

Thale Victoria Haugsand Selnes

# Barn av foreldre med psykiske lidelser

Et barneperspektiv på rollen som pårørende

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lisbeth Kvam

Mai 2023



Thale Victoria Haugsand Selnes

# **Barn av foreldre med psykiske lidelser**

Et barneperspektiv på rollen som pårørende

Bacheloroppgave i Vernepleie  
Veileder: Lisbeth Kvam  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



## **Sammendrag**

**Tittel:** Barn av foreldre med psykiske lidelser - et barneperspektiv på rollen som pårørende

**Bakgrunn:** Omtrent 410 000 barn i Norge har en forelder med en psykisk lidelse, hvorav 260 000 gjelder moderate eller alvorlige lidelser. Disse utsettes for en rekke bekymringer og belastninger, og har økt risiko for å utvikle sosiale, psykiske og atferdsmessig problemer. Som følge av en lovendring i helsepersonelloven i 2010, skal helsepersonell sikre at barn som pårørende av foreldre eller søsken med psykisk sykdom får nødvendig oppfølging og informasjon. Forskning viser imidlertid at man enda ikke har lyktes i å implementere lovverket i praksis.

**Hensikt:** Hensikten er å gi helsepersonell økt kunnskap og forståelse om hvordan barn erfarer å være pårørende til foreldre med en psykisk lidelse og hvordan de ønsker å bli ivaretatt.

**Metode:** Litteraturstudie basert på 5 utvalgte forskningsartikler. Disse drøftes opp mot relevant teori.

**Resultat:** De fem artiklene ga funn om barns erfaringer og behov under og etter en forelders innleggelse i psykisk helsevern. Resultatene ble grunnlaget for tre tema diskutert i oppgaven: 1. betydningen av å identifisere og ivareta barns emosjonelle behov, 2. betydningen av å informere og involvere barna, og 3. betydningen av tilgjengelig og kvalifisert støtte fra helsepersonell.

**Konklusjon:** Helsepersonell kan ivareta barn som pårørende ved å gi tilpasset informasjon om forelderens lidelse og situasjon, inkludere barnet og legge til rette for barnevennlige besøk under innleggelse i psykiatrien, være tilgjengelig for barnet og gi emosjonell støtte gjennom samtaler, samt redusere stigma ved å fremme åpenhet om psykiske lidelser.

**Nøkkelord:** Barn som pårørende, foreldre med psykiske lidelser, helsepersonell og ivaretagelse.

**Antall ord:** 7697

## **Summary**

**Title:** Children of parents with mental illness – children's perspectives as next of kin

**Background:** Approximately 410,000 children in Norway have a parent with a mental illness, of which 260,000 involve moderate or severe disorders. These children are exposed to a range of concerns and burdens, and they have an increased risk of developing social, psychological, and behavioral problems. As a result of change in Norwegian legislation in 2010, children have the right to receive support and information from healthcare professionals when they are next of kin to parents or siblings with a mental illness. However, research indicates that the legislation has not yet been successfully implemented in healthcare services.

**Purpose:** The purpose is to provide healthcare professionals with increased knowledge and understanding of how children experience being next of kin to parents with a mental illness and how they want to be cared for.

**Method:** Literature study based on 5 research articles. These are discussed in relation to relevant theory.

**Result:** The five articles provided findings on children's experiences and needs during and after a parent's admission to mental health services. The results formed the basis for three themes discussed in the study: 1. the importance of identifying and addressing children's emotional needs, 2. the significance of informing and involving the children, and 3. the importance of accessible and qualified support from healthcare professionals.

**Conclusion:** Healthcare professionals can support children as next of kin by providing adapted information about the parent's disorder and situation, including the child and facilitating child-friendly visits during psychiatric admissions, being available for the child and offering emotional support through conversations, as well as reducing stigma by promoting openness about mental disorders.

**Keywords:** Children as next of kin, parental mental illness, healthcare professionals, support and care.

**Number of words:** 7697

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Hensikt.....	4
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring .....	5
1.4 Vernepleiefaglig relevans.....	5
1.5 Disposisjon .....	6
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>6</b>
2.1 Lovverk .....	6
2.1.1 Implementering av lovverk .....	6
2.2 Stigma .....	7
2.3 Salutogenese og opplevelse av sammenheng .....	7
2.4 Kommunikasjon med barn .....	8
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Fremgangsmåte.....	10
3.2 Søkehistorikk .....	12
3.3 Litteratormatriser.....	13
3.4 Analyse.....	18
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
4.1 Barns emosjonelle belastninger og behovet for emosjonell støtte.....	19
4.2 Barns behov for informasjon og involvering.....	20
4.3 Tilgjengelig og kvalifisert støtte fra helsepersonell.....	21
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>22</b>
5.1 Betydningen av å identifisere og ivareta barns emosjonelle behov .....	23
5.2 Betydningen av å informere og involvere barna .....	24
5.3 Betydningen av tilgjengelig og kvalifisert støtte fra helsepersonell .....	26
5.4 Metodediskusjon.....	27
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Omtrent 410 000 barn i Norge har en forelder med en psykisk lidelse, hvorav 260 000 gjelder moderate eller alvorlige lidelser (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Barn av foreldre med psykiske lidelser er mer utsatt for risikofaktorer som kan føre til dårligere psykisk helse, sosiale vansker, utviklings- og atferdsvansker, lavere opplevd kompetanse, frafall fra skolen og rusmiddelproblemer. Hvordan barna påvirkes er veldig individuelt, og noen opplever ikke negative konsekvenser i det hele tatt (Reupert & Maybery, 2016, s. 98). Konsekvenser for barna har blant annet sammenheng med alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen, genetiske disposisjoner, familiefungering, samspill mellom foreldre og barn, og sosialt nettverk (Helgeland, 2012, s. 186). Pårørendesituasjonen kan imidlertid være særlig utfordrende dersom barn utsettes for belastninger som de ut fra alder og modenhet ikke har nødvendige forutsetninger for å forstå og håndtere, og dersom fravær av trygge og stabile voksne gjør at barna ofte må mestre store utfordringer på egenhånd. Hvilke vansker barna opplever og hvordan de kommer til uttrykk er altså individuelt, men eksempler er uro og utagering, angst, tilbaketrekning, vansker med språk, konsentrasjon og læring, og redusert selvtillit og selvfølelse. Barna kan streve med følelser som ensomhet, skyld, skam, frykt, uforutsigbarhet og usikkerhet (Fjær & Kletthagen, 2020, s. 455).

Barn av foreldre med psykisk sykdom beskrives ofte som *de usynlige barna*. Man vet at de finnes, men man vet ikke hvordan man skal møte dem (Moen, 2009, s. 11). Den gamle tankegangen om at det barn ikke vet har de ikke vondt av, lever fortsatt i beste velgående, og mange tror derfor at det er best å skjerme barna mot de voksnes problemer. I dag vet vi at å skjerme barna ofte har motsatt effekt, fordi barn forstår mer enn vi er klar over. Barn som ikke får en forklaring på hva som foregår lager ofte egne forklaringer som ikke er basert på virkeligheten, og de kan utvikle skam- og skyldfølelse og ytterligere bekymringer (Lauritzen, 2018, s. 369). I dag er forskning på området tydelig på at barn trenger informasjon, og at de har behov for å forstå hva som foregår (Helgeland, 2012, s. 187).

### 1.2 Hensikt

Barn av foreldre med psykiske lidelser har fått økt fokus de siste årene, og som følge av endring i lovverk i 2010 har helsepersonell plikt til å identifisere og ivareta disse barna (helsepersonelloven, 1999, § 10a). Hensikten med oppgaven er derfor å belyse viktigheten av å identifisere og ivareta barn av foreldre med psykiske lidelser. Gjennom å utforske barnets perspektiv vil oppgaven belyse hvordan barna selv erfarer det å være



pårørende til en forelder med en psykisk lidelse, og deres opplevelser, behov og ønsker i møte med helsepersonell.

På bakgrunn av dette er problemstillingen som følger: *«Med utgangspunkt i barns perspektiv, hvordan kan helsepersonell ivareta barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser?»*

### 1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

«Barn som pårørende» defineres som barn under 18 år som har en forelder som er pasient med en psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade (Helsedirektoratet, 2018). «Helsepersonell» benyttes som et overordnet begrep for ulike helsefaglige profesjoner, inkludert vernepleieren. Der hvor vernepleierens relevans skal synliggjøres, benyttes «vernepleieren» i stedet for «helsepersonell». Oppgaven tar for seg barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser. Noen av deltakerne i studiene er over 18 år, men disse vil også omtales som barn fordi de i denne konteksten er barna til noen med psykisk sykdom. Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for ulike tilstander og sykdommer som påvirker en persons tanker, følelser og atferd. Lidelsene medfører ofte nedsatt funksjonsevne og kan forårsake ubehag som gir redusert livskvalitet (Malt & Aslaksen, 2022). Oppgaven vil ikke rette fokus mot noen spesifikke lidelser. Videre avgrenses oppgaven for å gjelde barn av foreldre som er eller har vært innlagt i psykisk helsevern, altså spesialisthelsetjenesten.

### 1.4 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleieren innehar blant annet kompetanse, kunnskap og ferdigheter knyttet til relasjonsbygging, kommunikasjon og veiledning, inkludering, identifisering av behov for helsehjelp, helsefremming og miljøterapeutisk arbeid med utgangspunkt i respekt for den enkeltes behov og verdighet. Videre har vernepleieren bred kompetanse om lovverk og veiledere for å sikre ivaretagelse av rettsikkerhet (NTNU, 2023). Med sine kvalifikasjoner og autorisasjon som helsepersonell kan vernepleieren arbeide innen mange ulike felt i helse- og omsorgssektoren, deriblant innen psykisk helsevern. Fellesorganisasjonen løfter blant annet frem vernepleierens relasjonskompetanse og evne til å bidra til økt livskvalitet og mestring som viktige innenfor psykiatrien (Fellesorganisasjonen, u.å. s. 4). Vernepleieren er altså helsepersonell som kan bidra til å sikre ivaretagelse av barn som pårørende av personer med psykiske lidelser, og som besitter spesifikk kompetanse og ferdigheter som er relevante i denne sammenheng. På bakgrunn av dette er problemstillingen av vernepleiefaglig relevans.

