

Aman Bhardwaj
Farhiyo Hussein Ali
Kamila Anna Lewandowska

Barn som pårørende til psykisk syke foreldre

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: May Elin Juliusdatter Haug
Mai 2021

Aman Bhardwaj
Farhiyo Hussein Ali
Kamila Anna Lewandowska

Barn som pårørende til psykisk syke foreldre

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: May Elin Juliusdatter Haug
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne oppgaven er skrevet ved institutt for helsevitenskap, seksjon for sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU), Gjøvik våren 2021. Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Skriveprosessen har vært krevende grunnen til Covid-19 pandemi. Vi har overvunnet flere hindringer. Til tross for hjemmekarantener, stengte biblioteker og manglende mulighet for å treffe hverandre, har vi likevel kommet i mål.

Vi vil takke våre ektefeller, Gagan, Jaroslaw og Salah for tålmodighet og støtte. Hjertelig takk at dere har tatt være på barna og husstandene slik at vi kunne fokusere oss på oppgaven.

Vi vil takke våre venner og kollegaer for støtte og trøsteord i løpet av den tøffe perioden.

Vi vil også takke vår veileder, May Elin Juliusdatter Haug for støtte og veiledning i denne prosessen.

SAMMENDRAG

Tittel:	Barn som pårørende til psykisk syke foreldre.	Dato: 21/05/21
Forfattere:	Aman Bhardwaj	
	Farhiyo Hussein Ali	
	Kamila Anna Lewandowska	
Veileder(e):	May Elin Juliusdatter Haug	
Oppdragsgiver:	NTNU Gjøvik	
Stikkord/nøkkelord	Sykepleie, Barn som pårørende, psykisk syke foreldre, intervensjoner	
Antall sider/ord: 42/10237	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Bakgrunn: Barn av foreldre som har psykiske lidelser, har høyere risiko for å oppleve ulike utfordringer knyttet til foreldrenes psykiske sykdom enn andre barn. Ifølge Folkehelseinstituttet er det 410000 barn som har foreldre med en psykisk lidelse. Barna er ofte usynlige for helsepersonell som pårørende. Sykepleier har en viktig rolle å kartlegge, iverksette forebyggende tiltak for å ivareta barn som pårørende.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse ved hjelp av forskning og litteratur om hvilke tiltak som bidrar til at sykepleieren kan ivareta barn som er pårørende til psykisk syke foreldre.</p> <p>Metode: Systematisk litteraturstudie av kvalitative og kvantitative kilder. Databaser Pubmed (Medline) og Cinahl</p> <p>Resultat: 7 artikler inkludert i studien beskriver: hvordan foreldrenes psykiske lidelse påvirker barna. belyser konsekvenser av foreldrenes sykdom på barn, barnas opplevelser, sykepleierens rolle og hvilke hindringer sykepleiere møter i sitt arbeid med barn som pårørende, samt effekt av tiltakene.</p> <p>Konklusjon: Mulige tiltak for ivaretagelse av barn som pårørende er: å gi informasjon gjennom målrettet kommunikasjon som er tilpasset alder og modenhet, å involvere i foreldrenes behandling. Lovendringer, kunnskaps økning, tverrfaglig samarbeid er viktige faktorene som kan bidra til å ivareta barn til psykiske syke foreldre. Sykepleiere har viktig rolle for å forebygge utvikling av psykiske lidelser hos barna til psykiske syke foreldre.</p>		

ABSTRACT

Titel:	Children as next of kin to mentally ill parents.	Date: 21/05/21
Participants:	Aman Bhardwaj	
	Farhiyo Hussein Ali	
	Kamila Anna Lewandowska	
Supervisor:	May Elin Juliusdatter Haug	
Employer:	NTNU Gjøvik	
Keywords:	Children, children as next of kin, mentally ill parents, interventions	
Number og pages /words: 42/10237	Number of Appendix: 1	Availability: yes
<p>Background: Children of parents who have mental disorders have higher risk to experience different challenges related to the parents mental illness than other children. According to the public health institute there are about 410000 children who have parents with mental illness. Children are often invisible to health workers as relatives. Nurses have an important role to identify the needs, implement the preventive measures to take care of children as next of kin.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to see what measures the nurse can implement when children are next of kin to mentally ill parents.</p> <p>Metode: Systematic literature is based on qualitative and quantitative sources. Databases Pubmed (Medline) and Cinahl were used.</p> <p>Result: 7 articles included in study describes how parents mental illness affects children, shows consequences of parents illness on children, children's experiences, the role of nurses and which obstacles nurses face in their work with children as relatives, as well as effect of preventive measures.</p> <p>Conclusion: Possible preventive measures for take care of children are: to give information through targeted communication which is suitable to children age and maturity. Legislation changes, increasing in knowledge, interdisciplinary cooperation are important factors which can contribute to take care of children of mentally ill parents. Nurses have an important role to prevent the development of mental disorders in children of mentally ill parents.</p>		

Innhold

1.0. Innledning	1
1.1. Sykepleiefaglig relevans	1
1.2. Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.3. Avgrensning	2
1.4. Begrepsforklaring.....	3
2.0. Bakgrunn.....	4
2.1. Barn som pårørende	4
2.2. Samhandling med barn.....	6
2.3. Interaksjonsteori av Joyce Travelbee	8
2.4. Hensikt	8
2.5. Presentasjon av problemstilling	8
3.0. Metode	9
3.1. Søkeprosess	9
3.2. Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	10
3.3. Søkematrise	11
3.4. Utvelgelse av artiklene	13
3.5. Kildekritikk/Kvalitetsvurderinger	15
3.6. Metode for analyse og sammenfatning av resultatene	15
4.0 Resultatpresentasjon	16
4.1. Presentasjon av artiklene.....	16
4.2. Sammenfatning av resultatene	21
5.0 Diskusjon	27
5.1. Hvorfor barna skal ivaretas	27

5.2. Barnas behov for tilknytning.....	28
5.3 Kommunikasjonsbehov.....	29
5.4 Sykepleierens perspektiv.....	30
5.5 Sykepleierens rolle i barnas møte med helsevesenet	33
5.6 Forskningsetiske overveielser og svakheter i oppgaven	34
6.0 Konklusjon.....	36
7.0 Litteraturliste.....	37
8.0 Vedlegg.....	42
Vedlegg 1. PICO skjemaet.....	42
Tabell 1 Inklusjons og eksklusjonskriterier	10
Tabell 2 Søkematrise.....	13
Tabell 3 PICO skjemaet	42

1.0. Innledning

Denne oppgaven skal sette søkelyset på barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser. Dette handler om plager og symptomer som kan ha en innvirkning på menneskets livskvalitet. Den kan påvirke individets tanker, følelser, atferd og væremåte når det er i samhandling med andre. Omtrent halvparten av befolkningen i Norge kan rammes av en eller annet form psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun og Knudsen, 2014).

Når en i familien lider av psykisk lidelse, blir hele familien påvirket (Lauritsen, 2018). Barn av foreldre som har psykiske lidelser, har høyere risiko for å oppleve ulike utfordringer knyttet til foreldrenes psykiske sykdom enn andre barn. Ifølge Folkehelseinstituttet er det 410000 barn som har foreldre med en psykisk lidelse. Mange barn av foreldre med psykiske lidelser, vil oppleve negative hendelser i hverdagen som kan føre til negative belastninger. Hvilke konsekvenser dette har for barna, er avhengig av hvor alvorlig forelderens psykisk lidelse er (Torvik og Rognmo, 2011). Eksempelvis er angst, depresjon, misbruk av alkohol og andre substanser blant de vanligste psykiske lidelser den norske befolkningen (Mykletun og Knudsen, 2014).

WHO påpeker at det er vanskelig å måle for de belastninger som pårørende opplever, men psykiske lidelser har stor innvirkning på familiens generelle livskvalitet. Barn som har foreldre med psykiske problemer, er preget av skam, skyldfølelse og usikkerhet knyttet til fremtiden. I tillegg har de høyere risiko for å utvikle psykiske problemer senere (Lauritsen, 2018). Samspill, roller og rutiner forandrer seg. Dette fører til at oppmerksomheten flytter fra barnet til den som er syk (Bøckmann og Kjellevold, 2015).

1.1. Sykepleiefaglig relevans

Ifølge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleierens ansvarsområde, skal sykepleier vise respekt og omtanke for pårørende. Sykepleieren skal kunne bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt. Når mindreårige barn er pårørende, skal sykepleieren identifisere og

ivareta deres særskilte behov. Samhandling med pårørende og behandling av deres opplysninger skal utføres med fortrolighet. Sykepleieren skal bygge sin kunnskap på forskning, erfaringsbasert kompetanse, etiske retningslinjer og lovverket (Sneltvedt, 2016).

Det å ha kunnskap om å ivareta barn som pårørende, når foreldrene er psykisk syke, er en viktig og lovpålagt oppgave (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001; Helsedirektoratet, 2017). Temaet er relevant for sykepleiefaget fordi den bidrar til å øke kunnskap om mindreårige barn som pårørende, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, hvor sykepleier har ansvar. Å oppdage barnas behov tidlig nok, vil kunne bidra til mestring av store utfordringer og forebygge utvikling av psykiske lidelser i framtiden. Vi anser dette tema som relevant, fordi sykepleier har grunnleggende ansvar til å ivareta både pasient og deres pårørende som i denne sammenhengen er barn og ungdom.

1.2. Begrunnelse for valg av tema

Under praksis hadde vi flere voksne pasienter, som i barndommen opplevde foreldrenes psykiske sykdom. Dette gjorde dem sårbare for å utvikle selv psykisk lidelse senere i livet. Sykepleieren kan møte barn som har psykisk syke foreldre på forskjellige arbeidssteder. Det kan være blant annet hjemmebaserte tjenester, sykehus og institusjon. Derfor ser vi viktigheten av å ha nok kunnskap om barn som pårørende for å bidra til å identifisere barnas behov og kunne iverksette forebyggende tiltak.

1.3. Avgrensning

I denne oppgaven skal vi fokusere på barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Vi velger å ikke forholde oss til kun en psykisk lidelse. Premissene for oppgaven er at vi foretar oss generelt alt av psykiske lidelser som inngår i begrepet. Vi velger også å ikke avgrense oppgaven til sted hvor vi møter pasienten og deres pårørende. Vi skal beskrive tiltakene som gjelder både kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Oppgaven har til hensikt med å fokusere på skolebarn som en målgruppe. Vi tenker at det er en viktig premisse for å belyse problematikken best mulig. Mye av utviklingsprosessene skjer i denne aldersgruppen. Med utvikling menes det blant annet fysisk, psykisk og kognitiv utvikling. Barna begynner å tenke deduktivt og skaper egne meninger og holdninger (Renolen, 2015, s. 109). Skolebarn er mer utsatt for atferdsforstyrrelser, angst og tilbaketrekning. Risikoen for å få lav selvtillit og negativt selvbilde er større hos barna som har psykisk syk forelder enn andre barn på deres alder (Halsa, 2012).

