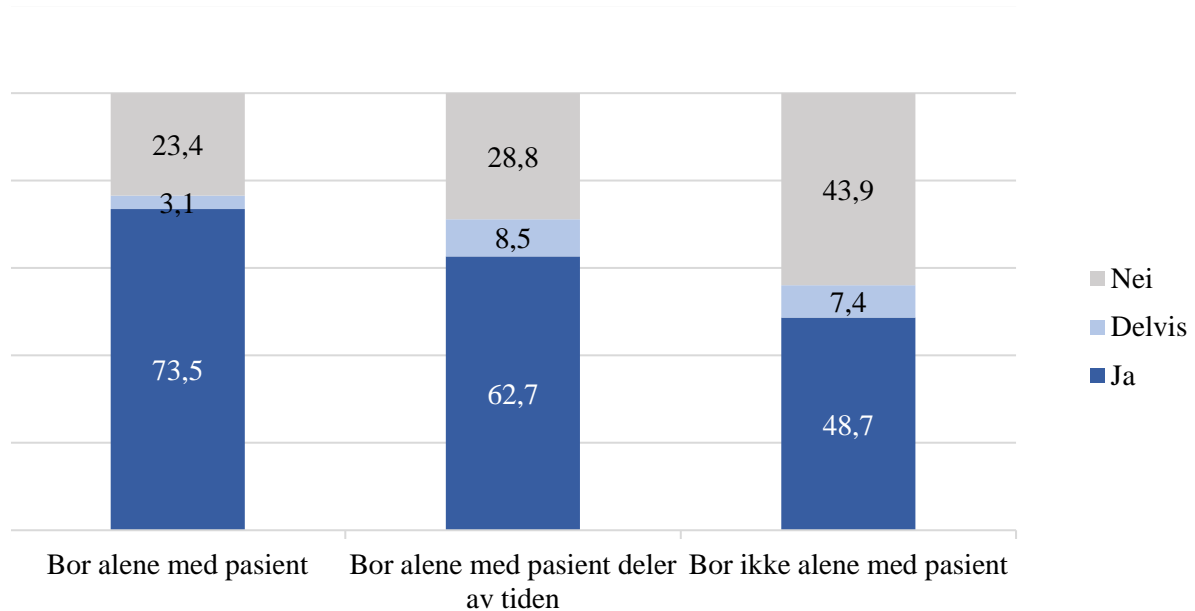
Statistiske analyser av faktorer som påvirker hvorvidt barna får informasjon om forelders tilstand og helsehjelp/innleggelse.

Foreldrene til totalt 67,8 % av barna hadde svart på spørsmålet «Vet barnet at du mottar hjelp for dine problemer/vet barnet at du er innlagt?» ($n = 395$). Av disse hadde totalt 54,9 % ($n = 217$) svart «ja», 6,8 % ($n = 27$) hadde svart «delvis», og 38,2 % ($n = 151$) hadde svart «nei». Spørsmålet «Har barnet ditt fått informasjon om din tilstand?», hadde foreldrene til totalt 61,6 % av barna svart på ($n = 359$). Av disse hadde totalt 44,0 % ($n = 158$) svart «ja», 14,5 % ($n = 52$) hadde svart «delvis», og 41,5 % ($n = 149$) hadde svart «nei».

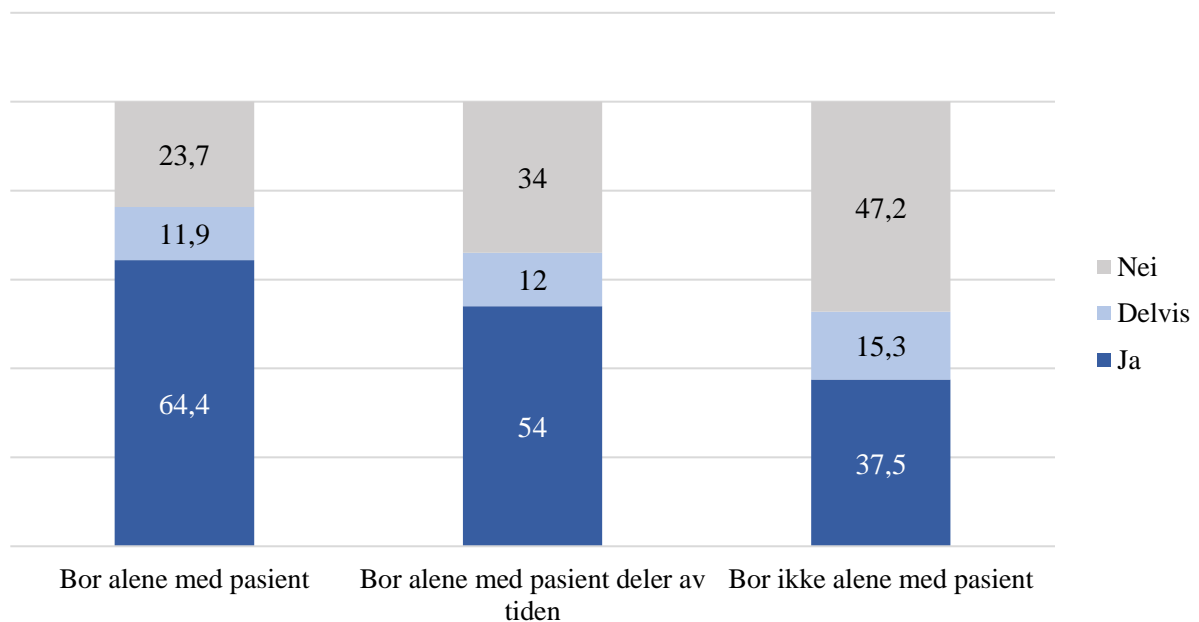
Familiesammensetning. For å se om oddsene for å få informasjon var høyere for barn som bodde sammen med PSF og eventuelle andre voksne, sammenlignet med barn som ikke bodde sammen med PSF, ble logistisk regresjon benyttet. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller i hvor mye informasjon barna fikk.

Barn som bodde hos enslige PSF fikk imidlertid i større grad informasjon enn de øvrige barna (se Figur 4 og Figur 5). Multivariat hierarkisk logistisk regresjon ble benyttet for å finne ut hvor forskjellen lå, om det var en signifikant forskjell, og om det var interaksjonseffekter mellom forelders kjønn og sivilstatus i hvor mye informasjon barnet fikk.

Resultatene viste at dersom barnet bodde hos en enslig PSF, var det høyere odds for at barnet hadde fått informasjon om både helsehjelp/innleggelse (se Tabell 6) og tilstand (se Tabell 7). Ingen interaksjonseffekter ble funnet.



Figur 4. Forskjeller i informasjon om helsehjelp basert på familiesammensetning (prosentfordeling).



Figur 5. Forskjeller i informasjon om foreldres tilstand basert på familiesammensetning (prosentfordeling).

Tabell 6. Sammenheng mellom hvorvidt barnet har fått informasjon om forelders helsehjelp/innleggelse, og om det bor hos enslig PSF eller ikke.

| $X^2(2) = 12,225, p = .002$ | | | |
|-----------------------------|---|-------------|-----------------|
| | <u>OR^a [95 % CI^b]</u> | <u>Wald</u> | <u><i>p</i></u> |
| Nei | | 11.42 | .003* |
| Deler av tiden | 1.93 [1.05, 3.56] | 4.43 | .035** |
| Ja | 2.55 [1.36, 4.78] | 8.60 | .003* |

^a Odds ratio

^b Konfidensintervall

* Signifikant på 0.01 nivå

** Signifikant på 0.05 nivå

Tabell 7. Sammenheng mellom hvorvidt barnet har fått informasjon om forelders tilstand, og om det bor hos enslig PSF eller ikke.

| $X^2(2) = 12,663, p = .002$ | | | |
|-----------------------------|---|-------------|-----------------|
| | <u>OR^a [95 % CI^b]</u> | <u>Wald</u> | <u><i>p</i></u> |
| Nei | | 11.64 | .003* |
| Deler av tiden | 1.73 [.92, 3.28] | 2.88 | .090 |
| Ja | 2.87 [1.50, 5.50] | 10.13 | .001* |

^a Odds ratio

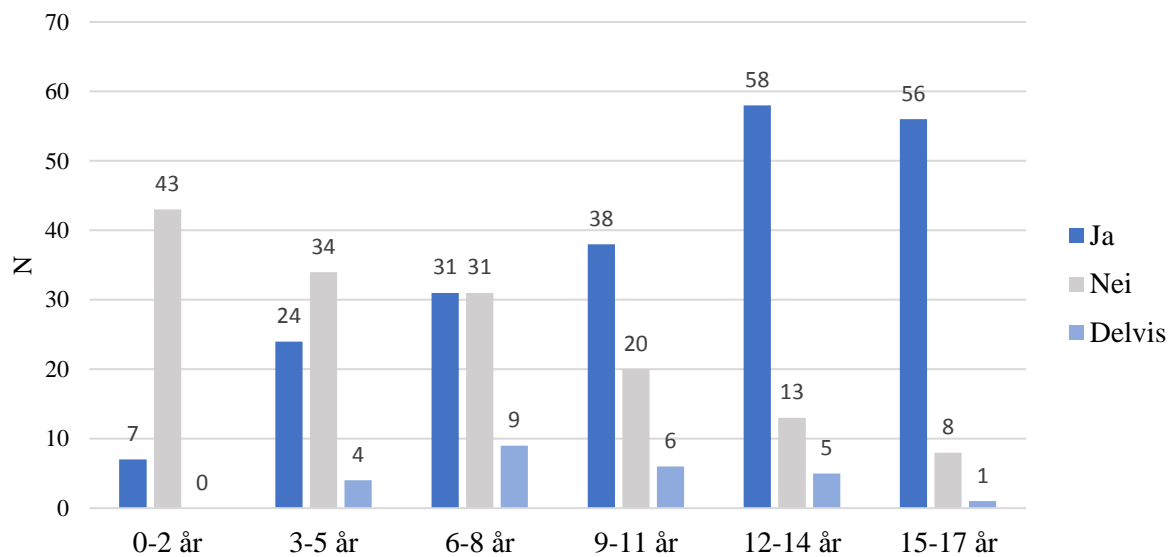
^b Konfidensintervall

* Signifikant på 0.01 nivå

Informasjon og barnas alder. Det ble funnet en aldersforskjell mellom barna som hadde fått full eller delvis informasjon om forelders innleggelse ($M = 10,88, SD = 4,31$) og barna som ikke hadde fått informasjon om forelders innleggelse ($M = 5,96, SD = 4,40$) (se Figur 6). Det ble også funnet en aldersforskjell mellom barna som hadde fått full eller delvis informasjon om forelders tilstand ($M = 11,07, SD = 4,166$) og barna som ikke hadde fått informasjon om forelders tilstand ($M = 6,08, SD = 4,367$) (se Figur 7).

Logistisk regresjon ble brukt for å se nærmere på forholdet mellom informasjon og barnets alder. Her ble svaralternativet «delvis» kodet som «ja». Oddsen for at foreldrene hadde informert barna sine om helsehjelp/innleggelse (se Tabell 8) og tilstand (se Tabell 9) ble høyere for hvert alderstrinn ($p < .001$); Oddsen for at 15-17-åringene hadde fått

informasjon om helsehjelp/innleggelse var 43,77 ganger høyere enn for 0-2-åringene, og oddsen for at de hadde fått informasjon om tilstand var 47,78 ganger høyere.



Figur 6. Aldersfordeling, «Vet barnet at du mottar hjelp/at du er innlagt?»

Tabell 8. Sammenhengen mellom barnets informasjon om forelders helsehjelp/innleggelse^c, og barnets alder.

