



Avdeling
for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon sykepleie

Våren 2015

BACHELOROPPGAVE:

Barn som pårørende

Hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser?

FORFATTERE: Marianne Lidal og Stine Moheim

Dato: 11.05.2015

«Vi som er barn av psykisk syke, lærer ikke teknikker for å mestre livet. Mens andre har en hel verktøykasse, har vi bare en hammer. Nå som jeg endelig også har fått hjelp og begynner å få kontakt med verden, kan jeg endelig også ta i bruk en skrutrekker»

(Bøckmann og Kjellevold 2010, s. 252)

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser?	Dato: 11/5-2015
Deltaker(e)/	Marianne Lidal Stine Moheim	
Veileder(e):	Hege S. Kletthagen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Barn, pårørende, psykisk lidelse, sykepleie	
Antall sider/ord: 49/13719	Antall vedlegg: 0	Tilgjengelighet: Åpen
<p>Introduksjon: Forskning viser at så mye som 260 000 barn har foreldre med psykiske lidelser som kan gå ut over daglig fungering. Barn som pårørende er en sårbar gruppe og forskning viser at de har høyere risiko for å utvikle alvorlige følger enn andre barn.</p> <p>Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av å ha fokus på barn som pårørende belyse hvordan sykepleiere kan ivareta barn som pårørende, og innhente kunnskaper om behov barn av foreldre med psykiske lidelser vil ha i møte med sykepleieren.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på funn fra sju forskningsartikler fra databasene Cinahl, PubMed og PsycInfo. Søkeordene vi har benyttet er: «children», «children of mentally ill», «children of impaired parents», «child of impaired parents», «child attitudes», «parent», «parents», «adult psychiatry», «mental health», «mental disorders», «mental disorder», «mental health services», «psychiatry», «mental illness», «nursing», «nurse», «Norway», «experiences», «family», «intervention» og «professional consultation».</p> <p>Resultat: Funn viser at informasjon, kommunikasjon, støtte, tverrfaglig samarbeid, oppfølging og sykepleierens holdninger og kompetanse er viktige komponenter i ivaretagelsen av barn som pårørende av psykisk syke foreldre.</p> <p>Konklusjon: For å ivareta barn som pårørende til psykisk syke, må sykepleiere identifisere barna. Sykepleiere må gi dem informasjon og støtte slik at situasjonen oppleves forståelig, håndterbar og meningsfull. Dette vil gi barna en følelse av sammenheng i tilværelsen og hjelpe dem til å mestre belastende livshendelser.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses take care of children as relatives to parents with mental illness?	Date: 11/5-2015
Participants/	Marianne Lidal Stine Moheim	
Supervisor(s)	Hege S. Kletthagen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Children, relatives, mental illness, nursing	
Number of pages/words: 49/13719	Number of appendix: 0	Availability: Open
<p>Introduction: Research shows that as many as 260 000 children have parents with mental illnesses that can affect daily functioning. Children as relatives are a vulnerable group and research shows that they are at higher risk for developing serious consequences than other children.</p> <p>Purpose: The purpose of the study was to examine the importance of focusing on children as relatives, illustrate how nurses can take care of children as relatives and obtain knowledge of needs children of parents with mental illness will have in contact with the nurse.</p> <p>Method: The thesis is a literature study based on findings in seven research articles from the databases Cinahl, PubMed and PsycInfo. The keywords we have used is: «children», «children of mentally ill», «children of impaired parents», «child of impaired parents», «child attitudes», «parent», «parents», «adult psychiatry», «mental health», «mental disorders», «mental disorder», «mental health services», «psychiatry», «mental illness», «nursing», «nurse», «Norway», «experiences», «family», «intervention» og «professional consultation».</p> <p>Results: Findings shows that information, communication, support, interdisciplinary collaboration, follow-up and nurse attitudes and skills are important components in taking care of children as relatives of mentally ill parents.</p> <p>Conclusion: In order to take care of children as relatives to parents with mental illness, the nurses must identify the children. Nurses must provide them with information and support so that the situation is understandable, manageable and meaningful. This will give the children a sense of coherence in their existence and help them to cope with stressful life events.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

1.0 Innledning	7
1.1 Introduksjon til valgt tema.....	7
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	7
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder	8
2.0 Bakgrunn.....	10
2.1 Barn som pårørende.....	10
2.2 Sykepleierens ansvar og funksjon	11
2.3 Teoretisk perspektiv	12
2.4 Hensikt.....	14
2.5 Problemstilling	14
2.6 Avgrensninger	14
3.0 Metode	15
3.1 Litteraturstudie som metode	15
3.2 Søkestrategi	15
3.3 Utvelgelse av artikler	17
3.4 Bearbeiding og sammenfatning av artikler.....	18
4.0 Resultat	19
4.1 Analyse av artikler	19
4.2 Identifisering og støtte	24
4.3 Informasjon og kommunikasjon.....	26
4.4 Hva kan føre til ivaretagelse?	27
4.4.1 Barnas perspektiv	27
4.4.2 Tverrfaglig samarbeid	28
4.4.3 Holdninger og kunnskap hos helsepersonell	29
4.4.4 Hjelp til foreldrene	30
5.0 Drøfting	31

5.1 Identifisering og støtte	31
5.2 Informasjon og kommunikasjon	32
5.3 Hjelp til foreldrene - hjelp til barna	35
5.4 Sykepleierens ansvar for ivaretagelse av barn som pårørende	36
5.4.1 Tverrfaglig samarbeid	37
5.4.2 Holdninger	39
5.5 Behovet for kunnskapsutvikling	40
5.6 Metodiske overveielser	41
5.6.1 Kildekritikk	42
6.0 Konklusjon	44
7.0 Litteraturliste.....	46

Antall ord: 13719

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til valgt tema

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil i løpet av livet ha en psykisk lidelse, og ca. en tredel i løpet av et år (folkehelseinstituttet 2009). Folkehelseinstituttet har beregnet at det totalt er 260 000 barn som har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering (Folkehelseinstituttet 2011). Videre viser pasienttellingene fra SINTEF at ca. 65 000 barn har foreldre som får behandling for psykiske lidelser (ibid).

«Psykiske lidelser omfatter mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra kulturelle normer og som medfører lidelse eller uførhet. Begrepet psykiske lidelser rommer dermed en bred samling konsepter, som kan være svært forskjellige i uttrykk, årsaker og konsekvenser» (Folkehelseinstituttet 2011, s.11). Barn av foreldre med psykiske lidelser har dobbelt så høy risiko for å oppleve alvorlige følger enn andre barn (Folkehelseinstituttet 2011). De har en økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser (Aamodt og Aamodt 2005). Mange faktorer spiller inn i forhold til barnets risiko for selv å oppleve uheldige utfall, og man kan ikke utelukkende fokusere på grad av risiko og sårbarhet, man må også se dem fra et mestrings- eller resiliensperspektiv (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). Sykepleiere i voksenpsykiatrien har en unik anledning til å komme i kontakt med og identifisere barn som er utsatt for risiko og i samarbeidet med å ivareta barn som pårørende (ibid). Et fokus på denne oppgaven er sentralt for sykepleiere både i yrkesetiske retningslinjer og i lovpålagte plikter.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

«Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva vi strekker oss etter for å sikre god praksis innen profesjonen, og i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunnet» (Norsk sykepleierforbund 2011, s. 5).

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende og ivareta deres rett til informasjon (Norsk sykepleierforbund 2011). Når barn er pårørende skal sykepleieren bidra til at barnets særskilte behov blir ivaretatt (ibid). I 2009

vedtok stortinget endringer i helsepersonelloven- og spesialisthelsetjenesteloven, som trådte i kraft i 2010. Disse endringene ble gjort for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta informasjon- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn som pårørende har (Helsedirektoratet 2010). Formålet med lovene er å sikre at barn fanges opp tidlig og at en setter i gang prosesser som gir barn og foreldre bedre forutsetninger for å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. I Helsepersonelloven § 10a står det at helsepersonell skal bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Det står videre at «helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand» (Helsepersonelloven 1999). Helsepersonellet skal blant annet ha samtale med pasienten om barnets informasjon eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Helsepersonellet skal også bidra til at barnet gis informasjon om pasientens sykdomstilstand og behandling. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset individuelle forutsetninger (ibid). Også i spesialisthelsetjenesteloven fokuseres det på barn som pårørende. I § 3-7a står det at helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal ha barneansvarlig personell som har ansvar for oppfølging av mindreårige barn av blant annet psykisk syke (spesialisthelsetjenesteloven 1999). Gjeldene lovverk harmonerer i stor grad med de yrkesetiske retningslinjene.

Barn som pårørende har lenge vært en usynlig gruppe (Mjølstad 2013), men med fokus på gruppen både i yrkesetiske retningslinjer og lovverk kan dette føre til at enda flere barn blir sett. Sykepleierne har en viktig rolle i arbeidet med å ivareta barn som pårørende, både i forhold til å fremme helse og forebygge sykdom. Det er viktig at barna blir fanget opp tidlig og at sykepleieren bidrar til å sette i gang prosesser som gir barna bedre forutsetninger.

1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Klinisk sykepleie omfatter tre forskningsområder, kvalitet i sykepleie, utdanningskvalitet og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik 2014a). Klinisk sykepleieforskning studerer den direkte kontakten mellom sykepleier og mennesker som mottar eller har behov for sykepleietjenester (ibid). I forhold til vår oppgave er kvalitet i sykepleie et relevant forskningsområde. Dette delområdet inneholder pasientens behov og sikkerhet og personalets funksjon og sikkerhet. Pasientens behov og sikkerhet handler blant annet om utvikling av kunnskap i samhandling med pårørende, som er sentralt i vår oppgave (Høgskolen i Gjøvik

2014b). Det står også skrevet i sykepleiefaglige retningslinjer at «sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk sykepleierforbund 2011, s.7).

2.0 Bakgrunn

2.1 Barn som pårørende

Barn som pårørende er et stort begrep. Helsedirektoratet skriver at barn som pårørende skal tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Når begrepet pårørende brukes om barn, må det ikke forstås slik at barn skal ivareta foreldrenes behov (helsedirektoratet 2010). Barn av pasienter med alvorlig sykdom, både fysiske og psykiske, kan oppleve en hverdag preget av engstelse og uforutsigbarhet (Helsedirektoratet 2010). Ifølge Ahlström, Skärsäter og Danielson, føler barna på en ansvarlighet ovenfor foreldrene sine og dette ansvaret begrenser barnas egen frihet og fører til at de setter foreldrenes behov foran sine egne (2011). Barna utsettes for en stor belastning og omsorgssituasjonen kan bli vanskelig. Barnet kan også bli påført uheldige opplevelser som de trenger hjelp til å bearbeide. Barna tar ofte på seg skylden for foreldrenes sykdom og kan holde tilbake følelser og tanker av hensyn til foreldrene (Helsedirektoratet 2010, Eide og Rohde 2009). I tillegg kan barna ta på seg ansvar for oppgaver de ser den voksne ikke klarer for å skjule sykdommen fra omverdenen (Glistrup 2006).

Psykisk sykdom er et vidt begrep som dekker hele spekteret av sykdommer som rammer sinnet (Glistrup 2006). Barn av psykisk syke har blitt et overordnet begrep om en stor gruppe barn og deres foreldre. Ved å bruke betegnelsen barn av psykisk syke foreldre bygger vi opp en forestilling om at psykisk syke er en kategori syke mennesker (Aamodt og Aamodt 2005). Vi må være oppmerksomme på at denne betegnelsen ikke blir stigmatiserende for verken de berørte eller de profesjonelles måte å forstå dem og deres vanskeligheter på (Glistrup 2006). På lik linje med at lidelsene er forskjellige, er også barnas opplevelser varierende og påvirkes dels av sykdommens alvorlighetsgrad, i tillegg til familiens og nettverkets kapasitet (ibid). Ifølge Borge er det ikke foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som er skadelig for barnets utvikling, men et vanskelig hjemmemiljø (2010). Dette underbygges i Reupert, Maybery og Kowalenko sin studie som viser at foreldrenes diagnose ikke er en sterk forutsetning for problemene barna erfarer, men heller sykdommens alvorlighetsgrad, symptomer og andre avgjørende faktorer som påvirker foreldrerollen (2013).