## 1.5 Disposisjon

I kapittel 2. presenteres relevant teori til problemstillingen. Kapittel 3 inneholder en systematisk beskrivelse av metode for gjennomføring av litteraturstudien og analyse av artiklene, og i kapittel 4 sammenfattes resultatene fra artiklene. I kapittel 5 drøftes resultatene opp mot teori, og i metodediskusjonen diskuteres styrker og svakheter ved litteraturstudien og valgte artikler. Kapittel 6 oppsummerer sentrale funn og betydningen av resultatene ses opp mot videre praksis og forskning.

## 2.0 Teori

### 2.1 Lovverk

Lovendringen i 2010 tydeliggjorde helsepersonells plikt til å ivareta barn som pårørende (helsepersonelloven, 1999, § 10a). Helt konkret innebærer ivaretagelse at helsepersonell som gir helsehjelp til voksne pasienter må avklare om pasienten har mindreårige barn, kartlegge hvilke informasjons- og oppfølgingsbehov familien har, og på bakgrunn av kartleggingen ivareta det mindreårige barnets behov for informasjon og oppfølging i forbindelse med forelderens sykdom. Samtykke skal innhentes til å foreta oppfølging, informasjon skal gis i overensstemmelse for reglene om taushetsplikt, og informasjonen må tilpasses barnets individuelle forutsetninger (helsepersonelloven, 1999, § 10a). Dersom foreldre ikke gir samtykke, kan helsepersonell likevel gi generell informasjon og samtale med barnet om det barnet allerede kjenner til (Helsedirektoratet, 2018). Loven må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-7a) som pålegger spesialisthelsetjenesten å ha eget barneansvarlig personell, med ansvar for å koordinere og fremme helsepersonells oppfølging av mindreårige barn som pårørende, deriblant pårørende av personer med psykiske lidelser.

#### 2.1.1 Implementering av lovverk

En multisenterstudie fra 2015 avdekket betydelige utfordringer med implementeringen av loven i praksis og ivaretagelsen av barnas behov (Ruud et al., 2015, s. 10-11). Resultatene fra studien viste at lovendringen, som hadde som mål å sikre bedre tjenester og oppfølging for barn som pårørende, ikke hadde resultert i de ønskede endringene. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten hadde kun delvis fulgt opp lovverket. Spesifikt ble det påpekt mangler når det gjaldt identifisering av barna, kartlegging og dokumentasjon, samt mangel på informasjon til tross for at barna hadde behov for å snakke med noen (Ruud et al., 2015, s. 10-11). En studie fra 2022 (Reedtz et al.) avdekket at 56% av pasienters mindreårige barn ble identifisert. Dette ble bemerket som en stor forbedring sammenlignet med før lovendringen, men viser likevel

at helsepersonell fortsatt har en vei å gå. I tillegg viste studien at det er kun i 31% av tilfellene hvor barna blir identifisert at det faktisk settes inn tiltak ovenfor barna (Reedtz et al., 2022, s. 1).

## 2.2 Stigma

Ifølge Erving Goffman sin teori om stigma (1963, 1972) oppstår sterkt nedvurderende stigmatisering dersom en person ikke oppfyller visse normer for hva som betraktes som «normalt» i et bestemt samfunn. Dette fører til at andre mennesker tar avstand fra denne personen som en spontan reaksjon (Gustavsson, 2014, s. 46). I en studie av Erdner et al., beskrives stigmatisering av personer med psykiske lidelser som et stort problem (Erdner et al., 2005, s. 380). I lys av Goffmans teori kan personer med psykiske lidelser representere en gruppe som ikke oppfyller normer for hva som er normalt i vårt samfunn. Flere studier har vist at personer med psykiske lidelser opplever stigma i form av å bli ekskludert fra sosiale situasjoner, ved å bli sett ned på av helsepersonell, og ved selvstigma (Gullslett et al., 2014; Volkow et al., 2021, s. 2230-2232). Når stigmatisering utenfra fører til selvstigmatisering, blir skaden enda større. Selvstigma kan redusere selvtillit og egenverdi, og derfor redusere håp om å bli frisk, forverre psykiske symptomer, redusere opplevelsen av mening, påvirke sosiale forhold og øke sjansen for selvmord og unnvikende atferd (Gullslett et al., 2014).

Stigma omkring psykiske lidelser kan skyldes mangel på kunnskap, åpenhet, frykt og feilaktige oppfatninger om psykiske lidelser (Lyngstad, 2000). En psykisk lidelse påvirker ikke bare den som er syk, men også barnet, fordi sykdommen påvirker familielivet, samt helse og utvikling hos de nærmeste (Sølvberg, 2011, s. 58). I mange tilfeller fører stigma knyttet til lidelsen til manglende eller begrenset kommunikasjon innad i familien om hvordan forelderens sykdom påvirker familielivet (Helgeland, 2012, s. 187). Åpenhet om psykiske lidelser i familien kan bidra til at barna klarer seg bedre (Gamst, 2017, s. 108). Helsepersonell kan derfor ha en viktig rolle i arbeidet med å fremme kunnskap og positive holdninger som kan bidra til å fjerne stigma og fremme åpenhet om psykiske lidelser.

## 2.3 Salutogenese og opplevelse av sammenheng

Begrepet *salutogenese* ble introdusert av sosiologen Aaron Antonovsky på 1970-tallet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Det er en tilnærming som vektlegger faktorer som bidrar til god helse og helsefremmende prosesser, fremfor å kun behandle sykdom. Et sentralt begrep innen salutogenese er *opplevelse av sammenheng* (OAS). OAS består av de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Når livet erfares som begripelig, håndterbart og meningsfylt, vil en persons opplevelse av sammenheng

styrkes. En sterk OAS fremmer en følelse av indre trygghet, tillit til egne ressurser, og evnen til å benytte disse ressursene på en helsefremmende måte (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Studier har vist at opplevelsen av en sterk OAS kan påvirke den opplevde helsen (spesielt den psykiske helsen), være viktig for håndtering av stress, og beskytte mot angst, depresjon og utbrenthet (Mjøsund, 2020, s. 30). I møte med barn som pårørende kan helsepersonell ta i bruk en salutogen tilnærming for å hjelpe barn å oppleve sammenheng i livet, og gjennom dette styrke deres evne til å håndtere belastninger og utfordringer (Ruud, 2021, s. 86).

Begripelighet handler om i hvilken grad barnet opplever at stimuli i ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Forutsetningen for å oppleve egen situasjon som begripelig, er at barna faktisk forstår sin egen situasjon. Begripelighet kan derfor ses opp mot viktigheten av å gi informasjon og svare på barns spørsmål på en måte som er forståelig for dem (Ruud, 2021, s. 209-210).

Håndterbarhet omhandler i hvilken grad barnet opplever at det har tilstrekkelige ressurser til å kunne mestre de kravene og belastningene det møter (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Som helsepersonell kan man eksempelvis støtte opp om barnets ressurser gjennom å fremme barnets opplevelse av å kunne noe og å vise at andre voksne bryr seg. Barna kan videre ha behov for å bli kjent med egne følelser og å bearbeide vanskelige hendelser (Ruud, 2021, s. 205-207).

Meningsfullhet er barnets drivkraft. Når man opplever en sterk opplevelse av mening i livet kan det styrke egen opplevelse av begripelighet og håndterbarhet, fordi man blir i stand til å nyttiggjøre seg egne ressurser, og utfordringene man står ovenfor vil oppleves som verdt å engasjere seg i (Lindström, 2015, s. 28). Helsepersonell kan bidra til at barnet opplever situasjonen som meningsfull gjennom å hjelpe det å finne mening i egne opplevelser og erfaringer (Ruud, 2021, s. 87).

## 2.4 Kommunikasjon med barn

Som nevnt tidligere er det ofte mangel på kommunikasjon og åpenhet innad i familier angående psykiske lidelser (Helgeland, 2012, s. 187). Mange barn vokser opp og forstår etter hvert at noe er galt i familien, men de skjønner ikke hva. Ofte er det ingen som snakker direkte til dem og forklarer situasjonen. Dette kan resultere i at barna utvikler tvil og usikkerhet omkring egen måte å forstå og tolke verden på, og de kan miste tilliten til at en voksen ser og forstår dem, eller er i stand til å beskytte dem og ivareta deres behov. Åpenhet om forelderens psykiske lidelser, gode relasjoner og støtte utenfor hjemmet er kjennetegn ved de barna som klarer seg bedre (Helgeland, 2012, s. 197). På

bakgrunn av dette og ulike belastninger barn som pårørende kan utsettes for, er det helt nødvendig å snakke med barna og gi de informasjon og kunnskap (Gamst, 2017, s. 107-108).

Hva som anses som god kommunikasjon avhenger av konteksten og hensikten med samhandlingen. God kommunikasjon kan være effektiv formidling av informasjon og mening, dersom det man ønsker å formidle og det som oppfattes av den andre samsvarer. I mellommenneskelig kommunikasjon kan god kommunikasjon handle om å fremme og ivareta ulike verdier i kommunikasjonen. Eksempler på slike verdier er åpenhet, trygghet, tillit og ettertanke, eller å styrke den andres utvikling, selvfølelse, selvstendighet eller evne til mestring (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 219). I kommunikasjon med barn som pårørende kan det ofte være viktig å ivareta begge perspektivene. Helsepersonell må tilpasse kommunikasjon med barn ut fra barnets alder, utviklingsnivå og modenhet. Ettersom noen barn som lever i vanskelige livssituasjoner kan ha et lavere funksjonsnivå enn forventet ut fra alder, krever dette en sensitivitet og tilpasning ovenfor det enkelte barns kognitive og språklige fungering (Gamst, 2017, s. 187).

