

BACHELOROPPGAVE

Barn som pårørende ved psykisk lidelse

”Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta barn som pårørende til en forelder med psykiske lidelser?”

Av

Kandidatnummer: 14

Navn: Nathalie Elin Amundsen Ørbeck

Bachelor i Sykepleie

SK 152

November 2016

Antall ord: 6883

Veileder: Runar Tengel Hovland



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 14

Navn: Nathalie Elin Amundsen Ørbeck

JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Oppgaven omhandler barn som pårørende til forelder innlagt ved psykiatrisk avdeling. Ifølge Bøckmann og Kjellevold (2010) viser forskning at psykiske lidelser i seg selv ikke er skadelig for barnets utviklingsmønster. Avgjørende faktor for barnets utvikling er i hvilken grad forelders atferd med psykisk sykdom er hensiktsmessig i forhold til barnets utvikling og behov. Formålet med å skrive denne oppgaven er å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan ivareta barnas individuelle behov.

Problemstilling: "Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta barn som pårørende til en forelder med psykiske lidelser?"

Fremgangsmåte: Oppgaven er en litteraturstudie basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og case for å belyse hva som er praksis i dag.

Oppsummering: Gjennom drøfting av litteratur, forskning og case fra Bjørgvin DPS ser jeg at helsepersonells rolle er viktig for å skape en god relasjon med pasienten, det er gjennom pasienten du kommer i kontakt med barnet. Det er viktig å ha fokus på barn som pårørende innen spesialisthelsetjenesten slik at helsepersonell har nok kunnskap om hvordan de skal ivareta barn i ulike aldre. Kommunikasjon og åpenhet har stor betydning i møte med barn som pårørende. De trenger å forstå for å kunne skape en sammenheng i tilværelsen. Som helsepersonell må vi veilede foreldre slik at de kan ivareta barna sine best mulig selv, samtidig som vi er en støttespiller. Jeg mener at økt fokus på barn som pårørende til disse pasientgruppene er noe vi burde ha mer av i sykepleierutdanningen.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling med avgrensing	1
1.3 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Teori	3
2.1 Hva er et barn som pårørende?	3
2.2 De usynlige barna	4
2.3 Barns behov for kommunikasjon, informasjon og støtte	4
2.4 Konsekvenser for barna	6
3.0 Metode	8
3.1 Beskrivelse av metode	8
3.2 Søke – og utvalgsprosessen	8
3.3 Beskrivelse av case Bjørgvin DPS	9
3.4 Valg av litteratur	10
3.5 Kildekritikk	10
4.0 Drøfting	12
4.1 Hva er et barn som pårørende?	12
4.2 De usynlige barna	13
4.3 Barns behov for kommunikasjon, informasjon og støtte	14
4.4 Konsekvenser for barna	16
5.0 Konklusjon	17
6.0 Bibliografi	18

Vedlegg 1.

Vedlegg 2.

1.0 Innledning

Forskning viser at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har høyere risiko for å utvikle slike diagnoser. Konsekvenser for barna kan ha sammenheng med hvor alvorlig den psykiske lidelsen er hos forelder. Ifølge Torvik og Rognmo (2011) har ca. 410 000 barn i Norge mellom 0-18 år foreldre med psykiske lidelser. 23,1% av barna har foreldre med moderate eller alvorlige psykiske lidelser, 10,4% av dem med alvorlige lidelser. Psykiske lidelser defineres som en tilstand hvor kravene for en psykiatrisk diagnose er oppfylt. Diagnosene er varierende, fra mild og forbigående grad til moderat eller tyngre grad (Helgeland, 2012, s. 185-186).

Høsten 2015 ga Helsedirektoratet ut rapporten *Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie*, som omhandler barn som pårørende i forhold til de nye lovendringene satt i verk fra 2010. Den består av informasjon om 534 familier, 199 innen psykisk helsevern. Formålet var at barn med foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten skulle få ny kunnskap om situasjonen (Helsedirektoratet, 2015).

I forskrift om pasientjournal § 8 t) (2000) skal barn som pårørende registreres i pasientens journal. Det ble utført en kartlegging i multisenterstudien for å undersøke registrering av barn i journal. Undersøkelsen ble gjort for å finne svar på om helsepersonell følger lovgivningen om barn som pårørende. I alt ble det gjort 594 registreringer, 61% i psykiatrien (882 av 1438 barn). Ifølge Helsedirektoratet (2015) fungerte ikke loven som den skulle etter 5 år og tiltak var nødvendig på flere områder.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I min bacheloroppgave har jeg valgt å skrive om barn som pårørende til foreldre med psykisk lidelse. Jeg ønsker å skrive om dette fordi det er et tema som lenge har vært tabubelagt, men i de senere år blitt mer vektlagt innen helsevesenet. Tidlig på 90-tallet ble det større oppmerksomhet på viktigheten av å se "de usynlige barna" (Helsedirektoratet, 2015). Ifølge Helgeland (2012, s. 187) viser studier at barn som ikke får informasjon om forelderens psykiske lidelse, blir engstelig og redd. Det er viktig å ha fokus på barn, det er vanskelig for dem å forstå hva som skjer når en forelder endrer atferd eller er ulik andre foreldre. Ved å skrive denne oppgaven ønsker jeg å få mer kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan ivareta barna individuelt.

1.2 Problemstilling med avgrensning

"Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta barn som pårørende til en forelder med psykiske lidelser?"

Temaet jeg har valgt er stort og oppgavens omfang gjør det nødvendig å avgrense. Både barn som pårørende og psykiske lidelser er store tema. Jeg vil fokusere på tiltak som kan iverksettes for å hjelpe barn i en situasjon hvor en av foreldrene er psykisk syk. Jeg velger å ikke ta stilling til om det er mor eller far som er syk, samt hvilke type diagnose forelder har. Dette gir best tilgang til å finne relevant litteratur og forskning. Jeg avgrenser problemstillingen til møte med mindreårige barn når forelder er innlagt ved psykiatrisk avdeling. Med mindreårige barn mener jeg barn til og med fylte 18 år. Mindreårige barn har et stort behov for informasjon, rom for samtale og følelse av å bli forstått og sett. Et barn på 7 år kan ha behov for at informasjonen som gis er lettere forståelig enn til en 15 åring. Som profesjonsutøver kommer man ofte i kontakt med hele familien, arbeider helhetlig og må ta hensyn til det som er rundt pasienten.

1.3 Oppgavens disposisjon

Etter retningslinjene for oppgaveskriving til emnet er oppgaven delt inn i fem hovedkapitler som videre er delt inn i flere underkapitler.

I kapittel 1, innledningen: begrunner jeg valg av tema og presenterer problemstillingen med avgrensing.

Kapittel 2, teoridel: innledes med en kort presentasjon om hva leser kommer til å få vite, før jeg tar for meg relevant teori i forhold til tema og problemstilling.

Kapittel 3, metodedel: innledes med en kort presentasjon av innholdet i metodedelen. Deretter beskrives valg av metode, litteratur og gjennomgang av forskningsartikler. I dette kapitlet presenteres også en case. Til slutt nevner jeg kildekritikk.

Kapittel 4, drøftingsdel: består av drøfting i forhold til teori, forskningsartikler og case fra Bjørgvin DPS.

I kapittel 5, konklusjon: gir jeg en kort oppsummering av svar og funn gjort i oppgaven.

2.0 Teori

I teorikapittelet presenterer jeg det faglige grunnlaget for min problemstilling: *Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta barn som pårørende til en forelder med psykiske lidelser?* Jeg velger derfor å presentere teori om følgende tema: hva er et «barn som pårørende», "de usynlige barna", barns behov for kommunikasjon, informasjon og støtte samt konsekvenser for barna. I teoridelen presenteres også forskningsartiklene jeg har valgt som relevant for oppgaven. Utvalg og funn av forskning er beskrevet i metodedel, kapittel 3.

2.1 Hva er et barn som pårørende?

Ytterhus (2012, s. 19-20) skriver at «Barn som pårørende» både er et enkelt men samtidig vanskelig begrep. Definisjoner innen jus og hverdagslivet samsvarer ikke alltid med virkeligheten. Hele livet er vi våre foreldres barn, men juridisk sett er vi mindreårige til vi fyller 18 år. Ifølge helsepersonelloven § 10a (1999) er det helsepersonells plikt til å bidra til at mindreårige barn av enkelte pasientgrupper blir ivaretatt. I pasientrettighetsloven § 1-3 stilles det krav til hvem som er nærmeste pårørende. Pårørende er ifølge denne loven definert til å være en myndig person og myndige barn. Begrepet «barn som pårørende» fremstår nokså ulikt i de ulike lovenes begrepsbruk. Å bruke begrepet "pårørende" i forhold til mindreårige barn slik helsepersonelloven gjør, kan føre til forvirring i det daglige blant pårørende, pasienter og helsepersonell. Mindreårige barn av pasienter kan ikke bli utpekt som pårørende, de skal ut ifra sine behov ivaretas av barneansvarlig personell.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a (1999) skal institusjoner under spesialisthelsetjenesten ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn. Svalheim og Steffenak (2016) har gjort en studie hvor målet var å få svar på hvilke oppfatning barneansvarlige har av egen rolle knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Studien ble utført ved Universitetet i Gøteborg. 18 barneansvarlige ved psykiatriske sykehus og distriktpsykiatriske sentre (DPS) ble intervjuet. Det innledende spørsmålet var: "Hva er din oppfatning av rollen knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?". Hovedspørsmålet var: "Hvilken oppfatning har du av egen rolle knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?". Resultatene viste at barneansvarlige ønsker mer tid og kunnskap om hvordan de skal snakke med barn som pårørende i ulike aldre. De hjelper hverandre, utvikler kunnskap seg i mellom og diskuterer problemstillinger. Noen opplever at kollegaer vegrer seg for å snakke med foreldrene om barna, eller snakke med bare barna.

