



Høgskulen  
på Vestlandet

## EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00

Kandidatnr.: 550

Antall ord: 8971

**Sykepleie til foreldre innlagt i psykiatrien, som har  
mindreårige barn**

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet, avdeling Haugesund, 2017

Kull 2014

Kandidatnummer: 550

Antall ord: 8971

## Sammendrag

**Tittel:** Sykepleie til foreldre innlagt i psykiatrien, som har mindreårige barn

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å ikke bare se pasienten som enkeltindivid, men også som en del av familien. Å leve med psykisk syke foreldre kan oppleves som en stor belastning for disse barna, og de har en forhøyet risiko for å oppleve negative utfall.

Jeg vil i tillegg se på hvilke hindringer sykepleieren står ovenfor, og hvor viktig riktig tilnærming er for å se disse barna.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier hjelpe foreldre i foreldrerollen når de blir innlagt på psykiatrien, slik at foreldre klarer å styrke barnas resiliens?

**Resultat:** det som kommer frem i denne oppgaven er at familiefokusert tilnærming er viktig for å hjelpe psykisk syke foreldre i foreldrerollen og se deres barn som pårørende. Selv om Norge har endret loven om barn som pårørende, ser man en del utfordringer til å iverksette tiltak for at disse barna skal bli sett og ivaretatt. Retningslinjer og fagprosedyrer er viktige verktøy for at forbedring av praksis skal lykkes. Det er viktig at pasienten og familien får den informasjonen som trengs på et tilpasset nivå, slik at de kan få den kunnskapen som trengs for å håndtere situasjonen de er i. Fler- gruppesamtaler kan være med å bidra til at informasjonen blir gitt og bearbeidet, men slike samtaler er ikke for alle familier. Kunnskap og erfaringer av en familiesentret behandling er viktig for at foreldrene får den støtten de trenger for å ivareta barnas resiliens. Godt samarbeid mellom de ulike helsesektorene og andre naturlige samarbeidsparter utenfor helsesektoren er viktig for at hele familien skal bli sett og ivaretatt.

## **Abstract**

**Title:** Nursing to parents admitted to psychiatry who have minor children

**Purpose:** The purpose of this study is not only to see the patient as an individual, but also as a part of the family. Living with mentally ill parents can be a major burden for these children whom have an increased risk of experiencing negative outcomes. Also, I want to look closer at which obstacles a nurse faces, and the importance of using the correct approach when trying to see these children.

**Research question:** How can nurses help parents safeguard their parenting when they are admitted to psychiatry, so that the parents can strengthen the resilience of their children?

**Results:** This study shows that a family-focused approach is important for helping mentally ill parents in parenting, and for noting the children. Although Norway has changed the laws for meeting the children of patients, there are some challenges in implementing measures that ensure that these children are seen and are being cared for. When trying to improve the practice, guidelines and clinical procedures may be important tools. It is also important that the patients and their families receive the necessary and customized information, so that they get the necessary knowledge to handle their situation sufficiently. Multi-group talks can be helpful to ensure that the given information is provided and processed by the patients, but such conversations may not be suitable for all of the families. That the nurses has knowledge and experience in Family-focused treatment, is important to facilitate that the parents receive the needed support to maintain their children's resilience. Good cooperation between the various health sectors and other natural partners outside the healthcare sector, is important to ensure that the whole family is seen and safeguarded.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt	2
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensing	2
1.5	Begrepsavklaring	3
<b>2.0</b>	<b>Teori</b>	<b>5</b>
2.1	Joyce Travelbees sykepleiefilosofi	5
2.2	Resiliens	5
2.3	Familiefokusert behandling	5
2.4	Kommunikasjon og gruppesamtale	6
2.5	Recovery	6
2.6	Samhandling	7
2.7	Barns utvikling og barn i risiko	7
2.8	Tilknytning/ tilknytningsproblemer	8
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>10</b>
3.1	Hva er metode	10
3.2	Litteraturstudie som metode	10
3.3	Etikk	10
3.4	Framgangsmåte	11
<b>4</b>	<b>Resultat</b>	<b>13</b>
4.1	Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness, 2015.	13
4.2	Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff, 2011.	14
4.3	Familieperspektiv i psykisk helsevern, 2016.	15
4.4	Thinking families: A study of the characteristics of the workforce that delivers family-focussed practice. (2016).	16
4.5	Support for children of service users in Norway. (2012).	17
4.6	Barn som pårørende –resultat fra en multisenterstudie , 2015.	18
4.7	Hovedfunn fra artiklene	20
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b>	<b>21</b>
5.1	Familie fokusert sykepleie	21
5.2	Gruppesamtaler	25
5.3	Kunnskap, erfaringer og samhandling	26
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>28</b>
<b>7.0</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>29</b>
<b>8.0</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>33</b>
	Vedlegg 8.1 I – Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning	33
	Vedlegg 8.2 Etisk godkjenning	37
	Vedlegg 8.3 Styrker og svakheter med forsknings artiklene	38

## 1.0 Introduksjon

*“Barn oppfatter raskt at noe er galt. Datteren min trengte ikke å høre ordene angst og depresjon, men hun trengte å vite at jeg var på pratesykehuset for å bli frisk. Amalie hadde tatt på seg skylden for at jeg var sliten og trøtt. Jeg brukte mye tid på å formidle at det ikke var hennes skyld, og ta bort barnas dårlige samvittighet, sier Elisabeth.”*

(Pedersen, 2010)

En rapport utarbeidet av Torvik og Rognmo (2011) på oppdrag fra Helsedirektoratet viser at om lag 260 000 barn (23,1%) i Norge har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig funksjon. Dersom vi bare teller med alvorlige lidelser, rammes rundt 115 000 barn (10,4 %) (Torvik og Rognmo, 2011). Dette stemmer også overens med tall fra nabolandene, Sverige og Danmark, hvor 23% av barna har foreldre med en psykisk lidelse. I Australia lever 21-23% av barna sammen med foreldre med psykisk lidelse (Goodyear, et al. 2016).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for dette temaet oppstod gjennom samtaler med personer som var pårørende av forelder med en psykisk sykdom. Følelsen av å ikke bli sett av helsepersonell ble stadig nevnt under samtalene, noe som også understøttes av studier og faglitteratur på området (Brien et al, 2011, Gjertsen, 2013).

Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten, for å sikre at helsepersonell skulle identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn som pårørende har.

Endringene i loven trådte i kraft 1. Januar 2010. Helsepersonelloven § 10 sier:

*”Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand”.*

Spesialhelsetjenesten er også pålagt å ha barneansvarlig personell som har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlige somatiske syke eller skadde pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. Om barneansvarlig personell mv.). Det er viktig at sykepleiere på alle nivåer, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, har

kjennskap til lovverket. Barnsbeste har vært med å utvikle spesifikke fagprosedyrer for å møte barn som pårørende (Hov og Jeppesen, 2015).

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å ikke bare se på pasienten som et enkeltindivid, men også som en del av familien. Familiemedlemmer kan være en viktig ressurs i forbedringsprosessen til en pasient. På den andre siden er det viktig å se at familien også er i krise, og at også familien får den støtten og informasjonen de trenger, spesielt barna. Når mor eller far blir alvorlig syk, blir hele familien berørt, noe som medfører endringer i familiens livssituasjon. Hverdagen kan bli preget av engstelse og bekymring, og det kan være vanskelig å opprettholde en god kommunikasjon innad i familien, noe som igjen kan svekke familiefunksjonen. Det blir dermed vanskelig å opprettholde den ”normale” hverdagen. Foreldre som er i en vanskelig livssituasjon, kan trenge hjelp til å ta vare på barna (Ytterhus, 2012). Å ha en psykisk syk forelder kan oppleves som en stor belastning for disse barna, og de har en forhøyet risiko for å oppleve negative utfall. Barn er forskjellige enkeltindivider og takler det å ha en psykisk syk forelder ulikt. De fleste barn viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bra på sikt selv om det er vansker i familien, spesielt dersom barna har en omsorgsperson som er frisk og støttende. Psykisk lidelse kan forebygges, og behandling er viktig for å redusere konsekvensene lidelsen får for enkeltmennesket og samfunnet (Torvik og Rognmo, 2011).

Jeg vil i tillegg til dette se på hvilke hindringer sykepleieren som behandler den psykisk syke står overfor, og hvor viktig riktig tilnærming er for å se disse barna.

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier hjelpe foreldre i foreldrerollen når de blir innlagt på psykiatrien, slik at foreldre klarer å styrke barnas resiliens?

## **1.4 Avgrensning**

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på psykisk syke foreldre med friske mindreårige barn, med fokus på hvordan sykepleieren kan hjelpe og støtte foreldre som er lagt inn i psykiatrien. Jeg vil også konsentrere meg om hvordan man kan forebygge psykiske lidelser for barn som er pårørende.

## 1.5 Begrepsavklaring

### 1.5.1 Hjelp

Sykepleieteoretikeren Travelbee beskriver to hovedfunksjoner sykepleieren har:

- 1) Å hjelpe enkeltindivid og familien til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse
- 2) Å hjelpe enkeltindividet og familien til å finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee,1999).

### 1.5.2 Roller

Roller defineres som summen av normer og forventninger om hva man skal gjøre, og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt sosial situasjon. En bestemt sosial posisjon er dermed en forutsetning for rollen. Listen under viser eksempler på roller med ulike forventninger, som vil være relevante for denne oppgaven:

- 1) rollen som sykepleier
- 2) rollen som forelder
- 3) rollen som barn.

Normer og forventninger regulerer rolleatferden. Likevel vil mennesker alltid ha en frihet i utformingen av sin egen rolle, og hver enkelt vil fylle sine roller på forskjellige måter (Ingstad, 2013). Når det gjelder foreldrerollen er det forventet at personen klarer ivareta enkle rutiner, som å følge barna til skolen eller å gjøre i stand jevnlig måltider. Som foreldre skal man i første omgang ta vare på barna, deretter seg selv. Dette kan bli en utfordring når foreldre har en psykisk sykdom. Sykepleiers rolle er å anvende den spesialiserte kunnskapen som sykepleieren innehar, med sikte på å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand. En sykepleier er juridisk ansvarlig for sine sykepleiehandlinger (Travelbee, 1999). Barn som pårørende vil bli forklart i (1.5.4)

### 1.5.3 Resiliens

Berge (2003) definerer Resiliens slik:

*Resiliens er en prosess som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik (Gjertsen, 2013).*



#### **1.5.4 Barn som pårørende**

Tradisjonelt har barn som pårørende av psykiatrien ikke fått dekket sine behov godt nok; de har vært usynlige. Når begrepet ”barn som pårørende” blir brukt, betyr det ikke at barna skal ivareta foreldrenes behov. De skal fortsatt få lov til å være et barn. Terskelen for at helsepersonell undersøker hvilke behov barn har skal være lav. Det må vurderes om barna blir usikre, sårbare, får mestringsproblemer eller har bekymringer som følge av situasjonen de er i. Omsorgspersonene må involveres i arbeidet med barnet når dette er mulig (Gjertsen, 2013). Barn som pårørende blir definert ulikt i den juridiske verden og i hverdagen. Juridisk sett er barn som pårørende mindreårige når de er under 18 år. Dette fordi ungdom over 18 år i større grad er i stand til å ta vare på seg selv, og til å søke eventuelt helsehjelp ved behov. Ungdom over 18 år vil etter pasientrettighetsloven §1-3 kunne regnes som nærmeste pårørende, og i større grad bli involvert i foreldrenes sykdom (Helsedirektoratet, 2010). Eldre barn av foreldre med psykiske vansker kan ha en oppvekst og utvikling som er preget av foreldrenes sykdom. Dessuten er de pårørende i mer generell form, slik at de må ta seg av foreldrene, og ta ansvar for hjemmet når foreldrene ikke kan. I noen tilfeller blir de aktivt involvert i foreldrenes behandling. Barn kan på denne måten bli satt til å gå inn i de voksnes rolle som pårørende (Gjertsen, 2013). Når vi tenker på begrepet barn i hverdagslivet, er vi barna til foreldrene våre helt til livets slutt (Ytterhus, 2012).