For å kunne ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre må man i tillegg til risikofaktorer også se på barnas resiliens. Begrepet resiliens er direkte oversatt fra det

engelske ordet «resilience» (Borge 2010). Det er ingen norske ord for begrepet resilience, men ordet motstandskraft kan være et alternativ (ibid). «Resiliens dreier seg om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer. Det kommer til syne hos barn som viser effektiv og vellykket tilpasning tross kriser og truende omgivelser» (Borge 2010, s.12). Reupert, Maybery og Kowalenko skriver at barn har karakterer som disponerer dem til å bli mer eller mindre påvirket av foreldres lidelse, som eksempelvis temperament, kjønn, kognitive og sosiale ferdigheter i tillegg til intelligens (2013). Beskyttelsesfaktorer øker barns motstandskraft. Individuelle egenskaper og ressurser hos personen som eksempelvis ferdigheter, kompetanse, viljestyrke og gjennomføringskraft kan være beskyttende faktorer (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Egenskaper og ressurser i omgivelsene kan være nøkkelpersoner, selvhjelpsgrupper, et miljø med toleranse for avvik og mulighet for skolegang (ibid).

I følge Glistrup viser Aron Antonovskys studier at menneskets motstandskraft i forhold til psykososialt stress, beror seg på den enkeltes opplevelse av sammenheng. For at barna skal oppleve motstandskraft må tilværelsen være meningsfull, begripelig og håndterbar (2006). William R. Beardslee som har dokumentert effekten av familiesamtaler, konkluderer i følge Glistrup i sin studie med at de barna som klarer å skille seg fra den syke forelderens tilstand og atferd, klarer seg bedre (2006). Barna som forstår at foreldrenes symptomer er et resultat av sykdommen og at det ikke er deres skyld, klarer seg bedre enn de barna som tror sykdommen har noe med dem å gjøre (Glistrup 2006). Psykoedukativt arbeid kan være et relevant tilbud til barn som pårørende. Denne tilnærmingen kan bidra til økt kunnskap slik at de får en forståelse av situasjonen. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke skriver at psykoedukative intervensjoner kan bestå av blant annet informasjon om sykdommen, gi realistiske forventninger, informasjon om betydningen av kommunikasjon, redusere skyldfølelse og formidle kunnskap (2010). I denne behandlingsformen fokuseres det på et mestringsperspektiv og man er opptatt av muligheter fremfor begrensninger (ibid). Med psykoedukativt arbeid vil pårørende få informasjon om lidelsen, prinsippene for behandlingen, gjenkjennelse av faresignaler og hvordan de kan unngå stressfaktorer (ibid).

2.2 Sykepleierens ansvar og funksjon

Når foreldre blir syke innebærer dette en stor forandring for barnet. Forholdet mellom barn og foreldre kan forandres og barnet trenger at nye personer som hjelpere, kommer inn i bildet.

Som hjelper innebærer det å skulle fylle en hjelpende funksjon ved å bruke sin faglige kompetanse og posisjon (Eide og Eide 2011). Sykepleie omfatter områder eller funksjoner som sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Man kan dele funksjonsområdene opp i sju punkt som inneholder: helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011). De fem første områdene retter seg mot både pasienter og pårørende (ibid).

Sykepleiere har en viktig oppgave i å identifisere barn som pårørende og for at sykepleieren skal kunne ivareta dem, må de bli identifisert. Studie gjennomført i Nord-Norge viser at svært få pasienter er registrert med mindreårige barn, selv etter lovendring (Reedtz, Mørch og Lauritzen 2015). Foster, O'Brien og Korhonen skriver i sin studie at barn av foreldre med psykiske lidelser er en risikogruppe for selv å utvikle psykiske lidelser eller andre problemer som følge av foreldrenes lidelse, og at dette understreker viktigheten av at pasientens barn blir identifisert slik at tiltak kan settes inn (2012).

Sykepleierne er ofte de første pasientene møter. Sykepleiere er blant den gruppen helsepersonell som har direkte og vedvarende kontakt med pasientene og er dermed i en unik posisjon til å støtte foreldre med psykiske lidelser og deres barn (Foster, O'Brien og Korhonen 2012). Gjennom lovendringen i 2010 ble helsepersonellens ansvar i forhold til barn som pårørende tydeligere. Helsepersonell har etter loven plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende og gi dem den informasjonen og oppfølgingen de trenger (Helsepersonelloven 1999). For at sykepleiere skal kunne følge loven og ivareta barn som pårørende må de ha barnets beste i fokus. De må ha kjennskap til vanlige reaksjoner hos barn, kunnskap om tiltak, kommunikasjons- og informasjons ferdigheter og evne til å se barnet (Bøckmann og Kjellevold 2010).

2.3 Teoretisk perspektiv

En grunnleggende oppgave i ivaretagelsen av barn som pårørende vil være å hjelpe barnet til en opplevelse av sammenheng ved å se på hvilke faktorer som fremmer helse og motvirker risikoen for sykdom (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Et relevant teoretisk perspektiv på dette er Aron Antonovskys salutogenese. Salutogenese handler om hvilke

faktorer som fremmer helse og motvirker risiko for sykdom. Et annet begrep som er svært aktuelt er motstandskraft, som er personlige egenskaper som gjør at noen mestrer påkjenninger bedre enn andre (ibid).

Aron Antonovsky var en israelsk professor i medisinsk sosiologi. Han forsøkte å identifisere faktorer som virket helsefremmende og skapte begrepet salutogenese (Kristoffersen 2011a). Han var opptatt av hva som gjorde at noen mennesker klarte å opprettholde sin helse selv om de var utsatt for omfattende og sterke påkjenninger (ibid). Antonovsky mente at en opplevelse av sammenheng i tilværelsen gjør mennesker i stand til å mestre belastende livshendelser (ibid). Å ha sammenheng i livet henger sammen med personlighetsegenskaper som positiv selvpoppfatning, høy livskvalitet og fysisk og psykisk helse. «Sentrale elementer i dette er evnen til å forstå, forklare og sette ord på de inntrykk og påkjenninger som en utsettes for, og å kunne sette ord på muligheten en har til å mestre og håndtere disse» (Håkonsen 2011, s. 262). Antonovsky knytter utviklingen i barndomsårene i forhold til opplevelse av sammenheng, mot disse tre faktorene:

Forståelighet: Barna har behov for å vite hva som skjer i situasjoner de befinner seg i. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere svarer på barnets spørsmål om hva som skjer og hvorfor (Kristoffersen 2011a). Å ha oversikt og forståelse i situasjonen gir en følelse av trygghet og kontroll som igjen fører til opplevelse av sammenheng (ibid).

Meningsfullhet: Antonovsky mener det er helt grunnleggende for mennesker å finne mening i ulike situasjoner, også situasjoner som er preget av angst, utrygghet, sorg eller mistriivsel (Håkonsen 2011).

Håndterlig: Det vil være viktig for barnet og ha en viss innflytelse og mulighet til å påvirke sin egen situasjon (Kristoffersen 2011a). «Det betyr ikke nødvendigvis at han må kunne mestre situasjonen ved egen hjelp, men at det foreligger visse mestringsmuligheter, at situasjonen til en viss grad er forutsigbar, og at han kan ha realistiske forventninger om å motta hjelp i den grad han trenger det» (Kristoffersen 2011a, s. 53).

Ut i fra Antonovskys teori må sykepleiere, for å kunne ivareta barnet, hjelpe de med å føle sammenheng i livet ved å fokusere på de tre faktorene Antonovsky legger til grunn for oppnåelse av sammenheng. Disse tre faktorene kan kalles beskyttelsesfaktorer eller mestringsfaktorer (Kristoffersen 2011a), som vil føre til helsefremming og redusere risikoen for utvikling av sykdom.

2.4 Hensikt

Helsepersonell plikter å bidra til ivaretagelse av mindreårige barn som pårørende (Helsepersonelloven 1999). Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av å ha fokus på barn som pårørende, belyse hvordan sykepleiere kan ivareta barn som pårørende og innhente kunnskaper om behov barn av foreldre med psykiske lidelser vil ha i møte med sykepleieren.

2.5 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser?

2.6 Avgrensninger

For å kunne identifisere hva barna har behov for og hvordan vi kan ivareta dem har vi valgt og fokusere på barnas synspunkt i tillegg til helsepersonellens. Foreldrenes vurdering av barnas behov stemmer nødvendigvis ikke med barnas vurdering, og vi har derfor mindre fokus på foreldrenes synspunkt. På grunn av oppgavens omfang var det nødvendig å innskrenke oppgaven, og det var for oss mer relevant å relatere oppgaven til voksenpsykiatrien i spesialisthelsetjenesten. Vi har ikke fokusert på kjønnsforskjeller blant barna eller foreldrene, selv om det vil være naturlig med forskjeller mellom kjønnene. Det er eksempelvis forskjellig om det er mor eller far som er syk, om begge foreldrene er syke eller om det finnes en frisk forelder i hjemmet som kan ivareta barnet (Aamodt og Aamodt 2005). Grunnen til at vi ikke har tatt kjønnsforskjellene i betraktning, var at vi så at de fleste kildene ikke skilte mellom kjønnene. På grunn av at sykepleietilnærmingen vil være forskjellig med tanke på alder og utviklingsnivå, har vi valgt å avgrense til barn over 6 år. Interaksjonen med barn under seks år vil ha andre forutsetninger enn vi har valgt å fokusere på.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden forteller noe om hvordan man skal gå frem for å fremskaffe seg eller etterprøve kunnskap (Dalland 2012). Metoden som brukes i denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er ifølge LoBiondo-Wood og Haber en systematisk og kritisk vurdering av den viktigste litteraturen i forhold til et emne (2010). Polit og Beck forklarer litteraturstudie som et kritisk sammendrag av forskning på et emne som ofte har til hensikt å sette en problemstilling i sammenheng eller å sammenfatte eksisterende forskning (2014).

3.2 Søkestrategi

Vi har gjort et omfattende litteratursøk i forskjellige databaser. Vi startet søket i databasen Cinahl. Dette er en bibliografisk database som inneholder referanser til artikler i rundt 3000 engelskspråklige tidsskrifter innenfor blant annet sykepleie (Underdal 2013). Databasen oppdateres månedlig og er spesielt relevant hvis man er ute etter kvalitativ forskning og litteratur om pasienterfaringer (ibid). PubMed er hovedkilde for oppdatert biomedisinsk forskning og informasjon. I PubMed finner du artikler som blant annet omhandler fagområdene medisin, sykepleie, helsevesen og odontologi (Universitetsbiblioteket 2011). Databasen inneholder mer enn 5500 biomedisinske tidsskrifter fra ulike land, hovedsakelig skrevet på engelsk (ibid). PsycInfo er en spesialbase for psykologi, psykiatri og beslektede emner (Høgskolen i Gjøvik 2008). Databasen inneholder artikler fra 1900 tidsskrifter på 35 språk. PsycInfo registrer i tillegg bøker, bokkapitler og avhandlinger (ibid). Man kan finne referanser og tidsskriftartikler fra 1806 til i dag, og bøker fra 1987 til i dag (ibid).