2.2 De usynlige barna

Moen (2009, s. 11) skriver at barn som vokser opp i familier med psykisk lidelse, rus, alkoholmisbruk og vold ofte beskrives som "de usynlige barna". Dette kan være barn du ikke legger merke til på skolen eller i barnehagen. Voksne vet at barna er der, men er usikre på hvordan de skal gå frem for å møte dem. Mange av barna tør ikke å vise hvem de er eller hvordan de egentlig har det. De kan gå rundt med en stor hemmelighet som ingen må få vite. Barn som bærer på hemmeligheter angående familiesituasjon, som sliter med skyldfølelse og tror at det er deres feil. For enkelte barn kan det å gjøre seg usynlig være en strategi. Barna som ikke er usynlige beskrives som umulige, de er aktive, urolige og sinte. Umulige barn kan utfordre de voksne uten at noen gjerne mistenker hva denne uroen kan være uttrykk for. Videre skriver Moen (2009, s. 11) at det ikke finnes usynlige eller umulige barn. Det finnes voksne innenfor hjelpeapparatet, barnehage og skole som ikke tør eller vil se at disse barna har et for stort ansvar. Ifølge (Gjertsen, 2013, s. 16) kan det å føle seg usynlig føre til at barn ikke opplever verdighet og anerkjennelse i samfunnet.

Uansett kvalitet på omsorgen barn får er de avhengige av sine foreldre. Mange barn vet ikke at de har en annerledes hjemmesituasjon enn andre. Barn godtar sin familie både på godt og vondt. Små barn forstår mindre og vet ikke at de befinner seg i en vanskelig situasjon dersom ingen snakker med dem om det. Større barn kan merke at mor eller far ikke oppfører seg som andre, uten begrep om at det er sykdom som er grunnen (Bøckmann & Kjellevold, 2010, s. 258)

2.3 Barns behov for kommunikasjon, informasjon og støtte

1.januar 2010 ble det trådt i kraft endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten. Lovendringen ble gjort for å sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar informasjons- og oppfølgingsbehovet til mindreårige barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge helsepersonelloven § 25 tredje ledd (1999) har barneansvarlige rett til å gi opplysninger til samarbeidende personell.

I Helsedirektoratets rundskriv (2010) står det at helsepersonell skal gjennomføre samtale med forelder ved innleggelse dersom de finner det nødvendig at barn har behov for informasjon eller annen oppfølging. Helsepersonell skal tilby informasjon og veiledning om tiltak som kan være aktuelle for barnet. I samtalen kan barn og andre omsorgspersoner være med innenfor rammene for taushetsplikt. Det må tas hensyn til om barna ønsker å ha med seg en voksen de stoler på dersom forelder ikke deltar i samtalen. Informasjon som gis må tilpasses omstendighetene og barnets individuelle forutsetninger. Alder, kultur, språkbakgrunn, modenhet og erfaring må tas hensyn til. Ofte er det flere barn som må ivaretas i familien. Søsken reagerer individuelt, noe involverte kan ha behov for å vite er normalt.

Formålet ved å samtale med barn ifølge Helsedirektoratet (2010) er en bedre mestring av situasjonen. Å mestre situasjonen vil ikke si at barna skal tilpasse seg forelders sykdom, men helsepersonell skal bidra til god utvikling og forebygge belastninger. Samtale kan hindre videre belastning og problemutvikling. Barn trenger tid til å bearbeide informasjon og har ofte behov for å spørre igjen om innholdet i samtalen.

Ifølge Antonovsky (1991) har mennesker behov for å oppleve sammenheng og forutsigbarhet i tilværelsen. Barn har stort behov for å sette opplevelsene sine i en sammenheng for å kunne takle påkjenninger og stress. Situasjonen barnet er i må være forståelig, håndterbar og meningsfull. Voksne har ansvar for å hjelpe barna til å skape denne sammenhengen i tilværelsen. Dersom de ikke forstår eller får informasjon om hva som skjer i en slik situasjon kan de bli redde. At foreldre er redde er noe av det mest skremmende et barn kan oppleve (Bøckmann & Kjellevold, 2010, s. 259).

Haukø & Stamnes (2009) har gjort en studie basert på prosjektet "Barnas Time" (BT) ved sykehuset i Namsos. Etter forelders innleggelse fikk foreldre og barn mellom 2-18 år tilbud om å være med i samtaler om sykdom, tanker og følelser. Målet med studien var å finne ut hvilke effekt tiltaket hadde hatt for foreldre og barn i tiden etter deltagelse. Det ble tatt utgangspunkt i ti familier som hadde deltatt i BT frem til for 6 måneder siden. Barn og foreldre ble intervjuet hver for seg. 5 av barna følte at det som ble snakket om i timen var til hjelp senere. 3 av barna tvilte litt i starten, men fortalte senere i intervjuet om situasjoner der de hadde hatt nytte av det de hadde lært i timen. 6 av 8 barn opplevde at det var greit å få være litt aleine med veilederne uten foreldre til stede. Ingen kunne tenke seg at tilbudet skulle være annerledes. Resultatene viste at tilbudet bidro til økt mestring av hverdagen for foreldre og barna etter deltagelse i BT.

Solberg og Berg (2015) har gjort en studie hvor formålet var å få frem foreldres erfaringer og oppfatning ved deltagelse i parallelle gruppesamlinger når en av foreldrene har en psykisk lidelse. Det ble gjennomført to intervjuer av fire foreldrepar. Første intervju ble gjennomført etter fjerde gruppesamling. Andre intervju fant sted etter siste gruppesamling, samling nummer åtte. Resultatene viste at foreldre var veldig positive til gruppesamlingene, å dele erfaringer med andre følte befriende og nyttig. Å snakke om roller og posisjoner i familien, oppdage at de ikke er aleine, lære av andre i samme situasjon og erkjenne like tanker og følelser.

Bergem (2016, s. 122) skriver at lov om barn som pårørende ikke er en rettighetslov for barna og de har dermed ikke egne rettigheter til å få informasjon. Det er en plikt for helsepersonell å gi dette til barna. Foreldrene vil som regel være interessert i at barnet deres får informasjon og støtte på best mulig måte. I enkelte tilfeller kan mangel på innsikt i egen sykdom eller situasjon hos foreldre gjøre at de ikke samtykker til samarbeid med andre om å gi barnet informasjon. Ifølge lovverket i dag har

helsepersonell da svært begrensede muligheter til å snakke med barnet, med mindre det foreligger mistanke om omsorgssvikt.

2.4 Konsekvenser for barna

Ifølge Bøckmann og Kjellevold (2010, s. 250-252) viser forskning at psykiske lidelser i seg selv ikke er skadelig for barnets utviklingsmønster. Avgjørende faktor for barnets utvikling er i hvilken grad forelders atferd med psykisk sykdom er hensiktsmessig i forhold til barnets utvikling og behov. Foreldres psykiske lidelse vil ha innvirkning på evne og kapasitet til å være forelder. Barn til foreldre med psykiske lidelser har høyere risiko for å utvikle kognitive, emosjonelle og/eller somatiske vansker selv. Utviklingen kan påvirkes av i hvor stor grad barnet blir involvert i forelders symptomer, genetisk sårbarhet og indirekte effekt av foreldres lidelse som for eksempel manglende utviklingsstøtte.

Videre skriver Bøckmann og Kjellevold (2010, s. 239) at når barn og unge opplever sykdom i nær familie dukker det som regel opp mange spørsmål og livet kan fort endres dramatisk. Familien forandres fra å være en vanlig familie til å bli en familie preget av redsel, usikkerhet og uforutsigbarhet. Roller, samspill og rutiner endres plutselig. Oppmerksomheten rettes mot den som er syk, sykdommen og behandlingen av den. Barn har behov for å føle at de lever i en trygg verden og får omsorgen, tryggheten og kjærligheten de trenger. Barn kan oppleve at foreldres atferd endres når en i familien blir syk. Hverdagslivet blir preget av følelser som smerte, sinne, redsel, irritasjon og sorg. Barn kan oppleve at noen de er glade i har det vondt uten at de kan gjøre noe med det. Mange er redd for å miste den de er glad i.

Barn av psykisk syke tar ofte på seg skylden for forelders sykdom, noe som kan føre til at de holder tanker og følelser for seg selv. Ofte trenger barnet hjelp til å bearbeide uheldige opplevelser. Forelders sykdom eller atferd kan gjøre at barn føler skam. Angst, konsentrasjonsproblemer, søvnforstyrrelser, uro og atferdsendring hos barn er vanlige reaksjoner. Alle familier er ulike når det gjelder ressurser og strukturer, noe helsepersonell må ta hensyn til. Flere barn har omsorgspersoner i familien som kan være en ressurs, det må avklares hvorvidt de kan bistå. Andre barn har ingen eller få omsorgspersoner utenom forelderens som er syk. Som helsepersonell er det viktig å avklare de barna som evt. har behov for andre omsorgspersoner (Helsedirektoratet, 2010).

Bøckmann og Kjellevold (2010, s. 240-241) skriver at når familiemedlemmet oppholder seg på sykehus kan det føles som mangel på kontroll for barnet. Reaksjoner på alvorlig og kronisk sykdom for barn og unge varierer ut fra en rekke individuelle forhold. Alder, kjønn, modenhet og utviklingsnivå hos hvert enkelt barn gjør at de har ulike forutsetninger for å forstå og bearbeide sine

opplevelser. Tidligere erfaringer, temperament, utviklingshistorie og den enkeltes mening om det som skjer påvirker barnets evne til å håndtere situasjonen. Det har også stor betydning for barnet i forhold til hvem det er som er syk.