## 2.0 Teori

Jeg vil benytte sykepleieteoretikeren Travelbee for å forstå sykepleierens rolle i psykiatrien. Jeg vil også trekke inn annen relevant teori som belyser problemstillingen, som behandling og tankesett.

### 2.1 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi

Travelbee mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse (Kristoffersen, 2011, s. 216). En sykepleier står overfor både friske og syke mennesker, familiene, besøkende, personale, og andre helsearbeidere. Sykepleieren arbeider for å få til en forandring, det vil si å hjelpe individet, familien eller samfunnet (Travelbee, 1999). Det å tenke på at psykisk syke pasienter også er foreldre, og å hjelpe dem i foreldrerollen fører til at pasienten gjerne kan finne mening med sin egen sykdom og forebygge nye tilbakefall. Sykepleierens rolle er å bistå enkeltpersoner og familiemedlemmer med å forebygge sykdom, fremme helse eller hjelpe den enkelte og familien for å forebygge sykdom påkjenninger (Travelbee, 1999)

### 2.2 Resiliens

Resiliens forekommer både som engangsfenomen og som en langvarig prosess. Dette kan illustreres ved begrepene gjenopprette, opprettholde og forbedre. Et engangsfenomen kan være barn som gjenoppretter sin fungering etter å ha opplevd en krise. Opprettholde og forbedre kan bety prosesser som barn og omgivelsene arbeider med over lengre tid. Barn kan opprettholde sin funksjonsevne selv om oppvekstvilkårene er dårlige, og de kan også i enkelte tilfeller forbedre sin funksjonsevne (Gjesten, 2013). På bakgrunn av dette kan man forstå resiliens som motstandskraft sammensatt av faktorer som styrker psykisk helse til tross for stress og påkjenninger.

### 2.3 Familiefokusert behandling

Familiefokusert tilnærming har som hensikt å forbedre utfall for foreldre med psykisk lidelser, se konsekvensene sykdommen har for familien, og å skape en støttende funksjon for alle familiemedlemmer. Ved familiefokusert behandling ser man altså hele familien, og ikke bare pasienten. Man vurderer både styrken innad i familien, men også familiens behov for videre støtte (Goodyear et.al, 2015). Ofte er det ikke bare den syke som trenger hjelp til å finne mening med sykdommen. Den syke er gjerne en del av en familie, og sykdommen vil isåfall også påvirke hele familien, noe som medfører at også familien kan trenge hjelp av den profesjonelle sykepleieren. Når man hjelper pårørende, hjelper man også den syke. Jo mer

omtanke og støtte man viser den sykes familie, desto bedre vil de makte å oppmuntre og hjelpe den syke (Travelbee, 1999). For å følge opp lovendringen om barn som pårørende må helsepersonell i større grad fokusere på hele familien, ikke bare den som er syk.

Helsepersonell må kunne ivareta pasienten i sin foreldrerolle. De skal bidra, samtidig som det er viktig at de ikke overtar rollen. Deres oppgave er å støtte foreldrene i hvordan de kan informere, sikre samvær og gi nødvendig hjelp og støtte til barna sine. Helsepersonell skal også tilby seg å delta i samtaler med barna (Ruud, 2015)

## **2.4 Kommunikasjon og gruppesamtale**

Travelbee beskriver kommunikasjon som en prosess som gjør sykepleieren i stand til etablere et menneske til menneske forhold. All interaksjon med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med pasienten og familien som mennesker, og gir sykepleieren anledning til å finne måter å ivareta pasientens og familien behov. Det vil dermed etableres et menneske-til-menneske-forhold som tilrettelegger for oppnåelse av behandlingens mål og hensikt. Et menneske-til-menneske-forhold er et virkemiddel som gjør det mulig for sykepleieren å hjelpe pasienten og deres familie med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og til å finne mening med disse erfaringene (Travelbee, 1999). Gruppesamtaler er et viktig virkemiddel for at familien og pasienten får snakket om de problemene som oppstår når en av foreldrene er psykisk syke. Gruppesamtaler hvor foreldre og barn kan snakke med andre personer/familier som er i tilsvarende situasjon, kan gi en ny kunnskap om det å håndtere, og å leve med personer med psykisk lidelse (Halsa & Aubert, 2016). International child development programme (ICDP) er et annet veiledningsprogram som sykepleieren kan ta i bruk for å hjelpe foreldre i foreldrerollen, og når det gjelder hvordan foreldrene kan få til et bedre samspill med barna ( Skar, Flakk & Tetzchner, 2017).

## **2.5 Recovery**

I Norge har det i de senere årene vært økt fokus på recovery i psykiske helsetjenester. Recoveryorientert praksis fremmer muligheter og tro på at pasienten kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv om pasienten sliter med psykiske problemer eller lidelser. Personlig recovery er en idé som har vokst fram blant mennesker som har opplevd psykisk sykdom, og betyr noe annet en klinisk recovery.

Den mest brukte definisjonen av personlig recovery er foreslått av William A. Anthony (1993):

*Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg (Slade, 2015).*

Pasientens egne mål, recoverymål, er i hovedfokus, og representerer pasientens drømmer og håp. Målene er basert på ressurser pasienten har, og orienterer seg mot å gjenvinne identitet og utvikle verdsette sosiale roller. Ansatte i psykisk helsetjenester skal i recoveryorientert praksis støtte personen på dens ferd mot recovery og mål (Slade, 2015).

## **2.6 Samhandling**

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Samhandlingsreformen ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid” har som mål at tjenesten skal bli mer helhetlig. Den nye samhandlingsreformen signaliserer behovet for styrking av det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Sykepleieren er viktig i samhandlingskjeden i helse- og omsorgstjenesten, både i og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Både politikere, ledere og sykepleiere har ansvar for å følge utviklingen i tjenesten og for å synliggjøre den kompetansen og de handlings redskapene som trengs. Målet med samhandlingsreformen er at pasienten skal få større pasientmedvirkning, at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir bedre, og at det skal være fokus på å forebygge sykdom og lidelse (Henriksen, 2012). Profesjonell samhandling er viktig for lykkes til en forbedring i praksis (Halsa & Aubert, 2016).

Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen med pasienten, og sammen kommer til en løsning i behandlingen. Det dreier seg altså om samarbeid mellom ulike profesjonsutøvere som har en felles oppgave eller et felles prosjekt (Willumsen, 2016).

## **2.7 Barns utvikling og barn i risiko**

Hvordan barnet forstår situasjonen og hvordan de reagerer er avhengig av barnets alder og modenhet. I følge Piaget tenker barn i førskolealder konkret om abstrakte fenomener. Det kan derfor være vanskeligere å forstå sykdom som ikke synes utenpå kroppen, som for eksempel

en psykisk sykdom. Helsepersonell må derfor ta hensyn til barnets alder når de skal forklare sykdommen. Piaget sier også noe om barnets magiske tenkning i denne aldersgruppen. Noen opplever sykdommen som en straff, og de kan tro at det er deres feil at foreldrene er blitt syk. Etter tolvårsalderen er tenkningen mer abstrakt og logisk. Ungdommen er bevisst på at sykdom rammer hele mennesket, ikke bare ett enkelt organ (Renolen, 2015).

Svekket foreldre- og familiesituasjon, samt dårlig kommunikasjon kan bidra til at også barna utvikler dårlig psykisk helse og pådrar seg psykiske lidelser som depresjon og/eller angst. Barn med foreldre med psykiske lidelser er selv utsatt for å utvikle psykiske problemer, selv om de fleste klarer seg fint. Ved å identifisere disse barna tidlig, vil man kunne redusere risikoen for negative konsekvenser (Hov og Jeppesen, 2015).

## 2.8 Tilknytning/ tilknytningsproblemer

Tilknytningsteorien beskriver prosesser rundt barnets forbindelse til en omsorgsperson, som gjerne er foreldrene. Tilknytning fører til dannelse av indre mentale strukturer som er grunnleggende for barnets personlighet og samspill med andre. Barnets utvikling skapes gjennom relasjoner til andre mennesker. Fra fødselen knyttes følelsesmessige bånd til nære omsorgspersoner, som gir beskyttelse, trøst og ro. Tilknytning er både en tilstand av å være knyttet til en annen person og kvaliteten på denne. Barn har både behov for tilknytning og for å skape sin egen identitet i forhold til omsorgspersonen. Trygg tilknytning fører til høy selvtillit, mindre håpløshet og bedre evne til å inngå i relasjoner til andre (Gjertsen, 2013).

Bowlby beskriver tilknytningsmønster ut i fra fire kategorier:

**Trygg tilknytning:** Barnet bruker foreldrene som en trygg base, hvor de kan søke hjelp og trøst når de trenger det. Foreldrene er tilgjengelige når det trengs, er mottakelige for barnets signaler og reagerer med kjærlighet når barnet trenger beskyttelse og trøst.

**Utrygge ambivalente tilknytningsmønster:** Beskriver de engstelige og klamrende barna. Det søker nærhet uten at dette blir tilfredsstillt. Barnet kan lett vise sterke følelser og sinne, og kan klamre seg til den voksne omsorgspersonen. Foreldrene er ustabil tilstede. I noen tilfeller er de tilgjengelige og samspiller med barnet, mens i andre tilfeller er de ikke tilstede.

**Utrygge unnvikende tilknytningsmønster:** Barnet unngår nærhet. Det prøver å klare seg uten å søke emosjonell kontakt med foreldre eller andre omsorgspersoner. Barn som har dette tilknytningsmønsteret har liten tilgang til egne eller andres følelser. Dette mønsteret viser seg gjerne der foreldrene er avvisende eller ikke er emosjonelt tilstede for barnet.

**Desorganisert tilknytning:** Barnet har ingen mønster. De utvikler ustabile atferdsformer og viser motstridende eller uforståelig atferd. Dette kan vise seg ved overdreven omsorg eller sinne. Barnet kan reagere på denne måten når det lever i en familie hvor det skjer fysisk mishandling, hvor foreldrene har alvorlig psykisk sykdom eller hvis barna selv blir utsatt for seksuelt misbruk eller fysisk mishandling. Når omsorgspersonenes atferd er uforutsigbar og til dels skremmende, kan barnets tilknytning bli desorganisert. Barn som utsettes for omsorgssvikt de første leveårene, vil utvikle utrygg eller desorganisert tilknytning til foreldrene. De vil også få vanskelig for å utvikle tillit til andre (Gjertsen, 2013).

## 3 Metode

I denne delen av oppgaven skal jeg skrive om fremgangsmåten min og artiklene jeg har valgt ut.

### 3.1 Hva er metode

I følge Dalland forteller metoden oss noe om hvordan vi bør gå fram for å framskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2014). Vihelm Aubert definerer metode slik: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metode.”* (sitert i Dalland, s. 110, 2014). Metode blir altså en systematisk fremgangsmåte som man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen. Det er problemstillingen som bestemmer hvilke metode som er hensiktsmessig (Thidemann, 2015)

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder innebærer å samle inn litteratur, gå i kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000). I en bacheloroppgave er den vanlig å bruke en allmenn litteraturstudie. Dette er en studie som beskriver og analyserer et antall utvalgte artikler (Forsberg & Wengström, 2013).

Når jeg skal søke etter forskningsartikler søker jeg etter både kvalitative- og kvantitative forskningsartikler. De kvantitative metodene har den fordelen at de gir data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening eller opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitativ metode kan beskrives som ”tellere” og kvalitativ som ”tolkere” (Dalland, 2014). Ut i fra de funnene som ble gjort valgte jeg ut fire kvalitative artikler og en kvantitativ artikkel som jeg følte svarte på problemstillingen. For å finne ut dette leste jeg abstraktene på flere forskningsartikler. Når jeg følte jeg hadde funnet de artiklene som var i samsvar med problemstillingene, leste jeg igjennom dem flere ganger for å få en god forståelse. Jeg har sett på styrker og svakheter med de fire kvalitative forskningsartikkelen, multisenterstudie og den ene kvantitative forskningsartikkelen. Dette står i vedlegg 8.3.