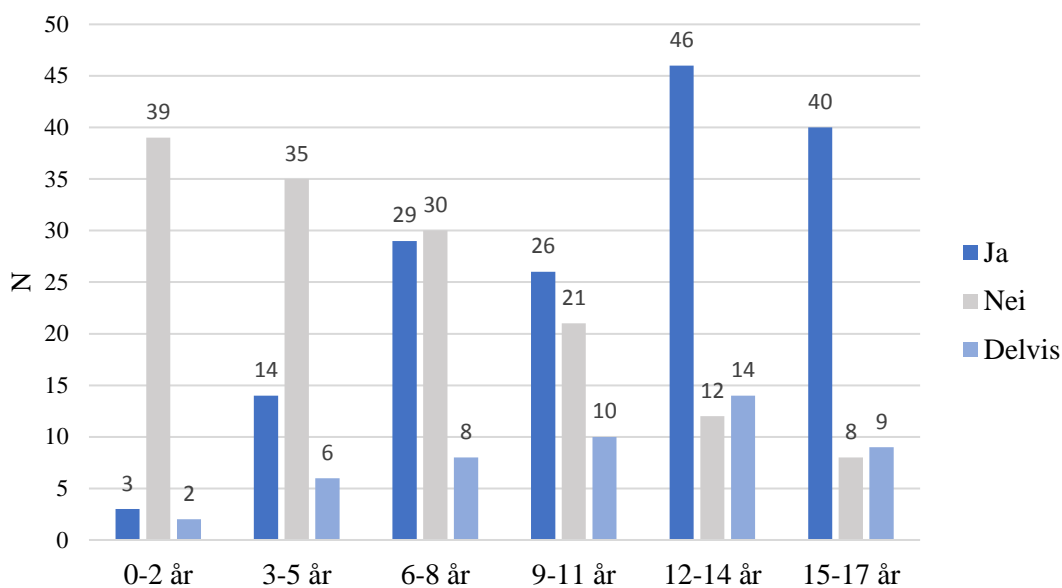
| $\chi^2(5) = 96,128, p < .001$ | | | |
|--------------------------------|---|-------|----------|
| Barnets alder | OR ^a [95 % CI ^b] | Wald | <i>p</i> |
| 0-2 år | | 69.29 | 0.000* |
| 3-5 år | 5.06 [1.97, 12.98] | 11.37 | 0.001* |
| 6-8 år | 7.93 [3.14, 20.02] | 19.19 | 0.000* |
| 9-11 år | 13.51 [5.19, 35.22] | 28.39 | 0.000* |
| 12-14 år | 29.77 [10.98, 80.70] | 44.48 | 0.000* |
| 15-17 år | 43.77 [14.73, 130.03] | 46.27 | 0.000* |

^a Odds ratio

^b Konfidensintervall

^c Svaralternativet «delvis» ble her kodet som «ja»

* Signifikant på 0.001 nivå



Figur 7. Aldersfordeling, «Har barnet fått informasjon om din tilstand?»

Tabell 9. Sammenhengen mellom barnets informasjon om forelders tilstand^c, og barnets alder.

| $\chi^2(5) = 95,446, p < .001$ | | | |
|--------------------------------|---|-------|----------|
| Barnets alder | OR ^a [95 % CI ^b] | Wald | <i>p</i> |
| 0-2 år | | 67.51 | 0.000* |
| 3-5 år | 4.46 [1.51, 13.14] | 7.34 | 0.007** |
| 6-8 år | 9.62 [3.37, 27.44] | 17.92 | 0.000* |
| 9-11 år | 13.37 [4.56, 39.19] | 22.34 | 0.000* |
| 12-14 år | 39.00 [12.75, 119.35] | 41.22 | 0.000* |
| 15-17 år | 47.78 [14.48, 157.65] | 40.29 | 0.000* |

^a Odds ratio

^b Konfidensintervall

^c Svaralternativet «delvis» ble her kodet som «ja».

* Signifikant på 0.001 nivå

** Signifikant på 0.01 nivå

Barnets kjønn. Kjikvadrattest viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom gutter og jenter i hvorvidt de hadde fått informasjon om forelders sykdom og innleggelse.

Forelders kjønn. For å se om det var forskjeller mellom barn med psykisk syke mødre og barn med psykisk syke fedre i hvor mye informasjon de hadde fått om sykdommen,

ble det benyttet kjikvadrattest. Det var signifikante forskjeller basert på forelders kjønn i hvor mye informasjon barnet hadde fått om helsehjelp/innleggelse ($\chi^2(2, n = 316) = 8,606, p < 0.05$) (se Tabell 10). Det var også signifikante forskjeller i hvorvidt de hadde fått informasjon om forelders tilstand ($\chi^2(2, n = 349) = 10,015, p < 0.01$) (se Tabell 11). For begge variablene hadde barn av psykisk syke mødre i større grad fått informasjon enn barn av psykisk syke fedre.

Tabell 10. Andel barn som har blitt informert om forelders helsehjelp/innleggelse.

| | Mor er pasient | | Far er pasient | | Totalt | |
|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------|----------|
| | <i>n</i> | % mødre | <i>n</i> | % fedre | <i>n</i> | % totalt |
| Ja | 159 | 60,0 | 58 | 44,6 | 217 | 54,9 |
| Nei | 92 | 34,7 | 59 | 45,4 | 151 | 38,2 |
| Delvis | 14 | 5,3 | 13 | 10,0 | 27 | 6,8 |
| Totalt | 265 | 100 | 130 | 100 | 395 | 100 |

Tabell 11. Andel barn som har blitt informert om forelders tilstand.

| | Mor er pasient | | Far er pasient | | Totalt | |
|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------|----------|
| | <i>n</i> | % mødre | <i>n</i> | % fedre | <i>n</i> | % totalt |
| Ja | 118 | 49,0 | 40 | 33,9 | 158 | 44,0 |
| Nei | 94 | 39,0 | 44 | 46,6 | 149 | 41,5 |
| Delvis | 29 | 12,0 | 23 | 19,5 | 52 | 14,5 |
| Totalt | 241 | 100 | 118 | 100 | 359 | 100 |

Forelders diagnose. Logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke forholdet mellom diagnoser og hvorvidt barnet hadde mottatt informasjon om sykdommen. For å kunne sammenligne oddsen for at barnet hadde mottatt informasjon avhengig av diagnosetype, ble diagnosevariabelen omkodet til dummyvariabler. Diagnoser som tilhørte samme kapittel i ICD-10 ble kodet i samme dummyvariabel, og diagnosekategorier med $n < 15$ ble ekskludert i disse analysene.

Oddsene for at barnet fikk informasjon om at forelderen mottok helsehjelp/var innlagt, var høyest hvis foreldrene hadde diagnoser fra kategoriene F20-F29 Schizofreni, schizotyp

lidelse og paranoide lidelser, og F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne. For diagnosekategorien F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, var oddsen for informasjon nesten halvparten (se Tabell 12).

Oddsene for at barnet fikk informasjon om forelders tilstand ble høyere for samtlige av de inkluderte diagnosekategoriene. Den høyeste oddsen var for F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser. Oddsene for at foreldre med F20-F29-diagnoser fortalte barna om tilstanden sin var omtrent dobbel så høy som for foreldre med øvrige diagnoser (se Tabell 13). Det var ønskelig å undersøke om det var en interaksjonseffekt mellom forelders kjønn og diagnosekategori, men på grunn av skjev kjønnsfordeling i flere av diagnosekategoriene var ikke dette mulig.

Tabell 12. Sammenhengen mellom barnets informasjon om helsehjelp/innleggelse, og forelders diagnose.

| | N | OR ^a [95 % CI ^b] | Wald | p |
|---|-----|---|------|------|
| $X^2(5) = 13,460, p = .019^*$ | | | | |
| F10-F19 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer | 44 | .53 [.19, 1.45] | 1.53 | .216 |
| F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser | 59 | 2.81 [1.02, 7.80] | 3.95 | .047 |
| F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser) | 268 | 1.45 [.72, 2.92] | 1.09 | .296 |
| F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelatererte og somatoforme lidelser | 121 | 1.68 [.77, 3.66] | 1.68 | .195 |
| F60-F69 Personlighets-og adferdsforstyrrelser hos voksne | 25 | 3.15 [.88, 11.34] | 3.08 | .079 |

^a Odds ratio^b Konfidensintervall

* Signifikant på 0.05 nivå

Tabell 13. Sammenhengen mellom barnets informasjon om tilstand, og forelders diagnose.

| | N | OR ^a [95 % CI ^b] | Wald | p |
|---|-----|---|-------|------|
| $X^2(5) = 18,665, p = .002^*$ | | | | |
| F10-F19 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer | 44 | 2.56 [.82, 7.97] | 2.62 | .106 |
| F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser | 59 | 8.31 [2.75, 25.09] | 14.09 | .000 |
| F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser) | 268 | 3.70 [1.62, 8.44] | 9.63 | .002 |
| F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelatererte og somatoforme lidelser | 121 | 4.62 [1.86, 11.45] | 10.93 | .001 |
| F60-F69 Personlighets-og adferdsforstyrrelser hos voksne | 25 | 3.65 [1.06, 12.56] | 4.22 | .040 |

^a Odds ratio^b Konfidensintervall

* Signifikant på 0.005 nivå

Diagnosens alvorlighetsgrad. Multivariat hierarkisk logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke forholdet mellom alvorlighetsgraden av forelders diagnose (mild, moderat, alvorlig), barnets alder og kjønn, og om barnet hadde fått informasjon om helsehjelp/innleggelse (se Tabell 14) og forelders tilstand (se Tabell 15). I første modell ble alvorlighetsgrad av diagnosen lagt inn alene, mens i modell 2 ble barnets kjønn og alder lagt til. I siste modell ble i tillegg interaksjonseffektene undersøkt. Interaksjonseffektene ble undersøkt i enkeltvise analyser. Oddsene for at noen hadde informert barna om helsehjelp/innleggelse var større jo mer alvorlig diagnosen var, men denne forskjellen var ikke signifikant. Oddsene for at noen hadde informert barna om forelders tilstand var også høyere jo mer alvorlig diagnosen var, men heller ikke denne forskjellen var signifikant.

I modell 2 fremkom det at barnets alder kunne predikere om barnet fikk informasjon eller ikke, men det ble ikke funnet noen interaksjonseffekt mellom diagnosens alvorlighetsgrad og barnets alder (modell 3). Barnets kjønn påvirket ikke informasjonen barnet fikk, og det var ingen interaksjonseffekt mellom diagnosens alvorlighetsgrad og barnets kjønn når det gjaldt hvorvidt barnet hadde fått informasjon om forelders tilstand eller innleggelse.

Tabell 14. Sammenhengen mellom barnets informasjon om helsehjelp/innleggelse, og forelders diagnose.

| | Modell 1 | | | Modell 2 | | | Modell 3 | | | Modell 4 | | |
|--------------------------|---|------|------|-------------------|-------|------|-------------------|------|------|-------------------|------|------|
| | OR ^a [95 % CI ^b] | Wald | p | OR [95 % CI] | Wald | p | OR [95 % CI] | Wald | p | OR [95 % CI] | Wald | p |
| Alvorlighet: mild | | 3.51 | .173 | | 2.29 | .318 | | 1.47 | .480 | | 1.69 | .431 |
| Alvorlighet: moderat | 1,40 [74, 2.65] | 1.06 | .303 | 1.51 [.740, 3.10] | 1.28 | .257 | .48 [.08, 2.72] | .70 | .404 | .75 [.10, 5.65] | .08 | .781 |
| Alvorlighet: alvorlig | 1.81 [.95, 3.45] | 3.27 | .071 | 1.56 [.85, 3.59] | 2.29 | .130 | .99 [.1, 5.50] | .00 | .992 | 1.83 [.25, 13.51] | .35 | .553 |
| Barnets alder (gruppet) | | | | 1.92 [1.64, 2.25] | 63.75 | .000 | 1.56 [1.05, 2.30] | 4.94 | .026 | 1.60 [1.07, 2.39] | 5.29 | .022 |
| Barnets kjønn (1 = gutt) | | | | 1.00 [.62, 1.61] | 0.00 | .998 | | .00 | .967 | 1.93 [.57, 6.52] | 1.12 | .290 |
| Mild*alder | | | | | | | | 2.23 | .327 | | 1.92 | .384 |
| Moderat*alder | | | | | | | | | | 1.41 [.88, 2.26] | 2.04 | .153 |
| Alvorlig*alder | | | | | | | | | | 1.18 [.75, 1.85] | .49 | .486 |
| Mild*kjønn | | | | | | | | | | | | |
| Moderat*kjønn | | | | | | | | | | | | |
| Alvorlig*kjønn | | | | | | | | | | | | |

^a Odds ratio^b Konfidensintervall

Tabell 15. Sammenhengen mellom barnets informasjon om forelderens tilstand, og forelders diagnose.

| | Modell 1 | | | Modell 2 | | | Modell 3 | | | Modell 4 | | |
|--------------------------|-----------------|------------------------|----------|----------|--------------|----------|----------|--------------|----------|----------|--------------|----------|
| | OR ^a | [95 % CI] ^b | <i>p</i> | OR | [95 % CI] | <i>p</i> | OR | [95 % CI] | <i>p</i> | OR | [95 % CI] | <i>p</i> |
| Alvorlighet: mild | 5.20 | | .074 | 3.00 | | .224 | 1.85 | | .396 | 2.18 | | .336 |
| Alvorlighet: moderat | 1.50 | [.77, 2.91] | .235 | 1.50 | [.70, 3.19] | .300 | .29 | [.05, 1.75] | .176 | .27 | [.04, 2.01] | .202 |
| Alvorlighet: alvorlig | 2.12 | [1.08, 4.15] | .029 | 1.94 | [.90, 4.19] | .090 | .47 | [.08, 2.83] | .410 | .69 | [.10, 4.93] | .712 |
| Barnets alder (gruppert) | | | | 2.05 | [1.72, 2.45] | .000 | 1.42 | [.96, 2.10] | .083 | 1.42 | [.96, 2.11] | .082 |
| Barnets kjønn (1 = gutt) | | | | .97 | [.59, 1.60] | .904 | .96 | [.58, 1.60] | .880 | 1.25 | [.37, 4.22] | .714 |
| Mild*alder | | | | | | | 4.06 | | .131 | 4.18 | | .123 |
| Moderat*alder | | | | | | | 1.62 | [1.00, 2.63] | .052 | 1.62 | [1.00, 2.64] | .052 |
| Alvorlig*alder | | | | | | | 1.51 | [.93, 2.45] | .093 | 1.55 | [.95, 2.52] | .079 |
| Mild*kjønn | | | | | | | | | | .05 | | .188 |
| Moderat*kjønn | | | | | | | | | | 1.19 | [.28, 5.02] | .817 |
| Alvorlig*kjønn | | | | | | | | | | .43 | [.10, 1.84] | .253 |

^a Odds ratio^b Konfidensintervall

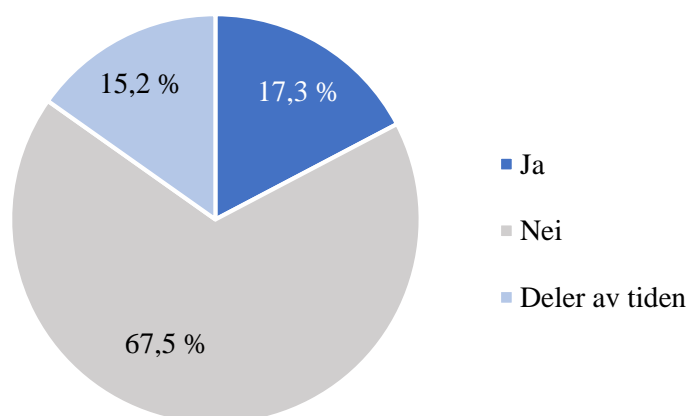
Antall diagnoser. Logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke om antall diagnoser påvirket oddsen for at barna fikk informasjon om helsehjelp/innleggelse og forelders tilstand, men det ble ikke funnet noen slik sammenheng.