Östman (2008) har gjort en studie hvor målet var å undersøke opplevelser av hverdagssituasjonen til barn mellom 10-18 år som bor sammen med forelder som har en alvorlig psykisk lidelse. Åtte barn av pasienter som var innlagt ved psykiatrisk avdeling i Sør-Sverige ble intervjuet, med samtykke fra forelder. Alle utenom et barn bodde med eller hadde jevnlig kontakt med en frisk forelder. Det ble stilt åpne spørsmål om forelders sykdom og barnas behov for informasjon. Spørsmål om situasjoner som er lett og vanskelig når du har forelder med en psykisk lidelse, barns behov for støtte og hjelp, og reaksjoner fra slektninger og venner. Intervjuer ønsket at barna skulle snakke om temaet så åpent som mulig. Resultatene i studien viste både positive og negative opplevelser av situasjonen. Positive tema beskrevet av barna var kjærlighet til familien, modenhet og ansvar. Negative tema var behov for samtale, erfaring med frykt og skyld, ensomhet og tilhørende stigma. Flere av barna uttrykte tanker og ønsker for å ha en frisk forelder istedenfor en syk.

Oppsummert kan vi si at litteraturen sier noe om faktorene som er viktige relatert til «barn som pårørende», ”de usynlige barna”, barns behov for kommunikasjon, informasjon, støtte og konsekvenser for barna.

3.0 Metode

I dette kapittelet beskrives valg av metode, søke – og utvalgsprosessen av forskning og hvilke andre litteraturkilder som ligger til grunn for oppgaven. Jeg har valgt å bruke en case som blir presentert her for å drøfte nyere forskning opp mot hva som er praksis i dag senere i oppgaven. Til slutt i kapittelet foretar jeg en kritisk vurdering av kildene jeg har brukt for å besvare problemstillingen min.

3.1 Beskrivelse av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode. Ved å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder som allerede finnes gjør jeg en litteraturstudie. Jeg har samlet inn litteratur, lest kritisk gjennom den og sammenfattet det hele. Hensikten med metoden er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen problemstillingen etterspør, og hvordan jeg har kommet frem til den. Ifølge Thidemann (2015, s. 76) er metode en fremgangsmåte som brukes for å samle inn informasjon og kunnskap for å få svar på en problemstilling.

3.2 Søke – og utvalgsprosessen

For å svare på problemstillingen så jeg det nødvendig å finne nyere forskning på feltet. Nyere forskning kan gi svar på hvordan spesialisthelsetjenesten fungerer i forhold til de nye lovendringene som kom i 2010. Jeg avgrenset søkene til de siste 10 år, da lovendringene har fungert i 6 år. I søkeprosessen har jeg prøvd ulike begrep i ulike kvalitetssikre databaser vi har fått tips om på skolen. For å finne artikler med god og relevant forskning har jeg brukt søkeord både på norsk og engelsk. I utvalgsprosessen leste jeg tittel og sammendrag ut ifra hva som var relevant i forhold til problemstillingen. Alle forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven er av kvalitativ metode.

Databasene jeg har brukt er bla. PubMed, Svemed+, Oria, Bibsys, Academic Search Elite, Sykepleien forskning mfl. Søkeord jeg har brukt ved søk i databasene på engelsk: children, childhood, parents, mentally ill parents, psychiatry, nursing, family group, mental illness, communication, parallel group, next of kin, relatives og adolescent.

Ved søk i "Tidsskriftet sykepleien" under "forskning" søkte jeg "psykisk syke foreldre". Her fant jeg artikkelen "*Familieperspektiv i psykisk helsevern*" (Solberg & Berg, 2015). Artikkelen er relevant for oppgaven fordi den belyser foreldres erfaringer ved deltagelse i parallelle gruppesamlinger når en av foreldrene har en psykisk lidelse. I samme søk fant jeg artikkelen "*Det hjelper å snakke med barna*" (Haukø & Stamnes, 2009) som er relevant for oppgaven da det ble undersøkt hvilke effekt tiltaket "Barnas Time" hadde hatt for foreldre og barn i tiden etter deltagelse.

Ved søk på Oria.no logget jeg inn på høyskolen i Sogn og Fjordane, valgte søk i "alle bibliotek", deretter avansert søk. Materialtype artikler, norsk språk og utgivelsesdato siste 10 år. Avgrenset til

tittel og brukte søkeordene "barn" med OG mellom "pårørende" hvor jeg fikk 7 treff. Jeg valgte å bruke artikkelen "*Child-responsible role, related to children as caregivers of parents with mental illness – a phenomenographic study*" (Svalheim & Steffenak, 2016). Artikkelen er relevant for oppgaven fordi den handler om barneansvarliges oppfatning av egen rolle knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

Ved søk i databasen Svemed+, avansert søk, publiseringsdato fra 2006 til 2016, søkte jeg på "mentally ill parent" og fikk 17 treff. Jeg valgte å bruke artikkelen "*Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation*" (Östman, 2008). Artikkelen er relevant for oppgaven da det ble undersøkt hverdagssituasjonen til barn mellom 10-18 med forelder som var innlagt på psykiatrisk avdeling.

3.3 Beskrivelse av case Bjørgvin DPS

Jeg har valgt å benytte en case i oppgaven med en praksis som eksempel. I oppgaveprosessen tok jeg kontakt med Bjørgvin DPS i Bergen. Jeg fikk tilsendt rutiner og prosedyrer om hvordan de jobber i forhold til barn som pårørende. På denne måten kan jeg vurdere informasjonen og sette den opp mot teori og nyere forskning på feltet.

Ved Bjørgvin DPS er et viktig fokus i første omgang på avdelingene å kartlegge om pasienten har barn og registrere dem i journal. Barneskjemaet fylles ut sammen med pasienten, som er et godt utgangspunkt for å samtale omkring viktigheten av å gi barn tilstrekkelig informasjon om forelders sykdom og påse at de får nødvendig oppfølging. I poliklinikken jobber de mye gjennom å samtale og informere foreldre om barnas behov for informasjon slik at de kan ivareta sine barn på en god måte. Pasientene får tilbud om at barna kan komme til samtale ved institusjonen, men ofte ønsker foreldrene selv å snakke med barna. Ved institusjonen oppfordrer de om åpenhet i forhold til skole/barnehage eller andre i barnas nettverk.

I døgnavdelingen oppfordres gjerne pasienten til å invitere barna på besøk, dersom det er mulig. Det er stort fokus på at barna får en samtale med personalet i avdelingen, slik at de får informasjon og anledning til å stille spørsmål. Barneansvarlige har ansvar for at fokuset på barn som pårørende blir opprettholdt. Det samarbeides omkring hvem som gjør hva og barneansvarliges rolle er å sørge for at alle er kjent med prosedyren om Barn som pårørende i Helse-Bergen (vedlegg 2).

Dersom det er forhold som tilsier grunn til bekymring angående barna, er helsepersonell pliktig til å melde bekymringsmelding til barnevernstjenesten. Dette gjøres i åpenhet overfor pasienten, slik at grunn til bekymring kommer frem og mulighet for samarbeid. Unntak for dette er om det ligger alvorlige forhold bak bekymringen.

To barneansvarlige ved Bjørgvin har foreldreveiledningskurset Circle of Security, to ganger i året. Kurset tilbys pasienter med barn opp til 12 år, de kan ta med seg samboer/ektefelle eller annen nær omsorgsperson for barnet (vedlegg 1).

3.4 Valg av litteratur

For å finne relevant litteratur å benytte leste jeg først pensum for sykepleierutdanningen. Jeg har brukt boken *Barn som pårørende* (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012) og *Metode og oppgaveskriving for studenter* (Dalland, 2000). Pensumbøkene anser jeg som pålitelige da de er kvalitetssikret av høyskolen. Hovedsakelig har jeg brukt litteratur skrevet av primærkilder hvor forfatter har skrevet stoffet selv, men i noen tilfeller har jeg brukt sekundærkilder som har kommet frem via primærkilde. Ved bruk av sekundærkilder kan du bli farget av synet til sekundærkilden. Jeg har vært bevisst på dette og når jeg har vært usikker, har jeg leitet opp primærkilden og sjekket. Jeg har også brukt selvvalgt litteratur fra biblioteket og fire forskningsartikler. På Helsedirektoratets nettsider fant jeg rundskrivet *Barn som pårørende – mor/far er syk* og *Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie*. Ellers har jeg brukt helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og forskrift om pasientjournal. Dette er kilder jeg ser på som pålitelige.

3.5 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2000, s. 68-69) er kildekritikk en fremgangsmåte som brukes for å vurdere og karakterisere litteratur, for å fastslå om kilden er pålitelig og kan brukes. Ved å være kritisk til kilder kan jeg vurdere i hvilke grad teori og forskningsartikler kan brukes opp mot problemstillingen min.

Jeg har lagt vekt på at litteratur og forskning som er brukt ikke skal være eldre enn 10 år, for å finne nyere teori og forskning med tanke på lovendringen som kom i 2010 om pårørende barn. Når jeg har søkt etter forskning har jeg lagt dette inn i søkekriteriene. Det betyr at jeg har funnet nyere og oppdatert forskning på dette området. Et unntak er at jeg har brukt Dalland sin bok fra 2000 som omhandler metode og oppgaveskriving for studenter. Boken er 16 år, men jeg betrakter den som en pålitelig kilde da denne boken står i pensum.

I søk etter forskning fant jeg artikler bygget opp etter IMRaD-strukturen. Ifølge Thidemann (2015, s. 69-70) vil det si at artiklene er bygget opp etter introduksjon (I), metode (M), resultater (R) og diskusjon (D). Jeg var oppmerksom på hvem som hadde gjennomført studiene og deres relevante bakgrunn da jeg valgte forskningsartikler. 1 av 4 forskningsartikler benyttet i oppgaven står på engelsk, noe som kan ha forårsaket feiltolkninger i oversettelsen til norsk. Videre har jeg brukt en case i drøftingsdelen med informasjon fra en institusjon. Styrken med dette er at jeg kan koble teori og

forskningsresultater jeg har funnet opp mot hva som er praksis i dag. En svakhet kan være at jeg har brukt mye plass på casen i drøftingsdelen.

4.0 Drøfting

I drøftingskapittelet har jeg brukt casen fra Bjørgvin DPS om hva som er praksis i dag for å belyse problemstillingen, samt drøftet teori og forskning som er presentert i kapittel 2.