### 3.3 Etikk

Forskningsetikk handler om ivareta personvern og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. I medisinsk forskning handler det også om å unngå skader eller unødvendige belastninger av forskningsobjektene. Forskningens mål er å finne ny kunnskap og innsikt, og det skal ikke skje på bekostninger av enkeltpersoner integritet og velferd

(Danlland, 2014). Barn og personer med psykiske lidelser er sårbare. I tilfeller der informert samtykke er usikkert, vil pasienten ha behov for beskyttelse og mulighet til å tenke seg om. Ifølge helseforskningsloven § 17, skal pårørende samtykke på vegne av personen hvis vedkommende mangler samtykkekompetanse. Dette må forskeren vurdere ut fra hver enkelt situasjon (Hem, 2015).

Jeg har bare valgt ut artikler som er etisk godkjent. En oversikt over hvilke godkjenning som har blitt innhentet i de forskjellige artiklene jeg benytter i oppgaven fremkommer i vedlegg 8.2 "Etisk godkjenning.

Som student skal ikke min oppgave være plagiat. I følge Dalland (2014) betyr plagiat å utgi andres arbeid, dette vil regnes som fusk. Det er viktig å referere kilder på en slik måte at leseren finner frem til de samme kildene som jeg har benyttet (Dalland, 2014).

### **3.4 Framgangsmåte**

Artiklene jeg har brukt er kvalitative forskningsartikler. For å finne forskningsartikler brukte jeg databasen Chinal og pubmed. Søkeord som ble brukt er vist i Tabell 1. Artiklene er fra 2011 og nyere. De artiklene som er tatt med i oppgaven føler jeg svarer på problemstillingen, og tar for seg både tiltak samt utfordringer som oppstår ved å implementere de foreslåtte tiltakene. Jeg har også søkt på oria på HSH sine sider for å finne relevant faglitteratur som bygger oppunder resultatene fra artiklene.



Tabell 1: Fremgangsmåte for litteratursøk.

Søkebase	Søke ord	Artikkel	Artikkeltype	Etisk godkjenning	År	Treff
Chinal	<i>Children of impaired parent And Nurs*</i>	Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff	Kvalitativ	Ja	2011	89
Pudmed	- parenting - nurs* - family focussed practice	Thinking families: A study of the characteristics of the workforce that delivers family-focussed practice.	kvantitativ	Ja	2016	2
Chinal	Children and impaired parent and support	Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness	Kvalitativ	Ja	2015	266
Chinal	Children and impaired parent and support	Support for children of service users in Norway	Kvalitativ	Ja	2012	266
Sykepleien	Familieperspektiv	Familieperspektiv i psykisk helsevern	Kvalitativ	Ja	2016	5
Helsedirektoratet	Rapport: Barn som pårørende	Barn som pårørende en multisenterstudie	Multisenterstudie	ja	2015	

## 4 Resultat

For å belyse problemstillingen har jeg funnet frem til seks ulike forskningsartikler. Både kvalitative og kvantitative. I denne delen skal jeg presentere de ulike vitenskapelige artiklene.

### 4.1 Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness, 2015.

**Av: Melinda Goodyear, Terri – Lee Hill, Becca Allchin, Francis McCormick, Rochelle Hine, Rose Hine & Brendan O’Hanlon (Australia)**

**Hensikt:** hensikten med studien var å utarbeide og justere retningslinjer for endring i praksis. Endringene skulle gi en mer familiefokusert tilnærming innen voksenpsykiatrien. Målet var å integrere vedvarende omsorg og recovery for pasienter med mindreårige barn.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie, hvor de har brukt litteraturstudier. Forskerne så på eksisterende standarder og utvikling av familiefokuserte standarder, samt intervjuer med eksperter innen fagfeltet.

**Funn:** Studien utformet retningslinjer for å utvikle den familiefokuserte tilnærmingen for pasienter med barn. Retningslinjene anbefalte følgende:

- 1) Den første kontakten med psykisk helsevern for brukeren og deres familie skal kartlegge informasjon om familien, og brukerens og familiens nåværende ressurser. Foreldrerollen skulle inkluderes i behandlingen.
- 2) Deretter skulle familiens styrker og ressurser identifiseres, sammen med svakheter, sårbarhet, behov og støtte for pasienter og deres familie, inkludert barna.
- 3) Identifiserte behov skal inkluderes i en recovery-plan, hvor personellet utarbeider recovery-mål og tiltak i dialog med pasienten. Ut fra mål, skal helsepersonell planlegge behandlingen. Helsepersonell må arbeide forebyggende, slik at barnas behov ivaretas når forelderen ikke klarer det. Familiefokusert tilnærming har mulighet til å bygge under familiens resiliens. Sykepleieren skal veilede foreldrene i å kommunisere med barna om sin psykiske lidelse, slik at kommunikasjonen blir alderstilpasset.

4) Videre skal helsepersonellet anerkjenne og støtte de forskjellige familierollene. Familiemedlemmer skal inkluderes og informeres om tilgjengelige støttetiltak i kriser. Risikofaktorer i familien skal gjennomgås og følges opp. Det er viktig at spesialhelsetjenesten samarbeider med andre støtteapparater på tvers av tjenestesektorer, eksempelvis kommunehelsetjenesten.

5) Evaluering og re-evaluering sikrer måloppnåelse og kartlegging av eventuelle nye behov og mål. Det er viktig å se om iverksatte tiltak for barna blir ivaretatt, slik at de får den informasjonen de trenger. Behovene må evalueres regelmessig.

6) Utskrivelsen skal planlegges og koordineres, gjennom tverrfaglig kommunikasjon med andre støtteapparater. Familien skal informeres om den støtten som finnes i kommunen, relatert til deres situasjon.

## **4.2 Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff, 2011.**

**Av: Louise O'Brien, Patricia Brady, Melanie Anand & Donna Gillies (Australia)**

**Hensikt:** Hensikten med studien var å forstå erfaringen til barn, deres foreldre og de ansatte, når barna besøkte foreldre som hadde blitt innlagt på en psykiatrisk avdeling. Hensikten var at de ansatte skulle kunne bruke dette for å forbedre planleggingen av besøkene.