1.4. Begrepsforklaring

Foreldre: omfattes som alle omsorgsansvarlige for barn, inkludert biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og andre (Helsedirektoratet, 2017).

Barn som pårørende: har en forelder eller søsken som er pasient og lider av psykisk lidelse, rusavhengighet, somatisk sykdom eller har påført seg en skade. Barn tolkes som et stort begrep, uavhengig av omsorgssituasjon. Både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn omfattes (Helsedirektoratet, 2017).

Psykiske lidelser: Psykisk lidelse er en samlebetegnelse om tilstand som oppfyller kravene for en diagnose i henhold til internasjonale diagnostiske kriterier (Torvik og Rognmo, 2011).

2.0. Bakgrunn

2.1. Barn som pårørende

Psykisk lidelse er en samlebetegnelse om tilstand som oppfyller kravene for å få en psykisk diagnose. Mellom 30-50% av befolkning vil oppfylle kravene for å få en psykiatrisk diagnose flere ganger i løpet av livet. Dette gjør at større antall barn kan ha foreldre som får diagnose nå enn før (Torvik og Rognmo, 2011).

Psykiske lidelser berører personens omgivelser samt barn og ektefelle. Symptomenes varighet og alvorlighetsgraden har stor betydning. God og tidlig behandling av psykisk lidelse er avgjørende for å skape positive konsekvenser for den som er rammet. Mer enn 30% av pasientene som er behandlet av poliklinisk psykisk helsevern har omsorg for mindreårige barn. Mange foreldre som har psykisk lidelse, er gode foreldre på tross av sykdommen. De kan derimot oppleve å være ekstra følsom for barnas behov, ha nok tålmodighet og være bestemt i grensesetning. I denne sammenhengen er det viktig at foreldrene mestrer sin lidelse, får hjelp og støtte fra familien og andre. (Reneflot *et al.*, 2018)

Ifølge Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) barn som pårørende utgjør en stor gruppe. Felles for dem er, at de har foreldrene med en definert sykdomstilstand innenfor en av tre samlingskategorier: psykisk syke, rusmiddelavhengige eller somatisk syke. Barna trenger ikke å ha fellestrekk ut over de tre samlekategorier.

Utvikling er en livslang prosess som påvirkes av et samspill mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer. Prosessene har både innflytelse og gjensidig påvirkning på hverandre. Under utvikling i barndommen, foregår de fysiske og psykiske endringene mye raskere og er av mer omfattende art enn senere i livet. I tillegg vil utviklingsprosessene som foregår i barndommen være avgjørende for ungdomsårene, voksenlivet og alderdommen. (Håkonsen, 2014)

Når barnet er mellom 7-12 år, utvikles evnen til symbolsk og logisk tenkning. I denne perioden lærer barna å forstå forholdet mellom årsak og virkning, mens hypotetisk tenkning er

fortsatt problematisk. Derfor har de problem med å tenke hvilke konsekvenser de ulike valgene kan medføre. I alderen mellom 12-15 år utvikler barna evnen til å formulere hypoteser og være løsningsorientert. (Håkonsen, 2014)

Barn trenger en god relasjon til foreldre og omsorgspersoner for å trives og utvikles normalt (Erikson og Von Krogh, 2000). Barn som opplever svikt i relasjon med foreldre eller ikke får dekket deres behov for omsorg, nærhet og trygghet, kan utvikle alvorlige personlighetsforstyrrelser. Det kan også utvikle fryktsomhet, usikkerhet, manglende selvtillit til å forholde seg til andre (Håkonsen, 2014).

Barn som har psykisk syke foreldre, har økt risiko for å utvikle emosjonelle, kognitive problemer og somatiske vanskeligheter (Bøckmann og Kjellebold, 2015). Barnet kan ha da høyere risiko for å utvikle psykisk lidelse selv, enten i barndommen eller senere i livet. Barnet kan også bli utsatt for omsorgssvikt, mishandling, seksuelt overgrep og i verste fall tidlig død. Det er viktig å understreke at de fleste barna kan ha store evner til å tilpasse seg og klare seg i fremtiden selv om det kan bli vanskeligheter i familien (Torvik og Rognmo, 2011). Det som kan ha en forebyggende effekt er støttegrupper eller familiesamtaler (Lauritsen, 2018).

Ifølge Grunnloven (2020) §104, har barna *krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.* En viktig tanke som en bør å ha med seg i arbeidet er å gi tilpasse informasjon til som er pårørende av psykisk syke foreldre. Dette understrekes i Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) § 3-5, at informasjonen som gis, skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder og modenhet. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og helsepersonalet skal, så langt det la seg gjøre, sikre at mottakeren har forstått det som formidles av informasjon.

Ifølge Helsepersonelloven (2001) §10a, har helsepersonalet plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Dette innebærer å ivareta barnas behov for informasjon og nødvendig oppfølging på grunn av foreldens eller søskens psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade. Helsepersonalet som skal gi helsehjelp, skal finne ut om pasienten har mindreårige barn eller søsken og om vedkommende har behov for informasjon eller oppfølging. Når behovet for å ivareta mindreårige barn er identifisert og

dokumentert, skal det innhentes samtykke til å foreta oppfølging, da dette anses som hensiktsmessig. Disse rettighetene utgjør et viktig grunnfundament og det legges føringer på hvordan sykepleieren skal jobbe med å være barna.

Et annet perspektiv som en bør ha med seg i arbeidet er at helsepersonell skal ha samtale med pasienten om barnets behov for informasjon, oppfølging og/eller tilby nødvendig tiltak. Helsepersonell skal sørge for at alt informasjon gitt til barnet, når det ikke foreligger samtykke, skal taushetsplikten være gjeldene. Videre påpeker Helsepersonelloven (2001) § 33 a-d helsepersonellens opplysningsplikt til barnevernet uten hinder av taushetsplikt. Dette gjelder i situasjoner hvor det foreligger mistanke om barna utsettes for blant annet mishandling, utnyttelse og/eller alvorlig omsorgssvikt. Det kan også oppstå mistanker der en ser barna ikke får dekket deres fysiologiske eller psykiske grunnleggende behov. Det kan også være at barnet viser tegn til alvorlige atferdsvansker.

2.2. Samhandling med barn

Kommunikasjon preget av forståelse, aksept og toleranse er et viktig verktøy i samarbeid med barn. Ved å innta en aktivt lyttende rolle, får vi mulighet til å bli kjent med barnet og deres synspunkter. Når fokuset er lagt på barnet, kan hjelperen være tilstedeværende og gi støtte. Barnet blir møtt med respekt og dens integritet blir ivaretatt. Rolig kroppsspråk, åpenhet og anerkjennelse, skaper tillit mellom barnet og sykepleier. Dette legger til rette for at det ufortalte blitt fortalt. Sykepleier kan skape bånd mellom barnet og seg selv. Hensikten er å forstå hvordan barnet har det. Med dette er det lettere å gi barnet riktig informasjon som er tilpasset barnets mentale nivå. (Grønseth *et al.*, 2017)

Når fagpersonell snakker for langsomt, har barnet det lettere å dette ut av samtale og miste den røde tråden. Bruk av vanlig hverdagsspråk og normal snakkehastighet er derfor mer hensiktsmessig. Eldre barn og ungdom er i tillegg følsomme til småbarns språk. De kan fort bli fornærmet hvis de føler seg behandlet som yngre enn de faktisk er. Måten barn snakker på, er som regel like forståelig som hos voksne mennesker. Barna kan likevel være litt mer forsiktige i å åpne seg opp i samtalen. Dette bør være anerkjent og barna skal ikke presses for

å snakke. Press for at barnet skal gjøre noe den ikke har lyst til, eller er ikke klar til å gjøre, kan ha motsatt effekt og øke tilbakeholdenhet isteden. Felles for barn og ungdom er følsomhet for non-verbalkommunikasjon. Barna observerer andre nøye og klarer å fange de små detaljene i kroppsspråket. Ungdom er i tillegg følsom for manglende samsvar mellom det verbale og nonverbale. (Grønseth *et al.*, 2017)

Familiesamtale der en klarer å integrere barneperspektiv, har vist seg å ha forebyggende effekt i forhold til utvikling av psykisk lidelser hos barn av foreldre med psykisk lidelser. Studiene viser at det er viktig at foreldre får hjelp til å forstå, ut ifra barnas perspektiv, hvordan barnet blir påvirket av foreldrenes psykiske sykdom. Slik intervensjon kan bidra til at familien snakker sammen og har fellesforståelse om situasjonen (Helgeland, 2012). Foreldre kan lære seg å snakke med barna etter de deltar i samtaler og observerer hvordan sykepleiere gjør det. Til tider er det imidlertid hensiktsmessig å snakke med barnet uten foreldre til stede. Dersom det mistenkes at *det er forhold barnet har behov for å snakke om uten at foreldrene er til stede* (Bøckmann og Kjellevold, 2015, 273). Tverrfaglig samarbeid er en form for organisert samhandling, der ulike profesjoner samarbeider tett sammen og utfyller hverandre med spesifikt kompetanse. Samarbeidet dreier seg om at de har et felles ansvar om oppfølging av personer med sammensatt behov. Det er en måte å samarbeide på ved ivaretagelse av pasienten og deres barn som pårørende. (Helsedirektoratet, 2017)

Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-7a, skal i nødvendige situasjoner spesialisthelsetjenesten ha barneansvarlig personell som har ansvar for å koordinere oppfølging av mindreårige barn som pårørende. Halså og Kufås (2012) påpeker at ordning med barneansvarlige er i de fleste steder ny, og det foreligger ikke forskningsbasert kunnskap om hvordan ordningen skal praktiseres. En barneansvarlig bør ha nødvendig kompetanse, kapasitet for å kunne hjelpe barn som er pårørende. Det er viktig også at vedkommende har lang erfaring i å kunne tematisere foreldrerollen med pasienter og kunne gjennomføre informasjonssamtale med barn.

