

Agnes Drangeid - 10112
Julie Blakstad Kvellestad - 10038

Hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Bente Schei Skagøy
Medveileder: Berit Synnøve Molnes Bringsli
Mai 2024

Agnes Drangeid - 10112
Julie Blakstad Kvellestad - 10038

Hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Bente Schei Skagøy
Medveileder: Berit Synnøve Molnes Bringsli
Mai 2024

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Hensikt: Målet med studien var å se på hvordan sykepleiere kan ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre som er innlagt ved psykiatrisk avdeling i spesialhelsetjenesten.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie som er basert på 7 forskningsartikler.

Resultat: Vi har i forskningene funnet særlig fire gjentakende temaer som vi ønsker å trekke fram for at sykepleiere kan ivareta barn av psykisk syke foreldre. Temaene står sentralt både i seg selv, men ikke minst som en helhet for å best mulig legge til rette for en bærekraftig praksis for alle involverte parter.

Konklusjon: For å sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til barn som pårørende må sykepleiere ha tilstrekkelig med kompetanse. Gjennom ivaretakelsen av barna er det viktig å tilrettelegge kommunikasjonen til barnets nivå og skape god relasjon. Sykepleiere kan benytte familien som en ressurs og hjelpe foreldrene i sin foreldrerolle. Det er også viktig at det blir tilrettelagt for ivaretakelse av barn som pårørende på arbeidsplassen.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate how nurses can support children as next of kin to mentally ill parents admitted to a psychiatric department in hospital.

Method: This paper is a systematic literature review based on seven research articles.

Result: In the research, we found four recurring themes that we wish to highlight for nurses to care for/attend to these children of mentally ill parents. These themes are central both in themselves but also as a whole to best facilitate a sustainable practice for all parties involved.

Conclusion: To ensure professionally sound and compassionate care for children as next of kin, nurses must have sufficient competence. Through caring for the children, it is important to adjust communication to the child's level and create a good relation. Nurses can utilize the family as a resource to assist parents in their parenting role. It is also important to facilitate the care of children as next of kin in the workplace.

Det er kvalitetene ved nærhet og omsorg som bestemmer hvordan barnet utvikler seg. Vanligvis tenker vi ikke så mye på dette, for det virker så åpenbart at barnet trenger en god relasjon til foreldre og/eller andre omsorgspersoner for å trives og utvikle seg normalt. Men når nærhet og omsorg mangler, blir det tydelig hvor viktig dette er.
(Håkonsen, 2021, s. 46)

1	Innledning	1
1.1.	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2.	<i>Oppgavens hensikt</i>	2
1.2.1.	<i>Problemstilling</i>	2
1.2.2.	<i>Avgrensing og presisering av problemstilling med begrunnelse</i>	2
1.2.3.	<i>Begrepsavklaring</i>	2
1.3.	<i>Oppgavens oppbygning</i>	3
2	Teori	3
2.1	<i>Utviklingsteori</i>	3
2.2	<i>Kommunikasjon og relasjon</i>	4
2.3	<i>Sykepleiers rolle og ansvar</i>	5
3	Metode	6
3.1.	<i>Datainnsamling</i>	6
3.2.	<i>Kvalitetsvurdering</i>	7
3.3.	<i>Etisk vurdering</i>	7
3.4.	<i>Analyse</i>	8
4	Resultat	9
4.1.	<i>Behov for kompetanse</i>	9
4.2.	<i>Identifisere og iverksette tiltak</i>	10
4.3.	<i>Se på familien som helhet</i>	10
4.4.	<i>Støtte på arbeidsplassen</i>	11
5	Diskusjon	12
5.1	<i>Behov for kompetanse</i>	12
5.2	<i>Identifisering og iverksetting av tiltak</i>	13
5.3	<i>Familien som helhet</i>	14
5.4	<i>Støtte på arbeidsplassen</i>	15
5.5	<i>Studiens styrker og svakheter</i>	16
5.6	<i>Konklusjon</i>	17
5.6.1	<i>Betydning for sykepleie</i>	17
5.6.2	<i>Forslag til videre forskning</i>	17
	Referanser	18
	Vedlegg	21

Antall ord: 7622

1 Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I en rapport fra folkehelseinstituttet (2011) blir det beregnet at 37,3% av norske barn, omlag 410 000 mindreårige, var pårørende til psykisk syke foreldre i Norge per 1. januar 2010. Det kommer fram at minst 65 000 av disse barna hadde omsorgspersoner som mottok behandling ved psykiatriske døgnenheter eller poliklinikker (Torvik & Rognmo, 2011, s. 14, 22).

Fjær og Kletthagen (2020, s. 455) skriver at barn som vokser opp i en familie med psykisk syke foreldre, i større grad enn andre barn, vil bli utsatt for risikofaktorer som kan bidra til utvikling av emosjonelle vansker, adferdsvansker og kognitive utviklingsforstyrrelser. Når barna blir utsatt for belastninger de ikke har grunnlag for å forstå, eller må håndtere og mestre store utfordringer ved fravær av stabile og trygge voksne, kan dette medføre langvarige utfordringer som varierer på bakgrunn av barnets alder og kjønn. Vanlige uttrykksformer kan ses som uro og utagering, eller angst og tilbaketrekking (Fjær & Kletthagen, 2020, s. 455).

Flere teoretikere legger fram at barns reaksjoner på stress og kriser påvirkes av barnets utvikling og omstendigheter, samt voksnes mulighet til å ivareta barnets behov. Yngre barn anses å være spesielt utsatt for forstyrrelser innen tilknytningsadferd og samspill med andre. Forfatterne viser også at det er vesentlig at sykepleiere møter både syke og friske foreldre med tillit og interesse, samt viser hensyn til deres erfaringer og situasjon. Et sterkt samarbeid mellom foreldre og helsepersonell vil lette kommunikasjon om foreldrefungering, og hvordan barnet har det i familien. Optimalt bør foreldre og helsepersonell samarbeide om å vurdere og sette i gang hjelpe- og støttetiltak (Stubberud & Sjøberg, 2021, s. 216; Fjær & Kletthagen, 2020, s. 455-456).

De vedtatte endringene i lov om helsepersonell §2-10a (1999) og lov om spesialhelsetjenesten §3-7a (1999) ble iverksatt i 2010. Helsepersonelloven pålegger helsepersonell å bidra til ivaretagelse av mindreårige barn som er pårørende til pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Ifølge loven skal sykepleierne identifisere og journalføre om pasienter har mindreårige barn. Spesialisthelsetjenesteloven pålegger sykehusene å utnevne kompetent barneansvarlig personell som skal koordinere oppfølging av disse mindreårige barna. Målet med lovendringene er å ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging (Stubberud & Sjøberg, 2021, s. 216, 222).

I Helsedirektoratets nasjonale pårørendeveileder (2024) omtales informasjon og støtte til barn som pårørende. Denne tar for seg avklaring rundt situasjonen og behov, veiledning, støttetilbud og oppfølging. Informasjonen som gis kan være detaljert, men det er viktig å høre hva barnet selv lurer på og ønsker informasjon om (Stubberud & Sjøberg, 2021, s.137-138).

I løpet av de siste tre årene har vi hatt stort fokus på pasienters psykososiale behov. Vi har lært å se pasienter som hele mennesker og ikke bare sykdom, men

undervisning rundt hvordan ivareta deres mindreårige pårørende har vært noe mangelfull, særlig når det gjelder barn av psykiatriske pasienter. Vi ønsker å ta et dypdykk der vi ser på sykepleieres mulighet til å ivareta barn som pårørende av psykiatriske pasienter.

1.2. Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å se på hvordan sykepleiere kan ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre som er innlagt ved psykiatrisk avdeling i spesialhelsetjenesten.

1.2.1. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre.

I denne oppgaven skal vi se nærmere på hvordan en sykepleier kan ivareta barn av psykisk syke foreldre som er innlagt ved psykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Vi skal se nærmere på grunnlaget en sykepleier må ha for å yte omsorg til barn i en sårbar situasjon og hvordan sykepleiere kan ivareta disse barna.

Oppgaven tar utgangspunkt i psykiatrisk sengepost, samt hvilke tiltak som kan iverksettes og/eller opprettholdes for at barn av disse pasientene skal bli tatt hånd om på en lovfestet og faglig forsvarlig måte.

1.2.2. Avgrensning og presisering av problemstilling med begrunnelse

Vi valgte sykepleieperspektivet da sykepleiere er lovpålagt å ivareta barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999, §2-10a). Ett sted sykepleiere møter barn som pårørende, er i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å utnevne barneansvarlig personell, som skal støtte helsepersonell i ivaretagelse av barn som pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a). Dette ligger til grunn for at vi valgte sykepleie ved psykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Oppgaven skiller ikke mellom ulike psykiske lidelser, men tar for seg alvorlige psykisk sykdom som fører til innleggelse ved psykiatrisk sengepost i spesialisthelsetjenesten. Ettersom helsepersonell er pålagt å hjelpe barn av alvorlig syke (helsepersonelloven, 1999, §2-10a), anser vi i oppgaven at pasienten er *alvorlig syk* ved innleggelse ved psykiatrisk sengepost. Det kan være én eller begge foreldre som er psykisk syk.

Vi har avgrenset barn til å være barn i alder 6-12 år. Dette inkluderer både biologiske og ikke-biologiske barn av psykisk syke foreldre, da dette ikke spesifiseres i inkludert forskning. Årsaken til at vi har valgt denne aldersgruppen er fordi dette er barn som kan verbalt uttrykke og formidle egne tanker og følelser i ulike grader. Det er også denne aldersgruppen forskningen tar for seg.

1.2.3. Begrepsavklaring

Barn

I juridisk sammenheng defineres barn som alle mennesker under 18 år, med mindre barnet blir tidligere myndig etter den lovgivning som gjelder for barnet (Barnekonvensjonen, 1989, art. 1).

