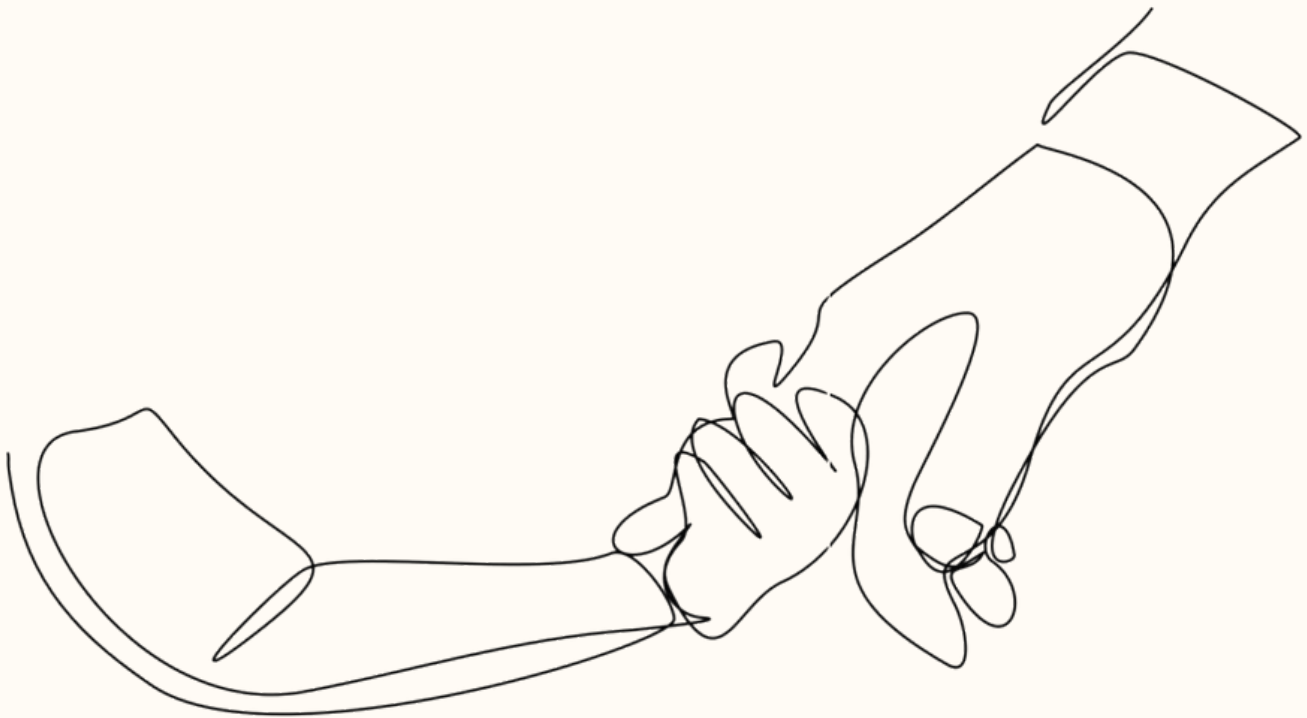


“De mærker mere, end man tror”

En undersøgelse af betydningen af forældres mentale sundhedstilstand på børns mentale sundhed og belysning af sundhedspersonalets oplevelser af barrierer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien



Maja Bangsgaard Abrahams
Christina Sterndorff Nielsen

Kandidatspeciale
Sociologi - 10. Semester
Aalborg Universitet
Vejleder: Andreas Lindegaard Jakobsen

Juni 2024
Antal anslag: 191.991

Summary

The thesis investigates the impact of parental mental health on their children's mental health during adolescence and adulthood. It also examines the barriers healthcare professionals face in detecting these children within psychiatric settings. The study employs a mixed-methods approach, integrating both quantitative and qualitative analyses to provide a comprehensive understanding of children as relatives of parents with mental illness. The theoretical framework of the thesis is grounded in sociological theories of mental health, contrasting the biomedical model with broader sociological perspectives. It utilizes the psychosocial model and the life course perspective to understand how stressors from social relationships impact mental health. Arthur Kleinman's concepts of illness, disease, and sickness are used to frame barriers to detection from multiple perspectives, including patient and societal views.

The thesis uses a mixed-methods approach, combining quantitative data from the Vestliv survey and qualitative data from semi-structured interviews with healthcare professionals in psychiatry. The quantitative analysis uses regression techniques to examine the relationship between parental mental health and children's mental health outcomes. The findings reveal that children of parents with lower mental health have a higher risk of developing mental health issues, specifically showing higher levels of depressive symptoms, perceived stress, lower self-esteem, and lower meaningfulness compared to their peers. The qualitative analysis involves semi-structured interviews with healthcare professionals to gain insights into the barriers to detecting children with mentally ill parents. Themes from the interviews are coded and analyzed to identify key challenges and potential solutions. The qualitative findings highlight several barriers, including a primary focus on treating the parent, lack of systematic screening protocols, social stigma, cultural changes, and institutional constraints such as insufficient time and resources.

Our thesis contributes to existing research in the area of children as relatives of parents with mental illness by highlighting key findings that indicate parental mental problems have significant long-term effects on children's mental health, leading to lower self-esteem, less sense of meaning, more depressive symptoms, and higher perceived stress. Children of parents with mental health issues may experience a lower degree of social support, which can negatively affect their own mental health. This is due to the lack of energy and resources resulting from the parents' mental health condition, which can lead to disruptions in the parent-child relationship. This disruption can impact the level of

social support available to the child, potentially leading to neglect. The long-term impact highlights the need for detection and intervention to prevent prolonged mental health issues into adulthood, which can have significant personal, social, and societal consequences. Healthcare professionals encounter various barriers in identifying children of parents with mental illness, which can be understood through Kleinman's concepts of illness, disease, and sickness. Barriers include dominant disease understandings in psychiatry, patients' own illness understandings, and societal reflections of mental illness. The thesis advocates for a holistic approach in psychiatric care that includes systematic screening and support for children of patients with mental illness. Recommendations include implementing systematic screening protocols in psychiatric settings, training healthcare professionals to recognize and address the needs of these children, and promoting awareness to reduce stigma and facilitate better support and communication within families. In the analysis, some more organizational aspects regarding implementation have emerged, which our existing theory has not been able to capture. Therefore, in line with the thesis' adaptive research strategy, we incorporate new theory to shed light on this finding. Trisha Greenhalgh is included to illuminate the analysis' finding that a barrier to detection may consist in the fact that the detection is not sufficiently systematized. The medical knowledge and expertise involved in establishing a diagnosis becomes the gateway for assistance to the patient and the patient's children. In this context, it becomes relevant to supplement Kleinman with new sociological theory to elucidate this finding. Nikolas Rose is included, who points out that diagnoses can be seen as the gateway to welfare services through his theoretical concept of allocation mechanisms.

Future research should explore the relationship between parents' mental health and children's mental health by examining potential mediating factors like social support. It would be beneficial to complement the findings on healthcare professionals' experiences with barriers by incorporating patients' and parents' experiences. By integrating sociological perspectives with clinical practice, the thesis advocates for a comprehensive approach to mental health care that addresses the needs of the entire family. This approach aims to improve overall mental health outcomes for children and create a more supportive environment for families dealing with mental illness.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	1
2. Problemfelt.....	2
2.1. Samfundsøkonomiske og menneskelige omkostninger.....	2
2.2. Opsporing af børn til forældre med psykisk sygdom.....	4
2.3. Rammer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien	6
2.4. Problemformulering.....	7
3. Teoretisk ramme	9
3.1. Teoretisering af psykisk sygdom og mental sundhed.....	9
3.2. Teoretisk baggrund for betydningen af forældres mentale sundhedstilstand.....	10
3.2.1. Forklaringsmekanismer	10
3.3. Teoretisk baggrund for barrierer for opsporing	12
3.3.1. Divergerende sygdomsforståelser	12
4. Indskrivning i sygdoms- og sundhedssociologien.....	15
5. Specialets metodiske tilgang.....	17
5.1. Kvantitativ tilgang	17
5.1.1. Beskrivelse af datasæt og population	17
5.1.2. Samplingsproblematikker og missing data	18
5.1.3. Operationalisering.....	20
5.1.4. Elaborering og operationalisering af kontrolvariable.....	26
5.1.5. Oversigt over anvendte variable.....	28
5.1.6. Statistisk metode.....	28
5.2 Kvalitativ tilgang	29
5.2.1. Adaptiv forskningsstrategi.....	29
5.2.2. Semistruktureret interview.....	30
5.2.3. Udvælgelse af informanter	30
5.2.4. Interviewguide og interviewsituation	32
5.2.5. Kodning	34
6. Analyse.....	35
6.1. Kvantitativ analyse.....	35
6.1.1. Meningsfuldhed	35
6.1.2. Selvværd.....	37
6.1.3. Depressive symptomer.....	40
6.1.4. Oplevet stress	43
6.1.5. Diskussion og delkonklusion	46
6.2. Kvalitativ analyse.....	51
6.2.1. “Selvom der er en retningslinje, så er det ikke alle, der får det gjort”	51
6.2.2. “Meget af arbejdet består i at danne en kultur”	53
6.2.3. “Vigtigheden er at sige, hvad er psykiatrihospital? Og hvad er primær sektor?”	56

6.2.4. <i>“At have øje for helheden kommer i næste step”</i>	59
6.2.5. <i>“De mærker mere, end man tror”</i>	62
6.2.6. Diskussion og delkonklusion	66
7. Diskussion af specialets styrker og svagheder	72
8. Konklusion	76
Litteraturliste.....	78

1. Indledning

Et stigende fokus på mental sundhed kan ses både nationalt og internationalt, som en afspejling af, at flere mennesker oplever mentale sundhedsproblemer. Mennesker der over længere tid har en lav grad af mental sundhed har i højere grad risiko for at udvikle psykisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2022; WHO 2022). Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (WHO) lever næsten en milliard mennesker globalt med psykisk sygdom. Psykisk sygdom repræsenterer en betydelig del af den globale sygdomsbyrde, hvilket påvirker millioner af menneskers liv på tværs af lande og samfund (WHO 2022). Dette gælder ligeledes i Danmark, hvor tal fra 2022 af Sundhedsstyrelsen viser, at psykisk sygdom udgør 25% af den samlede sygdomsbyrde i Danmark, og det estimeres, at mellem 40-50% af befolkningen på et tidspunkt i deres liv vil få en psykisk diagnose (Sundhedsstyrelsen 2022:8). Udfordringerne ved mentale sundhedsproblemer rammer ofte bredt og vil også berøre en stor del af den danske befolkning, som oplever at være pårørende (Bridgwater & Jansen 2022:11,13; Bruun & Hauptman 2021:9). Individernes mentale sundhedsproblemer har dermed konsekvenser for andre i deres sociale netværk, hvilket især gælder deres familiemedlemmer (Avison & Comeau 2013:543). Børn som pårørende til en forælder med en psykisk sygdom har fået stigende opmærksomhed i de senere år. Det anslås, at hvert femte barn på verdensplan har en forælder med en psykisk sygdom (Dobener et al. 2022; Hosman et al. 2009), mens der i Danmark er omkring 310.000 børn med en forælder med psykisk sygdom svarende til hvert fjerde barn (Psykiatrifonden 2019; Jørgensen et al. 2019:13). Ifølge Psykiatrifonden (2019) er børn som pårørende til forældre med psykisk sygdom en særlig udsat gruppe, som ofte har sværere opvækstvilkår end deres jævnaldrende. Dette skyldes blandt andet, at hverdagen for børn af forældre med psykisk sygdom kan være præget af uforudsigelighed, ustabilitet og utryghed, hvilket kan medføre negative konsekvenser for børnene (O'Donnell et al. 2015; Westad & McConell 2012). Børn som pårørende er dog en gruppe, som ifølge Psykiatrifonden (2019) ofte har været overset og ikke fået den rette hjælp til at håndtere situationen på trods af, at børn til forældre med psykisk sygdom ofte oplever mangeårig eller kronisk belastning (Jørgensen et al. 2019:13).

2. Problemfelt

2.1. Samfundsøkonomiske og menneskelige omkostninger

De samfundsøkonomiske omkostninger af at børn vokser op med forældre med psykisk sygdom er undersøgt både nationalt og internationalt. Studier viser fra Tyskland, Holland og USA, at der er flere omkostninger forbundet med børn af forældre med psykisk sygdom, hvilket blandt andet skyldes, at de i højere grad har brug for velfærdsydelse, skolestøtte og sundhedsudgifter (Waldmann et al. 2021; Olfson et al. 2003; Wansink et al. 2016). I en dansk kontekst viser en undersøgelse fra Syddansk Universitet (SDU), at i gennemsnit er de samfundsmæssige omkostninger 417.000 kr. højere, når et barn har forældre med psykisk sygdom. Samlet svarer det til 7,5 milliarder kroner, hvilket er næsten dobbelt så mange omkostninger sammenlignet med børn af forældre uden psykisk sygdom. De højere omkostninger skyldes ifølge undersøgelsen nogle af de samme elementer, som beskrives i den internationale eksisterende forskning (Rasmussen & Kruse 2023). Udover de dokumenterede samfundsøkonomiske konsekvenser viser eksisterende forskning, at der medfølger forskellige menneskelige konsekvenser ved at opvokse med en forælder med en psykisk sygdom (Olfson et al. 2003). Samfundsvidenskaben har fået en øget interesse i måderne, hvorpå psykisk sygdom hos ét individ har følelsesmæssige og adfærdsmæssige konsekvenser for øvrige familiemedlemmer (Avison & Comeau 2013:543). Dog har mange tidligere studier undersøgt betydningen af at være pårørende til ægtefæller, mens knap så mange studier sætter fokus på børn af forældre med psykisk sygdom (Jørgensen et al. 2019:5; Källquist & Salzmänn-Erikson 2019:2056-2057). Der kan argumenteres for vigtigheden ved at rette fokus på børn som pårørende, da en metaanalyse fra et internationalt studie fremhæver, at et barn er særlig sårbar sammenlignet med andre pårørende, fordi barnet er afhængigt af sin forælder i forhold til tryk og omsorg, og forældrenes evne til at opfylde dette kan være nedsat på grund af psykisk sygdom (Källquist & Salzmänn-Erikson 2019:2057). Dette kan medføre en række konsekvenser for børnene, hvor en af de mest dokumenterede konsekvenser ifølge både national og international eksisterende forskning er en højere risiko for at udvikle psykisk sygdom sammenlignet med børn af forældre uden psykisk sygdom (Rasic et al. 2014; Thorup et al. 2018; Lapalme et al. 1997; Beardslee et al. 1993; Hosman et al. 2009:251). I eksisterende international forskning er der ofte målt på forældres psykiske sygdom i form af diagnoserne depression, skizofreni og bipolar lidelse, da disse tre anses som værende kronisk eller

tilbagevendende, og hvor fokus er, om diagnoserne har en indflydelse på, om børnene udvikler en af disse sygdomme (Sandstrom et al. 2019; Rasic et al. 2014). I en dansk kontekst viser et studie ved navn VIA Family, at børn, hvis forældre har eller har haft enten depression, skizofreni og bipolar lidelse allerede i 7-års alderen fremstår med en højere forekomst af en lang række af tidlige tegn på øget risiko for psykisk sygdom (Ellersgaard et al. 2020). Flere studier peger dog gennem en metaanalyse på en øget risiko for forskellige problemer for børn af forældre med psykisk sygdom på tværs af det psykiatriske spektrum (van Santvoort et al. 2015; Hosman et al. 2009:251).

En stor del af forskning indenfor konsekvenser af at vokse op med forældre med psykisk sygdom er blevet udført af forskere indenfor det psykiatriske felt. Der er relativt få sociologer, der har beskæftiget sig med dette emne (Avison & Comeau 2013:543). Dette kan være årsagen til, at der er begrænset viden om konsekvenser ved at vokse op med en forældre med psykisk sygdom fra et bredere perspektiv i form af mere end fraværet af en psykisk diagnose (Aneshensel et al. 2013). Dette understøttes af resultater fra et studie, der indikerer, at der kan være flere konsekvenser for børnenes mentale sundhedstilstand end en psykisk diagnose. Et internationalt studie viser, at psykiske sygdomme hos forældrene påvirker tilknytning til barnet samt barnets kognitive, følelsesmæssige, sociale og adfærdsmæssige udvikling (Manning & Gregorie 2009; Biederman et al. 2001). Dog har eksisterende forskning ofte undersøgt disse elementer som tidlige symptomer eller indikatorer for udvikling af psykisk sygdom hos barnet såsom adfærdsmæssige og følelsesmæssige udfordringer (Tabak et al. 2016). Sociologer mener heraf, at mental sundhed og trivsel er to størrelser, der strækker sig længere end medicinske diagnoser, som dermed bør undersøges gennem flere aspekter end blot sygdomsdiagnoser. Dette gør sig også gældende hos forældrene, hvor eksisterende forskning ofte har undersøgt betydningen af en diagnose og ikke mental sundhed ud fra en bredere forståelse. Avison & Comeau (2013:551) argumenterer i den forbindelse for, at et væsentligt bidrag sociologer kan bringe ind i denne forskning er undersøgelse af sammenhængen mellem forældres psykiske belastning som mere end en psykisk diagnoses påvirkning på børnene. Dette er dog undersøgt i et studie af mentale belastninger hos forældre gennem et samlet mål for mental sundhed, og hvordan det har en påvirkning på barnets mentale sundhed. Studiet viser, at forældres mentale belastning er forbundet med negative mentale sundhedsresultater for børn, men disse resultater er dog kun bekræftet af begrænset tidligere forskning, hvorfor det understøtter behovet for

yderligere undersøgelser indenfor dette område (Amrock & Weitzman 2014). Dette studie undersøger påvirkning på barnets mentale sundhed i barndommen, men belyser ikke mulige langtidseffekter, samtidig med at der benyttes et samlet mål for både forældres og barnets mentale sundhed. Det tyder dermed på, at der mangler flere longitudinelle studier til at se på indflydelsen af forældrenes mentale sundhedstilstand på barnets mentale sundhed belyst fra et bredere perspektiv. Tidligere studier på området har også fokuseret på enten et samlet mål for mental sundhed eller tidlige symptomer for psykisk sygdom hos barnet, hvorfor et væsentligt bidrag kan være at belyse konsekvenserne som andet end kun tilstedeværelsen eller fraværet af symptomer på psykiske sygdomme. I lyset af ovenstående fund vedrørende den potentielle indvirkning af forældres psykiske sygdom på samfundsøkonomi og menneskelige konsekvenser kan der argumenteres for, at forebyggelse og tidlig indsats er gavnligt (Manning & Gregorie 2009).

2.2. Opsporing af børn til forældre med psykisk sygdom

Eksisterende forskning i Danmark udarbejdet af Kombu (Det Nationale Kompetencecenter for Børn og Unge i familier med psykisk sygdom) viser, at børn af forældre med psykisk sygdom ofte ikke taler om deres situation, hvilket kan medføre, at problemerne kan vokse sig større. Her kan tabu, uvidenhed og hensyn til forældrene være årsag til, at børnene ikke taler om, hvordan de har det, hvilket kan forværre situationen (Munnicke 2020). Lignende resultater gør sig gældende i international eksisterende forskning, der viser, at markant færre børn af forældre med psykisk sygdom sammenlignet med deres jævnaldrende oplever, at de kan tale med deres forældre. Det viser sig dog, at samtaler med børnene bidrager til at gøre det nemmere at navigere i et familieliv, der er præget af forældres psykiske sygdom og hjælper børnene med at få en forståelse (Reedtz et al. 2019; Yamamoto & Keogh 2018; Gladstone et al. 2010; Tabak et al. 2016). Samtidig viser et studie, at kommunikation mellem barnet og forælderen er vigtig for at undgå, at barnet selv udvikler en psykisk sygdom (Van Loon et al. 2015). Tal fra Psykiatrifonden (2018) viser, at syv ud af ti børn af forældre med psykisk sygdom ikke får hjælp til at håndtere deres situation som pårørende. Dog fremhæver eksisterende forskning, at det kan være en støtte og hjælp til individer af forældre med psykisk sygdom, hvis de får en større forståelse for forældrenes sygdom (Lannes et al. 2021). Eksisterende forskning påpeger, at sundhedspersonale i psykiatrien kan spille en væsentlig rolle i at støtte børn af forældre med psykisk sygdom (Yamamoto & Keogh 2018). International eksisterende forskning påpeger

vigtigheden af at få opsporet børn af forældre med psykisk sygdom (Reedtz et al. 2019). Derudover fremhæver en dansk rapport, at børn som pårørende skal sikres en opsporingsgaranti, når deres forældre behandles i psykiatrien, hvoraf psykiatrihospitalerne i regionerne skal opspore og hjælpe børn af forældre med psykisk sygdom. Dette med baggrund i at de mest komplekse og svære psykiske sygdomme varetages af den regionale psykiatri, hvor flere patienter også er forældre som grundet deres tilstand kan have særlig svært ved at håndtere hverdagen og rollen som forælder (Spørg Mere 2023c). Eksisterende international forskning fremhæver også vigtigheden af, at sundhedspersonalet anerkender patienternes rolle og ansvar som forældre og er opmærksomme på familiemedlemmers behov herunder særligt børnenes. Studiets resultater viser, at børn har brug for følelsesmæssig støtte, tryghed og tværfaglig hjælp. Implikationer for praksissen er, at fagfolk, der arbejder med forældre med psykisk sygdom, bør være opmærksomme på de konkrete konsekvenser for børnene og støtte forældrerollen (Tabak et al. 2016:327).

Danske patienter (2016) mener, at når patienter med børn er indlagt i psykiatrien, bør de tilbydes en familiesamtale, som består i, at patienten deltager sammen med sine børn og en eventuel partner. Formålet med samtalen er at fortælle børnene om forælders sygdom og give plads til børnenes følelser og eventuelle bekymringer. Ifølge eksisterende forskning fra Norge er en af udfordringerne ved at støtte børn af forældre med psykisk sygdom, at der ikke sker en ensartet og systematisk screening for at opspore dem - hverken i psykiatrien eller hos den praktiserende læge (Fjone et al. 2009). Andre undersøgelser af praksis på hospitaler i Danmark peger på, at opsporing og støttetilbud til børn af forældre med alvorlig sygdom sker for usystematisk. Det skyldes blandt andet manglende systemunderstøttelse til registrering af pårørende samt manglende kompetencer og viden om henvisningsmuligheder (Det Nationale Sorgcenter 2021). Der er ifølge international eksisterende forskning et stort potentiale i at opspore børnene og tilbyde relevant støtte, fordi et godt socialt netværk omkring børnene sikrer modstandskraft (Reedtz et al. 2019). Ligeledes viser internationale metaanalyser, at når forældre i perioder ikke har overskud, bliver andre voksne vigtige, da hjælp og den rette støtte kan forebygge psykisk sygdom og mistrivsel hos børnene. Herunder kan forebyggende behandling reducere risikoen op til 50 procent for, at barnet selv udvikler en psykisk sygdom (Lannes et al. 2021; Siegenthaler et al. 2012). I Danmark har regionerne dog forskellig praksis vedrørende disse familiesamtaler, og det tyder på, at de ofte ikke afholdes (Danske Patienter

2016; SUS 2005). Nogle regioner og kommuner tilbyder samtalegrupper for børn af forældre med psykisk sygdom, men det er langt fra alle, og der kan herved opstå geografisk ulighed i tilbuddene til børn som pårørende. En kortlægning fra Kombu viser, at det er under halvdelen af landets kommuner, som har målrettede tilbud til børn af forældre med psykisk sygdom (Kombu 2020).

2.3. Rammer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien

Gøtze & Jørgensen (2022) har udarbejdet en juridisk udredning om børn af forældre med psykisk sygdom og deres rettigheder. Udredningen viser, at der ikke i dansk lovgivning findes specifikke regler for børn af psykisk syge forældre, som der gør i Sverige og Norge (Gøtze & Jørgensen 2022:2). En række love og regler i Danmark har dog indflydelse på, hvordan børn af forældre med psykisk sygdom kan få støtte og hjælp. Det gælder regler i henholdsvis serviceloven og sundhedsloven. Ifølge Sundhedsloven (2022) er regionerne forpligtede til at støtte og hjælpe børnene, og ifølge reglerne i Serviceloven (2022) kan der i kommunalt regi tilbydes forebyggende indsatser og støtte til børn, der enten er i mistrivsel eller i risiko for at komme i mistrivsel. Udredningen viser dog, at der ikke findes specifikke regler, som fastsætter procedurer eller forpligter regionerne til at tilrettelægge indsatser for pårørende, når børn er i mistrivsel eller i risiko for mistrivsel som følge af forældrenes psykiske sygdom (Gøtze & Jørgensen 2022). I 2015 blev der indført en ny bestemmelse i psykiatriloven, der kræver, at i forbindelse med en indlæggelsessamtale skal der sammen med patienten tages stilling til, om og hvordan pårørende skal inddrages i behandlingsforløbet. Formålet er at styrke patientens behandlingsforløb gennem en styrket pårørendeinddragelse, men der er intet eksplicit fokus på inddragelse af pårørende under 18 år (Psykiatriloven nr. 579 2015). Her kan formålet også argumenteres for at være, hvordan pårørende skal være med til at agere en ressource ind i patienternes behandlingsforløb, hvorimod der mangler et fokus på, hvordan de pårørende støttes i situationen. En pressemeddelelse fra den 25. marts 2023 fra Danske Regioner ønsker at forebygge mistrivsel og forbedre den mentale sundhed blandt børn som pårørende til forældre med psykisk sygdom. Danske Regioner (2023) lægger vægt på, at uden systematisk opsporing og støtte kan det give store menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser, som beskrevet i afsnit 2.1. *Samfundsøkonomiske og menneskelige omkostninger.*

I alle regioner er der udarbejdet retningslinjer eller instrukser med formålet at sikre opmærksomhed på børnene og deres behov som pårørende til forældre med psykisk sygdom. Et problem er dog, at der ikke indsamles systematisk data om patienters børn i regionspsykiatrien, og fagpersonalet kan opleve barrierer ved at spørge til trivslen hos disse børn. Der viser sig store forskelle med henblik på, hvad der står i regionernes retningslinjer om, hvordan fagpersonalet i den regionale psykiatri skal undersøge, om patienterne har børn, om børnene trives, og om de har behov for støtte. I nogle regioner fremgår det ikke tydeligt af retningslinjerne, hvorvidt fagpersonalet er forpligtet til at undersøge, om patienten har børn, eller om oplysningerne skal registreres i journalsystemet. I andre regioner er forpligtelsen mere udførligt beskrevet. Det viser sig også, at fire ud af fem regioner ikke kan opgøre, hvor mange patienter i regionspsykiatrien, der har børn (Spørg Mere 2023c:15). Der kan være flere årsager til, at børn som pårørende ofte ikke opspores eller får den rette støtte. I en rapport fremhæves fagpersonalets oplevelser af barrierer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien. Fagpersonalet fremhæver barrierer som travlhed, og det primære fokus i den regionale psykiatri er på patienten og ikke et helhedsperspektiv, der inkluderer patientens familie (Spørg Mere 2023c:16). International eksisterende forskning fremhæver ligeledes, at det i forbindelse med psykisk sygdom hos forældre er særligt vigtigt at trække på en familiefokuseret tilgang. Det forudsætter et fokus på særligt børnene, og hvor der bør tages forbehold for familiens individuelle behov, når patientens behandling planlægges (Wahl et al. 2017). Eksisterende forskning påpeger også, at barrierer for opsporing af børn som pårørende består af en frygt for at miste behandlingsalliancen i form af relationen mellem behandler og patient, samt at nogle forældre ikke ønsker at involvere børnene i deres psykiske sygdom (Gladstone et al. 2010). På trods af de udarbejdede retningslinjer med børn som pårørende, indikerer ovenstående at de alligevel ikke får den rette støtte og hjælp. Hertil vil dette speciale bidrage med viden om barrierer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien.

2.4. Problemformulering

Viden om konsekvenserne af at vokse op med forældre med mentale sundhedsudfordringer er vigtig for at kunne dimensionere og målrette indsatser, der sikrer, at børn som pårørende får en hverdag, der ligner andre børn, unge og voksnes hverdag så meget som muligt, samt at de opnår et liv i trivsel (Gøtze & Jørgensen 2022:14). Der er i problemfeltet identificeret manglende viden omkring mental sundhed fra et bredere perspektiv i forhold til andet end symptomer på psykisk sygdom hos barnet samt forældrenes mentale sundhedstilstand som andet end en

diagnose herunder mulige langtidseffekter. Heraf kan viden om forældres mentale sundhedstilstands betydning for børns mentale sundhed i ungdommen og voksenlivet bidrage til at understøtte opsporing af børn som pårørende i psykiatrien. Da patienter i psykiatrien ofte har alvorlige mentale sundhedsproblemer, ser vi i specialet psykiatrien som et vigtigt sted at opspore børn som pårørende, så de får mulighed for at få den rette støtte og hjælp (Gladstone et al. 2010; Källquist & Salzmänn-Erikson 2019:2057). Dog bliver mange børn som pårørende ikke opsporet og henvist til de rette tilbud ved behov. Dermed er det vigtigt at belyse de barrierer, der kan være for opsporing for en mere målrettet indsats til gavn både for både patienter, børn som pårørende og samfundet (O'Donnell et al. 2015). På baggrund heraf ønsker vi at belyse følgende problemformulering:

Hvilken betydning har forældres mentale sundhedstilstand for børns mentale sundhed i ungdommen samt voksenlivet, og hvilke barrierer opleves ved opsporing af børn som pårørende hos sundhedspersonale i psykiatrien?