2.3. Interaksjonsteori av Joyce Travelbee

Travelbee (2001) mener at en utøver sykepleie ikke bare ovenfor den syke, men hele familien. Individet som er involvert i sykepleieprosessen er unike og må bli sett og respektert som de er. Sykepleieprosessen gir anledning til interaksjoner mellom den som yter hjelp, den som tar imot sykepleie, besøkende, pårørende og andre mennesker fra flere faggrupper. De interaksjonene skaper et menneske-til-menneske-forhold som kan bli både direkte og indirekte. Sykepleier skal lede de interaksjonene for å kunne identifisere de aktuelle behovene og bli kjent med den syke og deres pårørende. Sykepleieren må kunne evaluere sine handlinger og det i hvilken grad pasientens/pårørendes behov er tilfredsstillt.

Ifølge Travelbee (2001) er det vesentlig at sykepleier ikke legger vekt kun på mestring av sykdom, men også hjelper å finne mening i de erfaringene sykdommen bærer med seg. Travelbee (2001) ser viktigheten av kommunikasjon i mellommenneskelige interaksjoner. Kommunikasjon som gjensidig prosess gir mulighet til formidling av informasjon og registrering av observasjoner. Gjennom non-verbal kommunikasjon har sykepleiere mulighet til å vise omsorg, støtte og kan synliggjøre sykepleierens holdninger og intensjoner. Sykepleierens kommunikasjon spiller stor rolle i menneske-til-menneske relasjonsbygging hvor et menneske kan bli påvirket positivt eller negativt.

2.4. Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse ved hjelp av forskning og litteratur om hvilke tiltak som bidrar til at sykepleieren kan ivareta barn som er pårørende til psykisk syke foreldre.

2.5. Presentasjon av problemstilling

Gjennom hvilke tiltak kan sykepleier ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre.

3.0. Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som fremmer ny kunnskap og hjelper å svare på problemstilling (Dalland, 2012; Thidemann, 2015). Litteraturstudie som metode forutsetter at man går gjennom forskjellige trinn for at arbeidet blir systematisert og nøyaktig. Dette innebærer: formulering og operasjonalisering av problemstilling ved bruk av konkrete søkeord (PICO skjemaet), formulering av inklusjons og eksklusjonskriterier, valg av relevante databaser, registrering av søkearbeid i en søkematrise, kvalitetsvurdering av artiklene, analyse og sammenfatning av resultatene. Ved bruk av denne fremgangsmåten, har vi samlet inn litteratur, sett gjennom den med kritisk blikk og sammenfattet til slutt. Både kvalitative og kvantitative resultater ble utvalgt. Førstnevnte ga oss kunnskap om egenskaper, menneskelige følelser, opplevelser og meninger, derfor kunne vi forstå og utforske dynamiske prosesser hos målgruppen. Kvantitative resultater beskrevet antall enheter for å analysere statistikken, sammenligne og observere mønster. (Thidemann, 2015)

3.1. Søkeprosess

I litteraturstudien ble det brukt pensumbøker, selvvalgte kilder fra Nasjonalbiblioteket og det ble utført systematisk databasesøk ved bruk av Pubmed (Medline) og Cinahl. Noen kilder kommer fra manuelt søk gjennom analyse av litteraturlister fra fagartikler og vitenskapelige studier.

I forberedelsesarbeid har vi presisert problemstilling og fylt ut PICO skjema (Vedlegg 1) med mulige søkeord. Bokstavene i forkortelsen står for **P**asient/**P**roblem/**P**opulation, **I**ntervensjon, **C**omparison og **O**utcome. Metoden har på sikt å operasjonalisere problemstillingen og gjøre den presis og søkbar (Thidemann, 2015). I vår tilfelle Comparison ble ikke fylt ut, fordi dette var ikke hensiktsmessig.

Gjennom valg av søkeord og søke strategi, har vi prøvd å få svar på forskningsspørsmål. Hensikten var å få mer utfyllende svar på problemstillingen.

Forskningsspørsmål:

- Hvordan sykdommen påvirket barnet, relasjon til seg selv, andre?
- Hva var barnas største behov/ønske?
- Hva var utfordrende for barna? Hvor var utfordringer? Skole, hjemme, blant venner?
- Hvordan var møte med sykepleier/helsevesenet?
- Hvilke intervensjoner var brukt? Hvilke intervensjoner som var hjelpsomme?
- Hvilke intervensjoner kan sykepleier bruke for å ivareta barna?
- Hva som hindret ivaretagelse av barna?

3.2. Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjon	Eksklusjon
Artikler publisert mellom 2005-2020	Studier som forsker på russ og alkoholmisbruk som hovedproblem
Engelsk og norsk språk	Forelderens perspektiv som hovedperspektiv
Psykisk lidelse generelt.	Fagartikler
Psykisk lidelse hos en eller begge foreldre.	Spesialsykepleiere som målgruppen
Sykepleieperspektiv	Betalt tilgang til innhold
Barnas perspektiv	
IMRaD struktur	
Vitenskapelige artikler nivå 1 og 2	

Tabell 1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

3.3. Søkematrise

Dato Database	Søk no	Søkeord/ord kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert	Tittel på artikkel
12.04 PubMed	1	#1 children AND next of kin AND parents with mental illnesses	#1: 13	3	2	2	1. <i>'I have cried a lot': a qualitative study on children experiencing severe parental illness</i> , (Faugli et al., 2020) 2. <i>The silent world of young next of kin in mental healthcare</i> . (Martinsen et al., 2019)
12.04 PubMed	2	#1 children AND mentally ill parents AND family relations Filters: Child: 6-12 years Adolescent: 13-18 years Full text 2005-2020	#1: 178 Med filtrene: 53	14	8	2	3. <i>Needs, expectations and consequences for children growing up in family where the parent has a mental illness</i> . (Tabak et al., 2016) 4. <i>Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness</i> . (Nilsson, Gustafsson og Nolbris, 2015)
15.04 PubMed	3	#1: <i>impaired parents OR mentally ill parents OR parental mental illness NOT alcohol NOT drugs</i> #2: <i>children OR next of kin OR offsprings</i> #3: <i>barriers OR obstacles OR issues AND nursing</i>	#4: 421 Med filtrene: 33	3	2	1	5. <i>Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children</i> . (Maybery og Reupert, 2009)

		#4: #1 AND #2 AND #3 Filters: Full text, Review, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, from 2005 - 2020					
21.04 Cinahl	4	S1:(Mesh) <i>Children of Impaired Parents</i> OR <i>children</i> AND <i>impaired parents</i> S2: <i>support</i> AND <i>nursing</i> S3: <i>mental health</i> AND <i>parent</i> OR <i>parenting</i> S4: S1 OR S2 S5: S3 OR S4 Filters: 2005-2020 Full text Abstract available Referances available Subject: Major Heading <i>children of impaired parents.</i>	S5: 3,982 Med Filtrene: 20	8	6	1	6. <i>Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: perspectives of parents, carers, and children.</i> (O'Brien et al., 2011)

		child: 6-12 years adolescent: 13-18 years					
20.04 pubmed	5.	#1: <i>parents mental illness</i> #2: <i>adult children</i> #3: <i>psychiatric</i> #4: #1 AND #2 AND #3 #5: <i>Preventive care</i> #6: #5 AND #4 #7: <i>autism OR alcohol OR substance OR drugs</i> #8: # 6 NOT #7 Filters: Full text, Review, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, from 2005 - 2020	#8: 82 Med Filtrene: 48	6	2	1	7. <i>Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study</i> (Punamäki <i>et al.</i> , 2013)

Tabell 2 Søkematrise

3.4. Utvelgelse av artiklene

I hvert søk, ved å kombinere forskjellige søkeord, kom vi til begrenset antall treff. Vi har lest gjennom titlene i de sluttresultatene og valgte videre de studiene som virket relevant. Etter lesning av abstrakt kunne vi allerede bestemme hvilke studier er det hensiktsmessig å se nøye på, og hvilke må ekskluderes (for eksempel på grunn av misvisende tittel eller feil

perspektiv). De artiklene som ble igjen, hadde vi lest hele, og valgte vi de som hadde høyest relevans for oppgaven og de som fylte inklusjonskriterier. I søkematrise ble det oppgitt rekkefølge av søkeord, kombinasjoner og eventuelle filtre samt det endelige antall treff, leste abstrakt og artikler. Utvalgte artikler er presentert med tittel, forfatter og årstall i siste kolonne.

I første søk, etter at vi har lest 3 abstrakt ble det konkludert at en artikkel dreier seg om legeperspektiv og derfor ble den ekskludert. De 2 artiklene som var igjen fylte ut kriteriene og beskrevet barneperspektiv og dermed ble begge tatt med videre.

Søk nummer to ga oss for mange resultater, derfor valgte vi å bruke filterfunksjon. Dette resulterte med 53 studier. Blant alle studiene ble 8 artikler vurdert som nyttige å lese. Tre artikler manglet IMRaD struktur, mens to andre kunne ikke åpnes gjennom database på grunn av en teknisk feil. Ved søk på DOI nummer var det kun tilgjengelige tyskspråklige versjoner som er i strid med inklusjonskriterier. Tre artikler som ble igjen, handlet hovedsakelig om samme temaet. Studien til Tabak *et al.* (2016) ble med, fordi den sammenfattet 3 forskjellige perspektiver: barnas, forelderens og helse- og sosialarbeiderens. Studien til Nilsson, Gustafsson og Nolbris (2015) viser betydningen av gruppeterapi som anses også relevant for oppgaven.

Tredje søk, etter kombinasjoner og avgrensning ga oss 33 resultater, der kun 3 artikler ble tatt videre for å lese full tekst. En studie ble ekskludert med en gang da full tekst måtte betales for. En annen studie hadde høyt relevans, men som en del av metode ble brukt søkk i google og andre usikre nettsider. Som vår femte artikkel ble derfor inkludert studie til Maybery og Reupert (2009), som var både relevant og fylte ut inklusjonskriterier.

Etter nærmere titt på 6 artikler fra søk 4, ble to ekskludert på grunn av manglende IMRaD struktur. En studie handlet kun om kunnskap til psykiatriske sykepleiere og deres påvirkning på familieorientert tilnærming. To siste studiene skrevet av samme forfattere handlet om barna som besøker foreldre på psykiatrisk sykehus. Den som var avgrenset kun til akuttsengepost ble ekskludert. Denne studien som ble inkludert viste til flere resultater og hadde bredere problematikken.

På siste søk ble det lest to artikler, men kun en ble vurdert som relevant for oppgaven.

3.5. Kildekritikk/Kvalitetsvurderinger

Hver artikkel ble veid opp mot inklusjons og eksklusjonskriterier. Etisk vurdering ble tatt i betraktning. Vi har vurdert om hvem som er forfatter, hvor studien ble publisert og om artiklene ble fagfellefurdert (peer-reviewd) før publisering. For å finne det ut, foretok vi et søk i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste register (NSD) over publiseringskanaler. I tillegg har vi brukt sjekklister for kvalitetsvurdering av artiklene. (Folkehelseinstituttet, 2014).