Foreldre

Vi omtaler i denne oppgaven foreldre som alle pasienter med omsorgsansvar for ett eller flere biologiske og/eller ikke-biologiske barn.

Ivareta

Ivareta menes med å ta vare på eller ta hånd om (bokmålsordboka, 2024). Det er lovfestet i helsepersonelloven §2-10a (1999) at helsepersonell skal innhente samtykke til å foreta oppfølging der det ses hensiktsmessig for å ivareta barnets behov. I sammenheng med denne oppgaven, ser vi på sykepleieres mulighet for ivaretakelse av barn som pårørende.

1.3. Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp av seks kapitler der tema, hensikt og problemstilling blir avklart i første kapittel. Andre kapitler tar for seg gjennomgående teori. Tredje kapittel består av metode og innhenting av forskning, samt analyse og vurdering av utvalgt forskning. I kapittel fire framlegger vi funn fra forskningen med fire hovedfokus, etterfulgt av femte kapittel der vi diskuterer funnene i lys av teori. Oppgaven avsluttes med konklusjon og forslag til videre forskning i kapittel seks.

2 Teori

I dette kapittelet skal vi belyse teori som kan være med å svare på problemstillingen senere i oppgaven. Vi skal se på utviklingsteori, kommunikasjon og relasjon, samt sykepleierens rolle og ansvar.

2.1 Utviklingsteori

Psykolog og barneanalytiker Erik Erikson utviklet en teori om menneskets personlighetsutvikling, kjent som Eriksons psykososiale studier. Eriksons teori består av åtte aldersbestemte faser som i hovedsak tar for seg følelsesmessig og sosial utvikling, samt betydningen av barnets oppvekstmiljø (Håkonsen, 2021, s. 55).

Erikson kjennetegner aldersgruppen 6-12 år som barn som i økende grad vil bli kritiske til egne evner og prestasjoner. De vil sammenlikne seg med andre barn og har behov for annerkjennelse og positive tilbakemeldinger. Gruppen er utsatt for å oppleve utilstrekkelighet, noe som kan føre til en følelse av mindreverd (Håkonsen, 2021, s. 57). Barnet utvikler seg logisk og får grunnlaget til å handle utfra egne tanker, og virkelighetsoppfatningen reguleres til å stemme med egne opplevelser (Eide & Eide, 2017, s. 295)

Grøseth og Markestad (2022, s.73) legger fram at barna i denne aldersgruppen er mer selvstendige, samtidig som de fortsatt har nedsatt toleranse for stress ved fravær av foreldre og er avhengige av trygghet og rutiner.

Gruppen utvikler også økende forståelse for skille mellom fantasi og virkelighet, forståelse for andres reaksjoner og klarer å se hendelser uavhengig av seg selv (Eide & Eide, s.302). Der 6-7-åringen kan oppleve sykdom som straff, har 10-11-åringen utviklet høyere forståelse av smerte og sammenheng mellom sykdom og behandling, de nytter også godt av tilpasset, ikke-stigmatiserende informasjon for å få en bedre forståelse av

foreldrenes sykdom (Grønseth & Markestad, 2022, s. 73). Erikson mente at positiv utvikling for barna i denne aldersfasen legger til rette for arbeidslyst, mens en uheldig utvikling kan medføre en mindreverdighetsfølelse. Han belyser med dette at hjelp til mestring står sentralt (Eide & Eide, s.302).

2.2 Kommunikasjon og relasjon

For å sikre omsorgsfull ivaretagelse av barn, fremstår kommunikasjon som et essensielt punkt. Begrepet *kommunikasjon* stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, dele med en annen, eller å ha en forbindelse med (Eide & Eide, 2017, s.16). God og effektiv kommunikasjon med barn forutsetter imidlertid kompetanse i å etablere og vedlikeholde relasjoner.

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1999, s.41) beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren bistår enkeltindivider, familier eller samfunn i å håndtere og forstå sykdom og lidelse, samt å finne mening i disse erfaringene. Travelbees syn på sykepleie understreker viktigheten av menneskelig kontakt og relasjonsbygging (Travelbee, 1999, s. 41).

Evnen til å etablere og opprettholde relasjoner anses som avgjørende for enhver yrkesutøvelse som innebærer interaksjoner med andre individer (Skau, 2024, s.67). Bygging av relasjoner med barn krever spesiell oppmerksomhet, der tillit anses som et nøkkelaspekt (Eide & Eide, 2017, s. 289). I en sykepleiekontekst kan det være hensiktsmessig for sykepleieren å etablere en relasjon med barnets foreldre først. For å etablere en god relasjon med forelderen, er det viktig at sykepleieren møter og forstår den som et unikt og erfarent menneske. Kvaliteten i denne relasjonen er avgjørende for pasientens tillit og mottakelighet for hjelp (Gonzalez, 2020, s. 57-58). Når sykepleier først har skapt en god relasjon til forelderen, kan dette trygge barnets tilnærming til sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2022, s.103).

For å skape tillitsfull relasjon og utøve god kommunikasjon må man ha kunnskap om det. Skau (2024, s.79) deler inn kunnskap i tre kategorier som blir kalt kompetansetrekanten. De tre kategoriene er; teoretisk kunnskap, yrkesfaglig kunnskap og personlig kompetanse. Den teoretiske kunnskapen omfatter faglig kunnskap som man har tilegnet seg gjennom utdanning og nyere forskning. Yrkesfaglig kunnskap, eller praktisk erfaring, er basert på læring gjennom handling, observasjon og refleksjon over interaksjoner med andre. Det tredje aspektet, personlig kompetanse, referer til individuelle egenskaper som påvirker evnen til å bygge relasjoner og kommunisere effektivt. Sentralt i denne sammenhengen er evnen til mentalisering, «evnen til å forstå hvilken mental tilstand som ligger bak andres og egne handlinger» (Skau, 2024, s.84).

Som nevnt tidligere i oppgaven, kan barn deles inn i ulike utviklingsstadier. Barn i aldersgruppen 6-12 år har vanskelighet med å skille fantasi fra virkelighet, noe som kan medføre til ulik oppfatning av virkeligheten. Ved hjelp av tilpasset kommunikasjon kan sykepleiere hjelpe barna å skille mellom dette. Sykepleier kan gjerne benytte hjelpemidler som lek og tegning i kommunikasjonen. Dette kan bidra til at barna får en mer forståelse av sine opplevelser. Det er essensielt å møte barnet på deres nivå av kommunikasjon og forståelse for å fremme mestring, kompetanse og likeverdighet (Grønseth & Markestad, 2022, s.103).

Å engasjere barn i samtaler om emner som de finner uinteressante vil være utfordrende. Det er derfor avgjørende å møte barnet der det er i sin oppmerksomhet, tilpasse språket og informasjonen etter deres nivå, og vise genuin interesse for å bygge relasjon og fremme god kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2022, s.103).

2.3 Sykepleiers rolle og ansvar

Som nevnt tidligere, skrev sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999, s. 41) at sykepleie handler om mellommenneskelige forhold, da det alltid innebærer direkte eller indirekte samhandlinger med individer. Disse individene kan omfatte pasienter, deres familier og besøkende, samt ansatte og andre helsepersonell. I denne oppgaven retter vi fokus mot hvordan sykepleier kan ivareta barn av pasienter, i tillegg til å møte behovene til familien som en helhet.

I tillegg til Travelbees (1999) teoretiske perspektiv, har det vært en endring i norsk lovgivning som har funnet sted etter publiseringen av hennes teori. I 2010 ble det for eksempel gjort tilføyelser til norsk lov som pålegger helsepersonell å ivareta barn som pårørende til alvorlig syke eller skadde personer (helsepersonelloven, 1999 §2-10a). Videre fastsetter sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer også at sykepleier skal ivareta de særskilte behovene til barn som pårørende (Norsk sykepleieforbund, 2023). I tillegg til lovgivningen i helsepersonelloven har spesialisthelsetjenesten også fått tillegg i sine retningslinjer som krever at det skal være barneansvarlig personell (Spesialisthelsetjenesteloven, §3-7a). Denne rollen innebærer blant annet ansvar for koordineringen av barn som nevnt tidligere, men også ansvar for å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap for å ivareta barn som pårørende. Forståelse for lovverk og yrkesetiske retningslinjer er essensielt for sykepleiere for å sikre at de leverer omsorg av høy kvalitet, beskytter pasientens rettigheter, og handler på en etisk og juridisk forsvarlig måte. Dette gir grunnlag for profesjonell praksis og fremmer tillit og trygghet i forholdet mellom pasienter, pårørende og helsepersonell (Molven, 2019, s.20).

Som de yrkesetiske retningslinjene understreker er ett av ansvarsområdene til sykepleiere å sikre omsorg av barn som pårørende. Formålet med retningslinjene er å sikre at all sykepleieutøvelse skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Retningslinjene definerer de etiske verdiene, og skal være en veileder for sykepleiere i alle de ulike rollene de påtar seg. De har kun betydning og verdi om sykepleiere har kunnskap og forståelse for hva som står i retningslinjene (Norsk sykepleieforbund, 2023).

Gjennom sykepleieutdanningen har vi lært at sykepleiere skal jobbe ut ifra sykepleieprosessen (Skaug, 2021, s.45). Dette er en generell arbeidsmetode for problemløsning. Sykepleieprosessen legger relasjonsbygging til grunn for å ha effekt, altså må sykepleier og pasient jobbe sammen for å oppnå målet. For å løse problemet, bruker man da sykepleieprosessen som inneholder flere faser. Man kan se på de ulike fasene som en sirkel da det er en kontinuerlig prosess fram til det ikke lenger er behov for sykepleie. Første fase handler om å identifisere behovet for sykepleie. Etter behovet for sykepleie er identifisert må man kartlegge *problemet*. Videre skal man definere målet før man velger og iverksetter tiltak. Det siste punktet er å evaluere resultat før man ser på behov for sykepleie igjen. Er det ikke behov for sykepleie lengre er prosessen ferdig, men er det fremdeles behov for sykepleie må man gjennomgå prosessen på ny (Skaug, 2021, s.45).