4.1 Hva er et barn som pårørende?

Ytterhus (2012, s. 20) skriver at å bruke begrepet "pårørende" i forhold til mindreårige barn slik helsepersonelloven gjør, kan føre til forvirring i det daglige blant pårørende, pasienter og helsepersonell. Mindreårige barn av pasienter kan ikke bli utpekt som pårørende, de skal ut ifra sine behov ivaretas av barneansvarlig personell. Hva er det som gjør at det blir forvirring i det daglige i forhold til mindreårige barn? Uansett alder er vi våre foreldres barn. Et barn over 18 år er fortsatt sine foreldres barn, men kan først da bli registrert som pasientens nærmeste pårørende. Et barns modenhet er avhengig av alder og erfaringer. Yngre barn kan forstå mindre og ha et dårligere ordforråd. Etter hvert som barn blir eldre forstår de mer og en tenåring ser gjerne på seg selv som voksen. Et barn som er fylt 18 år er fortsatt ikke voksen, men kan da sees på som moden av alder. Grunnen til forvirring kan være at barn sees på som pasientens pårørende uansett alder, men de som skal ivaretas av helsepersonell ifølge helsepersonelloven er barna under 18 år. Det handler altså om hvilket begrepsbruk som blir brukt, for eksempel at det knyttes opp mot lovverket. Lovverket skaper ulike måter å forstå det på, men barna vil være der uansett.

I studien til Svalheim og Steffenak (2016) kom det frem at barneansvarlige ønsker mer tid og kunnskap om hvordan de skal snakke med barn som pårørende i ulike aldre. Noen opplever kollegaer som vegrer seg for å snakke med foreldrene om barna, eller snakke med bare barna. Hvorfor er det slik at enkelte barneansvarlige vegrer seg for dette? Det kan være fordi de er usikre på sin kunnskap angående samtale om et sensitivt tema for foreldrene som går utover deres barn. På en annen side kan det være de har for lite kunnskap om selve barnet som pårørende dersom det har vært lite undervisning om dette under utdanningen. Dette er noe som må gis informasjon og undervisning om for de ansatte i spesialisthelsetjenesten, slik at de kan stille spørsmål og diskutere i fellesskap om hvordan slike situasjoner kan håndteres.

I forskrift om pasientjournal § 8 t) (2000) skal barn som pårørende registreres i pasientens journal. Ved Bjørgvin DPS er dette et viktig fokus, de barneansvarlige har ansvar for at dette blir opprettholdt. Deres rolle er å sørge for at alle er kjent med prosedyren til Helse-Bergen om Barn som pårørende (vedlegg 2).

I Helsedirektoratets multisenterstudie (2015) ble det gjort en kartlegging for å undersøke registreringen av barn som pårørende i journal. I alt ble det gjort 594 registreringer, 61% i psykiatrien

(882 av 1438 barn). Hvorfor ble det registrert manglende rutiner for dette hvor rett over halvparten var registrert i journal? På en side kan det være vanskelig å registrere barn som pårørende dersom journalen mangler dette fra tidligere. Mistet omsorg for barn, barn som er under barnevernet eller at barnet bor hos en annen familie kan ha innvirkning på dette. På en annen side kan det være vanskelig å fange opp disse barna dersom pasienten er motvillig til å gi helsepersonell informasjon. Grunnen til dette kan være at pasienten ønsker å skjerme barna slik at de ikke involveres i sykdommen og behandlingen.

4.2 De usynlige barna

Ifølge Moen (2009, s. 11) beskrives barn som vokser opp i familier med psykisk lidelse, rus, alkoholmisbruk ofte som "de usynlige barna". Ved å opptre "usynlig" kan barn tro at ingen legger merke til dem. Det kan være slitsomt og belastende for barn som går rundt å holder på en hemmelighet om hvordan det er hjemme. Barnet kan ha dårlig samvittighet og føle seg utenfor, som igjen kan gå utover barnets selvtilit. Når et barn holder noe for seg selv og barnehageansatte eller lærere ikke tør å ta stilling til det, kan det føre til at barnet føler seg enda mer "usynlig". Dersom barnet bruket usynlighet som strategi, kan en voksenperson som tar tak i situasjonen gjøre at barnets selvtilit øker. Videre skriver Moen (2009, s. 11) at voksne ser disse barna. Hva er det da som gjør at voksne ikke gjør noe med situasjonen? Det kan være de er usikre fordi de mangler kunnskap om barn som pårørende, noe som kan føre til at de "ødelegger" familien. På en annen side kan de være redde for å gjøre noe dersom det er mulighet for å ha mistolket signalene fra barna.

Barna som ikke er usynlige beskrives som umulige, de reagerer ved å være aktive, urolige og sinte. Det kan være vanskelig for voksne å fange opp da de gjerne ikke mistenker hva denne uroen kan være uttrykk for (Moen, 2009, s. 11). I løpet av skolegangen har de fleste hatt medelever beskrevet som umulige. Det kan være vanskelig for voksne å fange opp dem som er aktiv, urolige og sinte fordi det ikke alltid er problemer i hjemmet som ligger til grunn. Det kan være barn som har ADHD, konsentrasjonsvansker eller barn som ønsker oppmerksomhet.

Ved Bjørgvin DPS oppfordres det om åpenhet i forhold til skole/barnehage eller andre i barnas nettverk. Kan det være lettere for voksne å møte barna dersom de får vite at det ligger noe bak det usynlige eller umulige barnet? På en side kan det være lettere for voksne som har vært usikre å få en bekreftelse på at noe i hjemmet er årsaken. Situasjonen kan også ha forverret seg dersom det ikke er blitt satt i verk tiltak for å møte det usynlige eller umulige barnet.

Ifølge Bøckmann og Kjellevold (2010, s. 258) er det mange barn som ikke vet at de har en annerledes hjemmesituasjon enn andre. Barn er avhengig av sine foreldre og godtar sin familie på godt og vondt.

Gjertsen (2013, s. 16) skriver at å føle seg usynlig kan føre til at barn ikke opplever verdighet og anerkjennelse i samfunnet. Det kan være barnet ikke føler seg godtatt i barnehagen eller på skolen. Barnet kan føle seg utenfor og alene, noe som kan føre til mangel på venner. Det kan være vanskelig å ikke føle tilhørighet til andre barn som leker sammen og har det gøy. Dette kan også føre til at barnet tidlig i livet blir tilbaketrukket fra andre mennesker. Barn kan føle et ansvar for å beskytte forelder slik at situasjonen ikke skal bli oppfattet som negativ av andre. Ingen barn ønsker at andre skal se på deres forelder som annerledes. Det kan også tenkes at enkelte barn ikke ønsker å bli sett i en slik situasjon, i tro om at det er for sitt eget beste.

4.3 Barns behov for kommunikasjon, informasjon og støtte

Lovendringen i 2010 var for å sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar informasjons- og oppfølgingsbehovet til mindreårige barn som pårørende. Formålet er at barna skal mestre situasjonen sin bedre. Det må tas hensyn til barnets alder og modenhet, kultur og språk (Helsedirektoratet, 2010). Hvordan kan helsepersonell vurdere barns modenhet? Før samtale med små barn må det planlegges hvordan en skal ordlegge seg, de trenger gjerne enkle ord og korte setninger. Samtalen må starte forsiktig slik at den etter hvert kan formes ut ifra barnets behov. Under samtalen må ordforråd og erfaringer observeres, det kan si noe om barnets modenhet. I samtale med eldre barn må en også begynne forsiktig og deretter vurdere. Eldre barn kan være mer moden av alder enn yngre, men det finnes tilfeller hvor de er på likt nivå. I samtale med barn må vi som helsepersonell gå inn med et åpent sinn og håndtere situasjonen på best mulig måte uansett alder.

Dersom barnet ikke forstår hva som blir sagt, kan det føre til misforståelser og enda flere spørsmål. Dette kan føre til en utfordrende situasjon for helsepersonell. Barnet kan føle det ubehagelig dersom en ukjent voksenperson snakker om foreldrene. På en annen side kan det være først i denne situasjonen barnet føler seg sett og ivaretatt av en voksen. I døgnavdelingen ved Bjørgvin DPS er det stort fokus på at barna får en samtale med personalet når de kommer på besøk. Det å skape en god relasjon med barnet er viktig, da kan det bli lettere å komme til deg om de lurer på noe eller er redd. Barn trenger tid til å bearbeide informasjon og som helsepersonell må du vise at du er tilgjengelig slik at barnet kan stille spørsmål om innholdet i samtalen.

I studien til Haukø og Stamnes (2009) kom det frem at tilbudet "Barnas Time" bidro til økt mestring av hverdagen for foreldre og barn etter deltagelse. Flere av barna opplevde at det var greit å være litt alene med veilederne uten foreldre til stede. Det kan være fordi de kunne snakke om ting som er vanskelig og få svar på spørsmål som de ikke tørr å stille forelder. Kan det også være fordi de hadde

noen å snakke med som ikke dømmer dem? Å være alene med veileder kan gjøre at barn føler det er noen som hører på dem og gir dem støtte i trygge omgivelser.

Ofte ønsker foreldre å snakke med barna sine selv. I poliklinikken ved Bjørgvin DPS jobber de mye gjennom foreldrene slik at de kan ivareta barna sine på en god måte. Som helsepersonell må vi høre på foreldres meninger og ønsker om hvordan vi kan hjelpe dem å ivareta barna sine. På en side er vi pliktig til å ivareta barnas informasjon og oppfølgingsbehov, men samtidig må dette være i samarbeid med foreldre. Dersom foreldre ønsker å ivareta barna sine selv, må vi som sykepleiere godta dette samtidig som vi kan være en støttespiller. På denne måten kan vi kontinuerlig vurdere samspillet mellom pasient og barn. Sykepleier kan da komme med innspill slik at pasienten får ivareta barna sine på beste måte etter eget ønske.