3. Teoretisk ramme

3.1. Teoretisering af psykisk sygdom og mental sundhed

En central skelnen i dette speciale er mellem psykisk sygdom og mental sundhed, hvoraf begge begreber omfatter en bred samling af kognitive, følelsesmæssige og adfærdsmæssige fænomener (Aneshensel et al. 2013:2). I den medicinske model som ofte anvendes i psykiatrien betragtes psykisk sygdom som en decideret diagnose, ligesom somatisk sygdom, der ofte behandles med medicin. Det definerende træk ved den medicinske model er antagelsen om, at *“... mental disorder is a disease or a disease-like condition that is explained by genetic defects, biochemical imbalances, hormonal dysregulation, and neuronal deficits that can be treated through medical means”* (Aneshensel et al. 2013:5). Dermed ses psykisk sygdom ud fra den medicinske model som distinkte enheder gennem en dikotom sygdomsforståelse, hvor personen enten klassificeres syg eller rask. Mange sociologer har et andet perspektiv i forhold til, at psykisk sygdom er i den yderste ende af et kontinuum med lignende følelser, tanker og adfærd, der falder ind under normalitetens område (Aneshensel et al. 2013:5). Ifølge Rogers & Pilgrim arbejder psykiatrien inden for den medicinske forståelse af psykisk sygdom, og der argumenteres for, at sundhedspersonale; *“... are trained to see their role as identifying sick individuals (diagnosis), predicting the future course of their illness (prognosis), speculating about its cause (aetiology) and prescribing a response to the condition, to cure it or ameliorate its symptoms (treatment)”* (Rogers & Pilgrim 2021:1). Ud fra psykiatriens perspektiv argumenteres for, at adfærd og følelser er tegn og symptomer på underliggende sygdomstilstande, som skal behandles. Psykiatrien bruger termen psykisk sygdom til et spektrum, der er klassificeret efter klynger af symptomer og adfærd, der betragtes som klinisk meningsfulde med hensyn til forløb, resultat og respons på behandling (Bruce & Raue 2013:41).

I modsætning til psykiatriens dikotome sygdomsopfattelse ses mental sundhed ud fra en sociologisk forståelse som mere end tilstedeværelsen eller fraværet af psykisk sygdom. Dette understøttes af et stigende forskningsmæssigt fokus på, at fraværet af psykisk sygdom ikke er ensbetydende med en høj mental sundhed (Huppert 2009; Koushede 2015). Specialet tager i den forbindelse udgangspunkt i forståelsen af mental sundhed:

“Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor individet kan udvikle sig og udfolde sine evner, kan håndtere belastninger, indgå i positive sociale relationer og bidrage til

fællesskabet. Mental sundhed handler om at opleve at have det godt med sig selv og sit liv” (WHO 2022 & Sundhedsstyrelsen 2022)

Mental sundhed omfavner i forlængelse af ovenstående definition mere end blot fravær af psykisk sygdom og indebærer individets psykiske ressourcer og evner til at klare udfordringer. Definitionen inkluderer således mere end tilstedeværelsen eller fraværet af følelsesmæssige tilstande og omfatter også tilstedeværelsen og fraværet af positiv funktion i livet (Keyes 2002:208; Keyes & Michalec 2010:125; 208, 210). I forhold til den bredere definition af mental sundhed læner specialet sig op af Felicia A. Hupperts (2009) forståelse. Huppert ser mental sundhed som et spektrum, der kan inddeles i fire overordnede kategorier: 1) Psykisk sygdom, 2) Mistrivsel, 3) Moderat mental sundhed og 4) Høj mental sundhed. Psykisk sygdom dækker over personer med en psykisk diagnose. Mistrivsel dækker over de personer, som ikke har en psykisk sygdom, men som er i mental mistrivsel. Moderat mental sundhed dækker over de personer, som ligger mellem høj mental sundhed eller mistrivsel, og det er her de fleste individer placerer sig. Til sidst er høj mental sundhed karakteriseret ved, at et individ har positive følelser og fungerer både psykologisk og socialt (Huppert 2009:151). Herved kan argumenteres for, at denne definition har flere ligheder med WHO's tidligere nævnte definition, som også pointerer, at mental sundhed inkluderer menneskelig funktion og sociale aspekter. Når der fokuseres på mental sundhed frem for psykisk diagnose, kan det have den positive konsekvens, at få flere i retning af en god mental sundhed, og dermed opnå en væsentlig reduktion i antallet, der diagnosticeres med en psykisk sygdom. Af den grund er det ifølge Huppert vigtigt med et fokus på at fremme trivsel hos personer, der er i mistrivsel, men ellers er fri for psykisk sygdom (Huppert 2009). Denne antagelse baseres på, at personer der mistrives og har en moderat mental sundhed, har væsentlig større risiko for at udvikle en diagnose, sammenlignet med personer med en høj mental sundhed (Koushede 2015:50; Huppert 2009). Ud fra Hupperts forståelse af mental sundhed, adskiller mental sundhed og psykisk sygdom sig fra hinanden, samtidig med at de også hænger sammen.

3.2. Teoretisk baggrund for betydningen af forældres mentale sundhedstilstand

3.2.1. Forklaringsmekanismer

For at belyse specialets fokus på forældres mentale sundhedstilstands betydning for barnets mentale sundhed tages der et teoretisk udgangspunkt i den psykosociale forklaringsmodel og

livsforløbsforklaringen. Den psykosociale tilgang beskriver, at de sociale omgivelser og relationer påvirker individets mentale sundhed gennem stress. Sociologiske forskere inden for mental sundhed, der arbejder inden for stress proces paradigmet, betragter generelt de negative aspekter af sociale relationer som en vigtig komponent i forhold til at blive udsat for stress (Turner & Turner 2013:349). I den forbindelse kan stress defineres som “...it is a response of the body - a state of physiological alert - in the presence of stressors” (Wheaton et al. 2013:300). Hvis stress opleves over længere tid, kan det have nogle negative konsekvenser for den mentale sundhed. I den psykosociale tilgang til stress, er det vigtigere at definere disse stressorer end at definere stress, hvor stressorer ofte er defineret som “...that which produces stress” (Wheaton et al. 2013:300). Disse stressorer kommer ifølge denne tilgang fra sociale relationer og omgivelser, der medfører situationer, der opfattes udfordrende. Den generelle tese i den psykosociale forklaringsmodel er, at sociale omgivelser og oplevelser i livet kan føre til mentale eller psykologiske reaktioner i form af stress, som kan påvirke individets mentale sundhed. Dermed kan dårlig mental sundhed ses som en konsekvens af disse psykologiske reaktioner, hvor højere niveauer af usunde stressreaktioner kan lede til dårligere mental sundhed (Wheaton et al. 2013:300; Turner & Turner 2013:341). Den potentielt forøget risiko for mentale sundhedsudfordringer hos barnet som præsenteret i 2.2. *Samfundøkonomiske og menneskelige omkostninger* kan ifølge forskning blive overført fra forældre til børn gennem blandt andet en forøget risiko for en række psykosociale risikofaktorer. De psykosociale risikofaktorer er ifølge studier forårsaget af forskellige familiære og kontekstuelle stressfaktorer forbundet med forældres psykiske sygdom (Goodman & Gotlib 1999; Hosman et al. 2009; Mattejat & Remschmidt 2008). Herunder kan social støtte ses som en væsentlig forklaringsmekanisme, der kan uddybe den psykosociale forklaring. Thoits’ (2011) forståelse af social støtte udfolder, hvordan sociale relationer kan påvirke mental sundhed. Ifølge Thoits hjælper sociale støtte individet med at opretholde selvrespekt, en følelse af betydning for andre samt opfattet kontrol over forestående udfordringer. Dette kan indirekte bevare trivsel eller mental sundhed, og omvendt kan mangel på social støtte have negative konsekvenser (Thoits 2011:146). Børn af forældre med mentale sundhedsudfordringer kan opleve mangel på social støtte. Herunder er det vigtigt at bemærke, at det er en særlig form for social støtte, der knytter sig til børnene, hvoraf børn er særlige afhængige af deres forældres støtte. Ifølge forskning kan manglende social støtte fra forældre med mentale sundhedsudfordringer forklare indvirkningen på barnets mentale sundhed. Det skyldes, at mentale sundhedsproblemer kan gå ud over energi og overskud hos forælderen og kan påvirke den sociale støtte til barnet. Derudover kan manglende social støtte give en oplevelse af omsorgssvigt eller have en indflydelse på

tilknytningen til barnet, som kan influere barnets mentale sundhed (Mattejat & Remschmidt 2008; Reupert et al. 2013; Fjone et al. 2009; Reedtz et al. 2019). Herunder kan mentale sundhedsudfordringer hos forælderen have betydning for relationen til barnet, hvilket ifølge eksisterende forskning gælder på tværs af forskellige diagnoser (Van Santvoort et al. 2015; Kowalenko et al. 2012).

I forlængelse af ovenstående kan livsforløbsperspektivet bidrage til at forklare, at ens mentale sundhedsstatus er præget af tidligere forhold og dermed, hvordan negative og positive eksponeringer tidligere i livet er afgørende for ens mentale sundhed senere i livet (Nettleton 2021:193). Livsforløbsforklaringen bidrager til at forstå mental sundhed som dynamisk frem for statisk gennem livet (George 2013:585). Denne forklaringsmekanisme kan sammenkobles med den psykosociale ved at have fokus på, hvordan negative psykosociale omstændigheder i det tidlige liv kan påvirke individets mentale sundhedstilstand senere i livet (Nettleton 2021:193). Disse negative eksponeringer kan i forlængelse af ovenstående ses som manglende sociale støtte fra forældre med mentale sundhedsudfordringer, der kan føre til oplevelse af omsorgssvigt og utryk tilknytning. Dermed kan forældres mentale sundhedstilstand anses som en negativ psykosocial omstændighed tidligere i livet, som kan skade individets evne til at håndtere belastninger senere i livet og medføre, at børn af forældre med mentale sundhedsproblemer kan have en større udsathed for dårlig mental sundhed. Hertil belyser livsforløbsforklaringen, hvordan akkumulation af negative eksponeringer igennem livet har en betydning for ens mentale sundhed senere i livet (Nettleton 2021:193).

3.3. Teoretisk baggrund for barrierer for opsporing

3.3.1. Divergerende sygdomsforståelser

For at belyse sundhedspersonalets oplevelse af barrierer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien, inddrages psykiater og antropolog Arthur Kleinmans begreber om illness, disease og sickness. Illness udgør patientens individuelle oplevelse af sin sygdom og dermed den menneskelige oplevelse af symptomer og lidelse. Illness refererer til patient- og pårørendeperspektivet, og hvordan den syge person og vedkommendes sociale netværk opfatter og lever med sygdommen (Kleinman 2020:1-2). I den forbindelse påpeger sociologiske perspektiver inden for mental sundhed på:

“One shortcoming of many mental illness studies is that we tend to hear the voices of experts (physicians, psychologists, nurses, social workers, academics) while the voices

of those with mental illness are all too often excluded. Drowned out in the process is what it actually feels like to have a mental illness” (Birk & Karp 2013:25)

I psykiatriens forståelse af psykisk sygdom med udgangspunkt i den medicinske forståelse er patientperspektivet ofte blevet overset (Birk & Karp 2013:25). I den forbindelse kritiserer Kleinman ofte den medicinske tilgang til sygdom for at lade sygdom i biologiske termer overskygge og negligere patientberetninger (Kleinman 1988). I relation til vores speciale kan illness forstås inden for psykiatrien som den patientopfattede og personlige oplevelse af det at leve med en psykisk sygdom og de pårørendes herunder børnenes oplevelse af sygdommen. I forlængelse af illness perspektivet kan der argumenteres for en mere familiefokuseret tilgang, hvor der tages forbehold for familiens individuelle behov i behandlingen af patienten (Wahl et al. 2017). Disease henviser til det medicinske eller lægefaglige perspektiv og den biologiske forklaring på sygdom. Disease er den måde, behandlere fortolker sygdommen på baggrund af klassifikationer i form af diagnoser (Kleinman 2020:4). I psykiatrien dominerer den medicinske forståelse som beskrevet i 3.1. *Forståelse af mental sundhed og psykisk sygdom*. Det er dermed også den forståelse, som sundhedspersonalet arbejder indenfor (Aneshensel et al. 2013:5).

Sickness er de kulturelle forståelser af sygdomme, der er med til at forme individers opfattelse af pågældende sygdomme. På den måde opfattes sickness som et mærkat, der er socialt konstrueret, hvoraf forskellige arenaer kan benytte forskellige forståelser. Den syges illness-adfærd vil også være påvirket af de dominerende kulturelle kategorier for måden at opfatte og give udtryk for symptomer, de sociale regler for sygdomsrollen samt sygdommens betydning (Kleinman 2020:4-5). På den måde har den eksisterende samfundskultur en stor indflydelse på formningen af den subjektive oplevelse af sygdom (Roe et al. 2011). Den måde, hvorpå individer opfatter, oplever og håndterer deres psykiske sygdom, er i et stort omfang baseret på kulturelle forklaringer på sygdom og forventning om sygdomsadfærd (Kleinman 2011; Kleinman et al. 1978). Herunder har psykisk sygdom ofte været stigmatiseret og dermed forbundet med negative fordomme, hvoraf børn af forældre med psykisk sygdom også kan være influeret af disse (Dobener et al. 2022). I den forbindelse er stempning centralt i forståelsen af, hvordan stigmatisering indvirker for psykiatriske patienter på deres oplevelse af at leve med psykisk sygdom. Link og Phelan (2001) identificerer i deres stigmatiseringsteori, hvordan individer stempler menneskelige forskelligheder. Denne pointe fører de over på sygdomme ved at vise, at der er nogle sygdomme, der er mere acceptable end andre. Herunder har somatiske sygdomme ofte været mere acceptable end psykiske sygdomme (Link & Phelan 2001:367-368,

373). Disse forskellige sygdomsforståelser åbner op for, at det ikke blot er den medicinske forståelse, hvor man enten kan kategoriseres som syg eller rask, men i stedet bredes forståelsen af sygdom ud til at omfatte den enkeltes opfattelse af sygdom, og hvilken samfundsmæssig og kulturel forståelse, der eksisterer omkring psykisk sygdom.

4. Indskrivning i sygdoms- og sundhedssociologien

Specialet har et sygdoms- og sundhedssociologisk fokus, hvormed vi indskrives i denne bindestregssociologi. Det biomedicinske perspektiv har længe haft og har stadig en definerende magt i forhold til, hvad der tæller som viden eller evidens, og hvordan sygdom og sundhed bør forstås (Nettleton 2021:2-3). Studier af sygdom og sundhed i den biomedicinske model er baseret på høj prioritering af videnskabelig evidens i forhold til evidensbaseret medicin (EBM), der omhandler at bruge evidens til at træffe medicinske beslutninger på baggrund af individets diagnose (Timmermans 2010; Møhl & la Cour 2008:126; Nettleton 2021:4). Evidenslogikken har bredt sig langt ud over de snævre biomedicinske domæner, som den oprindeligt var tiltænkt og bliver nu brugt som en standard inden for psykiatrien (Møhl & Lacour 2008:126). Dog er en kritik af den biomedicinske model, at denne model kan have vanskeligt ved at forklare sociale årsager til sygdom og sundhed (Nettleton 2021:2-3, 5). I sygdoms- og sundhedssociologien studeres ofte de sociale årsager til individets, gruppens og samfundets sundhed, hvilket også gør sig gældende i dette speciale vedrørende betydningen af at vokse op med forældre med mentale sundhedsproblemer på børns mentale sundhed. En kritik der har været rettet mod den biomedicinske model er, at den skaber en tingsliggørelse af sociale relationer gennem medicinske kategorier og rigide beskrivelser af, hvordan de sociale relationer fungerer, da der lægges vægt på generelle tendenser og overser forskellighed (Nettleton 2021:2-3,21). Der kan i den forbindelse argumenteres for, at det kan være vanskeligt at isolere den kausale effekt indenfor sociale relationer, hvilket giver en udfordring i forhold til at nå frem til generelle resultater (Lund et al. 2020:17). Et forsøg på alligevel at isolere betydningen af forældrenes mentale sundhedstilstand på børnenes mentale sundhed i specialet, der ikke har eksperimentelle data, er i den forbindelse et prospektivt design via panel data. I forlængelse af kritikken af den biomedicinske model, kan der argumenteres for, at sociologisk fremfor epidemiologisk og biomedicinsk forskning kan bidrage med en mere nuanceret og bred forståelse af sociale årsager til sundhed og sygdom (Lund et al. 2020:17). Gennem specialets kvantitative tilgang undersøges generelle tendenser og herved generelle konsekvenser for børnenes mentale sundhed. Dog kan det være vanskeligt at gøre sociale årsager klinisk kvantificerbart og målbart samt nå frem til nogle universelle lovmæssigheder og interventioner, som efterstræbes i den biomedicinske model. Dette skyldes, at sociale relationer kan betragtes som en uklar variabel, der mangler den kontrol, der foretrækkes inden for EBM (Møhl & la Cour 2008:135-136). Et argument for alligevel at kvantificere sociale relationers betydning for mental sundhed er at inkludere de sociale aspekter i forståelsen af sundhed og sygdom ved at

undersøge betydningen af at vokse op med en forælder med mentale sundhedsproblemer på barnets mentale sundhed. Som argumentation herfor kan den psykosociale forklaring inddrages, hvor de sociale relationer ses som en vigtig determinant for sundhedstilstande, hvilket understreger vigtigheden af, at sociale årsager til sygdom og sundhed også belyses (Nettleton 2021:2-3). I sundheds- og sygdomssociologien anerkendes, at fænomener der analyseres indenfor sundhedsfeltet ikke kun er medicinske, hvormed sygdomsoplevelser også smitter af på familie (Timmermans & Haas 2008). Dette anerkender vi i specialet med fokus på, hvordan forældres mentale sundhedstilstand påvirker børns mentale sundhed.

I forhold til anden del af problemformuleringen, hvor vi undersøger barrierer for opsporing, lægges der vægt på en metodisk tilgang, der ikke ses forenelig med de evidensbaserede logikker, som den biomedicinske model forudsætter. Vi argumenterer alligevel for, at dette perspektiv er vigtigt at inddrage for at få en dybdegående forståelse af barrierer omkring opsporing af børn som pårørende. I specialet er vi interesserede i at undersøge, hvordan børn som pårørende tages hånd om i et sundhedsvæsen præget af evidensbaseret medicin, hvis logikker og retningslinjer kredser sig om kliniske beslutningsprocesser (Møhl & la Cour 2008:126; Aneshensel et al. 2013:5). I afsnit 2.2 *Opsporing af børn til forældre med psykisk sygdom* belyses, at børn som pårørende ofte overses, hvor af sundhedspersonale kan udgøre en stor ressource i forbindelse med at tilbyde dem den rette støtte og hjælp (Yamamoto & Keogh 2018). Timmermans (2010) beskriver, at sundhedspersonalet kan spille en væsentlig rolle for at forebygge mentale sundhedsproblematikker, hvilket styrker specialets fokus på sundhedspersonalets oplevelser af barrierer for opsporing. Herunder kan den kvalitative metode på trods af at den ikke anerkendes indenfor EBM ses som vigtig greb til at belyse sundhedspersonalets oplevelse af barriere indenfor psykiatrien, der opererer indenfor den biomedicinske forståelse.

Specialet bidrager til sundheds- og sygdomssociologien ved at fokusere på sociale faktorer som betydning af forældres mentale sundhedstilstand på børns mentale sundhed, og hvordan forældres mentale sundhedstilstand påvirker barnets mentale sundhed i ungdommen og voksenlivet. Samtidig vil der fokuseres på sundhedspersonalets subjektive forståelser af barrierer ved opsporing af børn som pårørende i psykiatrien.

5. Specialets metodiske tilgange

5.1. Kvantitativ tilgang

Til besvarelse af første del af specialets problemformulering benyttes en kvantitativ metodisk tilgang. Her vil betydningen af forældrenes mentale sundhedstilstand på barnets¹ mentale sundhed i dets ungdom og voksenliv belyses gennem regressionsanalyse ved brug af data fra Vestliv.

5.1.1. Beskrivelse af datasæt og population

Det anvendte datasæt er fra projekt VestLiv – Livskvalitet blandt unge i Vestjylland, der i en forløbsundersøgelse undersøger betydningen af mange forskellige faktorer for helbred og trivsel. I dette speciale anvendes data fra 1989-kohorten, som på nuværende tidspunkt har været igennem fire spørgerunder i form af 2004 (14-15 år), 2007 (17-18 år), 2010 (20-21 år) og 2017 (28-29 år). Undersøgelsens population udgøres af hele årgangen, der blev født i 1989 med bopæl i det daværende Ringkøbing Amt i 2004 svarende til $N=3687$ (Vestliv 2009). Derudover er der både indhentet selvrapporterede spørgeskemadata fra årgang 1989 og deres forældre (Winding et al. 2020:2). Som supplement til survey dataen er der i specialet endvidere indhentet oplysninger via forskellige registre fra Danmarks Statistik, som via respondenternes og forældrenes CPR-numre er koblet med informationer fra Vestliv-dataen. Dette gælder blandt andet for barnets socioøkonomiske baggrund i form af forældrenes uddannelse, forældrenes beskæftigelse og husstandens indkomst. Under første spørgerunde var der en samlet besvarelse på 3054 og dermed 83%. I 2004 blev barnets forældre bedt om at besvare to spørgeskemaer. Det første spørgeskema blev sendt til én af forældrene for hver af de unge, hvor CPR-kontoret havde oplyst navn og adresse på mindst en forælder (3581 forældre). Spørgeskemaet blev i de fleste tilfælde adresseret til en af de forældre med samme adresse som barnet i CPR. Blandt de unge, som besvarede et spørgeskema ($N=3058$) besvarede 2580 (72%) af deres forældre et spørgeskema vedrørende barnet. Et yderligere spørgeskema blev sendt til begge forældre fem måneder efter første spørgeskema. Her blev 6401 skemaer udsendt, hvoraf 201 (3% af forældrene) framelde sig på dette tidspunkt, mens 4193 forældre returnerede et udfyldt skema svarende til en besvarelsesprocent på 66%. Af disse er 3975 fra forældre, hvis barn også havde besvaret et skema tidligere, hvor 2164 er fra mødre og 1811 fra fædre. Fra 2004 til

¹I specialet henvises børn af forældrene i den undersøgte sammenhæng som “barnet”, også selvom de er over 18 år.

indsamlingen i 2007 faldt svarprocenten til 71% ud af dem, der besvarede første runde (baseline-population) til 64% for indsamlingen i 2010 og yderligere til 57% for 2017 (Winding et al. 2014; Winding et al. 2020; Sandholm & Winding 2022). Missing data samt håndteringen heraf præsenteres i følgende afsnit.

5.1.2. Samplingsproblematikker og missing data

I statistik er man ofte interesseret i statistisk inferens og dermed processen vedrørende at drage konklusioner om en population baseret på data fra en stikprøve fra den samme population. Det handler om at generalisere fra de data, man har til at få indsigt i mønstre eller sammenhænge, der findes i den større population (Agresti 2018:16). En forudsætning for inferentielle statistiske metoder er et probability sample, som defineres ved, at alle enheder i populationen har en kendt sandsynlighed større end 0 for at indgå i stikprøven. Et probability sample tillader, at der er kontrol over mulige samplingsfejl, hvilket forklarer, hvorfor resultaterne kan variere fra sample til sample (Agresti 2018:30, 84-85). Specialets population udgøres af hele fødselsårgangen 1989 med bopæl i Ringkjøbing Amt i april 2004, hvoraf der ikke er tale om en tilfældig udtrukket stikprøve, men derimod hele populationen. Det vil sige, at der er tale om en såkaldt non-probability sampling, der som udgangspunkt ikke er egnet til statistisk inferens. Da vi allerede har adgang til hele populationen, har vi ikke længere problemer med forskellige former for sampling bias og generalisering af resultaterne til populationen. Herunder ville det ikke være relevant at kigge på eksempelvis statistisk signifikans og p-værdi, da dette er et udtryk for at opnå et mindst lige så ekstremt resultat i populationen som ens sample. Dette giver ikke mening, når dataen indeholder oplysninger om hele populationen, og der dermed ikke er statistisk usikkerhed (Agresti 2018:151-153). Som nævnt i afsnit 5.1.1. *Beskrivelse af datasættet* er der en væsentlig grad af missing data, som medfører, at der alligevel ikke er tale om den fulde population. Dog er der stadig ikke tale om et probability sample, hvilket kræves i inferential statistik (Agresti 2018:30-31). Der er alligevel i specialet valgt at anvende statistisk inferens på trods af, at der er tale om et non-probability sample, men der vil herunder særligt fokuseres på bias i forhold til bortfald samt håndteringen heraf.

Missing data vil medføre et fald i statistisk power, hvilket øger sandsynligheden for type 2-fejl, som vil sige, at H_0 hypotesen ikke forkastes, selvom den er falsk (Agresti 2018:168). Derudover er der alt efter mønstret for missing data i tilfælde af, at nogen ikke har besvaret spørgeskemaet, ligeledes en risiko for biased estimator, hvilket Agresti kalder nonresponse bias (Agresti 2018:31). Grundet problemet med missing data er det relevant at undersøge, om

respondenterne afviger fra den samlede population på nogle relevante parametre. I en undersøgelse af datasættet af Winding et al. (2014) viser resultatet, at deltagere ved baseline (2004) ikke adskiller sig meget fra populationen bortset fra, at unge fra familier i den gruppe med den højeste indkomst og uddannelse er en smule overrepræsenteret, men ved opfølgningen i 2007 steg denne overrepræsentation. Svarmønstret ved opfølgningen i 2010 og 2017 ligner mønstret i 2007, samtidig med der her er en overrepræsentation af drenge, der ikke har besvaret spørgeskemaet (Winding et al. 2014:140; Veldman et al. 2022). Ovenstående indikerer, at dataen ikke er *missing completely at random* (MCAR). Dette understøttes af Little's MCAR test², hvor resultaterne heraf indikerer, at vi har et systematisk bortfald. Af den grund kan det i stedet tænkes, at dataen er *missing at random* (MAR), som kræver, at der tages højde for bortfaldet, da vi ellers får biased resultater. Herunder vil bortfaldet blive tilfældigt, hvis der betinges på de variable i datasættet, som missing data i vores datasæt afhænger af (Mehmetoglu & Jakobsen 2017: 342; Graham 2009).

For at imødekomme problemet med missing data, der kan skabe biased resultater, vil vi benytte multiple imputation på vores resultater, som en teknik til at analysere ufuldstændige datasæt. Her bruges information fra alle værdier fra andre variable, hvor dataen er tilgængelig til at forudsige værdier på variable med en lav N for at udfylde manglen på information. Formålet med multiple imputation er ikke at forudsige værdierne så tæt på den sande værdi som muligt, men i stedet at gøre det muligt at håndtere missing data på sådan en måde, der kan give valid statistisk inferens (Mehmetoglu & Jakobsen 2017: 342). Multiple imputation er en proces med tre steps, hvor vi starter med vores ufuldstændige data, hvor vi har missing værdier på flere variable. Herefter begynder vi at imputere, hvilket vil sige, at de manglende værdier udfyldes gennem brug af data fra andre variable i vores model. Dette inkluderer den afhængige og uafhængige variable samt andre variable udenfor vores model, der muligvis kan hjælpe med at forklare vores missing værdier (Mehmetoglu & Jakobsen 2017: 342). Variable som ikke er en del af analysemodellen, men som bruges i imputationsfasen kaldes *auxilliary variables*. Det vil sige variable, som prædikerer vigtige variable i ens statistiske model, men som ikke er en del af selve modellen. Deres relevans består i, at de er relateret til missing data mekanismen, og at man via de sammenhænge de har til data kan bruges til at modellere missing data mekanismen mere korrekt (Graham 2009:560). En fordel ved longitudinelle data er, at flere af variablene ofte er anvendt i alle runder, hvorfor tidligere svar på de samme variable kan være med til at

² Testet gennem STATA kommando `mcartest`, hvor et signifikant resultat indikerer, at vi kan forkaste hypotesen om MCAR, og vi dermed bør benytte Multiple Imputation.

prædiktere svar på variablen i efterfølgende runder. Herunder anvendes de afhængige variable for barnets mentale sundhed fra 2004 som auxiliary variable. Andre variable der benyttes som auxiliary variable er subjektiv velbefindende hos barnet og forældres kontakt med psykiatrien ud fra LPR, da disse kan være variable, der hjælper med at prædiktere vigtige variable i vores statistiske model. Herefter har vi specificeret, hvor mange imputationer der skal laves, hvoraf vi har lavet 20 imputationer for at sikre estimaternes gyldighed, hvilket resulterer i multiple imputation-estimer fra de multiple imputerede datasæt.