3 Metode

Metode defineres som en systematisk tilnærming man benytter for å innhente informasjon og data for å svare på en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Denne oppgaven er en litteraturstudie og har hentet inn relevant data gjennom systematisk litteratursøk (vedlegg 1).

En litteraturstudie er den omfattende studien og tolkningen av relevant litteratur knyttet til en spesifikk problemstilling. I utførelsen av en litteraturstudie, starter man med å identifisere forskningsspørsmålet, altså problemstillingen. Deretter søker du etter, evaluerer og analyserer relevant litteratur for å svare på dette denne problemstillingen. Uavhengig om studien er selvstendig eller del av et større prosjekt, er systematisk tilnærming en forutsetning. Grundig søk og analyse av litteraturen leder fram til nye innsikter som forekommer når litteraturen ses i sammenheng med annen informasjon (Aveyard, 2023, s.2).

Forskningsmetodene som benyttes i studiene inkludert i denne oppgaven er kvantitative og kvalitative. Kvantitativ metode benytter store utvalg for å generere statistisk data. Ved bruk av store utvalg gir det presise og generaliserbare resultater. Forskeren har vanligvis ingen interaksjon med deltakerne, men opptrer som en observatør utenfor prosessen (Aveyard, 2023, s. 50). Mens kvantitativ forskning gir statistisk svar, gir kvalitativ forskning, som utgjør majoriteten av studiene i denne oppgaven, innsikt i detaljene. Kvalitativ metode bruker mindre utvalg av deltakere og gjennomføres ofte ved hjelp av dybdeintervjuer. Denne metoden søker å beskrive og utforske mening i forhold til forskningsspørsmålet (Aveyard, 2023, s. 61).

3.1. Datainnsamling

Datainnsamling i form av systematisk søkestrategi innebærer å identifisere hvilken type litteratur som kan besvare din problemstilling. Relevante søkeord hentes ut ifra problemstillingen (Aveyard, 2023, s.75). For å definere relevant søkeord valgte vi å fremheve nøkkelord i problemstillingen, disse ble i første omgang: *sykepleier*, *barn som pårørende* og *psykisk syke foreldre*. Vi oversatte ordene til engelsk slik at det ble; *nuring*, *children as next of kin* og *mentally ill parents*. Søkeordene ble kombinert i søkefeltene i databasene Cinahl Complete og Medline ved bruk av «AND», i kombinasjon med inkluderings og eksklusjonskriteriene i tabell 1, men fikk ingen treff.

Thidemann (2019, s. 81) anbefaler å gjennomføre et overskriftsøk for å få opp relevante artikler som kan gi eksempler på gode søkeord. Basert på søkeresultatet valgte vi å søke opp problemstillingen vår på Google Scholar for å se om det ville gi noen flere treff. Vi fokuserte på gjentakende nøkkelord i de ulike artiklene og fant flere eksempler på gode formuleringer av relevante søkeord. Etter funnet valgte vi å omformulere søkeordene våre, vi kunne blant annet benytte *healthcare professionals* framfor *sykepleie* eller *nursing*. Selv om *Sykepleier* nå ikke ble direkte inkludert i søket, viste deltakelsen i litteraturen en overvekt av sykepleiere, i tillegg til mindre grupper av andre helseprofesjoner. Andre formuleringer vi fant inkluderer *Children as next of kin*, som ble *children who are next of kin*, *children as relatives*, *children of impaired parents*, *children of mentally ill parents*, samt *mentally ill parents* som ble *parental illness*, *parents who are mentally ill*. Ved å benytte kombinasjoner av søkeordene, og søke på formuleringene med «OR», ga dette flere resultater (vedlegg 1). I tillegg til bredere formuleringer av

søkeordene, benyttet vi *(trukering) på slutten slik at vi åpnet søket for ytterligere formuleringer, et eksempel på dette er nurse* som inkluderer nurse, nursing, nurses og videre (Aveyard, 2023, s.85).

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjon
Sykepleierperspektiv	Pasient- og pårørendeperspektiv
Barn 6-12 år	Voksne og andre aldersgrupper
2013-2024	Eldre enn 2013
Engelsk og skandinaviske språk	Andre språk
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Imrad struktur	
Studier som kan relateres til norsk praksis	

3.2. Kvalitetsvurdering

For å kvalitetssikre forskningsartiklene våre, undersøkte vi i første omgang om forskningen benyttet en IMRaD-struktur, da vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag oftest benytter denne modellen (Thidemann, 2019, s.66-67). Vi benyttet deretter Aveyards (2023) bok om litteraturstudier i helsetjenesten, i tillegg til helsebibliotekets sjekklister for kvalitetssikring av kvalitative studier (Helsebibliotek, 2021), for å kontrollere at forskningens innhold samsvarer med kravene til kvalitativ metode. Ved hjelp av sjekklisten vurderte vi artiklenes etiske vurderinger, troverdighet og kvalitet, samt relevans for denne oppgavens problemstilling.

3.3. Etisk vurdering

For å regulere god vitenskapelig praksis og sikre forskningens integritet, må forskningsartikler ta for seg forskningsetikkens grunnleggende normer og helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer. Både de De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021) og helsinkideklarasjonen (1964) er internasjonalt anerkjent og har som formål å sørge for at forskningen utføres på faglig forsvarlig måte. Viktigheten av informert samtykke og ivaretagelse av sårbare grupper vektlegges.

Alle våre forskningsartikler er godkjent fagfellevurdert, og publisert i pålitelige databaser. Helsepersonell og enkeltinstitusjoner er anonymisert, og pasienters og pårørendes personopplysninger kan ikke kobles til enkeltpersoner ved bruk av utvalgt forskning. Forskningen tar for seg sårbare grupper med formål å bedre nåværende forhold. Fire av artiklene inkluderer etisk uttalelser, to erklærer ingen interessekonflikter og siste artikkelen mangler uttalelse rundt artikkelens etiske aspekter. Seks av syv artikler er publisert i publiseringskanaler vurdert til nivå 1 per 2024, mens siste artikkelen ble gradert fra 1 til 0 i 2024. Artiklene er kontrollert i kanalregisteret (Kanalregisteret, u.å.). På tross av manglende etisk i et en artiklene, samt en av publiseringskanalens nedgradering, har vi vurdert artiklene som etiske i tråd med helsinkideklarasjonen, samt forskningsetikkens normer og personvern.

3.4. Analyse

Vi har analysert alle forskningsartiklene ved hjelp av Evans analysemodell. Evans analysemodell består av fire steg om hvordan systematisk analysere forskningsartikler. Steg én handler om å finne forskningsartikler. Steg to er å identifisere hovedfunnene i forskningen. Steg tre tar for seg å relatere temaene i forskningene opp mot hverandre. Det fjerde og siste steget handler om å beskrive funnene (Evans, 2002).

Steg 1: Vi har funnet og hentet forskningsartikler gjennom systematisk litteratursøk i ulike databaser. Framgangsmåten vi har brukt står tydeligere beskrevet under «datainnsamling» tidligere i oppgaven.

Steg 2: Etter vi hadde funnet de forskningsartiklene vi mente var relevant for vår problemstilling, leste vi nøye gjennom forskningen flere ganger. Vi markerte funn som var relevant for vår problemstilling. Deretter satte vi dem inn i artikkelmatriser for å få tydeligere oversikt (vedlegg 2-8). I artikkelmatrisene skrev vi funnene i forskningen, metoden som ble brukt, utvalget og hvordan det er relevant for vår problemstilling.

Steg 3: Når artiklene var nøye gjennomgått og skrevet inn i artikkelmatriser kunne vi vurdere artiklene opp mot hverandre og fant gjennomgående hovedtemaer som flere av artiklene hadde til felles. Etter vi fant hovedtema, fargekodet vi forskningen og fant undertema som passet til hovedtema. For å få en oversikt over temaene og hvilke forskningsartikler som inneholdt disse, satte vi dem inn i en tabell (tabell 2).

Tabell 2: Hovedtema og undertema.

Hovedtema	Undertema/innhold/tiltak
Behov for kompetanse • Artikkel 1, 2, 4, 5, 6, 7	<ul style="list-style-type: none">• Opplæring av helsepersonell• Kurs, seminar og simulering
Identifisere og iverksette tiltak • Artikkel 2, 3, 6	<ul style="list-style-type: none">• Rutiner for identifisering av barna• Tiltak• Tilpasset informasjon• Hjelpeverktøy
Se på familien som helhet • Artikkel 1, 2, 4, 5, 7	<ul style="list-style-type: none">• Helhetlig tilnærming• Familieintervensjoner• Foreldreopplæring/ Foreldresamtaler• Familierom
Støtte på arbeidsplassen • Artikkel 1, 3, 4, 6, 7	<ul style="list-style-type: none">• Organisasjon og lederstøtte• Ressurser• Kultur og arbeidsmiljø• Rutiner og prosedyrer

Steg 4: Siste steg i analysemodellen handler om å beskrive funnene. Etter å ha funnet, beskrevet og satt funnene opp mot hverandre, slik som vi har gjort på de tidligere stegene, ble det lettere å beskrive funnene på en ryddig måte. Funnene blir presentert i resultat-kapittelet under.

4 Resultat

Vi har i forskningene funnet særlig fire gjentakende temaer som vi ønsker å trekke fram for at sykepleiere kan ivareta barn av psykisk syke foreldre. Temaene står sentralt både i seg selv, men ikke minst som en helhet for å best mulig legge til rette for en bærekraftig praksis for alle involverte parter.

4.1. Behov for kompetanse

Flere av forskningsartiklene fremhever at kunnskap er viktig for kunne å ivareta barna, foreldrene og familien som en helhet (Laser et al., 2022; Skogøy et al., 2019; Lauritzen & Reedtz 2013; Foster & Isobel, 2018; Kristensen et al., 2022). Skogøy et al. (2019) presiserer at spesifikk opplæring er den viktigste forutsetningen for å kunne ivareta barn som pårørende.