Vi startet å søke vidt med nøkkelord som passet til problemstillingen for så å kombinere med andre relevante søkeord. Søkeord som er brukt for å finne relevante artikler er «children», «children of mentally ill», «children of impaired parents», «child of impaired parents», «child attitudes», «parent», «parents», «adult psychiatry», «mental health», «mental disorders», «mental disorder» «mental health services», «psychiatry», «mental illness», «nursing», «nurse», «Norway», «experiences», «family», «intervention» og «professional consultation». Vi innskrenket også søket med artikler utgitt mellom 2004-2015 og peer reviewed i databasene Cinahl og PsychInfo. Ved å se på mesh-termene som var brukt i artikler som var relevante i vår oppgave, fikk vi gode tips til andre søkeord som kunne benyttes. Vi gjorde også et ustrukturert søk på Google Scholar. Google Scholar er en database hvor man kan søke

etter akademisk litteratur fra flere fagfelt og som hjelper deg med å finne de mest relevante søkene (Google Scholar u.å). Søkene ble utført mellom 09.03-13.04.2015.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Children 2. Nursing 3. Adult psychiatry	Cinahl	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3	113488 6266 4
1. Mental Health 2. Children of mentally ill 3. Parent 4. Norway	PubMed	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	127482 234 89 8
1. Mental health 2. Norway 3. Mental disorders 4. Parents	Cinahl	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	49556 324 85 11
1. Mental Health services 2. Mental disorders 3. Children of impaired parents 4. experiences	Cinahl	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	20312 5662 41 4
1. Mental health 2. Child of impaired parents 3. Experiences 4. Nurse	PubMed	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	127482 572 39 2
1. Mental illness 2. Children of impaired parents 3. Family 4. Intervention	Cinahl	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	7480 103 47 7
1. Mental disorder 2. Child attitudes 3. Family 4. Professional consultation	PsychInfo (Ovid)	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	267911 223 17 1

3.3 Utvelgelse av artikler

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Eldre enn 2004
Omhandle barn fra 6-18 år	Fokus på andre profesjoner
Skrevet mellom 2004-2015	Hovedfokus på foreldre
Følger etiske retningslinjer	Innhentet data fra kommunehelsetjenesten
Nordisk eller engelskspråklige	Har ikke sykepleiefaglig relevans
Primærartikler	
Utført i land med overføringsverdi til norsk praksis	
Fokus på barn	
Alle psykiske lidelser	

Vi har i våre inklusjonskriterier blant annet satt at artiklene skal være fagfellevurderte, som er en kvalitetssikring og vil si at de er godkjente før publisering. I tillegg har vi sett på artiklenes vitenskapelige nivå. Database for statistikk om høgre utdanning har ansvar for registeret over publiseringskanaler, som tidsskrifter, serier og forlag (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste [NSD], u.å). Man kan gjennom å søke på artikkelens ISSN nummer, som er et internasjonalt system for identifisering av periodiske publikasjoner (Nasjonalbiblioteket u.å), finne artikkelens vitenskapelige nivå. Publikasjoner kan gi uttelling i form av publiseringspoeng i finansieringssystemet og NSD behandler forslagene i henhold til vurderingskriterier og gir publiseringskanalene vitenskapelig nivå 1 eller 2 (NSD u.å). Institusjoner og enkeltforskere kan sende inn forslag til vedtak for kanaler på nivå 1. Vitenskapelig nivå 2 er begrenset til de som oppfattes som mest ledende i brede fagsammenhenger og som er mest betydelige (ibid).

3.4 Bearbeiding og sammenfatning av artikler

En bearbeiding av litteraturen går ut i fra hensikten og problemstillingen i oppgaven (Forsberg og Wengström 2013). Et vitenskapelig analysearbeid er å dele opp og undersøke fenomenene i mindre biter og undersøke dem hver for seg (ibid). Man leser gjennom litteraturen flere ganger for å bli kjent med studiene og deres innhold. Etter å ha delt opp innholdet i mindre deler, setter man det sammen på en ny måte (ibid). Ut i fra de temaene som kommer frem i artiklene og med hensyn til valgt problemstilling, lages forskjellige hovedkategorier som man senere kan søke etter i litteraturen (ibid). Etter systematisk gjennomgang av litteraturen arbeider man videre med hovedkategoriene, som kan være de temaene man finner mest av, eller temaer som skapes ut i fra problemstillingen (ibid). Når vi skaper kategorier eller tema søker man etter et mønster som eksempelvis kan være likheter og forskjeller i resultatene. Til slutt tolkes og diskuteres resultatene (ibid).

4.0 Resultat

4.1 Analyse av artikler

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Lauritzen, C. og C. Reedtz (2013) SUPPORT FOR CHILDREN OF SERVICE USERS IN NORWAY. I: Mental Health Practice, 16(10), s. 12-18.</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten var å undersøke om grunnen til at barn av pasienter i voksenpsykiatrien ikke ble oppdaget som følge av helsepersonellens holdninger eller om det var organisatoriske hindringer</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>219 deltagere i studien som enten var ansatte eller ledere i avdelinger på det største sykehuset i Nord-Norge.</p> <p>Det ble gjennomført en test før og etter innføringen av nye prosedyrer etter endring av lovverket. I tillegg ble det gjennomført en ny test etter et år. Testene ble gjennomført via spørreskjema på internett.</p>	<p>Av 219 svarte 58 respondenter på spørsmål om utfordringer knyttet til å møte barn av psykisk syke foreldre. Undersøkelsen viser at det er mange organisatoriske problemer som manglende engasjement og støtte fra ledelsen, mangel på kompetanse og stor arbeidsmengde blant personalet, motstand fra foreldre og muligens barna og store geografiske områder.</p> <p>Av 219 svarte 183 helsepersonell på hvilke faktorer de mente var viktige for å kunne tilby støtte til barna av psykisk syke foreldre. Faktorene som kom frem gjennom undersøkelsen var blant annet støtte fra ledelsen, tid, økonomi, utdanning, kompetanse, tilstrekkelig personell, identifisering av barnets behov, barneansvarlig personell og tverrfaglig samarbeid.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1. Studien er norsk og gir derfor et godt bilde av hvordan situasjonen er i Norge etter lovendring. Studien har mange respondenter og viser hvilke utfordringer det er i praksis.</p>
<p>Knutsson-Medin, L., B. Edlund og M. Ramklint</p>	<p>Hensikten med studien var å følge opp barn av innlagte</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>87 barn av tidligere</p>	<p>Ni deltagere rapporterte tidligere kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien og 7 deltagere hadde vært i kontakt med</p>	<p>Artikkelen har Vitenskapelig nivå 1. Studien har fokus</p>

<p>(2007) Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. I: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 14(8), s. 744-752.</p> <p>Sverige</p>	<p>psykiatriske pasienter og undersøke deres opplevelser av å vokse opp med en psykisk syk forelder. Videre undersøkte de barnas meninger om kontakten med psykiatrien, lengden på kontakten og deres meninger om mangler og kvaliteten på tjenesten</p>	<p>psykiatriske pasienter ble spurt om å være med, 36 responderte. Deltagerne var mellom 19 og 38 år. 15 menn og 21 kvinner deltok.</p>	<p>voksenpsykiatrien. Erfaringene til barna ble inndelt i tre kategorier; positive erfaringer: barna uttrykte lettelse når forelderen ble innlagt fordi noen andre tok over ansvaret for deres forelder og når behandlingen hjalp ble det sett på som positivt Negative erfaringer: barna uttrykte mangel på støtte og kontakt med personalet. Generelt mottok de ingen informasjon eller forklaring fra helsepersonellet. Noen av barna følte at omgivelsene og miljøet på sykehuset var skremmende og ubehagelig. Ønskede erfaringer: barna ønsket mer kontakt, informasjon og forklaringer av helsepersonell når det gjaldt foreldrenes lidelse. De ønsket i tillegg støtte og initiativ fra helsepersonellet både under innleggelsen og etterpå. Kontakt med andre instanser.</p> <p>Erfaringer av å ha en psykisk syk forelder: Deltagerne rapporterte at de bekymret seg for foreldrene. De uttrykte å ha et større ansvar for familien, å ha negative følelser som blant annet skam, ensomhet, og manglende selvtillit, i tillegg til forandret foreldre/barn forhold</p>	<p>på barnas opplevelse av psykiatrien og det å vokse opp med en psykisk syk forelder. Studien tar for seg konkrete meninger og erfaringer, noe som er relevant kunnskap for sykepleiere for å kunne ivareta barna.</p>
<p>Korhonen, T., A. Pietilä og K. Vehviläinen-Julkunen (2010) Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in</p>	<p>Denne studien undersøker samspillet psykiatriske sykepleiere og sykepleiere har med barn, og forutsetninger for interaksjonen når en forelder mottar psykiatrisk behandling.</p>	<p>Kvalitativ tverrsnittundersøkelse. Deltakerne i denne studien var psykiatriske sykepleiere og sykepleiere som arbeidet i 34 sengeposter i voksenpsykiatrien og i 17</p>	<p>De fleste av deltagerne rapporterte at informasjon om barna var regelmessig innsamlet. 80 % av sykepleierne rapporterte om eventuelle atferdsproblemer hos barn og 90 % spurte om hvor og med hvem barna levde med. Sykepleierens personlige egenskaper, alder, kjønn, videreutdanning og sivilstatus og om de hadde egne barn hadde betydning for om de så barna. 85 % av sykepleierne svarte at de</p>	<p>Artikkelen har vitenskapelig nivå 1. Studien tar for seg sykepleierens synspunkt. Sykepleierne jobber i voksenpsykiatrien og i polikliniske avdelinger. Studiens funn er</p>

<p>adult psychiatry? – a questionnaire survey. I: Scandinavia n Journal of Caring Sciences, 24(1), s. 65-74.</p> <p>Finland</p>	<p>Studien ville se på 1) Hvor konsekvent informasjon om barn av pasienter er samlet inn og rapportert av sykepleiere på de ulike avdelingene. 2) Hvordan sykepleiere kan sikre barnas sikkerhet når en forelder er innlagt og forutsetningene for dette. 3) Se på sykepleiernes samtaler med barna om foreldrenes situasjon, barnas eget liv og forutsetninger for dette.</p>	<p>polikliniske avdelinger. I alt ble 608 spørreskjemaer distribuert til sykepleiere i løpet av en seks måneders periode. Til sammen ble 331 spørreskjemaer returnert, noe som gir en gjennomsnittlig svarprosent på 51 %.</p>	<p>sikret at barna av pasienten hadde en trygg voksen som tok vare på dem når foreldrene ble innlagt og henviste barna videre til andre instanser ved behov. 68 % av sykepleierne rapporterte å forklare barna situasjonen til foreldrene. 75 % spurte om barnas bekymringer knyttet til forelderen og 78 % forklarte barna at foreldrenes problemer ikke var deres feil. 69 % svarte at de snakket med barna og hvem de skulle ta kontakt med om de skulle trenge hjelp. 46 % svarte at de diskuterte barnas frykt for selv å bli psykisk syke i fremtiden.</p>	<p>overførbar til norske forhold i forhold til at det også i Finland er lovpålagt at helsepersonellet skal identifisere mindreårige barn.</p>
<p>Lauritzen, C. mfl. (2014) Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. I: BMC Health Services Research, 14(1), s. 58-58.</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med studien er å se på i hvilken grad helsepersonell endret sin praksis og holdninger med å identifisere og støtte pasientens barn etter innføring av nye rutiner og intervensjoner. Om implementering av nye rutiner hadde ført til endringer i personalets oppfatninger, holdninger, kunnskap og bekymringer om at pasient-terapeut relasjonen ville bli</p>	<p>Kvalitativ metode Deltagerne i studien var ansatte og ledere i det største sykehuset i Nord-Norge. 219 deltagere svarte på en «baseline» spørreundersøkelse før implementeringen av nye rutiner og 185 deltagere svarte på post-testen med de samme spørsmålene</p>	<p>I pre-testen viste det seg at 44 % brukte intervensjonen «family assessment», mens 65 % brukte intervensjonen i post-testen. Studien viste ingen markant endring i bruken av familiesamtaler tre år etter den nye lovgivningen ble gitt. Det var ingen forskjell mellom barneansvarlig personal og resten av de ansatte i form av å gi støtte til barna som en del av «child talks» intervensjonen. Studien viser at ¾ av personalet ikke hadde begynt å bruke intervensjonen «child talks». Deltagerne ble også spurt om kvaliteten på tjenesten de gav foreldrene og deres barn, hvor 91 % rapporterte at tjenestene de tilbudte var tilstrekkelige i pre-testen, mens tallet hadde sunket til 82 % i post-testen. Pre-gruppen svarte at de hadde mer kunnskap og forventninger enn post-</p>	<p>Vitenskapelig nivå 2 Studien er gjort i Norge og viser resultat etter lovendring. Studien tar for seg helsepersonellens synspunkt. Viser resultatet av intervensjoner.</p>