**Metode:** Denne undersøkelsen er en kvalitativ studie. Deltakere ble rekruttert gjennom informasjonsark og reklameplakater om forskningsprosjektet. Ni ansatte deltok, hvorav 3 sykepleiere, 2 psykiatere, 2 sosionomer og 2 ergoterapeuter. Data ble samlet inn gjennom intervjuer med åpne spørsmål, gjennomført på arbeidsplassen til deltakerne.

**Funn:** Innleggelsen gir mulighet for å identifisere behovene til familien, særlig barna, der en av foreldrene har en psykisk sykdom. To temaer ble identifisert i analysen: 1) Dilemmaet av at barna besøker foreldrene og 2) det å være familiefokusert.

1) Personell var enige om at det var viktig at barna kunne besøke foreldrene, men at det kunne oppstå problemer og barrierer. Det manglet spesifikke retningslinjer for personalet, og barna og deres familie hadde en tendens til å ikke bli inkludert i helsepersonalets planer og behandling. Personalet var usikre på hvordan de skulle kommunisere med barna om

forelderens psykiske sykdom, og manglet kunnskap om alderstilpasset pedagogisk tilnærming. Dermed ble personalet passive i beslutninger om barnas besøk.

2) Studien viste at helsepersonellet fortsatt behandlet pasientene individuelt, og ikke inkluderte familien. Synet på sykepleier-pasient relasjonen bør endre fokus til sykepleier-pasient i tillegg til pasientens rolle som familiemedlem.

### 4.3 Familieperspektiv i psykisk helsevern, 2016.

**Av: Monica Solberg & Geir Berg (Norge)**

**Hensikt:** Hensikten er å forstå menneskers opplevelse, erfaringer og holdninger. Studien beskriver foreldrenes oppfattelse og erfaringer som de har fått under deltagelsen i parallelle gruppesamlinger, når en av foreldrene er psykisk syk

**Metode:** Kvalitativ studie. Det ble rekruttert fra fire kommuner og to døgnavdelinger. Fem foreldrepar ble rekruttert og fire utførte hele studien. De fire foreldreparene ble intervjuet to ganger. Kriteriene for å bli med i undersøkelsen var at den ene av foreldrene hadde en psykisk lidelse og at den andre ivaretok barnet når den syke ikke var i stand til det. Prosjektet undersøkte både foreldrene og barna, men studien drøftet bare foreldrenes oppfatninger og erfaringer.

**Funn:** Parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn var en positiv opplevelse for foreldrene. Informantene i studie hadde ulike erfaringer og opplevelser i møte med psykisk helsevern, og ønsket mer informasjon og veiledning. Funnene kan beskrives i fire kategorier:

1) Informantene opplevde gruppesamlingene unike, befriende og nyttige for hele familien. At hele familien var inkludert og at samlingene for foreldrene og barna gikk parallelt virket positivt inn på erfaringene foreldrene fikk. Å møte andre i samme situasjon var også befriende.

2) Dele erfaringer. Å dele erfaringer hadde betydning for relasjonsdannelsen til de andre i samtalegruppen og i familien. De hadde behov for å bli sett og hørt, snakke og lytte, få råd og tips, og å få støtte og aksept. Å få råd og tips av andre foreldre og gruppeledere var viktig for utbyttet av gruppesamlingene. Dette handlet om hvordan de kunne kommunisere med barna, slik at barna forstod.

3) Tydeliggjøring av roller og posisjoner innad i familien var viktig for å oppleve trygghet. Dette kunne være hvilken rolle forelderen med psykisk sykdom hadde, hvilken rolle det var å være pårørende, og foreldrerollen.

4) Foreldrene uttrykte at de hadde oppdaget, lært og erkjent nye sider ved seg selv og som partner. De hadde også tilegnet seg kunnskap og forståelse for psykiske lidelser og hvordan dette kunne påvirke familiens ulike medlemmer.

Studien viste at flere av de som deltok på fler-familiegrupper var i arbeid, og at de håndterte kriser på en bedre måte enn de som hadde individuell familiestøtte. Foreldrene opplevde barna som tryggere, og at barna forstod at det ikke var deres feil at mor eller far var psykisk syk. Det kom også frem at pårørende manglet kunnskap om psykisk lidelser, noe som kunne skape frustrasjon. Etter perioden med flere gruppesamtaler opplevde deltakerne bedre kommunikasjon, samhandling og mindre konflikter i familien. Studien viste nytten og verdien av et nært og tett samarbeid mellom de ulike nivåene i behandlingsskjeden innenfor psykisk helsevern, og naturlige samarbeidspartnere utenfor helsesektoren.

#### **4.4 Thinking families: A study of the characteristics of the workforce that delivers family-focussed practice. (2016).**

**Av: Melinda Goodyear, Darryl Maybery, Andrea Reupert, Rebecca Allchin, Cait Fraser, Sabin Frenbacher & Rose Cuff (Australia)**

**Hensikt:** Å være foreldre med en psykisk lidelse er ikke uvanlig og kan gi utfordringer for foreldrene, barna og de andre familiemedlemmene. Familiefokusert praksis involverer familien, inkludert barna. Selv om denne praksisen er viktig, ser man i voksenpsykiatrien at det er mangel på å støtte pasienten i foreldrerollen og barna.

**Metode:** Det var flest psykiatriske sykepleiere som var med i den kvantitative studien. 189 (62%) kvinner og 111 (36%) menn var med i studien. Utvalget var rekruttert fra 10 ulike voksenpsykiatriske helseservice-tilbud innad i staten Viktoria, Australia.

**Funn:** Studien viste at familietrent helsepersonell klarte i større grad å støtte pasienten i foreldrerollen og deres familie. De var flinkere til å støtte omsorgspersoner og deres barn. Det kom også frem i studien at helsepersonell som hadde kunnskap og erfaringer med familiefokusert tilnærming var flinkere til å henvise familie medlemmer videre til andre

support-grupper. Trent helsepersonell var også flinkere til å vurdere påvirkningen barna fikk ved å ha en psykisk syk mor eller far. I tillegg ble foreldrenes kunnskap og bevissthet av hvordan dere sykdom påvirker barna vurdert. Ut ifra resultatene så man at kunnskap og erfaringer er viktig for sikre at helsepersonell ikke bare ser pasienten, men også familien rundt.