"Having received specific training and being able to determine connectedness were key predictors of family support." (Skogøy et al., 2019, s. 10).

I Lauritzen og Reedtz (2013) forteller flere helsepersonell at de følte på manglende kunnskap om hvilke behov barn som pårørende hadde, da deres utdanning ikke tok det for seg. Flere ønsket ikke å påta seg denne oppgaven i redsel for å påføre skade framfor hjelp.

"Many reported that they lacked the competence to assess the needs children might have" (Lauritzen & Reedtz, 2013, s. 17).

Flere av deltakerne i forskningen etterspurte mer spesifikk opplæring i form av kurs, seminarer og simuleringer (Lauritzen & Reedtz, 2013). Annen forskning foreslår gode rutiner som et tiltak i opplæring (Kristensen et al., 2022).

"Important requirements were more courses, training in assessment of risk factors and needs of children and seminars to build a child-specific competence." (Lauritzen & Reedtz, 2013, s. 17).

I en studie fra Tyskland, ble det sett på implementeringen av CHIMPS-modellen. Chimps er et verktøy for helsepersonell som omhandler ivaretagelse av barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Denne modellen deles inn i tre faser. I fase to tar intervensjonen for seg opplæringsprogram til helsepersonell. Denne fasen omtaler ulike temaer som risikoer, intervensjonsferdigheter og utfordringer helsepersonell kan møte (Laser et al., 2022). Helsepersonell ytret at intervensjoner som CHIMPS var nyttig og medførte mer struktur i arbeidet, noe som gjorde dem mer tryggere i sin rolle (Laser et al., 2022).

Tchernogovski et al. (2018) belyser ulike fokus- og synspunkt helsepersonell hadde. Noen fokuserte kun på den syke forelderen, andre bare på barnet, og noen på begge. De ulike fokusområdene resulterte i at barn som pårørende fikk ulik oppfølging ut ifra hvem som hadde ansvaret.

"Nurses who had received family work training where particularly focused on building family connections" (Foster & Isobel, 2018, s. 730).

Foster og Isobel (2018) poengterte at for å få sykepleiere til å ta initiativ til familiearbeid var opplæring om tema nødvendig.

4.2. Identifisere og iverksette tiltak

Flere av artiklene så på iverksetting av tiltak for å hjelpe barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Dette er tiltak som tar for seg identifisering, screening og kartlegging av barna, deres behov og interesser, og direkte tiltak som en sykepleier kan utføre (Laser et al, 2022; Kristensen et al, 2022; Lauritzen et al., 2014).

Etter lovendring av helsepersonell- og spesialisthelsetjenesteloven, utførte Lauritzen et al. (2014) et forskningsprosjekt for å undersøke virkningen av de nye lovene. Funnene viste at det ble indentifisert flere barn. Særlig der helsepersonell fikk ulike hjelpeverktøy til identifiseringen.

"Compared to pre, where only 44% reported that they were using the Family Assessment Form to identify children, 65% used the Family Assessment Form at post-test" (Lauritzen et al., 2014, s. 5).

Et hjelpeverktøy som ble tilgjengeliggjort for helsepersonell var *family assessment forms*. Skjemaet bestod av 5 kategorier som tok for seg barn som pårørende (Lauritzen et al., 2014; Kristensen et al., 2022). De fem kategoriene var; generell informasjon om barnet, barnets nettverk, bekymringer for barnet og hvordan barnet har det, barnets kunnskap og informasjon om forelderen som er psykisk syk, og familiens behov for støtte og videre oppfølging. Skjemaene fungerte som en form for screening og kartlegging av barna. I likhet med Lauritzen et al. (2014) og Kristensen et al. (2022), benyttet Laser et al. (2022) liknende kartleggingsskjema i *CHIMPS* (fase 3). I Laser et al. (2022) beskrev familiene at et slikt skjema hjalp dem i å strukturere hva de trengte hjelp til. I tillegg ytret helsepersonell at skjemaet ga dem et godt grunnlag for hvordan hjelpe barnet og familien videre.

I Kristensen et al. (2022) ble *Family Assessment Forms* benyttet i forkant av tiltaket «*Child Talks*». *Child talks* er en intervensjon der foreldre og barn har samtaler med helsepersonell om egen situasjon. Samtalene kunne inkludere kun foreldre, eller både foreldre og barn. Kristensen et al. (2022) konkluderte at barna som deltok i intervensjonen hadde tilgang på bedre informasjon om foreldrene sin sykdom og tilstand, samt bedre tilbud om videre oppfølging ved behov for det.

Det ble rapportert at barna foretrakk å lære om foreldrenes psykiske helseproblemer fra helsepersonell da de betraktet støtten og informasjonen som nyttig. De uttrykte behov for informasjon om sykdommer og diagnoser, ønsket å lære mer om oppfølgingstilbud, og satte pris på muligheten til å stille spørsmål. Et sterkt ønske var bekreftelsen på at foreldrenes sykdom ikke var deres skyld (Kristensen et al., 2022).

4.3. Se på familien som helhet

Det forelå betydelige bevis for at familieterapi kunne redusere risikoen for at barna selv utviklet psykiske problemer. Samtaler med foreldre angående barnas behov der de mottar spesifikk opplæring viste seg som grunnleggende for familiestøtten. Ved hjelp av tiltak som familierom (*Familyrooms*) kunne behandlerne delta i forebyggende psykoedukasjon og oppfordre til diskusjoner om foreldrerollen i samvær med pasientene

og deres familier (Foster & Isobel, 2018). Intervensjoner, som familierom, bidro til å redusere psykisk sykdom hos barna. Det skapte mer åpenhet i familien og ga grunnlag til å håndtere sykdommen når pasienten ble skrevet ut (Foster & Isobel, 2018; Skogøy et al., 2019).

"...is a more holistic approach, because otherwise we are just putting Band-Aids on something that goes wrong." (nurse 19) (Foster & Isobel, 2018, s.730).

Mange behandlere så på det som vanskelig å komme i en tillitsposisjon der konsekvensene av foreldrenes sykdom kunne diskuteres. Flere foreldre opplevde at helsepersonell og familiemedlemmer kunne undergrave deres foreldrerolle gjennom kritikk og manglende støtte, noe som ofte førte til en følelse av håpløshet i foreldrerollen. Andre uttrykte en frykt for innblanding av barnevernstjenester og risiko for å bli fratatt omsorgen for barnet (Lauritzen & Reedtz, 2013; Tchernegovski et al., 2018).

"They never get to make a choice about anything. Everybody thinks they know better... so they really never learn these parenting skills because they've always been told themselves what to do... because they're sort of at this stunted level in development in everybody else's eyes." (Tchernegovski et al., 2018, s. 4).

Kristensen et al. (2022) omtaler intervensjonen *COPMI (Children Of Parents with Mental Illness)*. Intervensjonen hadde som mål å styrke foreldrenes kunnskap, øke fokus på barnets situasjon, samt oppdage tidlige tegn på problemer hos barna og iverksette tiltak. Øktene i intervensjonen var detaljert beskrevet i en CT-manual (*childtalks*). Behandlerne fikk da konkrete steg å forholde seg til (Kristensen et al., 2022).

Kunnskapen og åpenheten viste seg å senke terskelen for at barna søkte profesjonell hjelp. Det kom fram at majoriteten av barna tjente på besøk og samvær innenfor trygge rammer, som ved hjelp av familierom, fravær av samspillet mellom foreldre og barn kunne oppfattes som skadelig. For andre barn kunne sykehusbesøkene oppleves ufordelaktige. Disse vurderingene krever derfor nøye vurderinger og samarbeid med familiene (Kristensen et al., 2022; Foster & Isobel, 2018).

4.4. Støtte på arbeidsplassen

Mangel på lederstøtte var en påvirkende faktor for manglende ivaretagelse av barna. Manglende vilje til å tilby tilstrekkelige ressurser som tilfredsstillende bemanning, medførte negative holdninger til familiefokuset og høy omsetning blant ansatte. Behandlernes holdninger førte til stagnering rundt utvikling og implementering av en optimal omsorgsvei (Lauritzen & Reedtz, 2013; Laser et al., 2022).

"We need the management to accept that we have to set aside enough time to be able to do the extra work. It should be included in the patient's treatment plan" (Lauritzen & Reedtz, 2013, s.15).

Utilfredsstillende tid til utføring av arbeidsoppgaver relatert til økt arbeidsmengde var også et fremhevet punkt når det kom til mangelfull implementering av nye rutiner. Selv om nye retningslinjer medfører økt arbeidsmengde, ble det ikke gjort tilgjengelig ekstra personell eller tid til oppgavene. Dette medførte at behandlere prioriterte kritiske og

tidspressede oppgaver framfor hensyn til familie- og barneomsorgen (Lauritzen & Reedtz, 2013,; Foster & Isobel, 2018)

Oppgaven som barneansvarlig ble av flere sett på som svært uattraktiv. Det kunne oppleves ensomt og utmattende da man ofte arbeidet alene og fikk ansvar for oppfølging av kollegers innføring etter nytt reglement (Lauritzen & Reedtz, 2013).

"I wish there were more child-responsible staff in the ward. I feel exhausted and alone in my work" (Lauritzen & Reedtz, 2013, s.16).

For at rollen som barneansvarlig skulle oppfattes mer appellerende ble det ytret et ønske om opplæringstilbud. Det ble også forespurt mulighet til å arbeide i etablerte team bestående av motiverte ansatte for å kunne yte trygg og grunnleggende støtte til barna og familiene (Lauritzen & Reedtz, 2013; Skogøy et al., 2019).

"I would feel safer if we could work in groups or teams, and be supervised by colleagues who had the relevant experience" (Lauritzen & Reedtz, 2013, s.16).