5.1.3. Operationalisering

5.1.3.1. Mental sundhed hos barnet (afhængig variabel)

Ofte har eksisterende forskning som nævnt i afsnit 2.1. *Samfundsøkonomiske og menneskelige omkostninger* fokuseret på konsekvenserne af forældrenes psykiske sygdom på børns mentale sundhed målt på tidlige symptomer for psykisk sygdom. Da vi i specialet ønsker at belyse mental sundhed fra et bredere perspektiv, måler vi på indikatorer for mental sundhed hos barnet. Disse indikatorer skal ses i forlængelse af specialets teoretiske forståelse i form af WHO's og Hupperts definition af mental sundhed, der indebærer en tilstand af trivsel samt individets evne til at udvikle sig, håndtere belastninger og oplevelse af at have det godt med sig selv. Dette vil vi forsøge at indfange gennem fire indikatorer, som belyses i det følgende. Herunder er det væsentligt at gøre opmærksom på at vi benytter to positive indikatorer for mental sundhed i form af selvværd og meningsfuldhed samt to negative indikatorer i form af depressive symptomer og oplevet stress.

Selvværd

I eksisterende forskning betragtes selvværd som en vigtig indikator for mental sundhed (Herrman et al. 2005). Morris Rosenberg har bidraget med en af de mest benyttede forståelser af, hvad selvværd er gennem definitionen: “... *the evaluation which the individual makes and customarily maintains with regard to himself or herself: it expresses an attitude of approval or disapproval toward oneself*” (Rosenberg 1965:5). Selvværd er ifølge Rosenberg ens positive eller negative holdning i form af ens vurdering af egne tanker og følelser i forhold til sig selv (Rosenberg 1965). Processen med dannelse af selvværd involverer principper om ‘reflected appraisal’, ‘social comparisons’ og ‘self-attribution’ (Rosenberg 1986). ‘Reflected appraisal’ betyder, at en persons syn på sig selv er formet af personens oplevelse af, hvordan andre ser på en (Rosenberg 1965:11-13). Social comparisons dækker over, at individer dømmer og

evaluerer dem selv ved at sammenligne sig med andre individer, grupper eller sociale kategorier. Til slut refererer self-attribution til, når individer drager konklusioner om sig selv ud fra egne handlinger (Rosenberg 1979:63; Rosenberg 1986; Turner et al. 1999:650). I specialet måles selvværd gennem Turner et al. (1999) 6 item skala, som er en forkortet udgave af Rosenbergs oprindelige 10 item version. Rosenbergs version er blevet testet for validitet og reliabilitet i flere studier. Det har dog været diskuteret, hvorvidt faktorstrukturen er en- eller todimensionel (Tinakon & Nahathai 2012; Mimura & Griffiths 2007; Marsh et al. 2010). Dog peger den forkortede 6 items på en endimensionel faktorstruktur, hvilket viser et højt niveau af intern reliabilitet (Turner et al. 1999:655). Den anvendte skala består af seks items med fire svarmuligheder kodet sådan, at en højere værdi repræsenterer dårligere selvværd.

Meningsfuldhed

Meningsfuldhed er en del af Aaron Antonovskys forståelse af Sense of Coherence (SOC), som er et begreb, der dækker over følelsen af sammenhæng. Ifølge Antonovsky er det vigtigste element i forhold til følelsen af sammenhæng meningsfuldhed, da meningsfuldhed gør individet i stand til at håndtere belastninger (Antonovsky 2000:34-36, 40). Spørgsmålene benyttet i VestLiv tager udgangspunkt i 4 items fra subskalaen omhandlende meningsfuldhed fra en kortere udgave af Antonovskys 13-item version, som anvendes til børn og unge (SOC-13). Den danske udgave af spørgsmålene benyttet i Vestliv er hentet fra Skolebørnsundersøgelsen, som er en del af den internationale WHO undersøgelse Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Due & Holstein 2003). Det er denne skala, der benyttes i specialet til at indfange meningsfuldhed hos barnet. Da det er meningsfuldhed, der er den vigtigste af Antonovskys tre komponenter, anses meningsfuldhed som afgørende indikator for individets mentale sundhed og trivsel. Dette skyldes, at meningsfuldhed bidrager til en oplevelse af sammenhæng, så individet kan overkomme eventuelle udfordringer (Koushede 2015:22). Herunder viser et studie, at SOC-13 stærkt korrelerer med mål for mental sundhed (Eriksson & Lindström 2005). Herudover er SOC-13 en valideret skala, som er blevet testet for reliabilitet og validitet i flere studier, der blandt andet viser, at skalaen er pålidelig, gyldig og et tværkulturelt anvendeligt instrument, der måler, hvordan mennesker håndterer stressede situationer og opnår trivsel (Eriksson & Lindström 2005; Alharbi et al. 2022). Skalaen er kodet sådan, at en højere værdi repræsenterer en højere oplevelse af meningsfuldhed.

Depressive symptomer

Depressive symptomer måles ofte som en indikator for dårlig mental sundhed, da disse to er tæt forbundet (Okoro et al. 2021). Dårlig mental sundhed karakteriseres ved tilstande som depression og angst samt lettere symptomer, der i en kortere periode kan hæmme personens livskvalitet og evne til at fungere (Borg et al. 2010). Depressive symptomer er målt ved en 4-items kort version af Center for Epidemiological Studies Depression Scale for børn og unge (CES-DC) (Fendrich et al. 1990). Skalaen er et generelt mål for psykopatologi i form af et bredere spektrum af psykiske sygdomme snarere end et mål for depressiv lidelse. Studier viser, at CES-DC er stærkt korreleret med mental sundhed, og det anses derfor i specialet som en vigtig indikator (Okoro et al. 2021). Skalaen er oversat til flere sprog og valideret af flere studier for både børn, unge og voksne (Fendrich et al. 1990; Smarr & Keefer 2011; Olsson & von Knorring 1997; Essau et al. 2013). Skalaen er udformet af Fendrich et al. og er designet og valideret til at kunne screene for depressive symptomer hos unge (Fendrich et al. 1990:548). Skalaen består samlet af fire items i form af spørgsmål vedrørende respondentens mentale tilstand i løbet af den seneste uge. Skalaen er i specialet kodet sådan, at en højere værdi repræsenterer flere depressive symptomer.

Oplevet stress

Stress er en oplevelse, som følelsesmæssigt kan påvirke mange unge negativt (Jensen 2004). I eksisterende forskning er stress tidligere blevet brugt som indikator for mental sundhed (Okoro et al. 2021). Dette med baggrund i at oplevelsen af stress ifølge studier hænger tæt sammen med humør, følelse af velvære og mental sundhed (Schneiderman et al. 2005). Heraf defineres mental sundhed ofte som blandt andet fraværet af stress, da stress kan fremme negative psykologiske reaktioner (Herrman et al. 2005; Cohen et al. 2001:134). I specialet betragtes stress som en risikofaktor og forstås som oplevet stress og ikke som klinisk stress. Lazarus' kognitive stressmodel (Cohen et al. 1983; Lazarus & Folkman 1984) danner grundlag for definitionen og forståelsen, hvoraf stress defineres som: “... *a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being*” (Lazarus & Folkman 1984:19). Et vigtigt element i Lazarus' teori er, at oplevelsen af stress ikke er statisk, men udvikler sig i et dynamisk samspil mellem individet og miljøet (Cohen et al. 1983). Oplevet stress er målt gennem Perceived Stress Scale (PSS), som er udviklet af Cohen et al. (1983) men baseret på Lazarus' kognitive stressmodel. Ifølge denne model opfattes stress som ubalancen mellem de krav, der stilles til individet og individets ressourcer til at klare sig. Oplevet stress er et subjektivt mål

for at vurdere stress hos individet, hvoraf det er udviklet til at vurdere, i hvilket omfang individer oplever, at deres liv er uforudsigeligt, ukontrollerbart og overbelastet. En vigtig udvikling er den seneste tendens til at fokusere på den subjektive vurdering af stress frem for på objektive mål for virkningen af livsbegivenheder (Lazarus & Folkman 1984). Fokus på subjektiv vurdering er et vigtigt skridt, fordi denne tilgang erkender, at virkningen af en bestemt stressfaktor varierer på tværs af individer, og en nøglefaktor er individets opfattelse af egne evner til at kontrollere kilden til stress. Ifølge Cohen var 'The Perceived Stress Scale' ikke designet til at måle hyppigheden eller tilstedeværelsen af specifikke stressende begivenheder, men til at måle: "... *the degree to which individuals appraise situations in their lives as stressful*" (Cohen et al 1983:176). I specialet bruges en dansk 4-items version af den originale 14-items Perceived Stress Scale af Cohen i år 2007 og en 10-items version i år 2017. Skalaen med 4 items er testet for reliabilitet og validitet i flere studier (Cohen et al. 1983; Lee 2012), hvilket også gælder skalaen med 10 items (Remor 2006; Cohen & Williamson 1988). I specialet er oplevet stress kodet sådan, at en højere værdi repræsenterer et højere niveau af oplevet stress.

5.1.3.2. Mental sundhedstilstand hos forældrene (uafhængig variabel)

I specialet har det først været tiltænkt, at den uafhængige variabel udelukkende skulle måles som udtryk for psykisk sygdom i form af diagnose hos forældrene. I den forbindelse har hensigten været at oplysninger om psykisk diagnose hos forældrene skulle indhentes gennem Landspatientregistret (LPR). LPR er et nationalt register over patienter behandlet ved de danske sygehuse. Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen i forbindelse med eksempelvis undersøgelser, diagnosticering eller behandlinger, indberetter sygehusene en række oplysninger. I den forbindelse har vi forbundet registerdata og data fra Vestliv for at finde ud af, hvilke af forældrene i Vestliv der har fået diagnosticeret en psykisk sygdom i sygehusvæsenet. Her er det vigtigt at bemærke, at Landspatientregisteret registrerer diagnoser stillet i hospitalsregi. Dermed indeholder oplysninger fra LPR ikke psykisk sygdom hos forældre, der er diagnosticeret uden for sygehusvæsenet eksempelvis hos egen læge. Forældres psykiske diagnose kobles på Familie-ID, hvor vi herved har kunne sikre, at barnet er opvokset med den eller de forældre med psykisk sygdom. Familie_ID er et nummer betegnet for familiens husstand, der sikrer, at familien bor på samme adresse. Dette er på baggrund af eksisterende forskning viser, at effekten af at have en forældre med psykisk sygdom varierer alt efter, om børnene har levet i samme husstand, som den eller de psykisk syge forældre eller om barnet har boet et andet sted (Reedtz et al. 2019).

Dog viser resultaterne fra de indhentede data fra LPR for barnets forældre, at vi blot ender med 39 respondenter fra Vestliv datasættet, hvis forældre ifølge LPR har fået diagnosticeret en psykisk sygdom i sygehusvæsenet, mens børnene var 0-15 år. Resultaterne for sammenhængen mellem forældres psykiske sygdom fra LPR og barnets mentale sundhed kan aflæses i bilag 3. Resultaterne heraf viser, at sammenhængene er insignifikante. I den forbindelse er det relevant at være skeptiske overfor styrken ved testen, da styrken kan være lav, når N er lille (Agresti 2018:177). Derudover er der i eksisterende forskning fundet en lav statistisk power for sammenhængen mellem forældres psykiske sygdom og børns sociale og følelsesmæssige velbefindende (Hancock et al. 2013). Det er heraf vigtigt at bemærke, at der er forskel på statistisk signifikans og praktisk signifikans. En lille p -værdi er i høj grad statistisk signifikant, som har stærke beviser mod H_0 , men dette indebærer dog ikke nødvendigvis et vigtigt fund i nogen praktisk forstand. Den lille p -værdi betyder blot, at hvis H_0 var sand, ville de observerede data være meget usædvanlige. Det betyder ikke nødvendigvis, at den sande parameterværdi er langt fra H_0 i praktisk forstand. Effektstørrelsen afhænger af den indholdsmæssige kontekst, hvor praktisk signifikans vurderer størrelsen af effekten og overvejer, om den er stor nok til at være af reel betydning. En meget lille og eventuelt ubetydelig sammenhæng kan godt være statistisk signifikant grundet et stort sample, og omvendt kan en stærk sammenhæng godt være statistisk insignifikant grundet et for lille sample (Agresti 2018:171). I den forbindelse har vi lavet styrkeberegninger for at undersøge, om det er meningsfuldt at lave en analyse på disse få cases, og om dette giver valide resultater. Sandsynligheden for at afvise H_0 for styrken ved testen findes gennem styrkeberegning. Ideelt set bør studier have en høj styrke, hvor en rimelig styrke normalt er mindst 0,80 ved værdier af parametre, der er praktisk signifikante. Det vil sige, at en styrkeværdi på 0,80, indikerer en 80% sandsynlighed for, at testen korrekt afviser H_0 hypotesen, når H_1 hypotesen er sand. For at undersøge om vi har den nødvendige stikprøvestørrelse for de to grupper, vil vi gennem styrkeberegning udregne den nødvendige stikprøvestørrelse (Agresti 2018:177). Styrkeberegninger kan aflæses i bilag 2, som viser den nødvendige stikprøvestørrelse for børnenes mentale sundhed, der har en forælder med psykisk sygdom. Heraf viser resultaterne af styrkeberegninger i bilag 2, at værdierne skal være væsentligt større for at opnå en styrkeværdi på 0,80. Et eksempel herpå er, at for oplevet stress i 2007 vil en sample størrelse per gruppe på $N=482$ være nødvendigt for at kunne opdage en signifikant forskel mellem de to grupper. Dette antyder, at hvis der er en praktisk signifikant forskel mellem grupperne i den population, der undersøges, så er der sandsynligvis kun en lille forskel, da større samplestørrelse typisk øger chancen for at opdage små forskelle mellem grupperne, hvis de eksisterer. Grundet styrkeberegningernes resultater benyttes LPR ikke som

variabel for forældres psykiske sygdom i dette speciale for at belyse den ønskede sammenhæng i problemformuleringen.

Af den grund vil vi i specialet i stedet benytte oplysninger om forældrenes mentale sundhedstilstand fra Vestliv. I datasættet fra Vestliv er der oplysninger om, hvorvidt både mor og far har en psykisk sygdom. Ved denne variabel i datasættet er der 85 respondenter, der har svaret, at de har en psykisk sygdom. Forældrene bliver i spørgeskemaet fra efteråret 2004 spurgt om *“Har du nogle kroniske eller tilbagevendende sygdomme?”* og hvis de svarer ‘Ja’, bliver de bedt om at besvare *“Hvilke sygdomme har en læge sagt, det drejer sig om?”*, hvoraf en af kategorierne er *“Psyisk sygdom (fx depression)”*. Grundet resultaterne for styrkeberegningen for variablen fra LPR, har vi valgt at benytte besvarelsen fra Vestliv i stedet for. I den forbindelse er det vigtigt at gøre opmærksom på, at disse to variable måler noget forskelligt, og der er en række fordele og ulemper ved de to forskellige tilgange. En ulempe ved den selvrapporterede er, at nogle kan sige, at de har en psykisk sygdom uden at have det, og der kan dermed være et selvrapporterings bias, som der ikke er ved LPR, da de har fået en diagnose i sygehusvæsenet og af den grund har været igennem en udredning. Dermed kan målet fra LPR argumenteres for at være mere objektivt og i højere grad basere sig på den biomedicinske forståelse af, hvad der er sygt og sundt gennem en diagnosticering. Der kan omvendt argumenteres for, at den selvrapporterede variabel fra Vestliv kan betragtes som en mere uklar variabel, der mangler den kontrol og præcision, som foretrækkes inden for EBM, grundet den større risiko for bias. Herunder har vi som nævnt benyttet familie_ID til at koble LPR på Vestlivdatasættet, for at sikre os, at barnet bor i samme husstand som forældrene (Reedtz et al. 2019). I modsætning hertil og en fordel ved den selvrapporterede fra Vestliv er, at vi også indfanger nogle af de forældre, der ikke har fået en diagnose, men muligvis alligevel har en psykisk sygdom eller har problemer med deres mentale sundhed. Herunder indfanger vi muligvis de forældre, der har gået til psykolog eller i en anden praksis uden for sygehusvæsenet, og dermed ikke fremgår som værende psykisk syg i Landspatientregisteret. Derudover har meget eksisterende forskning primært fokuseret på diagnosticeret psykisk sygdom hos forældre og hvordan dette har en indflydelse på barnet. Som nævnt i afsnit 2.1 *Samfundsøkonomiske og menneskelige konsekvenser* argumenter Avison & Comeau (2013:551) for, at et væsentligt bidrag sociologer kan bringe ind i denne forskning er undersøgelse af sammenhængen mellem forældres psykiske belastning som mere end psykisk diagnoses påvirkning på børnene. I relation til vores speciale måler vi også på diagnosticeret psykisk sygdom, fordi dette kan give et mål for, hvilke børn der kan opspores i

sundhedsvæsenet. Væsentligt i specialet er også, at vi undersøger mental sundhed som samlet mål hos forældrene, da dette kan give en indikator for, hvor stor forskel der kan være på de to grupper og give os et pejlemærke for, hvorvidt opsporingen skal udbredes til ikke kun at omfavne psykiatrien. Af den grund vil vi i specialet også bruge to mål for mental sundhed, hvor der i 2004 ligeledes er målt gennem en skala for forældrenes mentale sundhed og stressniveau.

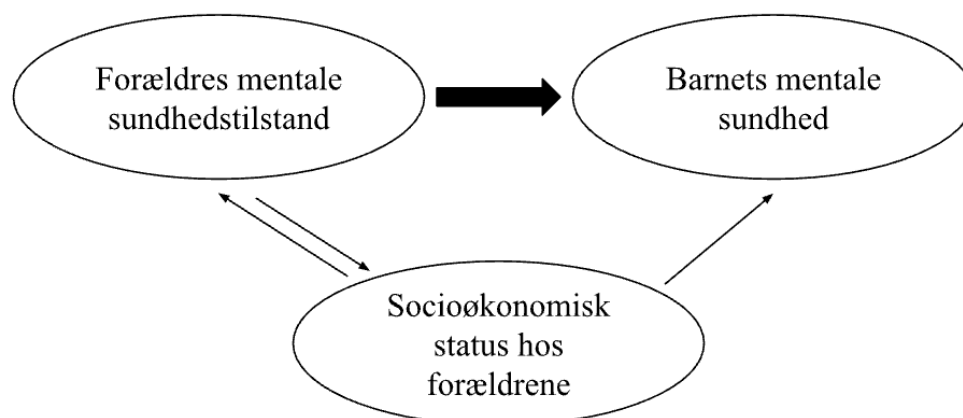
I den forbindelse benyttes to dele af The Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36), som er et overordnet mål for helbred og livskvalitet. Denne indeholder 36 spørgsmål, som indfanger 8 dimensioner af sundhed. SF 36-spørgeskemaet måler tre aspekter af sundhed: funktionel status, trivsel og overordnet evaluering af sundhed ved hjælp af otte separate skalaer, som indfanger de otte dimensioner (Ruta et al. 1994:180-181). I Vestliv adspørges forældrene til to af disse dimensioner i form af: 1) Generel mental sundhed (psykisk lidelse og velvære) og 2) vitalitet (energi og træthed). Herunder er SF-36 et valideret mål for mental sundhed, der er testet for validitet og reliabilitet i flere studier og kontekster, både som samlet mål for helbred men også i forhold til de enkelte skalaer, der alle viser en høj validitet og reliabilitet (Brazier et al. 1992; Pfoh et al. 2016; Jenkinson, Wright & Coulter 1994). I specialet benyttes disse to skalaer fra SF-36 til at indfange forældrenes stressniveau og generelle mentale sundhed. Disse to skalaer er kodet sådan at en højere værdi repræsenterer en dårligere mental sundhed og højere stressniveau. Ved at benytte disse to mål inkluderes alle familier i undersøgelsen, og ikke kun de, hvor en af forældrene har en diagnosticeret lidelse. Som supplement til det selvrapporterede mål for, om forældrene har en psykisk sygdom, undersøges også sammenhængen mellem forældrenes mentale sundhed samt stressniveau og barnets mentale sundhed. Dette gøres for, at undersøge om disse skalaers betydning for den afhængige variabel viser lignende resultater som forældrenes selvrapporterede psykiske sygdom. Disse skalaer læner sig op af en mere sociologisk forståelse af psykisk sygdom som et spektrum, hvor en psykisk sygdom er en forværring af normale følelsesmæssige tilstande.

5.1.4. Elaborering og operationalisering af kontrolvariable

5.1.4.1. Socioøkonomisk baggrund og barnets køn

I specialet medtages socioøkonomisk baggrund og barnets køn som kontrolvariabel. Socioøkonomisk baggrund i form af forældrenes uddannelse, beskæftigelse og indkomst er medtaget som kontrolvariabel, da studier viser, at forekomsten af dårlig mental sundhed er ulige fordelt ud fra socioøkonomisk baggrund. Det betyder, at uddannelse, beskæftigelse og indkomst har en betydning for individets mentale sundhedstilstand (Macintyre et al. 2018;

Skapinakis et al. 2006). Samtidig viser studier, at forældres uddannelse, beskæftigelse og indkomst har en indvirkning på børnenes mentale sundhed (Bøe et al. 2012; Reiss 2013). Derudover er dette variable, der ofte har været kontrolleret for i eksisterende forskning af sammenhængen mellem forældres mentale sundhedstilstands betydning for barnets mentale sundhed og udvikling af psykisk sygdom (Amrock & Weitzman 2014; Dean et al. 2010). Forældres uddannelsesniveau, beskæftigelse og husstandens samlede indkomst anvendes i specialet som mål for socioøkonomisk status i familien. Disse oplysninger er hentet på baggrund af Registerdata, som er koblet på Vestliv data gennem forældrenes CPR. Dog er der en relevant problematik som nævnt i afsnit **Error! Reference source not found.**, at vi ikke har målt forældrenes psykiske sygdom gennem registerdata. Da forældrene spørges i 2004, om deres psykiske sygdom, har vi ingen information om, hvornår de er blevet ramt af den psykiske sygdom. Dette ville vi have haft viden om, hvis det havde været muligt at indhente information om forældrenes psykiske sygdom gennem LPR med oplysninger fra børnene var 0-15 år. Af den grund kan vi heller ikke udelukke, at den socioøkonomiske baggrund kunne fungere som en medierende variabel frem for en confounder. Det kunne i den forbindelse tænkes, at forældrenes mentale sundhedstilstand ligeledes kunne gå ud over deres socioøkonomiske status grundet blandt andet manglende overskud. Dette illustreres på følgende figur:



Som figuren illustrerer, kan socioøkonomisk status hos forældrene argumenteres for både at være en confounder og en medierende variabel. På trods af at vi ikke kan være sikre på, at forældrenes uddannelse, beskæftigelse og indkomst kommer tidsmæssigt før deres mentale sundhedstilstand, har socioøkonomisk baggrund som nævnt vist sig som en relevant kontrolvariabel i eksisterende forskning. Vi medtager den derfor alligevel som confounder, da eksisterende forskning viser at denne kan have en betydning for sammenhængen (Amrock & Weitzman 2014; Dean et al. 2010).

5.1.5. Oversigt over anvendte variable

I det følgende er der udarbejdet et skema med en oversigt over specialet afhængige og uafhængige variable samt kontrolvariable.

<i>Sammenhængen mellem forældres mentale sundhedstilstand og barnets mentale sundhed</i>		
<i>Afhængige variable</i>	<i>Uafhængige variable</i>	<i>Kontrolvariable</i>
Meningsfuldhed (2007, 2010 & 2017)	Forældres psykiske sygdom (2004)	Forældres indkomst (2003)
Selvværd (2007, 2010 & 2017)	Forældres mentale sundhed (2004)	Forældres uddannelse (2003)
Depressive symptomer (2007, 2010 & 2017)	Forældres oplevet stress (2004)	Forældres beskæftigelse (2003)
Oplevet stress (2007 & 2017)		Barnets køn (2004)

5.1.6. Statistisk metode

Ved analyserne af sammenhængen mellem forældres mentale sundhedstilstand og barnets mentale sundhed benyttes multipel lineær regression (OLS). For OLS er der nogle forudsætninger vi bør være opmærksomme på ved anvendelse af denne metode. Herunder skal den afhængige variabel være intervallskaleret (Mehmetoglu & Jakobsen 2017:134), hvilket gør sig gældende for specialets anvendte skalaer til belysning af mental sundhed. En anden forudsætning ved lineær regression er, at der er tale om en lineær sammenhæng mellem de afhængige og den uafhængige variabel. Dette kan ses i formlen:

$$Y = \alpha + \alpha_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k + \epsilon$$

Her er α konstantleddet, som vil sige, der hvor linjen skærer Y-aksen, når alle de andre variable er lig med 0. Derudover er β_k hældningen, som vil sige, hvor meget Y ændrer sig, når X ændres med en enhed, mens de andre holdes konstant, og til slut er ϵ lig med fejllædet. En lineær sammenhæng kan blive misspecificeret, hvis der ikke er en synlig linearitet mellem den uafhængige og den afhængige variabel. Udover synlig linearitet og dermed en misspecificeret model kan vi få resultater, der enten er under- eller overestimerede. En måde at imødekomme det på er ved at lave et scatterplot, hvorpå vi kan aflæse den rette lige linjes placering i forhold til observationerne og vurdere sammenhængen mellem X og Y (Agresti 2018:263). Da en af specialets uafhængige variable er en binær variabel i form af forældres psykiske sygdom, kan

vi ikke bruge det traditionelle scatterplot for denne, da en binær variabel kun har to mulige værdier i form af 0 og 1. For specialets skalaer viste modellerne, at der er tale om nogenlunde lineære sammenhænge uden tegn på kurvelinearitet. En anden forudsætning for at der er en lineær sammenhæng er normalfordelte fejllid. Når X er en binær variabel i en lineær regression, er det ikke nødvendigt at teste for normalfordeling af denne variabels fejllid, da den kun antager to mulige værdier. Dog er det stadig relevant at teste, om vores intervallskaleret afhængige og uafhængige variable i form af skalaernes fejllid er normalfordelte. Dette er der testet for gennem et histogram, der viser, at residualerne ved modellerne er nogenlunde normalfordelte. En tredje central forudsætning for OLS er, at der er homoskedasticitet, som derfor testes for. Homoskedasticitet opstår, når fejllidenes varians er konstant, hvilket betyder, at der er samme spredning i fejllidene for alle værdierne (Agresti 2018:438-440). Modsat hertil findes heteroskedasticitet, som opstår, når fejllidets varians ikke er konstant, hvormed spredningen ikke er ens for alle værdierne (Treiman 2009:227). For at teste for homoskedasticitet benyttes Breusch-Pagan test, som tester for, om variansen er konstant, hvoraf testen kan be- eller afkræfte mistanken om, at der er problemer med heteroskedasticitet. Er p -værdien under 0,05, så har vi problemer med heteroskedasticitet, hvilket er tilfældet for nogle sammenhænge i dette speciale³. Løsningen på heteroskedasticiteten kan være at anvende robuste standardfejl (Treiman 2009:237), hvilket vi af den grund har gjort i specialet, for de sammenhænge, hvor der viste sig at være problemer.

5.2 Kvalitativ tilgang

Til besvarelse af anden del af specialets problemformulering benyttes en kvalitativ metodisk tilgang herunder semistrukturerede interviews. Her belyses sundhedspersonalets oplevelser af barrierer for opsporing af børn til forældre med psykisk sygdom i psykiatrien.

5.2.1. Adaptiv forskningsstrategi

I specialet benytter vi en adaptiv metodologi, som er kendetegnet ved sin plads i midten af det kvalitative kontinuum, som viser, at der er forskellige strategier i kvalitativ forskning samt forskellige måder at forbinde teori med empiri (Jacobsen 2007:261). Det at følge den adaptive metodologis grundprincipper ligger i vekselvirkningen mellem empiri og teori, hvor vi bevæger os mellem den induktive tilgang i form af sundhedspersonalets oplevelser af barrierer i forhold til opsporing og den deduktive tilgang i form af teoretiske begrebsliggørelser udformet

³ Der er testet for heteroskedasticitet gennem kommandoen *estat hettest* i STATA

i vores interviewguide. På den måde har eksisterende forskning fra problemfeltet og teori ladet os inspirere til indsamling af empiri, udarbejdelse af interviewguide og analyse samt givet os en begrebsforståelse til at konceptualisere informanternes oplevelser (Jacobsen 2007:260-262). Analysen i dette projekt kan derfor forstås som en dialog mellem empiri og teori, hvor teorien er influerende for, hvilken empiri vi producerer, hvortil empirien udfordrer den valgte teori således, at den kan videreudvikles eller konkretiseres (Jacobsen 2007:266-267). I projektet anser vi muligheden for at kombinere induktiv og deduktiv tilgang gennem den adaptive tilgang som en styrke. Styrken bunder i, at tilgangen bevares i en vis åbenhed over for nye elementer samtidig med, at den danner en vis struktur, som sørger for, at vi opnår den empiri, som er nødvendig for at kunne besvare specialets problemformulering.