I studien til Solberg og Berg (2015) kom det frem at foreldres erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger følte befriende og nyttig. Hvordan er tilbudet om parallelle gruppesamlinger i dagens praksis? Ved Bjørgvin DPS tilbys det foreldreveiledningskurs to ganger i året med grupper på 8-10 deltagere, en gang i uken 8 ganger. Kurset Circle of Security – Parenting (COS-P) er et veiledningsprogram bygget på tilknytningsteori og forskning. Målet med kurset er å hjelpe foreldre til å bli bedre rustet i møte med utfordringer og vanskelige situasjoner i samspill med barnet. Erfaringer er at tilbudet styrker fokuset på barn som pårørende ved institusjonen (vedlegg 1).

Bergem (2016, s. 122) skriver at dersom forelder ikke vil samarbeide, blir det vanskelig for helsepersonell å samtale med barnet. Hva gjør vi som helsepersonell dersom forelder ikke vil samarbeide? På en side er det viktig å ikke glemme pasienten, som er ditt hovedmål. Du må ha pasienten med på laget ellers får man ikke behandlet pasienten og man kommer i et mistillitsforhold, som kan gå utover barnet. Helsepersonell må tenke på sin rolle i slike situasjoner. Du har din plikt som fagperson i forhold til barnet, men det kan føre deg i en vanskelig posisjon med pasienten. Hvordan skal du takle dette? Takler du å se på at barnet ikke får den omsorgen han/hun trenger?

Dersom det er forhold som tilsier at det er grunn til bekymring for barnets situasjon, plikter helsepersonell å melde fra til barnevernstjenesten. Ved Bjørgvin DPS gjøres dette som oftest i åpenhet overfor pasienten, med unntak om det ligger alvorlige forhold bak bekymringen. Bjørgvin DPS bruker prosedyren til Helse-Bergen angående bekymringsmelding (vedlegg 2). Prosedyren gjelder når det er grunn til mistanke om mishandling, alvorlig omsorgssvikt eller vedvarende og alvorlige atferdsvansker.

4.4 Konsekvenser for barna

Barn av psykisk syke tar ofte på seg skylden for forelders sykdom. Vanlige reaksjoner hos barn på forelders sykdom eller atferd kan føre til angst, konsentrasjonsproblemer, søvnforstyrrelser, uro og atferdsendring (Helsedirektoratet, 2010). Som helsepersonell kan vi hjelpe dem å håndtere situasjonen og hindre disse konsekvensene. På denne måten kan vi også være med på å hindre alvorligere konsekvenser senere i livet. Som sykepleiere kan vi ses på som en ekstra omsorgsperson i denne situasjonen, selv om det er vår plikt som helsepersonell. Ifølge Bøckmann og Kjellevoid (2010, s. 240-241) har det stor betydning for barnet i forhold til hvem det er som er syk. Jenter ser ofte opp til mor og gutter ser ofte opp til far. Det er mulig dette kan ha sammenheng med konsekvenser for barna når forelder er syk. For en jente kan situasjonen føles verre om det er mor som er syk, for en gutt kan det føles verre om det er far som er syk. Forholdet mellom barn og foreldre før sykdommen har stor betydning.

Ifølge Helsedirektoratets rundskriv (2010) må det tas hensyn til at alle familier er ulike når det gjelder ressurser og strukturer. Det må tas hensyn til økonomi, en eller to foreldre, antall søsken og nettverk. Noen barn har andre omsorgspersoner tilgjengelig enn forelder som er syk, andre barn har ingen eller få. Den friske forelder kan være en god ressurs. Barn kan ha foreldre som er gift eller samboere, andre barn kan ha skilte foreldre eller foreldre som ikke har kontakt. I tilfeller hvor foreldre ikke samarbeider, kan det føles lettere for barnet å forholde seg til den friske forelder. Dette kan igjen føre til at barnet tar avstand fra den syke forelder. I tilfeller hvor foreldre er alene om omsorgen må helsepersonell ha ekstra fokus på barna. Hvorfor må helsepersonell ha ekstra fokus på disse barna? På en side trenger disse barna mer oppfølging, men på en annen side fører dette til enda mer jobb og oppfølging for helsepersonell da det må settes i verk flere tiltak. Hvem skal passe på barnet om det blir sittende alene når forelder er innlagt?

I studien til Östman (2008) kom det frem at barn mellom 10-18 år opplevde hverdagssituasjonen sammen med en psykisk syk forelder både positiv og negativ. De negative opplevelsene var behovet for samtale, erfaringer med frykt og skyld, ensomhet og tilhørende stigma. Flere av barna som ble intervjuet uttrykte tanker og følelser for å ha en frisk forelder istedenfor en syk. De positive temaene var kjærlighet til familien, modenhet og ansvar. Barn i en alder fra 10-18 år forstår mye i en slik situasjon. Modenhet og ansvar ble beskrevet som positivt, dette kan være fordi barna opplever at de mestrer ansvaret de har fått i familien etter at forelder ble syk. Mestring av ansvaret kan også ha sammenheng med at disse barna er i tenårene.

5.0 Konklusjon

I oppgaven har jeg gjennom innsamling av teori og forskning diskutert hvordan jeg som sykepleier kan ivareta barn som pårørende til en forelder som er innlagt ved psykiatrisk avdeling. Alle barn er forskjellige og trenger individuell tilnærming for å skape en sammenheng i tilværelsen.

I studien til Svalheim og Steffenak (2016) kom det frem at barneansvarlige fortsatt trenger økt kunnskap om hvordan de skal ivareta barns behov i ulike aldre. Jeg mener at økt fokus på dette i utdanningen og undervisning for de ansatte i spesialisthelsetjenesten vil føre til økt kompetanse. Samtale må tilpasses barnets alder, modenhet og språk. Helsepersonell må møte til samtale med åpent sinn og vurdere utformingen av samtalen deretter. Som sykepleier må jeg vite at en 7 åring kan ha behov for at informasjonen som gis er lettere forståelig enn til en 15 åring. Barna kan ha med seg en voksen dersom forelder ikke er med i samtalen, forutsatt at taushetsplikt ikke er til hinder.

Det kom frem i studien til Haukø og Stamnes (2009) at tilbudet "Barnas Time" bidro til økt mestring av hverdagen til foreldre og barn etter deltagelse. Tilbudet mener jeg burde blitt iverksatt flere steder i landet. I casen fra Bjørgvin DPS tilbys foreldreveiledningskurset Circle of Security – Parenting (COS-P) to ganger i året (vedlegg 1). I studien til Solberg og Berg (2015) kom det frem at foreldres erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger følte befriende og nyttig. Her mener jeg at forskningen samsvarer opp mot hva som er praksis i dag.

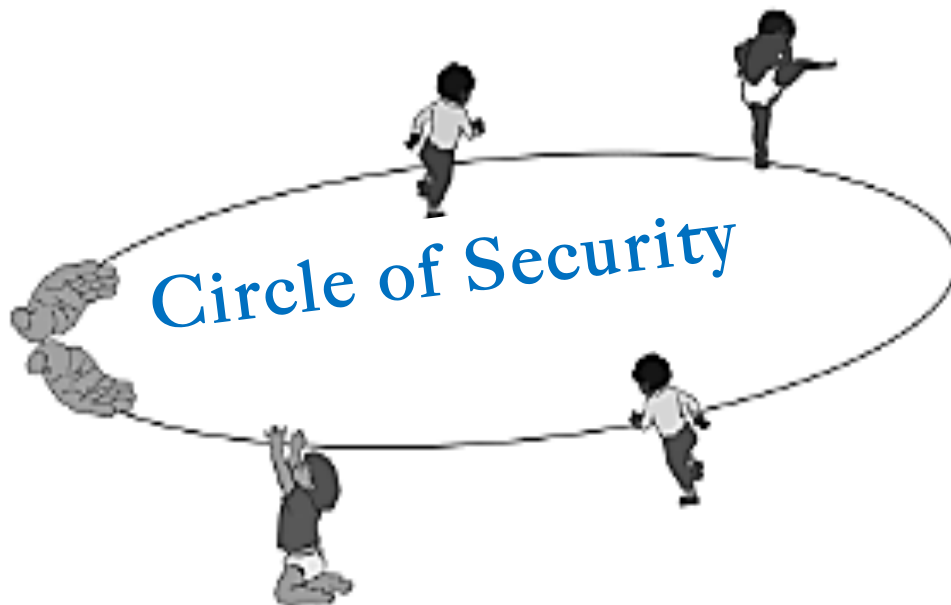
Ved å skrive denne oppgaven har jeg sett hvor viktig en god relasjon er med pasienten, det er gjennom pasienten du kommer i kontakt med barnet. Jeg skal gi råd og veiledning på best mulig måte dersom pasienten ønsker å ivareta barna sine selv, slik de jobber på Bjørgvin DPS. Åpenhet ovenfor skole/barnehage og andre i barnas nettverk slik Bjørgvin DPS oppfordrer til, er viktig slik at de voksne kan få øynene opp for "de usynlige" og umulige barna.

6.0 Bibliografi

- Bergem, A. K. (2016). *Barn som pårørende i akutsituasjoner – en praktisk guide for hjelpere*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Bøckmann, K., & Kjellevoid, A. (2010). *Pårørende i HELSETJENESTEN – en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om pasientjournal. (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-21-1385/§8>
- Gjertsen, P.-Å. (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Haukø, B. H., & Stamnes, J. H. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Tidsskriftet Sykepleien*, 97 (11), 32-35. Hentet fra DOI:10.4220/sykepleiens.2009.0084
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B Storm Mowatt Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 185-201). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende, mor/far er syk*. (Rundskriv IS-5/2010). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-paerørende-IS-5-2010.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie* (IS-0522). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§25>
- Moen, G. L. (2009). *Barns møte med psykisk lidelse*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Solberg, M., & Berg, G. (2015). Familieperspektiv i psykisk helsevern. *Tidsskriftet Sykepleien*, 10(4), 372-378. Hentet fra DOI:10.4220/Sykepleienf.2015.55994

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-7a>
- Svalheim, A.-K., & Steffenak, A. K. M. (2016). Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforsikring*, 12 (1.). Hentet fra DOI: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3771>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B Storm Mowatt Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation. *Nord J Psychiatry*, 2008 (62.), 354-359. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1080/08039480801960065>

Vedlegg 1.