Mangel på klare retningslinjer førte til at mange kjente presset til å utvikle sin egen praksis. Dette var både krevende for enkeltperson og gjorde kvaliteten på oppfølgingen varierende. Det ble understreket behov for tydelig formulerte og familiefokuserte retningslinjer med roller og prosedyrer. Prosedyrene trengte aktiv støtte og tilstrekkelige ressurser fra organisasjon og ledelse (Foster & Isobel, 2018,; Lauritzen et al., 2014).

"I think there's a lack of policy around some of this....There's a lot of descriptive things about involving families and all these principles, but it's not translated well into policy and into practice on a unit. So I find units will evolve their own culture around how they manage that." (Nurse 20) (Foster & Isobel, 2018, s.731)

Sykepleierne uttrykte at uten spesifikk implementering, kunne det hende at man ikke klarte å endre egen praksis i tråd med de nye lovene. Å tilføye ressurser til den eksisterende kliniske praksisen, slik som tid, verktøy, nye rutiner, opplæring, utdanning og tilstrekkelig personale, ble fremhevet som nødvendig. Det forekom som viktig å skape arenaer for å diskutere faktiske tilfeller der pasienter er foreldre (Lauritzen et al., 2014; Lauritzen & Reedtz, 2013).

5 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere problemstillingen i lys av funnene fra forskningen og den aktuelle teorien. Problemstillingen vi skal svare på er; "Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre".

5.1 Behov for kompetanse

Våre funn indikerer at sykepleiere unnlater å engasjere seg i barn som pårørende grunnet en mangel på kunnskap. Lauritzen og Reedtz (2013) bemerket i sin forskning at helsepersonell ikke følte seg tilstrekkelig kompetente til å håndtere barn som pårørende, og derfor vegret seg fra å ta ansvar for dem. På grunn av deres manglende kunnskap om tema var helsepersonell mer bekymret for å forverre situasjonen for barna enn å tilby

hjelp. Disse funnene understreker betydningen av kompetanse innenfor emnet "barn som pårørende", for å kunne ivareta deres behov på en faglig forsvarlig måte.

Alt arbeidet en sykepleier utøver skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Dette står spesifisert i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleieforbund, 2023). Uten tilstrekkelig kompetanse er sykepleiere ikke i stand til å oppfylle kravene til faglig forsvarlig praksis. Skau (2024, s.79) fremhever betydningen av kompetansetrekanten for å kunne yte faglig forsvarlig sykepleie. Ut ifra dette kan man konkludere at kunnskap er grunnlaget sykepleiere må ha for å ivareta barn som pårørende.

Det kreves profesjonell kompetanse for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie. Skau (2024, s.79) omtaler den profesjonelle kompetansen ved hjelp av de tre faktorene i kompetansetrekanten. Disse faktorene som en sykepleier bør beherske er; teoretisk kunnskap, yrkesfaglig kunnskap og personlig kompetanse. Det ble foreslått tiltak som kurs og seminarer for å legge til rette for diskusjon og god refleksjon, dette for å styrke den teoretiske kunnskapen blant helsepersonell. Aktiviteter som gir mulighet til å øve på praktiske ferdigheter gjennom simulering, er også foreslått for å styrke sykepleieres yrkesfaglige kompetanse (Lauritzen og Reedtz, 2013). Foster og Isobel (2018) påpeker at det å øke personalets kompetanse om emnet, bidrar til større engasjement i familiearbeid og ivaretagelse av barn som pårørende. Dette kan øke interessen og medføre at flere sykepleiere ønsker å bidra til arbeidet rundt barn som pårørende og deres familier.

Personlig kompetanse kan ikke tilegnes på samme måte som teoretisk- eller yrkesfaglig kunnskap, den krever refleksjon og bevissthet. Tchernegovski`s (2018) forskning tydeliggjør hvordan helsepersonells individuelle perspektiver og kunnskap påvirker deres tilnærming til arbeidet. Der personlig kompetanse bidrar til å støtte praksis, må det også sikres at den ikke overstyrer de andre kompetanseområdene, dette for å overholde faglig forsvarlig yrkesutøvelse.

For å kunne ivareta barn som pårørende er det avgjørende å ha kunnskap om de risikoene barn står overfor, samt hvordan yte optimal helsehjelp. Dette krever en forståelse av kommunikasjon med barn og byggingen av et tillitsfullt forhold. Som Travelbee (1999, s.41) påpeker, handler sykepleie om mellom-menneskelige forhold. Derfor er evnen til å kommunisere med barn essensielt for å kunne tilby omsorgsfull hjelp. Våre funn viser at strategier som samtaler med barn ble benyttet for å ivareta deres behov som pårørende, dette underbygger viktigheten av kommunikasjonskompetanse i sykepleierens praksis.

5.2 Identifisering og iverksetting av tiltak

For å sikre forsvarlig omsorg for barn som pårørende, er det avgjørende at de først blir identifisert. Dette står spesifisert i helsepersonelloven § 2-10a (1999) ved at helsepersonell skal "*søke å avklare om pasienten har mindreårige barn*". Det finnes ulike metoder å identifisere barn som pårørende, i forskningen ble en vanlig tilnærming at helsepersonell spurte pasienten om de hadde omsorgsansvar for mindreårige barn (Laser er al, 2022; Kristensen er al, 2022; Lauritzen et al., 2014).

Som nevnt under teorikapittelet skal sykepleiere utøve helsehjelp ut ifra sykepleieprosessen (Skaug, 2021, s.45). Første ledd er å identifisere barn som

pårørende. Etter identifisering av barn og oppdagelse av behov for sykepleie, er neste punkt kartlegging barn.

I Norge har det blitt utviklet flere verktøy for å støtte helsepersonell i arbeidet med barn som pårørende. Likevel viser våre funn at selv om mange barn ble identifisert, ble ikke like mange av dem systematisk kartlagt, eller gitt den nødvendige helsehjelpen. Eksempelvis har Helsedirektoratet (2018) utarbeidet en veileder for pårørendeomsorg. Denne inneholder et eget kapittel med relevante spørsmål som sykepleiere kan bruke for å bedre forstå barnets situasjon og behov i familien. I enkelte av forskningsartiklene mottok pasientene eller foreldrene spørreskjema med lignende spørsmål som i pårørendeveilederen (Laser er al, 2022; Kristensen er al, 2022; Lauritzen et al., 2014). Spørreskjemaene var nyttige verktøy helsepersonell kunne benytte for å kartlegge behov hos barnet og familien.

Etter barnet er identifisert og kartlagt, er det avgjørende at helsepersonell iverksetter relevante tiltak, dette er neste steg i sykepleieprosessen. Behovene til barnet og foreslåtte tiltak kommer tydelig frem i kartleggingen. Det kommer frem ulike tiltak i forskningsartiklene, noen fokuserte på tiltak rettet mot foreldrene, noen mot familien som helhet, og andre mot barna selv. For eksempel beskriver Kristensen et al. (2022) en intervensjon kalt Child talks, hvor kommunikasjon og tilpasset informasjon til barna var i fokus.

Slike verktøy som ulike skjema og veiledere er nyttige hjelpemiddel for helsepersonell. De bidrar til å systematisere og forbedre kvaliteten på omsorgen og støtten som tilbys. I Norge er spesialisthelsetjenesten lovpålagt å ha en dedikert barneansvarlig på hver avdeling (Spesialisthelsetjenesteloven, §3-7a, 1999). Rollen som barneansvarlig er ikke utelukkende å yte direkte omsorg, men å sikre at relevante verktøy, som nevnt tidligere, er tilgjengelige og at helsepersonell er opplært i bruken deres.

Etter tiltakene er iverksatt må man evaluere resultatet. Har tiltaket hatt ønsket effekt, har barnet fått den støtten den trenger eller er det behov for videre oppfølging. Resultatet er med på å bestemme om sykepleieprosessen er over eller om den bør gjentas.

5.3 Familien som helhet

Ivaretakelse av barn av psykisk syke foreldre er en utfordring som krever en helhetlig tilnærming der sykepleiere spiller en sentral rolle. Gjennom kompetanse kan sykepleier tilby familie-terapeutiske samtaler med mål om å utvikle sterke relasjoner og gi tilpasset informasjon og støtte.

En av hovedutfordringene for sykepleiere er å oppnå en tillitsposisjon der de kan diskutere konsekvensene av foreldrenes sykdom med foreldrene. Flere forskere fant at mange foreldre følte at helsepersonell og familiemedlemmer undergraver deres foreldrerolle gjennom kritikk og manglende støtte, noe som fører til følelser av håpløshet (Lauritzen & Reedt, 2013.; Tchernegovski et al., 2018). Frykt for innblanding av barneverntjenester og risikoen for å miste omsorgsretten kan også gjøre foreldrene motvillige til å delta i slike samtaler (Kristensen et al, 2022). Det er grunnleggende at sykepleier utvikler en relasjon til foreldrene der de får mulighet å ivareta barna med hensyn til familiens behov (Gonzalez, 2020, s. 57).

En sentral utfordring er at helsepersonell ikke har rett til å gjennomføre samtaler med barn uten foreldres samtykke (Helsepersonelloven §10a, 1999). Vår studie viser at barn som ekskluderes fra informasjon opplever større usikkerhet og stress sammenlignet med de som inkluderes. Selv om foreldrene ofte ønsker å skjerme barna fra sykdommen med gode intensjoner, påpeker Grønseth og Markestad (2022, s. 73) at barna nytter godt av konkret informasjon om sykdom og behandling.

Når tilbudt, viste barn i studiene stor nytte av ikke-stigmatiserende informasjon om foreldrenes mentale helse (Grønseth & Markestad, 2022, s. 73). I *COPMI*-intervensjonen fokuseres det på å styrke foreldrenes kunnskap og øke fokus på barnets situasjon. Denne intervensjonen viste at barna som mottar informasjonen, følte seg mindre ensomme og mer komfortable i samtaler om foreldrenes mentale helse (Kristensen et al., 2022). Åpenheten og kunnskapen bidro til å senke terskelen for at barna søker profesjonell hjelp (Kristensen et al., 2022; Foster & Isobel, 2018).