5.2.2. Semistruktureret interview

Specialet tager udgangspunkt i seks semistrukturerede interviews med sundhedspersonale, der alle besidder nogle særlige kompetencer vedrørende børn som pårørende i psykiatrien. Den semistrukturerede interviewform indeholder både elementer fra et løst og et stramt struktureret interview (Kvale & Brinkmann 2015:49). I specialet er det semistruktureret interview valgt på baggrund af, at denne giver mulighed for at opretholde en vis grad af struktur i interviewene gennem en opstillet interviewguide men samtidig også at afvige fra de planlagte spørgsmål og følge samtalen, hvis det giver mening i en given interviewsituation (Brinkmann & Tanggaard 2020:43-44). På den måde er en fordel ved det semistruktureret interview, at den bidrager til, at vi kan forholde os mere åbent og stille uddybende spørgsmål til de perspektiver og nuancer, som informanterne bidrager med. Samtidig giver denne tilgang en vis grad af struktur, og at vi i specialet får svar på de spørgsmål, der ønskes for at kunne belyse de temaer, der er nødvendige for besvarelsen af problemformuleringen (Brinkmann & Tanggaard 2020:44; Bo 2005:61-62; Kvale & Brinkmann 2015:51-52). I specialet ser vi den semistrukturerede interviewform som en styrke, da det giver mulighed for sundhedspersonalet at bidrage med andre perspektiver, end hvad vores interviewguide indebærer. Samtidig sikrer interviewguiden en mulighed for sammenlignelighed på tværs af interviewene, da den hjælper os med at holde fokus på det, vi ønsker at undersøge samt at belyse nogle af de samme temaer på tværs af de seks interviews (Bo 2005:61-62; Kvale & Brinkmann 2015:51-52).

5.2.3. Udvalgelse af informanter

Til at belyse problemformuleringens anden del vedrørende opsporing af børn som pårørende i psykiatrien har vi valgt at dykke ned i sundhedspersonalets oplevelser af barrierer for

opsporing. I specialet ser vi det som en styrke at fokusere netop på sundhedspersonalets oplevelser, da der i problemfeltet fremhæves, at sundhedspersonale i psykiatrien kan spille en væsentlig rolle vedrørende støtte til børn af forældre med psykisk sygdom (Yamamoto & Keogh 2018; Timmermans 2010). I selve processen vedrørende udvælgelse af informanter har vi brugt en medarbejder fra psykiatrien i en bestemt region, som har ageret samarbejdspartner i specialet. Vi har brugt denne medarbejder fra regionens psykiatristab som gatekeeper til at rekruttere informanter, da hun har en tæt kontakt til alle nøglepersoner⁴ for børn som pårørende (Bryman 2016:142). Vi har haft et indledende møde, hvor vi i fællesskab har drøftet tanker om krav til informanterne. Herefter har vi gennem vores gatekeeper fået kontakt til tre såkaldte nøglepersoner, der alle har uddannelse i og erfaring med børn som pårørende i psykiatrien. På den måde har vi rekrutteret tre informanter til specialet. Derudover har vi rekrutteret tre yderligere nøglepersoner fra psykiatrien i en anden region, som er rekrutteret på baggrund af et praktikforløb den ene af os har indgået i.

Vores oplevelse af rekrutteringen er, at der har været stor opbakning fra medarbejdere, hvoraf alle adspurgte informanter har takket ja til deltagelse i interviews. Det anser vi også som værende med til at understøtte fokus i problemstillingen, at der er stor villighed til at sætte fokus på barriere for opsporing. Vi har gjort os nogle overvejelser i forbindelse med specialets informanter, hvoraf tre af informanterne er fra en region, og de tre andre informanter er fra en anden region. Alle informanter er spurgt ind til både uddannelse og stilling, da vi tænker, at dette er vigtigt i forhold til, hvilke perspektiver og syn de har på barrierer for opsporing. Vi anser det som en styrke i specialet, at vi har informanter fra to forskellige regioner i Danmark, men vi er opmærksomme på, at der kan opstå analytiske fund afspejlet af regionale forskelle. I nedenstående skema ses en oversigt over specialets informanter:

<i>Informanter</i>		
<i>Navn</i>	<i>Års erfaring i arbejdet med børn som pårørende</i>	<i>Uddannelse</i>
Ida	2 år	Psykolog
Mia	4 år	Psykolog
Julie	Et halv år	Sygeplejerske
Gitte	14 år	Sygeplejerske

⁴ Nøglepersoner refererer til personer, der har særlige kompetencer i forhold til børn som pårørende.

Lise	30 år	Sygeplejerske
Tina	26 år	Socialrådgiver

I vores rekruttering har vi forsøgt at finde både nye og erfarne nøglepersoner. Derudover har vi forsøgt at finde nogle informanter med forskellige fagligheder og med ansættelser forskellige steder geografisk og på forskellige afdelinger. Derudover har vi både perspektiver fra forskellige patientgrupper og fra sundhedspersonale, der arbejder i henholdsvis ambulatorie og på sengeafsnit. Vi har dermed forsøgt at få en bred gruppe af informanter, som skal bidrage til at give et mere nuanceret billede af barrierer for opsporing. I begge regioner har vi fokuseret på at rekruttere forskellige fagligheder, hvoraf det er lykket os at rekruttere tre sygeplejersker, to psykologer og en socialrådgiver. Dette vil vi ligeledes være opmærksomme på, da forskellige fagligheder også kan repræsentere forskellige perspektiver. Til slut skal der gøres opmærksom på, at alle vores informanter i begge regioner er såkaldte nøglepersoner og har erfaring i arbejdet med børn som pårørende. De er derfor også en medarbejdergruppe, der synes, at opsporingen af disse børn er utrolig vigtigt. Det er vigtigt at have for øje, at det kunne have givet nogle andre perspektiver eller syn på vigtigheden af emnet eller barrierer for opsporing, hvis det var nogle medarbejdere, som ikke var udpeget som nøglepersoner, som deltog i vores interviews. Det kan dermed argumenteres for, at dette er en gruppe, som er særligt positivt stemt i forhold til at få belyst dette emne, samt det kan påvirke hvilke barrierer, de oplever for opsporingen af børn som pårørende. En styrke ved at have rekrutteret netop denne gruppe af sundhedspersonale er, at det giver et særlig kvalificeret indblik og er med til at producere en indgående viden omkring barrierer for opsporing af børn som pårørende.

5.2.4. Interviewguide og interviewsituation

Specialets interviewguide udformes på baggrund af eksisterende forskning identificeret i problemfeltet vedrørende opsporing af børn som pårørende i psykiatrien samt udvalgte teoretiske perspektiver. Med inspiration fra Kvale & Brinkmann (2015:114-118, 183) er interviewguiden opbygget af fire segmenter. Selve interviewguiden fremgår af bilag 1. Første del indebærer, at alle interviews starter med en samtykkeerklæring, hvor vi tydeliggør, hvordan vi behandler deres udtalelser og sikrer informanternes anonymitet. Herefter består et segment af, at vi præsenterer specialets fokus, og vi i interviewguiden kommer ind på nogle temaer. Vi lægger dog stor vægt på, at vi også er optaget af de perspektiver, som vores informanter nævner under interviewet. Vi klargør derfor, at interviewets formål består af en interesse i

informanternes erfaringer og oplevelser af barrierer i forbindelse med opsporing af børn som pårørende i psykiatrien. Det tredje segment består af nogle forskellige baggrundsoplysninger, vi spørger ind til om informanten samt nogle åbningsspørgsmål. Dette indebærer informantens stilling, uddannelsesbaggrund, hvilken afdeling de er tilknyttet samt deres erfaring med arbejdet med børn som pårørende. Der spørges ind til disse baggrundsoplysninger, da vi tænker, at dette kan være vigtig baggrundsviden for at forstå mønstre og forskelle i informantens oplevelse af barriere for opsporing. Samtidig ønsker vi som nævnt en gruppe informanter med forskellige fagligheder samt både nye og mere erfarne medarbejdere, da dette kan bidrage til et mere nuanceret billede. Det har vi gjort grundet en antagelse om, at uddannelsesbaggrund, erfaring og stilling kan have en betydning for informanternes holdninger og perspektiver på emnet. Den primære del af interviewguiden består af fjerde segment udformet af de forskellige tematikker identificeret i problemfeltet. Her har vi fokuseret på, hvordan specialets eksisterende forskning fra problemfeltet og teoretiske perspektiver kan inkorporeres og være med til at udforme interviewspørgsmålene. Disse spørgsmål danner en overordnet ramme for, hvilken indsigt og viden vi gerne vil opnå fra informanterne. Til interviewspørgsmålene har vi yderligere udarbejdet nogle støttespørgsmål. De forskellige tematikker som interviewguiden er opbygget på baggrund af er 'Travlhed på afdelinger', 'Frygt for at miste behandlingsalliancen', 'Udelukkende fokus på patienten og manglende helhedsperspektiv ift. familien', 'Patienten ønsker ikke at involvere børnene', 'Strukturelle rammer og regler for opsporing', 'Manglende fokus på barnets mistrivsel' og 'Kleinmans sygdomsforståelser'. Disse tematikker formoder vi kan udgøre barrierer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien. I interviewene har vi som nævnt været åbne over for at justere og tilpasse interviewguiden alt efter, hvad der viser sig meningsbærende i de forskellige interviews.

Interviewene er afholdt fysisk på de forskellige psykiatriske afdelinger, hvor informanterne arbejder. Fysisk afholdelse af interviewene har været givende i forhold til at kunne aflæse kropssprog og generelt få en bedre fornemmelse af, hvorvidt informanterne har følt sig tilpas i interviewsituationen. Vi ser det som en styrke, at interviewene er afholdt på de afdelinger, som informanterne har deres arbejdsmæssige gang, og det på den måde har været nemt for informanterne at føle sig trygge i interviewsituationen, der er afholdt i vante rammer. Efter interviewet har flere af informanterne vist os rundt på afdelingen, hvilket har været interessant og været med til at give os en større forståelse for de psykiatriske afdelinger og den kontekst, som vi undersøger vores fænomen inden for. Under de forskellige interviews har vi været

særlig opmærksomme på at skabe en god kontakt til informanterne ved at lytte opmærksomt og udvise interesse samt forståelse og respekt for, hvad informanterne har sagt og deres perspektiver på området (Kvale & Brinkmann 2015:204-205).

5.2.5. Kodning

Til at belyse specialets anden del af problemformuleringen har vi foruden den kvalitative tilgang også et ønske om at kombinere den deduktive og induktive metode. Det har vi gjort via den adaptive tilgang, som ligeledes kommer til udtryk i kodningen af specialets interviews. I den forbindelse har den adaptive tilgang sin egen kodningsprocedure, som vi lader os inspirere af. Layder pointerer vigtigheden af, at empirien hurtigst muligt gennemlæses med teoretiske briller for at få øje på de væsentligste pointer (Jacobsen 2007:268-269). Derfor har vi i den indledende kodning gjort brug af begrebsdrevet kodning, hvor fund fra problemfeltets eksisterende forskning og de teoretiske begreber har fungeret som rettesnor. Jacobsen (2007:268) påpeger, at der ved en begrebsdrevet kodning kan opstå en risiko for at overse vigtige pointer i empirien. Derfor vil den begrebsdrevne kodning efterfølges af en empiridrevet kodning, hvor vi er gået åbent til empirien for at søge efter nye relevante temaer, og mønstre på tværs af empirien. Derudover er vi også opmærksomme på elementer, der kan udfordre de perspektiver, vi har inddraget for at indramme interviewguiden, hvilket vi ikke på samme måde får blik for ved den begrebsdrevne kodning. På den måde kan kodningsprocessens første del anses som præget af en mere deduktiv tilgang, hvorefter kodningen efterfølgende bærer præg af en mere induktiv tilgang. I specialet ser vi det som en styrke, at vi har mulighed for både at indfange elementer fra det deduktive og induktive gennem den adaptive tilgang. Gennem kodningen af interviewene har vi også måtte justere på de koder, vi havde dannet på baggrund af interviewguiden. På den måde har empirien i form af interviewene også været med til at danne de teoretiske briller, vi har læst interviewene med. Der har dermed været tale om en vekslende proces, hvor teorien har været med til at forme empirien, men hvor empirien også har præget specialets teoretiske afsæt.

6. Analyse

6.1. Kvantitativ analyse

I den kvantitative analyse vil vi beskrive resultaterne efter de forskellige indikatorer for mental sundhed. Herunder vil vi gennem lineær regression undersøge sammenhængen mellem psykisk sygdom, mental sundhed og stress hos mor og fars påvirkning på forskellige indikatorer for mental sundhed hos barnet i ungdom og voksenliv. Alle resultaterne er standardiseret til z-score, samtidig med at resultaterne vises for multiple imputation.

6.1.1. Meningsfuldhed

I dette afsnit undersøges betydningen af forældres psykiske sygdom ($N=85$), mentale sundhed samt stressniveau for barnets oplevelse af mening. I *tabel 1* præsenteres resultaterne for de mulige langtidseffekter af forældres psykiske sygdom på barnets oplevelse af meningsfuldhed:

Tabel 1: Lineær regression for sammenhængen mellem forældres psykiske sygdom (T1) og meningsfuldhed hos barnet (T2, T3, T4)⁵.

	17-18 årige (2007)		20-21 årige (2010)		28-29 årige (2017)	
	<i>Model 1a^a</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2a^b</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1b</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2b</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1c</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2c</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Forældres psykisk sygdom (ref= uden psykisk sygdom)	-0,04 (-0,08; 0,01)	-0,03 (-0,08; 0,01)	-0,08*** (-0,13; -0,03)	-0,08*** (-0,14; -0,03)	-0,06* (-0,11; -0,01)	-0,05* (-0,10; 0,01)
<i>N</i>	2.134	2.134	1.534	1.534	1.353	1.353

^a Bivariate regression

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

I tabellen kan det aflæses, at resultaterne viser signifikante negative sammenhænge mellem forældres psykiske sygdom og barnets oplevelse af mening i år 2010 og 2017. Når modellerne justeres for kontrolvariable, forbliver sammenhængene signifikante, og effektstørrelsen bliver nogenlunde uændret. Resultaterne indikerer dermed en signifikant forskel i meningsfuldhed hos børn, der er opvokset med en forælder med en psykisk sygdom og børn, der ikke er opvokset med en forælder med en psykisk sygdom ud fra model 1b og model 1c. Resultaterne

⁵ T1 = Baseline (2004), T2, T3 & T4=Follow up (2007, 2010 og 2017)

viser dog ikke en signifikant sammenhæng i år 2007, men det skal i den forbindelse bemærkes, at resultaterne alligevel er ret konsistente i forhold til, at der for alle er et lavere niveau af meningsfuldhed hos børn af psykisk syge forældre. Derudover viser de standardiserede koefficienter, at forældres psykiske sygdom har den største indflydelse på meningsfuldhed, da barnet er 20-21 år.

I *tabel 2* præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem henholdsvis mors og fars mentale sundhed og barnets oplevelse af meningsfuldhed op gennem ungdom og voksenlivet:

Tabel 2: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars mentale sundhed (T1) og meningsfuldhed hos barnet (T2, T3 og T4)

	17-18 årige (2007)		20-21 årige (2010)		28-29 årige (2017)	
	<i>Model 1a^a</i> Bivariate regressioner	<i>Model 2a^b</i> Justeret for kontrolvariable	<i>Model 1b</i> Bivariate regressioner	<i>Model 2b</i> Justeret for kontrolvariable	<i>Model 1c</i> Bivariate regressioner	<i>Model 2c</i> Justeret for kontrolvariable
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Mors mentale sundhed	-0,10*** (-0,16; -0,04)	-0,11*** (-0,17; -0,05)	-0,09** (-0,16; -0,03)	-0,09** (-0,16; -0,03)	-0,06 (-0,60; -0,12)	-0,06 (-0,13; 0,01)
Fars mentale sundhed	-0,08** (-0,14 -0,02)	-0,09** (-0,14; -0,03)	-0,12*** (-0,18; -0,05)	-0,12*** (-0,18; -0,05)	-0,08* (-0,15; -0,01)	-0,09* (-0,16 -0,02)
N=	1.278	1.278	970	970	858	858

^a Bivariate regressioner

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Ud fra *tabel 2* kan det aflæses for fars mentale sundhed, at der for alle modellerne uden inklusion af kontrolvariable er en signifikant sammenhæng, hvilket vil sige både i år 2007, 2010 og 2017. For mors mentale sundhed kan der aflæses en signifikant sammenhæng mellem mors mentale sundhed og barnets oplevelse af mening i år 2007 og 2010, mens den er insignifikant i 2017. Det skal alligevel bemærkes, at resultaterne er konsistent i forhold til et lavere niveau af mening hos børn af forældre med dårligere mental sundhed. Til slut kan det aflæses, at effektstørrelsen er stort set uændret samtidig med, at sammenhængen forbliver signifikant på samme signifikansniveau ved inklusion af kontrolvariable. Sammenlignes resultaterne kan det ses, at effektstørrelsen er størst for mors mentale sundhed i 2007, men at den bliver størst for farens i 2010 og 2017.

I *tabel 3* præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem henholdsvis mors og fars stressniveau og meningsfuldhed hos barnet op gennem ungdom og voksenlivet:

Tabel 3: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars stressniveau (T1) og meningsfuldhed hos barnet (T2, T3 og T4)

	17-18 årige (2007)		20-21 årige (2010)		28-29 årige (2017)	
	<i>Model 1a^a</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2a^b</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1b</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2b</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1c</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2c</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>
	<i>β (95% CI)</i>	<i>β (95% CI)</i>	<i>β (95% CI)</i>	<i>β (95% CI)</i>	<i>β (95% CI)</i>	<i>β (95% CI)</i>
Mors stress niveau	-0,10*** (-0,16; -0,04)	-0,11*** (-0,17; -0,04)	-0,09** (-0,16; -0,03)	-0,09* (-0,16; -0,02)	-0,08* (-0,15; 0,01)	-0,08* (-0,15; 0,01)
Fars stress niveau	-0,03 (-0,09; 0,02)	-0,03 (-0,09; 0,03)	-0,09** (-0,16; -0,03)	-0,09* (-0,16; -0,03)	-0,05 (-0,12; -0,15)	-0,05 (-0,12; -0,02)
N=	1.201	1.201	912	912	807	807

^a Bivariate regressioner

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Ud fra *tabel 3* kan det aflæses, at der er en signifikant sammenhæng mellem mors stressniveau og barnets oplevelse af mening i alle tre årstal både med og uden kontrolvariable. Herunder kan det dog aflæses, at effektstørrelsen og signifikansniveauet falder en smule hen over årene. For sammenhængen mellem fars stressniveau og meningsfuldhed hos barnet er der en statistisk signifikant sammenhæng i år 2010 med og uden kontrolvariable, mens sammenhængen dog er insignifikant i år 2007 og 2017. Det skal alligevel bemærkes, at resultaterne er konsistent i forhold til et lavere niveau af mening hos børn af forældre med højere stressniveau. Derudover er effektstørrelsen størst for morens stressniveau for alle årstal udover 2010, hvor effektstørrelsen og signifikansniveauet er det samme for begge forældre.

6.1.2. Selvværd

I dette afsnit undersøges betydningen af forældres psykiske sygdom (N=85), mentale sundhed samt stressniveau for barnets selvværd. I *tabel 4* præsenteres resultaterne for de mulige langtidseffekter af forældres psykiske sygdom på barnets selvværd:

Tabel 4: (Multiple imputation) Lineær regression for sammenhængen mellem forældres psykiske sygdom (T1) og selvværd hos barnet (T2, T3 og T4)

	17-18 årige (2007)		20-21 årige (2010)		28-29 årige (2017)	
	Model 1a ^a Bivariate regressioner ^c	Model 2a ^b Justeret for kontrolvariable	Model 1b Bivariate regressioner	Model 2b Justeret for kontrolvariable	Model 1c Bivariate regressioner	Model 2c Justeret for kontrolvariable
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Forældres psykisk sygdom (ref= uden psykisk sygdom)	-0,04* (-0,09; 0,00)	-0,05* (-0,09; 0,00)	-0,04 (-0,09; 0,01)	-0,04 (-0,09; 0,01)	-0,08** (-0,13; -0,03)	-0,08** (-0,13; -0,02)
N	2.137	2.137	1.559	1.559	1.347	1.347

^a Bivariate regressioner

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Resultaterne viser en signifikant sammenhæng mellem forældres psykiske sygdom og barnets selvværd i 2007 og 2017 både med og uden kontrolvariable. Dog er sammenhængen insignifikant i 2010, men alligevel er resultaterne konsistente i forhold til, at der er lavere selvværd hos børn af forældre med psykisk sygdom. Det kan desuden ses ud fra de standardiserede koefficienter, at effektstørrelsen er størst i 2017, hvilket indikerer, at forældrenes diagnose er vigtigst for selvværd senere i livet.

I tabel 5 præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem henholdsvis mors og fars mentale sundhed og barnets selvværd i ungdom og voksenlivet:

Tabel 5: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars mentale sundhed (T1) og selvværd hos barnet (T2, T3 og T4)

	17-18 årige (2007)		20-21 årige (2010)		28-29 årige (2017)	
	<i>Model 1a^a</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2a^b</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1b</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2b</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1c</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2c</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Mors mentale sundhed	-0,09** (-0,15; -0,03)	-0,09** (-0,15; -0,03)	-0,10** (-0,17; -0,03)	-0,11** (-0,17; 0,04)	-0,09* (-0,16; -0,02)	-0,08* (-0,16; 0,01)
Fars mentale sundhed	-0,08** (-0,14; -0,03)	-0,09** (-0,14; -0,04)	-0,02 (-0,09; 0,04)	-0,03 (-0,09; 0,04)	-0,07* (-0,14; -0,00)	0,07* (-0,13; -0,00)
N	1.283	1.283	987	987	854	854

^a Bivariate regressioner

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Ifølge tabel 5 er der en statistisk signifikant sammenhæng for mors mentale sundhed og barnets selvværd i både ungdom og op gennem voksenlivet. For alle tre årstal er effektstørrelsen stabile, og sammenhængene forbliver signifikante, når der justeres for kontrol variablene. For sammenhængen mellem fars mentale sundhed og barnets selvværd, ses der en signifikant sammenhæng for 2007 og 2017. Ved inklusion af kontrolvariable forbliver alle sammenhænge ligeledes signifikante og effektstørrelse stort set uændret. Dog er sammenhængen statistisk insignifikant i 2010, men resultaterne er alligevel konsistente i forhold til lavere selvværd hos børn af forældre med dårligere mental sundhed. Overordnet indikerer resultaterne, at både mors og fars mentale sundhed har en betydning for selvværd, men effektstørrelsen og signifikansniveau indikerer, at morens mentale sundhed har den største betydning.

I tabel 6 præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem mors og fars stressniveau og barnets selvværd i ungdom og voksenlivet:

Tabel 6: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars stressniveau (T1) og selvværd hos barnet (T2, T3 og T4)

	17-18 årige (2007)		20-21 årige (2010)		28-29 årige (2017)	
	Model 1a ^a Bivariate regressioner	Model 2a ^b Justeret for kontrolvariable	Model 1b Bivariate regressioner	Model 2b Justeret for kontrolvariable	Model 1c Bivariate regressioner	Model 2c Justeret for kontrolvariable
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Mors stress niveau	-0,10*** (-0,16; -0,04)	-0,10*** (-0,16; -0,04)	-0,13*** (-0,20 -0,07)	-0,14*** (-0,20; -0,07)	-0,11*** (-0,18; -0,04)	-0,10*** (-0,17; -0,04)
Fars stress niveau	-0,08** (-0,14; 0,02)	-0,07** (-0,13; -0,01)	-0,06 (-0,13; 0,00)	-0,06 (-0,12; 0,01)	-0,06 (-0,13; 0,01)	-0,05 (-0,12; -0,02)
N=	1.205	1.205	928	928	803	803

^a Bivariate regressioner

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Resultaterne fra tabel 6 viser en statistisk signifikant sammenhæng for mors stressniveau og barnets selvværd for alle tre årstal, hvilket gælder både med og uden kontrolvariable. For sammenhængen mellem fars mentale sundhed og barnets selvværd ses en statistisk signifikant sammenhæng i 2007. Dette gælder også ved inklusion af kontrolvariable, hvor effektstørrelsen forbliver uændret og sammenhængen forbliver signifikant. Dog er sammenhængen insignifikant i både 2010 og 2017 for faren. Det skal alligevel bemærkes, at resultaterne er konsistent i forhold til et lavere niveau af selvværd hos børn af forældre med højere stressniveau. Overordnet viser resultaterne, at det er morens stressniveau, der har den største betydning for barnets selvværd.

6.1.3. Depressive symptomer

I dette afsnit undersøges betydningen af forældres psykiske sygdom (N=85), mentale sundhed samt stressniveau for barnets depressive symptomer. I tabel 7 præsenteres resultaterne for de mulige langtidseffekter af forældres psykiske sygdom på barnets depressive symptomer:

Tabel 7: Lineær regression for sammenhængen mellem forældres psykiske sygdom (T1) og depressive symptomer hos barnet (T2, T3 og T4)

	2007 (17-18 årig)		2010 (20-21 årig)		2017 (28-29 årige)	
	Model 1a ^a Bivariate regressioner	Model 2a ^b Justeret for kontrolvariable	Model 1b Bivariate regressioner	Model 2b Justeret for kontrolvariable	Model 1c Bivariate regressioner	Model 2c Justeret for kontrolvariable
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Forældres psykisk sygdom (ref= uden psykisk sygdom)	0,03 (-0,01; 0,08)	0,02 (-0,02; 0,06)	0,05* (0,00; 0,10)	0,05* (0,00; 0,09)	0,06* (0,01; 0,11)	0,06* (0,00; 10,11)
N	2.134	2.134	1.546	1.546	1.372	1.372

^a Bivariate regression

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Resultaterne viser en signifikant sammenhæng mellem forældres psykiske sygdom og depressive symptomer hos barnet i 2010 og 2017. Når modellerne justeres for kontrolvariable, forbliver disse sammenhænge signifikante og effektstørrelsen forbliver det samme. Resultaterne viser dog, at sammenhængen er insignifikant i år 2007, men resultaterne er stadig konsistente, så der er et højere niveau af depressive symptomer hos børn af psykisk syge forældre.

I tabel 8 præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem mors og fars mentale sundhed og barnets depressive symptomer i ungdom og voksenlivet:

Tabel 8: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars mentale sundhed (T1) og depressive symptomer hos barnet (T2, T3 & T3)

	2007 (17-18 årige)		2010 (20-21 årige)		2017 (28-29 årige)	
	<i>Model 1^a</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2^b</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>	<i>Model 1</i> <i>Bivariate</i> <i>regressioner</i>	<i>Model 2</i> <i>Justeret for</i> <i>kontrolvariable</i>
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Mors mentale sundhed	0,03 (-0,03; 0,09)	0,03 (-0,03; 0,09)	0,08* (0,01; 0,14)	0,07* (-0,00; 0,14)	0,06 (-0,01; 0,14)	0,07 (-0,07; 0,80)
Fars mentale sundhed	0,10*** (0,04; 0,16)	0,09*** (0,04; 0,15)	0,02 (-0,04; 0,09)	0,02 (-0,04; 0,08)	0,05 (-0,02; 0,11)	0,05 (-0,02; 0,12)
<i>N</i>	1.280	1.280	980	980	871	871

^a Bivariate regressioner

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Resultaterne i tabel 8 viser en statistisk signifikant sammenhæng for mors mentale sundhed og barnets depressive symptomer i år 2010, hvilket også gælder, når der justeres for kontrolvariable. Samtidig viser resultaterne en statistisk signifikant sammenhæng mellem fars mentale sundhed og barnets depressive symptomer i år 2007 både med og uden kontrolvariable. Dog er resultaterne statistisk insignifikante for 2007 og 2017 for mors mentale sundhed og 2010 og 2017 for fars mentale sundhed. Alligevel er resultaterne stadig konsistente i forhold til et højere niveau af depressive symptomer for børn af forældre med dårligere mental sundhed. Overordnet indikerer resultaterne, at for depressive symptomer hos barnet har farens mentale sundhed det største effektstørrelse da barnet er 17-18 år, mens effektstørrelsen er større hos moren for da barnet er 20-21 år og er nogenlunde det samme for begge da de er 28-29 år.