Foreldrekurs ved Bjørgvin DPS

Oppstart: September 2016 og februar 2017

Antall ganger: 8

Når: Tirsdager kl. 17.00 – 18.45

Antall deltagere: 8-10

Hvor: Bjørgvin DPS, Tertnes poliklinikk (Gruppebehandlingen)

Circle of security - trygghetssirkelen

Å være foreldre innebærer både gleder og utfordringer for alle.

Circle of Security - Parenting (COS-P) er et veiledningsprogram som bygger på tilknytningsteori og forskning. Målsettingen er å bedre foreldrefungeringen, og hjelpe foreldre til å bli bedre rustet til å møte utfordringer og vanskelige situasjoner i samspill med barnet. Erfaringen er så langt at COS-P er et nyttig program å bruke innen voksenpsykiatrien, og dette er et tilbud som styrker fokuset på barn som pårørende ved Bjørgvin DPS.

Hvem er kurset for?

Kurset er for pasienter ved Bjørgvin DPS, som har en behandleransvarlig i enten poliklinikk eller døgnavdeling.

Det kan også være nyttig at ektefelle/samboer eller annen nær omsorgsperson for barnet er med som deltaker på kurset.

Kurset er ment for foreldre som har barn i alderen 0-12 år. Pasienter med eldre barn kan vurderes for deltagelse i kurset.

Kurset foregår i grupper på 8-10 deltagere og går en gang i uken over 8 ganger á 1 time og 45 minutter.

På kurset snakker vi om;

- **Trygghetssirkelen.** Trygghetssirkelen hjelper oss til å se hvilke behov barna har for foreldrenes støtte både når de utforsker verden og når de opplever vanskelige følelser.
- **«Være sammen» i trygghetssirkelen.** Barn lærer og utvikler seg i samspill med foreldre. Samspillet er grunnleggende for hvordan barn utvikler trygg tilknytning følelsesmessig.
- **Veien til trygghet.** Din tilgjengelighet som forelder påvirker ditt barns måte å formidle følelser og behov.

- **Vanskelige situasjoner.** Vi vil gi dere foreldre noen redskaper til samspill mellom dere og barna når situasjonen kommer ut av kontroll. Vi ser på balansen mellom det å være tydelig og samtidig være en god forelder.
- **Foreldrenes egne erfaringer.** Noen ganger har vi voksne erfaringer fra egen fortid som gjør at reaksjoner i nåtid kan bli "større" enn nødvendig. Vi vil gi dere noen redskaper til hvordan dere kan håndtere dette.

Kursledere:

Psykiatrisk sykepleier/familieterapeut: Linda Skjønberg

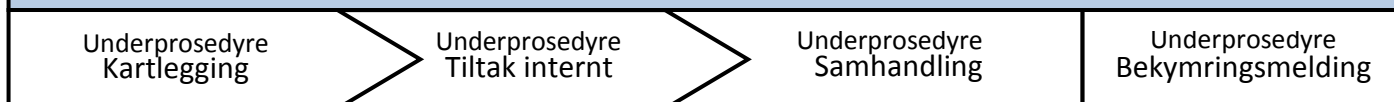
Sosionom/familieterapeut: Bente Øyerhamn

Påmelding:

Hovedbehandler ved DPS kontakter kursledere. En av kurslederne kaller aktuell pasient inn til informasjonssamtale, og avtaler nærmere deltagelse på kurset.

Vedlegg 2 neste side.

Barn som pårørende - Overordnet prosedyre



Endringer siden siste versjon (ISO-krav)

1. Omfang og hensikt (1 § 10 a, § 16 og § 25, tredje ledd; 2; 3 § 3-7a og § 2-1, jf. § 3-8, nr.4)

Gjelder for	<ul style="list-style-type: none"> Barn (0 til 18 år) av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Omfatter biologiske barn, adoptivbarn, ste- og fosterbarn. Prosedyren gjelder også når pasienten har mindreårige søsken (4) Helsepersonell som gir helsehjelp til pasienter med mindreårige barn/søsken Ledere for helsepersonell som ivaretar barn som pårørende
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"> Ta vare på barns behov når de er pårørende Barn som pårørende skal få forståelig og tilstrekkelig informasjon, og nødvendig oppfølging Gi helhetlig og koordinert tjenester til familier med mindreårige barn

2. Bakgrunn

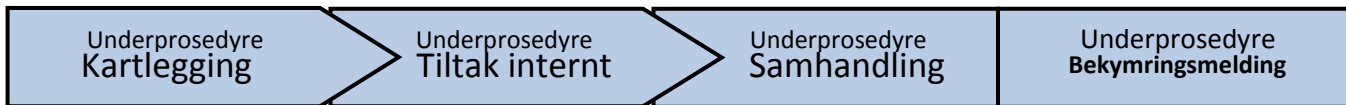
Lov	<ul style="list-style-type: none"> Helsepersonelloven § 10a, 25 tredje ledd (1), Rundskriv IS-8/2012 (5) Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a (3), Rundskriv IS-5/2010 (2), Barnekonvensjonen artikkel 3 og 12 (6), Menneskerettsloven § 2 og 3 (7) og Barneloven § 30 (8)
Kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> Barn blir påvirket av foreldres sykdom og kan utvikle egne problemer (4; 9; 10) Barn har rett til å bli inkludert, informert og hørt når sykdom rammer familien (11; 12) Ivaretagelse av pasientens barn kan gi positive ringvirkninger for pasienten (13; 14) Tidlig innsats kan forebygge utvikling av problemer hos barna (15) Godt samarbeid med barn og foreldre styrker barn som pårørende-arbeidet (16; 17)

3. Roller og ansvar (1 § 10 a, § 16 og § 25, tredje ledd; 2; 3 § 3-7a og § 2-1)

Helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> Ivaretar barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging Behandlingsansvarlig har hovedansvaret i samarbeid med annet personell Har grunnleggende kompetanse i å ivareta barna (Link BarnsBeste e- læring)
Barneansvarlig	<ul style="list-style-type: none"> Koordinerer og fremmer arbeidet i egen enhet Informerer og veileder kolleger uten å overta ansvar Har oversikt over aktuelle tilbud og hjelpeinstanser internt og eksternt Har god kunnskap om barn som pårørendes situasjon og behov Har god kunnskap om kommunikasjon med barn
Koordinator for barn som pårørende-arbeidet	<ul style="list-style-type: none"> Er overordnet organisert i foretaket og rapporterer til ledelsen (lokal tilpasning) Har oversikt over barn som pårørende-arbeidet i virksomheten Koordinerer og har oversikt over barneansvarlig helsepersonell (18) Er rådgiver for barn som pårørende-arbeidet i virksomheten Organiserer opplæring og veiledning (19) Utvikler oversikter over tiltak og hjelpeinstanser Samhandler med eksterne instanser (Lokal tilpasning eks fylkesmann, kommune) Deltar i det nasjonale kompetansenettverket, BarnsBeste (20)
Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> Forankrer arbeidet med barn som pårørende i helseforetaket (21) Inkluderer barns behov som pårørende i det totale helsetilbudet Implementerer gjeldende prosedyrer (22; 23) Inkluderer arbeidet med barn som pårørende i strategiske dokumenter (eks samarbeidsavtaler, behandlingslinjer, veiledere (24;25)

- Oppnevner koordinator for barn som pårørende-arbeidet
- Oppnevner barneansvarlige. Det anbefales minimum to per enhet (18)
- Barneansvarlige deltar på aktuell opplæring og veiledning
- Ansatte får grunnleggende opplæring (link til e-læring)
- Enhetene er tilrettelagt for barn som er på besøk
- Informasjonsmaterieell er tilgjengelig for pasienter, pårørende og ansatte

4. Fremgangsmåte - beskrives i underprosedyrene:



5. Referanser

1. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999.
2. Helsedirektoratet. IS-5/2010 Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
3. Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02.07.1999
4. Ytterhus B. "Hva er et pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland BSM, Ytterhus B, Dyregrov K. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt; 2012, s. 18-43
5. Helsedirektoratet. IS-8/2012 Rundskriv. Helsepersonelloven med kommentarer
6. Barnekonvensjonen. 1999. Menneskerettsloven. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. 21.05.1999.
7. Menneskerettsloven. 1999. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. 21.05.1999
8. Barneloven. 1981. Lov om barn og foreldre av 08.04.1981
9. Torvik FA, Rognmo K, Nasjonalt f. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. 2011. Oslo: Folkehelseinstituttet Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt : online).
10. Syse A, Aas GB, Loge JH. Children and young adults with parents with cancer: a population-based study. Clin Epidemiol. 2012;41.
11. Billsborough, S. What we want from adult psychiatrists and their colleagues: 'Telling it like it is'. *Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families*, 3-7. 2004.
12. Sykehuseksperternes Ti Bud – Barneombudet. 2013. <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/sykehuseksperternes10bud.pdf>
13. Meld.St.34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen: God helse- felles ansvar. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
14. <http://copmi.net.au/images/pdf/Research/gems-edition-14-march-2013.pdf>
15. Werner EE. What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? Handbook of resilience in children. 2nd ed. New York, NY: Springer Science + Business Media; US; 2013. p. 87-102.
16. Beresford B, Clarke S, Gridley K, Parker G, Pitman R, Spiers G, Light K. Technical report for SCIE Research Review on access, acceptability and outcomes of services/interventions to support parents with mental health problems and their families. 2008. Social Policy Research Unit, University of York. Working Paper No. SCIE 2255
17. Dyregrov K.. Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. I Haugland BSM, Ytterhus B, Dyregrov K. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt; 2012, s. 44-66.
18. Innhenting av erfaringsbasert kunnskap fra Nasjonalt nettverk for ledere og koordinatore av barn som pårørende-arbeidet i spesialisthelsetjenesten.
19. Ruzek JI, Rosen RC. Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: A high priority focus area. Behav Res Ther. 2009;47(11):980-9.
20. Revidert mandat for BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende 23.06.2014 <http://www.sshf.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/om-barnsbeste/Sider/Mandat.aspx>
21. Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter/oppdragsdokument.html?id=535564>
22. Lauritzen C, Reedtz C, Doesum KTV, Martinussen M. Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. BioMed Central.2014;14:58.
23. Kùhne F, Haagen M, Baldus C, Diareme S, Grether A, Schmitt F et.al.Implementation of preventive mental health services for children of physically ill parents: experiences in seven European countries and health care systems. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(2):147.
24. Helsedirektoratet. 2014. Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010
25. Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Nasjonal veileder. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: 2012