Når sykepleierne kommer i posisjon til å iverksette intervensjoner, slik som i *COPMI*-studiet, kan de tilby barna muligheten til å stille spørsmål og delta aktivt i samtaler om situasjonen deres. Dette er avgjørende for å hjelpe dem med å forstå og håndtere deres egne følelser og bekymringer. Sykepleierne får muligheten til å betrygge barna om at foreldrenes sykdom ikke er et produkt av dem, noe Kristensen et al. (2022) trekker fram som viktig for aldersgruppen.

Mange familier distanserer seg fra den syke på en måte som påvirker både barna og pasienten negativt. Sykepleiere må derfor se familien som en helhet (Stubberud & Sjøberg, 2021, s. 216; Fjær & Kletthagen, 2020, s. 455-456). Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, barna og øvrige pårørende må være sterk nok til å forbedre familiens samlede relasjon. Når familiens tilnærming til sykdommen påvirker barnas trygghet, er det viktig at sykepleiere fokuserer på denne familiære relasjonen. Likevel er det ikke alle barn og familier som drar nytte av en helhetlig tilnærming; i noen tilfeller kan det være mer skadelig for barnet å eksponeres for foreldrene under behandlingen. Sykepleiere og deres team må derfor vurdere barnas ønsker og behov nøye. (Kristensen et al., 2022; Foster & Isobel, 2018). Dette kan kartlegges i Family Assessment Forms, som beskrevet tidligere (Kristensen et al, 2022)

For å ivareta barn av psykisk syke foreldre må sykepleiere bruke en kombinasjon av familieterapi, relasjonsbygging, og tilpasset informasjon. Å utvikle gode relasjoner til barna og foreldrene, samt gi dem den nødvendige støtten og informasjonen er avgjørende. (kilde?(foster & Isobel, 2018). Videre er det viktig å være bevisst på lovgivningens krav og yrkesetiske retningslinjer, samt helsepersonells kompetanse for å sikre faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Norsk sykepleierforbund, 2023). Gjennom en helhetlig og empatisk tilnærming kan sykepleiere bidra til å skape en trygg og støttende ramme for barn og deres familier, og dermed ivareta barna. (Skau, 2024, s. 79, 84)

5.4 Støtte på arbeidsplassen

En av de største utfordringene for sykepleiere er mangel på lederstøtte og tilstrekkelige ressurser på arbeidsplassen, som tid og bemanning. Lauritzen og Reedt (2013) påpeker at manglende vilje til å tilby nødvendige ressurser, slik som tilfredsstillende bemanning, er en betydelig hindring. Når helsepersonell ikke får nødvendig støtte fra ledelsen, kan

det føre til stagnering i utviklingen og implementeringen av optimale omsorgsveier for barna. Tilgjengelig tid ble fremhevet som en kritisk ressurs. Foster og Isobel (2018) fremhevet at utilfredsstillende tidsrom til å utføre arbeidsoppgaver, relatert til økt arbeidsmengde, førte til at nye retningslinjer ikke ble tilstrekkelig implementert.

Som nevnt tidligere er relasjonskompetansen viktig, spesielt i møte med barn i alderen 6-12 år, da disse er spesielt sårbare for å utvikle følelser av utilstrekkelighet og mindreverd dersom de ikke mottar anerkjennelse og positive tilbakemeldinger (Håkonsen, 2021, s. 57). For å oppnå dette trenger sykepleiere støtte fra organisasjonen i form av opplæring, veiledning og tilgang til ressurser som kan bidra til å utvikle og styrke deres relasjonskompetanse (Lauritzen et al., 2014; Lauritzen & Reedtz, 2013).

Helsepersonelloven (1999, §2-10a) pålegger helsepersonell å ivareta barn til alvorlig syke eller skadede personer, mens spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-7a) krever at hver avdeling har en barneansvarlig. Disse juridiske rammene understreker behovet for at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ressurser til å utføre sine oppgaver. Selv om nye retningslinjer innføres, blir det ikke gjort tilgjengelig ekstra personell eller tid til oppgavene. Det dokumenteres at flere institusjoner mangler opplæringsprogram og klare retningslinjer for sine ansatte (Foster & Isobel, 2018,; Lauritzen et al., 2014). Sykepleiere uttrykte at uten spesifikk implementering fikk de ikke endret praksis i tråd med nye lover (Lauritzen et al., 2014). Dette inkluderer behovet for tid, verktøy, nye rutiner, opplæring, utdanning og tilstrekkelig personale. Mangel på dette medførte at behandlere prioriterte kritiske og tidspressede oppgaver framfor familie- og barneomsorgen Lauritzen & Reedtz, 2013,; Foster & Isobel, 2018).

Selv om lovendringene påla institusjoner å utnevne barneansvarlig personell, ble det ofte ikke lagt til rette for at denne oppgaven kunne utføres på tilstrekkelig vis. Lauritzen og Reedtz (2013) påpeker at barneansvarlige arbeider mye alene og får ansvar for oppfølging av kollegers implementering av nye reglementer. For å gjøre denne rollen mer appellerende, ble det ytret ønske om opplæringstilbud og mulighet til å arbeide i etablerte team bestående av motiverte ansatte. Dette ga mer robust støtte til barna og deres familier, samtidig som det bidro til å redusere byrden på den enkelte ansatte (Lauritzen & Reedtz, 2013; Skogøy et al., 2019).

5.5 Studiens styrker og svakheter

Vi gjennomførte systematiske litteratursøk som vist i tabell over søkehistorikk ved bruk av søkeord fra problemstillingen (vedlegg 1). Ettersom det viste seg komplisert å finne 7-10 relevante artikler ut fra ett enkeltsøk, så vi det som nødvendig å benytte variasjoner av søkeordene. Det kan fremstå som en svakhet at det måtte benyttes varierte kombinasjoner, da dette avviker fra systematisk litteratursøk. Likevel fant vi det nødvendig for å finne relevante forskningsartikler. Gjennom disse søkene kom vi fram til en rekke både kvantitative og kvalitative artikler. Artiklene ble silt ut ifra kvalitet og relevans i henhold til problemstillingen, til vi sto igjen med seks kvalitative og en kvantitativ artikkel. De kvalitative studiene er intervjubasert innenfor mindre geografiske områder. Intervjuspørsmål kan misforstås, og funnene kan være svekket av en mangelfull demografisk framstilling, noe som vil være en svakhet. Vi valgte å se på inkluderingen av kvantitativ studie som en styrke, da denne gir et helhetlig bilde av emnet.

Fire av artiklene er fra Norge, resterende tre er fra land med liknende ressurser som Norge. Dette ser vi på som en styrke i forhold til relevant klinisk praksis. Enkelte av artikkelforfattere er gjennomgående i flere artikler, men kun én står som førsteforfatter to ganger, og vi har vurdert artiklene som stabile studier i seg selv.

Alle forskningsartiklene er publisert på engelsk. Artiklene har derfor blitt oversatt til norsk, noe som er en svakhet siden det kan medføre feiltolkninger. For å kvalitetssjekke dette, har vi rullert på å oversette, for deretter å sammenlikne funnene våre. I tilfeller der det var nødvendig, benyttet vi oversettelsesfunksjoner som digital ordbok og KI.

5.6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt hvordan sykepleiere kan ivareta barn av psykisk syke foreldre gjennom aktuell teori og funn fra relevant forskning.

Sykepleiere har en avgjørende rolle i å ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Dette ansvaret er forankret i både lovverk og yrkesetiske retningslinjer. For å kunne ivareta disse barna på en faglig forsvarlig måte, er det avgjørende at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse.

Det må bli tilrettelagt på et organisatorisk nivå for å kunne ivareta barna. Ledere må legge til rette for at ivaretagelse av pårørende krever ekstra tid og personell, samt legge til rette for opplæring av helsepersonell gjennom kurs, seminarer og simuleringer.

Flere metoder for ivaretagelse av barn ble vist i forskningen. Noen viste til sykepleiere som hadde samtaler med barna. Da var det viktig med tilrettelagt kommunikasjon og informasjon. Andre så på familien som en helhet hvor foreldrene kunne brukes som en ressurs i ivaretagelse av barn. Man kunne gjøre dette ved å øke kompetansen til foreldrene som da ville være med på å hjelpe barnet i sin situasjon.

Det som er aktuelt er at sykepleiere, foreldre og ledere må sitte med barnets beste i tankene når den omsorgsfulle og faglig forsvarlige hjelpen skal utøves.

5.6.1 Betydning for sykepleie

Som nevnt gjennomgående i oppgaven, er helsepersonell lovpålagt å ivareta barn som pårørende. Denne oppgaven medfører både positive og negative konsekvenser for sykepleiere. En negativ konsekvens kan være at ivaretagelsen av pårørende krever tid fra pasientens behandling og behov for hjelp. Sett fra en annen vinkel kan pårørendearbeid være en positiv del av behandlingen for pasientene det gjelder.

For at ivaretagelse av barn som pårørende skal fremstå som et positivt tilbud i behandlingen, samt en funksjonell helhetlig tilnærming til pasientarbeid, må ledelsen støtte opp med de ekstra ressursene dette krever. Hvis ressursene ikke blir tilgjengeliggjort, fører det til økt arbeidsmengde og risiko for utbrenthet.

5.6.2 Forslag til videre forskning

Denne oppgaven har fokusert på sykepleieres perspektiv rundt ivaretagelse av barn som pårørende til psykisk syke foreldre. For et mer helhetlig bilde av oppfølgingen, tror vi det ville være nyttig å utforske disse barnas utvikling og opplevelser rundt ivaretagelsen over lengre perioder.