Ruud (2021) beskriver tre overordnede prinsipper helsepersonell kan ta i bruk for å fremme god kommunikasjon med barn. Det første prinsippet, *mening*, handler om å tilpasse kommunikasjonen til barnet, å hjelpe barnet å forstå det han eller hun har opplevd og å sette situasjonen i en meningsfull sammenheng (Ruud, 2021, s. 17-20). Prinsippet *verdighet* handler om å kommunisere på en måte som bidrar til at barnet beholder sin verdighet. For eksempel gjennom å ha fokus på løsningen fremfor å grave seg selv ned, og unngå å knytte barnets identitet til den krevende situasjonen (Ruud, 2021, s. 21-24). Siste prinsipp, *anerkjennelse*, handler om å anerkjenne barnet, måten barnet presenterer seg på og barnets evne til kommunikasjon, samt å vise genuin interesse for og legge vekt på barnets subjektive opplevelse (Ruud, 2021, s. 24-25).

### 3.0 Metode

I oppgaven benyttes litteraturstudie som metode med formål å besvare problemstillingen gjennom en systematisk tilnærming for innsamling av relevant informasjon. Utvalgt litteratur analyseres nøye med et kritisk blikk, og hele prosessen blir grundig beskrevet. Til slutt sammenfattes den oppnådde kunnskapen for å gi en god og oppdatert forståelse av temaet (Thidemann, 2019, s. 77-79).

### 3.1 Fremgangsmåte

Etter å ha tatt en avgjørelse om tema, startet planleggingen ved å utforske og bli kjent med aktuelle databaser. Innledende søk ble gjort i Oria, Google Scholar og Pubmed for å danne et overblikk over forskning på temaet, som anbefalt av Thidemann (2019, s. 81). Aktuelle søkeord ble notert ned underveis og også funnet ved bruk av synonymordbok. I denne fasen bestemte jeg meg for å rette fokus i oppgaven og problemstillingen mot barnets perspektiv og barnets stemme. Artikler med et retrospektivt perspektiv ble ekskludert, altså artikler om voksne som så tilbake på en barndom med en omsorgsgiver med en psykisk lidelse. Innledende søk bidro altså til å avgrense mitt hovedsøk.

Problemstillingen ble formulert ut fra de innledende søkene og nevnte avgrensninger, med et forbehold om at problemstillingen kunne endre seg underveis. Det ble ikke gjort endringer i problemstillingen. Etersom problemstillingen søker svar på barns subjektive perspektiv som pårørende, med deres opplevelser, erfaringer, behov og ønsker, ble kvalitative data vurdert som hensiktsmessige å benytte. En kvalitativ tilnærming søker dybdekunnskap i et tema gjennom å opparbeide kunnskap om slike menneskelige egenskaper (Thidemann, 2019, s. 76).

For å strukturere søkeprosessen og bestemme søkeord ble et PICO-skjema brukt. PICO-skjema deler problemstillingen inn i konsepter, og ga en oversikt over hvordan søkene kunne gjøres mer konkrete opp mot problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 84). C for «comparison» (sammenligning) ble utelatt da det ikke var relevant for problemstillingen. Med utgangspunkt i allerede noterte søkeord og bruk av PIO-skjemaet dannet jeg en liste over aktuelle søkeord som dekket konseptene mine.

Tabell 1. PIO-skjema

Patient (hvem)	Intervention (hva)	Outcome (resultater)
Barn som pårørende til foreldre med psykisk lidelse som har vært eller er innlagt i psykiatrisk avdeling	Hva trenger disse barna av helsepersonell for å føle seg ivaretatt?	Barns opplevelser, erfaringer og ønsker som pårørende, og deres behov i møte med helsetjenestene.

Søkeord som ble brukt var *child, children, next of kin, childhood, parents, parental mental illness, parents with mental illness, mental health distress, psychiatric facilities, need, support* og *childrens perspective*. *Health professionals* og *next of kin* ble forsøkt brukt, men ga ikke treffene jeg var ute etter.

Pubmed og Cinahl ble benyttet som databaser. Pubmed er en database for medisin og helsevitenskap, og Cinahl er en sykepleie- og helsefaglig database. Begge databasene er relevante for mitt tema og ga gode treff. Deretter gikk jeg i gang med systematisk litteratursøk som er begrunnet, planlagt, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82), og dokumenterte derfor søket mitt underveis i en søketabell for å holde oversikt og struktur (tabell 3). I søkeprosessen ble sitattegn og trunkering benyttet som søketeknikker for å forbedre relevansen og nøyaktigheten av treffene. Funksjonen «avansert søk» ble benyttet i begge databasene. Grunnet få relevante treff på norsk i innledende søk, ble alle søkene gjennomført på engelsk.

Underveis i søkeprosessen ble referanselistene til aktuelle artikler studert for å se hva som finnes av relevant tilleggslitteratur og eventuelt aktuelle vitenskapelige forskningsartikler. Slike søk er kjent som manuelle søk (Thidemann, 2019, s. 81). Ingen artikler ble valgt på denne måten, men det ga en oversikt over forskning på emnet og aktuell tilleggslitteratur. På bakgrunn av denne oversikten besluttet jeg å avgrense litteraturen til de siste 15 årene i stedet for de siste 10 årene, da jeg oppdaget at det var mye relevant forskning på området i tidsperioden 2008 til 2013. En tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier ble deretter utarbeidet.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Siste 15 år Fagfelleverdert vitenskapelig forskningsartikkel nivå 1 eller 2 Barns perspektiv Overførbart til norske forhold og vernepleieryrket Alle psykiske lidelser Studier fra Europa, Australia og Nord-Amerika	Eldre enn 15 år Ikke fagfelleverdert Retrospektive studier (voksne sitt perspektiv på barndom) Ikke overførbart til norske forhold og vernepleieryrket Studier om spesifikke diagnoser Studier fra Sør-Amerika, Afrika og Asia

I tabell 3 er systematisk søk med database, søkedato og søkeord beskrevet. Alle titlene for hvert treff ble lest, og dersom tittelen fremsto relevant for problemstillingen ble også sammendraget lest. IMRaD-struktur (introduksjon, metode, resultat, diskusjon) ble brukt for å identifisere vitenskapelige artikler som oppfylte oppgavens inklusjonskriterier og var relevante for problemstillingen. Denne strukturen var også nyttig under skumlesing av artiklene, da den bidro til å lese dem på en effektiv måte og oppnå bedre forståelse av innholdet (Thidemann, 2019, s. 30). Etter skumlesing ble artiklene enten forkastet eller spart for grundigere lesing.

Deretter ble artiklene nøye gjennomlest med en kritisk og reflektert tilnærming. Dette gjorde det mulig å få en helhetlig oversikt over artiklenes relevans for problemstillingen, deres validitet og kvalitet (Thidemann, 2019, s. 91). Artiklenes kvalitet ble vurdert ved hjelp av en sjekklister for vurdering av kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2021). Videre ble alle artiklene kontrollert i kanalregisteret hos Norsk senter for forskningsdata (kanalregisteret, u.å). Samtlige fem artikler var publisert i fagfelleverderte tidsskrift, kvalitetssikret for bruk i litteraturstudien og relevante for å besvare problemstillingen. Informasjonen ble sammenfattet i litteraturmatriser (tabell 4-8) for å danne en oversikt over hovedelementene i hver enkelt artikkel og for alle artiklene samlet sett (Thidemann, 2019, s. 95).

### 3.2 Søkehistorikk

Tabell 3. Søkematrise

Søke-dato	Database og søk nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
27.04.23	Pubmed 1	Next of kin and mental health and child*	Siste 10 år	26	5	2	1
27.04.23	Pubmed 2	Parental mental illness and childrens perspective and needs	Siste 10 år	331	4	1	0
29.04.23	Cinahl 3	Parental mental illness AND childrens perspective	Siste 10 år	6	2	1	1
29.04.23	Pubmed 4	Health professionals and child* and next of kin	Siste 10 år	35	4	1	0
30.04.23	Cinahl 5	Childhood and child* and parent* and mental health distress	Siste 10 år	23	2	2	1
30.04.23	Cinahl 6	"Parental mental illness" or "parents with mental illness" and need* and support*	Siste 15 år	172	8	2	1
04.05.23	Pubmed 7	Parents and "childrens perspective" and psychiatric facilities	Siste 15 år	17	1	1	1



### 3.3 Litteraturmatriser

Tabell 4. Artikkel 1.