#### 4.5 Support for children of service users in Norway. (2012).

**Av: Camilla Lauritzen & Charlotte Reedt. (Norge)**

**Hensikt:** I januar 2010 ble det gjort endringer i norsk lov. Helse og omsorgsdepartementet har gjort det obligatorisk til å identifisere og følge opp barn der mor eller far mottar hjelp fra det psykiatriske helsevesenet. Studiens hensikt var å undersøke og evaluere endringer i kliniske praksisen, samt hvordan intervensjonen hadde innvirkning på foreldrenes kunnskap og bekymringer.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie som er en del av en større kvantitativ studie. De som var med i den mindre studien var personell og ledere som var med i den nye intervensjonsmetoden i Nord-Norge. Av 219 personell var det 183 som responderte

**Funn:** Totalt 58 av 219 svarte på utfordringer som kunne oppstå. Utfordringer på organisasjons nivå var mangel på støtte og forpliktelse fra ledelsen, mangel på rutiner, samt dårlige holdninger i voksenpsykiatrien. Dette kunne være holdninger om å ikke involvere seg og «det er ikke din oppgave». Utfordringer på personell nivå var mangel på kunnskap og følelsen av å være overbelastet av jobben. Utfordringer fra barn og foreldre kunne være at pasientene ikke ønsket at personell skulle blande seg i familielivet deres. Personell aksepterte ideen om at barna og familien trengte støtte, men de var usikre på hvordan de skulle motivere foreldre med psykisk sykdom. En annen utfordring var kunne være at familie og barn bodde langt unna.

Studien kartla behov for mer ressurser og mer kunnskap om barn og foreldrerollen når en pasient er psykisk syk. Rutiner var viktig for identifisere og støtte barna. De trengte også verktøy for å endre praksisen, for eksempel dokumentasjonsverktøy og retningslinjer for intervensjon. Den nasjonale strategien har vært å informere helsepersonellet, men dette betyr ikke at det har endret seg i den kliniske praksisen. Studien viste at det tar lang tid for helsepersonell å innarbeide en forståelse av den nye lovendringen og barnas perspektiv, og viktigheten av å iverksette strategier som fremmer ivaretagelsen av barn som pårørende.

#### 4.6 Barn som pårørende –resultat fra en multisenterstudie , 2015.

**Av: Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K.A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E.K., Kufås, E., Løvås, E., Peck, G.C., Skogerbø, Å., Skogøy, B.E., Stavnes, K., Thorsen, E. og Weimand, B.M. (Norge)**

**Hensikt:** Hensikten er å få kunnskap om situasjonen med foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten. Studien fokuserer på barnas beskrivelse av sin situasjon og erfaringer, foreldres opplevelse av sin og barnas situasjon, sykdommens innvirkning på dagligliv og helse, samt hvilke utfordringer deltakerne opplevde, hvor godt spesialisthelsetjenesten er i stand til å identifisere barn og vurdere deres behov, og hvilken grad bestemmelsene i helselovgivningen om barn som pårørende er implementert. Studiens målgruppe var pasienter med somatisk sykdom, psykisk syke og ruslidelser. Jeg velger å konsentrere meg om funn fra familier der en eller begge foreldre har psykisk sykdom

**Metode:** prosjektet utforsker tversnittstudie med et stort utvalg av familier fra fem helseforetak. Av 534 deltaker-familier var 199 i psykisk helsevern. Barn, foreldre, behandlere og lærere/pedagoger deltok gjennom å fylle ut spørreskjema, mens de fleste intervjuene som ble gjort foregikk hjemme hos familien.

**Funn:** Barn av psykisk syke foreldre rapporterte lavere livskvalitet enn normalbefolkningen. Foreldrene trodde at barns livskvalitet var bedre enn barna selv beskrev.

Barn og ungdom har behov for å snakke om sin situasjon, men mange fikk ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå foreldrenes sykdom og konsekvenser av den. Barn og ungdom tar vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig. De bruker mye tid på det, og opplever stress og belastning på grunn av det. De blir mye overlatt til seg selv og/eller får mye ansvar for den syke.

Familien etterspør nærhet og forutsigbarhet i situasjonen, slik at de vet hva som skjer ved en forverring av sykdommen. Flere ønsker en familiekontakt som kan følge dem over tid, blir kjent med dem og deres situasjon, koordinerer hjelp, og som kan kontaktes ved behov.

Spesialhelsetjenesten følger bare delvis opp lov om barn som pårørende. Det er mangelfull kartlegging og dokumentasjon og udekkede behov når det gjelder henvisning og informasjon til barn. Deler av spesialhelsetjenesten har mangelfulle ressurser eller utnytter ikke ressursene til å følge lovendringene. Størst utfordringer var knyttet til ledelse av arbeidet, veiledning av barnansvarlig, samt opplæring og veiledning av helsepersonell.

Helsepersonell har begrenset kompetanse i familiefokusert praksis, og mangler fortsatt kompetanse om hvordan foreldres sykdom påvirker barna. Spesialisthelsetjenesten mangler også systemer som kan kvalitetssikre at lovendringene følges opp, samt kommunikasjons og rapporteringssystemer for ivaretagelse av tilbakemeldinger, samt oppfølging av hindringer med å implementere lovendringene.



## 4.7 Hovedfunn fra artiklene

Artikkel 4.1.1 oppsummerer hindringer. Studien viser til anbefalte retningslinjer for å utvikle en familiefokusert tilnærming. Barn som pårørende har lenge hvert usynlige innen voksenpsykiatrien. Retningslinjene som er beskrevet har som mål å både respondere barnas og foreldrenes behov.

Artikkel 4.1.2 deler resultatene inn i to temaer: dilemma om barn som besøker voksen psykisk helsevern og det å være familievennlig.