Referanser

- Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review in health and social care: A Practical Guide* (5. utg.). Open University Press.
- Barnekonvensjonen. (1989). Konvensjon om barnets rettigheter (20-11-1989). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8
- Bokmålsordboka. (u.å.). Ivareta, vareta. I bokmålsordboka. Hentet 24. April 2024. Fra <https://ordbokene.no/bm/27390>
- Dahl, A. A. (2020). Hva er psykiske lidelser?. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig fagforståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 8-13). Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk.no. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Forskningsetikk.no. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. Utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). *Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data*. Australian Journal of Advanced Nursing <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fjær, K. K. og Kletthagen, H. (2020). Samarbeid med pårørende. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig fagforståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 451-458). Gyldendal Akademisk.
- Foster, K. & Isobel, S. (2018). Towards relational recovery: Nurses' practices with consumers and families with dependent children in mental health inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 727-736. <https://doi.org/10.1111/inm.12359>
- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid - sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig fagforståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-67). Gyldendal Akademisk.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (5. Utgave.). Fagbokforlaget.

- Helsebiblioteket. (2021, 17.september). *1.4 Sjekklistor: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbruk*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet (2024, 13. mars). *Pårørendeveileder: 5. Informasjon og støtte til barn som pårørende*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parorende>
- Helsepersonelloven. (2017). Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, kapittel 2 § 10a. (hentet: 20.02.24) Lovdata
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10a>
- Håkonsen, K. M. (2021). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kanalregisteret. (u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringsavtaler*. Hentet 24. mai 2024 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside/>
- Kristensen, K.B., Lauritzen. C. og Reedtz, C. (2022). Support for Children of Parents With Mental Illness: An Analysis of Patients' Health Records. *Frontiers in Psychiatry* . doi: 10.3389/fpsy.2022.778236
- Laser, C., Modarressi, A., Skogøy, B. E., Ruedert, A., Daubmann, A., Höller, A., Zapf, A., Pawils, S., Taubner, S., Winter, S., Maybery, D. og Wiegand-Grefe, S. (2022). Clinical Implementation and Evaluation of Three Implementation Interventions for a Family-Oriented Care for Children of Mentally Ill Parents (ci-chimps): Study Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Trial. *Frontiers in Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsy.2022.823186
- Lauritzen, C. og Reedtz, C. (2013). Support for Children of Service Users in Norway *Mental Health Practice*. DOI: 10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875
- Lauritzen, C., Reedtz, C., TM Van Doesum, K. and Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC health services research*.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/58>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal
- Norsk sykepleieforbund (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 08.05.24 <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Sjøberg, I. L.. (2021). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. Utg., s. 127-166). Gyldendal akademisk.
- Skau, G.M. (2024). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (6.utg.) Cappelen Damm Akademisk

- Skaug, E-A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov og helse* (4. Utg., bind 2, s.43-89). Gyldendal Akademisk
- Skogøy, B. E., Ogden, T., Weimand, B., Ruud, T., Sørgaard, K. Og Maybery, D. (2019). Predictors of family focused practice: organisation, profession, or the role as child responsible personel?. *BMC health Services Research*, 19(793).
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4553-8>
- Spesialhelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialhelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stubberud, D-G., Sjøberg, L. (2021). Når mindreårige barn er pårørende til akutt og/ eller kritisk syke pasienter, I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. Utg., s. 216-232). Gyldendal akademisk.
- Tchernegovski, P., Hine, R., Rupert, A. E., Maybery, D. J. (2018). Adult mental health clinicians' perspectives of parents with a mental illness and their children: single and dual focus approaches. *BMC Health Services Research*, 2018(611).
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3428-8>
- Torvik, A. A., Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. (rapport 2011:4). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1: søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
parental mental illness AND Healthcare professionals OR Nurse*	09.04. 24	Cinahl Complete og Medline	Research article, peer review, 2013, Danish, English, Norwegian, Swedish	7	12	3	Kristensen et al., 2022
Support for children AND Nurse*	23.03. 24	Cinahl Complete	Research article, peer review, 2013, Danish, English, Norwegian, Swedish	78	8	2	Lauritzen og Reedtz 2013
Children of mentally ill parents OR Children of impaired parents	03.04. 24	Cinahl Complete	Full text, peer review, 2013, Danish, English, Norwegian, Swedish	108	12	5	Lauritzen et al., 2014 Laser et al., 2022

Children av next of kin AND mental health nursing or psychiatric nursing AND mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness AND institutional care AND children of impaired parents AND Psychiatric mental health nurse practitioners AND hospitals, psyciatric	02.04. 24	Cinahl complete	Full Text Apply equivalent child: 6-12 years Swedish, danish, norwegian, english, SmartText Searching	6973	12	3	Tchernegovski et al., 2018
Children of Impaired Parents AND Parent-Child Relations+ AND Nursing care for children of mentally ill parents	10.04. 24	Cinahl complete	Peer Reviewed; 2013 Danish, English, Norwegian, Swedish	68 131	12	3	Skogøy et al., 2019
child-responsible personnel AND Nurse* AND children of impaired parents AND MH "Children of Impaired Parents+ AND MH "Nurses+ AND MH "Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses"	10.04. 24	Cinahl complete	Peer Reviewed. Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	97 944	6	4	Foster & Isobel, 2018

Vedlegg 2: Artikkelmatrikse

Referanse 1	Foster, K. & Isobel, S. (2018). Towards relational recovery: Nurses' practices with consumers and families with dependent children in mental health inpatient units. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 27(2), 727-736. https://doi.org/10.1111/inm.12359
Studiens hensikt	Målet med studien er å undersøke sykepleiernes tilnærming til samarbeid med familier i dedikerte familierom, i sammenheng med innleggelse av foreldre i psykiatriske enheter.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Children of parents with a mental illness, family recovery, family rooms, family- focused practice, mental health nursing, parenting.
Metode	<p>Metode: Kvalitativ studie.</p> <p>Utvalg: Autoriserte sykepleiere med ulik erfaring fra fire døgnbaserte psykiatriske helsesentre i New South Wales, Australia.</p> <p>Datainnsamling: Semistrukturerte dybdeintervju på 30-60 minutter. Intervjuene utforsket sykepleiernes oppfatninger av sin rolle og praksis når de jobbet med psykisk syke foreldre og deres barn (0-18) og familier. Spørsmålene berørte hvordan de samhandlet med familier i familierom og hvordan denne praksisen passet inn i omsorgsmodellen til enheten.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble organisert ved hjelp av NVivo 9 software, og deretter tematisk analysert ved bruk av Braun og Clarke´s tilnærming.</p> <p>Dataene ble kodet og satt sammen for å finne hovedtemaer. Temaene ble deretter gjennomgått i en interaktiv prosess, diskutert av forfatterne og justert til alle var enige.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>For at det skal lykkes, må overgangen til en relasjonell rehabiliteringsmetode innen psykisk helsevern være forankret i tydelige, familieorienterte retningslinjer, roller og prosedyrer. Disse må aktivt støttes, tilføres nødvendige ressurser, og forsterkes på organisatorisk, ledelsesmessig og lokalt nivå, samt inkludere klare roller, prosedyrer og bruke av familierom.</p> <p>Sykepleiere og annet helsepersonell trenger klar rolleforståelse og opplæring i familieorientert praksis, inkludert spesifikke intervensjoner som terapeutiske diskusjoner med pasientene om deres rolle som foreldre. Reflekterende klinisk veiledning kan være nyttig for å styrke deres arbeid med barn og familier.</p> <p>Praksisstandardene for familier der en forelder har en psykisk lidelse er en viktig ressurs for voksenpsykisk helsevern, da de gir veiledning for effektiv familieorientert praksis.</p>
Kommentarer og relevans for problemstilling	Analysen utviklet tre temaer: balansering av risiko og sikkerhet, tilrettelegging av familiære forbindelser, og integrering av familierom i omsorgstilbudet. Sykepleierne satte søkelys på risiko og sikkerhet for pasienter og deres familier, spesielt for å beskytte barn. De anerkjente viktigheten av familiære bånd, men følte seg usikre på terapeutiske muligheter og så behov for mer opplæring.

Vedlegg 3: Artikkelmatrise

Referanse 2	Kristensen, K.B., Lauritzen. C. og Reedtz, C. (2022) Support for Children of Parents With Mental Illness: An Analysis of Patients' Health Records. <i>Frontiers in Psychiatry</i> . doi: 10.3389/fpsy.2022.778236
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	Denne forskningen sin hensikt var å se på hvordan modellen <i>Child Talks</i> presterte i helsevesenet. Det ble satt fokus på ulike punkter ved denne metoden/modellen som var: Foreldres deltakelsesgrad Barnas deltakelsesgrad, og årsaker til at de ikke var med Alder, kjønn og psykososiale ulikheter mellom deltakende og ikke-deltakende barn, og; Helsepersonells støtte og informasjon til barna
Nøkkelbegrep/ Keywords	<i>children of parents with mental illness, parental mental illness, mental healthcare services for adults, healthcare professionals, preventive intervention, support of patients' children</i>
Metode	Metode: Kvantitativ studie. Utvalg: pasienter som var innlagt på grunn av mental helse eller rusmisbruk Datainnsamling: Statisk- og kvalitativ tematisk analyse av data hentet inn fra pasientjournaler fra 2010-2015. Analyse: I analysedelen ser forskningen på innholdet i pasientjournalen, med fokus på hva som er journalført av familie assesment forms og child talks samtale.
Resultat/ konklusjon	Det ble funnet tre hovedpunktet av hva som var viktig for å støtte barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Det første var at det var viktig å prate med barna om foreldrenes sykdom. Det andre punktet var at man må sette lys på hva barna sliter med og det siste var at helsearbeidere må evaluere barnas situasjon og mulig behov for videre hjelp og oppfølging.
Kommentarer og relevans for problemstilling	Tar for seg <i>Child Talks</i> og <i>Family Assesment forms</i> som et sykepleietiltak i hvordan ivareta barn som pårørende.