	avbrutt ved å bringe frem et fokus på pasientens barn. Og om dette var forskjellig blant de som hadde innført intervensjonen «child talks» og ikke.		gruppen. Pre-gruppen rapporterte i tillegg mer positive holdninger til å få gode resultater som følge av tiltakene. Studien viser også at ansatte som hadde tatt i bruk intervensjonen «child talks» hadde høyere forventning til utfallet om å støtte barna.	
Pihkala, H., M. Sandlund og A. Cederström (2012) Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness. I: International Journal of Social Psychiatry, 58(6), s. 623-628. Sverige	Hensikten med studien var å studere barnas erfaringer av familieintervensjoner, hva det betydde for dem å delta og å utforske foreldrenes perspektiv på om familieintervensjoner passet deres barn.	Kvalitativ metode. Ni familier deltok. Fra disse ble individuelle intervjuer gjennomført med 14 barn og 9 av deres psykisk syke foreldre i tillegg til 5 deltagere som ikke var identifisert som pasient/forelder. Barna var mellom 6-17 år, 7 gutter og 7 jenter.	Barna ønsket økt kunnskap og kommunikasjon om foreldrenes sykdom, symptomer, behandling og hvordan foreldrene følte seg i øyeblikket. Resultatet viste at barna fikk bedre forståelse for foreldrene, mer kunnskap, det ble mer åpenhet i familien og økt følelse av nærhet til hverandre. Barna beskrev en følelse av lettelse over å slippe å bekymre seg for foreldrenes sykdom noe som gjorde det mulig for dem å tilbringe mer tid sammen med vennene sine og de fikk en følelse av frihet. Foreldrene opplevde å ha mindre dårlig samvittighet og følelsen av skyld og skam ble redusert. Foreldrene uttalte å ha blitt styrket, blitt mer modne og at de hadde vokst som foreldre.	Vitenskapelig nivå 1. Studien er gjort i Sverige som har samme lovverk som Norge når det kommer til rettigheter til pårørende. Resultatet viser barns synspunkter og tar i tillegg med viktige synspunkter fra foreldrenes side.
Fudge, E. og P. Mason (2004) Consulting with young people about service guidelines relating to parental	Hensikten med studien var å innhente informasjon fra barn av foreldre med psykiske lidelser. De ønsket å utvikle et skriv til Australske myndigheter når	Kvalitativ metode. 33 barn i alderen 7-12 år deltok i seks fokusgrupper. 25 unge mennesker deltok. 16 av dem deltok i	Resultater fra barna mellom 7-12 år viste at de mente at omgivelsene på sykehuset og atmosfæren kunne vært bedre. Forslag som kom inn var blant annet familierom, leker, bøker, fleksibel besøkstid og mer velkomne omgivelser. I tillegg svarte de at helsepersonellet kunne være mer vennlige. Barna var positive til egne	Viser barns synspunkter og kommer med barnas forslag på forbedringer på viktige områder i praksis. Dette gir sykepleiere og andre helsepersonell en

<p>mental illness. I: Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 3(2), s. 1-9.</p> <p>Australia</p>	<p>det gjaldt gode praktiske prinsipper og retningslinjer for instanser og mennesker som jobber med disse unge menneskene og deres familier.</p>	<p>fokusgrupper, mens 9 deltok i intervju av jevnaldrende. Deltagerne i fokusgruppen var mellom 13-16 år og deltagerne som intervjuet var mellom 14 og 20 år.</p>	<p>behandlingsplaner hvor telefonnummer og informasjon om hva de skulle gjøre hvis forelderen ble syk kunne stå skrevet. Barna ønsket ekstra hjelp i familien med blant annet økonomi, matlaging og vasking. De fleste barna var positive til familiemøter, men noen var bekymret for taushetsplikten på disse møtene. På spørsmål om hvordan ting kunne vært bedre svarte barna: bedre behandling, informasjon til familiemedlemmer, å gjøre morsomme ting med forelderen, støtte fra jevnaldrende og å se den syke forelderen oftere.</p> <p>Svar fra barna mellom 13 og 20 år: Barna svarte at kommunikasjon innad i familien og med helsepersonell var et problem. De svarte at det var behov for støttetjenester, utdanning og reduksjon av stigmatisering, identifisering av barna, rådgivning og hjelp i huset.</p>	<p>unik mulighet til å kunne utvikle nye prosedyrer/retningslinjer som barna selv mener trengs.</p>
<p>Foster, K. (2010) 'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness. I: Journal of Clinical Nursing, 19(21/22), s. 3143-3151.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke erfaringene av å være et voksent barn av en forelder med alvorlig psykiske lidelser og hvordan de voksne barna har taklet erfaringene.</p>	<p>Kvalitativ studie. 10 deltagere, 8 kvinner og 2 menn deltok i studien. Deltagerne var mellom 25-57 år.</p>	<p>Resultatet av opplevelsene knyttet til å være et voksent barn av en psykisk syk forelder ble oppsummert i fire hovedtemaer: Å være usikker: I barndommen hadde deltagerne en følelse av å ikke vite hva som skulle skje fra en dag til den neste. Mange av barna visste ikke at foreldrene hadde en psykisk lidelse før de ble voksne og hadde ikke fått informasjon fra helsepersonell om foreldrenes lidelse før de selv gikk aktivt inn å spurte. I barndommen opplevde barna at foreldrene var uforutsigbare og de forklarte det med at forelderen «hadde to ansikter». De var også i barndommen redde for å arve sykdommen.</p> <p>Vansker med å etablere kontakt med</p>	<p>Vitenskapelig nivå 2. Studien viser voksne barns erfaringer både i barndommen og hvordan disse erfaringene har påvirket dem i voksen alder. Studien viser mulige følger foreldrenes psykiske lidelser kan ha på barna og hvordan dette kommer til uttrykk i voksen alder.</p>

<p>Australia</p>			<p>familie og jevnaldrende: barna følte seg annerledes og ukomfortable og hadde ofte en følelse av å være ensomme. Deltagerne slet også i voksenlivet med å etablere gode forhold, inkludert til egne partnere og barn.</p> <p>Å være ansvarlige: å måtte ta på seg et stort ansvar i familien. De måtte ta på seg foreldreroller i barndommen og følte at de fort ble voksne. Deltagerne følte fortsatt i voksenlivet på ansvarsrollene og at de tok mye tid, emosjonell- og psykisk energi. Noen uttrykte likevel at dette også kunne ses som en positiv opplevelse da det bidro til utvikling og selvstendighet.</p> <p>Søke balanse: De opplevde i barndommen at de måtte ha kontroll over situasjonen. De brukte forskjellige strategier for å oppnå balanse som ulike måter å ta vare på seg selv, lese og komme seg bort fra konflikter og familien. Som voksne ble disse strategiene fortsatt brukt med god effekt.</p>	
-------------------------	--	--	---	--

4.2 Identifisering og støtte

Sykepleiere og annet helsepersonell har en viktig rolle i å identifisere og støtte barn av foreldre med psykiske problemer (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010, Foster 2010). Resultat fra studien til Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen viser at sykepleiere i voksenpsykiatrien møter barn av foreldre med psykisk lidelse kun få ganger i året eller ikke i det hele tatt, selv om de fleste rapporterte å møte pasienter som er foreldre regelmessig (2010). Resultat viser at de fleste av sykepleierne rapporterte at informasjon om barna ble samlet inn regelmessig på avdelingene, men at ansatte med mer utdanning, erfaringer og som jobbet mer familiefokusert, identifiserte barna oftere (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010). Over 80 % av sykepleierne rapporterte at foreldrene ble spurt om atferdsmessige problemer hos barna, og hvor og hvem de bodde sammen med (ibid).

Lauritzen og Reedtz fant i sin studie flere områder ansatte mente var til hinder og områder som kunne hjelpe dem med å identifisere og støtte barna (2013). Utfordringer forbundet med identifisering og støtte som ble funnet i studien var mangel på tid, rutiner, økonomi, støtte og opplæring. Mange av utfordringene var forbundet med organisatoriske utfordringer i forhold til manglende støtte og engasjement fra ledelsen (Lauritzen og Reedtz 2013). De følte ikke at ledelsen så behovet for flere ansatte og andre ressurser de trengte for å identifisere og følge opp barna. De ønsket å få identifisering og støtte av barna inn i pasientens behandlingsplan (ibid). De ansatte rapporterte også at den dårlige kulturen blant ansatte i voksenpsykiatrien gjorde det vanskelig. De følte ikke at de hadde nok kompetanse til å samhandle med barn og at deres kunnskap var begrenset til voksenpsykiatrien (ibid). Det kan være store geografiske avstander mellom sykehuset og familiene, noe som ble sett på som et hinder i forhold til at det var vanskelig å arrangere et møte med barna da de bodde så langt unna. De ansatte fremhevet viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid med andre instanser som holdt til i barnas nærområde (ibid).

I samme studie rapporterte de ansatte faktorer som de mente var viktige for å kunne gi støtte til barn av psykisk syke. De kommenterte blant annet faktorer som bedre tid, støtte fra ledelsen og kollegaer, erfaringer, vurdering av barnas behov, etablere et forhold til barnet og barneansvarlig personell (Lauritzen og Reedtz 2013). De fleste responderte at de trengte mer tid til å utføre de ekstra oppgavene de var satt til å gjøre gjennom lovendringen. De foreslo at ledelsen enten måtte ta inn færre pasienter eller ansette flere. Loven sier at spesialisthelsetjenesten skal oppnevne barneansvarlig personell, men deltagerne visste ikke hvor mange som var oppnevnt til dette og rapporterte at disse personene ikke var motivert eller interessert i å ha denne rollen (ibid). De som var barneansvarlig personell ønsket at flere hadde denne oppgaven slik at de ikke følte seg så alene om ansvaret (ibid). De ansatte var usikre på hva den nye lovgivningen betydde for dem og deres praksis. Respondentene foreslo bedre og flere rutiner for å identifisere og støtte barna. Resultatet viser videre at de ansatte manglet gode verktøy for og identifisere eller å sette i gang intervensjoner (ibid). Fundamentale faktorer for å kunne støtte barna var en stabil gruppe erfarne og motiverte ansatte, som er interesserte i oppgaven og trygge i sin rolle (ibid). For å kunne vurdere barnas behov foreslo de ansatte flere kurs, opplæring i risikofaktorer og hvilke behov barna har, i tillegg til seminarer for å kunne bygge opp en barne-spesifikk kompetanse (ibid).

En annen studie gjennomført i Norge av Lauritzen m.fl. evaluerer prosessen og effekten av implementeringen av nye rutiner og intervensjoner i voksenpsykiatrien (2014). De implementerte intervensjonene «family assessment form» og «child talks». Hovedfunnet i undersøkelsen er at antall identifiseringer i om pasienten har barn eller ikke har økt, selv om antallet helsepersonell som rapporterte å ha startet med en systematisk identifisering, var høyere i pre- testen enn i post-testen (Lauritzen m.fl. 2014). Til tross for implementeringsstrategien, viser resultatet fortsatt manglende bevissthet i voksenpsykiatrien om pasientenes barn. I studien til Foster svarte barna at de ofte var kritiske til helsepersonellens holdninger mot dem og/eller deres foreldre. De følte en manglende identifisering og støtte av deres behov (2010).

4.3 Informasjon og kommunikasjon

Et gjennomgående tema i artiklene er barnas behov for og ønske om mer informasjon i forhold til foreldrenes lidelse. Barna sier selv at de har dårlige erfaringer i møte med helsepersonell, og at de har opplevd mangel på informasjon og forklaringer om foreldrenes lidelser (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007, Fudge og Mason 2004, Foster 2010). Behov for informasjon når foreldrene er innlagt i voksenpsykiatrien kommer tydelig frem i flere studier, men i studien til Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint kommer det også frem at barna har ønske om støtte og informasjon også etter at foreldrene er skrevet ut fra sykehuset (2007). Resultat viser at barna også ønsker at familien og personer i nærmiljøet burde få mer informasjon (Fudge og Mason 2004). De mente at ved å gi mer informasjon om psykiske lidelser til personene i nærmiljøet, ville det føre til økt forståelse og mindre mobbing. Barna foreslo også å gi lærere mer informasjon slik at de kunne være mer bevisste (ibid).

Manglende informasjon kan føre til at barna opplever foreldrene og sykdommen som den samme og å ikke vite at forelderen har en psykisk lidelse kan føre til at de ikke klarer å skille personen og sykdommen (Foster 2010). I studien til Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen svarte sykepleierne at de snakket med barnet om deres største bekymringer i forhold til forelderen (2010). De fortalte barna at foreldrenes problemer ikke var deres skyld. De svarte også at de fortalte barna at forelderen ble tatt vare på av en voksen og at de ikke trengte å bekymre seg (ibid). Mindre en halvparten av sykepleierne diskuterte barnas redsel for selv å bli psykisk syk i fremtiden. 69 % av sykepleierne svarte at de ga råd til barna om hvor de kunne ta kontakt hvis de trengte hjelp (ibid).