I tabel 9 præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem mors og fars stressniveau og barnets depressive symptomer i ungdom og voksenlivet:

Tabel 9: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars stressniveau (T1) og depressive symptomer hos barnet (T2, T3 og T4)

	17-18 årige		20-21 årige		28-29 årige	
	<i>Model 1a^a</i> <i>Bivariate regressioner</i>	<i>Model 2a^b</i> <i>Justeret for kontrolvariable</i>	<i>Model 1b</i> <i>Bivariate regressioner</i>	<i>Model 2b</i> <i>Justeret for kontrolvariable</i>	<i>Model 1c</i> <i>Bivariate regressioner</i>	<i>Model 2c</i> <i>Justeret for kontrolvariable</i>
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Mors stress niveau	0,04 (-0,02; 0,10)	0,04 (-0,02; 0,09)	0,09** (0,02 -0,16)	0,08* (0,02; 0,15)	0,06 (-0,01; -0,13)	0,06 (-0,00; -0,13)
Fars stress niveau	0,06 (-0,00; 0,11)	0,05 (-0,01; 0,10)	0,06 (-0,01; 0,12)	0,05 (-0,02; 0,11)	0,05 (-0,02; 0,11)	0,05 (-0,02; 0,11)
N=	1.203	1.203	926	926	820	820

^a Bivariate regressioner

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Resultaterne i tabel 9 viser en statistisk signifikant sammenhæng mellem mors mentale sundhed og barnets depressive symptomer i år 2010. Dog indikerer de resterende resultater ikke, at der er en statistisk signifikant sammenhæng for mors eller fars stressniveau. Det skal alligevel bemærkes, at resultaterne er konsistent i forhold til et højere niveau af depressive symptomer hos børn af forældre med højere stressniveau. Overordnet indikerer resultaterne, at effektstørrelsen er større for morens mentale sundhed og depressive symptomer hos barnet end for farens.

6.1.4. Oplevet stress

I dette afsnit undersøges betydningen af forældres psykiske sygdom (N=85), mentale sundhed samt stressniveau for barnets depressive symptomer i ungdom og voksenliv. I *tabel 10* præsenteres resultaterne for de mulige langtidseffekter af forældres psykiske sygdom på barnets oplevet stress:

Tabel 10: Lineær regression for sammenhængen mellem forældres psykiske sygdom (T1) og stress hos barnet (T2 og T3)

	2007 (17-18 årige)		2017 (28-29 årige)	
	Model 1a ^a Bivariate regressioner	Model 2a ^b Justeret for kontrolvariable	Model 1b Bivariate regressioner	Model 2b Justeret for kontrolvariable
Forældres psykisk sygdom (ref= uden psykisk sygdom)	0,04 (-0,01; 0,08)	0,02 (-0,02; 0,06)	0,07** (0,02; 0,12)	0,06* (0,01; 0,11)
N	2.087	2.087	1.338	1.338

^a Bivariate regressioner i Model 1 for alle årstal

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Resultaterne viser ikke en signifikant sammenhæng mellem forældres psykiske sygdom og barnets oplevet stress som 17-18 årig. Når børnene er 28-29 år, ses der dog en statistisk signifikant sammenhæng. Ved inklusion af specialets kontrolvariable, falder signifikansniveauet fra at være signifikant på et 0,01 signifikansniveau til et 0,05 signifikansniveau. Herunder kan det aflæses, at effektstørrelsen reduceres lidt, hvilket kan indikere, at en del af sammenhængen er spuriøs eller indirekte. Hvorvidt det tyder på en spuriøs eller indirekte sammenhæng er ligeledes diskuteret i afsnit 5.1.4.1. *Socioøkonomisk baggrund*, da forskning viser forskellige resultater.

I tabel 11 præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem mors og fars mentale sundhed og barnets oplevet stress i ungdom og voksenliv:

Tabel 11: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars mentale sundhed (T1) og stress hos barnet (T2 og T3)

	2007 (17-18 årig)		2017 (28-29 årig)	
	Model 1a ^a	Model 2a ^b	Model 1b	Model 2b
	Bivariate regressioner	Justeret for kontrolvariable	Bivariate regressioner	Justeret for kontrolvariable
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Mors mentale sundhed	0,09*** (0,03; 0,15)	0,09*** (0,03; 0,15)	0,08* (0,01; 0,16)	0,07 (-0,00; 0,15)
Fars mentale sundhed	0,05 (-0,01; 0,11)	0,04 (-0,01; 0,10)	0,05 (-0,02; 0,12)	0,04 (-0,03; 0,11)
N	1.264	1.264	850	850

^a Bivariate regressioner i Model 1 for alle årstal

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Resultaterne fra tabel 11 viser en statistisk signifikant sammenhæng mellem mors mentale sundhed og barnets oplevet stress i begge modeller. For 2007 gælder dette både med og uden justering for kontrolvariable. I 2017 forsvinder den signifikante sammenhæng, hvilket indikerer en indirekte eller hel/delvis spuriøs sammenhæng, men dog falder effektstørrelsen ikke meget. Dog viser resultaterne for sammenhængen mellem fars mentale sundhed og barnets oplevet stress ikke en signifikante resultater i nogle af modellerne. Det skal alligevel bemærkes, at resultaterne er konsistent i forhold til et højere niveau af stress hos børn af forældre med dårligere mental sundhed. Overordnet viser resultaterne, at effektstørrelsen for morens mentale sundhed er større end for farens i begge årstal.

I tabel 12 præsenteres resultaterne for de lineære regressionsmodeller for sammenhængen mellem mors og fars stressniveau og barnets oplevet stress i ungdom og voksenliv:

Tabel 12: Lineær regression for sammenhængen mellem mor og fars stressniveau (T1) og stress hos barnet (T2, T3 og T4)

	2007 (17-18 årig)		2017 (28-29 årig)	
	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 1	Model 2
	Bivariate regressioner	Justeret for kontrolvariable	Bivariate regressioner	Justeret for kontrolvariable
	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)	β (95% CI)
Mors stress niveau	0,13*** (0,07; 0,18)	0,12*** (0,06; 0,18)	0,12*** (0,05; 0,19)	0,12*** (0,04; 0,19)
Fars stress niveau	0,05 (-0,01; 0,11)	0,04 (-0,02; 0,10)	0,04 (-0,03; 0,11)	0,03 (-0,04; 0,10)
N	1.189	1.189	799	799

^a Bivariate regressioner i Model 1 for alle årstal

^b Justeret for forældres socioøkonomiske baggrund og barnets køn

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Resultaterne for tabel 12 indikerer en statistisk signifikant sammenhæng for mors stressniveau og barnets oplevet stress både i 2007 og 2017. Dette gælder også ved inklusion af kontrolvariable, hvor effektstørrelsen er konsistent og sammenhængene forbliver signifikante. Dog viser resultaterne ikke nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem fars stressniveau og barnets oplevet stress i ungdom og senere voksenliv. Det skal alligevel bemærkes, at resultaterne er konsistent i forhold til et højere niveau af stress hos børn af forældre med højere stressniveau. Overordnet indikerer resultaterne i tabel 12 ud fra effektstørrelse og signifikansniveau, at morens stressniveau har en større betydning end farens.

6.1.5. Diskussion og delkonklusion

Ovenstående resultater tyder i tråd med eksisterende forskning generelt på en sammenhæng mellem forældrenes mentale sundhedstilstand, og barnets mentale sundhed målt på flere forskellige indikatorer. Herunder har eksisterende forskning som nævnt i afsnit 2.2 *Samfundsmæssige og menneskelige omkostninger* ofte belyst barnets mentale sundhed ud fra psykiske diagnoser (Ayano, Maravilla & Alati 2021; Thorup et al. 2018; Lapalme et al. 1997). I specialet udvider vi den viden ved, at vi i stedet har kigget på flere forskellige indikatorer for mental sundhed hos barnet. Dette kan bidrage til et bredere perspektiv på mental sundhed frem for blot tilstedeværelsen af en diagnose, som kan nuancere forståelsen af konsekvenserne ved at vokse op med forældre med mentale sundhedsproblemer. Derudover har eksisterende forskning ofte fokuseret på en diagnose hos forældrene, hvor Avison & Comeau (2013) peger på behovet for studier, der udvider denne forståelse. Af den grund har vi i specialet udvidet den

del ved også at inkludere mental sundhed og stressniveau hos forældrene for at se mental sundhed fra et bredere perspektiv. Vi har dog identificeret et studie af Amrock og Weitzman (2014), der undersøger sammenhængen mellem forældres mentale sundhedstilstand og barnets mentale sundhed fra et bredere perspektiv. Dog benytter de i dette studie et samlet mål for mental sundhed frem for indikatorer, hvor vi i specialet ser på, hvordan mental sundhedstilstand hos forældrene kan spille ind på flere forskellige indikatorer hos barnet. Resultaterne i studiet indikerer en sammenhæng, men uden at belyse mulige langtidseffekter (Amrock og Weitzman 2014). Af den grund har vi i specialet ligeledes testet sammenhængen over en længere periode, og resultaterne indikerer hermed, at forældres mentale sundhedstilstand tidligere i livet potentielt kan have langsigtede påvirkninger på senere mental sundhed.

For regressionerne med psykisk sygdom som selvrapporteret mål fra Vestliv viser alle fire indikatorer, at resultaterne er forholdsvis konsistent med lavere niveau af meningsfuldhed og selvværd samt højere niveau af depressive symptomer og oplevet stress for børn af forældre med psykisk sygdom. Sammenlignes effektstørrelserne af forældre psykiske sygdom for hver indikator, ses det ligeledes, at disse er forholdsvis konsistente i forhold til, at effektstørrelsen for hver indikatorer er nogenlunde ens. Det tyder derfor på, at psykisk sygdom hos forælderen har nogenlunde samme betydning for både meningsfuldhed, selvværd, depressive symptomer og oplevet stress. Derudover indikerer resultaterne, at effektstørrelsen bliver større med årene, hvor betydningen for alle indikatorer udover meningsfuldhed er størst i 2017. Dette indikerer, at forældres psykiske sygdom har en større betydning på lang sigt, hvilket tyder på langsigtede konsekvenser af forældrenes psykiske sygdom. I den forbindelse viser eksisterende forskning som tidligere nævnt, at børn af forældre med psykisk sygdom har højere risiko for selv at udvikle en psykisk sygdom gennem livet (Ellersgaard et al. 2020; Ayano, Maravilla & Alati 2021; Thorup et al. 2018; Lapalme et al. 1997). Herunder viser tidligere forskning ligeledes en øget risiko for at udvikle psykisk sygdom i ungdom og voksenliv (Brummelhuis et al. 2024; Weissman et al. 2006). I forlængelse af eksisterende forskning indikerer specialets resultater ligeledes, at det at have en forælder med en psykisk sygdom kan have langsigtede negative konsekvenser for barnets mentale sundhedstilstand senere i livet. Som nævnt i afsnit 3.1. *Teoretisering af psykisk sygdom og mental sundhed* fokuserer vi i specialet ikke på psykisk sygdom eller symptomer for psykisk sygdom hos barnet, men i stedet indikatorer for mental sundhed. Herved kan det siges, at vores speciale bidrager til den eksisterende forskning ved, at psykisk sygdom hos forældrene har mere vidtrækkende konsekvenser gennem ungdom og voksenliv end udvikling af psykiatriske problemer hos barnet.

Derudover har vi undersøgt betydningen af forældres mentale sundhed samt stressniveau for barnets senere mentale sundhed. Ved at gøre dette omfatter vores analyse alle familier og ikke kun de, der har en psykisk sygdom. I denne del af analysen peger regressionsmodellerne samlet set på, at forældrenes mentale sundhed og stressniveau har en betydning for barnets senere mentale sundhed i ungdom og i voksenlivet. Overordnet kan det siges, at resultaterne tyder på, at morens mentale sundhed og stressniveau har en større betydning end farens for størstedelen af indikatorerne for barnets mentale sundhed, hvor effektstørrelsen er større. Disse resultater er umiddelbart ikke overraskende, da børnene blev født i 1989, hvor moren muligvis har haft en større rolle i hjemmet end faren, og at morens mentale sundhedstilstand dermed havde en større betydning (Christensen 2001:376). Herunder kan et dårligere mental sundhed og stressniveau hos moren muligvis i højere grad have medført manglende støtte eller decideret oplevelse af omsorgssvigt hos barnet. I den forbindelse har andre studier ligeledes fundet, at morens mentale sundhedstilstand betyder mere end farens, og at faren udelukkende har en betydning i tilfælde af, at moren ikke er til stede (Goodman et al. 2014; Mezulis et al. 2004). Dette gælder dog ikke for specialets resultater for forældrenes mentale sundheds betydning for meningsfuldhed hos barnet, der viser nogenlunde samme betydning for både mors og fars mentale sundhed. Sammenlignes resultaterne viser dette, at effektstørrelsen er større for sammenhængen mellem målene for mental sundhed og stressniveau hos forældrene og indikatorerne for mental sundhed hos børnene frem for psykisk sygdom hos forældrene. Herunder er effektstørrelsen lignende for mental sundhed og stressniveau samt de forskellige indikatorer for mental sundhed hos barnet.

I forhold til resultaterne kan der argumenteres for, at effektstørrelserne i vores undersøgelse er relativt små. Dog er mental sundhed, som tidligere nævnt, et komplekst begreb forårsaget af flere forskellige individuelle og sociale faktorer. De forskellige indikatorer må af den grund anses som værende et resultat af flere forskellige individuelle og sociale årsager udover forældres mentale sundhedstilstand. På trods af de små effektstørrelser kan sammenhængen mellem forældres mentale sundhedstilstand og indikatorer for mental sundhed hos barnet være praktisk betydningsfuld, når man tager hensyn til mental sundheds betydning for flere forskellige områder af livet. Praktisk signifikans indebærer at vurdere, om den observerede forskel er stor nok til at have en betydelig indflydelse i praksis, hvor det ud fra tabellerne kan aflæses for alle resultater, at forældrenes mentale sundhed har negative konsekvenser for barnets mentale sundhed på alle indikatorer, også selvom resultaterne er insignifikante eller effektstørrelserne er små. Samtidig kan resultaterne betragtes som vigtige ud fra specialets

teoretiske opfattelse af mental sundhed som et spektrum, hvor en mindre ændring mod en højere mental sundhed for befolkningen, kan få positive effekter for den samlede tilstand af mental sundhed i befolkningen. Ved at fokusere på de praktiske effekter frem for statistisk signifikans giver denne undersøgelse vigtig viden i forhold til konsekvenser for mental sundhed, og hvorfor opsporing er vigtigt. Dette gælder særligt i forhold til, at eksisterende forskning viser, at social støtte udenfor en familie kan have en beskyttende virkning over for mental sundhed hos barnet (Reedtz et al. 2019).

Betydningen af forældrenes psykiske sygdom, mentale sundhed samt stressniveau for barnets mentale sundhed kan forstås ud fra den psykosociale forklaringsmodel samt livsforløbsforklaringen. Herunder beskriver den psykosociale forklaringsmodel, at forskelle i mental sundhed kan skyldes forskelle i sociale relationer (Turner & Turner 2013:349). I den forbindelse ses mental sundhed som påvirket af den unges psykosociale omstændigheder gennem stress, som i dette tilfælde er forældrenes mentale sundhedstilstand indflydelse på barnet. Gennem mentale sundhedsproblemer hos barnets forældre, kan det ifølge den psykosociale forklaring medføre stressreaktioner hos barnet, som kan påvirke børnenes mentale sundhedstilstand. I den forbindelse kan mentale sundhedsproblemer hos forældrene i form af højt stressniveau og en dårligere mental sundhed ud fra den psykosociale forklaring argumenteres for at være et negativt aspekt ved sociale relationer, som kan argumenteres for at være stressorer for barnet. Ifølge den psykosociale forklaring kan en dårligere mental sundhed hos barnet ses som konsekvens af disse psykologiske reaktioner i form af de usunde stressreaktioner. I forlængelse heraf viser eksisterende forskning, at forældrenes mentale sundhedstilstand kan have en påvirkning på relationen til barnet, da mentale sundhedsproblemer kan påvirke ressourcer og omsorg for barnet (Fjone et al. 2009). Dermed kan mentale sundhedsproblemer hos forælderen påvirke forældreskabet og herved tilknytning gennem sygdommens påvirkning på interaktionen med barnet. Samtidig kan den mentale sundhedsproblemer påvirke energi og overskud ved forælderen som kan lede til manglende omsorg fra forældrene (Fjone et al. 2009; Mattejat & Remschmidt 2008; Reupert et al. 2013). Omsorgssvigt og forstyrrelser i tilknytningen kan hænge tæt sammen med Thoits beskrivelse af social støtte som central mekanisme, der forbinder sociale relationer og mental sundhed. Den manglende energi, overskud og forstyrrelser i tilknytningen hos forælderen kan påvirke den sociale støtte, der kan gives til barnet, som kan føre til omsorgssvigt (Mattejat & Remschmidt 2008; Reupert et al. 2013). Det vil sige, at grundet mentale sundhedsproblemer hos ens forældre vil børn opleve mindre grad af social støtte, som kan have en negativ effekt for ens mentale

sundhed. Specialets resultater indikerer en langtidseffekt af forældres mentale sundhed på barnets mentale sundhed senere i livet. Herunder ses det særligt vigtigt i forhold til psykisk sygdom hos forældren hvor betydningen bliver større henover årene. Dette kan teoretisk understøttes af livsforløbsforklaringen om, at ens sundhedsstatus er præget af tidligere forhold, og hvordan negative begivenheder i ens barndom kan spille ind på ens senere sundhed i ungdoms- og voksenlivet (Nettleton 2021:193). Herunder belyser denne teori, at akkumulation af negative eksponeringer gennem livet har en betydning senere i livet, hvor børn af forældre med psykisk sygdom kan siges at være særligt udsat for negative eksponeringer i relationen til sin forælder med en psykisk sygdom, blandt andet gennem manglende social støtte og mindre overskud hos forælderen (Van Santvoort et al. 2015; Reedtz et al. 2019). De negative psykosociale omstændigheder i ens barndom eksempelvis i form af at vokse op med en forælder med en dårlig mental sundhedstilstand kan ifølge livsforløbsforklaringen påvirke barnets evne til at håndtere belastninger resten af livet og kan skabe større udsathed hos barnet i forhold til dårlig mental sundhed (Nettleton 2021:193).

Samlet set viser resultaterne at være opvokset med forældre, der enten har en psykisk sygdom, dårlig mental sundhed eller højt stressniveau, har negative konsekvenser for flere af de forskellige indikatorer for barnets mentale sundhed i både ungdom og voksenlivet. Disse resultater kan være med til at understrege vigtigheden af opsporingen af børn som pårørende for at forebygge nogle af disse negative konsekvenser. I forhold til specialets teoretiske udgangspunkt i form af Huppert og Keyes' forståelse af mental sundhed, kan det have en positiv konsekvens at få flere i retning af en god mental sundhedstilstand. På den måde kan der også argumenteres for en reduktion i antallet, der diagnosticeres med psykisk sygdom ved netop at fastholde flere i enten moderat eller i høj mental sundhedstilstand og undgå, at de udvikler en dårlig mental sundhedstilstand (Huppert 2009; Koushede 2015). Denne antagelse baseres på, at personer der mistrives og har en moderat mental sundhed, har en væsentlig større risiko for at udvikle en diagnose sammenlignet med personer med en høj mental sundhed (Koushede 2015:50). Ifølge Hupperts forståelse vil disse individer være i øget risiko for at udvikle en diagnose. Hupperts teori understøttet af specialets kvantitative resultater som vidner om vigtigheden af opsporing af børn som pårørende. Et potentiale kan her være at opspore børn af forældre med mentale sundhedsproblemer, inden disse børn potentielt selv risikerer at ende med dårlig mental sundhed og dermed i større risiko for at udvikle en diagnose. Dette speciale understøttet af Hupperts (2009) teori påpeger potentialet for at opspore børn som pårørende,

når de stadig har en moderat mental sundhed og fastholder børnenes trivsel, frem for de udvikler sig fra at have en moderat til en dårlig mental sundhed og senere diagnose.

Ifølge eksisterende forskning kan støtte fra eksterne personer være med til at forebygge mistrivsel hos børn af forældre med psykisk sygdom (Roustit et al. 2010). Dette kan argumenteres for at medføre, at børn som pårørende kan rykkes længere mod god mental sundhed med støtte fra disse eksterne personer. Dermed kan det anses som en buffer mod dårlig mental sundhed, når disse børn får den rette støtte (Reedtz et al. 2019; Van Santvoort et al. 2015). Det kræver dog, at børn som pårørende opspores, så de kan få den hjælp og støtte, de potentielt kan have brug for.

6.2. Kvalitativ analyse

Som nævnt i afsnit 2.3. *Rammer for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien* er regionerne og herunder psykiatrien forpligtet til at opspore patienters børn samt tilbyde hjælp og støtte. I følgende afsnit præsenteres specialets fund og mønstre ved barrierer for opsporing, hvorefter disse vil diskuteres ud fra teoretiske perspektiver.

6.2.1. “Selvom der er en retningslinje, så er det ikke alle, der får det gjort”

Hver region har udarbejdet en skriftlig retningslinje for arbejdet med børn som pårørende i psykiatrien. Alle informanter fremhæver forskellige nuancer om disse retningslinjer og deres muligheder for at forfølge dem, hvilket viser sig væsentligt for at belyse barrierer for opsporing. Gitte og Lise påpeger:

“... det kan jo være en udfordring, at folk [personale] ikke gør, som de skal. At selvom der er en retningslinje, så er det ikke alle, der får det gjort” (Bilag 5.4. Gitte)

“Opsporing er klar nok. Det er mere det der med, om man så får det gjort. Men retningslinjer er egentlig klare nok. Du skal skrive det der, og det ved medarbejderne” (Bilag 5.5. Lise)

Både Gitte og Lise nævner, at retningslinjerne for opsporingen er klare. De påpeger begge, at selvom der er en klar og tydelig retningslinje, er det ikke altid, at opsporingen sker. Også Tina oplever, der er nogle klare og tydelige retningslinjer på området for opsporing (Bilag 5.6. Tina). Dette ses ligeledes hos Mia, Julie og Ida, som alle svarer “ja” til, at de oplever klare retningslinjer for opsporing. Informanterne beskriver også procedureerne for opsporing, hvoraf

disse kan give nogle perspektiver på barrierer. Gældende for alle informanter er proceduren med opsporing, at efter der er foregået selve opsporingen med at få spurgt patienterne, om de har børn, tilbydes de først en såkaldt forældre- eller forsamtale. Denne samtale involverer patienten og en eventuel partner, hvor sigtet med samtalen er en forventningsafstemning og en planlægning af, hvordan samtalen med børnene skal forløbe.

Tina beskriver i den afdeling, hun er tilknyttet, at deres procedure foregår ved, at patienter med børn sættes på en liste for at sikre opsporing og tilbyde samtaler. Hun påpeger dog: *“Det er ikke sådan, at det altid bare er dem, der har børn, der kommer på den liste. Det kunne vi godt arbejde med”* (Bilag 5.6. Tina). Tina uddyber, at opsporingen afhænger af, at der er nogle bestemte personer, som fokuserer på opsporing i forskellige teams, men pointerer, *“... det nytter ikke at have noget, der er båret ved mund-til-mund-metoden. Fordi når vi ikke er her mere... du skal helst have sådan nogle mere faste procedurer”* (Bilag 5.6. Tina). Tina pointerer nødvendigheden af endnu mere automatiserede procedurer, der sikrer opsporingen. På baggrund af Gitte, Lise og Tinas udtalelser kan det udledes, at der er nedskrevet procedurer for opsporing, men barriererne ligger i at få opsporingen sikret i praksis og automatisere opsporingen. Julie og Ida fortæller:

“Altså, vi tager jo altid stilling til, om de har børn, og det bliver også skrevet ind i journalen. Og det er så mig i løbet af en weekend, der sidder og gennemgår alle patienterne, om de har børn og er opmærksom på, om de er blevet tilbudt samtale, eller om der er blevet snakket med dem, om man er opmærksom på de børn her” (Bilag 5.3. Julie)

“Alle voksne, der går i forløb her. De skal spørges, om de har børn som nummer et, og det skal faktisk dokumenteres i et journalsystem. Og nummer to tilbydes en samtale” (Bilag 5.1. Ida)

I citaterne beskriver både Julie og Ida, at det bliver noteret i journalen, hvorvidt patienten har børn, og efterfølgende tilbydes en samtale. Ida og Julie beskriver, at det er vigtigt at få opsporingen godt integreret i praksis og sørge for, at der dokumenteres og opfølges på henvisninger til samtaler. Mia beskriver procedurene ved, at de ofte opsporer i forbindelse med forundersøgelser og udredninger, hvor der også her afdækkes familieforhold. Disse oplysninger drøftes på konferencer, hvor der træffes en klinisk beslutning om, hvilken diagnose patienten bør have, og om der skal laves en underretning. Fra Mias perspektiv er det vigtigt at have en fast procedure omkring opsporing og skabe synlighed samt påpege vigtigheden af børn

som pårørende. Her fortæller hun, at der i personalekøkkenet er et flowdiagram over proceduren om at spørge ind til patientens børn og henvisninger til tilbud for børn som pårørende (Bilag 5.2. Mia). Mia beskriver: *“... grundlæggende tror jeg ikke, at man finder én eneste ansat herinde, der ikke synes, at man skal have øje for børnene. Det er bare det der med hele tiden at få det med i behandlingen”* (Bilag 5.2. Mia). I citatet lægger Mia vægt på, at alle på afdelingen i bund og grund synes, det er vigtigt at være opmærksom på børnene. Det er dog aspektet med at få opsporing af børn som pårørende implementeret som en del af behandlingen, der kan være en udfordring. I forhold til at gøre det til en del af arbejdsgangen nævner Tina også, at hendes ønske er, at opsporing og familiesamtaler bliver en *“skal-opgave”*:

“Jeg kunne bare ønske, at det var en skal-opgave. Altså sådan en, hvor man sagde, I skal afholde familiesamtaler bumfærdig. I skal prioritere det. Når jeg har undervist medarbejdere i at skulle afholde familiesamtaler, så har vi faktisk været nødt til at bruge en halv time til tre kvarter på, hvordan vil du gå hjem og få det her implementeret på dit sengeafsnit? Fordi det er rigtig svært i en travl hverdag at implementere noget nyt. Også selvom det giver så god mening at holde dem også for behandlingen” (Bilag 5.6. Tina)

I citatet fortæller Tina, at når hun har undervist i opsporing og samtaler med børn som pårørende, at en vigtig del af undervisningen er fokus på implementering i praksis. Hun beskriver, det kan være svært i en travl hverdag at implementere nye tiltag, også til trods for at familiesamtalerne giver god mening at afholde i tråd med behandlingen. Flere informanter påpeger, at proceduren for opsporing i høj grad er påvirket af, hvor opmærksomme personalet på afdelingen er til at få spurgt patienterne, hvorvidt de har børn og derefter tilbyde samtaler.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at selve de formaliserede og strukturelle rammer omkring opsporingen i form af retningslinjerne på området er fastlagte. Dermed når selve de strukturelle rammer for opsporingen er klar i form af retningslinjer, er det relevant at dykke nærmere ned i, hvilke potentielle barrierer der så er for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien.