Referanse	Martinsen, E., H., Weimand, B. M., Pedersen, R. & Norvoll, R. (2019). The silent world of young next of kin in mental healthcare. <i>Nursing Ethics</i> , 26(1), 212-223. <a href="https://doi.org/10.1177%2F0969733017694498">https://doi.org/10.1177%2F0969733017694498</a>
Hensikt	Å undersøke barnas perspektiv som pårørende til nær slektning innlagt på psykiatrisk avdeling med tvang. Belyser hvilke behov og ønsker de har angående informasjon, involvering og oppfølging.
Metode	Kvalitativ studie basert på semi-strukturerte, individuelle intervju.
Utvalg	7 unge pårørende i alderen 14 til 22 år. Tre gutter og fire jenter.
Hovedfunn	Ingen fikk beskjed om at slektningen var innlagt på tvang og hvorfor, og tvang ble opplevd som brutalt. Alle hadde mottatt lite eller ingen informasjon fra helsepersonellet angående familiemedlemmets sykdom, diagnose og behandlingsplan, og flere hadde ubesvarte spørsmål. Det var viktig for barna å komme på besøk, og de ønsket at personalet oppfordret til hyppigere besøk og la til rette for hyggeligere besøksrom hvor man kunne gjøre «normale» ting sammen. Barna opplevde sykehuset som lukket og lite koselig, og personalet ble beskrevet som distansert og sjeldent tilgjengelig. Barna beskrev også at situasjonen kunne påvirke egen mentale helse negativt. Flere sa at de ofte var triste, sinte, irritable eller introvert og stille, og opplevde følelser som frykt, stigma, ensomhet, ambivalens og skyld. Noen hadde vært vitne til selvsykdom og selvmordsforsøk. Mange beskrev at man ikke snakket åpent om sykdommen innad i familien, og at de fant det vanskelig å ivareta relasjonen med slektningen.
Etiske overveielser	Informert samtykke ble innhentet fra deltagere og omsorgspersoner. Deltakelsen ble anonymisert. Noen deltagere ble ekskludert fordi de ble oppfattet som for sårbare til å delta. Studien er vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata.
Relevans	Studien er relevant for problemstillingen fordi den presenterer barns erfaringer i møte med psykiske helsetjenester, og hvordan barna ønsker å ivaretas når det kommer til informasjon, involvering og oppfølging. Den oppfyller ikke alle inkluderingskriteriene da den inkluderer deltagere over 18 år og pårørende til søsken. Overføringsverdien vurderes likevel som god nok til at den inkluderes i litteraturstudien.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Fagfellevurdert og vitenskapsnivå 2. Nøye redegjørelse av fremgangsmåte, er norsk og av nyere dato. Det vil si at studien er gjennomført flere år etter oppdatering i helsepersonelloven § 10a. Svakheter: Forfatterne nevner rekrutteringsproblemer og derav få deltagere som en svakhet ved studien. Nevner ellers ingen svakheter.

Tabell 5. Artikkel 2.

Referanse	Trondsen, M. V. (2012). Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives. <i>Qualitative Health Research</i> , 22(2), 174-188. <a href="https://doi.org/10.1177/1049732311420736">https://doi.org/10.1177/1049732311420736</a>
Hensikt	Å gi ytterligere innsikt i barn og unges perspektiver, erfaringer og behov i deres hverdag med en forelder med psykisk sykdom.
Metode	Kvalitativ metode i form av deltakende observasjon og analyse av selvhjelpsgruppe på internett.
Utvalg	16 norske ungdommer i alderen 15-18 år. 15 jenter og 1 gutt.
Hovedfunn	Barnas utfordringer i hverdagen ble delt inn i de fem temaene mangel på informasjon og åpenhet, uforutsigbarhet og ustabilitet, redsel, ensomhet og tap og sorg. De følte seg usynlige for helsepersonell og hadde ubesvarte spørsmål, og mente at det var bedre å få vite sannheten og å kunne forholde seg til den. Å oppsøke profesjonell hjelp ble av flere beskrevet som en vanskelig terskel, og de mente at stabilitet og forutsigbarhet i relasjonen med helsepersonell var viktig. Endringer i forelderens oppførsel og humør ble beskrevet som utfordrende og skremmende. De beskrev redsel for å finne forelderens død eller bli psykisk syk selv. Sorg og ensomhet handlet om å føle seg alene om praktiske utfordringer og vonde tanker og følelser, å ikke ha et normalt familieliv, et anstrengt forhold til forelderens eller vanskeligheter med å stole på noen angående familiesituasjonen. Barns mestringsstrategier var å ta ansvar, være på vakt, ta en time-out, søke støtte fra profesjonelle og å flytte.
Etiske overveielser	Etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, samt Norsk senter for forskningsdata. Informert samtykke ble innhentet, og deltakerne er anonymisert. Studiens forfatter var moderator og sørget for at chatten var et trygt og støttende sted. Helsepersonell var til stede passivt og svarte dersom kliniske problemstillinger dukket opp.
Relevans	Bidrar til å svare på problemstillingen ved å belyse ungdom sine erfaringer i hverdagen med foreldre med psykiske lidelser, og hvordan ungdommene mener at helsepersonell bør opptre.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Fagfellevurdert og vitenskapelig nivå 2. Grundig beskrevet fremgangsmåte. Ettersom selvhjelpsgruppen var på nett og anonymt, kan dette ha bidratt til et dypere innblikk i barns erfaringer og behov. Norsk studie. Svakheter: Kun én gutt deltok. Trondsen mener en svakhet ved funnene er at barnas kommunikasjon kan ha vært preget av konteksten det foregikk i.

Tabell 6. Artikkel 3.

Referanse	Fjone, H. H., Ytterhus, B. & Almvik, A. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for 'normality' and avoid stigma: To be or not to be . . . is <i>not</i> the question. <i>Childhood</i> , 16(4), 461-477. <a href="https://doi.org/10.1177%2F0907568209343743">https://doi.org/10.1177%2F0907568209343743</a>
Hensikt	Øke kunnskapen om hvordan det er å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. Undersøker hvordan barna strever for å unngå stigmatisering og oppfattes som «normale».
Metode	Kvalitativ metode med bruk av dybdeintervju.
Utvalg	6 gutter og 14 jenter i alderen 8-22 år. Alle har en eller begge foreldre som sliter med psykiske lidelser. 16 barn var under 18 år.
Hovedfunn	Barna utviklet ulike strategier for å unngå stigma fra samfunnet, følelsen av skam, og for å oppleve normalitet. Tre fjerdedeler av barna opplevde følelser av utenforskap og skam. Dette ble særlig tydelig hos den halvparten av informantene som ikke hadde fått informasjon om forelderens sykdom/lidelse. En strategi var å søke likhet. De søkte ofte selskap med andre barn som også kunne oppfattes som annerledes. Organiserte aktiviteter kunne gi en følelse av normalitet og å glemme hjemmet. Mye innsats ble lagt ned for å vise andre at livene deres var «normale». En annen strategi var å unngå at andre fant ut noe eller fattet mistanke. Det inkluderte å være mye borte fra hjemmet, eller å regulere atferden sin for eksempel ved å aldri gråte foran andre. Noen gjorde seg selv usynlig, for eksempel ved å være veldig stille på skolen og aldri skille seg ut. Andre strategier var å tilbringe mye tid alene, eller å søke støtte i musikk, sangtekster eller dagbok. Noen beskrev det å kunne kjenne seg igjen i sangtekster som noe som kunne bekrefte at andre også følte det samme som de, og at dette fikk barna til å føle seg mer normale og aksepterte.
Etiske overveielser	Etisk godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Samtykke ble innhentet og intervju ble anonymisert.
Relevans	Studiens relevans for problemstillingen er knyttet til barns hverdags erfaringer i dagliglivet når det omhandler mangel på åpenhet og stigma knyttet til forelderens psykiske lidelse. Opplevs relevant å inkludere til tross for at noen få deltakere er over 18 år.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Fagfellevurdert og vitenskapsnivå 2. Studien er norsk, og forfatterne oppgir flere mulige begrensninger ved studien. Svakheter: Litt eldre studie. Ettersom noen deltakere var voksne og hadde flyttet ut, kunne det være flere år siden hendelsene skjedde og noe informasjon kunne ha blitt glemt. Selvrekuttering kan også ha ført til at deltakerne var en gruppe som håndterte belastningen bedre enn gjennomsnittet, og at resultatene potensielt kan være for optimistiske.

Tabell 7. Artikkel 4.

Referanse	O`brien, L., Brady, P., Anand. M. & Gillies, D. (2011). Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 20(2), 137-143. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x">https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x</a>
Hensikt	Identifisere opplevelser og erfaringer med barn som besøkende på psykiatrisk avdeling til sin forelder med psykisk lidelse, med synspunkt fra barna, foreldre, omsorgspersoner og helsepersonell.
Metode	Kvalitativ studie basert på intervju.
Utvalg	13 deltakere hvorav fem foreldre, tre omsorgspersoner, og fem barn i alderen 8-15 år. Kriteriet var at en forelder hadde blitt utskrevet fra psykiatrisk avdeling i løpet av de siste 12 månedene.
Hovedfunn	Barna understreket et behov for å bli inkludert og involvert, og viktigheten av å ha noen å prate med. Barna ønsket tid sammen med forelderen og å komme på besøk. De var i stor grad usynlige for helsepersonellet på avdelingen, med lite eller ingen anerkjennelse av barnas tilstedeværelse og ingen forsøk på å inkludere barna i behandlingsplanen til den syke forelderen. De ønsket å bli sett og anerkjent, og få informasjon om hva som skjer, hvorfor forelderen er innlagt, og trygging på at forelderen vil bli frisk. De beskrev det som mye vanskeligere å ikke vite. Ett av barna påpekte viktigheten av å sjekke om barnet har det fint før det forlater avdelingen, fordi han/hun var redd for å ha sagt eller gjort noe som kunne ha gjort forelderen sykere. Barna ønsket at besøksstedet skulle være et glad-sted med fine farger, noe å gjøre, romslig, og være et sted man kunne prate.
Etiske overveielser	Etisk godkjenning oppgitt, samtykke innhentet og deltakelsen er anonymisert. Barna kunne ha med en forelder under intervjuet. Spørsmålene var nøye utvalgt for å ta hensyn til at det er en sårbar gruppe, og alle fikk tilbud om oppfølging over telefon i ettertid. Profesjonell hjelp var tilgjengelig ved behov.
Relevans	Kun barnas perspektiv blir inkludert i litteraturstudien. Studien belyser barns erfaringer ved innleggelse og et behov for en mer familiefokusert praksis i psykiatrien. Som følge av likheter i organisering av helsetjenestene mellom Norge og Australia, vurderes overføringsverdien som god nok til å inkluderes.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Vitenskapelig nivå 1 og fagfellevurdert. Belyser svakheter ved studien, og beskriver fremgangsmåten godt. Intervjuene var tilpasset barn ved at de ble utført av folk med erfaring med barn og ved å få barna til å tegne eller snakke til en fantasivenn. Svakheter: Studien er litt eldre. Få barn deltok og studien foregikk kun innenfor en helseinstitusjon, derfor kan ikke funnene generaliseres til en større populasjon.