Det er behov for flere intervensjoner for å kunne gi barna tilgang til informasjon og for å kunne støtte foreldrene slik at de kan svare på barnas spørsmål (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007). Resultat viser at barn er positive til familiemøter, spesielt med tanke på å få mer informasjon, unngå forvirring og forbedre den generelle kommunikasjonen. Men barna uttrykte bekymring for hvor privat informasjonen som ble lagt frem var og foreslo heller individuelle familiemøter hvor familiemedlemmene kunne uttrykke seg uten å fornærme andre (Fudge og Mason 2004). I studien til Lauritzen m.fl. har de sett på resultatet av implementeringen av to intervensjoner, deriblant «child talks». «Child talks» er designet for å redusere risikoen for at barn av psykisk syke utvikler psykologiske problemer, ved at helsepersonell snakker med forelderen og barnet (Lauritzen m.fl. 2014). Resultatet viser imidlertid at ¾ av personalet ikke hadde tatt i bruk intervensjonen 3 år etter lovendringen i Norge (ibid).

Resultatet av «Beardslee`s family intervention» i studien til Pihkala, Sandlund og Cederström viser at barna forsto foreldrene og situasjonen bedre etter å ha fått forklaringer både fra foreldrene og helsepersonell om foreldrenes sykdom (2012). Familiemedlemmene hadde begynt å snakke mer sammen og det ble lettere å snakke om flere ting, ikke bare sykdommen. Barna opplevde mer åpenhet i familien på grunn av mer kunnskap, forståelse og økt kommunikasjon i familien, noe som også førte til en økt nærhet til hverandre (Pihkala, Sandlund og Cederström 2012). Foreldrene uttrykte lettelse av at barna visste mer om behandlingen og medisineringen deres. Barna spurte mer og foreldrene følte at det var lettere å spørre barna. Barna ble også mer åpne om sykdommen og snakket med andre utenfra om foreldres sykdom (ibid). Ved å øke kommunikasjonen følte barna lettelse. De hadde færre bekymringer for foreldrene og de var mindre redde for at noe skulle skje, og dette førte til at de fikk muligheten til å tenke på andre ting. Mer kunnskap førte til at de slapp å passe på forelderen fordi de visste at symptomene ikke var livstruende (ibid).

4.4 Hva kan føre til ivaretagelse?

4.4.1 Barnas perspektiv

I Fudge og Mason sin studie ble barna spurt om hva som kunne hjelpe dem. De kom med forslag på flere områder deriblant miljøet på sykehuset (2004). De svarte at de kunne tenkt

seg private områder hvor familien kunne møtes, områder hvor de kunne gjøre forskjellige aktiviteter sammen. Noen kommenterte at dette kunne forhindre at barna ble redde for de andre pasientene. De foreslo et mer imøtekommende miljø, at avdelingene var mer tilrettelagt barn og at de ansatte kunne være vennligere (Fudge og Mason 2004, Knutsson-Medin, Edlund, og Ramklint 2007). Barna ønsket en personlig plan som kunne bli tatt i bruk hvis foreldrene måtte legges inn på sykehus. De foreslo at denne planen skulle inneholde telefonnummer til voksne som kunne hjelpe og hva de skulle gjøre hvis foreldrene eksempelvis tok overdose eller besvimte (Fugde og Mason 2004). Støtteprogram og leirarrangement var tiltak barna mente kunne hjelpe. Å møte andre som seg selv slik at de forsto at de ikke var den eneste som opplevde og følte det de gjorde (ibid).

Barna opplevde å måtte ta et større ansvar i familien enn sine jevnaldrende og at de ble fortere voksne (Foster 2010, Knutsson-Medin, Edlund, og Ramklint 2007). For å slippe dette ansvaret ønsket de mer hjelp for familien, dette omhandlet alt fra økonomi til matlaging og vasking (Fudge og Mason 2004). Mer sosial og emosjonell støtte slik at de kunne bruke mer tid på morsomme ting, ferier, snakke om hva som skjedde og «time out» (ibid). Noen pekte på at tiden foreldrene var innlagt var for liten, og at dette resulterte i at barna fikk et større ansvar når foreldrene kom hjem (Knutsson-Medin, Edlund, og Ramklint 2007). Studien til Pihkala, Sandlund og Cederström viser at med mer kunnskap og åpenhet om foreldrenes lidelse følte barna en lettelse fra bekymringene de hadde rundt sykdommen (2012). Med mindre bekymringer for foreldrene følte de at de kunne slutte å passe på dem og at de kunne bruke mer tid sammen med venner (Pihkala, Sandlund og Cederström 2012).

4.4.2 Tverrfaglig samarbeid

I Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen sin studie svarte 85 % av sykepleierne at de garanterte at barna hadde en trygg voksen som tok seg av dem og at deres hverdag kunne fortsette som normalt når forelder ble innlagt (2010). Samme antall svarte at de arrangerte støtte og omsorg for barna når det trengtes, for eksempel gjennom barnevernet (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010). I samme studie fant de at 60 % av sykepleierne rådet barna om hvem de kunne ta kontakt med hvis de trengte hjelp, som andre instanser (ibid). Studien til Fudge og Mason viser viktigheten av et tverrfaglig samarbeid (2004). Barna uttrykker her at de trengte mer hjelp med praktiske oppgaver som transport, matlaging og

vasking, noen som kunne ta vare på yngre søsken og økonomiske oppgaver. De hadde også behov for emosjonell og sosial støtte (Fugde og Mason 2004).

Barna ønsket mer støtte når foreldrene var innlagt på sykehuset, men også i ettertid, i tillegg til en regelmessig oppfølging. De utrykte at når forelderen kom hjem fra sykehuset var det ingen som kontaktet eller viste noen interesse eller bekymring for hvordan de klarte seg (Knutsson-Medin, Edlund, og Ramklint 2007). Undersøkelsen viser at barna så på skolen som en arena hvor de kunne få informasjon og oppfølging (Fugde og Mason 2004). De ønsket at lærerne hadde mer kunnskap og var mer bevisste deres hjemmesituasjon og at skolens helsesøster hadde blitt informert (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007). Resultat i studien til Lauritzen og Reedtz viser at helsepersonell så på geografiske avstander som et problem, og de understreket viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid med andre instanser i barnas nærområde som barnevernet og helsestasjonen (2013). De ansatte ønsket å jobbe sammen i grupper eller i team for å støtte barna og familien. Det var viktig for dem at gruppen var stabil og at den inneholdt erfarne, motiverte og interesserte personer som var trygge i sine roller (Lauritzen og Reedtz 2013).

4.4.3 Holdninger og kunnskap hos helsepersonell

Sykepleiernes alder, kjønn, sivilstand og om de selv har barn har innvirkning på viljen sykepleiere har til å se barn av psykisk syke i voksenpsykiatrien (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010). Samme studie viser at sykepleierne tok seg oftere av barna hvis de møtte dem oftere (ibid). 46 % av sykepleierne diskuterte barnas frykt for selv å bli syke i fremtiden og barnas mestringsstrategier ble vurdert av i overkant 60 % av sykepleierne (ibid). Videre viser studien at faktorer som om sykepleierne hadde brukt en familiefokusert tilnærming, hadde jobbet i kommunen, deres erfaringer eller videreutdanning, var med på å påvirke deres holdninger (ibid). Resultater viser at sykepleiernes holdninger til å implementere et barnefokus økte etter innføringen av intervensjonene, «child talks» og «family assessment» (Lauritzen m.fl. 2014). På spørsmål om personalets kunnskaper, svarte de i pre-testen at de hadde mer kunnskap om barn og risikofaktorer ved å ha en forelder med psykisk lidelse, enn i post-testen (ibid).

I studien til Lauritzen og Reedtz fant de at de ansattes holdninger var til hindre for å innføre et barneperspektiv i praksis (2013). Deltagerne i studien svarte at deres område var

voksenpsykiatrien og at de følte seg utilpass i samtale med barna. De følte de hadde for lite tid til å ta seg av den ekstra oppgaven implementeringen av et barnefokus forutsetter (Lauritzen og Reedtz 2013). Holdninger og mangel på engasjement fra ledelsen skapte en dominoeffekt og førte til en dårlig kultur i voksenpsykiatrien. Kulturen syntes å være at man ikke skulle blande seg og at det ikke var deres oppgave (ibid). Helsepersonell rapporterte også at de som var oppnevnt til barneansvarlig personell ikke var motivert eller interessert i å ha denne rollen.

Etter endringen av loven i Norge rapporterte mange av helsepersonellet at de var usikre på sine nye plikter. De svarte at de ikke hadde den nødvendige kompetansen og kunnskapen om barn og oppdragelse, og at de burde bli tilbudt opplæring (Lauritzen og Reedtz 2013). Mangel på erfaring med å snakke med barna om vanskelige temaer i forhold til psykiske lidelser, førte til usikkerhet. Helsepersonell følte de ikke var kompetente til å se barnets behov fordi bakgrunnen deres ikke var barnespesifikk og de var redde for å gjøre feil som kunne skade barnet (ibid). De ønsket flere kurs, opplæring, kunnskap om risikofaktorer og barnas behov og seminarer for å kunne bygge en barnespesifikk kompetanse (ibid).

4.4.4 Hjelp til foreldrene

Studien til Pihkala, sandlund og Cederström viser at bruk av familieintervensjon hvor man tar sikte på en familiefokusert tilnærming førte til at foreldrene følte seg sterkere som foreldre (2012). Når foreldrene ikke hadde dårlig samvittighet og følelsen av skyld og skam var redusert, resulterte det i mer åpenhet om sykdommen (Pihkala, sandlund og Cederström 2012). Foreldrene ble styrket og følte de vokste som foreldre, noe som gjorde at de kunne slappe av i relasjon til barna (ibid). Det at barna fikk informasjon både fra foreldrene og helsepersonell førte til at de forsto situasjonen og foreldrene bedre (ibid). Barna spurte foreldrene flere spørsmål og foreldrene følte det lettere å spørre barna. Både foreldrene og barna følte at de kunne snakke om ting som var mer intime, som igjen førte dem nærmere hverandre (ibid).

5.0 Drøfting

Hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser?

5.1 Identifisering og støtte

Forskning viser at barn som har foreldre med psykiske lidelser har økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser (Aamodt og Aamodt 2005). På bakgrunn av dette har psykisk helsetjeneste for voksne en nøkkelrolle når det gjelder å komme i kontakt med barn som har foreldre med psykiske lidelser, og har en unik anledning til å identifisere barn som er utsatt for risiko (ibid). Sykepleiere i voksenpsykiatrien har uttrykt at de sjeldent møter barna til pasientene (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010). På tross av dette viser tall fra SINTEF at det er så mange som 65 000 barn som har foreldre som får behandling for psykiske lidelser (folkehelseinstituttet 2011). Dette underbygger resultat fra tidligere studier som viser at barn av psykisk syke blir ignorert av helsepersonell i voksenpsykiatrien (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010). Etter lovendringen som trådte i kraft i 2010 kan ikke helsepersonell unngå ansvaret med å identifisere barn som pårørende. Helsepersonelloven § 10a sier at helsepersonell skal bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende (Helsepersonelloven 1999).

Både helsepersonell i Finland og Norge er pliktig i følge loven å identifisere barn av psykisk syke. Resultat i studien til Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen viser at helsepersonell i Finland rapporterte å identifisere og samle inn informasjon om barna regelmessig (2010). Resultat fra Norge viser at helsepersonell rapporterte å vite om konsekvensene av å ha en forelder med psykisk lidelse og deres nye plikter i forhold til barn etter lovendring. Likevel var det bare 56 % av helsepersonellet som identifiserte barna (Lauritzen og Reedtz 2013). En undersøkelse gjort i Nord-Norge, tre år etter iverksettelse av lovendringene viser at svært få pasienter er registrert med mindreårige barn. Med det nåværende tempoet vil det ta 19 år før pasientenes barn blir registrert i elektroniske pasientjournaler slik det nye lovverket forutsetter (Reedtz, Mørch og Lauritzen 2015). Funn i våre artikler i forhold til barnas egne erfaringer støtter opp om disse resultatene. Barna uttrykker en manglende identifisering og støtte fra helsepersonell (Foster 2010, Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007). Reedtz, Mørch og Lauritzen peker på flere årsaker til manglende identifisering (2015). Årsakene de peker på er at helsepersonell er lite bevisste på at pasientene ofte har barn og at barna er i risiko for å utvikle sosiale og/eller psykiske problemer. De føler seg usikre i å

inkludere pasientens barn i behandlingen og kontakt med barna gir ikke økonomisk uttelling etter dagens finansieringsordning. Det er uklart hvem som har ansvaret for å registrere pasienters barn i pasientjournalen og helsepersonell har eller tar seg ikke tid til å kartlegge barna og deres behov (Reedtz, Mørch og Lauritzen 2015). Noen av disse faktorene ble også funnet i studien til Lauritzen og Reedtz i tillegg til organisatoriske utfordringer forbundet med manglende støtte og opplæring (2013). På bakgrunn av disse faktorene kan det ha etablert seg en ukultur i voksenpsykiatrien, der kulturen ser ut til å være at man ikke skal bli involvert og at det ikke er deres sak (Lauritzen og Reedtz 2013).