Deskriptive analyser av barnas boforhold, og statistiske analyser av faktorer hos foreldre som påvirker boforhold

Totalt 90,5 % av de utfylte spørreskjemaene ($n = 526$) inneholdt opplysninger om hvorvidt barna bodde sammen med pasienten. Cirka tre fjerdedeler av disse (76,2 %) bodde sammen med pasienten ($n = 401$), og cirka en fjerdedel (23,8 %) bodde ikke sammen med pasienten ($n = 125$). Hvis pasienten var far, var det en større andel som ikke bodde sammen med ham (47,3 %) enn hvis pasienten var mor (12,6 %).

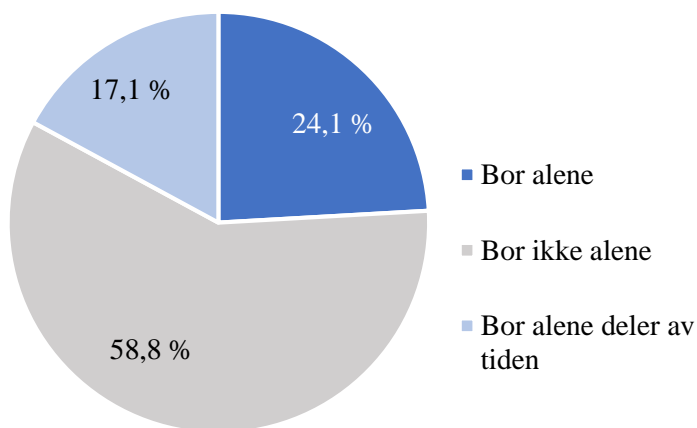
Barn som bor utenfor hjemmet. Totalt 45 barn (7,8 %) bodde ikke i opprinnelsesfamilien. Majoriteten av disse barna bodde enten i fosterhjem ($n = 21$; 46,7 %) eller beredskapshjem ($n = 9$; 20 %). De øvrige barna ($n = 15$; 33,3 %) bodde hos besteforeldre eller søsken av foreldre. Totalt 8,8 % av barna med psykisk syke mødre bodde utenfor hjemmet, mens 4,9 % av barna med psykisk syke fedre bodde utenfor hjemmet.

Barn som bor med enslig PSF. Totalt 170 av barna (32,5 %) bodde med en enslig PSF og eventuelle søsken, enten hele tiden ($n = 91$, 17,3 %) eller deler av tiden ($n = 80$, 15,2 %) (se Figur 8). Informasjon om hvorvidt barnet bodde hos enslig PSF manglet for 57 av barna (9,8 % av det totale utvalget).

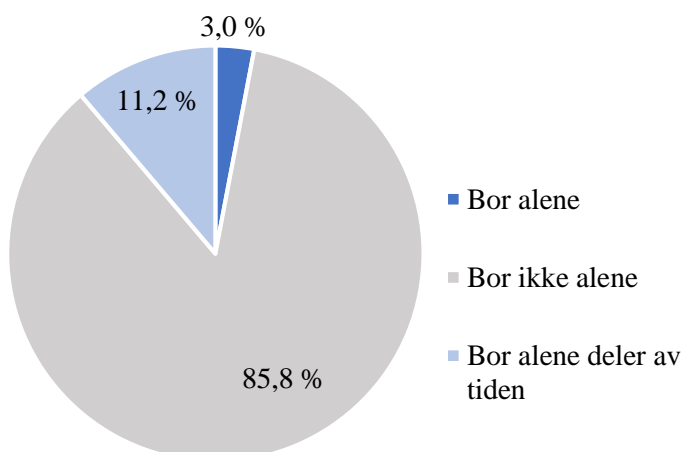


Figur 8. Prosentfordeling av bosituasjonen til barn som bor alene med pasienten.

En større prosentandel av barna med psykisk syk mor, bodde alene med henne og eventuelle søsken, enn hva barna med psykisk syk far gjorde (se Figur 9 og Figur 10). Kjikvadrattest ble benyttet for å se nærmere på sammenhengen mellom forelders kjønn og hvorvidt barnet bodde alene med forelderen. Denne forskjellen var signifikant ($\chi^2(2, N = 526) = 44,547, p < 0.001$).



Figur 9. Prosentfordeling av bosituasjonen til barna med psykisk syk mor.



Figur 10. Prosentfordeling av bosituasjonen til barna med psykisk syk far.

Forelders diagnose. Logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke forholdet mellom forelders diagnose og hvorvidt barnet bodde sammen med den psykisk syke forelderen. F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer var den diagnosekategorien som best kunne predikere barnas boforhold. Oddsen for at barnet ikke bodde sammen med forelderen var mangedoblet for foreldre med diagnoser i denne kategorien, sammenlignet med foreldre med diagnoser i de øvrige kategoriene (se Tabell 16). Det ble ikke funnet interaksjonseffekter mellom forelders kjønn og diagnosekategori.

Tabell 16. Sammenhengen mellom forelders diagnose og om barnet bor sammen med forelderen.

| | $X^2(5) = 39,806, p < .001^*$ | | | |
|---|-------------------------------|---|-------|----------|
| | <i>n</i> | OR ^a [95 % CI ^b] | Wald | <i>p</i> |
| F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer | 44 | 8.73 [3.40, 22.40] | 20.31 | .000 |
| F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser | 59 | 2,10 [.86, 5.12] | 2.68 | .102 |
| F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser) | 268 | 1.06 [.50, 2.25] | .02 | .890 |
| F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser | 121 | 1.09 [.47, 2.50] | .04 | .848 |
| F60-F69 Personlighets-og atferdsforstyrrelser hos voksne | 25 | 2.19 [.71, 6.77] | 1.87 | .172 |

^a Odds ratio

^b Konfidensintervall

* Signifikant på 0.001 nivå

Diagnosens alvorlighetsgrad. Logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke forholdet mellom diagnosens alvorlighetsgrad og om barnet bodde sammen med den psykisk syke forelderen (se Tabell 17). Oddsen for at barnet ikke bodde hos forelderen var over tre ganger høyere for de mest alvorlige psykiske lidelsene ($p < .001$) sammenlignet med milde lidelser.

Tabell 17. Sammenhengen mellom alvorlighetsgraden av forelders diagnose og om barnet bor hos forelderen.

| $X^2(2) = 31,869, p < .001$ | | | |
|-----------------------------|---|-------------|----------|
| | <u>OR^a [95 % CI^b]</u> | <u>Wald</u> | <u>p</u> |
| Alvorlighet: mild | | 29.738 | .000* |
| Alvorlighet: moderat | .972 [.445, 2.121] | .005 | .943 |
| Alvorlighet: alvorlig | 3.282 [1.595, 6.752] | 10.426 | .001* |

^a Odds ratio

^b Konfidensintervall

* Signifikant på 0.01 nivå

Videre ble logistisk regresjon benyttet for å undersøke forholdet mellom diagnosens alvorlighetsgrad og om barnet bodde sammen med en enslig PSF. Her ble barn som bodde alene med PSF hele og deler av tiden kodet sammen, slik at den avhengige variabelen ble dikotom. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom det å være enslig PSF og alvorlighetsgrad. Logistisk regresjon ble også benyttet for å undersøke forholdet mellom alvorlighetsgrad og om barnet bodde utenfor hjemmet (fosterhjem, beredskapshjem eller øvrige slektninger). Det ble heller ikke her funnet noen sammenheng.

Antall diagnoser. Resultatene av logistiske regresjonsanalyser viste at det ikke var noen sammenheng mellom antall diagnoser og om barnet bodde hos PSF, heller ikke for om barnet bodde hos en enslig PSF. Ingen interaksjonseffekter mellom antall diagnoser og diagnosens alvorlighetsgrad ble funnet.

Diskusjon

Denne studiens hovedbidrag kan oppsummeres i følgende fire punkter. (1) Når det gjelder hvem disse barna er, viser det seg at BAP er en aldersheterogen gruppe, men med en stor andel barn under seks år. De aller fleste BAP har tilgang på voksne ressurspersoner ut over PSF. (2) Når det gjelder karakteristikk ved foreldrene viser det seg at PSF i større grad er mødre enn fedre. Nesten halvparten av foreldrene er enslige. De fleste foreldrene har én diagnose, og halvparten har alvorlige psykiske lidelser. (3) Når det gjelder hvorvidt barna har fått informasjon om forelders tilstand og helsehjelp, har omtrent halvparten fått dette. Barn som bor hos enslige PSF har høyere odds for å få informasjon, sammenlignet med de øvrige barna. Det er store aldersforskjeller i hvor mye informasjon barna får. Oddsen for at barna får informasjon blir høyere for hvert alderstrinn. Videre får barn av psykisk syke mødre i større

grad informasjon, sammenlignet med barn av psykisk syke fedre. Barn av foreldre med personlighetsforstyrrelser, schizofreni, schizotyp lidelse og andre paranoide lidelser, har høyere odds for å få informasjon. For rusrelaterte lidelser er oddsen for å få informasjon nesten halvert. Antall diagnoser og diagnosens alvorlighet har ingen innvirkning på oddsen for å få informasjon. (4) Når det gjelder barnas bosituasjon og hvilke faktorer som påvirker denne, viser det seg at de aller fleste BAP bor sammen med PSF, og nær en tredjedel bor alene sammen med PSF hele eller deler av tiden. En relativt stor andel av BAP bor også i foster- eller beredskapshjem. Dersom forelder har en rusrelatert lidelse, blir oddsen for at barnet ikke bor sammen med PSF mangedoblet. Videre er oddsen for at BAP ikke bor sammen med PSF tre ganger så høy hvis PSF har alvorlige psykiske lidelser, sammenliknet med milde psykiske lidelser. Antall diagnoser kan ikke predikere hvorvidt barnet bor sammen med PSF. I det følgende vil vi drøfte de fire ovennevnte punktene nærmere, drøfte implikasjoner ved funnene, trekke fram relevante eksisterende og potensielle tiltak, samt komme med anbefalinger for videre klinisk praksis og forskning basert på studiens funn.

Kjennetegn ved barna og deres livssituasjon

Kjønnsfordelingen i utvalget vårt viser at guttene er i overtall, med 110 gutter per 100 jenter. Det er vanlig at det fødes noe flere gutter enn jenter, men dette tallet er noe høyere enn kjønnsproporsjonen i Norge, som ifølge SSB er 103 til 108 gutter per 100 jenter ved fødsel (Brunborg, 2009). Antallet gutter er imidlertid ikke signifikant høyere enn jenter, så kjønnsfordelingen hos BAP er i all hovedsak jevn. I relasjon til dette er det verdt å merke seg at det finnes visse forskjeller i gutter og jenters psykososiale utvikling, særlig i utsatte grupper som BAP. Noen forskere hevder at jenter har flere beskyttelsesfaktorer i sin livssituasjon (Benzies & Mychasiuk, 2009, Criss et al., 2002; Möller-Leimkühler, 2002), noe som kan bidra til forskjeller mellom gutter og jenter når det gjelder konsekvenser av ulike belastninger. Etter pubertetsalder vil man videre kunne se en dobling av forekomsten av depresjon hos jentene, sammenliknet med guttene (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994) og jenter tar også i større grad enn gutter på seg rollen som omsorgsgiver i hjem der forelderen ikke klarer å gi adekvat omsorg (Aldridge, 2006; Mayselless et al., 2004). Flere gutter i utvalget vil kunne gi utslag i høyere forekomst av enkelte typer problematikk, som alvorlige atferdslidelser og fysisk aggresjon, som er mer utbredt blant gutter (Moffitt et al., 2000), noe som igjen kan påvirke guttenes risiko for å komme i kontakt med rettsvesenet (Smokowski et al., 2004).