3.6. Metode for analyse og sammenfatning av resultatene

Som Thidemann (2015) anbefaler, ble alle resultatene lest i sin helhet mange ganger. Deretter ble de delt opp i mindre deler og hver del ble lest for seg. Hensikten med denne lesemetoden var å kunne granske materialet, lese den med forståelse og reflektere over innholdet. Vi markerte resultater med forskjellige farger (markeringstusjer i Word dokument) for å se hvor vi får svar på problemstillingen og forskningsspørsmål.

4.0 Resultatpresentasjon

Inkluderte studier ble kort presentert med forfatter, journal, gjennomføringsland, mål, metode, resultater, relevans for oppgaven, etiskvurdering og kvalitetsvurdering.

4.1. Presentasjon av artiklene.

Artikkel 1. Faugli, A. et al. 2020, *'I have cried a lot': a qualitative study on children experiencing severe parental illness*, Scandinavian journal of caring sciences, Norge.

Hensikt: Hvordan barn og ungdom blir påvirket av en alvorlig foreldresykdom. Kartlegging av utfordringer.

Metode: Kvalitativ tverrsnittsstudie av barn som pårørende til pasienter fra fem norske helseforetak. Analyse av skriftlige svar fra 238 barn (8-18 år) på ett åpent spørsmål i et selvrappoterende spørreskjema.

Resultat/konklusjon: Den største utfordringen som barn opplever, innebærer utfordringer i livsutfoldelsen. Hvis barna ikke får den nødvendige støtten for å frigjøre spenningen, kan dette ha negativ personlig og relasjonell innvirkning og kan skape hindringer i velferden.

Relevans for oppgaven: Viser barnas perspektiv og hvordan forelder sykdom påvirker tanker, følelser, ansvar, relasjon mellom barn og forelder og mellom barn og andre.

Etiske overveielser: Både foreldre og barn har gitt sitt samtykke til undersøkelse. For barn i alder mellom 8 og 16 år ble skriftlig samtykke levert av foreldre. Svarene er anonyme og undersøkt person kan ikke identifiseres. Studien ble godkjent av Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (ref. 2012/1176 A) og samsvarer med prinsippene i Helsinkideklarasjonen.

Kvalitetsvurdering: Fagfellevurdert, tidsskrifts kvalitet nivå 1, internasjonal forfatterkrets, oppfyller inklusjonskriterier.

Artikkel 2. Martinsen et al., 2019, *The silent world of young next of kin in mental healthcare*, Nursing Ethics, Norge

Hensikt: Undersøke nærmeste pårørende. Kartlegging av deres behov for informasjon og involvering, mestring av situasjonen, identifisering av etiske utfordringer.

Metode: Kvalitativ studie blant mennesker mellom 14-22 år, basert på halvt strukturert individuelt intervju.

Resultat/konklusjon: Helsepersonell setter søkelys på pasienters rettigheter og behandling. Etiske utfordringer er relatert til relasjon mellom barn og familie, kommunikasjon, og informasjon til barna. Behov for mer familieorientert perspektiv i det psykiske helse systemet.

Relevans for oppgaven: Barnas perspektiv, forskjellige behov under foreldrenes innleggelse (god relasjon, kommunikasjon, og informasjon) i vanskelig situasjonen. Studien berører etiske utfordringer relevant i oppgaven.

Etiske overveielser: Etisk godkjent av National Data Protection Official for Research. Foreldre inkluderte i studien ble bedt om samtykke både for seg selv og barna. De som ikke ga samtykke for å intervju barna, mente at barna er altfor sårbare og kan derfor ikke delta.

Kvalitetsvurdering: fagfelleurdert, tidsskrifts kvalitet nivå 2, internasjonal forfatterkrets, oppfyller inklusjonskriterier.

Artikkel 3. *Needs, expectations and consequences for children growing up in family where the parent has a mental illness.* (Tabak et al., 2016) International Journal of Mental Health Nursing England, Finland, Tyskland, Italia, Norge, Polen, Skottland.

Hensikt: Å undersøke fagpersonellets, familiens og barnas oppfatning av barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Dette gjelder de viktigste: konsekvensene, behovene, og forventningene til disse barna. Det skulle observeres om det er forskjeller i denne oppfatningen i ulike interessentgrupper og land.

Metode: Kvalitativ forskning, fokusgrupper og intervjuer utført av 2 fagpersoner: psykologer eller sykepleiere.

Resultat/konklusjon: Det å fokusere kun på barn er ikke tilstrekkelig. Hele familien bør behandles og det må støttes foreldre i sin foreldrerolle. Skolene bør gi rådgivning, samarbeide med hele familien og lære ansatte og studenter om psykiske problemer for å redusere stigma.

Relevans for oppgaven: Sammenfatting av 3 perspektiver gir oss innblikk i helheten av problemet. Berører tema av stigmatisering.

Etiske overveielser: Etiske komiteer ble kontaktet og gitt etisk godkjenning i Polen og England, mens i andre land etiske komiteer besluttet at etisk godkjenning ikke var nødvendig for denne studien.

Kvalitetsvurdering: Fagfellevurdert, tidsskrifts kvalitet nivå 1, internasjonal forfatterkrets, tidsskrift med vitenskapelig redaksjon, oppfyller inklusjonskriterier.

Artikkel 4. Nilsson, Gustafsson og Nolbris, 2015, *Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness*, Journal of Child Health Care, Sverige

Hensikt: Undersøke unge voksnes barndomsopplevelser av støttegrupper når de bodde hos en psykisk syk forelder.

Metode: Kvalitativ metode, intervju med 7 unge voksne i alder 19-26 år som hadde fullført sin deltakelse i støttegruppen før de fylte 18 år. Intervjuer ansikt til ansikt ved tjenesten eller via telefon og Skype.

Resultat/konklusjon: Støttegrupper påvirket hverdagen til barna i tidsperioden de deltok i møtene og senere i livet. Studien fremhever behovet for støttegrupper.

Relevans for oppgaven: Intervensjon for barn med psykisk syke foreldre i form av støttegrupper.

Etiske overveielser: Forskerne utførte risikoanalyse for deltakere og veide verdien av ny kunnskap mot mulige risikoer i form av negative konsekvenser for deltakerne. Studien ble utført i samsvar med Helsinkideklarasjon. Deltakerne ble informert om at deres deltakelse var frivillig, og de kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser. All innhentet informasjon er beskyttet av taushetsplikt og deltakere kan ikke identifiseres.

Kvalitetsvurdering: fagfellevurdert, tidsskrifts kvalitet nivå 1, nasjonal eller internasjonal forfatterkrets, oppfyller inklusjonskriterier.

Artikkel 5. Maybery og Reupert, 2009, *Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Australia.

Hensikt: Gi en oversikt over barrierer og problemer for helsepersonell som reduserer eller hindrer deres evne til å ta ansvar for barn og familier når en forelder har en psykisk sykdom.

Metode: litteraturstudie.

Resultat/konklusjon: Studien viser at pasienter er ikke identifisert som foreldre og derfor personalet går glip av å kartlegge barnas situasjon og behov. Personalet mangler ferdigheter og kunnskap om familier, barn og foreldre. Det ble avdekket utilstrekkelige familie- og barnevennlige retningslinjer og prosedyrer.

Tilnærming skal være familiefokusert. Retningslinjer og prosedyrer, ledelsesmessig støtte, organisatorisk støtte, godt målrettet og vedvarende opplæring blant ansatte rettet mot barn i familie sammenheng.

Relevans for oppgaven: Setter lys på hindringene og problemene som helsepersonell samt sykepleiere møter når de vil ivareta barn til psykisk syke foreldre.

Etiske overveielser: I denne litteraturstudien ble ikke etiske overveielser beskrevet. Studien var vesentlig relevant for vår oppgave og dermed vurderte vi å inkludere den likevel.

Kvalitetsvurdering: fagfelleverdert, tidsskrifts kvalitet nivå 1, nasjonal eller internasjonal forfatterkrets, oppfyller inklusjonskriterier.

Artikkel 6. (O'Brien *et al.*, 2011) Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: perspectives of parents, carers, and children, International Journal of Mental Health Nursing, Australia.

Hensikt: Å identifisere perspektivene til barn, deres foreldre, andre omsorgspersoner og fagpersoner ut fra deres opplevelse av barn på besøk på en psykiatrisk sengepost.

Metode: Kvalitativt studie basert på intervjuer.

Resultat/konklusjon: Barna ønsket å bli involvert i behandling av foreldrene sine og besøke dem på sengepost, men de opplevde lite støtte fra personalet. Familier indikerte at barn som besøkte psykiatriske sengepost ikke var tilstrekkelig godt ivaretatt.

Relevans for oppgaven: Studien viser barnas synspunkter og ønsker. Barna beskriver hva var det, som kunne hjelpe dem å mestre hverdagen, mens forelder var innlagt.

Etiske overveielser: Etisk godkjenning ble gitt fra University of Western Sydney Human Research Ethics Committee og fra Human Research Ethics Committee. Deltakelse var frivillig. Foreldre som deltok i undersøkelsen, ble bedt om å gi samtykke til barnas deltakelse. Barn fikk velge om de ville ha en forelder til stede i rommet eller i nærheten. Deltakere ble tilbyd profesjonell hjelp dersom de skulle føle seg dårlig/ubehagelig underveis. Ingen av deltakerne indikerte at de syntes prosessen var bekymringsfull, og mange indikerte at de syntes det var nyttig å bli spurt om sine opplevelser.

Kvalitetsvurdering: fagfelleverdert, tidsskrifts kvalitet nivå 1, internasjonal forfatterkrets, tidsskrift med vitenskapelig redaksjon, oppfyller inklusjonskriterier.

Artikkel 7. Punamäki et al., 2013, *Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study*, Journal of Family Psychology, Finland.

Hensikt: Undersøke effekt av forbyggende tiltak hos barn til deprimerte foreldre.

Metode: Kvantitativ spørreundersøkelse. 109 familier delt i to grupper: *Family talk Intervensjons* (FTI) og 2. *Lets talk about the children* (LTC). De svarte på spørsmålene

1-3 uker før programmet startet Basline (T1), ble det stilt igjen spørsmål etter 10 måneder (T2), og 18(T3) måneder. Forskerne sammenliknet svarene ved bruk av GLM (General Linear Modeling)

Resultat/konklusjon: Forskere har evaluert effekt av intervensjoner i forhold til barnas kognitiv egenskaper, og deres følelsesmessige symptomer. Begge intervensjonene hadde positiv effekt på barna. Intervensjon med familie fokus (FTI) hadde mindre effekt på barnas kognitivutvikling enn intervensjon med fokus på barn (LTC).