Barn som pårørende - Overordnet prosedyre

Underprosedyre
Barn som pårørende
Kartlegging

Underprosedyre
Tiltak internt

Underprosedyre
Samhandling

Underprosedyre
Bekymringsmelding

Endringer siden siste versjon (ISO-krav)

1. Omfang og hensikt (1 § 10a, og § 25, tredje ledd; 2)

Gjelder når

- pasient kommer/er i kontakt med spesialisthelsetjenesten og har mindreårige barn/søsken
- kartleggingen skal oppdateres

Bidra til

- avklaring om pasienten har barn/søsken
- avklaring av barnas omsorgssituasjon
- kunnskap om barnas behov for informasjon og oppfølging

2. Fremgangsmåte (1 § 10a og § 25, tredje ledd; 2)

Avklaring om pasienten har mindreårige barn /søsken (lokal tilpasning: vis til hvor dette registreres/dokumenteres)

- Spør pasienten eller eventuelt ledsager om de har barn / søsken
- Søk eventuelt i pasientens journal eller epikriser
- Søk eventuelt i Folkeregisteret

Har pasienten mindreårige barn/søsken? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Fortsett prosedyren

Akutt kartlegging (innkomstnotat/lokal tilpasning: vis til hvor dette registreres/dokumenteres)

- Barnas navn, fødselsdato og bosted
- Pasientens relasjon til barna; foreldreansvar, daglig omsorg, samvær, søsken
- Hvem som har den daglige omsorgen for barna
- Hvor er/bor barna når pasient mottar behandling/er innlagt
- Om barna er informert innleggelsen/behandlingen
- Vær oppmerksom på forhold som kan innebære at barn kan ha behov for hjelp av barnevernet (1 § 33)

Vurder: Trenger barna mer informasjon eller oppfølging? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Fortsett prosedyren

Kartleggingssamtale med pasient (lokal tilpasning: vis til hvor dette registreres/dokumenteres)

- Hva vet barna om sykdommen?
- Hvordan har barna det når du er syk? (Erfaringer og reaksjoner)
- Hvordan påvirkes barnas hverdag av sykdommen? (Rutiner, omsorgsoppgaver (3), skole, barnehage, fritid)
- Hvordan snakker du/dere med barna om sykdommen?
- Hvem er støttepersoner for barna? (Eks. venner (4), trenere, ansatte i skole og barnehage, familie)
- Tidlige/planlagte tiltak? (Familiesamtaler, barnesamtaler, besøk)
- Har barna kontakt med hjelpeinstanser? (Eks. helsesøster, PPT, barnevern, andre)
- Hvilken oppfølging ønsker du/dere at barna skal få – hva mener barna?
- Ønsker pasienten videre tiltak? (Se underprosedyre Tiltak internt)
- Innhent samtykke for å få/gi informasjon og foreta nødvendig oppfølging (1 § 22)
- Ta raskt kontakt med hjelpeinstanser ved behov for oppfølging

Vurder: Trenger barna mer informasjon eller oppfølging? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Fortsett til underprosedyrene Tiltak internt og/eller Samhandling

Dokumentasjon

Helsepersonell med ansvar for pasient registrerer/dokumenterer fortløpende i pasientens journal (2):

- om pasienten har barn eller ikke (5 § 8 bokstav t)
- relevante og nødvendige opplysninger fra kartleggingen
- helsepersonells vurdering av om barna er godt nok ivaretatt
- eventuell melding til barnevern (1 § 33)
- henvisning til helsehjelp for barnet (1 § 4-4; c § 8 bokstav u)
- skriftlig eller muntlig samtykke

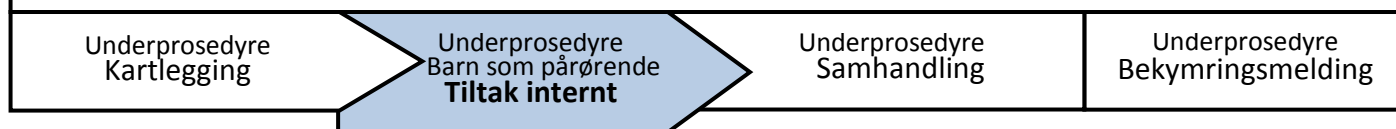
Inkluder kartlagte opplysninger om mindreårige barn i epikrise og pleie- og omsorgsmelding (1 § 25, tredje ledd)

3. Referanser

1. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999.
2. Helsedirektoratet. IS-5/2010 Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
3. Becker S. Global Perspectives on Childrens' Unpaid Caregiving in the family: Research and Policy on "Young Carers" in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. Global Social Policy. 2007;7:23.
4. Alasuutari M, Jarvi A. "My dad got depression, or something": How do children talk about parental mental disorder? Qualitative Research in Psychology. 2012;9(2):134-50.
5. Journalforskriften. 2000.Forskrift om pasientjournal av 21.12.2000.

4. Vedlegg

Barn som pårørende - Overordnet prosedyre



Endringer siden siste versjon (ISO-krav)

1. Omfang og hensikt (1 § 10a, og § 25, tredje ledd; 2)

Gjelder når

- akutte tiltak må iverksettes
- barna har behov for informasjon og oppfølging

Bidra til

- tidlig hjelp til barna
- trygghet og forutsigbarhet for barna
- medvirkning og mestring i barnas hverdag

2. Fremgangsmåte (1 § 10a, og § 25, tredje ledd; 2)

Akutte tiltak

- Sikre at barna har forsvarlig tilsyn av en voksen
- Varsle sentrale omsorgspersoner etter samtykke (familie, nettverk, barnehage, skole)
- Varsle akuttjeneste i barnas kommune (barnevern, politi) ved uavklart omsorgssituasjon (1 § 31, § 32, § 33)

Andre aktuelle tiltak

1. Samtale med pasient om barna (www.snakketøyet.no , eventuelt andre guider)

- Inkluder andre ved behov etter samtykke (1 § 22)
- Informer om bakgrunnen for samtalen og at den tilbys alle pasienter med barn
- Tema: Pasienten og foreldrerollen. Barnas situasjon og behov. Inkludering av barna. Familiens ressurser og nettverk. Hvordan snakke med egne barn. Familiens hjelpebehov (3; 4)
- Avklar hva foreldrene selv kan/ønsker å gjøre og hva de trenger støtte til fra helsepersonell eller andre
- Informer om interne og eksterne hjelpetilbud for barn og familier
- Tilby informasjonsmateriell og gode nettadresser
- Innhent samtykke for eventuelle videre tiltak

2. Samtale med familien eller barna alene (Link Snakketøyet, evt andre guider)

- Inkluder andre ved behov etter samtykke (1 § 22)
- Informer om bakgrunnen for samtalen og at den tilbys alle barn som er pårørende
- Be foreldrene om å gi barna tillatelse til å snakke om det de er opptatt av (5)
- Tema: Hva barna vet, hva de ønsker å vite og hva de trenger. Gi informasjon gjennom dialog i strukturert form om: sykdommen, behandling, at foreldre blir ivaretatt, vanlige reaksjoner og mestringsstrategier (6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15). Etterspør barnas forståelse av samtalen
- Informer om interne og eksterne hjelpetilbud for barn og familier
- Tilby informasjonsmateriell og gode nettadresser
- Innhent samtykke for eventuelle videre tiltak (1 § 22)
- Sørg for at barnas stemme er ivaretatt (16, artikkel 12)

3. Barn på besøk (14; 17; 18; 19; 20)

- Forbered barna på hva som venter dem ved besøk
- Tilrettelegge for barn i alle aldre (eks. egnet rom, bøker, leker, aktiviteter, informasjon)
- Tilby omvisning og informasjon om behandlingsstedet

4. **Lokale interne tiltak** (lokale tilpasninger etter hvilke tiltak som er tilgjengelige, eksempel Barnas time, SMIL, (21)). Gruppetilbud bør involvere foreldre (22)

Vurder: Trenger barna mer informasjon eller oppfølging? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Fortsett til underprosedyre Samhandling, eventuelt underprosedyre Bekymringsmelding

Dokumentasjon

Helsepersonell med ansvar for pasient registrerer/dokumenterer fortløpende i pasientens journal (2):

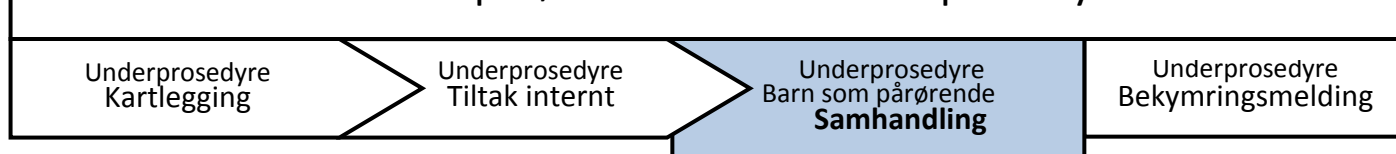
- relevante og nødvendige opplysninger fra gjennomførte tiltak
- helsepersonells vurdering av om barna er godt nok ivaretatt
- eventuell henvisning videre
- skriftlig eller muntlig samtykke

Inkluder relevante og nødvendige opplysninger i epikrise og pleie- og omsorgsmelding (1 § 25, tredje ledd)