Tabell 8. Artikkel 5.

Referanse	Grovè, C., Reupert, A. & Maybery, D. (2016). The perspectives of young people of parents with a mental illness regarding preferred interventions and supports. <i>Journal of Child and Family Studies</i> , 25(10), 3056-3065. <a href="https://doi.org/10.1007/s10826-016-0468-8">https://doi.org/10.1007/s10826-016-0468-8</a>
Hensikt	Å presentere barn som pårørende av en forelder med psykisk lidelse sitt perspektiv på foretrukket støtte og oppfølging.
Metode	Metodetriangulering. Studien benytter kvalitative og kvantitative data, i form av et selvutviklet spørreskjema og semistrukturerte intervju.
Utvalg	172 jenter i alderen 13 til 17 år med foreldre med en psykisk lidelse gjennomførte et selvutviklet spørreskjema. Seks av disse deltakerne deltok i oppfølgingsintervju over telefon. Kun tre gutter møtte inkluderingskriteriene, men siden det var så få menn som ville delta, valgte de å kun inkludere jenter. Deltakere ble rekruttert via Facebook.
Hovedfunn	<i>Spørreskjema:</i> 94% ville ha støtte i en eller annen form, og informasjon om hvordan de kan håndtere forelderens psykiske lidelse. 86% ville høre at det ikke er deres feil at forelderens har en psykisk lidelse. Der hvor barna kunne legge inn kommentarer beskrev de et behov for å vite hvordan lidelsen vil påvirke barnet, at det vil gå bra med forelderens, og hvordan man bør oppføre seg rundt personer med psykiske lidelser. <i>Funn fra intervju:</i> Alle belyste viktigheten av støtte for å forstå situasjonen, håndtere emosjonene sine, og gjøre de i stand til å snakke om psykiske lidelser uten å skape stigma eller skam. Støtten burde inkludere psykoedukasjon om sykdommen. Noen ønsket info om sannsynligheten for å selv få lidelsen og hvordan det kan forhindres. Alle ville ha muligheten til å snakke med noen om forelderens lidelse, noen ville ha svar på ubesvarte spørsmål, og flere understreket viktigheten av å kunne snakke med noen privat og anonymt. Alle ville snakke med helsepersonell. Flere foreslo at de fikk informasjon fra noen med mye kunnskap om hvordan lidelsen påvirker forelderens, hvordan forelderens vil bli behandlet, endring i atferd, og for å gi barna strategier for å håndtere situasjoner og kunne være en støtte.
Etiske overveielser	Etisk godkjent. Alle deltakerne fikk hjelp til å forstå spørsmålene dersom noe var uklart, og mulighet til å gjennomgå og bekrefte svarene sine på et senere tidspunkt. Samtykke ble innhentet fra barnet og forelder.
Relevans	Studien bidrar til å svare på problemstillingen gjennom å si noe om hvilken type støtte og oppfølging barn av foreldre med psykiske lidelser foretrekker. Overførbare forhold fra Australia til Norge.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Fagfellevurdert og vitenskapsnivå 1. Forfatterne oppgir flere svakheter ved studien og beskriver prosessen nøye. Samsvar mellom kvalitativ og kvantitativ data styrker validiteten. Svakheter: Kun kvinnelige deltakere gir et smalt perspektiv. Deltakerne ble rekruttert gjennom Facebook, og kan derfor være mer tilbøyelig til å foretrekke anonym støtte. Anonymisering av deltakerne ble ikke nevnt.

### 3.4 Analyse

I analysen benyttet Aveyard sin tematiske analysemodell; en anbefalt analysemetode for de uerfarne (Thidemann, 2019, s. 96). Dette var et nyttig hjelpemiddel i prosessen med å analysere datamaterialet.

Som foreslått av Thidemann (2019, s. 96-97), ble resultatdelene i hver artikkel først lest grundig flere ganger. Identifiserte tema som kunne bidra til å belyse problemstillingen ble markert, og deretter valgte jeg å skrive de ned i et skjema. Noen tema ble parafasert med egne ord, mens andre forble uendret. De nedskrevne temaene ble fargekodet basert på likheter i funnene. Bruk av skjema og fargekoding var nyttig for å danne en god visuell oversikt over artiklenes hovedfunn og mønstre mellom de ulike artiklene (Thidemann, 2019, s. 96-97).

Videre ble hver enkelt artikkel gjennomgått grundig og kritisk, og jeg markerte ord, setninger og tekstutdrag som kunne bidra til å belyse problemstillingen min og som passet inn under de ulike temaene. Deretter samlet jeg resultatene fra hver artikkel under sine respektive temaer. Jeg valgte Aveyards «klipp og lim» for de som jobber best visuelt (Thidemann, 2019, s. 97), og samlet derfor resultatene i et Word-dokument. I løpet av denne prosessen oversatte jeg og formulerte resultatene med egne ord. Som anbefalt av Thidemann (2019, s. 98) hadde jeg alltid originaldokumentene tilgjengelig for å kunne dobbeltsjekke eller innhente ytterligere informasjon. Teksten ble etter hvert mer min egen, og det gjorde det lettere å se nye tolkninger og assosiasjoner i funnene. Gjennom denne prosessen fikk jeg en dypere forståelse av resultatene og oppdaget nye sammenhenger og mønstre.

Resultatene ble kontinuerlig vurdert for å se om tema kunne omformuleres og for å inkludere alle temaene. Jeg arbeidet hele tiden dynamisk og aktivt frem og tilbake i materialet for å utvikle mest mulig solide tema, og betraktet derfor lenge temanavnene som foreløpige. Temaene ble gransket for å kunne se likheter og forskjeller i datamaterialet, og jeg begynte å se ytterligere sammenhenger i hvordan temaene henger sammen (Thidemann, 2019, s. 98). De ulike temaene med sin formulering ble dermed belyst i en tematabell for sammenligning av tema.

Tabell 9 – Sammenligning av tema

	Artikkel 1 (Martinsen et al.)	Artikkel 2 (Trondsen)	Artikkel 3 (Fjone et al.)	Artikkel 4 (O'Brien et al.)	Artikkel 5 (Grovè et al.)
Emosjonelle belastninger	x	x	x	x	x
Behov for å snakke med noen	x	x		x	x
Behov for informasjon	x	x		x	x
Behov for involvering	x			x	
Stigma			x	x	x
Mangel på åpenhet om lidelsen	x		x		
Mestringsstrategier		x	x		
Barnevennlige sykehus	x			x	
Lite tilgjengelig helsepersonell	x	x		x	
Ønske om støtte fra helsepersonell	x	x		x	x

Deretter gjennomførte jeg en ny tolkningsprosess basert på tabellen ovenfor og uthentet datamateriale, og satte opp en ny modell for å illustrere hvordan disse temaene til slutt lot seg summere opp i tre hovedtema. Alle tema ble brakt videre, med unntak av mestringsstrategier som ikke passet naturlig inn i sammenfatning av tema og som heller ikke var avgjørende for å kunne svare på problemstillingen.

Tabell 10 – sammenfatning av tema

Tema fra artiklene	Sammenfattet tema
1.Emosjonelle belastninger 2.Stigma 2. Mangel på åpenhet	Emosjonelle belastninger og behovet for emosjonell støtte
1.Behov for informasjon 2.Behov for involvering 3.Barnevennlige sykehus	Barns behov for informasjon og involvering
1.Ønske om støtte fra helsepersonell 2.Behov for å snakke med noen 3.Lite tilgjengelig helsepersonell	Tilgjengelig og kvalifisert støtte fra helsepersonell

## 4.0 Resultat

### 4.1 Barns emosjonelle belastninger og behovet for emosjonell støtte

Samtlige fem studier belyser emosjonelle belastninger som barna opplever som en konsekvens av å være pårørende til foreldre med psykiske lidelser, og deltakerne i en

studie uttrykte en klar forventning om at noen burde rette oppmerksomhet mot barnas psykiske helse (O'Brien et al., 2011, s. 141). Barna opplevde mange bekymringer, deriblant knyttet til risikoen for å selv utvikle psykiske lidelser som følge av arvelighet eller belastningene de opplevde (Trondsen, 2012, s. 178-183). Frykt var gjennomgående tema i flere av artiklene. Noen fortalte om frykt ved kjefting, krangling og vold, og noen hadde opplevd dramatiske situasjoner som å være vitne til selvsykdom, selvmordsforsøk eller tvangsinnleggelse (Martinsen et al., 2019, s. 217; Trondsen, 2012, s. 178-183). Frykt var også knyttet til redsel for stigma fra samfunnet dersom folk fant ut om forelderens psykiske sykdom og deres «unormale» familiesituasjon (Fjone et al., 2009, s. 466). Noen beskrev også savnet av et «normalt» familieliv, samt en anstrengt eller vanskelig relasjon til forelderen, noe som utløste følelser av tap og sorg (Trondsen, 2012, s. 178-183; Martinsen et al., s. 218, 2019). En jente forteller hvordan farens oppførsel mot henne gjorde at hun var i psykisk og fysisk ubalanse i flere dager:

Alt har bare vært dritt siden den dagen. Jeg sover knapt, spiser nesten ingenting. Jeg glemmer alt, og jeg er trøtt, lei og redd. Min far og jeg krangler bare, han skjeller meg ut og jeg gråter, og jeg vil bare gjemme meg og løpe langt bort. (Trondsen, 2012, s. 179)

Sykdomsforverring eller raske emosjonelle svingninger hos forelderen ble beskrevet som kilder til uforutsigbarhet og ustabilitet, noe som påvirket familiens atmosfære, barnas evne til å konsentrere seg om skole og førte til at barna var mye redde (Trondsen, 2012). Mangelen på åpenhet og kommunikasjon om psykisk sykdom, både innad i familien og utenfor, førte til at barna følte seg usynlige og ensomme i familiesituasjonen og savnet noen å snakke med (Fjone et al., 2009, s. 466; Martinsen et al., 2019, s. 216-217; O'Brien et al., 2011, s. 141; Trondsen, 2012, s. 178-183). I studien til Grovè et al. (2016) understreket alle deltakerne viktigheten av tilgang til støtte, da de mente at dette ville hjelpe de å forstå og håndtere emosjonene sine (Grovè et al., 2016, s. 3061).