Relevans for oppgaven: Viser effekt av forebyggende tiltak.

Etiske overveielser: Foreldre har gitt skriftlig samtykke for seg selv og sine yngre barn. Barn over 15 år ga sitt eget samtykke. Eksklusjonskriteria blant annet: pågående familieterapi, sykdomserfaring, pågående involvering i barneverntjenester, livstruende stadium av en somatisk sykdom, og barnets behandling for psykiatrisk lidelse. Med dette ser vi at forskerne hadde utført nødvendig risikovurdering.

Kvalitetsvurdering: fagfelleurdert, tidsskrifts kvalitet nivå 1, internasjonal forfatterkrets, tidsskrift med vitenskapelig redaksjon, bekreftet ISSN, oppfyller inklusjonskriterier.

4.2. Sammenfatning av resultatene

Resultater fra alle studier ble sammenfattet og sortert under hovedtemaer: **barnas følelser og relasjon til seg selv, barnas relasjon til den syke, familien og andre, barnas opplevelse av utfordringer, barnas ønsker og behov, møte med sykepleier/helsevesenet**, intervensjoner,

utfordringer. Vi mener at slik presentasjon gir mulighet får å skape bedre forståelse av resultatene og legger til rette for god diskusjon.

Barnas følelser og relasjon til seg selv.

Forskning viser at barnas tanker og følelser er betydelig påvirket av psykisk sykdom i familien (Faugli *et al.*, 2020; Martinsen *et al.*, 2019; Tabak *et al.*, 2016). Sinne, tristhet, følelsmessig blokkade, var fremtredende. I tillegg kom sterk følelse av angst og frykt for fremtiden. Tanketåke provosert av situasjonen og bekymringer om foreldrenes helse, førte ofte til konsentrasjonsvansker og søvnløshet (Faugli *et al.*, 2020; Tabak *et al.*, 2016). I noen tilfeller ble det observert sterk ambivalens hos barnet.

Å ringe etter hjelp på en måte føltes riktig, men på annen måte så følte barnet at dette var feil for forelder (Tabak *et al.*, 2016). I forbindelse med psykisk sykdom i familien var også nevnt skamfølelse hos barna (Tabak *et al.*, 2016), og det å føle seg annerledes enn andre i samme alder (Nilsson, Gustafsson og Nolbris, 2015). Noen nevnte også ubehag forårsaket av situasjon der fagpersonene snakket overhodet til barnet (O'Brien *et al.*, 2011). De fleste barna opplevde store endringer i livet og dette førte til uforutsigbarhet og usikkerhet. En studie har avdekket at noen få barn klarte seg bra i situasjonen på grunn av nye ferdigheter og håndteringsmekanismer de utarbeidet etter foreldrenes sykdom oppsto (Tabak *et al.*, 2016).

Barnas relasjon til den syke, familien og andre.

Noen barn har lagt merke til en økt barriere mellom seg selv og den syke. Noe i forholdet endret seg og det føltes som de to var langt unna hverandre. Andre barn hevdet at forhold med den syke var intakt, mens det virket at relasjoner i hele familien ble endret (Martinsen *et al.*, 2019). Forholdene mellom familiemedlemmene ble sterkt påvirket av uforutsigbarhet, foreldrenes ustabilitet og endret funksjonsnivå (Faugli *et al.*, 2020).

Barna som var undersøkt fortalte om endring i tillit til voksne. Mange følte at de ikke kunne stole på dem (Nilsson, Gustafsson og Nolbris, 2015). Barna hadde det vanskelig å snakke med andre om sine opplevelser. Dette resulterte i nettverket av dårligere kvalitet, forverring i relasjoner med andre og følelse av ensomhet (Faugli *et al.*, 2020).

Barnas utfordringer.

Noen barn opplevde selve informasjon om foreldrenes sykdom som en utfordring, mens for andre barn var det innleggelse og behandling vanskeligste (Faugli *et al.*, 2020). I noen tilfeller opphold på institusjonen var utført med tvang, og barna opplevde det som skremmende, uforståelig og traumatisk. De hadde ikke fått noe informasjon om hvorfor dette skjedde og hvorfor ble dette gjort på denne måten. Mange barn ble engstelige for å få dårlige kommentarer og stigmatisering fra naboer eller andre vitner til hendelsen (Martinsen *et al.*, 2019).

Tyngden av å holde psykisk sykdom i familien hemmelig for å unngå skam, ble påpekt blant undersøkte i Italia (Tabak *et al.*, 2016). Frykten for stigmatisering førte til stillheten i nettverket. En jente på 15 år sa: *“Jeg har opplevd det vanskelig å ikke snakke med vennene mine om det, men samtidig føler jeg at det er det enkleste”* (Faugli *et al.*, 2020). Selv om noen barn hadde rundt seg personer for å snakke med, de våget ikke (Nilsson, Gustafsson og Nolbris, 2015). Hos andre ble det stille i familien og psykisk sykdom var aldri diskutert (Martinsen *et al.*, 2019).

Store utfordringer ble meldt i sammenheng med rolleendring i familien, krav og ansvar. Barna ble overbelastet på grunn av at de måtte passe på søsken, og foreldre i tillegg til daglige gjøremål. Det å ta seg av voksne oppgaver i ung alder spilte negativt på barna, særlig da de ikke kunne snakke med noen (Faugli *et al.*, 2020).

Barnas ønsker og behov.

Forskning viser at selv om barn er bare barn, så har de stor behov for å skjønne hva som skjer når sykdommen oppstår. Både foreldre og barna forteller at de ønsket seg informasjon om eksisterende tjenester og støttende organisasjoner (Tabak *et al.*, 2016). Det var også understreket at barna ville delta i pårørendesamtaler, være involvert i prosessen og bli hørt underveis (Maybery og Reupert, 2009). Barna mente at gjennom besøk kunne de bidra til raskere bedring hos den syke (O'Brien *et al.*, 2011). Når det gjelder barn til foreldre som var innlagt på institusjon, så ønsket barna å *besøke de oftere og bli oppmuntret til dette av personalet og at sykehuset hadde vært bedre egnet for besøk*. Regelmessighet i

besøksmønstret var sett som viktig (Martinsen *et al.*, 2019). Barna hadde tydelig *behov for å overføre sin overdrevne følelse av ansvar for foreldre* (Tabak *et al.*, 2016).

Møte med sykepleier/helsevesenet.

Ifølge barna var møte med helsevesenet fattig i informasjon. Mange hadde ikke noe kontakt med foreldrenes veileder/behandler utenom å hilse. Derfor hadde de ikke fått noe informasjon om hvordan mamma/pappa har det. (Martinsen *et al.*, 2019; O'Brien *et al.*, 2011) For andre barn ble det skremmende å se forelder innlagt på en slik plass hvor noen mennesker gjør rare ting. Redsel var rettet mot det som var nytt, annerledes og uforståelig. Likevel barna følte seg ikke truet på noen måte. (O'Brien *et al.*, 2011)

Intervensjoner.

De fleste unge voksne som deltok i **støtte grupper**, mente at denne intervensjonen var hjelpsom og bidratt til at de kunne mestre utfordrende hverdagssituasjoner på en bedre måte. Dette ga mening både under tidsperiode de deltok i møter og flere år etter gruppemøter var avsluttet. Det å kunne snakke med noen som har opplevd psykisk sykdom i familien, var nyttig for mange. Dette ble opplevd både som morsomt og tøft. Deltakelse i støttegruppen ga følelse av tilhørighet og ingen trengte å føle seg alene. Økt mestring manifestert seg i at deltakere lærte seg å snakke om vanskeligheter. De klarte å fokusere seg på det som var bra og ikke bare det som er negativt.

Det å ha leder spilte også en stor rolle. Flere personer har lært seg å be om hjelp, og dette åpnet opp for andre intervensjoner senere i livet, blant annet terapi. En person har ikke sett fordeler av å delta i støttegruppen. Vedkommende og følte ekstra belastning under deltakelse. (Nilsson, Gustafsson og Nolbris, 2015). Enkelte unge voksne konkluderte at det ville være bra om noen kunne ta på seg oppgaven av å følge opp med mor og oppmuntre til å ta medisiner, slik at barnet var ikke nødt til å gripe inn selv. Meningen var at barna kunne slippe å bære denne byrden. (Tabak *et al.*, 2016). De barna som var inkludert i **familieintervjuer** følte seg inkludert i behandlingen av forelder. Det var av stor betydning ifølge barna og ga dem mer forståelse av foreldrenes sykdom. Likevel de fleste sa at de følte seg ikke anerkjent nok som barn. De ønsket seg mer uformell tilnærming. (O'Brien *et al.*, 2011)

Veiledning gjennom hele situasjon, var sett som en potensielt viktig intervensjon. Veiledning kunne innebære at en fagperson forteller hvordan det er å besøke forelder på institusjon, hva er det som foregår der og hvordan forelder får hjelp. Det var vesentlig å kunne bli veiledet gjennom besøket fra *hello til godbye* og få debrief rett før hjemreise. (O'Brien *et al.*, 2011).

Studien til Punamäki *et al.* (2013) bekrefter at intervensjoner har positiv effekt. Resultat viser at bruk av intervensjon reduserer både barns negative emosjonelle symptomer og øker kunnskap, forståelse om foreldrenes sykdom. Forskere avdekket at intervensjoner rettet mot barn (LTC) har bedre effekt enn intervensjoner rettet for familie (FTI). Denne studien anbefalt at kort forbyggende intervensjoner kan ha økende positiv effekt på kognitiv utvikling hos barn til psykiske syke foreldrene.

Utfordringer.

Omsorgspersoner har meldt sin bekymring om **barnas sikkerhet** mens de er på besøk på en psykiatrisk sengepost. Tankene handlet mest om aggresjon fra medpasientene, støy og ukritisk oppførsel. (O'Brien *et al.*, 2011). Forelderens frykt for at **barnet skal skamme seg** over dem på grunn av den diagnosen de har og hvor de skal legges inn, førte til at foreldre samtykket ikke til å gi barn informasjon om hva som foregår (O'Brien *et al.*, 2011).

Forelderens uvilje til å involvere barna i behandlingen var også forårsaket av manglende forståelse for hvor dårlig deres helse faktisk var, hvor mye de var fokusert på seg selv istedenfor på barna og manglende innblikk i barnas aktuelle behov (Stallard *et al.*, 2004 referert i Maybery og Reupert, 2009). Det som hindret identifisering av barna med behov for oppfølging var både foreldrenes og barnets frykt for å bli **stigmatisert** og ikke forstått (Faugli *et al.*, 2020; Martinsen *et al.*, 2019; Tabak *et al.*, 2016; O'Brien *et al.*, 2011).