3. Referanser

1. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999.
2. Helsedirektoratet. IS-5/2010 Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
3. Punamaki R, Paavonen J, Tokki S, Solantaus T. Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: A randomized study. *Journal of Family Psychology* 2013;27(4): 683-690. Doi: 10.1037/a0033466
4. Templeton L, Velleman R, Russell C. Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research and Theory*. Desember 2010; 18(6):616-648.
5. Innhenting av erfaringsbasert kunnskap fra Nasjonalt nettverk for ledere og koordinatører av barn som pårørende-arbeidet i spesialisthelsetjenesten.
6. Meld.St.34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen: God helse- felles ansvar. Oslo: Helse-og Omsorgsdepartementet
7. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis (Structured abstract). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2012; (1):[8-17.e8 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12012000257/frame.html>.
8. Cooklin A. Promoting children's resilience to mental illness: Engaging the child's thinking. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2013;19(3), 229-240
9. Diareme S, Tsiantis J, Romer G, Tsalamaniotis E, Anasontzi S, Paliokosta E, et al. Mental health support for children of parents with somatic illness: A review of the theory and intervention concepts. *Families, Systems, & Health*. 2007;25(1):98-118.
10. Rutter M. Annual Research Review: Resilience - clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;54:4(2013):474-87.
11. Glistrup K. What children don't know... can harm them. *Månedsskrift for Praktisk Laegegering*. 2010;88(1):106-11.
12. Hofset Larsen B, Wammen Nortvedt M. Children's and adolescents' information needs when mum or dad develops cancer - a review of the literature. *Sykepleien Forskning*. 2011;6(1):70-9.
13. Dyregrov K, Dyregrov A. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv? *Senter for krisepsykologi*;2011 Available from: http://krisepsy.netflexcloud.no/media/Barn_og_unge_som_parende.pdf
14. <http://www.copmi.net.au/images/pdf/Research/gems-edition-12-march-2012.pdf>
15. Alasuutari M, Jarvi A. "My dad got depression, or something": How do children talk about parental mental disorder? *Qualitative Research in Psychology*. 2012;9(2):134-50.
16. Barnekonvensjonen. 1999. Menneskerettsloven. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. 21.05.1999.
17. Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *J Adv Nurs*.34(1):61-8.
18. <http://www.copmi.net.au/images/pdf/Research/gems-edition-5-may-2009.pdf>
19. O'Brien L, Anand M, Brady P, Gillies D. Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: perspectives of parents, carers, and children. *Int J Ment Health Nurs*. 2011;20(2):137-43.
20. Henshaw C, Adshear G, Bende B. Parents as patients: supporting the needs of patients who are parents and their children. London, UK: Royal College of Psychiatrists. 2011.
21. <http://www.ungsinn.no/>
22. Van Santvoort, F., Hosman, C. M., van Doesum, K. T., & Janssens, J. M. (2013). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0476-9

Barn som pårørende - Overordnet prosedyre



Endringer siden siste versjon (ISO-krav)

1. Omfang og hensikt (1 § 10a, og § 25, tredje ledd; 2; 3 § 3-7a og § 2-1)

Gjelder når

- barna har behov for oppfølging i kommunen/andre hjelpeinstanser
- pasienten utskrives/behandling avsluttes
- pasienten er i poliklinisk behandling

Bidra til

- god informasjonsutveksling mellom HF og kommune/hjelpeinstanser (4; 5; 6; 7)
- tidlig samarbeid om nødvendig oppfølging i kommunen

2. Fremgangsmåte (1 § 10a, § 22 og § 25, tredje ledd; 2; 3 § 3-7a og § 2-1)

Samhandling om informasjon og tiltak

- Avklar hva foreldrene selv kan/ønsker å gjøre og hva de trenger støtte til fra helsepersonell eller andre
- I samarbeid med barna og foreldrene: formidle ønsker om støtte og oppfølging til nettverk og hjelpeinstanser
- Innhent samtykke for å informere barnas nettverk (eks. familie, naboer, venner, skole/barnehage, fritidsarenaer)
- Samarbeidende personell (eks. fastlege (8;9), helsestasjon, skolehelsetjeneste, barne- og ungdomspsykiatri) kan informeres uten samtykke når det er nødvendig for å ivareta barnas behov, med mindre pasienten motsetter seg det (1 § 25, tredje ledd)
- Delta på samarbeidsmøter
- Samarbeid fortløpende med aktuelle aktører: om ny informasjon og utvikling/iverksetting av nye tiltak

Ved utskrivelse og/eller langvarig poliklinisk kontakt

- I samarbeid med barn og foreldre: Oppsummer og evaluer oppfølgingen de har fått. Vurder behov for ytterligere tiltak for å ivareta barna

Vurder: Trenger barna mer informasjon eller oppfølging? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Se underprosedyrene

Dokumentasjon

Helsepersonell med ansvar for pasient registrerer/dokumenterer fortløpende i pasientens journal (2):

- Gjennomførte tiltak for å sikre videre oppfølging
- Skriftlig eller muntlig samtykke

Inkluder relevante og nødvendige opplysninger i epikrise og pleie- og omsorgsmelding (1 § 25, tredje ledd)

3. Referanser

1. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999.
2. Helsedirektoratet. IS-5/2010 Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo: HelseDirektoratet; 2010.
3. Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02.07.1999
4. St. Meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- Omsorgsdepartementet.
5. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012
6. Meld.St.34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen: God helse- felles ansvar. Oslo: Helse - og Omsorgsdepartementet
7. HelseDirektoratet. IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste.
8. Gullbra F, Smith-Sivertsen T, Rortveit G, Anderssen N, Hafting M. To give the invisible child priority: Children as next of kin in general practice. Scand J Prim Health Care. 2014;32(1):17-23.
9. Mjølstad BP. Children in the blind zone. Tidsskr Nor Laegeforen. 2013;133(14):1429-30.

Barn som pårørende - Overordnet prosedyre

Underprosedyre
Kartlegging

Underprosedyre
Tiltak internt

Underprosedyre
Samhandling

Underprosedyre
Barn som pårørende
Bekymringsmelding

Endringer siden siste versjon (ISO-krav)

1. Omfang og mål (1 § 31; § 32 andre ledd, § 33)

Gjelder når

- det er grunn til mistanke om mishandling, alvorlig omsorgssvikt eller vedvarende og alvorlige atferdsvansker
- melding skal sendes til barneverntjenesten
- politi eller kommunal helse- og omsorgstjenesten skal varsles

Bidra til at

- barns helse og utvikling ikke skades
- ansatte kjenner gjeldende rutiner og plikter ved bekymring for barns omsorgssituasjon
- aktuelle etater varsles ved mistanke om mishandling og omsorgssvikt

2. Fremgangsmåte (1 § 31; § 32, § 33)

Håndtering av bekymring

- Vær oppmerksom på forhold som kan innebære at barn kan ha behov for hjelp fra barneverntjenesten (e-læring)
- Dokumenter konkrete observasjoner (1 § 39 og § 40): Hva har du sett og hørt – hvor, når og fra hvem?
- Diskuter og vurder bekymringen med aktuelle fagpersoner på enheten (lokal tilpasning). Dokumenter vurdering
- Ta bekymring opp med foreldre og hør deres vurdering. **Unntak:** Når barns liv og helse kan settes i fare
- Ved grunn til mistanke om mishandling, alvorlig omsorgssvikt eller vedvarende og alvorlige atferdsvansker skal det meldes til barnevernet. Helsepersonell har ved slike tilfeller opplysningsplikt, ikke taushetsplikt (2)
- Grunn til mistanke krever ikke sikker viten om situasjonen, men at det foreligger konkrete forhold som underbygger mistanken (2) – det er barneverntjenesten som skal vurdere omsorgssituasjonen, ikke helsepersonell som sender bekymringsmelding.
- Søk råd ved tvil: Ring barnevernet og diskuter saken anonymt (se kontaktinformasjon under)

Bekymringsmelding til barneverntjenesten

- Ved meldeplikt: Informer, og om mulig samarbeid med foreldre om meldingen. **Unntak:** Når barns liv og helse kan settes i fare
- Skriv meldingen i meldeskjema (link)
- Meldingen signeres og sendes av personen ved HF'et som er utpekt til å utlevere slike opplysninger (eks. leder)
- Ved uenighet om melding skal sendes: Helsepersonell har en selvstendig plikt til å sende melding ved mistanke om alvorlig mishandling og kan ikke stoppes av overordnet personell (2)
- Skriv ny melding ved ny eller vedvarende bekymring, også når barnet allerede har tiltak i barnevernet (3)
- Skriv egen melding selv om andre enheter/instanser også gjør det. Flere meldinger med selvstendig informasjon styrker barneverntjenestens vurderingsgrunnlag.

Ved akutt fare for liv og helse

- Politi skal varsles dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på barnet
- Ring barnevernvakt eller lokalt barnevern ved stor usikkerhet rundt barns omsorgssituasjon

Graviditet og rusbruk

- Rusbruk under graviditet skal varsles til kommunal helse- og omsorgstjeneste når det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade

Kontaktinformasjon

- Lokalt barnevern:
- Barnevernvakt:
- Alarmtelefonen 116111:
- Politi: 112/02800
- Helse- og omsorgstjeneste:

Dokumentasjon

Helsepersonell med ansvar for pasient registrerer/dokumenterer fortløpende i pasientens journal (4):

- Opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikten. Svært sensitive opplysninger kan registreres i en tilleggsjournal (lokal tilpasning) – at dette er gjort journalføres i pasientens journal
- Bekymringsmelding og at den er skrevet og sendt
- Dokumenter om foreldrene er informert om bekymringsmelding

3. Referanser

1. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999. Pasientjournalforskriften §8 1 ledd bokstav q.
2. Sosial- og helsedirektoratet. IS-17/2006 Rundskriv. Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: - mishandling av barn i hjemmet - andre former for alvorlig omsorgssvik av barn - misbruk av rusmidler under graviditet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
3. Helsedirektoratet. IS-1742. Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Oslo: Helsedirektoratet; 2009
4. Helsedirektoratet. IS-5/2010 Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.