## 4.2 Barns behov for informasjon og involvering

Flere av studiene belyser viktigheten av informasjon og involvering av barna. Mange barn sa at de hadde mottatt lite eller ingen informasjon fra helsepersonellet angående familiemedlemmets sykdom eller diagnose (Fjone et al., 2009, s. 466; Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 141; Trondsen, 2012, s. 178-183). Det førte til mange ubesvarte spørsmål angående sykdommen og oppfølging, som igjen førte til bekymring (Martinsen et al., 2019, s. 216; Trondsen, 2012, s. 178-183). I studien av Fjone et al. (2009) hadde 10 av 20 barn aldri fått informasjon om forelderens sykdom. 15 av de 20 barna rapporterte om en følelse av skam og å være utelatt, og disse



følelsene var særlig tydelig hos de barna som aldri hadde fått noe informasjon om forelderens lidelse (Fjone et al., 2009, s. 465). Flere barn fortalte at de merket bekymringsverdige tegn og endringer i forelderens humør og oppførsel lenge før de fikk vite om lidelsen, og noen av barna hadde skumle og vonde opplevelser hvor første gang de fant ut om lidelsen var i dramatiske situasjoner som psykose, selvmordsforsøk, forsvinninger eller innleggelse (Trondsen, 2012, s. 178-183).

Noen barn understreket at det er bedre å få informasjon og å faktisk vite hva som foregår, fordi det oppleves mye mer skremmende å ikke vite da alt blir overlatt til fantasien (O'Brien et al., 2011, s. 141). En av studiene belyste hvilken informasjon barna ønsket. Dette var psykoedukasjon om forelderens sykdom og om psykiske lidelser generelt, hvorfor psykisk sykdom skjer, om ting foreldrene gjør på grunn av lidelsen, og egen risiko for å utvikle samme lidelse og hvordan dette kan forebygges (Grovè et al., 2016, s. 3057).

Barna ønsket å være involvert, og en viktig del av å være involvert er å kunne tilbringe tid sammen (Martinsen et al., 2019, s. 217). Under innleggelse var det viktig for barna å komme på besøk. De ønsket å ivareta relasjonen, være der for forelderen og være sammen som en familie (Martinsen et al., 2019, s. 217; O'Brien et al., 2011, s. 140). Barna opplevde derimot at avdelingene var ukoselige, små og lukkede, og lite egnede for å gjøre noe hyggelig sammen (Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 140-141). De skulle ønske at sykehuset var bedre egnet og at personalet oppfordret til hyppigere besøk (Martinsen et al., 2019, s. 217). I funn fra flere av studiene kan det synes som om barna ble oversett av helsepersonell på avdelingene, ettersom de mottok begrenset eller ingen støtte eller informasjon (Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 140; Trondsen, 2012, s. 178-183).

### 4.3 Tilgjengelig og kvalifisert støtte fra helsepersonell

Som nevnt opplevde barna å ikke bli sett av helsepersonell når de besøkte en forelder innlagt på psykiatrisk avdeling. Kontakten begrenset seg til hei og ha det, og personalet ble opplevd som distansert og sjeldent tilgjengelig (Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 140; Trondsen, 2012, s. 178-183). Dette virket å trigge en usikkerhet og uro knyttet til omsorgen forelderen mottok (Martinsen et al., 2019, s. 216). Et barn hadde blitt ukomfortabel fordi det overhørte et helsepersonell si at barnet ikke burde vært der i utgangspunktet og at det ikke er helsepersonellens ansvar å ta hånd om barnet (O'Brien et al., 2011, s. 140).

Barna foreslo at helsepersonell burde anerkjenne barna og ta kontakt på en mer uformell måte, legge ned litt innsats og ta det første steget, og snakke med barna og sjekke om de har det bra før de forlater avdelingen (O'Brien et al., 2011, s. 142). Dersom barna er usynlige for helsepersonellet og barna ikke kommer på besøk, er det vanskelig å identifisere utfordringene disse barna opplever:

Jeg var den som fant ham (etter et selvmordsforsøk) ... Jeg ville bare spørre noen om hva som skjedde og om han kom til å bli bra, men det var ingen jeg kunne ... (ingen) som jeg kan spørre om denne typen ting. (O'Brien et al., 2011, s. 140)

I tillegg til at flere rapporterte at de ikke ble sett av helsepersonell, viste flere av studiene at barna også følte seg usynlige i familiesituasjonen (Martinsen et al., 2019, s. 217; Trondsen, 2012, s. 178-183). De fleste studiene belyste viktigheten av å ha noen å prate med (Grovè et al., 2016, s. 3061; Martinsen et al., 2019, s. 217; O'Brien et al., 2011, s. 141; Trondsen, 2012, s. 178-183). Barna opplevde det å snakke med noen som en lettelse (Grovè et al., 2016, s. 3061; O'Brien et al., 2011, s. 141). Andre beskrev det som meningsfullt, noe som økte selvtilliten og reduserte krav til seg selv, og som en viktig strategi i å håndtere et utfordrende hverdagsliv (Trondsen, 2012, s. 178-183). Noen mente at å snakke om situasjonen hjalp for å forstå og håndtere egne emosjoner, og ville gjøre de i stand til å prate om psykiske lidelser uten å fremkalle stigma eller skam (Grovè et al., 2016, s. 3061).

Å oppsøke profesjonell hjelp var en vanskelig terskel for mange, fordi de syntes det var vanskelig å skulle etablere så mye tillit på kort tid, og fordi å dele historien sin ble opplevd som sårbart (Trondsen, 2012, s. 178-183). Stabilitet og forutsigbarhet i relasjonen til helsepersonellet ble derfor understreket som svært viktig (Trondsen, 2012, s. 178-183). I studien til Grovè et al. (2016) ønsket samtlige deltakere å snakke med helsepersonell, og de aller fleste spesifiserte at de ønsket samtale med konfidensialitet eller anonymitet slik at ingen andre ville finne ut av det. De ønsket å snakke med noen som hadde kompetanse og kunnskap om forelderens lidelse og situasjon, som kunne forklare hvordan lidelsen kan påvirke forelderens atferd, og gi barna strategier for å kunne være en støtte for forelderen og for å ta vare på seg selv (Grovè et al., 2016, s. 3062-3063).

## 5.0 Diskusjon

Hensikten med diskusjonen er å kunne besvare problemstillingen om hvordan helsepersonell kan ivareta barn som pårørende av foreldre med psykisk sykdom.

Resultatene presentert i det forrige kapitlet belyser barnets perspektiv, og vil nå diskuteres på bakgrunn av teori.

## 5.1 Betydningen av å identifisere og ivareta barns emosjonelle behov

En forutsetning for ivaretagelse er å identifisere barna og deres behov for støtte. Som helsepersonell har man en plikt til å identifisere barn av personer med psykiske lidelser (helsepersonelloven, 1999, § 10a). Likevel viser forskning stor underrapportering på dette området (Ruud et al., 2015, s. 11; Reedtz et al., 2022, s. 1). Underrapporteringen av barna underbygges av litteraturstudiens funn av at barna følte seg usynlige for helsepersonell (Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 140; Trondsen, 2012, s. 178-183). Som helsepersonell har man videre en plikt til å kartlegge barnets behov for informasjon og oppfølging, og ivareta barnet ut fra dette (helsepersonelloven, 1999, § 10a). Likevel har studier vist at det kun blir satt inn tiltak ovenfor en tredjedel av barna som blir identifisert (Reedtz et al., 2022, s. 1). Dette kan skyldes at barna faktisk ikke hadde behov for oppfølging, men det kan også tenkes å være en konsekvens av at helsepersonell ikke tok kontakt med barna. Et barn fortalte eksempelvis å finne en forelder etter et selvmordsforsøk, og likevel var det ingen som tok initiativ til å prate med barnet (O'Brien et al., 2011, s. 140). Dersom dette er tilfelle vil ikke barn som trenger det få nødvendig støtte og oppfølging, og negative konsekvenser av deres situasjon kan tenkes å forverres. Det at barna i tillegg føler seg usynlige i hjemmesituasjonen, underbygger viktigheten av at helsepersonell tar ansvar og ser barna. En kan ikke forvente at barna selv eller foreldrene, som ofte har nok med seg selv, vet hvilke behov barna har og at de søker hjelp. Som helsepersonell og som vernepleier, er man i en unik posisjon til å kunne identifisere, kartlegge og ivareta barnas behov. Som følge av lovverket, er man også pålagt å gjøre det (helsepersonelloven, 1999, § 10a).