Manglende engasjement fra ansatte til å passe på barna var også påpekt som vanskelig. Barna ønsket seg å være mer ivaretatt under besøket, mens ansatte virket som de ikke vil se det (O'Brien *et al.*, 2011). Det finner bekræftelse i en annen studie hvor det ble avdekket at sykepleiere meldte om sine **begrensninger i familiefokusert arbeid og samhandling med barn** (Dean og Macmillan, 2001; Korhonen, Vehviläinen-Julkunen og Pietilä, 2008 referert i Maybery og Reupert, 2009).

Arbeidernes holdning kan også vise seg å være problematisk dersom den kommer med slike synspunkter: *the adult is our service user not the family* og *the Children are not our responsibility* (Dean og Macmillan, 2001 referert i Maybery og Reupert, 2009).

En annen barriere som var nevnt var **utilstrekkelig ressurs tildeling** for familiefokusert praksis, inkludert tidstilbud (Byrne *et al.*, 2000; Thompson og Fudge, 2005; Maybery og Reupert, 2006; Korhonen, Vehviläinen-Julkunen og Pietilä, 2008 referert i Maybery og Reupert, 2009).

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet skal vi diskutere tiltak som sykepleiere kan iverksette for å ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Vi skal se nærmere på barnas opplevelser og behov og på hvilken måte sykepleieren kan møte de. Vi skal også diskutere om sykepleierens kunnskapsnivå er tilstrekkelig for å overvinne de hindringene som en kan møte i arbeid med barn som pårørende.

5.1. Hvorfor barna skal ivaretas

Barnas rettigheter som pårørende og sykepleierens ansvar for disse barna er tydelig beskrevet i de norske lovene (Grunnloven, 2020; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Helgeland (2012) hevder at barn som vokser opp med psykisk syk forelder, har høyere risiko for å utvikle selv sosiale og emosjonelle vansker. Eksistensen av vanskelighetene dette føre med seg bekreftes av forskning gjort av (Faugli *et al.*, 2020; Martinsen *et al.*, 2019; Tabak *et al.*, 2016).

Faugli *et al.* (2020) viser i tillegg at forelder sin sykdom påvirker på barnas kognitive og emosjonelle utvikling. Alvoret i situasjonen er betydelig og det er derfor stort behov, at sykepleier griper inn i den grad det lar seg gjøre. Barnet er ikke pasienten her, men ved å følge Travelbee (2001) sine tanker, så er det ikke bare den syke som trenger hjelp fra sykepleier, men hele familien. Derfor skal sykepleie imøtekomme både pasienten og dens familier på en måte som gjør at de føler seg god ivaretatt. Hennes tanker om å se pasienten som unik, vil være viktig for hvordan barn blir ivaretatt som pårørende. Det å lære familien og pårørende å mestre sykdom er en ting, men det å finne mening i de vonde erfaringene er minst like viktig sykepleierens oppgave (Travelbee, 2001).

På en annen side kan en se til forskning utført av Tabak *et al.* (2016) der resultatet indikerer at de viktigste problemene for barnet er reversering av foreldrerollen i familien, emosjonelle og atferdsproblemer. Dette kan skape, stigma rundt psykiske helseproblemer og mangel på foreldrenes oppmerksomhet og engasjement som tilleggs belastning kan redusere barnets

livskvalitet. I studien til Faugli *et al.* (2020) ga mange barn uttrykk for at det var vanskelig å håndtere egne følelser. Barna gjengir at de følelsesmessig er distanserte, ensomme, triste, sinte, skyldige og redde. I tillegg uttrykket barna at de hadde ingen å dele med de vanskeligste opplevelsene. Dette påvirket hele deres vesen. Det var utfordrende for barna å håndtere deres følelsesmessige og praktiske belastninger samt beskytte seg mot skam og stigma.

Hjemmesituasjon med mye skriking og kringling satt preg på mange. De følte seg ofte opprørte og deprimerte, lett irritable, eller innadvendte. Stillhet mellom familiemedlemmene førte til manglende kommunikasjon. Psykisk sykdom og den syke i familien ble til tabu temaet. Mange av barna følte at forholdet til den syke hadde blitt forverret (Faugli *et al.* (2020)). Vi tror at gjennom denne kunnskapen kan sykepleieren i større grad bidra til å lage gode opplevelser knyttet til det å prate om vanskelige temaer. Det skal ikke legges skjul på at det kan være utfordrende for sykepleieren å skulle formidle om tematikken psykiske lidelser, da barnet kan befinne seg i en vanskelig fase. Dette kan medvirke i hvilke grader barnet klarer å konsentrere seg om det som formidles.

5.2. Barnas behov for tilknytning

Utrygg og usikker tilknytning svekker evne til å tenke om seg selv og andre. I denne tilstanden er det vanskelig å skille seg fra verden rundt og det skaper problemer med å se andres reaksjoner, intensjoner og handlinger fra flere perspektiv. (Håkonsen, 2014).

I følge til Tabak *et al.* (2016) barna trenger emosjonelt støtte for å bevare god relasjon med foreldre. Nilsson, Gustafsson og Nolbris (2015) viser i sin studie at støttegruppe var en bra intervensjon for barna. Der kunne barna snakke med andre som hadde like utfordringer. Gjennom deltakelse åpnet barna seg opp for nye intervensjoner. Etter avsluttet gruppemøter noen meldte seg på eget initiativ til terapi for å mestre hverdags utfordringer.

Punamäki *et al.* (2013) mener at intervensjoner som fokuserer på barn gir bedre forebyggende effekt. Gjennom slike intervensjoner kan sykepleiere forebygge den negative utviklingen hos barna i fremtiden. Sykepleier må iverksette tiltak etter barnas aktuelle behov. Informasjons behov varierer fra barn til barn. Ifølge Travelbee (2001) bør sykepleiere bruke sine kommunikasjonsferdigheter for å oppnå tillitsskapende relasjon og tilknytning med pasienten.

På denne måten kan sykepleier tilnærme seg pasientens barn og kartlegge deres behov. Kommunikasjon skal være målrettet.

Kunnskap og åpenhet rundt forelderens sykdom øker barnas trygghet og tilknytning i familien. Informerende kommunikasjon har forebyggende og mestrende effekt på foreldre og familien. Etter informasjonsrik tilnærming begynte familiemedlemmene å prate åpen om sykdom og andre viktige temaer. Barna ble lettet og deres relasjon til foreldre ble forbedret. (Pihkala, Sandlund og Cederström, 2012)

5.3 Kommunikasjonsbehov

Ifølge Eide og Eide (2017) barna i aldersgruppen 8 – 11 ser forskjellen mellom virkelighet og fantasi. De klarer å se sosiale sammenhenger og hendelser uavhengig av seg selv og har klar forestilling om seg selv i forhold til andre. De viser også mer forståelse for andres reaksjoner. Negativ påvirkning i denne fasen kan forårsake følelse av mindreverd og forstyrre barnas kognitive utvikling. Barn over 12 år, stiller vanligvis store krav til seg selv. Selvfølelsen deres er fortsatt sårbar. Mangel på bekreftelse og anerkjennelse kan bidra til usikkerhet og rolleforvirring. I denne fasen er det viktig å hjelpe barna med selvstendighet, kontroll og mestring (Eide og Eide, 2017).

Bøckmann og Kjellevold (2015, s. 278) skriver at *alle mennesker har behov for å oppleve sammenhengen og forutsigbarhet i sin tilværelse*. Dette kan bidra til at situasjonen barn lever i, er forståelig, håndterbar og meningsfull. I tillegg er det av stor betydning for å kunne håndtere påkjenninger og stress. Mangel på kommunikasjon og forståelse om hva som skjer, kan påvirke barnet negativt. Det er hensiktsmessig av sykepleier å gi barnet støtte samt gi relevant og aktuell informasjon, slik at de klarer å sette sine opplevelser inn i en sammenheng som skaper mening. (Bøckmann og Kjellevold, 2015).

Helgeland (2012) belyser at barn som har syk forelder, har behov for informasjon om foreldrenes lidelse. Manglende informasjon gjør at barna blir engstelige og redde. Flere forskninger bekrefter at barnas behov for informasjon ikke var tilfredsstillt i den grad som barna hadde behov for (Tabak *et al.*, 2016; Maybery og Reupert, 2009; Martinsen *et al.*, 2019; O'Brien *et al.*, 2011). Faugli *et al.* (2020) hevder at mangel på informasjon, uforutsigbarhet og

usikkerhet om å ikke vite hva som skjer, var det vanskeligste for noen av barna. Derfor må barn informeres om foreldrenes tilstand i henholdt til utviklingsalderen og forsikres om at deres syke forelder blir behandlet og ivaretatt på en god måte. I studien til Martinsen *et al.* (2019) følte barna at de har mottatt liten eller ingen informasjon fra helsepersonell om familiemedlemmets sykdom, samt visste de lite om hva som skjedde på sykehuset.

Barna forteller om mange ubesvarte spørsmål angående sykdommen og oppfølgingen av familiemedlemmet. Mangel på informasjon og involvering kan resultere at en har større sjanse for å øke lidelsen til de nærmeste pårørende, og en kan bli bekymret ensom og isolert. Forskning har vist at intervensjoner som har på sikt å forebygge psykiske lidelser eller psykiske forstyrrelser hos barn til foreldre med psykiske lidelser, er effektive (Martinsen *et al.*, 2019; Punamäki *et al.*, 2013). I studien til O'Brien *et al.* (2011) kom det frem at barna var stort sett usynlige for helsepersonell, med liten eller ingen anerkjennelse av deres tilstedeværelse.

Ingen forsøkte å inkludere barna i foreldrenes behandlingsforløp. Mens barna ønsket det, siden det var mer bekymringsfullt for dem å være uinformerte. De hadde behov for informasjon om forelderens helsetilstand og bekreftelse at deres foreldre blir bedre eller frisk igjen. På den andre siden påpeker Maybery og Reupert (2009) at selv om noen pårørende kunne bli inkludert, så ville de ikke. Årsaken til det var vanskeligheter med transport og avstand eller at barna var i fosterhjem. Det fremkommer i tillegg at barnets alder var stor hinder for å snakke med barn. Ifølge Tabak *et al.* (2016) barn trenger emosjonelt støtte, trygghet, og en tverrfaglig hjelp. Sykepleiere som tar vare på psykisk syke foreldre, bør være klar over de spesifikke konsekvenser for barn.