I utviklingen av tiltak, bør man ta høyde for at BAP er en aldersheterogen gruppe, med tilsvarende heterogene behov. I et utviklingsperspektiv vil man også kunne se mange ulike

aldersrelaterte utfordringer hos BAP (Folkehelseinstituttet, 2014a; Folkehelseinstituttet, 2014b). Barn av pasienter i psykisk helsevern for voksne består likevel i langt større grad av barn under seks år (31,5 %) enn det som tidligere har blitt identifisert i poliklinikker for barn og ungdom i Norge, altså 14 % (Andersson et al., 2005). Dette kan enten forklares av at mange BAP under seks år ikke har behov for poliklinisk hjelp, at de først får hjelp etter fylte seks år, eller først får hjelp når problemene har vokst seg så store at barnet må henvises til spesialisthelsetjenesten. Andelen BAP under seks år i denne studien samsvarer med tall fra en australsk studie, som viste at mellom 28 og 33 % av psykisk syke foreldre hadde barn under fem år (Howe, Batchelor og Bochynska, 2009), noe som tyder på at denne studiens utvalg er representativt. Samtidig som de yngste barna i stor grad ikke får behandling gjennom psykiske helsetjenester for barn og unge, er de også ekstra sårbare utviklingsmessig (Griffith et al., 2000), har dårlig prognose når problemer først har oppstått (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000; Mowbray, Bybee, Oyserman, MacFarlane & Bowersox, 2006), og det finnes relativt få intervensjoner og tiltak for denne aldersgruppen (Siegenthaler et al., 2012).

I denne studien ble det ikke innhentet informasjon om barnets alder ved forelders sykdomsdebut. Imidlertid er eksempelvis tilbakevendende depresjon en vanlig lidelse i utvalget, der de diagnostiske kriteriene angir nettopp tilbakevendende økning i symptomtrykk og nedsettelse av funksjon som nødvendig for å sette diagnosen (World Health Organization, 1992). For de yngste barna er det derfor rimelig å anta at en stor del av barndommen vil kunne bli preget av forelders sykdom, med mindre intervensjoner iverksettes tidlig. I samsvar med dette, fant man i Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid-studien (TOPP) at en stor gruppe mødre som rapporterte symptomer på angst og depresjon når barna var 1,5 år, fortsatt hadde symptomer når barna var 14,5 år (Nilsen et al., 2016).

TOPP-studien viste også at det var mulig å identifisere forstadier til psykiske plager hos barn allerede i halvannetårsalderen, og en fjerdedel av disse hadde fortsatt plager seks år senere (Folkehelseinstituttet, 2015). Sett i sammenheng med at forebygging av psykiske helseproblemer er et sentralt mål i utviklingen og implementeringen av tiltak, samt at det er lettere å forhindre problemutvikling når tiltak settes inn i tidlig barndom (Folkehelseinstituttet, 2014b), synes potensialet for tidlige intervensjoner å være stort for de yngste barna i utvalget. Det er imidlertid vanskelig å tenke seg målrettede forebyggende innsatser uten at målgruppen er identifisert, noe som understreker viktigheten av identifikasjon av de risikoutsatte BAP, også i psykisk helsevern for voksne.

Det er vanligvis den andre forelderen eller utvidet familie som ivaretar BAP når PSF er innlagt. I tillegg er de fleste BAP på skole eller i barnehagen på dagtid. En liten andel av

barna i utvalget er hjemme på dagtid (5,1 %), men dette var hovedsakelig barn under barnehagealder. Det at de aller fleste barna hadde tilgang på familiære og ikke-familiære voksenpersoner ut over PSF, viser hvor viktig både øvrig familie, barnehager og skoler er som potensielle beskyttelsesfaktorer for BAP. Dette understrekes ytterligere av at resultater fra TOPP-studien tyder på at problematferd hos ettåringer primært kan knyttes til mødrenes symptomnivå og at mødrenes symptomnivå påvirkes av tilgang på sosial støtte og barnepassordninger (Folkehelseinstituttet, 2015).

Positive sosiale bånd mellom søsken er en viktig kilde til beskyttelse for barn som gjennomgår stressende livshendelser (Gass, et al., 2006). Dette er også en viktig beskyttelsesfaktor i vårt utvalg, da flesteparten har ett eller flere søsken. Søskenbånd kan vurderes som spesielt gunstig for den andelen med søsken over 18 år (16,1 %), der søster eller bror kan fungere som en voksen ressursperson (Widmer & Weiss, 2010). Dysfunksjonelle søskenforhold er samtidig ikke uvanlig i familier med psykiske lidelser (Dunn & Kendrick, 1982; Goodwin & Roscoe, 1990), og kan øke risikobelastning hos BAP. Dette taler for at søskenforhold mellom BAP også kartlegges i psykiske helsetjenester for voksne. I vårt utvalg har 7,5 % av PSF fire eller flere barn, og det må tas høyde for at større søskenflokker kan påvirke familiens økonomi negativt og dermed bidra til sosioøkonomisk risiko (Benzies & Mychasiuk, 2009).

Kjennetegn ved psykisk syke foreldre

Foreldrerollen er utfordrende i seg selv, og en lang rekke studier indikerer at PSF har større vansker i foreldrerollen enn friske foreldre. Nær halvparten av pasientene i denne studien er enslige, og som tidligere nevnt kan dette medføre både økt problemomfang hos forelder (DeKlyen et al., 2006), lavere SØS (Jackson et al., 2000), og muligens forhøyet risiko for at barna deres utvikler psykiske lidelser (Feldman et al., 1987). Dersom barna i tillegg har gjennomgått en skilsmisse mellom foreldrene, kan dette også ha vært en stressende og risikoforhøyende overgang for både BAP og foreldre, både på grunn av konflikter, endringer i livssituasjonen og brudd i familierelasjonene (Amato, 2000; Kelly & Emery, 2003).

Den største andelen av PSF er mødre. Dette kan relateres til funn som viser at flere kvinner enn menn oppsøker psykisk helsehjelp (Möller-Leimkühler, 2002). Det er likevel ingen grunn til å tro at fedre i mindre grad har psykiske helseproblemer, da livstidsforekomsten er omtrent lik for begge kjønn (Kringlen et al., 2001). I vårt utvalg er det en jevn kjønnsfordeling i de fleste diagnosekategoriene. Et unntak er rusrelaterte lidelser, der fedre er i overvekt.

Affektive lidelser som ulike former for depresjon er vanligst i utvalget, noe som samsvarer med forekomsten av denne lidelsestypen i andre studier (Eberhard-Gran, Slinning & Rognmo, 2014; Folkehelseinstituttet, 2014a). Tilbakevendende depressiv lidelse er den nest vanligste enkeltlidelsen, noe som kan være spesielt utfordrende for barna av disse pasientene, da tilbakevendende og kroniske lidelser har vist seg å medføre høyere risiko for BAP (Ashman et al., 2002; Ashman, et al., 2008; Halligan et al., 2007). Depresjoner har videre en dokumentert negativ effekt på foreldre-barn-samspeillet (Cummings & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999; Murray & Cooper, 1997), noe som igjen kan mediere risiko for psykopatologi hos barnet (Hosman et al., 2009). Intensiv behandling av alvorlig deprimerede mødre har vist seg å kunne assosieres med reduserte symptomer på depresjon eller sterk uro hos barnet (Weissman et al., 2006).

Det er kjent at dersom foreldre har en eller flere komorbide lidelser, kan dette medføre forhøyet og mer langvarig risikobelastning for BAP (Kessler et al., 2010; Skodol et al., 2011). Sett i relasjon til dette, er det et oppløftende funn i vårt utvalg at de fleste foreldre kun har én diagnose. En av fem PSF har imidlertid to eller flere diagnoser. Det kan også tenkes at det finnes udiagnostiserte komorbide lidelser hos foreldrene som kun har primærdiagnose. Det at en andel foreldre i utvalget ikke har diagnose, skyldes formodentlig at kartleggingen skjedde på et tidspunkt i behandlingen der en diagnostisk vurdering foreløpig ikke hadde blitt foretatt.

En mindre andel av PSF har milde psykiske lidelser, noe som trolig ikke medfører vesentlig forhøyet risiko for BAP (Torvik & Rognmo, 2011). Nær halvparten av foreldrene har imidlertid alvorlige psykiske lidelser. Andelen PSF med alvorlige lidelser er sannsynligvis høyere i vårt utvalg enn blant psykisk syke foreldre i befolkningen for øvrig, da alvorlige lidelser medfører høyere symptomtrykk, karakteriseres av stor innvirkning på de fleste livsarenaer (Kessler et al., 2005) og gir rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Risikoen for uheldige utfall er trolig høyere for barna av disse foreldrene, da enkelte studier har funnet en signifikant sammenheng mellom alvorlighetsgrad og kronisitet av forelders psykiske sykdom, og risiko for negative utfall hos barna deres (Brennan et al., 2000; Masten, Best & Garmezy, 1990). Det kan tenkes at en betydelig andel barn av PSF med mindre alvorlige psykiske lidelser aldri registreres som pårørende barn, og dermed ikke har mulighet til å få den hjelpen de kanskje har behov for. Psykiske lidelser av moderat alvorlighet kan også føre til betydelige funksjonsfall (Torvik & Rognmo, 2011), og milde og moderate lidelser kan potensielt utvikle seg til mer alvorlige og behandlingsresistente lidelser over tid. Det er med andre ord mye som taler for at suksess i behandling av psykopatologi hos foreldre også gagner barnets psykiske helse.

Faktorer som påvirker hvorvidt BAP får informasjon om forelders sykdom

Fire av ti BAP har ikke fått informasjon om forelderens psykopatologi. Dette indikerer at PSF ikke snakker mer med barna sine om psykisk sykdom enn hva friske foreldre gjør (Warren, 2015). Trolig skyldes dette blant annet at mange foresatte ikke føler seg kompetente nok til å snakke med barna sine om egen eller partners sykdom. Mangelfull informasjon kan medføre forhøyet risiko for negative utviklingsmessige utfall, og går også på tvers av barnas egne ønsker, behov og rettigheter (Barneloven, 1981; Beardslee et al., 1998; Bee et al., 2014; Drost et al., 2016; Vik, 2001).

Resultatene viste at følgende faktorer medfører høyere odds for at barna får informasjon om forelders tilstand og helsehjelp/innleggelse: (1) at PSF er mor, (2) at barnet bor sammen med en enslig PSF, (3) at barnet er et eldre barn/tenåring, (4) at forelders primærdiagnose er en alvorlig psykisk lidelse, og (5) at forelders lidelse er en personlighetsforstyrrelse, schizofreni eller en annen psykotisk lidelse. Ruslidelser fører til lavere odds for at barnet fikk informasjon.

Det at psykisk syke mødre i større grad informerer barna sine om sin psykiske lidelse og helsehjelp enn hva psykisk syke fedre gjør, kan kanskje delvis forklares med at barn ofte har nærmere emosjonelle bånd til mødre enn til fedre, og spesielt mor-datter-forhold kjennetegnes av emosjonell nærhet og økt kommunikasjon (Vangelisti, 2012). Ut fra dette kunne det tenkes at jenter i større grad er informerte enn gutter. Vi fant imidlertid ikke forskjeller mellom jenter og gutter i hvorvidt de fikk informasjon.

Barn som bor hele tiden hos en enslig PSF har nesten tre ganger så høy odds for å få informasjon om forelders sykdom, sammenlignet med barn fra hjem med flere voksne og barn som primært bor sammen med den andre, friske forelderens. Enslige PSF sitt kjønn påvirker ikke hvor mye informasjon som ble gitt. Det må imidlertid tas høyde for at flere BAP bor sammen med mor, og at flere enslige PSF er mødre i tolkningen av disse resultatene. På grunn av et svært lavt antall BAP med psykisk syke fedre som er enslige primære omsorgsgivere (1 % av det totale utvalget), bør dette funnet også tolkes med forsiktighet. Dette funnet gjelder imidlertid kun enslige PSF, og ikke barn som bor sammen med en PSF generelt. Hvis den andre forelderens eller en steforelder også bor i hjemmet, får ikke barna mer informasjon enn de barna som ikke bor sammen med PSF. Dette kan bety at PSF eller andre voksne innså at barnets mulighet for forståelse og mestring av sin livssituasjon var avhengig av at det hadde informasjon om helsetilstanden til sin primære omsorgsgiver. Det kan også tenkes at det å ha en annen voksen til stede reduserte eller kompenserte for den syke forelderens funksjonstap

(Chang et al., 2007; Leerkes & Crockenberg, 2003), noe som igjen kan bidra til at de voksne vurderte at det ikke var nødvendig å informere barnet.