Helsepersonell bør ta initiativ til å prate med barna. De fleste studiene belyste viktigheten av å ha noen å prate med (Grovè et al., 2016, s. 3061; Martinsen et al., 2019, s. 217; O'Brien et al., 2011, s. 141; Trondsen, 2012, s. 178-183). Deltakerne i en studie foreslo spesifikt at helsepersonell burde være den som tar initiativ til å starte en samtale (O'Brien et al., 2011, s. 141). Vi vet også at å vokse opp i en uforutsigbar og uforståelig hjemmesituasjon kan gjøre barn usikre på tilliten til at voksne ser dem, forstår dem, og kan beskytte og ivareta dem (Gamst, 2017, s. 107). Dette underbygger viktigheten av helsepersonells initiativ. I denne sammenheng kan også helsepersonell og vernepleieren sin relasjonskompetanse tenkes å være av betydning for å muliggjøre meningsfulle og støttende samtaler, da å bygge en relasjon basert på tillit kan være en langvarig prosess. I en av studiene påpekte mange barn at det å oppsøke profesjonell

hjelp er en vanskelig terskel nettopp fordi det er vanskelig å danne tillit (Trondsen, 2012, s. 178-183). For å danne tillit og være en støtte for barnet kan derfor helsepersonell tilpasse samtalen i henhold til barnets utvikling og forståelse, samt fremme og ivareta verdier som trygghet, tillit og åpenhet i kommunikasjonen, slik som anbefalt av Røkenes & Hanssen (2006, s. 219). Som Ruud (2021) skriver, kan man fremme god kommunikasjon med barn gjennom å bygge samtalen på de tre prinsippene *mening*, *verdighet* og *anerkjennelse* (Ruud, 2021, s. 17-25). Det vil si at man bistår barnet med å oppnå forståelse av egen situasjon og plassere den i en meningsfull sammenheng, samtidig som man ivaretar barnets verdighet ved å kommunisere om situasjonen på en måte som fokuserer på løsninger og unngår å knytte barnets identitet til situasjonen. Videre innebærer det å anerkjenne barnet, barnets subjektive opplevelser og evne til kommunikasjon (Ruud, 2021, s. 17-25). Dette kan ses i sammenheng med litteraturstudiets funn om at barn opplever det å ha noen å snakke med som en lettelse, noe meningsfullt som økte selvtilliten og reduserte krav til seg selv, og at å snakke med noen om situasjonen var til hjelp for å forstå og håndtere egne emosjoner (Grovè et al., 2016, s. 3061; O'Brien et al., 2011, s. 141; Trondsen, 2012, s. 178-183). Dette kan tyde på at meningsfulle og forståelige samtaler med en person barna har tillit til, kan bidra med emosjonell støtte ovenfor barn av foreldre med psykisk sykdom.

## 5.2 Betydningen av å informere og involvere barna

Betydningen av å informere barna kan forsterkes ved å se på det fra et salutogent perspektiv og opp mot opplevelsen av sammenheng. Ifølge teorien om salutogenese er en av faktorene som bidrar til god helse og mestring opplevelsen av sammenheng i ens liv. Opplevelse av sammenheng innebærer at man kan forstå, håndtere og finne mening i det som skjer rundt en (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Lovverk pålegger helsepersonell å ivareta barnas behov for informasjon, men funnene viste imidlertid at bare et fåtall av barna faktisk hadde fått informasjon om forelderens sykdom og/eller diagnose (Fjone et al., 2009, s. 466; Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 141; Trondsen, 2012, s. 178-183). Dette kan være problematisk, da barns belastninger kan bli særlig utfordrende når de ikke har tilstrekkelige forutsetninger for å forstå og håndtere situasjonen på egen hånd (Fjær & Kletthagen, 2020, s. 455). Flere av barna beskrev mangelen på informasjon som kilde til økt bekymring (Trondsen, 2012, s. 178-183). Noen beskrev frykt knyttet til mangel på informasjon fordi alt ble overlatt til fantasien (O'Brien et al., 2011, s. 141). Dersom barna derimot får adekvat og tilpasset informasjon, kan dette gi barna en økt opplevelse av håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Dette kan bety at helsepersonell kan ha en viktig rolle i å støtte barna for å få en mer forståelig og forutsigbar situasjon, til at barna får økte ressurser og benytter hensiktsmessige mestringsstrategier, og at de

opplever egen situasjon som mer meningsfull. En sterk opplevelse av sammenheng kan gi barna en forsterket tillit til egne ressurser og en indre trygghet som gjør de i stand til å benytte egne ressurser på en helsefremmende måte (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Samtidig er det viktig å merke seg at hva som oppleves som meningsfullt og hvilken informasjon barna har behov for, er individuelt. Dette understreker betydningen av å tilpasse kommunikasjon individuelt etter barnets utviklingsnivå og språklige fungering (Gamst, 2017, s. 187). En annen mulig positiv konsekvens av å støtte barnets opplevelse av sammenheng, er at dette kan ha helsefremmende effekter og redusere barnets risiko for utvikling av psykiske vansker (Mjøsund, 2020, s. 30). Dette kan bety at informasjon og støtte til barna i tillegg til å gi en økt forståelse av situasjonen, også kan ha en positiv effekt på deres psykiske helse og generelle velvære.

I lys av Goffmans teori om Stigma (Gustavsson, 2014, s. 46) og det vi vet om stigma knyttet til psykiske lidelser, kan det se ut som barn opplever stigma som følge av mangel på informasjon og mangel på åpenhet både innad og utenfor familien. I en av studiene kom det frem at følelsen av skam og å være utelatt var særlig tydelig hos de som aldri hadde fått informasjon om forelderens lidelse (Fjone et al., 2009, s. 465). Studier har vist at stigma omkring psykiske lidelser kan skyldes nettopp mangel på kunnskap og åpenhet, samt frykt og feilaktige oppfatninger (Lyngstad, 2000), og at personer med psykiske lidelser opplever stigma gjennom ekskludering fra sosiale situasjoner, selvstigma og ved å bli sett ned på av helsepersonell (Gullslett et al., 2014; Volkow et al., 2021, s. 2230-2232). Manglende åpenhet og stigma omkring psykiske lidelser kan derfor tenkes å ikke bare påvirke de som har psykiske lidelser, men også barnet og familien for øvrig. Som vi vet kan forelderens psykiske lidelser ha innvirkning på barnets utvikling og helse (Sølvberg, 2011, s. 58), særlig når barnet mangler forutsetninger for å forstå og håndtere situasjonen (Fjær & Kletthagen, 2020, s. 455). På bakgrunn av dette kan man argumentere for at åpenhet om psykiske lidelser kan hjelpe barna å forstå og håndtere sin situasjon bedre. Åpenhet om psykiske lidelser kan tenkes å kunne bidra til å redusere stigma og skape et mer åpent, inkluderende og støttende miljø, som igjen kan muliggjøre at barn får snakke åpent om sine erfaringer og bekymringer uten frykt for stigmatisering. Helsepersonell kan derfor ha en viktig rolle i å fremme åpenhet og informasjon i familien, blant helsepersonell og i samfunnet generelt.

Involvering av barna kan også handle om å anerkjenne betydningen av at barnet får mulighet til å opprettholde og ivareta relasjonen til forelderens under en innleggelse. Tidligere forsøkte man med gode intensjoner å skåne barn fra forelderens sykdom, men i dag er det bred enighet i fagfeltet om at barn trenger informasjon om situasjonen (Ruud et al., 2015, s.9; Lauritzen, 2018, s. 369; Helgeland, 2012, s. 187). I begge artiklene

som tematiserte besøk under innleggelse, uttrykte barna at de ønsket å komme på besøk for å ivareta relasjonen, være til stede for forelderen, og være sammen som en familie (Martinsen et al., 2019, s. 217; O'Brien et al., 2011, s. 140). Det kan tenkes at å komme på besøk kan bidra til at barnet oppnår en sterkere opplevelse av sammenheng fordi barna kan oppnå større forståelse av situasjonen, å se forelderen kan oppleves meningsfullt, og å være til stede på en avdeling kan muliggjøre støtte fra helsepersonell. Dersom barna vet hva som foregår, får de muligheten til å forstå, mestre og håndtere situasjonen. Å bevare relasjonen kan også tenkes å være av betydning for barnets emosjonelle velvære, samt kunne bidra til normalisering og reduksjon av bekymring. Samtidig er det viktig at besøk planlegges og tilpasses på en måte som skaper en støttende og trygg atmosfære for barnet. Barna i studiene beskrev avdelingene som ukoselige, små og lukkede, og lite egnet for å gjøre noe hyggelig sammen (Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 141). Det kan derfor synes å være nødvendig at avgjørelsen om, og planleggingen av besøk, drøftes av helsepersonell og barnets omsorgspersoner, slik at man kan legge til rette for en god opplevelse og unngår at barnet utsettes for ytterligere belastninger ved å for eksempel være vitne til uforutsigbare eller ubehagelige situasjoner. Før et barn forlater avdelingen kan det være hensiktsmessig å snakke med barna og sjekke om de har det fint, slik som anbefalt av ett av barna i en av studiene (O'Brien et al., 2011, s. 142).

### 5.3 Betydningen av tilgjengelig og kvalifisert støtte fra helsepersonell

Tilgjengelig og kvalifisert støtte fra helsepersonell kan være av betydning for barnet både før, under og etter en forelders innleggelse i psykisk helsevern. Barn av personer med psykiske lidelser beskriver at de mottok begrenset eller ingen støtte eller informasjon under innleggelse, og at helsepersonell ble opplevd som distansert og lite tilgjengelig (Martinsen et al., 2019, s. 216; O'Brien et al., 2011, s. 140; Trondsen, 2012, s. 178-183). Dette støtter oppunder beskrivelsen barn av foreldre med psykiske lidelser som de usynlige barna (Moen, 2009, s. 11). Samtidig uttrykker barna i en studie en klar forventning om at noen må rette fokus mot disse barnas psykiske helse og at helsepersonell må anerkjenne barna og legge i litt innsats for å oppnå kontakt (O'Brien et al., 2011, s. 141). Å være tilgjengelig for barna er viktig fordi man som helsepersonell, og som vernepleier spesifikt, har kompetanse til å kunne identifisere barnas behov, bidra med informasjon om lidelsen og svare på spørsmål, gi emosjonell støtte og eventuelt henvise barnet ved behov. Dersom helsepersonell ikke tar ansvar, og barna opplever å være usynlige både i hjemmet og i møte med helsepersonell, vil barna trolig kunne erfare ytterligere belastninger som følge av mangel på støtte og oppfølging.