5.4 Sykepleierens perspektiv

Sykepleier er pliktet til å identifisere mindreårige barn til sine pasienter (Helsepersonelloven, 2001, §10a; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, § 3-7 a). På den annen side skal man ikke utpeke mindreårige som pårørende, dersom pasienten er ikke i stand til å nevne nærmeste pårørende selv. Dette gjør at mindreårige barn blir fort usynlige for sykepleiere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Dersom sykepleieren mistenker at barna utsettes for mishandling eller omsorgssvikt, har sykepleieren en opplysningsplikt til Barnevernet (Helsepersonelloven, 2001). Det kan være utfordrende for sykepleieren, særlig når foreldre verger seg for å snakke om hjemmesituasjonen, barna og foreldrerollen. Manglende kunnskap og forståelse for hvordan deres lidelse påvirker barna kan ligge til grunn for det (Hjelmseth og Aune, 2018).

Forskning viser til at tidspress, uklare lokale retningslinjer, dårlige rutiner og prosedyrer i organisasjonssystemet, gjør denne lovpålagt oppgave vanskelig for sykepleiere å utføre (Maybery og Reupert, 2009; Hjelmseth og Aune, 2018). Sykepleier har flere oppgaver å utføre i løpet av en vakt. En må hente nødvendige informasjon om pasientens tilstand og identifisereproblemer, behov og ressurser. Presisere sykepleiediagnoser, iverksette sykepleietiltak og sykepleieplan. Sykepleier har ansvar for å planlegge evaluering og eventuelle endringer av sykepleieplanen i fremtiden. Alle disse handlingene og deres faglige begrunnelse må være journalført. Ifølge Helsepersonelloven (2001) helsearbeidere har dokumentasjonsplikt. Dokumentasjonsarbeid er tidskrevende særlig da sykepleiere har gjerne ansvar for flere pasienter (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015).

Den nye §10a fra 2010 i Helsepersonelloven (2001) er lite nyttig dersom sykepleiere selv sier ifra om egne begrensninger og manglende kunnskap i familiefokusert arbeid, samt utilstrekkelige ressurser for god samhandling med barn (Dean og Macmillan, 2001; Korhonen, Vehviläinen-Julkunen og Pietilä, 2008 referert i Maybery og Reupert, 2009). Til tross at det har vært lovendring, viser det seg at endringene har fortsatt vesentlige svakheter (Haugland, Ytterhus og Dyregrov, 2012). Manglende fokus på ulike problemstillinger, dårlige holdninger, manglende familiefokus blant ansatte som vedgår barn som pårørende, kan være til skade. Dette gjør at barna kan bli usynlige og kan få dårligere livskvalitet som en konsekvens av det (Dean og Macmillan, 2001 referert i Maybery og Reupert, 2009). Korhonen, Vehviläinen-Julkunen og Pietilä (2008) påpeker at sykepleieres utvidet kunnskap om familietilnærming og erfaring om familiefokusert arbeid hadde stor betydning for å ivareta familiens behov.

Sykepleiere har en viktig rolle i å støtte det psykososiale miljøet i familien. Å møte familiens behov krever fleksibelt samarbeid mellom de ulike tjenestene. Derfor bør sykepleiere ha bedre

evne til å identifisere hvilke pasienter som er foreldre og til å støtte pasientenes foreldreroller for å øke barnesikkerhet og velferd (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen og Pietilä, 2008).

Likevel kan dette være problematisk da hjelperen befinner seg i en situasjon hvor det er arbeidspress. (Byrne *et al.*, 2000; Thompson og Fudge, 2005; Maybery og Reupert, 2006; Korhonen, Vehviläinen-Julkunen og Pietilä, 2008 referert i Maybery og Reupert, 2009).

Dette kan resultere at unge pårørende blir lett oversett, fordi de er mindreårige og ikke har noen juridisk representasjonsrolle. Likevel kan det tenkes at barn som har syk forelder, kan ha behov for informasjon om foreldrenes lidelse (Martinsen *et al.*, 2019). Studien viser at manglende informasjon, gjør at barna er engstelige og redde. Forskning og kunnskap om barnas utvikling viser at barn trenger å forstå hva som skjer i familien (Helgeland, 2012, s. 187). Flere forskning bekrefter at barnas behov for informasjon ikke var tilfredsstillt i den grad som barna hadde behov for (Tabak *et al.*, 2016; Maybery og Reupert, 2009; Martinsen *et al.*, 2019; O'Brien *et al.*, 2011).

På den andre siden er dette imidlertid et etisk dilemma for sykepleiere når det gjelder hvordan man kan balansere mengden informasjon og eksponering av barn for de låste avdelingene på sykehusene (Martinsen *et al.*, 2019). Risikoen for at de unge pårørende kan bli redd og utsatt for skremmende syn er bekreftet i forskning (O'Brien *et al.*, 2011). Helsepersonell kan oppleve ambivalens. Barna selv ønsker å bli involvert forelderens behandlingsforløp og hvis foreldereren samtykker det (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Dette gjør at det å ha samtale med barna om psykiske lidelser og foreldrenes behandlingsforløp eller prognose kan være skadende. Det må vurderes hva som er til barnets beste. Sykepleier bør til enhver tid huske om *ikke skade prinsippet* i den aktuelle situasjonen (Brinchmann, 2012). Som et resultat av de ulike vurderingene er at sykepleieren kan i noen tilfeller tilbakeholde informasjon fra de nærmeste unge pårørende (Martinsen *et al.*, 2019).

Løsningen hvor institusjonene innenfor spesialhelsetjenesten, er pålagt om å ha eget helsepersonell. Vedkommende har ansvar for å ivareta barna som er pårørende. Dette kan bidra til å fange disse barna tidlig og kunne støtte deres mestring i hverdagen (Hjelmseth og Aune, 2018). Etter vår mening, det å ha en eller flere ansatte med økt kompetanse innenfor

barnearbeid, kan øke arbeidskvaliteten av andre sykepleiere uten slik kompetanse på samme arbeidsplass.

5.5 Sykepleierens rolle i barnas møte med helsevesenet

Studiene viser at barna ga uttrykk for dårlig møte med spesialisthelsetjenesten (Faugli *et al.*, 2020; Martinsen *et al.*, 2019). Barna ble vitner til tvang utgjort mot foreldre (Martinsen *et al.*, 2019) eller erfart ubehag fra foreldrenes medpasienter (O'Brien *et al.*, 2011). Selv om barnas sikkerhet var på ingen måte truet, skapte slike opplevelser frykt, skepsis og utrygghet. Hvordan barnet opplever ting som skjer på sykehuset, har mye å si om hvordan barnet kommer til å samarbeide med sykepleier (Grønseth *et al.*, 2017). Derfor har sykepleier en viktig oppgave med å skape tillit mellom barnet og seg selv, slik at det første inntrykket fra sykehuset blir ikke så traumatisk. For å gjøre det, må en bli kjent med barnas reaksjoner på forelderens sykdom og vise aksept til barnet. Kontaktskapende arbeid må begynne allerede fra første fase som Travelbee (2001) kaller for *det innledende møte*. Det første inntrykket barnet får av sykepleier, kan gi grunnlag for tillitsfullt forhold, åpenhet og annerkjennelse mellom de to. En slik forhold er en grunnstein for effektiv kommunikasjon og fører til bedre ivaretagelse av barnas informasjonsbehov av sykepleier.

I kontakt med barn, må sykepleier være oppmerksom på at barna er følsomme både på den verbale og nonverbale kommunikasjonen. *Barn liker best sykepleiere som snakker vennlig til dem, som er snille, rolige og avslappet, som lytter(...) og som gjerne setter seg ned slik at barnet kan ha øyekontakt med dem* (Grønseth *et al.*, 2017, s. 98). Hos O'Brien *et al.* (2011) er det foreslått at sykepleier bør veilede barnet gjennom hele besøket hos forelder. Det er å skape et godt miljø, der sykepleieren får innpass til å veilede barna. Som et mulig tiltak, kunne sykepleier først sette seg ned med barnet og fortelle noe om dette stedet barnet kom på besøk til. Under samtalen kunne sykepleier fortelle generelt hvordan pasientene med psykiske lidelser får hjelp. Etterpå kunne barnet få omvisning i de områdene der kontakt med medpasientene er begrenset. Slik løsning kunne kanskje bidra til at en psykiatrisk sykehus ville bli mer barnevennlig og ikke være så skummelt som barna i studien

Faglig oppdatert sykepleier som er både dreven i samarbeid med barn og kjenner til de aktuelle hjelpeprogrammer, har mulighet til å tilby barnet og andre i familien, riktige tiltak. På den andre siden, kan det være vanskelig å utføre, siden mange sykepleiere melder at tidspress og uklare arbeidsrammer er en betydelig stor hindringsfaktor (Hjelmseth og Aune, 2018). Barnet selv er ikke pasienten, men det er forelder som får behandling (Dean og Macmillan, 2001 referert i; Maybery og Reupert, 2009), likevel må barn som pårørende ivaretas.

I den korte stunden, som sykepleieren har for å tilbringe med barnet, kan en lytte, identifisere og anerkjenne barnas behov, samt vurdere hva er det barnet trenger mest. Sykepleier bør ha evnen til å vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å ivareta barnet og må bli kjent med de aktuelle tilbudene i distriktet. Sykepleier må kunne jobbe tverrfaglig, på tvers av profesjoner, det vil si kommunisere og samarbeide med andre faggrupper (Kvilhaugsvik og Husøy, 2017). Ved hjelp av tverrfaglig samarbeid kan sykepleier veilede barnet og vise muligheter av støtte og videre oppfølging. Tiltakene kan være forskjellige fra pårørendesamtaler, støttegrupper, familieterapi, fokusgrupper til møter på familievernkontoret, eller bruk av pårørendesentret (Helsedirektoratet, 2019). Ifølge yrkesetiskretningslinjer skal sykepleier holde seg oppdatert om forskning, utvikling og bidra til at ny kunnskap benyttes i praksis. Sykepleien skal delta i ivaretagelse av barn som pårørende og deres særskilte behov (Sneltvedt, 2016).