5.2 Informasjon og kommunikasjon

Antonovsky mener alle mennesker har behov for å oppleve sammenheng og forutsigbarhet i tilværelsen (Kristoffersen 2011a). Dette innebærer at situasjonen en lever i er forståelig, håndterbar og meningsfull. Å oppleve sammenheng og forutsigbarhet har stor betydning for å kunne takle påkjenninger og stress, og barn har et stort behov for å sette opplevelsene sine inn i en sammenheng (Bøckmann og Kjellevold 2010). Ved at helsepersonell snakker direkte med barn som er pårørende, normaliseres deres følelser og man utstyres dem med ord og begreper de kan forstå. Dette kan hjelpe dem i å skape et rammeverk for sine opplevelser og dermed gi dem en opplevelse av mening, sammenheng og forutsigbarhet (Bøckmann og Kjellevold 2010).

Mange av artiklene uttrykker barnas behov for og ønske om mer informasjon i forhold til foreldrenes lidelse (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007, Fudge og Mason 2004, Foster 2010). Artiklene viser at barna selv uttrykker å ha dårlige erfaringer i møte med helsepersonell, og at de har opplevd mangel på informasjon og forklaringer om foreldrenes lidelser (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007, Fudge og Mason 2004, Foster 2010). Selv ikke når foreldrene forsøkte å begå selvmord opplevde barna å få informasjon og støtte fra helsepersonellet (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007). Informasjon og en dyp forståelse av foreldres adferd og sykdom, kan hjelpe barnet til å oppnå mestring og livskvalitet forbundet med foreldrenes psykiske lidelse og stigmatiseringen de kan oppleve. Det kan øke barnets velvære og deres motstandskraft senere i livet. (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010, Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007).

Mangel på kunnskap og forståelse kan føre til at barna opplever frustrasjon og redsel. Barna kan ha en ødeleggende misoppfattelse av sykdommen og klandre seg selv for foreldrenes problemer (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010). Manglende informasjon kan føre til at barna opplever foreldrene og sykdommen som den samme (Foster 2010), og tilgang på informasjon kan korrigere disse forestillingene, bekrefte følelser og gi hjelp til gode mestringsstrategier (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). Barn som har en forelder med psykiske lidelser opplever ofte redsel for å få den samme sykdommen i framtiden, og har skyldfølelse assosiert med sykdommen (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010, Foster 2010). Hvis vi kan hjelpe barna i å forstå sykdommen og hvilke elementer av den voksnes atferd som er knyttet til sykdommen, vil barnet i høyere grad kunne distansere seg fra den syke forelderen (Glistrup 2006). Har barna relevant kunnskap om sykdommen og behandlingen vil de i mindre grad forbinde foreldrenes tilstand med sin egen atferd (ibid). I følge Glistrup konkluderer Beardslee med at de barna som har innsikt i at det er sykdommen som har skyld i foreldrenes lidelse og er mindre tynget av skyldfølelse, klarer seg bedre (2006). Pihkala, Sandlund og Cederström konkluderer i sin studie med at bruk av familieintervensjon, der en informerer barna om foreldrenes lidelse førte til redusert skyldfølelse blant barna (2012).

Når helsepersonell skal gi barn informasjon, er det viktig at de tar i betraktning barnas situasjon, utviklingsnivå og behov (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). Når man informerer barn om psykisk lidelse kan det være en risiko for å overse hvor barnet befinner seg med hensyn til utviklingsnivå og situasjon. Man registrerer kanskje ikke at kontakten mellom en selv og barnet ikke er god nok, og om barnet har utbytte av informasjonen (Glistrup 2006). Nærvær og oppmerksomhet på hvor barnet befinner seg og hvor mye informasjon barnet har behov for, er derfor en forutsetning for at budskapet skal nå frem og at barnet skal ta imot det (ibid). Små barn kan trenge korte samtaler, enkle forklaringer og mye fysisk nærhet. Større barn og ungdom vil ha andre behov og kan lettere følge en voksen forklaring (Eide og Eide 2011). Barn kan oppleve situasjoner hvor de har kontroll som trygge. Kjente omgivelser og personer gir barna en følelse av kontroll og trygger dem i det som skal skje. I situasjoner der barna er ukjente kan andre varme og omsorgsfulle personer være til god hjelp (Eide og Eide 2011). Helsepersonell kan bidra til å øke følelsen av kontroll hos barnet ved at de ser og forstår barnet, og klarer å informere og forklare på en måte barna forstår (ibid). I studien til Foster uttrykker barna viktigheten av å ha en følelse av kontroll, og at dette trygget dem i at vonde ting ikke ville skje (2010).

Tidligere har det vært en oppfatning av at barn skal beskyttes fra informasjon om foreldrenes tilstand og at utfordringene i familien har vært avgrenset til de voksne (Helgeland 2012). I senere tid har forskning bidratt til kunnskap om barnas utvikling som viser at barn har behov for å forstå hva som skjer. Med endringen av lovgivningen i Norge ble det satt fokus på barn som pårørende og deres rettigheter. I Helsepersonelloven står det at «helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand» (Helsepersonelloven 1999). I pasientrettighetsloven § 3-3 står det at pårørende har rett til informasjon dersom pasienten samtykker eller forholdene tilsier det (pasient- og brukerrettighetsloven 1999). I samme lov, § 1-3b står det at pårørende i utgangspunktet er den pasienten selv oppgir (ibid). Pårørende er definert som myndige personer, altså personer over 18 år, og personer under 18 år vil ikke kunne innta rollen som nærmeste pårørende. Det kan argumenteres for at det ikke kan anbefales at barn får en rolle som nærmeste pårørende (Bøckmann og Kjellevold 2010), men dette gjør at barn og ungdom ikke har en særskilt rett til informasjon fra helsepersonellet, selv om de er pårørende. Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven kan her skape forvirring for helsepersonell, der de på den ene siden har plikt til å informere barna som pårørende, men på den andre siden ikke kan utnevne mindreårige barn som pårørende. Ved at helsepersonell plikter å gi informasjon og følge opp barn innenfor taushetspliktens grenser, har barnet fått rett til noe informasjon (ibid). Hvis pasienten og den andre forelderens samtykker i at barnet skal få informasjon kan opplysninger om helsetilstand og hjelpen pasienten får, gis til barnet. Samtykker ikke pasienten til at personlige opplysninger blir gitt til barnet, kan helsepersonell gi barnet en mer generell informasjon som ikke berører spesifikke personopplysninger om pasienten (ibid).

Det påpekes i flere artikler at foreldrenes motvilje kan være et hinder i å gi barna informasjon (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010, Lauritzen og Reedtz 2013). Det er derfor viktig at helsepersonell samtaler med pasienten om barnets informasjons- og oppfølgingsbehov, og gir dem kunnskap om viktigheten av informasjon til barna i slike situasjoner. Glistrup påpeker viktigheten av at helsepersonell også hjelper foreldrene til å kunne gi barna informasjon (2006). Barn og foreldre kan hjelpe hverandre og kontakten dem i mellom kan hjelpe på barnas utvikling (Glistrup 2006). Dette understrekes i helsedirektoratets

rundskriv hvor de skriver at det primært er foreldre og andre omsorgsgivere som skal gi barna informasjon og oppfølging (Helsedirektoratet 2010).

5.3 Hjelp til foreldre – hjelp til barna

I Knutson-Medin, Edlund og Ramklint sin studie beskrev de voksne barna å ha hatt et stort ansvar i familien under barndommen og at de følte seg mer voksne enn jevnaldrende (2007). Samme resultat vises i Foster sin studie. Barna svarte at de tok på seg både praktiske og emosjonelle ansvar i familien. En av deltagerne rapporterte at noen måtte ta på seg ansvaret, og når man var den eneste måtte det bli barnet (Foster 2010). Når belastningene i familien er for stor og foreldrene ikke får den hjelpen og avlastningen de trenger, kan barna ta på seg mye ansvar. Familien som helhet har behov for å få hjelp slik at barna kan få bli i rollen som barn (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). For at foreldrene skal kunne mestre foreldrerollen har de behov for støtte (ibid).

Det er nødvendigvis ikke foreldrenes lidelse i seg selv som er vesentlig for barnas situasjon, men konsekvensene sykdommen har for foreldrenes omsorgskapasitet og familiens samspill (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). Det er derfor viktig at man støtter foreldrene for å forebygge problemer hos barna. Haugland, Ytterhus og Dyregrov peker på tiltak for å bedre foreldreferdigheter og å styrke foreldrenes evne og overskudd til å se barna, som viktige forebyggende tiltak (2012). For å få foreldrene med på laget er det viktig å invitere dem som aktive og verdige parter for å optimalisere barnas situasjon. Pihkala, Sandlund og Cederström ser på en familieintervensjon som tar sikte på å aktivere både foreldrene og barna i samarbeidet om å bedre situasjonen. Intervensjonen har til hensikt og blant annet styrke foreldrene i deres omsorgsrolle (Pihkala, Sandlund og Cederström 2012). Foreldrene svarte at de etter å ha deltatt, følte seg sterkere som foreldre og at følelsen av skam og skyldfølelse var redusert (ibid). Når foreldrenes skam blir redusert kan det føre til en større åpenhet i familien som igjen kan resultere i at barna tørr spørre om det de lurer på og kan få den informasjonen de trenger.

Det er viktig at helsepersonell legger til rette for en åpen kommunikasjon innad i familien. Den gode samtalen mellom foreldre og barn er bygget på et fundament av respekt, åpenhet, omsorg og annerkjennelse fra den voksne til barnet (Glistrup 2006) Barn og foreldre er tett forbundet og kan hjelpe hverandre hvis forholdene legges til rette. Hvis foreldrene får

oppmerksomhet og annerkjennelse kan det bidra til at de ser barnet og deres smerte. Man må selv bli sett for å kunne se andre (ibid).

5.4 Sykepleierens ansvar for ivaretagelse av barn som pårørende

Barn i familier berørt av psykisk lidelse har en større risiko for utvikling av psykopatologi, emosjonelle og atferdsmessige problemer (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010). Sykepleiere har direkte kontakt med pasientene og deres familier, og er i en unik posisjon til å evaluere situasjonen til disse barna før problemer eventuelt utvikles (ibid). Mange barn som vokser opp med psykisk syke foreldre klarer seg fint senere i livet, men en lovpålagt plikt kan bidra til at flere får en god oppvekst og klarer seg bedre (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). Ifølge Haugland, Ytterhus og Dyregrov er lovendringene i helsepersonelloven et tiltak for å realisere FNs konvensjon om barnets rettigheter, og at lovendringen vil styrke mindreårige barns rettigheter (2012). I konvensjonen står det i artikkel 3 nr. 1 at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle handlinger som berører barn (FN 1989). Videre står det i artikkel nr. 12 at barn har rett til fritt å gi uttrykk for sine synspunkter i alle forhold som berører barnet, og at barnets synspunkter skal vektlegges i samsvar med alder og modenhet (ibid). Denne retten gjelder ikke bare når barnet er hovedperson, men i alle forhold som berører barnet, eksempelvis da de er pårørende. Sykepleieren har her et stort ansvar for at barnet blir hørt og at deres synspunkter vektlegges.

Yrkesetiske retningslinjer bygger på menneskerettighetene (Brinchmann 2010).