En studie undersøkte barns ønske om å snakke med helsepersonell, og avdekket at samtlige deltakere ønsket det. De spesifiserte også at de ønsket en samtale med konfidensialitet og med noen som har kunnskap og kompetanse om forelderens situasjon (Grovè et al., 2016, s. 3061). På bakgrunn av taushetsplikt og helsepersonell sin kompetanse om psykiske lidelser, er blant annet vernepleieren i posisjon til å yte slik støtte til barna. Vernepleierens kompetanse og ferdigheter om relasjon, kommunikasjon og respekt for den enkeltes verdighet og behov kan også nevnes som helt essensielt i denne sammenheng. Som vi ser kan tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell ha en betydelig rolle for at barn har noen å henvende seg til, få støtte og svar på spørsmål, og redusere bekymringene de kan ha som pårørende. Som følge av at barn klarer seg bedre hvis de opplever gode relasjoner, åpenhet om psykiske lidelser, og støtte utenfor hjemmet (Helgeland, 2012, s. 197), kan dette i tillegg tyde på at tilgjengelig og kvalifisert helsepersonell kan bidra til å forebygge utvikling av vansker hos barna.

#### 5.4 Metodediskusjon

Kvaliteten på alle artiklene ble vurdert ut fra sjekklister (Helsebiblioteket, 2021) og alle hadde en tydelig og systematisk beskrivelse av sin fremgangsmåte. Dette er en styrke i studien. Alle artiklene inkluderte etiske overveielser, noe som er spesielt viktig ettersom man forsker på barn. Å besvare problemstillingen ved hjelp av kvalitative artikler er trolig en styrke, ettersom problemstillingen søker kunnskap om barns erfaringer. Alle artiklene benyttet kvalitativ metode, med unntak av én som benyttet både kvantitative og kvalitative data. Dette kan gi økt validitet ettersom det var samsvar mellom resultatene. Som følge av at innhentet data er hovedsakelig kvalitativ, at studiene hadde få deltakere og hovedsakelig kvinner, kan ikke funnene i litteraturstudien generaliseres. Funnene gir likevel et godt innblikk i barnas liv som pårørende og hvordan de kan ivaretas.

Tre av de valgte artiklene var norske og to var fra Australia. Å kun benytte artikler fra to land kan sies å gi liten geografisk spredning, noe som kan være en svakhet fordi resultatene ikke reflekterer bredden i forskning på feltet. Det kan derimot også være en styrke, fordi artikler fra flere ulike land ville gitt lavere overføringsverdi og svekket reliabiliteten av studien. Ettersom Australia sitt helsevesen har likhetstrekk med det norske, gir dette overføringsverdi til norske forhold. Alle artiklene er på engelsk, og derfor har det blitt lagt ned mye innsats i å oversette og forstå artiklene så godt som mulig. Likevel er dette noe som kan svekke påliteligheten. Feiltolkning kan ha oppstått, noe som igjen kan ha gitt feil i resultat.

En annen svakhet ved studien kan være at noen av artiklene er litt eldre. Relevante artikler kan også ha blitt oversett grunnet lite erfaring med søk i database og begrenset

med tid. I tillegg kunne andre valg av søkeord gitt andre funn og dermed andre resultat. Bruk av primærkilder ble vektlagt ved valg av annen litteratur, da dette kan gi økt reliabilitet til resultatene.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan helsepersonell kan ivareta barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser, med utgangspunkt i barns erfaringer, opplevelser, ønsker og behov i møte med helsetjenestene. Barna i studiene uttrykker at de trenger å bli sett og inkludert av helsepersonell, og at besøk på avdeling må gjøres barnevennlige. Funnene tyder videre på at barn ønsker og har utbytte av individuelt tilpasset informasjon om forelderens lidelse og situasjonen. Dette hjelper barna å forstå og håndtere egen livssituasjon, noe som synes å samsvare med opplevelse av sammenheng slik som salutogenese representerer. I denne sammenheng kan metoder for god kommunikasjon være hensiktsmessige for å fremme meningsfulle samtaler med barn og bidra med emosjonell støtte. Videre opplevde barna stigma som problematisk og ønsket at helsepersonell skulle bidra til en generell åpenhet om psykiske lidelser, og vi har sett at åpenhet om psykiske lidelser innad og utenfor familien kan bidra til å bryte ned slikt stigma. Oppsummert kan en si at studien belyser et behov for at psykisk helsevern retter mer fokus mot barnet og familien. Helsepersonell bør identifisere barna og være tilgjengelig både før, under og etter en innleggelse, da mange ønsker støtte fra helsepersonell og kan ha behov for ytterligere oppfølging. På bakgrunn av belastningene barna ofte opplever, er helsepersonells ivaretagelse viktig for at barnet skal bli sett, anerkjent og få nødvendig støtte, og for å forebygge eventuell utvikling av psykiske, sosiale og atferdsmessige vansker.

Som følge av økt søkelys på barn som pårørende og innføring av nytt lovverk i Norge, kunne det vært interessant med ny forskning om hvordan barn erfarer å bli ivaretatt i dag. Det kan også tenkes at det vil være hensiktsmessig å forske videre på opplevelsen til gutter/menn, da de virker å være underrepresenterte på feltet. Litteraturstudiens innblikk i barns liv som pårørende og hvordan de kan ivaretas, er av relevans og betydning for vernepleiefaglig praksis og vernepleierens kompetanse. Vernepleierens rolle i forbindelse med barn som pårørende er imidlertid lite forsket på, og det ville vært interessant å utforske denne nærmere.



## 7.0 Litteraturliste

Erdner, A., Magnusson, A., Nyström, M. and Lützén, K. (2005). Social and existential alienation experienced by people with long-term mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 373-380. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00364.x>

Fellesorganisasjonen. (u.å.). *Vernepleiere i psykisk helse* [Brosjyre].

Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf>

Fjone, H. H., Ytterhus, B. & Almvik, A. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for 'normality' and avoid stigma: To be or not to be . . . is *not* the question. *Childhood*, 16(4), 461-477.

<https://doi.org/10.1177%2F0907568209343743>

Fjær, K. K. & Kletthagen, H. S. (2020). Samarbeid med pårørende. I M. T. Gonzalez (Red.) *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 453-458). Gyldendal Norsk Forlag.

Gamst, K. M. T. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler: å ta barn på alvor* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Grovè, C., Reupert, A. & Maybery, D. (2016). The perspectives of young people of parents with a mental illness regarding preferred interventions and supports. *Journal of Child and Family Studies*, 25(10), 3056-3065. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0468-8>

Gullslett, M. K., Kim, H. S., & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*, 1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>

Gustavsson, A. (2014). Utviklingshemming og deltakelse: Politikk og teori. I K. E. Ellingsen (Red.), *Utviklingshemming og deltakelse* (s. 32-51). Universitetsforlaget.

Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 185-201). Abstrakt forlag AS.

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). Sjekklistene. Hentet 04.05.23 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>

Helsedirektoratet. (2018, 18. januar). *Pårørendeveileder*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kanalregisteret. (u.å.). Register over vitenskapelige publikasjoner. Hentet 02.mai 2023  
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=child+and+family+social+work&tv=true>

Lauritzen, C. (2018). Barn som pårørende anno 2018. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 368-373. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-10>

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Akademisk.

Lyngstad, G. D. (2000). Stigma og stigmatisering I psykiatrien – et område som krever innsats? *Tidsskriftet den norske legeforening*. 20(2), 163-176.  
<https://doi.org/10.1016/j.ibusrev.2010.07.006>

Malt, U. & Aslaksen, P. (2022, 13. desember). Psykiske lidelser. Store norske leksikon.  
[https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)

Martinsen, E., H., Weimand, B. M., Pedersen, R. & Norvoll, R. (2019). The silent world of young next of kin in mental healthcare. *Nursing Ethics*, 26(1), 212-223.  
<https://doi.org/10.1177%2F0969733017694498>

Mjøsund, N. H. (2020). Psykisk helse – et salutogent perspektiv. I M. T. Gonzalez (Red.) *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 29-33). Gyldendal Norsk Forlag.

Moen, G. L. (2009). *Barns møte med psykisk lidelse: en datters historie*. Cappelen Damm

AS.

NTNU. (2023, 16.05). *Studieplan Bachelor i vernepleie*. Hentet 24.05.23 fra <https://www.ntnu.no/studier/studieplan#programmeCode=HSGVEB&year=2020>

O'Brien, L., Brady, P., Anand, M. & Gillies, D. (2011). Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(2), 137-143. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x>

Reedtz, C., Jensaas, E., Storjord, T., Kristensen, K. B. & Lauritzen, C. (2022). Identification of children of mentally ill patients and provision of support according to the Norwegian health legislation: A 11-year review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 815526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.815526>

Reupert, A. & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child and youth services*, 37(2), 98-111. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104037>

Ruud, A. K. (2021). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, A., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E., Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. (IS-0522) <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf> /attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf

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

Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende: Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (2011:4).

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Trondsen, M. V. (2012). Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188.

<https://doi.org/10.1177/1049732311420736>

Volkow, N. D., Gordon, J. A., & Koob, G. F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders.

*Neuropsychopharmacology*, 46(13), 2230–2232. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>