5.6 Forskningsetiske overveielser og svakheter i oppgaven

Alle studiene som ble inkludert i oppgaven er kritisk og fagfellevurdert. Ettersom vår litteraturstudie ble basert på forskning av mennesker, var det viktig for oss å ha etikken i fokus. Deltakere i alle studiene er anonymisert og det er ikke mulig å identifisere dem. Studien til Faugli *et al.* (2020) ble godkjent av Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (ref. 2012/1176 A) og samsvarer med prinsippene i Helsinkideklarasjonen. Studien til Martinsen *et al.* (2019) er etisk godkjent av National Data Protection Official for Research. Tabak *et al.* (2016) kontaktet etiske komiteer i de landene hvor undersøkelsene var gjennomført. Det ble gitt etisk godkjenning i Polen og England, mens i andre land etiske komiteer besluttet at etisk godkjenning ikke var nødvendig for denne studien. Hos Nilsson, Gustafsson og Nolbris (2015) ble studien utført i samsvar med Helsinkideklarasjon. I studien til O'Brien *et al.* (2011) ble etisk godkjenning gitt fra University of Western Sydney Human

Research Ethics Committee og fra Human Research Ethics Committee. Hos Punamäki *et al.* (2013) hadde forskerne utført nødvendig risikovurdering, hvor pågående familierapi, sykdomserfaring, pågående involvering i barneverntjenester, livstruende stadium av en somatisk sykdom, og barnets behandling for psykiatrisk lidelse var en eksklusjonskriterier. I alle de studiene var deltakere godt ivaretatt, nødvendige skriftlige samtykker ble gitt av foresatte eller eldre barna. Studien til (Maybery og Reupert, 2009) er en litteraturstudie hvor det ikke ble nevnt etiske vurderinger av primærstudier inkludert av forskere. Resultatene presentert av forskere var vesentlige for vår oppgave og derfor ble studien inkludert tross manglende etiskvurdering.

Litteratur brukt i oppgaven kommer fra pensum og nettsider som er godkjent i fagmiljøet. I denne litteraturstudien har vi brukt kvantitative data for å kunne se på hvor mange mennesker som lider av psykiske lidelser. Dette var til nytte for å kunne skjønne hvor mange barn som kan potensielt være pårørende. I løpet av søkearbeidet har vi inkludert 7 kvalitative studier. Dette ga oss innblikk og forståelse om barnas erfaringer, meninger og holdninger. Å kunne ha den grad av forståelse spilte positivt for belysning av vårt tema og ga oss mulighet for å svare på problemstilling på mer omfattende måte. Vi kunne dermed også analysere problematikken i oppgaven fra forskjellige vinkler.

Alle de 7 artiklene benyttet i oppgaven var på engelsk. Ved bruk av fremmedspråklig forskning er det mulig at en del verdi kan gå tapt under lesingen. Oversettelsesprosessen kunne skape noen skjevheter i forhold til det som var den originale meningen. Vi brukte forskjellige ordbok for å sørge for at vi har god forståelse på det vi leste. Det var brukt mye tid på å tolke kilden rett. I tillegg en av oss har Engelsk språk som morsmål. I tillegg har en av oss engelsk som offentlig språk i landet sitt. Det har minsket risiko for grove misforståelser av artiklene.

Studiene inkludert i oppgaven var utført i: Norge, England, Finland, Tyskland, Italia, Polen, Skottland, Australia og Sverige og dermed kan de relateres til den Norske helsevesenet.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å utforske hvilke tiltak som kan iverksettes for å ivareta barn som er pårørende til psykiske foreldrene. Disse barna er ofte usynlige for helsepersonell, og er mer utsatt for å utvikle psykisk lidelser selv i fremtiden. De kan få mer utfordringer i hverdagen enn andre barn på samme alder. Angst, sosiale problemer, isolasjon, vanskeligheter på skolen og negative endringer i kognitiv utvikling virker å være vanlige.

Gjennom litteratur studie fant vi at informativ kommunikasjon er effektive intervensjoner som har god effekt. Informasjons innhold og kommunikasjonsmåte må være tilpasset til barnas alder og forståelsesnivå. Økning av kompetanse blant sykepleiere er understreket av flere forskere som et nødvendig tiltak. Forskning viser at de tiltakene har positiv virkning på barnas psykososiale og emosjonelt områder. Økt kunnskap om foreldres sykdom og åpenhet om psykiske sykdommer skapte gode relasjon mellom barn og familie, foreldrene og økte mestringsfølelse hos barna. Derfor er det viktig å sette forbyggende tiltak som kan beskytte barn mot negativ konsekvenser.

Forskning viser at til tross for lovendring, er det fortsatt mange begrensninger i sykepleierens arbeid for å ivareta barna som pårørende. Det er mulig å sette noen enkle tiltak for å kunne passe på barn som pårørende til psykisk syke foreldre effektivt. Det er vesentlig å utarbeide gode interne rutiner og prosedyrer som definerer sykepleierens ansvar overfor mindreårige barn som er pårørende. Helsepersonells holdninger, kunnskap og kompetanse, hvordan lover er implementert er avgjørende. Sykepleieren bør jobbe på en holistisk måte. Det er forelder som er pasienten, men for å ivareta de syke trenger hele familien å bli inkludert i behandlingen. Gjennom holistisk tilnærming har sykepleier større sjans for å kunne se og kartlegge barnas behov som pårørende.

7.0 Litteraturliste

- Byrne, L., Hearle, J., Plant, K., Barkla, J., Jenner, L., McGrath, J. (2000) Working with parents with a serious mental illness: What do service providers think?, *Australian Social Work*, 53(4), s. 21-26.
- Bøckmann, K. og Kjellebold, A. (2015) *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten : en klinisk og juridisk innføring*. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Dalland, O. (2012) Hva er metode? *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 111-122.
- Dean, C. og 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*.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. rev. og utv. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erikson, E. H. og Von Krogh, K. (2000) *Barndommen og samfunnet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Faugli, A., Kufås, E., Haukland, M., Kallander, E. K., Ruud, T., Weimand, B. M. (2020) 'I have cried a lot': a qualitative study on children experiencing severe parental illness, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12938.
- Folkehelseinstituttet (2014) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-forvurdering-av-forskningsartikler/> (Hentet: 10.03 2021).
- Grunnloven (2020) *Kongeriket Norges Grunnlov*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 12.03 2021).
- Grønseth, R., Markestad, T., Steensæth, Y., Markestad, A. M., De Gaust, D., (2017) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.

- Halsa, A. (2012) Foreldre som velferdsaktører: forebyggende arbeid for barn i risiko,, i Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag AS, s.150-170.
- Halsa, A. og Kufås, E. (2012) De nye vaktbikkjene: Barneansvarlig i helseforetak, i Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag AS, s.202-219.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (2012) Barna i sentrum - hva vil vi løfte frem?, i Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag AS, s. 9-17.
- Helgeland, A. (2012) Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har psykisk lidelse., i Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag AS, s.185-201.
- Helsedirektoratet (2017) *Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder#referere> (Hentet: 12.05 2021).
- Helsedirektoratet (2019) *Tilbud for pårørende innen psykisk helse og rus*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/parorende/tilbud-for-parorende-innen-psykisk-helse-og-rus> (Hentet: 10.05 2021).
- Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 12.12 2020).
- Hjelmseth, M. og Aune, T. (2018) Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende, *Sykepleien forskning (Oslo)*, (65521), s. e-65521. doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.65521.
- Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K. og Pietilä, A. M. (2008) Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses, *J Clin Nurs*, 17(4), s. 499-508. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02008.x.

- Kvilhaugsvik, B. og Husøy, G. (2017) Må samarbeide mer på tvers, *Sykepleien forskning (Oslo)*, (3), s. 64-67. doi: 10.4220/Sykepleiens.2017.60913.
- Lauritsen, A. (2018) Sykeplejerskens samarbejde med pårørende til sindslidende, i Kragerup, J. og Sletterød, H. (red.) *Psykiatrisk sygepleje : lærebog for sygeplejestuderende*. København: Munksgaard, s. 287-305.
- Martinsen, E. H. *et al.* (2019) The silent world of young next of kin in mental healthcare, *Nurs Ethics*, 26(1), s. 212-223. doi: 10.1177/0969733017694498.
- Maybery, D. og Reupert, A. (2006) Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), s. 657-664.
- Maybery, D. og Reupert, A. (2009) Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children, *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(9), s. 784-791. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x.
- Mykletun, A. og Knudsen, A. K. (2014) *Rapport 2009:8, Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv, Del 1: Voksne*. Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-forvurdering-av-forskningsartikler/> (Hentet: 12.04).
- Nilsson, S., Gustafsson, L. og Nolbris, M. J. (2015) Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness, *J Child Health Care*, 19(4), s. 444-453. doi: 10.1177/1367493513519296.
- O'Brien, L., Anand, M., Brady, P., Gillies, D. (2011) Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: perspectives of parents, carers, and children, *Int J Ment Health Nurs*, 20(2), s. 137-143. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 12.03 2021).
- Pihkala, H., Sandlund, M. og Cederström, A. (2012) Children in Beardslee's family intervention: relieved by understanding of parental mental illness, *Int J Soc Psychiatry*, 58(6), s. 623-628. doi: 10.1177/0020764011419055.

- Punamäki, R. L., Paavonen, J., Toikka, S., Solantaus, T. (2013) Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study, *J Fam Psychol*, 27(4), s. 683-690. doi: 10.1037/a0033466.
- Reneflot, A., Aarø, L., Aase, H., Reichborn-Kjennerud T., Tambs, K., Øverland, S. (2018) *Psykisk helse i Norge*. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf (Hentet: 12.05 2021).
- Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. og Grov, E. K. (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E. K., Holter, I. M. og Toverud, K. C. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 244-270.
- Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere., i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 97-113.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten. Kapittel 3. Særlige plikter og oppgaver*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 23.03 2021).
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 12.12 2020).
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., Cribb, J., (2004) The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), s. 39-52.
- Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., Simpson, W., Paavilainen, E., Scherbaum, N., Smith, M., Dawson, I. (2016) Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness, *Int J Ment Health Nurs*, 25(4), s. 319-329. doi: 10.1111/inm.12194.

- Thidemann, I.-J. (2015) Valg av metode *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl., s. 76-82.
- Thompson, J. og Fudge, E. A. (2005) *Adult Mental Health Nurses' Beliefs and Practices when Nursing Clients who are Parents of Children Under 18: Brief Project Report*. School of Nursing and Midwifery, Flinders University [and] Australian Infant
- Torvik, F. A. og Rognmo, K. (2011) *Rapport 2011:4. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk:omfang og konsekvenser*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf> (Hentet: 25.03 2021).
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1. PICO skjemaet.

Patient/problem/population	children, next of kin, young adults, offsprings, relatives, children as relatives, children as next of kin, children needs, young caregivers parents, adults, mentally ill parents, impaired parents mental disorders, mental illness, stigma, psykisk sykdom, parental mental illness
Intervention	interventions, information, kommunikation, sosiall life, nursing, nurses rolle, giving care, relationship to choldren, children`s safety,
Outcome	nurse approach, nurses rolle, increase coping

Tabell 3 PICO skjemaet