De eldste barna har 44 ganger så høy odds for å få informasjon om helsehjelp/innleggelse sammenliknet med de yngste barna, og 48 ganger så høy odds for å ha fått informasjon om forelders tilstand. Det kan tenkes at de eldste barna forsto mer av forelders sykdom, og dermed i større grad selv tok initiativ til å snakke om dette. Samtidig har studier vist at få BAP søker hjelp fra helsearbeidere eller i sitt sosiale nettverk (Drost et al., 2016; Grove et al., 2015), noe som kan forklare at også mange av de eldre barna ikke får informasjon. Selv om det var forventet at barn under to år i liten grad fikk informasjon, viste resultatene også at det først fra ti års alder er flere enn halvparten av barna som får informasjon om forelders sykdom. Barn i skolealder har imidlertid både verbale og kognitive forutsetninger for å skjønne fenomener som psykisk sykdom og ruslidelser. At de ikke får informasjon om forelders sykdom, skyldes derfor trolig at foresatte enten ikke vet hvordan de skal snakke med de yngste barna om psykisk sykdom (Warren, 2015), eller at de ikke er klar over hvordan manglende informasjon kan påvirke barna negativt (Vik, 2001). At så få av de yngste barna får informasjon, kan videre ha årsak i et ønske fra foresattes side om å skåne de yngre barna. Uavhengig av årsaken til at mange BAP ikke blir informert, vil imidlertid også yngre barn påvirkes av forelders psykopatologi, og har behov for informasjon som hjelper dem å forstå hverdagen sin, og som forhindrer at de tar på seg skyld eller utvikler andre former for uheldige tankemåter eller mestringsstrategier.

Alvorligere lidelser medfører høyere odds for at BAP får informasjon. Dette kan skyldes at disse lidelsene i større grad fører til funksjonsfall hos foreldre, og dermed øker innvirkning på barnet og nødvendigheten av at barnet får informasjon. Personlighetsforstyrrelser, schizofreni og andre psykotiske lidelser er forbundet med høyere odds for å få informasjon. En mulig årsak er at foreldre med diagnoser innen disse kategoriene har så store funksjonstap og oppfører seg så annerledes at det er vanskelig å holde informasjon om dette skjult for barna. Eksempelvis kan psykoser og vrangforestillinger arte seg som svært skremmende for barn (Vik, 2001), og dermed nødvendiggjøre en forklaring tidligere enn mange andre typer lidelser. Dersom informasjon og psykoedukative tiltak for barn har potensial til å forebygge utvikling av psykiske helseproblemer, bør heller ikke milde og moderate lidelsers innvirkning på barnet undervurderes.

Ruslidelser medfører lavere odds for at barnet får informasjon. Ruslidelser er gjenstand for store sosiale stigma (Barry et al., 2014; Helsedirektoratet, 2011), og er en såkalt «lavstatuslidelse». Dette kan bidra til at foreldrene eller andre foresatte i større grad skjuler

den psykiske lidelsen for barna. Det kan også tenkes at disse foreldrene er mer bekymret for å miste omsorgen for barna, sammenliknet med foreldre med andre psykiske lidelser. Som vi vil drøfte i neste avsnitt, viser våre funn at PSF med ruslidelser har lavere odds for å bo sammen med barna sine, så en slik bekymring ville i så fall ikke være ubegrunnet. Fedre er overrepresenterte blant foreldrene med rusrelaterte lidelser. Det ble ikke funnet noen interaksjonseffekter mellom forelders kjønn og diagnose i hvor mye informasjon barna fikk, men det er likevel verdt å merke seg at en relativt stor andel BAP har fedre med ruslidelser, og dermed kommer fra hjem med flere risikofaktorer for å ikke få informasjon.

BAPs bosituasjon, og faktorer som påvirket deres bosituasjon

Omtrent tre fjerdedeler av BAP i vårt utvalg bor sammen med pasienten. Det kan være en stressor og en belastning for BAP å bo sammen med PSF (Aldridge & Becker, 2003; Solomon & Draine, 1995), da foreldres fungering og evne til å gi adekvat omsorg ofte svekkes av psykisk sykdom (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Granic & Patterson, 2006; Harnish et al., 1995; Murray et al., 2003; Sidebotham & Golding, 2001). I hjem der det også bor andre voksne omsorgspersoner enn PSF, vil BAP ofte være bedre beskyttet mot negative utfall (Chang et al., 2007; Leerkes & Crockenberg, 2003; DeKlyen et al., 2006). Dette forutsetter imidlertid mest sannsynlig at den andre voksne er psykisk frisk (Feldman et al., 1987), og avhenger av at den andre voksne har evne til å gi barnet god omsorg og forstår PSF sin lidelse (Chang et al., 2007; Leerkes & Crockenberg, 2003).

En tredjedel av BAP bor alene hos PSF hele eller deler av tiden. Disse barna vil være enda mer sårbare for å utvikle psykiske lidelser, ha foreldre med mer omfattende problematikk og ha flere risikofaktorer knyttet til SØS (Jackson et al., 2000) sammenliknet med de som også bor sammen med en frisk forelder (Feldman et al., 1987; DeKlyen et al., 2006). For den andelen BAP som bor utenfor hjemmet, kan risiko være ytterligere forhøyet, både på grunn av selve flyttingen og påfølgende relasjonsbrudd (Dozier et al., 2002; Harden 2004; McIntyre & Keesler, 1986) og på grunn av foregående årsaker til omplasseringen, som omsorgssvikt, mishandling og neglekt (Bruskas, 2008).

Det ble funnet flere faktorer som har innvirkning på barnas bosituasjon. Følgende faktorer medfører forhøyet sjanse for at barnet ikke bor hos den psykisk syke forelderen; (1) alvorlige psykiske lidelser, sammenliknet med milde psykiske lidelser, (2) at forelderen har en rusrelatert lidelse og (3) at PSF er far.

Sammenliknet med milde psykiske lidelser, medfører alvorlige psykiske lidelser en forhøyet odds for å ikke bo sammen med PSF. Moderate psykiske lidelser medfører ikke forhøyet odds for dette. Dette er ikke et overraskende funn, da de alvorligere psykiske

lidelsene ofte fører til høyere symptomtrykk og funksjonssvikt. Det at foreldre med de alvorligste psykiske lidelsene i mindre utstrekning bor sammen med barna sine kan være beskyttende for barn, da alvorligere psykiske lidelser i større grad gir risiko for negative utfall for barnet (Brennan et al., 2000; Torvik & Rognmo, 2011), spesielt når barnet bor sammen med forelder (Solomon & Draine, 1995; Feldman et al., 1987). Det kan imidlertid ikke være et mål i seg selv at færre BAP skal bo sammen med foreldrene sine, men heller at disse foreldrene i større grad får støtte i omsorgsutøvelsen ovenfor sine barn.

Resultatene fra denne studien viser at BAP der foreldre har rusrelaterte lidelser har mangedoblet odds for å ikke bo sammen med PSF, sammenlignet med barn av PSF med primærdiagnoser fra de øvrige diagnosekategoriene. Dette påvirkes ikke av forelders kjønn. Ruslidelser hos foreldre er forbundet med forhøyet risiko for negative utfall for BAP, sammenlignet med BAP der forelderen ikke har samtidige ruslidelser (Christensen & Bilenberg, 2000; Poon et al., 2000; Loukas et al., 2001) og er en sannsynlig årsak til at barnet ikke bor sammen med PSF.

Om lag halvparten av barn av psykisk syke fedre bor sammen med fedrene sine. Til sammenlikning bor nesten ni av ti barn av psykisk syke mødre sammen med mødrene sine. De fleste barn som bor sammen med enslige PSF, bor hos mødre. Man finner slike ulikheter mellom mødre og fedre også i populasjonen for øvrig (Lyngstad, Kitterød & Nymoene, 2014), men ikke i like stor grad som i vårt utvalg. Dette indikerer at psykiske lidelser hos far medfører forhøyet odds for at barnet ikke bor sammen med faren, noe som samsvarer med studier som viser at psykiske lidelser hos fedre reduserer involveringen de har i barna sine (Thomas & Kalucy, 2003; Wanless, Rosendoetter & McClelland, 2008).

Implikasjoner for framtidig klinisk praksis og forskning

BAP er en heterogen gruppe, med store variasjoner i alder, kjønn, familieforhold, boforhold og nettverk. Disse barna trenger et tilsvarende mangfold av tiltakstilbud som tar hensyn til variasjoner i barnas utviklingsnivå, ressurser og hjelpebehov. Det trengs både tiltak for BAP som allerede har utviklet problemer og tiltak som forebygger problemutvikling hos barn i risiko. Tiltakene bør fortrinnsvis være kostnadseffektive og lett implementerbare, og bør tilbys innen psykisk helsevern for både barn og voksne, noe som forutsetter nødvendig kompetanse fra helsepersonell som oppfattes av det nye lovverket.

Samtidig som flere tiltak bør utvikles og implementeres, er det nødvendig med en forskningsinnsats for å få kunnskap om hvilke tiltak som er virksomme i å fremme god psykisk helse hos BAP. Denne innsatsen bør også inkludere et brukerperspektiv, både for PSF

og for BAP. Våre funn understreker viktigheten av at også psykiske helsetjenester for voksne har et barnefokus og identifiserer og kartlegger barn av pasienter. Ved tilstrekkelig identifisering av disse barna og kartlegging av deres behov, er det flere instanser som har kompetanse og mandat til å ivareta de behovene foreldrene ikke selv klarer å ivareta. Eksempler på arenaer der tiltak kan tilbys i Norge er barnehager, skoler, helsestasjoner, fastleger, barnevern, og Familiens hus. Slike arenaer er ut i fra dette naturlige og sentrale aktører når det gjelder implementering av tiltak.

Behovet for tiltak synes å være spesielt stort hos BAP i aldersgruppen 0-5 år, som man kan hevde har vært den mest usynlige, mest sårbare og støttetrengende gruppen, samtidig som de har et svakt tiltakstilbud. Sett opp imot at denne gruppen også får minst informasjon om forelders psykopatologi, gir disse opplysningene stor grunn til bekymring. Denne gruppen er en viktig målgruppe for tidlige intervensjoner og det bør derfor utvikles tiltak som er spesifikt rettet mot barn i denne gruppen.

En betydelig andel BAP bor ikke sammen med sine biologiske foreldre. Disse barna har trolig opplevd funksjonsnedsettelse hos foreldre, svak kvalitet i foreldreomsorg, uheldige samspillmønstre med sine foreldre, men også omsorgssvikt og andre negative livshendelser som har nødvendiggjort omplassering utenfor hjemmet. Dermed er risikobelastningen på disse BAP større. Tiltak som forebygger fosterhjemsplassing, eksempelvis ved å støtte forelderens omsorgskompetanse, ville kunne komme denne gruppen til gode. Samtidig medfører plassering i nye hjem et potensiale til å utvikle nye, utviklingsstøttende relasjoner, et potensiale som bør styrkes via utvikling og implementering av tiltak ovenfor fosterhjem, beredskapshjem og avlastningshjem.

Nær en tredjedel av BAP bor alene sammen med psykisk syk forelder, og mange av disse vil, i likhet med andre skilsmissebarn, være påvirket av foreldrenes skilsmisse. Ettersom BAP er i en særstilling på grunn av forhøyet risiko, bør helsepersonell innen psykisk helsevern for voksne ha fokus på å redusere familiekonflikt, øke foreldrenes omsorgskompetanse og støtte foreldre i å snakke med barna sine om årsakene til skilsmissen. BAP som bor med enslig forelder har heller ikke tilgang på en annen voksenperson i hjemmet, som kan kompensere for funksjonstap hos PSF i hverdagen. Disse barna vil i stor utstrekning ha behov for andre voksne ressurspersoner for støtte. I tillegg har disse familiene større behov for økonomiske støttetiltak fra Arbeids- og Velferdsforvaltningen (NAV). Tilgangen på stimulerende arenaer og støttepersoner utenfor hjemmet bør også økes, slik at marginaliserte grupper ikke faller utenfor. Eksempler på slike tiltak kan være

Familieråd, ansvarsgrupper, lett tilgang til fritidsaktiviteter, støttekontakter og besøkshjem. Barnevernet kan også tilby økonomisk støtte til skolefritidsordning eller barnehageplass.

Nær halvparten av BAP har en alvorlig psykisk syk forelder, og en femtedel har også foreldre med komorbide lidelser. Disse foreldrene vil ha store funksjonssvekkelser i sitt dagligliv, også i ivaretagelsen av sine egne barn. Samtidig finnes ikke spesifikke retningslinjer for utvikling av tiltak for barn med alvorlig psykisk syke foreldre (Bee et al., 2014). Slike retningslinjer bør etableres, og tiltak som kan kompensere for svekkede funksjoner hos PSF bør utvikles. Det er både i PSF og BAP sin interesse at det utvikles og implementeres tiltak som fremmer tidlig identifikasjon og effektiv behandling av psykopatologi hos foreldre. Affektive lidelser rammer mange PSF, og deprimerte mødre med spedbarn er et eksempel på et naturlig satsningsområde for tidlig intervensjon. Dette er spesielt viktig for enslige PSF med omsorgsansvar for barn, og gjelder også PSF med lidelser av mild og moderat alvorlighet, som potensielt kan øke i intensitet og behandlingsresistens over tid.