Vedlegg 4: Artikkelmatrise

Referanse 3	Lauritzen, C., Reedtz, C., TM Van Doesum, K. and Martinussen, M. (2014) Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. <i>BMC health services research</i> . https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	Denne studien ser på endringer som ble gjort og ikke gjort etter lovendringen i Norge i 2010. Studien ser på endringene i registrering, ivaretagelse og rutiner helsepersonell utførte før og etter lovendringen.
Nøkkelbegrep/ Keywords	<i>Implementation, Changed clinical practice, Children of mentally ill, parental mental health</i>
Metode	Metode: Kvalitativ studie. Utvalg: Helsepersonell og ledelsen ved UNN - universitetssykehuset i Nord-Norge. Datainnsamling: Spørreundersøkelse Analyse: Ser på at det er flere punkter som må forbedres ved implementering av nye rutiner på flere nivåer.
Resultat/ konklusjon	Denne forskningen viser at det har skjedd en liten endring i rutinen etter lovendringen. Forskningen viser til endringer i rutinen av registrering av barn som pårørende, men viser at det var lite endring av ivaretagelsen av barna tre år etter lovendringen. Forskningen viser også svar på de mindre spørsmålene ved forskningen slik som at helsepersonells kunnskap er et viktig nøkkelpunkt i ivaretagelse av barn som pårørende.
Kommentarer og relevans for problemstilling	Viser til at kunnskap hos helsepersonell er et viktig punkt for å kunne ivareta barn som pårørende.

Vedlegg 5: Artikkelmatrikse

Referanse 4	Skogøy, B. E., Ogden, T., Weimand, B., Ruud, T., Sørgaard, K. Og Maybery, D. (2019). Predictors of family focused practice: organisation, profession, or the role as child responsible personel?. <i>BMC health Services Research</i> , 19(793). https://doi.org/10.1186/s12913-019-4553-8
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	Undersøke hvordan familieorientert praksis tar hensyn til barn som pårørende. Ligger ansvaret hos organisasjon, profesjon eller barneansvarlig?
Nøkkelbegrep/Keywords	<i>Family focused practice, Children as next of kin, Children of ill parents, Parental illness, Professional differences, Child responsible personnel, Policy changes, Legislation</i>
Metode	Metode: Kvalitativt studie, tverrsnittstudie. Utvalg: Helsepersonell ved psykiatriske enheter. Datainnsamling: Spørreskjema om familiefokusert praksis, forskjeller i forhold til helsepersonells bakgrunn og rolle, samt forutsetninger for støtte fra foreldre, barn og familier. Utfylt av 280 helsepersonell ved psykiatrisk institusjon. Analyse: Analyserer forskjellene i familieorientert psykisk helsepraksis, knyttet til helsepersonells bakgrunn og rolle. Den utforsker deretter deres forutsetninger for å yte støtte til foreldre, barn og familier.
Resultat/konklusjon	Det fremkommer at type yrkesgrupper har forskjellige forutsetninger for å yte familieorientert støtte. Sosialarbeidere scoret høyest, etterfulgt av sykepleiere. En mulig grunn til dette kan forekomme av at sosialarbeidere og sykepleiere i større grad er villige eller i stand enn leger og psykologer til å følge de nye lovmessige kravene. Funnene understreker betydningen av tverrfaglige og tilpasset opplæring for å styrke helsepersonells evne til å støtte barn og familier der forelder/foreldre er syk(e).
Kommentarer og relevans for problemstilling	Studien baserer seg på forskningsbaserte nasjonale retningslinjer om pårørende (barn og voksne) for helse- og omsorgstjenester i 2017. Opplæring er viktig for å ivareta barn som pårørende.

Vedlegg 6: Artikkelmatrikse

Referanse 5	Tchernegovski, P., Hine, R., Rupert, A. E., Maybery, D. J. (2018). Adult mental health clinicians' perspectives of parents with a mental illness and their children: single and dual focus approaches. <i>BMC Health Services Research</i> , 18(611). https://doi.org/10.1186/s12913-018-3428-8
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	Belyse helsearbeideres perspektiver og holdninger ovenfor psykisk syke foreldre og deres barn, samt hvordan personell balanserer begge gruppenes behov.
Nøkkelbegrep/ Keywords	<i>Parental mental illness, workforce issues, Family-focused practice, interpretative phenomenological</i>
Metode	Metode: Kvalitativ studie. Utvalg: Elleve behandlere ved voksenpsykiatrisk helsetjeneste i Australia. Datainnsamling: Semi-strukturerte intervju som baserer seg på behandlernes erfaringer i arbeidet med foreldre med psykiske lidelser. Analyse: Det ble utført en fortolkende fenomenologisk analyse av resultatene for å undersøke deltakernes opplevelser og personlige reaksjoner rundt foreldrene og deres barn.
Resultat/ konklusjon	Det forekom betydelige forskjeller blant deltakernes reaksjoner knyttet til foreldre og barn, samt fokuset deres i arbeid med psykisk syke foreldre. Sympati og ansvarfølelse gjorde det vanskelig for personell å opprettholde dobbelt fokus i behandlingen, noe som fokuserte at de utelukkende fokuserte på enten pasient eller barn. Andre deltakere i studien viser til strategier og støtte som hjalp dem opprettholde et dobbelt fokus der erfaringer og behov fra begge grupper ble synliggjort. Det ble opplevet som problematisk for helsepersonell å opprettholde dobbelt fokus der pasienters og barns erfaringer og behov tas i betraktning. Funnene viser at utfordringene kan reduseres ved tilgang på tilstrekkelig støtte på arbeidsplassen og et rammeverk som vektlegger foreldre- <i>Empowerment</i> .
Kommentarer og relevans for problemstilling	Til hvilken grad og hvordan sykepleiere og relatert helsepersonell ivaretar barn og psykisk syke foreldre i institusjon.

Vedlegg 7: Artikkelmatrikse

Referanse 6	Laser, C., Modarressi, A., Skogøy, B. E., Ruepert, A., Daubmann, A., Höller, A., Zapf, A., Pawils, S., Taubner, S., Winter, S., Maybery, D. og Wiegand-Grefe, S. (2022) Clinical Implementation and Evaluation of Three Implementation Interventions for a Family-Oriented Care for Children of Mentally Ill Parents (ci-chimps): Study Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Trial. <i>Frontiers in Psychiatry</i> . doi: 10.3389/fpsy.2022.823186
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	Ser på implementeringen av en modell som skal være et nyttig verktøy for helsepersonell i ivaretagelse av barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Tre hovedpunkter i modellen/intervensjonen <i>CHIMPS</i> ; optimal omsorgsvei, opplæring for helsepersonell og systematisk screening av barna
Nøkkelbegrep/ Keywords	<i>Children of mentally ill parents, implementation research, family implementation interventions, randomized controlled trial, multicenter trial</i>
Metode	<p>Metode: Kvalitativ studie. Utvalget blir randomisert delt i to grupper, en forskningsgruppe og en kontrollgruppe. Det er oppfølging av gruppene etter 12 og 24 mnd.</p> <p>Utvalg: Det er 20 senter innen mental helse som er med i forskningen. 10 i forskningsgruppen og 10 i kontrollgruppen. Det droppet ut to senter fra forskningsgruppen så det ble bare 8 senter i forskningsgruppen. Utvalget av pasienter er pasienter med mental sykdom, som har barn som er mindreårige.</p> <p>Datainnsamling: 12 mnd og 24 mnd etter forskningssentrene fikk iverksatt <i>CHIMPS</i> intervensjonen ble det sendt ut en spørreundersøkelse.</p> <p>Analyse: All statistisk analyse ble utført ved hjelp av SPSS sin nyeste versjon. SPSS er en digital programvare laget for å utføre statistiske analyser. Resterende av funnene ble analysert ved hjelp av <i>intention-to-treat</i> metoden, som går ut på at alle svarene ble analysert sammen av samme person, uavhengig om det var kontrollgruppen eller forskningsgruppen. Den som analyserer er uviten om hvem som er i hvilken gruppe.</p>
Resultat/ konklusjon	Det vises at slike intervensjonen som <i>CHIMPS</i> er veldig nyttig i ivaretagelsen av barn som pårørende, men de kommer ikke fram til noe svar om hva som er best metode for å implementere en slik intervensjon.
Kommentarer og relevans for problemstilling	Forteller mye om intervensjonen <i>CHIMPS</i> og hvordan den virker og viser til at det er en fordel for helsepersonell og familiene med en slik modell. Det gjør helsepersonell tryggere og det viste til at den var veldig nyttig i ivaretagelse av barn som pårørende, og for foreldrene.

Vedlegg 8: Artikkelmatrikse

Referanse 7	Lauritzen, C. og Reedtz, C. (2013) Support for children of service users in Norway: <i>ResearchGate</i> . DOI: 10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	Undersøke om helsepersonells negative holdninger og organisatoriske barrierer påvirket identifisering og iverksetting av tiltak for barn som pårørende av psykisk syke foreldre.
Nøkkelbegrep /Keywords	<i>Challenges to change, child support, mentally ill parents</i>
Metode	Metode: Kvalitativ studie. Utvalg: ansatte og ledere på psykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten ved sykehuset i Nord-Norge. Datainnsamling: Spørreundersøkelse som ble svart i 2011 Analyse: Dataene ble analysert ved hjelp av rammeverksanalyse der informasjon fra forskjellige informanter ble kodet og delt inn i to hovedkategorier. Kategoriene ble deretter sammenlignet.
Resultat/konklusjon	Med utgangspunkt i at dette var i 2011 så ble det funnet at det var flere utfordringer etter lovendringene om å ivareta barn som pårørende. Det ble funnet utfordringer på flere nivåer, som organisatoriske utfordringer, utfordringer blant de ansatte, utfordringer blant familien og andre utfordringer som kanskje relaterer litt mer til der studien ble gjennomført som geografiske utfordringer. De ansatte som svarte ga også svar på hva de mente var viktig å ta med i betraktning når man skal ivareta barn som pårørende.
Kommentarer og relevans for problemstilling	Viser til hva man må ta i betraktning når man skal ivareta barn som pårørende. Ledelsen må gi nok tid og ha nok ansatte, de ansatte må ha nok erfaring og kunnskap om denne gruppen.