Retningslinjene belyser sykepleierens ansvar for å ivareta barn som pårørende. Det står her at sykepleieren skal bidra til at barnas særskilte behov blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund 2011). Barn som pårørende er en stor gruppe og alle barna er forskjellige, deres opplevelser er varierende og påvirkes av mange faktorer som kjønn, alder og familiens- og nettverkets kapasitet (ibid). «sykepleiefagets kjerne kan beskrives som en praktiserende medmenneskelighet» (Brinchmann 2010 s.100) og ansvaret kan deles inn i fire punkter: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse (ibid). Helsefremming og forebyggende arbeid går igjen i sykepleierens funksjons- og ansvarsområder (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2012). Barn som pårørende er en utsatt gruppe for utvikling av problemer senere i livet som følge av foreldrenes lidelse (Foster, O'Brien og Korhonen 2012, Lauritzen og Reedtz 2013, Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-

Julkunen 2010) og det er derfor viktig at sykepleierne har et helsefremmende og forebyggende perspektiv i møte med barna. I forståelsen av psykiske lidelser kan man bruke tankemodellen, sårbarhet-stress-modellen. Det vil si at det er en sårbarhet på den ene siden og stress på den andre siden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Når nivået av stress overstiger det nivået personen klarer å hanske med, brytes den psykiske likevekten sammen. Ved å bruke denne modellen kan vi identifisere forhold som kan påvirkes for å motvirke at den psykiske likevekten bryter sammen (ibid). Genetisk betinget sårbarhet kan vi i det enkelte tilfelle ikke vite sikkert om, men vi må være oppmerksomme på at barn med psykisk syke foreldre er i en utsatt posisjon (ibid).

Helsefremmende og beskyttende faktorer omhandler både egenskaper ved individet og miljøet. Ved å rette oppmerksomheten mot slike egenskaper blir de forsterket (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Aron Antonovsky peker på viktigheten av å hjelpe barnet til å oppleve en sammenheng i tilværelsen ved å se på faktorer som fremmer helse og motvirker risikoen for sykdom (Ibid). Antonovsky mener at en sterk indre opplevelse av sammenheng underbygges av en livssituasjon og livshendelser som kjennetegnes av entydighet, balanse mellom over- og underbelastning og delaktighet i avgjørelser (Kristoffersen 2011a). Antonovsky har funnet at begrepet «opplevelse av sammenheng» inneholder tre komponenter, forståelighet, meningsfullhet og håndterlig. For å ivareta barnet har sykepleieren ansvar for å fokusere på disse tre faktorene for å oppnå sammenheng (ibid). En opplevelse av sammenheng i tilværelsen mener Antonovsky gjør mennesker i stand til å mestre belastende livshendelser (ibid).

5.4.1 Tverrfaglig samarbeid

«Tverrfaglighet handler både om fagspesifikk kompetanse og erkjennelsen av at den enkelte fagkompetanse, individuelt og som fagområde, er begrenset i forhold til de komplekse kliniske oppgavene» (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010, s. 57). Sykepleieren skal i følge yrkesetiske retningslinjer fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsformer i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund 2011). Sykepleieren skal bidra til samarbeid med andre beslektede yrkesgrupper og utvikle en forståelse for medarbeiderens rolle (ibid). For å legge til rette for at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørende, har stortinget også vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25. Bestemmelsen åpner for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for

å ivareta behovene for pasientens barn med mindre pasienten motsetter seg dette (Helsepersonelloven 1999).

Resultat fra artiklene viser at barn opplevde å måtte ta et stort ansvar i familien og at de opplevde å bli fortere voksne enn sine jevnaldrende (Foster 2010, Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007). Barn kan sette foreldrenes behov foran sine egne og forholdet mellom voksne og barn kan bli snudd på hodet (Eide og Rohde 2009). Konsekvensene av dette kan bli en utrygg og uoversiktlig situasjon for barnet (ibid). Barna ønsket mer praktisk, emosjonell og sosial støtte for å slippe dette ansvaret (Fudge og Mason 2004). Med et godt tverrfaglig samarbeid kan barnas behov for hjelp bli videreformidlet slik at de får bli i sine roller som barn.

Funn fra artikler viser at barna ser på skolen som en arena hvor de kan få informasjon og oppfølging (Fudge og Mason 2004). De ønsket at lærerne hadde mer kunnskap og var klar over deres hjemmesituasjon, og at helsesøster hadde blitt informert (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007). Barnas perspektiv viser et ønske om at flere instanser kommer på banen, og endringene i helsepersonelloven legger til rette for at helsepersonell kan videreformidle informasjon og ansvar til andre instanser. Sykepleiere i voksenpsykiatrien må tilstrebe et tverrfaglig samarbeid, ikke bare av hensyn til barnas oppfølging, men også med tanke på økonomi. Glistrup skriver at det er opplagt at en del av ansvaret plasseres der hvor den voksne får behandling, men at man på grunn av ressurser også må huske at den primære oppgaven deres er å behandle pasienten (2006). Hun peker videre på at det er manglende kontakt mellom psykiatrien, legene og kommunen. Dette er en hindring i å forbedre støtten barna trenger på grunn av foreldrenes sykdom (Glistrup 2006). Det mangelfulle samarbeidet begrenser mulighetene for å skape et helhetsorientert perspektiv for pasienten og deres familie. Også Aamodt og Aamodt peker på utfordringer når det gjelder samarbeidet mellom instansene som har indirekte eller direkte ansvar for barn som befinner seg i utsatte livssituasjoner (2005). I studien til Lauritzen og Reedtz kommenterte helsepersonell at de ikke alltid henviste barna videre i redsel for å ødelegge behandleralliansen med pasientene (2013). Helsepersonellet var redde for å invadere andre instansers tjenesteområde (Lauritzen og Reedtz 2013).

For noen pasienter og deres familie kan kontakten med voksenpsykiatrien være kortvarig. Dette underbygger viktigheten av at helsepersonellet fremmer et tverrfaglig samarbeid slik at

barna blir fulgt opp videre. Vegringene ligger hos helsepersonellet og ikke pasienten. Aamodt og Aamodt skriver at det ikke er innarbeidet rutiner som sikrer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (2005). I studien til Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint utrykte barna et ønske om mer støtte og oppfølging etter at forelderen var utskrevet (2007). Videre utrykte barna at ingen tok kontakt eller viste noen interesse eller bekymring for hvordan de klarte seg etter at forelderen ble utskrevet (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007). Geografiske avstander ble i studien til Lauritzen og Reedtz funnet å være til hinder for å identifisere og støtte barn som pårørende (2013). Dette understøtter viktigheten av et tverrfaglig samarbeid hvor barna kan motta hjelp og støtte der hvor de bor (Lauritzen og Reedtz 2013).

5.4.2 Holdninger

I studien til Lauritzen og Reedtz fant de at de ansattes holdninger var til hinder for å innføre et barneperspektiv i praksis (2013). Studien viste videre at de ansatte anså deres område til å være begrenset til voksenpsykiatrien og at de følte seg utilpass i samtale med barna (Lauritzen og Reedtz 2013). Glistrup peker også på dette som en grunn til helsepersonellens holdninger mot å implementere et barnefokus (2006). Hun skriver at det kan ligge personlige barrierer hos behandlere og at de gjennom å jobbe i voksenpsykiatrien har valgt arbeid rettet mot voksne (Glistrup 2006). At helsepersonellens personlige egenskaper er med på å påvirke deres holdninger til barn som pårørende kommer også frem i studien til Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen. De har funnet at sykepleiernes kjønn, alder, sivilstatus og om de selv har barn har innvirkning på viljen sykepleiere har til å se barna av psykisk syke foreldre (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen 2010).

I studien til Lauritzen og Reedtz fant de at helsepersonell var redd for at foreldrene var motvillige til at de skulle bli innblandet i familielivet (2013). Mange utenfor spesialisthelsetjenesten har blitt overrasket over at behandlere i psykiatrien kan unnlate å snakke med pasientene om deres barn i forhold til informasjon om hvilken påvirkning foreldrenes psykiske lidelse har for kontakten med barna, og den belastningen sykdommen påfører barna (Glistrup 2006). Da oppmerksomheten ble rettet mot barn av psykisk syke var tilbakemeldingene at et fokus på dette temaet kunne belaste behandleralliansen mellom pasient og behandlere (ibid). Denne redselen har ført til at man har unngått å rette oppmerksomheten mot barna og familielivet.

For at sykepleiere skal kunne ivareta barn som pårørende har de et ansvar for å endre sine holdninger til å implementere et barnefokus i klinisk praksis. Funn viser at etter innføringen av intervensjoner som «family assessment» og «child talks» har sykepleiere endret sine holdninger til å bli mer positive (Lauritzen m.fl. 2014). Redselen for å ødelegge behandleralliansen blir brukt som en forklaring på manglende oppmerksomhet mot barna. Bøckmann og Kjellevold skriver at de fleste foreldre som er rammet av sykdom er bekymret for barna sine og ønsker å gjøre alt de kan for dem, og gjøre situasjonen så enkel som mulig (2010). Motsatt av manges forventninger er pasientene ofte positive til at emnet «barnas perspektiv» blir tatt opp (Glistrup 2006). Foreldrene opplever det som en lettelse å få hjelp til å snakke med barna og at barna kan bruke foreldrenes kontakt med helsepersonell som en mulighet til å ta imot hjelp (ibid).

Holdninger blant ledelsen må også endres. Lauritzen og Reedtz skriver at dårlige holdninger blant ledelsen skaper en dominoeffekt og fører til en ukultur i voksenpsykiatrien (2013). Kulturen synes å være at helsepersonell i voksenpsykiatrien ikke skal blande seg og at det ikke er deres ansvar (Lauritzen og Reedtz 2013).

5.5 Behovet for kunnskapsutvikling

Vi har relatert vår oppgave til forskningsområdet kvalitet i sykepleie som deriblant inneholder fokusområdet pasienters behov og sikkerhet. Det står her at pasientens behov og sikkerhet handler om utvikling av kunnskap om fenomener som blant annet samhandling med pårørende (Høgskolen i Gjøvik 2014b). I yrkesetiske retningslinjer står det «sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk sykepleierforbund 2011, s. 7). I våre artikler viser funn at helsepersonell i voksenpsykiatrien har for lite kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn som pårørende (Foster, O'Brien og Korhonen 2011, Lauritzen og Reedtz 2013). Denne manglende kunnskapen fører til at helsepersonell begrenser støtten til familien (Foster, O'Brien og Korhonen 2011). Helsepersonell uttrykker manglende kompetanse til å se barnets behov og at de er redde for å gjøre feil som kan skade barnet (Lauritzen og Reedtz 2013). Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen skriver at det kan konkluderes med at kunnskap om risikofaktorer og implementeringen av forebyggende tiltak vedrørende barn som pårørende, ikke er inkludert i sykepleierutdanningen (2010).

Artikkelen til Lauritzen m.fl. viser at implementeringen av nye rutiner i klinisk praksis ser ut til å virke, men at endringene går sakte. Det er viktig at sykepleiere i voksenpsykiatrien ser viktigheten av disse implementeringene og arbeider for å bruke dem i praksis. Det er også behov for å utvikle flere implementeringsstrategier for å kunne ivareta barn som pårørende. Aamodt og Aamodt peker på at det ikke bare er mangel på kunnskap, men også at vi overser kunnskapen i praksis (2005). Det er et stort gap mellom kunnskapen om hva barna trenger og hvordan vi ivaretar dem i praksis (Aamodt og Aamodt 2005). Lauritzen og Reedtz skriver også i sin studie at helsepersonell er klar over risikoen av å være barn av psykisk syke, men at det likevel viser seg at det er mange faktorer som hindrer implementeringen av et barnefokus i praksis (2013).

5.6 Metodiske overveielser

Helsinkideklarasjonen er viktig innenfor all medisinsk og helsefaglig forskning (Brinchmann 2010) Et viktig hensyn som slås fast i deklarasjonen er at hensynet til individet alltid går foran hensynet til samfunns eller forskningsnytt (ibid). Man skal beskytte forsøkspersonene, spesielt svake grupper som barn. Forsøkspersonene skal vite hva studien går ut på, hensikten og mulige risikoer ved å delta og deltagelsen skal være frivillig (ibid). Flere av våre artikler har brukt barn som forsøkspersoner og det er da strengere krav til forskningen. I Helseforskningsloven § 17b står det at med mindre det er spesielle grunner er barn mellom 16-18 år samtykkekompetente (Helseforskningsloven 2008). Det står videre at dersom barn mellom 12-16 år av spesielle grunner ikke ønsker at foreldrene eller andre med foreldreansvar eller barnevernstjenesten skal vite om opplysningene, skal dette ivaretas. For personer uten samtykkekompetanse skal nærmeste pårørende samtykke i deltagelsen (ibid).