Den gode tilgangen BAP har på voksne ressurspersoner er en styrke som bør utnyttes i norsk tiltaksarbeid. Både partnere til PSF, voksne søsken, utvidet familie og ansvarsgrupper som jobber opp mot barn bør ha kunnskap om hvordan foreldres psykiske helse kan påvirke barnas helse og trivsel, hvordan fange opp tidlige tegn til problemutvikling, samt kompetanse til å støtte barnet. Psykisk helse bør derfor få økt fokus både i barnehager og skoler, for eksempel gjennom kompetansehevingsprogrammer for barnehagelærere og lærere. I tillegg bør barna selv få opplæring og kompetanse omkring psykiske lidelser.

Loven pålegger helsepersonell å ivareta BAPs behov for oppfølging, men de er også pålagt å sikre at BAP får nødvendig informasjon om forelders helseproblem. Samtidig viser våre funn at kun halvparten av BAP får informasjon om forelders psykopatologi. Psykisk helsevern for voksne må derfor settes i stand til å etterfølge det gjeldende lovverket og gi PSF tilbud om støtte til å gi barna nødvendig informasjon, uavhengig av hvilke årsaker som ligger til grunn for at dette ikke er tilfellet i dag. I tillegg bør tiltak som Familiekartleggingen og Barneperspektivsamtalet fortsatt utvikles og implementeres for å øke foresattes kompetanse og sannsynlighet for å gi sine barn alderstilpasset informasjon om sin psykiske lidelse.

Den typiske BAP

Det er et stort behov for støttende tiltak i familier der foreldre sliter med psykiske helseproblemer. For å illustrere hvordan funn i denne studien kan integreres med mulige tiltak, har vi utviklet en fiktiv kasusbeskrivelse som fasiliterer et barneperspektiv i klinisk

praksis i psykisk helsevern for voksne. Kasusbeskrivelsen illustrerer tiltak som kan styrke voksnes kompetanse i å snakke med barn om psykisk sykdom, og som kan støtte foreldres funksjoner og barnas mestring av sin livssituasjon.

«Ole» er en åtte og et halvt år gammel gutt som bor i Sør-Troms sammen med sin alvorlig psykisk syke mor, sin far og to søstre, «Kari» på 15 år, og «Mari» på fem år. Oles mor har en alvorlig stemningslidelse og har nylig begynt i behandling ved Sykehusseksjon Sør. Hun har slitt med depresjon siden før Ole ble født. Da Mari var baby, forverret en fødselsdepresjon morens depresjon midlertidig. Mors depresjon ble oppdaget under en rutinemessig helsekontroll, der helsesøster benyttet kartleggings skjemaet EPDS. Hensikten med dette skjemaet er å tidlig identifisere og støtte mødre med fødselsdepresjon (Holden et al., 1989; Reedtz & Lauritzen, 2015a). Det var først etter Maris fødsel og morens påfølgende fødselsdepresjon at moren fikk tilbud om regelmessig behandling. Det kan tenkes at tidligere intervensjon hadde forhindret at lidelsen ble såpass alvorlig. Det er nødvendig med gode kartleggingsverktøy for tidlig identifikasjon av affektive lidelser hos foreldre, da dette er den vanligste formen for psykiske lidelser hos PSF. Implementerings- og kompetansehevingsprogrammer bør fortrinnsvis utføres på naturlige kontaktpunkter mellom foreldre og helsevesenet, slik som for eksempel helsestasjoner og fastlege.

Helsesøsteren hadde også reagert på at Mari viste tegn på reguleringsvansker. Mor fikk derfor tilbud om å delta på Urolige Spedbarn, som gjennomføres av eksempelvis helsesøster, og bruker video av samspill, etterfulgt av veiledning til forelder for å møte det enkelte barns behov (Kvarum & Hunstad-Ulriksen, 2012). I dag viser ikke Mari tegn på å ha tatt skade av morens fødselsdepresjon, og trives tilsynelatende godt i hverdagen.

På kveldene ligger barna ofte våkne og hører på at foreldrene krangler. Faren deres har i tillegg blitt mer fraværende den siste tiden, er mye sint på barna, og forlater ofte huset i sinne på kveldene etter å ha kranglet med moren. Barna merker fiendtligheten mellom foreldrene også på dagtid. Basert på funnene fra denne studien, vil det ved en skilsmisse være relativt stor sannsynlighet for at mor blir hovedforsørger til tross for hennes dårlige fungering.

I en av de første behandlingstimene på Sykehusseksjon Sør, introduserer behandler Oles mor for tilbudet Barneperspektivsamtalet. Mor diskuterer dette med far i etterkant, og tar i mot tilbudet. I den første samtalen kartlegges blant annet bekymringene foreldrene har for barna. Det kommer fram at Ole, som i utgangspunktet er frisk og sunn gutt, i det siste har utvist eksternaliserende symptomer og atferdsproblemer. Det kommer også fram at Kari har trukket seg tilbake fra venninnegjengen, og at hun sluttet nylig å spille håndball etter eget ønske. De ble gjort oppmerksomme på Karis tilbaketrekning av læreren hennes, som tok opp

på et foreldremøte at hun var bekymret for om Kari har en begynnende depresjon. Læreren hadde nylig deltatt på tiltaket Hva er det med Monica? som skal øke skolepersonells kompetanse på psykisk helse hos ungdom (Bjørknes, 2012).

På dagtid er Ole og Kari på skolen, og Mari er i barnehagen. De to eldste drar ofte på besøk til farmoren sin etter skoletid. Dersom mor blir innlagt på bakgrunn av sin psykiske lidelse, vil det være barnas far som ivaretar dem. Hvis ikke far har kapasitet til dette, vil barnas farmor avlaste ham. Funn fra vår studie viser at selv om far vanligvis ivaretar barna når mor er innlagt, er det også relativt vanlig at øvrig familie tar på seg dette ansvaret hvis den syke forelderen er mor.

Siden farmoren i stor grad deltar i barnas hverdag, ville det vært hensiktsmessig å inkludere henne i eventuelle tiltak. Kari har flere ganger forsøkt å få farmoren til å snakke om morens problemer, men farmoren vil aldri snakke om dette. Ole og Mari merker at mors humør er skiftende, og at hun ofte virker fraværende, men de skjønner ikke hvorfor. Kari har imidlertid skjönt at moren er deprimert. Hun har en mistanke om at moren er lei seg fordi Ole så ofte trasser og er vanskelig. Dette fører til mange konflikter mellom de to søsknene. Barnas farmor kunne vært en viktig støttespiller for barna med hensyn til dette. I likhet med mange andre foresatte og slektninger til BAP, vet hun imidlertid ikke hvordan hun skal snakke med barna om svigerdatterens sykdom, og barna står derfor ofte alene i å skape mening rundt morens atferd og dynamikken i familien.

To uker etter første Barneperspektivsamtale, får barna være med mor til hennes behandler for andre samtale i tiltaket. I samtalen får barna lov til å komme med egne temaer, bekymringer og spørsmål som omhandler mors psykiske lidelse. De snakker også om farmor og andre personer barna støtter seg til. Dersom farmor også hadde vært inkludert i tiltaket Barneperspektivsamtalet, ville dette ha representert en god støtte for både henne og barna.

Mor får minsteytelser fra NAV, og selv om far jobber fulltid, er det ikke hver måned at økonomien strekker til. De har ikke ressurser til å la barna delta på aktiviteter som koster penger. Farmor støtter familien økonomisk. Hun betalte for Karis håndballtrening, og betaler for Maris barnehageplass de månedene foreldrene ikke greier dette. Familier der en forelder har psykisk sykdom, trenger oftere enn andre familier økonomiske og sosiale støtteordninger, for eksempel fra barnevernet i form av hjelpetiltak, eller fra NAV i form av økonomisk bistand. Et eksempel på dette er åpne barnehager (Tromsø kommune, 2017), og det er stadig behov for flere slike støttetiltak. I tillegg bør det i større grad fokuseres på sosiale tilbud som øker tilgangen marginaliserte barn og ungdommer har på fritidsaktiviteter og samvær med

jevnaiddrende. Et eksempel er Blå Kors Ung (BKU) som jobber for å forebygge rusproblemer hos barn og unge ved å blant annet tilby sosiale aktiviteter.

Mor og far deltar sammen på tredje og siste Barneperspektivsamtale, der behandler oppsummerer de foregående samtaler. De enes om at tiltaket Barneperspektivsamtalet har avdekket at både Ole og Kari har behov for oppfølging og henvisning til andre tiltak i hjemkommunen. Et eksempel på tiltak som kan hjelpe Ole er foreldreveiledningsprogrammet innen programserien DUÅ; Oppmerksomme og utviklingsstøttende foreldre, som er utviklet for små barn i ulike aldersgrupper (Reedtz, 2012). Målet med dette foreldreprogrammet er å styrke samspillet mellom barn og foreldre gjennom lek, ros og positive oppdragelsesstrategier ovenfor barnet. For Karis del kunne det vært indisert å igangsette tiltaket SMART, som har unge over 14 år med begynnende symptomer på angst og depresjon som hovedmålgruppe (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010a; Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010b). Tiltak som SMART og foreldreveiledningsprogrammet til DUÅ har potensiale til å redusere psykiske problemer hos barn og unge.

Begrensninger og feilkilder

Denne studien baserer seg på data fra Familiekartleggingen. Å utelukkende benytte seg av spørreskjema medfører flere begrensninger. Den mest sentrale er at all informasjonen som innhentes er basert på foreldrenes selvrapporing. Å inkludere andre kilder til informasjon, eksempelvis intervjuer med barna selv, familieobservasjon, samt supplerende informasjon fra lærere, helsesøster og andre slektninger, vil kunne gi et mer korrekt, detaljrikt og helhetlig bilde av BAPs livssituasjon. I tillegg kan ufullstendig utfylling av kartleggingsskjemaet og påfølgende manglende data ha vært en feilkilde.

En annen potensiell feilkilde knytter seg til helsearbeiderne som administrerte og assisterte under utfyllingen av skjemaet. Helsearbeiderne kom fra et vidt spekter av profesjoner med ulike perspektiver på feltet, noe som kan ha påvirket hvordan skjemaene ble fylt ut. Alle som deltok mottok imidlertid samme opplæring av prosjektgruppen i BAP, noe som forhåpentligvis har redusert, om ikke eliminert dette problemet.

Andre begrensninger knytter seg til analysene. For å kunne utføre logistisk regresjon der de to informasjonsvariablene ble inkludert, ble «delvis» kodet som «ja». Det må i disse analysene tas forbehold om at «delvis» kan bety alt fra nesten ingen informasjon til nesten all informasjon. Videre er det usikkert i hvilken grad kategoriseringen av diagnoser etter ICD-kapitler reflekterer pasientenes symptomtrykk og daglige fungering. I tillegg var det mange av

diagnosekategoriene som ikke hadde tilstrekkelig stort utvalg til å inkluderes i analysene, og det var derfor bare enkelte kategorier som ble inkludert.

Til forskjell fra Kessler og kollegaer (2005), hadde ikke vi et mål på daglig fungering. Kategoriseringen som ble gjort av alvorlighetsgrad er derfor kun basert på diagnosene. Psykiske lidelser og deres utfall er derimot spektre av utfall framfor eksakte mål på funksjon. Man må derfor ta forbehold om at det kan være lite samsvar mellom antatt og faktisk alvorlighetsgrad. Diagnostikk er heller ikke en eksakt vitenskap, og tross bruk av standardiserte diagnoseverktøy, vil også behandlers skjønn, tidligere erfaring og fagkunnskap kunne ha en innvirkning på diagnosesettingen, noe som kan føre til både falske positive og negative, samt feildiagnostisering.

Denne studien er gjort på et klinisk utvalg som var i behandling. Utvalget er ikke randomisert, noe som kan føre til en rekke feilkilder og begrensninger. Utvalget besto blant annet av en betydelig større andel mødre enn fedre. Dette kan skyldes at flere kvinner enn menn oppsøker hjelp for og registreres med psykiske vansker. Videre besto utvalget av foreldre som har oppsøkt helsehjelp eller blitt innlagt, altså foreldre med høyt symptomtrykk. Studien inkluderer dermed i mindre grad barn av foreldre med milde psykiske lidelser. Dermed kan andelen alvorlig psykisk syke foreldre være en statistisk artefakt.