6.2.2. “Meget af arbejdet består i at danne en kultur”

Flere informanter beskriver, hvilke rammer psykiatrien er en del af, og hvordan dette har en indflydelse på opsporing af børn som pårørende. I følgende afsnit udfoldes disse rammers betydning for barrierer for opsporing, der kan opstå i forhold til de eksisterende arbejdsgange, der er i psykiatrien. Et væsentligt fund på tværs af informanterne hviler på behovet for en

kulturændring for opsporing af børn som pårørende, før der kan gøres op med barrierer for opsporing. Ida og Lise nævner:

“Meget af arbejdet består i at danne en kultur. Det er også der, hvor jeg tænker, det primære arbejde ligger. Det er kulturen, og det at rent faktisk gøre, at folk er opmærksomme på det [opsporing]. Altså folk, der er ansat til det i psykiatrien eller vores kollegaer, at de rent faktisk ved, at det findes, og at de gør det” (Bilag 5.1. Ida)

“Ja, så er det jo også en kultur, man skal arbejde med. Er der kultur for, at man gør det [opsporing]?” (Bilag 5.5. Lise)

Ida og Lise udtrykker i ovenstående citater, at der er behov for en kulturændring på området vedrørende opsporing, der kan være med til at styrke implementeringen heraf. Kulturændringen henviser til et generelt større fokus på selve opsporingen af børn som pårørende, samt at det bliver en opgave understøttet af nogle arbejdsgange, der fastgøres og bliver en del af behandlingen. For at der kan ske en kulturændring, påpeger Ida, at medarbejderne skal se meningen i opsporingen og forstå vigtigheden af det for børnene. Opsporingen må ikke være for tidskrævende og skal være tilgængeligt, hvor personalet ikke skal bruge for meget kapacitet på det. Det er vigtigt for at få opsporingen formaliseret og gjort til en vane, hvor opsporingen foregår på en nem og tilgængelig måde (Bilag 5.1. Ida). I forlængelse heraf påpeger Ida, at opsporingen kan forsvinde i mængden af andre opgaver og arbejdsgange: *“Så jeg tror den største udfordring er at få det etableret som en naturlig del af vores kliniske arbejde”* (Bilag 5.1. Ida). Her påpeger Julie, der arbejder på et sengeafsnit også:

“Den der med, at man i særlige perioder er meget opmærksom på at være opsporende, og så kommer der noget nyt, man skal være opmærksom på. Altså håbet er jo bare at gøre det til en del af arbejdsgangen, når man er ude ved en patient og spørge, om de har børn og få det skrevet ind” (Bilag 5.3. Julie)

Flere af specialets informanter påpeger, at opsporingen kan blive tabt blandt personalets mange andre opgaver. I forlængelse af Idas og Julies udtalelser kan der udledes en vigtighed i, at opsporing gøres til en naturlig del af arbejdsgangen, og der hermed sker en kulturændring. Ida beskriver i følgende citat, hvordan prioritering af opgaver kan ses: *“Vi glemmer lidt helheden, tror jeg. Når vi skoles helt fra start i psykiatri, så lærer vi, om der er en diagnose. Og sat helt på spidsen efter medicin modellen. Vi har noget, der er forkert, vi har en fejl. Vi har noget, der er en mangel”* (Bilag 5.1. Ida). Citatet fra Ida udfolder, hvor hovedfokus i psykiatrien ligger,

som kan have en indflydelse på prioriteringen af opgaver. Der kan argumenteres for, at det er symptombehandling og medicin, som oftere bliver omdrejningspunktet frem for fokus på patientens netværk. Følgende citat fra Gitte kan også ses som udtryk for, hvordan opsporing af børn som pårørende nedprioriteres:

“Der kommer jo nyansatte til hele tiden. Og det er måske ikke lige det første, man springer til at fortælle om, vel. Så vil der være nogen, som er her måske både halve og hele år, før de siger, “hold da op, har vi sådan noget, som børne- og familiesamtaler, det vidste jeg ikke”. Det kan sagtens forekomme” (Bilag 5.4. Gitte)

Gitte beskriver, at opsporing af børn som pårørende ikke er det første, der formidles til nyansatte, hvilket kan ses som et udtryk for, at der er andre opgaver og informationer, der prioriteres højere. Dette kan være med til at understøtte ovenstående pointe om usikkerheden ved, at opsporingen ikke er implementeret som en fast del af arbejdsgangen. Lise påpeger dog, hvordan selve opsporingen ikke forekommer tidsmæssigt krævende:

“... det er faktisk ret nemt at lave det der med, om der er børn eller ej, og det bliver faktisk krydset af og skrevet. Det er det næste skridt, der er det svære. Og både at kigge på om det bliver lavet. Og det er også det, jeg tror, vi har de største udfordringer” (Bilag 5.5. Lise)

I ovenstående citat beskriver Lise, at det ikke kræver lang tid at afdække, hvorvidt patienten har børn. Lise mener, at barriererne ligger i næste skridt i form af henvisning til forældre- og familiesamtaler og systematisere, hvorvidt de bliver afholdt. Omvendt fremhæver Lise, at der kan ses nogle udfordringer i henhold til, at det ikke er muligt at undersøge, hvorvidt der bliver spurgt ind og opsporet, og hvor mange af patienterne der er blevet tilbudt familiesamtaler (Bilag 5.5. Lise). I forlængelse beskriver Mia, at hun synes, det vil gavne opsporingen, hvis det bliver et tvunget punkt i patientjournalen. Mia fremhæver, at hun ønsker sig et sted i journalen, hvor der kan være en form for lettilgængelig tjekliste, hvor det er hurtigt at notere, hvorvidt der er børn i hjemmet, og om patienten er blevet tilbudt samtaler samt opfølgningen på disse samtaler. Mia uddyber, at der findes sådan en funktion, men den skal fremsøges i systemet, og det kan være med til at skabe en barriere for opsporingen. Mia beskriver: *“Jeg vil gerne have, at det er noget, der popper op, som man ikke skal søge frem. Sådan noget, som bare står der, og som man ikke kan undgå at se, og som man skal tage stilling til”* (Bilag 5.2. Mia). Heraf beskriver Mia også vigtigheden af at skabe synlighed omkring opsporingen for at sikre, at det bliver gjort.

Et gennemgående fund på tværs hos alle informanter vedrørende barrierer er ønsket om en kulturændring for opsporing af børn som pårørende, og nogle mere formaliserede arbejdsgange, der gør implementering af opsporing nemmere. I tråd hertil kan et væsentligt fund ses ved, at en betydningsfuld barriere for opsporing er, at opsporingen ikke er implementeret tilstrækkeligt.

6.2.3. “Vigtigheden er at sige, hvad er psykiatrihospital? Og hvad er primær sektor?”

Sundhedsloven (2022) forpligter psykiatrien til at give hjælp og støtte til børn som pårørende, og serviceloven henviser kommunerne (Lov om Social Service 2022) til at være ansvarlige for at sætte ind i tilfælde af mistrivsel hos børn. På den måde kan børn som pårørende anses som en målgruppe, hvor ansvaret for dem kan ses på tværs af den regionale og kommunale sektor. Heraf stiller nogle af informanterne spørgsmålstejn ved, hvad psykiatriens opgave er. Gitte fremhæver, at det ikke er besluttet, at psykiatriens opgave er at skabe rammer, der er passende i forhold til at rumme forælderrollen (Bilag 5.4. Gitte). Dette aspekt afspejler også, hvad der er henholdsvis en regional eller kommunal opgave. I forlængelse heraf beskriver Gitte:

“... jeg tænker egentlig ikke, at det er vores opgave at stå som ansvarlige for det [forælderrollen]. Det er en kommunal opgave. Hvor jeg tænker, at vores opgave er at identificere, i hvilken grad har de brug for behandling, og så hjælpe dem lidt på vej og pege i retning af mere hjælp. Rammerne er jo ligesom alle andre steder sådan, hvad skal man sige, skåret lidt for meget... Men jeg synes, vi skal følge dem. Vi skal åbne op for at tale om dem. Det er vores opgave at interessere os for dem” (Bilag 5.4. Gitte)

I forlængelse af citatet mener Gitte, at det er nødvendigt at skelne mellem, hvad der er psykiatriens opgave, og hvad der er en kommunal opgave. Gitte ser det som psykiatriens opgave at opspore børn som pårørende, hvor det er kommunens opgave at understøtte hjælp ved behov. Perspektivet om hvilke sektorer der står med ansvaret for hvilke opgaver, påpeger Lise også:

“At vi ikke kommer til at tro, at vi skal gøre det hele og hospitalisere tingene. Det synes jeg faktisk er ret vigtigt (...) Fordi der er ikke nogen af os, der kommer igennem livet på et eller andet tidspunkt, uden det er svært. Men det behøver ikke at være psykiatrihospital. Det er et livsvilkår. Man kan få det rigtig skidt, og man skal også have noget hjælp, men det behøver ikke at være et hospital. Så der er nogen, der synes

måske, at vi skal rumme det hele. Det synes jeg ikke. Jeg synes, vi skal holde fast i, at vi skal simpelthen kunne hjælpe folk videre og ud i systemet” (Bilag 5.5. Lise)

Lise udtrykker en bekymring for, at svære omstændigheder i livet hospitaliseres, sådan at sociale omstændigheder, der kan kræve socialfaglige kompetencer, bliver til et problem i hospitalsregi, der nu skal håndteres af sundhedssystemet i stedet for af det kommunale system. Her peger Lise, i tråd med Gitte, om en opmærksomhed på, hvad psykiatriens opgave er, og hvad der ligger som en kommunal opgave. Spørgsmålet om ansvaret for patienternes børn kan også anses som udtryk for, hvad psykiatriens ansvarsområde er. Dette kommer ligeledes til udtryk i et citat fra Ida, der beskriver, hvordan hun ser deres rolle og tendens som sundhedspersonale i psykiatrien: *“Så måske vi faktisk i en vis forstand ser hvert enkelt individ i terapi. For det er vores opgave på papiret. Det er at behandle den her diagnose i den her samtaleterapi i det her forløb, og alt andet er bonus”* (Bilag 5.1. Ida). I forlængelse af citatet påpeger Ida, hvordan fokus ofte er på det enkelte individ og at behandle symptomer på patientens diagnose. Hun beskriver, hvordan fokus er på nogle bestemte aspekter omkring patienten, og hvordan psykiatrien sommetider mangler at omfavne nogle mere sociale perspektiver omkring patienten (Bilag 5.1. Ida).

Flere informanter peger på, at fokus på patienten er vigtigt, men påpeger også hvordan opgaven med opsporing bør fylde mere. Gitte beskriver, at der har været en del fokus på, hvordan de tilrettelægger patientforløb ud fra et bredere fokus: *“Hvordan er det, at man planlægger et patientforløb til at rumme det hele? Men det er lidt sådan med alting. Hvis man holder fokus på det ene, så bliver det andet lidt mere tåget”* (Bilag 5.4. Gitte) Gitte fremhæver i citatet, at et skiftende fokus kan medføre, at når der er fokus på én indsats, så kan andre indsatser falde en smule i baggrunden. På den måde kan travlhed gå hen og blive en faktor i forhold til at bevare fokus på nogle indsatser, mens andre bliver nedprioriteret. Hvordan travlhed og kompetenceudvikling kan ses sammenhængende, er et eksempel på, hvordan vores forståelse har udvidet sig, da vi i interviewguiden ikke har anset spørgsmålene om travlhed og manglende kompetencer som sameksisterende. Her har vi efter afholdelse af interviewene og i kodningsprocessen blevet opmærksomme på et mønster. Mønsteret er, at travlhed i psykiatrien kan have en betydning for, hvorvidt der er tid til at oplære personalet i procedurer for opsporing. Julie og Mia påpeger vigtigheden af oplæring:

“Jeg kunne godt tænke mig lidt mere oplæring. Jeg har været på en kursusdag, og så har jeg været med på følgevogn. Og så er det sådan lidt, så man må lige prøve sig lidt

frem med de her børnesamtaler. Altså jeg kunne godt tænke mig lidt mere. Også fordi man jo synes, at det er et stort ansvar at sidde og snakke med de her børn. For det kræver selvfølgelig også noget oplæring eller nogle andre kompetencer for at kunne tale med børn omkring denne situation” (Bilag 5.3. Julie)

“... jeg synes også, det kræver at blive klædt på til at kunne introducere det tilbud. Og jeg tror også, det er der, hvor mange sådan tænker, “ved jeg helt nok om det?”. Altså det kunne måske også handle om, at personalet måske også har de rette kompetencer, eller hvad man kan sige til at videreføre det” (Bilag 5.2. Mia)

I ovenstående citater fremhæver Julie, at hun gerne ville have haft mere oplæring for at få udviklet sine kompetencer. Ligeledes nævner Mia, at det er vigtigt med kompetencer og at blive *“klædt på”* i forhold til at kunne tilbyde børnene de rette tilbud og at have den rette viden om tilbuddene for at kunne henvise til dem. Relateret til ovenstående fund kan en barriere bestå af, at travlhed vanskeliggør at give medarbejderne de rette kompetencer. Ida beskriver også travlhed som en barriere for opsporing, og hvordan der måske skal tænkes nye tanker i forhold til at synliggøre opsporing. Hertil beskriver Ida: *“Det bliver jo lidt sådan lidt tilfældigt, hvem der nu lytter til det eller er på stedet”* (Bilag 5.1. Ida). I forlængelse beskriver hun vigtigheden af, at der er tid til som ny medarbejder at blive lært op på området for at kunne holde styr på de opsporingsprocedurer, der er, hvilket kan ses i tråd med ovenstående citat fra Julie. Tina beskriver også, hvor vigtigt det er at skabe synlighed omkring tilbud til familiesamtaler:

“Der er synligheden og så travlhed. Hvis det bare blinkede i neon, at alle patienter, der har børn, de skal bare have den her familiesamtale, så er jeg ikke sikker på, at travlhed vil betyde så meget. Fordi man undlader jo heller ikke at regulere medicinsk behandling” (Bilag 5.6. Tina)

I ovenstående citat beskriver Tina, at travlhed ikke burde være årsag til, at opsporing ikke finder sted, hvis det blot står som et tydeligt punkt i journalen. I den forbindelse påpeger hun, at der jo er visse opgaver i psykiatrien, som altid overholdes i form af medicinregulering. Her kan prioritering af opgaver anses for at være afspejlet af det biomedicinske perspektiv, der dominerer psykiatrien. Et fund på tværs af alle informanter består i, at barrierer ofte kan ses som afspejlet af de rammer, som psykiatrien arbejder indenfor.

Ud fra dette afsnit ses en central barriere i forhold til i prioriteringen af opgaver både med hensyn til travlhed og kompetencer. Et fund består i, hvad der er henholdsvis en regional og

kommunal opgave i forbindelse med ansvaret for børn som pårørende, som kan anses som en målgruppe, der falder mellem de to sektorer. På tværs af informanterne beskrives også, hvordan psykiatrien sommetider kan mangle at have øje for de sociale aspekter omkring patienten.

6.2.4. “At have øje for helheden kommer i næste step”

I forbindelse med ovenstående fund vedrørende de sociale aspekter omkring patienten, kan der ses et behov for et mere helhedsperspektiv omkring patientens behandling. På tværs af informanterne italesættes, hvordan børnene først opspores, efter deres forældre er udredt og herved fået en diagnose. Ida og Mia udtrykker i den forbindelse:

“Først så kommer man jo til en udredning her typisk. Man starter ikke bare i behandling. Man skal igennem en diagnosticering. Og så, hvis man så får en diagnose, man skal få behandling for herinde. Så bliver det dokumenteret. Så er det jo der, hvor man kan gå videre med det [opsporing]. Og det er simpelthen fordi, når vi laver det her opsporingsarbejde, så går vi også ud fra det diagnosespecifikke” (Bilag 5.1. Ida)

“Der er jo et tilbud derude, hvor familier kan blive henvist til, hvis enten mor eller far har en psykiatrisk diagnose ... Hvis forælderen har fået en diagnose i psykiatrien, så er der nogen, det skulle der i hvert fald meget gerne være, der spørger, om der er børn i hjemmet. Især hvis de bliver indlagt, så står det som en fast del” (Bilag 5.2. Mia)

Ovenstående citater udfolder, at psykiatrien arbejder ud fra en forståelse af, at patienten skal udredes, før børnene opspores og kan tilbydes hjælp. For at børnene kan få hjælp og støtte gennem samtaler, skal forælderen have fået sin diagnose. Som nævnt tidligere påpeger flere, hvordan barrierer for opsporing kan bestå af, at der er mange opgaver, som skal varetages, hvor fokus på medicin, behandlingsplaner og “det akutte” kommer før opsporing. Dette kommer blandt andet til udtryk i følgende citat af Gitte og Mia:

“... i og med at man her og nu står med en patient, som måske er i overhængende fare for at gøre skade på sig selv eller andre. Eller simpelthen bare har et rigtig dårligt funktionsniveau og dermed er indlagt. Så der er fokus helt klart på patienten og de behov, patienten har, og det der med at have øje for helheden det kommer i næste step. Så det handler selvfølgelig lidt om, at nu er det akutte, og så efterfølgende så bliver det sociale en del af pakken... Så er der først fokus på patienten og efterfølgende, så kommer det mere i forhold til det sociale og børn” (Bilag 5.4. Gitte)

“Patienter kan også være så dårlige og så syge, at der er noget, der står meget mere præsent end andet. Altså, så bliver det lige pludselig det vigtigste og hovedfokus, at patienterne overlever og så opsporing af børn efter” (Bilag 5.2. Mia)

I begge citater udtrykkes, at i akutte tilfælde vil fokus først være på patienten og derefter på opsporing af børnene. I tråd med ovenstående citater kan der argumenteres for, at det kan være i den akutte periode, hvor patienten er indlagt, hvor børnene kan have mest brug for hjælp. Et andet eksempel på at børn som pårørende kommer i anden række, kan også anses for at komme til udtryk gennem relationen mellem patient og behandler. Flere informanter udtrykker en barriere for opsporing vedrørende frygten for, at inddragelse af børn kan have en påvirkning på behandlingsalliancen. Dette udtrykker Julie:

“Det er jo også den der relation til patienten, hvor det egentlig også er ret interessant, at man ikke har tænkt det godt nok ind i retningslinjerne. Ja, det kan vel være sårbart at spørge ind til børn... fordi nogle gange, så er der nogle af mine kollegaer, der siger, prøv lige at spørge hende igen. Man skal også passe på med at presse for meget på, så tænker jeg, at man mister dem. I stedet for at snakke med dem omkring det, og lade dem tænke lidt over det, og så lige lade det gå lidt tid” (Bilag 5.3. Julie)

Julie udtrykker, at en barriere for opsporing kan være frygten for at miste relationen til patienten, når der tales om børnene. Ud fra citatet kan det siges, at behandlingen af patienten og relationen til behandlerne prioriteres højere end opsporingen af børnene. Julie beskriver: *“Men jeg har faktisk også haft en patient, der er blevet lidt irriteret på mig over, at jeg snakker om det [børnene], og så synes jeg, at det er svært” (Bilag 5.3. Julie)*. I citatet beskriver Julie en bestemt situation, hvor en patient har udtrykt irritation, fordi hun har spurgt ind til patientens børn. Hun beskriver dog, at det kan være vigtigt at være vedholdende og vise interesse for børnene, særligt hos de patienter, der udviser manglende sygdomserkendelse (Bilag 5.3. Julie). Her kan frygten for at ødelægge relationen og herunder tilliden ses som en barriere hos flere informanter. I tråd med Julies oplevelse har Gitte også i sin position som leder oplevet udfordringer ved, at børnene er blevet involveret i patientens sygdom:

“Men altså jeg har også oplevet som leder, så får jeg simpelthen sådan en lang mail fra et forældrepar, som synes, de har været udsat for overgreb og alt muligt andet. Fordi de jo slet ikke havde forestillet sig, at der skulle tales med børnene om det. De ville bestemme, hvad børnene skulle vide. Så det gik over deres grænser. Så det risikerer vi også, hvis ikke man får lavet den der forventningsafklaring. Jeg tænker også, at nogle

gange kan man jo ikke undgå det. Altså så ender det der, fordi vagtsomhedsniveauet det bliver simpelthen så højt i rummet” (Bilag 5.4. Gitte)

I ovenstående citat påpeger Gitte, hvor vigtigt det er, at der foregår en forventningsafstemning med forældrene inden familiesamtalen, som også kan være med til at bevare den gode relation mellem behandler og patient. På tværs af informanterne ses et vigtigt aspekt i, at selvom disse samtaler er væsentlige at afholde, foregår der også et stort stykke arbejde op til for at motivere og afstemme med forældrene, sådan at samtalen forløber i overensstemmelse med, hvad forældrene gerne vil tale om. I den forbindelse fremhæver Lise vigtigheden af at motivere patienter til at inddrage deres børn i sygdomsforløbet:

“Så der ligger et motivationsarbejde, og så skal vi lige afdramatisere os lidt og komme med nogle eksempler på, hvad man vil sige. Det er det med at snakke lidt børnesprog også i forhold til en depression og sige, at din mor er ked af dig, og det er ikke din skyld, og det er os, der passer på din mor, og vi er på det niveau. Det er sådan, vi snakker, og det kan forhåbentlig også afdramatisere” (Bilag 5.5. Lise)

Lise fortæller vigtigheden af at motivere og forventningsafstemme med forældrene i forhold til samtalerne. Heraf nævner flere af informanterne vigtigheden af tidspunktet og måden inddragelse af børnene præsenteres for ikke at bryde behandlingsalliancen. Flere af informanterne påpeger dog, at de ikke oplever en frygt for at miste behandlingsalliancen, hvilket kommer til udtryk hos Gitte og Tina:

“Men ellers så oplever jeg faktisk, at de fleste behandlere har ingen problemer eller ej heller i relationen i forhold til at tale om børn. Og hvordan trives du med at være forælder, selvom du har din egen lidelse og slås med, hvordan går det og sådan, det taler man om” (Bilag 5.4. Gitte)

“Hvis jeg nu har en relation med patienten, bliver den så ødelagt, hvis jeg snakker med børnene, og bliver den ødelagt, hvis jeg laver en underretning? Det er ikke noget, jeg synes, det gør, men jeg ved, det kan være en barriere i folks opfattelse af at overhovedet komme ind af den sti der” (Bilag 5.3. Lise)

I både Gittes og Tinas citater udtrykkes, at de ikke oplever, at der kan være frygt for at miste behandlingsalliancen. Således kan der siges at være en divergerende forståelse af, hvorvidt behandlingsalliancen kan udgøre en barriere. I forhold til Lise skal det dog bemærkes, at hun ikke selv oplever en frygt for at inddrage børnene og herved miste relationen, men hun

anerkender, at det kan være en barriere for nogen. I den forbindelse fremhæver Tina vigtigheden af at varetage børnene interesse, også selvom det kan påvirke behandlingsalliancen:

“Du er nødt til at prøve at få dem herind og så varetage børnenes interesse i det også. Der har været meget snak om, at det er, “jamen, hvad med behandlingsalliancen?” Og det er rigtigt, det kan også godt være, at der sker noget ved det, men hvad med børnene? Der er sådan to hensyn” (Bilag 5.6. Tina)

I citatet anerkender Tina, at italesættelse af patientens børn kan gå ud over behandlingsalliancen. Hun udtrykker omvendt, at hvis der ikke spørges ind til børnene, kan det have konsekvenser. For Tina er der altså to hensyn at tage, hvor hun beskriver, at der sommetider kan tages et for stort hensyn til patienten og manglende fokus på børnene.

Ud fra ovenstående afsnit ses en vigtig barriere for opsporing i form af psykiatriens fokus på behandling af patienten, og opsporing af børnene kommer efterfølgende. På den måde kan der argumenteres for, at fokus på børn som pårørende overskygges af fokus på symptombehandling og behandlingsalliance.

6.2.5. “De mærker mere, end man tror”

I problemfeltet er vi blevet opmærksomme på, hvorvidt manglende sygdomserkendelse kan udgøre en barriere for opsporing. Dette aspekt kommer også til udtryk på tværs af informanterne. Gitte udtrykker, at der kan opstå en barriere for opsporing, hvis forældrene negligerer sygdommen. Hun har oplevet pressede forældre, der ikke synes, at sygdommen nødvendigvis er noget, der skal italesættes, fordi de ikke anser sygdommen som et problem. Hun udfolder, at hendes oplevelse sommetider er, at forældrene kan opleve, at sundhedspersonalet “... unødigt problematiserer ting” (Bilag 5.4. Gitte). På den måde kan der opstå et forskelligt syn på behovet for, at der bliver afholdt familiesamtaler, hvilket i sig selv kan udgøre en barriere for opsporing. I forhold til at identificere behovet for at italesætte situationen om forældrerens sygdom, kan patientens sygdomsopfattelse spille en stor rolle. Her fortæller Gitte: “Men der er jo også rigtig mange som med forskellige problemstillinger har rigtig svært ved at se egen rolle og ansvar” (Bilag 5.4. Gitte). På den måde kan der opstå en barriere i forskellen mellem forældrenes oplevelse af, at sygdommen ikke påvirker børnene og sundhedspersonalets forståelse af, at det er gavnligt at involvere børnene. Aspektet om i hvilken

grad børnene bliver påvirket af deres forældres egen opfattelse af sygdommen, fremhæver også Gitte og Ida:

“Jeg tror egentlig, at vi som voksne tænker, når vi ikke taler om det, så mærker de det ikke. Men det gør de jo. De mærker mere, end man tror. De mærker jo meget mere, end man tror, og de har jo meget ofte en tendens til at tænke, når det ikke bliver talt om, så er det, fordi det er forbudt, eller det er farligt. Så jeg synes, at vi har en vigtig mission med de her samtaler” (Bilag 5.4. Gitte)

“I praksis så er vores erfaring, at barnet eller den unge allerede har opfanget meget af det, der foregår (...) Og faktisk gør vi det mere farligt, når barnet ikke forstår, hvad der foregår. De kan se mor eller far reagere på de her måder, og hvis de ikke forstår det, så laver de ofte sine egne forklaringer i sit eget hoved, og de forklaringer er i mange tilfælde værre end virkeligheden. Og de kommer ofte til at handle om, at barnet tager skyld på sig selv” (Bilag 5.1. Ida)

Både Ida og Gitte lægger vægt på, at børn af forældre med psykisk sygdom ofte fornemmer mere, end hvad forældrene tænker. I forlængelse af citater fra Ida og Gitte, påpeger Julie: *“Jeg tænker, at hvis det er dem, der sådan har mindst sygdomsindsigt, så kan det også være de børn, der har sværest ved at forstå deres følelsesreaktion”* (Bilag 5.3. Julie). Herunder sammenholder Julie, at patienterne med mindst sygdomsindsigt sommetider kan være dem, som ville have mest gavn af, at børnene inddrages. Det skyldes, at i tilfælde med lav grad af sygdomsindsigt kan det være særlig vigtigt italesætte situationen over for børnene. At forældrene ikke vil involvere børnene, kan skyldes en opfattelse af, at de kan skjule sygdommen for deres barn. Dette aspekt har flere informanter på tværs nævnt, hvoraf Julie omtaler det som *“et uhensigtsmæssigt hensyn at tage til børnene”* (Bilag 5.3. Julie).

Flere informanter fremhæver, hvor vigtigt det er at få patienten til at åbne op og fortælle om sin sygdom til børnene, og her er samtaler med familien en vigtig motiverende faktor for at få det til at ske. I tråd med ovenstående modstand i forhold til at involvere børnene fremhæver Tina det vigtige stykke arbejde, som hviler på sundhedspersonalets skuldre relateret til opgaven om at opspore børn som pårørende i psykiatrien:

“Og [personalet] kan stå imod, når patienten siger, ‘jamen, mine børn, de spekulerer slet ikke over det’. De ved ikke engang, jeg er syg, de tror, jeg har ondt i maven eller sådan et eller andet. Og måske snakke med dem om at sige, jeg ved fra mange af de her

familiesamtaler, at børnene de går og bekymrer sig om de voksne. For det gør vi i en familie, vi bekymrer os om hinanden. Så man kan sådan overtale forældrene. Man skal i hvert fald fortælle dem, det er ikke farligt at komme ind til det her. Og dine børn går og bekymrer sig, for det gør de fleste børn” (Bilag 5.6. Tina)

I citatet lægger Tina vægt på, at personalet har et ansvar for at motivere patienterne til at involvere deres børn i sygdomsforløbet. Hun uddyber, at der tit kan være patienter, som ikke tænker, at deres børn påvirkes af forældrens sygdom. Her mener Tina, at personalet har en vigtig opgave for at oplyse forældrene om, at børn bekymrer sig, og de mærker, hvis der er noget galt. I den forbindelse lægger Gitte, Julie og Mia vægt på, at det er vigtigt at italesætte situationen om forældres sygdom over for børnene:

“Hvordan er det, at man kan tale med børn om det at være psykisk syg? Men også spørge børnene hvad vil være hjælpsomt for dig? Så er der også nogle gange, at det ender ikke så godt (...) forældre vil jo altid gerne skærme deres børn. Og så tænker de, det er bedst ikke at sige noget. Jeg tænker sådan, det er jo ikke meget, vi byder ind med der, men der bliver åbnet op, og der bliver sagt noget i stedet for, at man får at vide, at mor er bare på sygehuset, fordi hun er syg” (Bilag 5.4. Gitte)

“Man vil gerne beskytte dem og passe på dem, men man glemmer nok, at børnene måske sanser mere, end de går og tror” (Bilag 5.3. Julie)

“Det viser sig altid, at børnene har lagt mærke til noget. Mere end hvad de voksne tror (...) Men jeg synes, det er lettere at bære, når man kan snakke om det, og det er jo også det, børn oplever. Og forældre egentlig også, når de får taget hul på det, at det vi kan tale om, det fylder lige pludselig ikke helt så meget mere” (Bilag 5.2. Mia)

Informanterne nævner i ovenstående citater at en forklaring på, hvorfor patienterne ikke har lyst til at involvere deres børn skyldes, at patienterne som forældre ønsker at beskytte børnene. Samtidig nævner de også, at denne forestilling ofte er misforstået, da børnene ofte mærker mere, end forældrene er bevidste om. Flere informanter påpeger i tråd med ovenstående citater fra Gitte, Julie og Mia, at det ofte kan skabe større bekymringer og negative reaktioner hos børnene, hvis situationen om forældrenes sygdom ikke italesættes.