Vi har i vår oppgave kun benyttet forskningsartikler som har brukt en kvalitativ metode. Vi har ikke satt avgrensning eller krav til hvilke metode artiklene vi har inkludert skulle ha, men har sett at kvalitativ forskning belyser vår problemstilling best, ved at forskningen går i dybden, får frem det som er spesielt eller avvikende og at fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland 2012). Noen av forskningsartiklene våre har brukt en kvantitativ metode i innsamlingen av data, men har brukt en kvalitativ metode i analyse og resultatdelen. Vi har i disse tilfellene valgt å skrive at studien er kvalitativ da det er resultatene fra artiklene som er benyttet i vår oppgave. Begrunnelsen for å velge en metode er at den gir gode data og belyser spørsmålet på en faglig interessant måte (ibid). «en kvalitativ metode tar sikte på å

fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland 2012, s. 112). Kvalitative forskningsstudier ser fenomener innenfra, data som samles inn tar sikte på å få frem sammenheng, helhet, og intervjuet er preget av fleksibilitet (Dalland 2012). Kvalitativ metode har høy relevans i sykepleiefaget (Kristoffersen 2011b). Målet med kvalitativ forskning er som regel å utvikle kunnskaper som det er lite kunnskap om fra før og å utvikle begreper og beskrivende teorier (ibid). Ulempene med kvalitative studier er at forskeren erkjenner påvirkning og delaktighet (Dalland 2012), noe som kan føre til at resultatene også har blitt påvirket av undersøkeren.

5.6.1 Kildekritikk

Vår oppgave er skrevet etter retningslinjer for master- og bacheloroppgaver ved Høgskolen i Gjøvik. Vi søkte i mange ulike databaser og med ulike søkeord, men fant at artiklene som var relevante for oss kom opp i databasene PsychInfo (ovid), PubMed og Cinahl. utfordringer vi møtte på var å finne artikler som spesifikt omhandlet vår problemstilling med tanke på voksenpsykiatrien i spesialisthelsetjenesten, artikler fra barnas synspunkt og hvilket ansvar sykepleiere har i ivaretagelsen av barn som pårørende.

Vi har i vår oppgave brukt artikler som omhandler barnas synspunkt da vi mener dette er viktig for å få kunnskap om hvilke mangler og utfordringer de opplever i møte med helsetjenesten. Barn og voksne har forskjellige opplevelser og erfaringer, og vi mener derfor at barn er en viktig kilde når det kommer til deres opplevelse av situasjonen. Barnas meninger kan bli filtrert både gjennom foreldrene og gjennom helsepersonellet og deres egentlige synspunkt kan dermed bli distansert fra den opprinnelige meningen.

Artikkelen “consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness” (Fudge og Mason 2004), oppfylte ikke våre kriterier i forhold til aldersavgrensningen. Vi valgte likevel å ta den med da den kom med viktige synspunkter fra barna i forhold til hva de eksempelvis mente kunne forbedres. Vi så i tillegg at mange av meningene til de yngre og eldre barna var like.

Fem av våre artikler er fra Norden. Vi ønsket å ha studier som var gjennomført i land som hadde overføringsverdi til norske forhold for å få så praksisnære resultater som mulig. I Norge ble det gjort viktige lovendringer i forhold til barn som pårørende i 2010. Det var viktig for

oss å ha artikler etter denne endringen da det ville gi et mer riktig resultat for dagens praksis, og begge de norske studiene er gjennomført etter 2010. En av artiklene fra Sverige og artikkelen fra Finland tar for seg resultater etter at lovgivning rundt barn som pårørende ble innført i disse landene. Vi har brukt to artikler fra Australia som vi ikke finner at har tilsvarende lover som Norge, men som i følge Skogøy er kommet langt med nasjonale strategier for å utvikle tiltak for barn med psykisk syke foreldre (2014). I tillegg inneholdt disse artiklene viktig informasjon fra barnas synspunkt og vi inkluderte derfor artiklene.

Artikkelen «Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents» (Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint 2007) omhandler barn av foreldre innlagt i psykiatrien i tidsperioden 1993-1995. Mye kan ha forandret seg i psykiatrisk praksis i ettertid og barnas opplevelser kan sies å ha vært annerledes hvis foreldrene hadde vært innlagt i dag. Likevel mener vi det er viktig å få et perspektiv på hvordan det var å være barn av disse foreldrene og hvilke følger det har fått for dem i voksen alder.

I forhold til vår oppgave var det relevant med kvalitative studier, da vi ønsket å gå i dybden og få informasjon om opplevelser og meninger. En kvantitativ studie kunne vært relevant for å tallfeste hvor mange barn som eksempelvis er pårørende i voksenpsykiatrien, men denne informasjonen fant vi i andre kilder og så derfor ikke behovet for dette.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven vår er å belyse viktigheten av å ha fokus på barn som pårørende, hvordan sykepleiere kan ivareta barn som pårørende og innhente kunnskap om behov barn av foreldre med psykiske lidelser vil ha i møte med sykepleieren. Vår problemstilling er: hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser? Funn i artikler og annen litteratur viser at barn av psykisk syke foreldre har en risiko for å utvikle alvorlige følger. Sykepleiere må rette oppmerksomheten mot faktorer som fremmer helse og motvirker risiko for sykdom for å kunne ivareta barn som pårørende.

Det har lenge vært lite fokus på barn som pårørende, men dette fokuset har i senere tid økt. Gjennom lovendringen som trådte i kraft i 2010 ble helsepersonell ifølge loven pliktig å ivareta barn som pårørende. For å kunne ivareta disse barna må de først bli identifisert. Sykepleiere i voksenpsykiatrien har en nøkkelrolle når det gjelder å komme i kontakt med barn av psykisk syke foreldre, men studier viser at voksenpsykiatrien i Norge har en lang vei å gå, selv etter lovendringen.

Sykepleiere har behov for å øke sin kompetanse for å kunne ivareta barn som pårørende. De trenger opplæring for å bygge en barnespesifikk kompetanse med kunnskap om risikofaktorer, barnas behov og en økt bevissthet om pasientens barn. I flere av våre studier ønsker barna bedre oppfølging, og et godt tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å oppnå dette. Store geografiske avstander kan være et hinder i oppfølgingen og spesialisthelsetjenesten må tilstrebe et godt tverrfaglig samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Viktigheten av informasjon til barna kommer frem i flere studier og annen litteratur. Og gi barna informasjon kan føre til en større forståelse og kunnskap om foreldrenes sykdom. Barna har behov for å vite hva som skjer i situasjonen de befinner seg i og dette kan øke barnas opplevelse av sammenheng. Informasjonen og kommunikasjonen må være individuelt tilpasset i forhold til barnas alders- og utviklingsnivå. Når sykepleieren kommuniserer med barna vil dette kunne hjelpe dem til å forstå, sette ord på inntrykk og påkjenninger de utsettes for og gi dem rom for mestring.

For å ivareta barn som pårørende til psykisk syke, må sykepleiere identifisere barna. Sykepleiere må gi dem informasjon og støtte slik at situasjonen oppleves forståelig,

håndterbar og meningsfull. Dette vil gi barna en følelse av sammenheng i tilværelsen og hjelpe dem til å mestre belastende livshendelser.

7.0 Litteraturliste

- Aamodt, L.G. og I. Aamodt (2005). *Tiltak for barn av psykisk syke* [Online]. URL: [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Rapport.pdf/\\$file/Rapport.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Rapport.pdf/$file/Rapport.pdf) (09.04.2015)
- Borge, A.I.H. (2010) *Resiliens*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B.S. (2010) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bøckmann, K. og A. Kjellebold (2010) *Pårørende i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, G. og R. Rohde (2009) *Sammen så det hjelper*. Bergen: Fagbokforlaget
- Eide, H. og T. Eide (2011) *Kommunikasjon I relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- FN (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter* [online]. URL: <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen> (04.05.2015).
- Folkehelseinstituttet (2009) *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* [online]. URL: <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf> (04.05.2015)
- Folkehelseinstituttet (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* [Online]. URL: <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf> (31.03.2015).
- Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Foster, K. (2010) 'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness. I: *Journal of Clinical Nursing*, 19(21/22), s. 3143-3151.
- Foster, K., L. O'Brien og T. Korhonen (2012) Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. I: *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), s. 3-11.
- Fudge, E. og P. Mason (2004) Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. I: *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(2), s. 1-9.

Glistrup, K. (2006) *Hvad børn ikke ved...har de ondt af*. København: Hans Reitzels forlag.
Borge Helmen, A.I (2010) *Resiliens*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Google Scholar (u.å) *Om Google Scholar* [Online]. URL:
<https://scholar.google.no/intl/no/scholar/about.html> (23.04.2015)

Haugland B.S.M., B. Ytterhus og K. Dyregrov (red.) (2012) *Barna i sentrum - hva vil vi løfte frem?* I: Haugland B.S.M., B. Ytterhus og K. Dyregrov (red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag AS. s. 9-17

Hedman Ahlström, B., I. Skärsäter og E. Danielson (2011) *Children's View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family*. I: *Issues in Mental Health Nursing*, 32(9), s. 560-567.

Helgeland, A. (2012) *Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse* I: Haugland B.S.M., B. Ytterhus og K. Dyregrov (red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag AS. s. 185-199

Helsedirektoratet (2010) *Barn som pårørende* [Online]. URL:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-paerrende> (07.04.2015)

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_4 (22.04.2015).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_10 (13.04.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2008) *Ovidbaser* [online]. URL:
<http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hig.no%2Fcontent%2Fdownload%2F24798%2F262096%2Ffile%2Fovidbaser-oppdatert2008.pdf&ei=vfZJvcz4JomwsQHwuYGQCQ&usg=AFQjCNGQOqw5EXNIHEAOVG7MyECPmhLPJA&bvm=bv.92291466,d.bGg> (14.04.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2014a) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (15.03.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2014b) *Kvalitet i sykepleie* [Online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (15.03.2015)

Håkonsen, K.M. (2011) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Knutsson-Medin, L., B. Edlund og M. Ramklint (2007) Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. I: *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(8), s. 744-752.
- Korhonen, T., A. Pietilä og K. Vehviläinen-Julkunen (2010) Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? -- a questionnaire survey. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), s. 65-74.
- Kristoffersen, N.J. (2011a) Helse og sykdom I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1* . Oslo: Gyldendal, s. 31-81
- Kristoffersen, N.J. (2011b) Kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1* . Oslo: Gyldendal, s. 161-206
- Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (2011) Om sykepleie I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1* . Oslo: Gyldendal, s. 15-29.
- Lauritzen, C. mfl. (2014) Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. I: *BMC Health Services Research*, 14(1), s. 58-58.
- Lauritzen, C. og C. Reedtz (2013) SUPPORT FOR CHILDREN OF SERVICE USERS IN NORWAY. I: *Mental Health Practice*, 16(10), s. 12-18.
- LoBiondo-Wood, G. og J. Harber (2010) *Nursing research*. Texas: Mosby Elsevier
- Mjølstad, B.P (2013) *Barn i blindsonen*. [Online] <http://tidsskriftet.no/article/3034562> (16.02.2015)
- Nasjonalbiblioteket (u.å) ISSN [online]. URL: <http://www.nb.no/Om-NB/Standardnummerering/ISSN> (15.04.2015).
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (u.å) *Publiseringskanaler* [online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (15.04.2015)
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (07.04.2015)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [Online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (20.04.2015).
- Pihkala, H., M. Sandlund og A. Cederström (2012) Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness. I: *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), s. 623-628.

Polit, D.F. og C.T. Beck (2014) *Essentials of nursing research*. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Reedtz, C., L. Mørch og C. Lauritzen (2015) Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal?. I: *Nordisk sygeplejeforskning*, 5 (1), s. 36-45.

Reupert, A. E., D. J Maybery og N. M. Kowalenko (2013) Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. I: *Medical Journal of Australia*, 199(3), s. S7-9.

Skogøy, B.E. (2014) *Stor interesse for barn som pårørende* [online]. URL: <http://www.nordlandssykehuset.no/aktuelt-om-forskning/stor-interesse-for-barn-som-parorende-article120513-24456.html> (05.05.2015).

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven> (16.02.2015)

Underdal, H. (2013) *CINAHL tilgjengelig i helsebiblioteket* [online]. Helsebiblioteket. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/nyhetsarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket> (13.04.2015)

Universitetsbiblioteket (2011) *Medisin- PubMed* [online]. Universitetsbiblioteket. URL: <http://www.ub.uio.no/kurs/enkeltstaende/medisin-medline-pubmed/> (13.04.2015)