Andelen BAP som bodde hos enslige PSF i vårt utvalg samsvarer med tall fra en dansk populasjonsstudie (Ranning, Laursen, Thorup, Hjortøj & Nordenthoft, 2016). Aldersfordelingen i vårt utvalg samsvarer også med aldersfordelingen fra lignende kartlegginger (Howe et al., 2009). Til tross for at utvalget i denne studien ikke er randomisert, indikerer dette at utvalget likevel er representativt på flere områder.

Konklusjon

På bakgrunn av BAPs unge alder i denne studien, det at de i stor utstrekning bor alene sammen med en psykisk syk forelder, det at mange av foreldrene har alvorlige psykiske lidelser, samt at kun halvparten av barna fikk informasjon om forelders sykdom, er det sterk grunn til bekymring for fortsatt overføring av psykiske lidelser fra en generasjon til en annen. Foreldre trenger støtte og hjelp til å informere sine barn om sine psykiske helseproblemer, og dette er spesielt viktig for småbarnsforeldre. Tidlig intervensjon ved hjelp av forebyggende tiltak har stort potensial til å redusere forekomsten av psykiske helseproblemer for fremtidige generasjoner, og utviklingspotensialet innen psykisk helsevern for voksne synes å være stort med tanke på å ta i bruk slike tiltak.

Referanser

- Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn av psykisk syke foreldre* (RBUP Helseregion Øst og Sør). Hentet fra: [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/rapport.pdf/\\$file/rapport.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/rapport.pdf/$file/rapport.pdf)
- Ackerson, B. J. (2003). Parents with serious and persistent mental illness: Issues in assessment and services. *Social Work, 48*(2), 187-194.
- Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review, 15*, 79-88.
- Aldridge J. & Becker S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. Policy Press: Bristol.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family, 4*, 1269-1287.
- Andersson, H. W., Ose, S. O., & Sitter, M. (2005). *Psykisk helsevern for barn og unge - Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet*. Hentet fra: <https://www.buudir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00000098>
- Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Development and psychopathology, 20*(1), 55-77.
- Ashman, S. B., Dawson, G., Panagiotides, H., Yamada, E., & Wilkinson, C. W. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 14*(2), 333-349.
- Barneloven. (1981). Lov om barn og foreldre. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services, 65*, 1269–1272. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders, 18*(2), 193-211.
- Bauer, N. S. & Webster-Stratton, C. (2006). Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics, 18*(6), 654-660.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. (1998). Children of affectively ill

- parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1134-1141.
- Bee, P., Bower, P., Byford, S., Churchill, R., Calam, R., Stallard, P., ... & Abel, K. (2014). The clinical effectiveness, cost effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(8), 1-150.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924.
- Benzies, K. & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 14, 103-114.
- Bijl, R. V., Cuijpers, P. & Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(1), 7-12.
- Birmaher, B., Axelson, D., Monk, K., Kalas, C., Goldstein, B., Hickey, M. B., ... & Brent, D. (2009). Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 287-296.
- Bjørknes, R. (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket Hva er det med Monica? Hentet fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/hva-er-det-med-monica/
- Black, D. W., Gaffney, G. R., Schlosser, S., & Gabel, J. (2003). Children of parents with obsessive-compulsive disorder – A 2-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(4), 305-313.
- Blum, R. W., McNeely, C., & Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, risk and protection. *Journal of Adolescent Health*, 31, 28-39.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36(6), 759-766.
- Bronisch, T., & Lieb, R. (2008). Maternal suicidality and suicide risk in offspring. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(2), 213-221.
- Bruder-Costello, B., Warner, V., Talati, A., Nomura, Y., Bruder, G. & Weissman, M. (2007). Temperament among offspring at high and low risk for depression. *Psychiatry Research*, 153(2), 145-151.

- Brunborg, H. (2009). *Barnets kjønn: Blir det gutt eller jente?* (Samfunnsspeilet 3/2009). Hentet fra: <http://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200903/ssp.pdf>
- Bruskas, D. (2008). Children in foster care: A vulnerable population at risk *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(2), 70-77.
- Chang, J. J., Halpern, C. T., & Kaufman, J. S. (2007). Maternal depressive symptoms, father's involvement, and the trajectories of child problem behaviors in a US national sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 697-703.
- Christensen, H. B., & Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 219-226.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., & Pelham, W. E. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43(1), 70-82.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10(2), 283-300.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Jang, K. L. (2001). Heritability of personality disorders in childhood: a preliminary investigation. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 33-40.
- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development*, 73(4), 1220-1237.
- Cujipers, P., Langedoen, Y. & Bijl, R. V. (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction*, 94(10), 1489-1498.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-122.
- DeKlyen, M., Brooks-Gunn, J., McLanahan, S., & Knab, J. (2006). The mental health of married, cohabiting, and non-coresident parents with infants. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1836-1841. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2004.049296>
- Diaz-Caneja, A., & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 472-482.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review.

- Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76.
- Dozier, M., Albus, K., Fisher, P. A., & Sepulveda, (2002). Interventions for foster parents: implications for developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14(4), 843-860.
- Drost, L. M., van der Krieke, L., Sytema, S., & Schippers, G. M. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 102-115.
- Dunkel-Schetter, C. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148.
- Dunn, J., & Kendrick, C. (1982). *Siblings: Love, envy and understanding*. Cambridge: Harvard University Press.
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for norsk legeförening*, 134(3), 297 – 301.
- Edwards, E. P., Eiden, R. D. & Leonard, K. E. (2006). Behaviour problems in 18- to 36-month old children of alcoholic fathers: secure mother-infant attachment as a protective factor. *Development and Psychopathology*, 18(2). 395-407.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Feldman, A. R., A. R. Stiffman & K.G. Jung. (1987). *Children at risk: in the web of parental mental illness*. New Brunswick and London: Rutgers university press.
- Folkehelseinstituttet. (2014a). *Folkehelse rapporten: Psykisk helse hos voksne*. (Rapport 2014:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2014b). *Folkehelse rapporten: Psykisk helse hos barn og unge*. (Rapport 2014:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Hovedfunn fra TOPP-studien*. Hentet fra <https://www.fhi.no/studier/topp/hovedfunn-fra-topp-studien/>
- Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(2), 50-58.
- Gass, K., Jenkins, J., & Dunn, J. (2006). Are sibling relationships protective? A longitudinal study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 167-175.
- Gladstone, B. M., Boydell, K. M., & McKeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine*, 62, 2540-2550.

- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet... har de vondt av: Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Goodman, S.H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458–490.
- Goodwin, M. P., & Roscoe, B. (1990). Sibling violence and agonistic interactions among middle adolescents. *Adolescence*, 25(98), 451-467.
- Granic, I. & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113(1), 101-131.
- Grove, C., Reupert, A., & Maybery, D. (2015). Gaining knowledge about parental mental illness: How does it empower children? *Child and Family Social Work*, 20(4), 377-386.
- Griffith, M.A., Dubow, E.F., & Ippolito, M.F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 183-204.
- Göpfert, M., Webster, J., & Seeman, M. V. (2004). *Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families (2. utg.)*. New York: Cambridge University Press.
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 145-154.
- Halsa, A. (2012). *Children living in families with mental illness and/or substance abuse: Participation, competence development and support*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/prosjektbanken/#/project/213079/no>
- Harden, B. J. (2004). Safety and stability for foster children: A developmental perspective. *Future of children*, 14(1), 30-47.
- Harnish, J. D., Dodge, K. A. & Valente, E. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. Conduct Problems Prevention Research Group. *Child Development*, 66(3), 739-753.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv IS-5/2010). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2011). *Kvalitet og kompetanse... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. (Rapport IS 1914). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C. & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12(2), 157-175.
- Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. (1989). Counselling in a general practice setting: Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298(6668), 223-226
- Hosman, C. M. H., van Doesum, K. T. M., & van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8, 222-226.
- Howe, D., Batchelor, S., & Bochynska, K. (2009). Estimating Consumer Parenthood Within Mental Health Services: A Census Approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 231-241.
- Huizink, A. C., de Medina, P. G. R., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810-818.
- Jackson, A., Brooks-Gunn, J., Chien-Chung, H., & Glassman, M. (2000). Single mothers in low-wage jobs: Financial strain, parenting, and preschoolers' outcomes. *Child Development*, 71, 1409-1423.
- Johnson, J. G., Smailes, E.M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 171-187.
- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29(6), 940-950.

- Kelly, J. B. & Emery, R. B. (2003). Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives. *Family Relations*, 4, 352-362.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R.C., McLaughlin, K. A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A.M., ... & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Rutter, M., Tomas, M.P., & Moffitt, T.E. (2006). The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1009-1018
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prevention Science*, 13(6), 616-626.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.
- Kvarum, I. M., & Hunstad-Ulriksen, C. (2012). *Urolige spedbarn – noe å uroe oss for? Betydningen av tidlig intervensjon ovenfor spedbarn med reguleringsvansker*. Spesialistoppgave i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Norsk psykologforening.
- Lauritzen, C., Reedtz, C., van Doesum, K., & Martinussen, M. (2015). Factors that may facilitate or hinder a family focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Children and Family Studies*, 24(4), 864-871.
- Laletas, S., Reupert, A., Goodyear, M. & Morgan, B. (2015). Pathways of care: Targeting the early childhood sector for early intervention. *Advances in Mental Health*, 13(2), 139-152.
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2003). The impact of maternal characteristics and sensitivity on the concordance between maternal reports and laboratory observations of infant negative emotionality. *Infancy*, 4(4), 517-539.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 365-374.

- Lizardi, H., Klein, D. N., Shankman, S. A. (2004). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of parents with dysthymic disorder and major depressive disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192(3), 193-199.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Loukas, A., Fitzgerald, H. E., Zucker, R. A., & von Eye, A. (2001). Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 91 – 106.
- Lyngstad, J., Kitterød, R. H., & Nymoen, E. H. (2014). *Bosted og samvær 2002, 2004 og 2012. Endringer i ansvar og omsorg for barna når mor og far bor hver for seg*. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/158734?_ts=145cbb51f00
- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. & Douglas, E. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E., & Reupert, A. (2005). Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 78-88.
- Maysless, O., Bartholomew, K., Henderson, A., & Trinke, S. (2004). «I was more her mom than she was mine»: Role reversal in a community sample. *Family Relations*, 53(1), 78–86.
- McIntyre, A., & Keesler, T. Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of clinical child psychology*, 15(4), 297-303.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2000). *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, juvenile delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Morawska, A., Winter, L., & Sanders, M. R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 35(2), 217-226.

- Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., MacFarlane, P., & Bowersox, N. (2006). Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: demographic and clinical history predictors. *Health & Social Work, 31*(2), 99-108.
- Murray, L., & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood, 77*(2), 99-101.
- Murray, L., Cooper, P. & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health, 2*, 71-77.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by Men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders, 71*(1-3), 1-9.
- Neumer, S. P., & Junge-Hoffmeister, J. (2010a). *SMART. Veileder. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Neumer, S. P., & Junge-Hoffmeister, J. (2010b). *Arbeidsbok. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Nilsen, W., Dion, J., Karevold, E. B., & Skipstein, A., (2016). Maternal Psychological Distress and Offspring Psychological Adjustment in Emerging Adulthood: Findings from Over 18 Years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 37*(9), 746-752
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-433.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry, 180*, 502-508.
- Park, R. J., Senior, R. & Stein, A. (2003). The offspring of mothers with eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 110-119.
- Place, M., Reynolds, J., Cousins, A. & O'Neill, S. (2002). Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and Adolescent Mental Health, 7*, 162-167.
- Poon, E., Ellis, D. A., Fitzgerald, H. E., & Zucker, R. A. (2000). Intellectual, cognitive and academic performance among sons of alcoholics during the early school years: Differences related to subtypes of familial alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 24*, 1020-1027.
- Ranning, A., Laursen, T. M., Thorup, A., Hjortøj, C. & Nordentoft, M. (2016). Children of Parents With Serious Mental Illness: With Whom Do They Grow Up? A Prospective,

- Population-Based Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 953-961.
- Reedtz, C. (2009, November 15). Beskrivelse og vurdering av tiltaket Barneperspektivsamtalet. Hentet fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/barneperspektivsamtalet/
- Reedtz, C. (2012). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(12), 1174-1179.
- Reedtz, C., Lauritzen, C., & van Doesum, K. T. M. (2012). Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: Implementing new interventions in the adult mental healthcare in Northern Norway. *BMJ Open*, 2. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000709.
- Reedtz, C. & Lauritzen, C. (2015a). Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. *Scandinavian Psychologist*. 2(10). <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e10>
- Reedtz, C., & Lauritzen, C. (2015b). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket Edinburgh-metoden (2. utg.). Hentet fra: http://www.ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/kunnskapsoppsummering-og-klassifisering-av-tiltaket-edinburgh-metoden-epds-med-stottesamtaler/
- Reedtz, C., Mørch, L., & Lauritzen, C. (2015). Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(1), 36-45.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry, Mental Health & Social Justice*, 77(3), 362-369.
- Saxena, S., Jané-Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: Implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5(1), 5-14.
- Seeman, M. V. (2011). Intervention to prevent child custody loss in mothers with schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1-6.
- Sidebotham, P. & Golding, J. (2001). Child Maltreatment in the “Children of the Nineties”: A Longitudinal Study of Parental Risk Factors. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1177-1200.
- Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17

- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(3), 257-64. Doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050695.
- Smokowski, P. R., Mann, E. A., Reynolds, A. J., & Fraser, M. W. (2004). Childhood risk and protective factors and late adolescent adjustment in inner city minority youth. *Children and Youth Services Review*, *26*, 63-91.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping and adaptation *American Journal of Orthopsychiatry*, *65*(3), 419-427.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste>
- Steinhausen, H. C. (1995). Children of alcoholic parents. A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *4*(3), 143-152.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist* *62*(3), 181-198.
- Thomas, L., & Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: Lacking motivation to parent. *International Journal of Mental Health Nursing*, *12*, 153-157.
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20114-pdf.pdf>
- Tromsø kommune (2017, Mars 27). Familiens Hus med Åpen barnehage og helsestasjonstjenester. Hentet fra <http://www.tromso.kommune.no/familiens-hus -med -apen-barnehage.163793.no.html>
- Van Doesum, K. T. M. (2007). *An early preventive intervention for depressed mothers and their infants, its efficacy and predictors of maternal sensitivity*. (Doktorgradsavhandling, Institute for Psychologie). Faculteit der Medische Wetenschappen, Radboug Universiteit, Nijmegen.
- Van Doesum, K., & Hosman, C. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of mentally ill parents in the Netherlands: A science-based comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *8*(3), 250-263.
- Vangelisti, A. L. (2012). *The Routledge Handbook of Family Communication* (2. utg.). New York: Routledge Handbooks.