På tværs af informanterne kan det også ses, at forældrenes ønske om ikke at involvere børnene kan skyldes samfundets stigmatisering af psykisk sygdom, hvilket kommer til udtryk i et citat fra Julie: *“Jeg tror helt sikkert, der er en barriere i forhold til opsporing. Det er forældrenes*

eller den såkaldte syges voksnes forståelse af eller frygt for, at diagnosen er farlig for barnet. Så en frygt for at tale om det og sygeliggøre sig selv” (Bilag 5.3. Julie). Herunder udtrykker Julie, hvordan forældrenes forståelse af egen sygdom som “farlig for barnet” påvirker, hvorvidt de vil inddrage barnet i sygdommen. Denne forståelse kan hænge sammen med stigmatisering af psykisk sygdom. Hvordan stigmatisering har en påvirkning på patientens sygdomsforståelse belyses også af Gitte:

“Altså, nogen kommer her jo nødt, og det er altid svært. Fordi de vil helst ikke have kontakt til os. Der er og vil nok altid være en stigmatisering. Man vil føle sig stigmatiseret som psykisk syg, det tror jeg, i dagens Danmark, hvor det jo handler om at kunne præstere glansbilledet af et liv” (Bilag 5.4. Gitte)

Som det nævnes i citatet af Gitte, kan stigmatisering af psykisk sygdom udgøre en barriere for opspring, da der kan være stigmatisering forbundet med at være i kontakt med psykiatrien. En barriere for opsporing af børn som pårørende er dermed stigmatisering og det tabu, som eksisterer omkring psykisk sygdom og psykiatrien. Som vist i ovenstående citater kan også patienternes forståelse af deres egen sygdom være påvirket af den måde, psykisk sygdom fremstilles og italesættes i samfundet. Dette eksemplificeres i nedenstående citater af Mia og Tina:

“Det virker på en eller anden måde meget naturligt, at man skriver på Aula til sit barns lærere, hvis man er igennem et kræftforløb og siger, at vores familie går igennem det her lige nu, og det ville nok påvirke mit barn, så det må I gerne lige være opmærksom på. Men modsat er det bare slet ikke naturligt at skrive til læreren, at jeg lige er ramt af en depression lige nu” (Bilag 5.2. Mia)

“Der er jo lidt det der med, om det er ens egen skyld, at man har en depression, og det er jo også mange patienters opfattelse. Jeg burde også tage mig sammen. Og så får du det bedre. Det tror jeg, der er flere, der opfatter, end hvis du har en kræftlidelse. For dem så siger man jo heller ikke, tag dig nu sammen, så forsvinder den. Det gør den jo ikke, og det gør depressionen heller ikke. Så der er også sådan en forskel i skyld” (Bilag 5.6. Tina)

Som det kommer til udtryk i citaterne fra Mia og Tina, er samfundets forestillinger anderledes for somatiske sygdomme end for psykiske sygdomme, hvilket også påvirker forældrenes egen sygdomsopfattelse. Der kan anses fra et samfundsperspektiv at være en større forståelse og

accept, hvis der er tale om somatisk sygdom frem for psykisk sygdom. Denne stigmatisering af psykisk sygdom kan også i høj grad være en barriere for opsporing, da det kan påvirke, hvorvidt forældrene ønsker involvering af deres børn i samtaler med psykiatrien. Hvis forældrene ikke ønsker disse samtaler, kan psykiatrien ikke tilbyde børnene den hjælp og støtte, som der kan være brug for.

På tværs af informanterne ses en væsentlig barriere for opsporing, der udgøres af forældrenes ønske om ikke at ville involvere børnene. Herudover nævnes af flere informanter, at stigmatisering af psykisk sygdom også ses som en barriere for opsporing.

6.2.6. Diskussion og delkonklusion

Gennem specialets anden analysedel har vi identificeret, at Kleinmans tre sygdomsforståelser kan bidrage til at forklare forskellige barrierer for opsporingen af børn af forældre med psykisk sygdom i psykiatrien. Herunder kan det overordnet siges, at der er nogle barrierer i form af de rammer, som sundhedspersonalet arbejder inden for i psykiatrien, og nogle barrierer der kommer fra patienten og til sidst nogle barrierer fra de kulturelle og samfundsmæssige forståelser af psykisk sygdom. Undervejs er vi også stødt på nuancer i empirien, som vil belyses ud fra nye teoretiske perspektiver. For at belyse specialets fund vedrørende ønsket om en kulturændring, prioritering af medicinsk behandling og diagnosticering før opsporing er det væsentligt at inddrage Kleinmans (2020:1-4) sygdomsforståelse i form af disease. Som nævnt i afsnit 3.3.1 *Divergerende sygdomsforståelser* kan den dominerende sygdomsforståelse i psykiatrien anses for at være den biomedicinske forståelse eller ifølge Kleinman et disease perspektiv. Disease kan være med til at forklare de fundne udfordringer i forhold til at få ændret kulturen omkring opsporing af børn som pårørende. Det kan ses i lyset af, hvilke opgaver der prioriteres i psykiatrien, hvor der ud fra et disease perspektiv kan argumenteres for, at det er symptombehandling og medicin, som bliver omdrejningspunktet frem for fokus på patientens netværk, som vægtes i et illness perspektiv. Disease kan i forlængelse af specialets fund vedrørende travlhed være med til at forklare, at den medicinske behandling prioriteres, hvorimod opsporingen af børn som pårørende nedprioriteres grundet travlhed. På den måde kan de empiriske fund vedrørende travlhed og kulturændring anses for at hænge tæt og kan begge ses som afspejlet af, hvilke indsatser der prioriteres. Her kan Kleinmans (2020:1-4) sygdomsforståelser bidrage til at forklare, hvordan psykiatrien er indlejret i en biomedicinsk forståelse af sygdom (Birk & Karp 2013:25), som kan udgøre nogle barrierer for at skabe en kulturændring i forhold til opsporingen af disse børn samt prioriteringen af opsporingen. Ud

fra Kleinmans (2020:1-4) sygdomsforståelser kan det udledes, at informanterne jævnfør deres ønske om kulturændringen ønsker et øget fokus på et illness perspektiv, således at der kommer et større fokus på pårørende og ikke kun patienten.

Prioriteringen kan anses som en afspejling af psykiatriens fokus på disease, hvor hovedfokus er på behandling af den psykiske sygdom samt reducere af symptomer, og herefter er fokus på opsporing af børnene (Birk & Karp 2013:25). Dette aspekt ses som et tydeligt fund hos flere af informanterne, der nævner, at deres hovedopgave er at behandle den psykiske sygdom, og alt andet kommer her efter. Det empiriske fund kommer særligt til udtryk i akutte tilfælde, hvor hovedfokus bliver symptomreduktion og behandling, hvor de sociale aspekter omkring patienten herunder opsporing kommer i anden række. Kleinman (1988) kritiserer i den forbindelse sundhedsvæsenet for at have et for stort fokus på diagnoser og behandlinger. Her fremhæver Kleinman sundhedssystemet som andet og mere end diagnoser og behandling samt pointerer, at mennesket er sociale væsener, der lever i en social verden, hvilket bør indtænkes. Gennem illness anerkender Kleinman, at mens disease rammer individet, så rammer illness langt bredere i form af netværk og pårørende herunder også børn (Kleinman 2020:1-4). Ud fra sygdomsforståelser kan der argumenteres for, at ovenstående er et udtryk for, at psykiatrien arbejder ud fra et disease perspektiv på sygdom og sundhed, hvor den biomedicinske forståelse er dominerende i psykiatrien og dermed skaber rammerne for sundhedspersonalet og patienterne, hvilket kan medføre en lavere prioritering af illness og herunder opsporing af børnene. Disease kommer også til udtryk i forhold til fundet omkring, at patienten skal igennem en udredning, før barnet kan opspores og tilbydes hjælp. Det kan ses ved, at den lægefaglige og medicinske viden gennem fastlæggelse af en diagnose bliver adgangen for hjælp til patienten og patientens børn. I den forbindelse bliver det relevant at supplere Kleinman med ny sociologisk teori til at belyse dette fund i form af Nikolas Rose, der påpeger, at diagnoser kan ses som adgangen til velfærdsydelser gennem hans teoretiske begreb om allokeringmekanisme (Rose 2019:73-75; Petersen 2015:61-62). Roses hovedpointe er, at selvom psykiske diagnoser er udviklet som et arbejdsredskab for læger og psykiatere, bliver de i det moderne samfund anvendt som allokeringmekanisme i forhold til, hvem der tildeles privilegier og ressourcer. Dette bliver tydeligt gennem specialets fund, hvor diagnosticeringen medfører adgang til familie- og forældresamtaler i psykiatrien, hvor disse samtaler kan ses som en ressource, der tildeles efter diagnosen er givet. Heraf kan det diskuteres, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at patienten skal udredes og få sin diagnose, før patientens netværk, herunder

børn som pårørende, kan få hjælp. Særligt taget i betragtning af det pres, som psykiatrien er under og de lange ventetider i forhold til udredning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2023).

Jævnfør fundet om kulturændring hviler et behov for mere formaliserede arbejdsgange for at få implementeret opsporingen og dermed ændre kulturen. I analysen har der vist sig nogle mere organisatoriske aspekter vedrørende implementering, som vores eksisterende teori ikke har kunne indfange, hvorfor vi i tråd med specialets adaptive forskningsstrategi inddrager ny teori for at belyse dette fund. Trisha Greenhalgh (et al. 2004) inddrages til at belyse analysens fund vedrørende, at en barriere for opsporing kan bestå i, at opsporingen ikke er tilstrækkeligt systematiseret. I tråd med vores adaptive ståsted trækker vi blot på dele af den nye teori, som kan bruges til at forstå de empiriske fund, som vores nuværende teori ikke indfanger. Greenhalgh (et al. 2004:618-620) beskriver i forhold til implementering, at det er vigtigt at tage højde for organisationens indre kontekst (f.eks. kultur og ressourcer) og ydre kontekst (f.eks. politiske incitamenter). Disse kontekster spiller en stor rolle i, hvordan indsatser kan adopteres og implementeres. Koblet på specialet kan den ydre kontekst anses for at være lovgivningen og retningslinjer på området for opsporing. Den indre kontekst kan udledes som kulturen, der er omkring opsporingen og de ressourcer, der lægges i selve opsporingen. På området for opsporing kan det altså belyses, at der for opsporingen bør arbejdes med den indre kontekst for at få implementeret opsporingen i praksis, da den ydre kontekst på området og de formelle rammer for opsporingen er tydeligt formaliseret, som informanterne påpeger. Der kan herved argumenteres for et større behov for ressourcer, samt at medarbejderne er opmærksomme på og bidrager til opsporingen. Disse ressourcer kan anses for at være personalets arbejde med at motivere patienter til at tage imod samtaler med deres børn samt dokumentation af, hvorvidt patienterne har børn og opfølgning på henvisninger til samtaler. På den måde kan der også anses et behov for, at det ikke blot er nøglepersonerne med de særlige kompetencer på området, men der overordnet blandt alle medarbejdere i psykiatrien anses større opmærksomhed på opsporing af børn som pårørende. Specialets fund vedrørende prioritering af opsporing af børn som pårørende kan også belyses ud fra et andet teoretisk begreb fra Greenhalghs (et al. 2004:596) implementeringsteori i form af *kompatibilitet*. Begrebet indebærer, at indsatser, der er kompatible med medarbejderes værdier, normer og opfattede behov er lettere at implementere. Qua adaptiv teori kan der dog anses et behov for at nuancere begrebet for at kunne belyse de analytiske fund i specialet. Denne nuancering udledes i flere af informanternes udtalelser om, at alle medarbejdere i psykiatrien mener, at børn som pårørende er vigtige at have øje for. Derfor kan kompatibiliteten anses for at være udfordrende set i lyset af det system,

som psykiatrien er en del af, der hviler på den biomedicinske forståelse (Birk & Karp 2013:25). Hermed kan der til trods for, at indsatsen kan have stor værdi hos medarbejderne som mennesker, anses nogle barrierer for opsporingen ved, at indsatsen ikke kan anses lige forenelig med resten af psykiatriens fokuspunkter såsom behandlingsplaner, symptomreducering og medicin. Dette kan også ses i lyset af specialets empiriske fund vedrørende behandling af patienten først og derefter de sociale aspekter omkring patienten. I forlængelse heraf kan Greenhalghs teoretiske udgangspunkt forstås supplerende med Kleinmans forståelse, hvor den dominerende sygdomsforståelse i psykiatrien er disease og fokus dermed først er på behandling, hvor inddragelse og opsporing af børn som pårørende i højere grad er udtryk for et illness perspektiv, som bliver fokus efter behandlingen. I forhold til at det medicinske fokus overskygger patientens netværk viser eksisterende forskning ligeledes, at implementeringen af indsatser i psykiatrien herunder opsporing af børn som pårørende kan være udfordret af psykiatriens fokus på behandling af patienten (Dean & Macmillan 2001:20).

I specialets empiri viser der sig væsentlige fund vedrørende behandlingsalliancen, herunder hvornår sundhedspersonalet spørger ind til patienternes børn, og hvorvidt en frygt for at påvirke behandlingsalliancen kan udgøre en barriere for opsporing. Behandlingen kan udledes for at hænge tæt sammen med patientens relation og tillid til personalet. Herunder kan det siges, at sundhedspersonalet ud fra et disease perspektiv og ønske om behandling af patienten er afhængig af tillid fra patienten for at kunne hjælpe dem. At nævne børnene er ofte sårbart, hvilket er årsagen til, at inddragelse af børn som pårørende kan påvirke behandlingsalliancen. En prioritering af behandlingsalliancen kan udledes som udtryk for en prioritering af disease i forhold til behandling som hovedfokus. Ud fra dette fund kan der også ses, hvordan Kleinmans sygdomsforståelser kan ses gensidigt afhængige (Kleinman 2020:1-4). Det består i, at sundhedspersonalets mulighed for at behandle patienten ud fra et disease perspektiv også afspejles af patientens opfattelse af sygdommen og forløbet, og hvorvidt de har tillid til den behandling, som sundhedspersonalet tilbyder. Det empiriske fund omkring frygten for at miste behandlingsalliancen understøttes ligeledes som en barriere identificeret i eksisterende forskning (Maybery & Reupert 2009: 787). Et empirisk fund består dog også i, at frygt for at miste behandlingsalliancen kun gør sig gældende for nogle informanter, hvorimod andre informanter ikke oplever at påvirke relationen negativt ved at spørge ind til patienternes børn. Herunder peger et væsentligt fund på, at hensyntagen til patientrelationen kan være med til at overskygge fokus på børnene. Dette hænger tæt sammen med patientens egen sygdomsforståelse, i forhold til hvorvidt deres sygdom påvirker barnet.

Et væsentligt empirisk fund i forhold til barrierer for opsporing er patienternes ønske om ikke at ville involvere børnene i deres psykiske sygdom. I eksisterende forskning er dette aspekt ligeledes påpeget, at patienter ofte ikke ønsker at involvere sine børn i deres sygdomsforløb grundet manglende sygdomsindsigt (Gladstone et al. 2010). Dette aspekt er fremanalyseret som et vigtigt fund i specialet i form af, at manglende sygdomsindsigt udgør en barriere. Dermed kan en barriere ses i form af illness perspektivet (Kleinman 2020:1), som her kan udledes for at være, at forældrenes egen sygdomsforståelse udgør en barriere for opsporingen af børnene. Et fund kan ses ved, at forældrenes sygdomsopfattelse er, at sygdommen ikke påvirker børnene, og derfor beskytter forældrene deres børn ved ikke at inddrage dem i sygdommen. Her viser både fund fra specialets empiri og problemfeltet, at det er bedst at involvere børnene og give dem en alderssvarende forklaring på situationen forbundet med at have en forælder med psykisk sygdom. Det kan være via psykoedukation, som består af undervisning i sygdommen. Eksisterende forskning fremhæver ligeledes vigtigheden af at give børnene en alderssvarende psykoedukation (Lannes et al. 2021; Munnicke 2020). Heraf er en vigtig pointe hos Kleinman, at de tre sygdomsforståelser kan påvirke hinanden, hvormed patientens egen sygdomsforståelse i form af illness er influeret af samfundets og den kulturelle forståelse af sygdommen i form af sickness (Kleinman 2020:3-4). Ud fra specialets empiri fremhæves, at stigmatisering af psykisk sygdom udgør en barriere for opsporing. Denne barriere kan uddybes gennem Kleinmans forståelse af sickness, der er med til at forme individernes sygdomsopfattelse. På den måde kan der også ses aspekter af Kleinmans kritik af sundhedsvæsenets overskyggende fokus på diagnoser og behandling. Her mener Kleinman, at systemet også skal have øje for mennesker som sociale væsener, der indgår i dette system. Indviders sygdomsopfattelser kan således være påvirket af de sygdomsopfattelser, der eksisterer i samfundet (Kleinman 2020:3-4). Disse teoretiske perspektiver kan også være med til at belyse specialets empiriske fund, at nogle sygdomme er mere acceptable end andre. Herunder er der fra samfundets perspektiv en større forståelse og accept, hvis der er tale om somatisk sygdom frem for psykisk sygdom. Dette kan også være med til at vanskeliggøre og være en forklaring på, hvorfor forældrene ikke ønsker at involvere deres børn. Dette kan suppleres ud fra Link & Phelans (2001) stigmatiseringsteori, der udfolder, at individer identificerer og stempler menneskelige forskelligheder. Dette viderefører Link & Phelan til sygdomme ved at pointere, at nogle sygdomme er mere acceptable end andre, hvoraf somatiske sygdomme ofte er mere acceptable end psykiske sygdomme (Link & Phelan 2001:367-368, 373). Afsluttende kan det siges, at vi identificeret en række forskellige barrierer for opsporing af børn som pårørende, som både vores

eksisterende teori har belyst, og samtidig har vi inddraget nye teoretiske perspektiver til at nuancere disse fund.

7. Diskussion af specialets styrker og svagheder

I forhold til belysningen af sammenhængen mellem betydningen af forældrenes mentale sundhedstilstand for barnets mentale sundhed kan en styrke ses ved, at vi anvender validerede skalaer. Dette gælder både i forhold til de forskellige indikatorer for mental sundhed hos barnet og skalaerne for stressniveau og mental sundhed hos forældrene. Som nævnt tidligere findes der flere samlede mål for mental sundhed, men i specialet måler vi i stedet mental sundhed hos barnet gennem fire indikatorer i form af meningsfuldhed, selvværd, depressive symptomer og oplevet stress. Dette anser vi i specialet som en styrke, da disse fremstår som mindre komplekse end mental sundhed som et samlet begreb. Ved brug af validerede måleinstrumenter har vi højnet specialets målingsvaliditet (Andersen 2010:98), da disse indikatorer er testet og valideret til at være et mål for et specifikt begreb. Samtidig er alle fire indikatorer testet for reliabilitet i flere studier, som viser en acceptabel grad af intern reliabilitet i form af intern sammenhæng mellem de forskellige spørgsmål (Andersen 2010:101). For forældrene måles der på et samlet mål for mental sundhed og stressniveau. Det kan ses som en svaghed, at vi måler på et samlet mål for mental sundhed hos forældrene, da mental sundhed er et komplekst begreb. Dog kan det anses som en styrke, at det samlede mål for mental sundhed suppleres med stressniveau, samtidig med at begge disse skalaer ligeledes er validerede måleinstrumenter og testet for reliabilitet. I forhold til målingsvaliditeten (Andersen 2010:98) er en styrke i specialet, at vi har brugt objektive og registerbaseret mål for socioøkonomisk baggrund, så vi på den måde har sikret, at der er korrekte oplysninger herom.

Udover stressniveau og mental sundhed hos forældrene belyser vi ligeledes psykisk sygdom, hvilket kan anses som en styrke. Eksisterende forskning viser, at risikoen for negative udfald er højere for børn, der bor alene med en forælder med psykisk sygdom, sammenlignet med børn, som bor med både en forælder med psykisk sygdom og en forælder uden psykisk sygdom. Her kan ressourcer fra forælderen uden psykisk sygdom spille en beskyttende rolle (Reedtz et al. 2019; Hosman et al. 2009). I specialet skelnes der ikke mellem, hvorvidt barnet bor med den psykisk syge forælder. Selvom vores datasæt indeholder oplysninger herom, har det alligevel ikke været muligt at skelne mellem, grundet et for lille sample. Derudover er en svaghed ved det selvrapporterede mål, at der ikke skelnes mellem psykiske sygdomme. Ved brug af LPR som indeholder diagnosespecifikke oplysninger, vil vi kunne skelne mellem diagnoser, men grundet et for lille sample skelnes der ikke her imellem. Eksisterende forskning viser, at forældres psykiske sygdomme har forskellige symptomer, som har forskellige effekter

på forældreadfærd og udfordringer hos børnene (Biederman et al. 2001). Et argument for at vi alligevel har benyttet et samlet mål for psykisk sygdom på trods af forskellene her indenfor er, at andet eksisterende forskning har vist en øget risiko for udfordringer og udvikling af psykisk sygdom hos barnet på tværs af hele det diagnostiske spektrum (Hosman et al. 2009:251; Van Santvoort et al. 2015; Dean et al. 2010).

Derudover er det vigtigt at være opmærksom på omvendt kausalitet, og dermed om der er en risiko for, hvorvidt børns mentale sundhedstilstand kan påvirke forældrenes mentale sundhed. Gennem et prospektivt design med paneldata som benyttes i specialet, er det muligt at anvende mål af ens variable på forskellige tidspunkter. Paneldesignet skaber i højere grad mulighed for at kontrollere for omvendt kausalitet (De Vaus 2001:118, 126), og højner herved den interne validitet (Andersen 2010:103). Derfor er forældrenes mentale sundhedstilstand målt gennem variable fra 2004, mens indikatorerne for mental sundhed hos barnet er målt i de efterfølgende år for at sikre, at de uafhængige variable tidsmæssigt kommer før de afhængige variable. På trods af, at indikatorerne kommer tidsmæssigt senere end forældrenes mentale sundhedstilstand i 2004, er der en risiko for, at børnenes mentale sundhed kan have haft en betydning for forældrenes mentale sundhed i 2004. Heraf viser eksisterende forskning, at dårlig mental sundhed hos barnet særligt kan påvirke forældrenes mentale sundhed grundet stress og bekymring hos forældrene (Greenberg et al. 2021). Dog har vi i vores litteratursøgning fundet en større mængde forskning, der undersøger forældrenes mentale sundhedstilstands påvirkning på barnets mentale sundhed end den omvendte sammenhæng. Dette kan indikere, at der kan være brug for mere forskning til at undersøge den omvendte sammenhæng. I forlængelse heraf kan en svaghed i specialet være, at der går flere år mellem målingerne, og der er derfor en risiko for, at påvirkningen foregår simultant. Det vil sige, at der er en risiko for, at der kan være andre faktorer, der påvirker barnets mentale sundhed. Trods specialets identificerede sammenhænge mellem forældres mentale sundhed betydning for barnets mentale sundhed er vi dermed ikke i stand til at fastslå, i hvilket omfang der er tale om direkte årsagssammenhænge. Dette har vi forsøgt at imødekomme ved at kontrollere for en række potentielle confoundere, der i eksisterende forskning har vist sig vigtige. I forhold til kausalitetsproblematikker er det dog vigtigt at overveje, om vi har kontrolleret for alle relevante confounders. Det kan tænkes, at en relevant confounder som der ikke er kontrolleret for i specialet er negative livsbegivenheder, der kan have betydning for både forældres og børnenes mentale sundhed.

I forhold til den eksterne validitet i specialet er det vigtigt at diskutere, om det anvendte samples population er repræsentativt (Andersen 2010:105). Som diskuteret i afsnit 5.1.2 *Samplingsproblematikker og missing data* forekommer der en række problemer med selektion, hvor bortfaldet primært består af individer med lav socioøkonomisk baggrund (Winding et al. 2014). Herunder viser eksisterende forskning, at de som har en dårlig mental sundhed ofte også har en lavere socioøkonomisk baggrund (Bøe et al. 2012; Reiss 2013; Macintyre et al. 2018). Dermed er der en risiko for, at der forekommer en skævhed i vores resultater grundet skævt bortfald, hvorfor vi har benyttet os af multiple imputation for at minimere bias. Brugen af multiple imputation kan ses som en styrke, da vi i højere grad kan argumentere for, at det anvendte sample med større sandsynlighed er repræsentativt for populationen. En relevant diskussion er også, hvorvidt resultaterne kan generaliseres til hele årgang 1989 i Danmark og ikke kun Ringkjøbing Amt. I den forbindelse viser tal fra et andet studie, der anvender Vestliv-kohorten, at flere forskellige som køn og indkomst karakteristika som køn og indkomst for årgang 1989 i Ringkjøbing Amt er sammenlignelige med resten af Danmarks unge født i samme år. En forskel er dog, at det højeste uddannelsesniveau for de unges husstand ligger lavere i Ringkjøbing Amt end resten af Danmark (Glasscock et al. 2013:3).

Derudover er der i Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen fra 2000 undersøgt geografiske forskelle i sundhed og sygelighed i Danmarks befolkning (Kjøller & Rasmussen 2000). I undersøgelsen er der målt på de samme variable, som benyttes i specialet for mental sundhed og vitalitet hos forældrene fra SF-36. I den forbindelse viser resultaterne, at andelen i Ringkjøbing Amt (53,2%) med god mental sundhed er højere end andelen i resten af landet (51,6%), samt at andelen med høj vitalitet i Ringkjøbing Amt (38,2%) også er højere end andelen i hele landet (35,2%). Der er i undersøgelsen dog ikke undersøgt psykisk sygdom, men i stedet er der målt på nedtrykthed og depression som for Ringkjøbing Amt viser lignende resultater som resten af landet. Derudover er der benyttet tilsvarende mål i rapporten som specialet i forhold til mental sundhed hos barnet, men der er benyttet andre skalaer som mål her for i form af helbredsrelateret livskvalitet samt oplevet stress, hvor rapporten ikke viser store forskelle mellem Ringkjøbing Amt og resten af landet. På trods af at ovenstående ikke entydigt indikerer om de anvendte mål kan sammenlignes med resten af Danmark, kan det alligevel tænkes, at specialets resultater ikke er kontekstafhængige, da eksisterende forskning ligesom i specialet har identificeret en sammenhæng (Mattejat & Remschmidt 2008; Amrock & Weitzman 2014). Af den grund kan det være plausibelt at forestille sig, at de fundne sammenhænge også gælder bredere end blot den anvendte population.

For at forklare forældrenes mentale sundhedstilstands indflydelse på barnets mentale sundhed nærmere, kunne det i et videre arbejde være relevant at undersøge mulige medierende variable. Da de undersøgte sammenhænge omfatter mulige langtidseffekter, vil der uundgåeligt kunne tænkes at være en lang række af medierende variable. Relevante medierende variable kan være oplevet social støtte fra forældrene, som ligger tidsmæssigt efter den uafhængige variabel, som vi også har brugt som forklaringsmekanismer i vores teori. Disse er dog ikke medtaget i specialets analyse grundet specialets omfang og fokus på metodekombination. Det kan dog tænkes relevant i en videre undersøgelse at belyse disse medierende sammenhænge for at uddybe sammenhængene. Grundet de fundne sammenhænge i den kvantitative analyse er det relevant at være opmærksom på disse børn, der vokser op med forældre med mentale sundhedsproblemer, for at forebygge de negative konsekvenser dette kan have. Derfor har vi i specialet undersøgt barriere for opsporing af børn som pårørende til forældre i psykiatrien.

I følgende udfoldes styrker og svagheder ved specialets anden analysedel vedrørende sundhedspersonalets oplevelser af barrierer for opsporing. Kvale og Brinkmann påpeger, at reliabilitet *”vedrører konsistensen og troværdigheden af forskningsresultater”* (Kvale & Brinkmann 2015:318). I projektet har vi skabt en høj gennemsigthed ved løbende at beskrive de metodiske valg, som højner konsistensen og troværdigheden af projektets fund (Brinkmann & Tanggaard 2020:660). Det har vi gjort ved at være gennemsigtige omkring rekrutteringsprocessen og vedhæftet interviewguide og transskriptioner i bilag. Desuden vægter vi i analysen at inddrage empiriske eksempler for at gøre fortolkningsgrundlaget gennemsigtigt for modfortolkninger og for at skabe en så indgående viden som muligt (Brinkmann & Tanggaard 2020:660). I forhold til at diskutere styrker og svagheder er det væsentligt at påpege specialets gyldighed, som består i, hvorvidt de analytiske fund er gyldige inden for undersøgelsens præmisser (Kvale & Brinkmann 2015:318). Vi har søgt en stærk gyldighed ved at benytte os af den semistrukturerede interviewform og adaptiv tilgang. På den måde har vi gennem eksisterende forskning og teori dykket ned i emnet og udformet interviewguiden på baggrund heraf. I interviewene har vi derimod også været åbne og skabt plads til nye perspektiver til sundhedspersonalets oplevelser af barrierer jævnfør den adaptive forskningsstrategi. Gennem eksisterende forskning og teori har vi også understøttet specialets fund, hvilket styrker gyldigheden ved at validere informanternes oplevelser af barrierer og fund i analysen.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015:333-334) er analytisk generaliserbarhed en vurdering af, i hvilken grad undersøgelsens fund kan gøre sig gældende i andre situationer. I den forbindelse

kan en svaghed i specialet bestå i, at vi kun har interviewet informanter fra to regioner. På den anden side kan der ud fra, at der er blevet fremanalyseret lignende udsagn uafhængigt af de to regioner, som vi har interviewet sundhedspersonalet fra. Her kan argumenteres for, at specialets fund muligvis kan udbredes til andre regioner, idet der er identificeret lignende fund på tværs. I specialet kan der både ses en styrke og en svaghed i, at sundhedspersonalet er såkaldte nøglepersoner for børn som pårørende. En svaghed kan bestå i, at vi ikke belyser, hvordan barrierer for opsporing opleves blandt generelt sundhedspersonale i psykiatrien. Men omvendt kan der ses en stor styrke ved, at vi belyser barrierer hos sundhedspersonale, som har en indgående viden og stort kendskab til arbejdet med børn som pårørende, der kan give nogle særlig kvalificerede svar på barrierer grundet deres kompetencer på området. I specialet ser vi en stor styrke ved at have anvendt adaptiv forskningsstrategi. Forskningsstrategien har gjort os i stand til at identificere eksisterende forskning og teori på området, der har formet vores interviewguide. Tilgangen har også styrket os i at udfolde vores forforståelser og åbne op for divergerende perspektiver, vi er blevet mødt med gennem de empiriske fund, som analysen også viser.