- Vik, K. (2001). Psykisk sykdom hos foreldre – hva med barna? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 121, 3437.
- Von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental disorders in early childhood. *Deutsche Arzteblatt*, 112, 375-386.
- Wanless, S. B., Rosendoetter, S. E. & McClelland, M. M. (2008). Paternal depression and infant cognitive development: Implications for research and intervention. *Infants & Young Children*, 21, 134-141.
- Warren, E. (2015, November 30). New Survey Shows That Mental Health is a ‘Nonversation’ for Parents. Hentet fra: <http://www.time-to-change.org.uk/news/new-survey-shows-mental-health-%E2%80%98nonversation%E2%80%99-parents-0>
- Weissman, M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talat, A., Wisniewski, S. R., Fava, M., ... & Rush, J. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR*D-child report. *The Journal of the American Medical Association. (JAMA)*, 295, 1389-1398.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Cornell University Press, Ithaca, NY.
- Widmer, E. D., & Weiss, C. C. (2010). Do older siblings make a difference? The effects of older sibling support and older sibling adjustment on the adjustment of socially disadvantaged adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 10(1), 1-27.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wærdahl, R., & Bakke, K. (2011). “Vi spør ikke, vi bare gjør». *En evaluering av kompetansenetterket BarnsBeste*. (FoU-rapport 6/2011). Hentet fra: http://ss.prod.fpl.nhn.no/SiteCollectionDocuments/Gunder/Gch/gundch/fou06_2012b_arnsbeste.pdf

Synliggjøring av «De usynlige barna» Appendiks A – Manual, Prosjekt barn som pårørende

Appendiks A

Håndbok, Prosjekt barn som pårørende

Se vedlagt PDF-fil.

Appendiks B

Tabell over primærdiagnosene hos foreldrene

Tabell 18. Primærdiagnoser hos foreldrene i utvalget (N = 422), sortert etter forekomst.

| <u>Diagnose</u> | <u>Antall</u> | <u>%</u> |
|--|---------------|----------|
| F32.1 Moderat depressiv episode | 44 | 11,0 |
| F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat | 35 | 8,7 |
| F43.1 Posttraumatisk stresslidelse | 18 | 4,5 |
| F20.0 Schizofreni, paranoid | 14 | 3,5 |
| F32.2 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer | 14 | 3,5 |
| F43.0 Akutt belastningslidelse | 12 | 3,0 |
| F32.9 Uspesifisert depressiv episode | 11 | 2,7 |
| F31.9 Uspesifisert bipolar affektiv lidelse | 10 | 2,5 |
| F33.2 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, uten psykotiske symptomer | 9 | 2,2 |
| F41.1 Generalisert angstlidelse | 9 | 2,2 |
| F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse | 9 | 2,2 |
| F90.0 Hyperkinetiske forstyrrelser, forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet | 9 | 2,2 |
| F10.2 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, avhengighetssyndrom | 8 | 1,9 |
| F33.0 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild | 7 | 1,7 |
| F41.2 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse | 7 | 1,7 |
| F43.2 Tilpasningsforstyrrelser | 7 | 1,7 |
| F23.3 Akutt paranoid psykose | 6 | 1,4 |
| F31.8 Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser | 6 | 1,4 |
| F32.0 Mild depressiv episode | 6 | 1,4 |
| F40.1 Sosiale fobier | 6 | 1,4 |
| F31.2 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk med psykotiske symptomer | 5 | 1,2 |
| F32.3 Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer | 5 | 1,2 |
| F33.4 Tilbakevendende depressiv lidelse, i remisjon | 5 | 1,2 |
| F43.9 Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning | 5 | 1,2 |
| F30.9 Uspesifisert manisk episode | 4 | 0,9 |

| | | |
|--|---|-----|
| F23.9 Akutt forbigående psykose, uspesifisert | 3 | 0,7 |
| F25.2 Schizoaffektiv lidelse, blandet manisk-depressiv type | 3 | 0,7 |
| F31.3 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode mild eller moderat depresjon | 3 | 0,7 |
| F31.4 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer | 3 | 0,7 |
| F31.7 Bipolar affektiv lidelse, i remisjon | 3 | 0,7 |
| F33.9 Uspesifisert vedvarende affektiv lidelse | 3 | 0,7 |
| F34.1 Dystymi | 3 | 0,7 |
| F41.0 Panikklidelse (episodisk paroksysmal angst) | 3 | 0,7 |
| F41.9 Uspesifisert angstlidelse | 3 | 0,7 |
| F43.22 Tilpasningsforstyrrelser, blandet angst og depressiv reaksjon | 3 | 0,7 |
| F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type | 3 | 0,7 |
| Z03.2 Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser | 3 | 0,7 |
| F10.1 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, skadelig bruk | 2 | 0,5 |
| F12.2 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider, avhengighetssyndrom | 2 | 0,5 |
| F19.0 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer, akutt intoksikasjon | 2 | 0,5 |
| F19.1 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer, skadelig bruk | 2 | 0,5 |
| F19.2 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer, med andre medisinske komplikasjoner | 2 | 0,5 |
| F19.24 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer, avhengighetssyndrom, for tiden bruker (aktiv avhengighet) | 2 | 0,5 |
| F20.9 Schizofreni, uspesifisert | 2 | 0,5 |
| F23.0 Akutt polymorf psykose (non-schizofreniform) | 2 | 0,5 |
| F29 Uspesifisert ikke-organisk psykose | 2 | 0,5 |
| F31.0 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode hypoman | 2 | 0,5 |
| F31.1 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode manisk uten psykotiske symptomer | 2 | 0,5 |
| F43.20 Tilpasningsforstyrrelser, kortvarig depressiv reaksjon | 2 | 0,5 |
| F43.21 Tilpasningsforstyrrelser, forlenget depressiv reaksjon | 2 | 0,5 |

| | | |
|--|---|-----|
| F43.23 Tilpasningsforstyrrelser, med overveiende forstyrrelse av andre emosjoner | 2 | 0,5 |
| F50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse | 2 | 0,5 |
| F60.6 Engstelig (unnavikende) personlighetsforstyrrelse | 2 | 0,5 |
| F60.9 Uspesifisert personlighetsforstyrrelse | 2 | 0,5 |
| F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA | 2 | 0,5 |
| Z73.0 Rådgivning i forbindelse med holdning til seksualitet | 2 | 0,5 |
| F06.4 Organisk angstlidelse | 1 | 0,2 |
| F06.6 Organisk emosjonell labilitet (asteni) | 1 | 0,2 |
| F06.71 Lett organisk kognitiv lidelse | 1 | 0,2 |
| F07.0 Organisk personlighetsforstyrrelse | 1 | 0,2 |
| F10.21 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, avhengighetssyndrom, for tiden abstinent, men i beskyttede omgivelser | 1 | 0,2 |
| F10.30 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, abstinensstilstand | 1 | 0,2 |
| F10.4 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, abstinensstilstand med delirium | 1 | 0,2 |
| F10.5 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, psykotisk lidelse | 1 | 0,2 |
| F11.20 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiat, avhengighetssyndrom, for tiden abstinent | 1 | 0,2 |
| F12.02 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider, med andre medisinske komplikasjoner | 1 | 0,2 |
| F12.8 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider, andre spesifiserte psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser | 1 | 0,2 |
| F13.0 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika, akutt intoksikasjon | 1 | 0,2 |
| F13.2 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika, avhengighetssyndrom | 1 | 0,2 |
| F15.51 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inklusive koffein, psykotisk lidelse, i hovedsak vrangforestillinger | 1 | 0,2 |
| F19.21 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer, avhengighetssyndrom, for tiden abstinent, men i beskyttede omgivelser | 1 | 0,2 |

| | | |
|--|---|-----|
| F19.71 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer, residualtilstand eller sent innsettende psykotisk lidelse, personlighets- eller atferdsforstyrrelse | 1 | 0,2 |
| F20.1 Schizofreni, hebefren | 1 | 0,2 |
| F20.3 Schizofreni, udifferensiert | 1 | 0,2 |
| F20.19 Schizofreni, hebefren, forløp usikkert, for kort observasjon (<1 år) | 1 | 0,2 |
| F21 Schizotyp lidelse | 1 | 0,2 |
| F22.0 Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse) | 1 | 0,2 |
| F22.8 Andre spesifiserte paranoide psykoser | 1 | 0,2 |
| F22.9 Uspesifisert paranoid psykose | 1 | 0,2 |
| F25.0 Schizoaffektiv lidelse, manisk type | 1 | 0,2 |
| F25.9 Uspesifisert schizoaffektiv lidelse | 1 | 0,2 |
| F28 Andre ikke-organiske psykoser | 1 | 0,2 |
| F30.0 Manisk episode, hypomani | 1 | 0,2 |
| F30.9 Uspesifisert manisk episode | 1 | 0,2 |
| F31.5 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon med psykotiske symptomer | 1 | 0,2 |
| F31.6 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode blandet | 1 | 0,2 |
| F32.8 Andre spesifiserte depressive episoder | 1 | 0,2 |
| F33.11 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat, med somatisk syndrom | 1 | 0,2 |
| F33.3 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, med psykotiske symptomer | 1 | 0,2 |
| F34.0 Cyklotymi | 1 | 0,2 |
| F34.9 Uspesifisert vedvarende affektiv lidelse | 1 | 0,2 |
| F38.1 Andre tilbakevendende affektive lidelser | 1 | 0,2 |
| F40.8 Andre spesifiserte fobiske angstlidelser | 1 | 0,2 |
| F40.9 Uspesifisert fobisk angstlidelse | 1 | 0,2 |
| F43.24 Tilpasningsforstyrrelser, med overveiende forstyrrelse av atferd | 1 | 0,2 |
| F43.25 Tilpasningsforstyrrelser, med blandet forstyrrelse av følelser og atferd | 1 | 0,2 |
| F43.8 Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning | 1 | 0,2 |
| F44.4 Dissosiative motoriske forstyrrelser | 1 | 0,2 |

| | | |
|--|-----|-----|
| F44.81 Andre spesifiserte dissociative lidelser (konversjonslidelser), multippel personlighetsforstyrrelse | 1 | 0,2 |
| F45.2 Hypokondrisk lidelse | 1 | 0,2 |
| F45.3 Somatoform autonom dysfunksjon | 1 | 0,2 |
| F50.2 Bulimia nevrosa | 1 | 0,2 |
| F53.1 Alvorlige psykiske og atferdsmessige forstyrrelser i barseltiden ikke klassifisert annet sted | 1 | 0,2 |
| F60.5 Tvangspreget personlighetsforstyrrelse | 1 | 0,2 |
| F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse | 1 | 0,2 |
| F61.0 Blandede og andre personlighetsforstyrrelser | 1 | 0,2 |
| F70.0 Lett psykisk utviklingshemming | 1 | 0,2 |
| F90.9 Uspesifisert hyperkinetisk atferdsforstyrrelse | 1 | 0,2 |
| G30.0 Alzheimers sykdom med tidlig debut | 1 | 0,2 |
| R44.1 Synshallusinasjoner | 1 | 0,2 |
| Z61.8 Annen spesifisert negativ opplevelse i barnealder | 1 | 0,2 |
| Z63.7 Andre stressende livsopplevelser som påvirker familie og husstand | 1 | 0,2 |
| Totalt | 402 | 100 |

Note. 20 foreldre (4,7 %) hadde ikke fått primærdiagnose.