8. Konklusion

Specialets formål har gennem metodekombination været at undersøge forældres mentale sundhedstilstands betydning for børns mentale sundhed i ungdommen og voksenlivet samt belyse, hvilke barrierer sundhedspersonalet oplever for opsporing af børn som pårørende i psykiatrien. Herunder har vi belyst, hvordan forældrenes mentale sundhedsproblemer er forbundet med færre positive indikatorer og flere negative indikatorer for barnets mentale sundhed. Dette har været for at undersøge en bredere forståelse af mental sundhed hos barnet samt at få et mere nuanceret perspektiv på indflydelsen af forældrenes mentale sundhedstilstand på barnets mentale sundhed. Denne del af specialet er belyst via kvantitativ metodisk tilgang i form af statistisk analyse. Overordnet viser resultaterne, at forældrenes mentale sundhedsproblemer i form af psykisk sygdom, højere stressniveau og dårlige mental sundhed har en indvirkning på barnets mentale sundhed i form af lavere selvværd, mindre oplevelse af mening, flere depressive symptomer og højere oplevet stress. Et vigtigt fund er i den forbindelse, at psykisk sygdom hos forældre har den største indflydelse over længere tid, hvilket indikerer, at langtidseffekter er særligt vigtige. Dette understreger fokus på børn som pårørende til forældre med psykisk sygdom, da dårlig mental sundhed hos barnet kan fortsætte

i voksenlivet, hvilket kan have længerevarende personlige, sociale og samfundsmæssige konsekvenser (Manning & Gregorie 2009).

I forhold til at dårlig mentale sundhedstilstand hos forældre er forbundet med flere negative indikatorer og færre positive indikatorer for mental sundhed, peger resultaterne overordnet på, at der kan være incitament til at øge fokus på støtte til børn som pårørende. Herunder viser eksisterende forskning, at den rette støtte og hjælp kan have en forebyggende betydning for mistrivsel hos børn til forældre med psykisk sygdom (Lannes et al. 2021; Siegenthaler et al. 2012). Dette kræver dog, at børn som pårørende opspores, så de kan få den støtte og hjælp ved behov. I den forbindelse er regionerne og herunder psykiatrien ifølge sundhedsloven forpligtet til at støtte og hjælpe børn af forældre med psykisk sygdom. Psykiatrien anses derfor i specialet som et centralt sted at opspore de børn, da mennesker herunder forældre behandles for nogle af de mest komplekse psykiske sygdomme i psykiatrien. Dog oplever sundhedspersonalet i psykiatrien en række barrierer for opsporing, som blandt andet kan forklares ud fra Kleinmans sygdomsforståelser. Der er fremanalyseret barrierer som udtryk for den dominerende sygdomsforståelse i psykiatrien. Herudover ses barrierer, der bunder i patienternes egen sygdomsforståelse og til slut barrierer, der er refleksioner af de samfundsmæssige sygdomsforståelser af psykisk sygdom. For at belyse specialets empiriske fund har vi også inddraget nye teoretiske perspektiver i tråd med adaptiv teori for at nuancere de empiriske perspektiver i form af manglende implementering som barriere, og hvordan diagnoser kan ses som allokeringsmekanismer.

Vi ser i specialet psykiatrien som et vigtigt sted at opspore disse børn, men vores kvantitative resultater indikerer samtidig, at forældres mentale sundhedstilstand også har en betydning for de børn, der er opvokset med en forældre, der har mentale sundhedsproblemer, men som muligvis ikke er tilknyttet psykiatrien. Der kan anses en fordel ved at udbrede opsporingen og støtte til børn som pårørende til civilsamfundet. I et videre arbejde kunne det være fordelagtigt at uddybe sammenhængen mellem forældrenes mentale sundhedstilstand og barnets mentale sundhed ved at undersøge mulige medierende faktorer som eksempelvis social støtte. I specialet har vi undersøgt sundhedspersonalets oplevelse af barrierer for opsporingen af børn som pårørende, hvor det kan anses fordelagtigt at supplere disse fund med patienters og dermed forældres oplevelser af barrierer for opsporing.

Litteraturliste

Agresti, A. (2018): *Statistical Methods for the Social Sciences*. Global Edition. Edition 5.

Alharbi, F.S., Aljemaiah, A.I. & Osman, M. (2022). *Validation of the factor structure and psychometric characteristics of the Arabic adaptation of the sense of coherence SOC-13 scale: a confirmatory factor analysis*. BMC Psychol.

Allison, P. (2002). *Missing Data*. Thousand Oaks, California: Sage.

Amrock, S. M., & Weitzman, M. (2014). *Parental psychological distress and children's mental health: results of a national survey*. Academic pediatrics.

Andersen, L. B. (2010). "Forskningskriterier". I Lotte Bøgh Andersen, Kasper Møller Hansen & Robert Klemmensen (red.): *Metoder i Statskundskab* (1. udgave), s. 97-107.

Aneshensel, C. S., Phelan, J. C., & Bierman, A. (2013). "The sociology of mental health: Surveying the field" I *Handbook of the sociology of mental health*. Springer Science.

Antonovsky, A. (2000). *At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel.

Avison, W. R. & Comeau, J. (2013). "The Impact of Mental Illness on the Family" in *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer Dordrecht Heidelberg New York London.

Ayano, G., Betts, K., Maravilla, J. C., & Alati, R. (2021). *The risk of anxiety disorders in children of parents with severe psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 282, 472-487.

Beardslee, W. R., Keller, M. B., Seifer, R., Lavori, P. W., Staley, J., Podorefsky, D. & Shera, D. (1996) *Prediction of adolescent affective disorder: effects of prior parental affective disorders and child psychopathology*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.

Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A., & Rosenbaum, J. F. (2001). *Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression*. The American Journal of Psychiatry.

Bo, I. G. (2005) "At sætte tavsheder i tale - Fortolkning og forståelse i det kvalitative forskningsinterview" I Michael Hviid Jacobsen, Søren Kristiansen & Annick Prieur (red.): *Liv, Fortælling, Tekst - Strejftog i Kvalitativ Sociologi*. Aalborg Universitetsforlag (1. udgave, 2. oplag)

Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2012). *Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology.

Bonnesen (2014). *Pårørende til psykisk sårbare - en bog til voksne børn, søskende og partnere*. Dansk Psykologi Forening.

Borg, V., Nexø, M. A., Kolte, I. V., & Andersen, M. F. (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. København, Arbejdstilsynet: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Boydell, K. M., Stasiulis, E., Volpe, T., Gladstone, B. M. (2010). *A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis*. Early Intervention Psychiatry.

Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O'Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). *Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care*. British medical journal.

Bridgwater, A. & Jansen, E. J. (2022). *Tæt på, men udenfor*. Gyldendal.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). "Kvalitative Metoder, Tilgange og Perspektiver: En Introduktion". I Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative Metoder - En Grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag. 3. Udgave.

Bruce, E. J., Schultz, C. L., Smyrniotis, K. X. (1996). *A longitudinal study of the grief of mothers and fathers of children with intellectual disability*. British Journal of Medical Psychology.

Bruce, M. L. & Raue, P. J. (2013). "Mental Illness as Psychiatric Disorder" I Aneshensel, J. C. Phelan & A. Bierman: *Handbook of the sociology of mental health*. Springer.

Brummelhuis, I. A., Videler, A. C., & Kop, W. J. (2024). *Association of parental mental illness with anxiety and depression in adulthood: The role of potentially contributing factors*. Journal of Affective Disorders.

Bruun, L. M. & Hauptmann, L. K. (2021). *Pårørende - til en person med psykisk sygdom* (1. udg.). Psykiatrifonden.

Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5. udg.). New York: Oxford University Press.

Byrne, C., Pape, B., Ivask, A., Kuczynski, L., Browne, G., Whittaker, S., Grant, N. R. & Ashford, Y. (2001). *Service needs of families where one parent has an affective illness: implications for service*. Education and policy. Can J Commun Ment Health.

Carpenter, J. R., & Kenward, M. G. (2013). *Multiple Imputation and Its Application*. Wiley.

Christensen, Ann-Dorte (2001): "Kønssociologi: Fra kønsroller til kønskonstruktioner", i Michael Hviid Jacobsen, Mikael Carleheden & Søren Kristiansen (red.) *Tradition og fornyelse. En problemorienteret teoriehistorie for sociologien*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag

Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S., & Stewart-Brown, S. (2011). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment*. BMC Public Health.

Cohen S, Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *Stress A Global Measure of Perceived*. J Health Soc Behav.

Cohen, S., & Williamson, G. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States. The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*. Newbury Park. CA. Sage.

Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2001). *Social relationships and health: challenges for measurement and intervention*. Advances in Mind-Body Medicine.

Danske Patienter (2016). *Rundspørge. Børn som pårørende*. Danske Patienter.

Danske Regioner (2023). Pressemeddelelse. Danske Regioner vil fremme opsporing og tilbud til børn af forældre med psykisk sygdom. Tilgængelig via: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/marts/danske-regioner-vil-fremme-opsporing-og-tilbud-til-boern-af-foraeldre-med-psykisk-sygdom/>

De Vaus, A., D. (2001). *Research design in social research*. London. SAGE

Dean, C., & Macmillan, C. (2001). *Serving the children of parents with a mental illness: Barriers, break-throughs and benefits*. Building Bridges: Promoting mental health for families and communities.

Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., & Pedersen, C. B. (2010). *Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder*. Archives of general psychiatry.

Det Nationale Sorgcenter (2021). *Sundhedspersoners møde med pårørende børn og unge til alvorligt syge i det danske sundhedsvæsen*.

Dobener, L. M., Fahrner, J., Purtscheller, D., Bauer, A., Paul, J. L., & Christiansen, H. (2022). *How do children of parents with mental illness experience stigma? A systematic mixed studies review*. Frontiers in psychiatry.

Due, P., & Holstein, B. E. (2003). *Skolebørnsundersøgelsen 2002*. København. Københavns Universitet. Institut for Folkesundhedsvidenskab.

Duncan, S., & Reder, P. (2000). "Children's experience of major psychiatric disorder in their parent. An overview" i P. Reder, M. McClure, & A. Jolley. *Family matters: Interfaces between child and adult mental health*. London: Routledge.

Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A. & Brownridge, D. A. (2007). *Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior*. J Abnorm Child Psychol.

Ellersgaard, D., Gregersen, M. & Ranning, A. (2020). *Quality of life and self-esteem in 7-year-old children with familial high risk of schizophrenia or bipolar disorder: the Danish High Risk and Resilience Study-VIA 7 - a population-based cohort study*. European Child and Adolescent Psychiatry.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). *Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review*. Journal of epidemiology and community health.

Essau, C. A., Olaya, B., Pasha, G., Gilvarry, C., & Bray, D. (2013). *Depressive symptoms among children and adolescents in Iran: a confirmatory factor analytic study of the centre for epidemiological studies depression scale for children*. Child Psychiatry Hum Dev.

Fendrich, M., Weissman, M. M. & Warner, V. (1990) *Screening for depressive disorder in children and adolescents: Validating the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children*. Am J Epidemiol.

Fjone, H. H., Ytterhus, B. & Almvik A. (2009). *How Children with Parents Suffering from Mental Health Distress Search for 'Normality' and Avoid Stigma: To be or not to be . . . is not the question*.

George, L. K. (2013). "Life Course Perspective on Mental Health" i C. S. Aneshensel, J. C. Phelan & A. Bierman (Eds.). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Dodrecht: Springer Netherlands.

Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V., McKeever, P. D. (2011). *Children's experiences of parental mental illness: A literature review*. Early Intervention in Psychiatry.

Gladstone, B. M., Boydell, K. M., McKeever, P. (2006). *Recasting research into children's experiences of parental mental illness: beyond risk and resilience*. Soc Sci Med.

Glasscock, D. J., Andersen, J. H., Labriola, M., Rasmussen, K., & Hansen, C. D. (2013). *Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study*. BMC Public Health, 13(1), 532.

Godress, J., Ozgul, S., Owen, C. & Foley-Evans, L. (2005). *Grief Experiences of Parents Whose Children Suffer from Mental Illness*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.

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.

Goodman, S. H., Lusby, C. M., Thompson, K., Newport, J. & Stowe, Z. N (2014). *Maternal depression in association with fathers' involvement with their infants: spillover or compensation/buffering?* Infant Ment Health.

Gøtze, M., & Jørgensen, S., (2022). *Børn af psykisk syge og deres rettigheder: Udredning afgivet til Spørg mere*.

Graham, John (2009) *Missing Data Analysis: Making It Work in the Real World*. Annual Review of Psychology.

Greenberg, J., Hilton, E. C., Li, J. J., Lu, Q. & Mailick, M. R. (2021). *The impact of parenting a child with serious mental illness: Accounting for the parent's genetic vulnerability to mental illness*. J Fam Psychol.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). *Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations*. The Milbank Quarterly.

Hammen, C. (1991). *Generalization of stress in the course of unipolar depression*. Journal of Abnormal Psychology.

Hancock, K. J., Mitrou, F., Shipley, M., Lawrence, D., Zubrick, S. R. (2013). *A three generation study of the mental health relationships between grandparents, parents and children*. BMC Psychiatry.

Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization.

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" I *The scientific basis to a comprehensive approach*. Aust e-J Adv Mental Health.

Huppert, F. A. (2009). *Psychological Well-Being. Evidence Regarding its Causes and Consequences*. Applied Psychology. Health and Well-Being.

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2023). *Aftale om bedre psykiatri*.

Jacobsen, M. H. (2007). "Adaptiv teori – en tredje vej til viden – en stående invitation til syntese- sociologi". I R. Antoft, & M. H. Jacobsen (red.). *Håndværk og horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Jenkinson, C., Wright, L., & Coulter, A. (1994). *Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample*. Quality of Life Research.

Jensen, B. (2004). *Stress blandt børn og unge: om stress, sociale belastninger og "nye" udfordringer til daginstitutioner og skoler*. Vera: tidsskrift for pædagoger.

Jørgensen, S. E., Andersen, A., Lund, L., Due, P., Michelsen, S. I. (2019). *Trivsel og hverdagsliv blandt børn og unge som pårørende og efterladte*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Källquist, A. & Salzmänn-Erikson, M. (2019). *Experiences of Having a Parent with Serious Mental Illness: An Interpretive Meta-Synthesis of Qualitative Literature*. Journal of Child and Family Studies.

Kamis C. (2020). *The Long-Term Impact of Parental Mental Health on Children's Distress Trajectories in Adulthood*. Soc Ment Health.

Karp, D. A., Birk, L. B. (2013). "Listening to Voices: Patient Experience and the Meanings of Mental Illness" i Aneshensel, C.S., Phelan, J.C., Bierman, A. (eds) *Handbook of the Sociology of Mental Health. Handbooks of Sociology and Social Research*. Springer, Dordrecht.

Keyes, C. L. M. (2002a). "Promoting a life worth living. Human development from the vantage points of mental illness and mental health". I R.M. Lerner, F. Jacobs, & D. Wertlieb (Eds.). *Promoting positive child, adolescent and family development: A handbook of program and policy innovations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Keyes, C. L. M. (2002b). *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life*. Journal of Health and Social Behavior.

Keyes, C. L., & Michalec, B. (2010). "Viewing mental health from the complete state paradigm". i *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books.

Kleinman, A. (2011). *The divided self, hidden values, and moral sensibility in medicine*. Lancet.

Kleinman, A. (2020). *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books.

Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). *Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. Ann Intern Med.

Kombu - Det Nationale Kompetencecenter for Børn og Unge i familier med psykisk sygdom (2020). *Kommunerapport om børnegrupper. Baseret på kommuneafdækning og kommunebesøg*.

Koushede, V. J. (2015). *For Mental Sundhed: et nyt perspektiv. ABC for mental sundhed: fra retorik til handling*. København. SIF.

Kowalenko, N. M., Mares, S. P., Newman, L. K., Williams, A. E. S., Powrie, R. M., & Van Doesum, K. T. (2012). *Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness*.

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). *Life Course Epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health*. London.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Interview*. Hans Reitzels Forlag. København.

Lannes, A., Bui, E., Arnaud, C., Raynaud, J-P. & Revet, A. (2021). *Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Psychological Medicine.

Lapalme, M., Hodgins, S., & LaRoche, C. (1997). *Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders*. The Canadian Journal of Psychiatry

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York. Springer Publishing Company.

Lee, E. H. (2012). *Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale*. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).

Link, B., G., & Phelan, J., C. (2001). *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology,

Lov nr. 579 af 4. maj 2015 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Fastlæggelse af mindreårige psykiatriske patienters retsstilling, indførelse af ny formålsbestemmelse, skærpede kriterier for tvangsfiksering, ændring af kriterierne for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.).

Lovbekendtgørelse af lov om social service nr. 170 af 24. januar 2022.

Lovbekendtgørelse af sundhedsloven nr. 210 af 27. januar 2022.

Lund, R., Nilsson, C. J., Christensen, U. & Schmidt, L. (2020). *Medicinsk sociologi. Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred* (3. udgave). Gyldendal.

Macintyre, A., Ferris, D., Gonçalves, B. et al. (2018). *What has economics got to do with it? The impact of socioeconomic factors on mental health and the case for collective action*. Palgrave Commun.

Manning, C., & Gregoire, A. (2009). *Effects of parental mental illness on children*. Psychiatry.

Marsh, H. W., Scalas, L. F. & Nagengast, B. (2010) *Longitudinal tests of competing factor structures for the Rosenberg Self-Esteem Scale: traits, ephemeral artifacts, and stable response styles*. Psychol Assess.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). *The Children of Mentally Ill Parents*. Deutsches Arzteblatt.

Maybery D. & Reupert A. (2006) *Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.

Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of psychiatric and mental health nursing*.

Mehmetoglu, M., & Jakobsen, T. G. (2017). *Applied statistics using Stata: a guide for the social sciences*. London: Sage Publications.

Mezulis, A. H., Hyde, J. S. & Clark, R. (2004). *Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten*. J Fam Psychol.

Mimura, C., & Griffiths, P. A. (2007). *Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and equivalence assessment*. J Psychosom Res.

Møhl, B. & la Cour, P. (2008). *Nogle kritiske vinkler på EBM-logikken*. Psyke & Logos.

Monaghan, L., F. & Bury, M. (2022). "Illness narratives". I J. Gabe, & L. Monaghan F. (Eds.), *Key concepts in medical sociology*. London: SAGE Publications.

Munnicke, S. L. (2020). *Når børn og unge er pårørende. En kvalitativ undersøgelse af familier der lever med psykisk sygdom*. Kombu – Nationalt Kompetencecenter for Børn og Unge i familier med psykisk sygdom.

Nettleton, S. (2021). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.

O'Donnell, M., Maclean, M. J., Sims, S., Morgan, V. A., Leonard, H. & Stanley, F. J. (2015). *Maternal mental health and risk of child protection involvement: Mental health diagnoses associated with increased risk*. Journal of Epidemiology and Community Health.

Okoro, C. A., Strine, T. W., McKnight-Eily, L., Verlenden, J., & Hollis, N. D. (2021). *Indicators of poor mental health and stressors during the COVID-19 pandemic, by disability status: A cross-sectional analysis*. Disability and health journal.

Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Pincus, H. A., & Weissman, M. M. (2003). *Parental depression, child mental health problems, and health care utilization*. Medical care.

Olsson, G., & von Knorring, A., L. (1997). *Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC)*. Eur Child Adolesc Psychiatry.

Pearlin, L. I. (2010). *The Life Course and the Stress Process: Some Conceptual Comparisons*. The Journals of Gerontology. Series B.

Petersen, A. (2015). "Diagnoser som designet orden: Depression i præsentationssamfundet". I S. Brinkmann, & A. Petersen (red.). *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim.

Pfoh, E. R., Chan, K. S., Dinglas, V. D., Cuthbertson, B. H., Elliott, D., Porter, R., & Needham, D. M. (2016). *The SF-36 offers a strong measure of mental health symptoms in survivors of acute respiratory failure. A tri-national analysis*. Annals of the American Thoracic Society, 13(8), 1343-1350.

Psykiastrifonden (2019). *Undersøgelse af forekomst af psykisk sygdom blandt forældre til børn i alderen 0-18 år*. Psykiastrifonden.

Psykiatrifonden (2021). *Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark*. Psykiatrifonden.

Ramchandani, P., & Stein, A. (2003). *The impact of parental psychiatric disorder on children*. BMJ.

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M. & Uher, R. (2014). *Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies*. Schizophrenia Bulletin.

Rasmussen, I. & Kruse, M. (2023). *Samfundsøkonomiske konsekvenser af at være barn af forældre med mentale helbredsproblemer*. Dansk Center for Sundhedsøkonomi. Institut for Sundhedstjenesteforskning. Syddansk Universitet.

Rass-Hansen, A. (2003). *Sociale belastninger og helbredsproblemer blandt unge: Hvilken betydning har sense of coherence.*, Københavns Universitet.

Reedtz, C., Lauritzen, C., Stover, Y., Freili, J. L. & Rognmo, K. (2019). *Identification of children of parents with mental illness: A necessity to provide relevant support*. Frontiers in Psychiatry.

Reiss, F. (2013). *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review*. Soc Sci Med.

Remor, E. (2006). *Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS)*. Spanish Journal of Psychology,

Reupert, A. E., J. Maybery, D. & Kowalenko, N. M. (2013). *Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment*. The Medical journal of Australia.

Roe, D., Mashlach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). *The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders*. Schizophrenia research.

Rogers, A., & Pilgrim, D. (2021). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Sixth edition, Open University Press.

Rose, N. (2019). *Are mental disorders 'Brain disorders'? Our psychiatric future - the politics of men-tal health*. Cambridge. Polity Press.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self* (reprint ed.). Melbourne, FL: Academic Press.

Roustit, C., Campoy, E., Chaix, B., & Chauvin, P. (2010). *Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 597–604.

Ruta, D. A., Abdalla, M. I., Garratt, A. M., Coutts, A., & Russell, I. T. (1994). *SF 36 health survey questionnaire: I. Reliability in two patient based studies*. *BMJ Quality & Safety*, 3(4), 180-185.

Sandholm, K., & Winding, T. N. (2022). *Work environment and labour market participation in early adulthood*. *Occupational Medicine*.

Sandstrom, A., Sahiti, Q., Pavlova, B., & Uher, R. (2019). *Offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and depression: a review of familial high-risk and molecular genetics studies*. *Psychiatric genetics*.

Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). *Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants*. *Annual review of clinical psychology*.

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 and Adolescent Psychiatry*.

Skapinakis, P., Weich, S., Lewis, G., Singleton, N., & Araya, R. (2006). *Socioeconomic position and common mental disorders: Longitudinal study in the general population in the UK*. *The British Journal of Psychiatry*.

Smarr, K. L. & Keefer, A. L. (2011). *Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*. *Arthritis Care Res (Hoboken)*.

Socialt Udviklingscenter SUS (2005). *Børn og forældre i voksenpsykiatrien: God praksis*. Socialt Udviklingscenter SUS.

Spørg Mere (2023a). “Spørg Mere - så fylder det mindre”. Rapporten er udgivet som en del af partnerskabet ’*Spørg mere – så fylder det mindre*’ mellem Børns Vilkår, Psykiatrifonden og Ole Kirk’s Fond.

Spørg Mere (2023b). “De oversete børn”. Rapporten er udgivet som en del af partnerskabet ’*Spørg mere – så fylder det mindre*’ mellem Børns Vilkår, Psykiatrifonden og Ole Kirk’s Fond.

Spørg Mere (2023c). “Opsporing af pårørende børn til patienter i voksenpsykiatrien”. Rapporten er udgivet som en del af partnerskabet ’*Spørg mere – så fylder det mindre*’ mellem Børns Vilkår, Psykiatrifonden og Ole Kirk’s Fond.

Kjøller, M., & Rasmussen, N. K., Statens Institut for Folkesundhed (2002). *Sundhed & sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987*. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed.

Stice, E., Barrera, M., & Chassin, L. (1993). *Relation of parental support and control to adolescents’ externalizing symptomatology and substance use: A longitudinal examination of curvilinear effects*. Journal of Abnormal Child Psychology.

Sundhedsstyrelsen (2022). *Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*.

Tabak, I., Zablocka-Żytka, L. & Ryan, P., (2016). *Needs, expectations and consequences of children growing up in a family where the parent has a mental illness*. International journal of mental health nursing.

Thoits, P. A. (2011). *Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health*. Journal of Health and Social Behavior.

Thomas, L., & Kalucy, R. (2003). *Parents with mental illness: Lacking motivation to parent*. International Journal of Mental Health Nursing.

Thorup, A. A., Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Ranning, A., Mortensen, P. B., Plessen, K. J., & Nordentoft, M. (2018). *Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness-A Danish register study*. Schizophrenia research.

Timmermans, S. (2010). *Evidence-Based Medicine: Sociological Explorations*. Handbook of Medical Sociology.

Timmermans, S., & Haas, S. (2008). *Towards a sociology of disease*. Sociol Health Illn.

Tinakon, W., & Nahathai, W. (2012). *A Comparison of Reliability and Construct Validity between the Original and Revised Versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale*. Psychiatry Investigation.

Treiman (2009). *Quantitative Data Analysis - Doing Social Research to Test Ideas*. San Francisco. Jossey-Bass.

Turner, J. B. & Turner, R. J. (2013). *Social Relations, Social Integration & Social Support. The sociology of mental health: Surveying the field*. Handbook of the sociology of mental health.

Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Roszell, P. (1999). *Personal resources and the social distribution of depression*. American Journal of Community Psychology.

Van Loon, L. M. A., Van De Ven, M.O.M. & Van Doesum, K.T.M. (2015). *Factors Promoting Mental Health of Adolescents Who Have a Parent with Mental Illness: A Longitudinal Study*. Child Youth Care Forum.

Van Santvoort, F., Hosman, C. M., Janssens, J. M., Van Doesum, K. T., Reupert, A., & Van Loon, L. M. (2015). *The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: a systematic review*. Clinical child and family psychology review.

Veldman K, Reijneveld, S. A., Andersen, H. J., Winding, N. T., Labriola, M., Lund, T. & Bültmann, U. (2022). *The timing and duration of depressive symptoms from adolescence to young adulthood and young adults' NEET status: the role of educational attainment*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.

Wahl, P., Bruland, D., Bauer, U., Okan, O. & Lenz, A. (2017) *What are the family needs when a parent has mental health problems? Evidence from a systematic literature review*. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.

Waldmann, T., Stiawa, M., Dinc, Ü., Saglam, G., Busmann, M., Daubmann, A., ... & Kilian, R. (2021). *Costs of health and social services use in children of parents with mental illness*. Child and adolescent psychiatry and mental health.

- Wansink, H.J., Drost, R.M.W.A., Paulus, A.T.G. *et al.* (2016). *Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives*. BMC Health Serv Res.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). *Offspring of depressed parents: 10 years later*. Archives of general psychiatry.
- Weissman, P., Wickramaratne, Nomura, Y, Warner, D. V. & Pilowsky, H. (2006). *Offspring of depressed parents: 20 years later*. Am. J. Psychiatry.
- Westad, C. & McConnell, M. (2012) *Child welfare involvement of mothers with mental health issues*. Community mental health journal.
- Wheaton, B., Young, M., Montazer, S. & Stuart-Lahman, K. (2013). *Social Stress in the Twenty-First Century. The sociology of mental health: Surveying the field*. Handbook of the sociology of mental health.
- WHO (2022). *The (Mental Health) State of the World: WHO Report*
- WHO (2022). *WHO's new International Classification of Diseases (ICD-11) comes into effect*.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1996). *How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use*. Journal of Personality and Social Psychology.
- Winding, T. N., Andersen, J. H., Labriola, M., & Nohr, E. A. (2014). *Initial non-participation and loss to follow-up in a Danish youth cohort: implications for relative risk estimates*. J Epidemiol Community Health.
- Winding, T. N., Skouenborg, L. A., Mortensen, V. L. & Andersen, J. H. (2020). *Is bullying in adolescence associated with the development of depressive symptoms in adulthood? A longitudinal cohort study*. BMC Psychology .
- Yamamoto, R. & Keogh, B. (2018). *Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.