Helsepersonell var enig om at det var viktig at barna besøkte foreldrene i psykiatrien, både for barna og for foreldrene. Samtidig kunne dette medføre utfordringer som ble knyttet til: mangel på kunnskap om alderstilpasset pedagogisk tilnærming til barna, manglende retningslinjer, at familien og barna ikke ble inkludert i behandlingen og manglende besøksrom. Studien viste at behandlingen kun fokuserte på pasienten den psykiske lidelsen. Helsepersonellet manglet kunnskap og ferdigheter til å implementere familiefokusert behandling, og å støtte foreldrene i foreldrerollen og omsorgsrollen.

Artikkel 4.1.3 handler om parallelle familiegruppesamtaler og hvilke fordeler de har for pasienten og familien rundt.

Artikkel 4.1.4 viser at de som hadde erfaring og kunnskap innen familiefokusert tilnærming, kunne ivareta familien bedre enn de som ikke hadde det. Kunnskapen og erfaringen de hadde reduserte hindringer og utfordringer som kunne oppstå.

Artikkel 4.1.5 drøftet utfordringer ved implementeringen av det nye lovverket om barn som pårørende. Utfordringer som ble drøftet var manglende tid, ressurser, trening, økonomiske midler og støtte på ledelsesnivå. Hos sykepleierne ble det pekt på mangler knyttet til interesse, forpliktelse til endring, kunnskap og erfaring. I tillegg kunne pasientene og familiene være negative til at helsepersonellet skulle blande seg inn i familielivet deres.

Rapporten fra 4.1.6 tar for seg spørsmålet om spesialisthelsetjenesten har klart å implementere loven om barn som pårørende eller ikke.

## 5.0 Drøfting

I denne delen drøfter jeg hovedfunnene fra artiklene for å belyse problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier hjelpe foreldre i foreldrerollen når de blir innlagt på psykiatrien, slik at foreldre klarer å styrke barnas resiliens?

### 5.1 Familie fokusert sykepleie

Historisk sett har familien i liten grad blitt involvert i behandlingen til pasienten. Tradisjonelt har helsepersonell hatt fokus på å diagnostisere pasienten og behandle denne diagnosen. Et annet aspekt fra tradisjonens tankesett er individfokusert tilnærming til psykiske lidelser generelt. Solberg og Berg (2016) viser til at dersom sykepleieren kun tilnærmer seg pasienten som et enkeltindivid, blir ikke familien rundt sett, og de får ikke den hjelpen de faktisk trenger (Solberg & Berg, 2016). Når mor eller far blir alvorlig syk, blir hele familien berørt og det medfører endringer i familiens livssituasjon. Hverdagen blir preget av engstelse og bekymring, og det er vanskelig å opprette kommunikasjon innad i familien, noe som igjen kan svekke familiefunksjonen (Ytterhus, 2012). Derfor er det viktig at sykepleieren ser på hele familien som helhet, og ikke bare på pasienten. Det å kartlegge barn som lever med disse foreldrene og ivareta barnas behov er også viktig (Goodyear et al, 2015).

Barn som vokser opp med foreldre med psykisk lidelse, har en forhøyet risiko for å utvikle psykiske helseproblemer selv. Forklaringen kan ligge i oppvekstmiljøet og den genetiske disposisjonen som barna innehar. Barn deler både gener og miljø med sine foreldre, og begge deler påvirker utvikling av psykisk lidelser hos barn (Torvik & Rognmo, 2011). Sykepleieren bør være med å bidra til en endring i praksis i yrkesutøvelsen, slik at disse barna blir sett. Hvordan barna forstår situasjonen og hvordan de reagerer er aldersbestemt og handler om barnets modenhet. Barn er ofte preget av abstrakt tenkning der de kan tro at det er deres feil at mor eller far er syk (Hov & Jeppesen, 2015). Hvis barna får riktig informasjon om foreldrenes sykdom, vil de i større grad være i stand til å forstå at sykdommen ikke er deres feil. Barna blir tryggere i situasjonen, noe som igjen kan føre til at de utvikler en større resiliens. Resiliens er en positiv utvikling under vanskelige forhold og summen av beskyttelsesfaktorer. Derfor er det viktig at sykepleieren bidrar til å hjelpe foreldrene i foreldrerollen slik at foreldrene klarer å ivareta barna på best mulig måte. Dette kan igjen føre til at barna blir motstandsdyktig for selv å utvikle psykiske problemer eller avvik.

Familiefokusert behandling omhandler å bygge opp under familiens resiliens, og har som mål å støtte foreldre i foreldrerollen, samt arbeide mot at hele familien blir inkludert i behandlingen (Goodyear et al, 2015). Å hjelpe pasienten i å støtte foreldre i foreldrerollen handler også om å ivareta familiens ressurser og hjelpe pasienten til å utnytte seg av de ressursene som finnes i pasientens miljø. Goodyear et al (2015) tar opp viktigheten av å identifisere styrker og ressurser hos familien for å forebygge risiko for at barn av psykisk syke pasienter får negative utfall. Når styrker og svakheter har blitt kartlagt, vil det være mulig for sykepleieren å hjelpe pasienten og de pårørende å finne frem til spesifikke recovery-mål og -tiltak som kan styrke familien som helhet. For eksempel kan den friske partneren eller annen familie ta seg av omsorgen for barna, når den syke forelder har nok med sin egen psykiske lidelse.

Helsepersonell er lovpålagt til å bidra i å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging til mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom (Helsepersonelloven § 10, 2010). Vi har også spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. Der spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha barneansvarlig personell som har ansvar å koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke foreldre. Spesialhelsetjenesten følger bare delvis opp loven om barn som pårørende. Det er mangel på kartlegging og dokumentasjon, og dermed finnes det udekkede behov når det gjelder henvisning av, og informasjon til barn (Ruud et al, 2015). I studien fra Lauritzen og Reed (2012) ble det trukket frem at det var behov for et dokumentasjonsverktøy som kunne kartlegge barn som pårørende og deres behov, samt retningslinjer for hvordan helsepersonell kunne ivareta sine arbeidsoppgaver på en god måte. Hvis ikke barna blir sett, ser ikke sykepleieren pasientens rolle som foreldre. Ressurser som pasienten har blir da underbygd og forbedringsprosessen til pasienten kan ta lengre tid. Pasienten trenger hjelp til å snakke med barna om sin egen sykdom, slik at informasjonen som blir gitt er tilpasset barnas alder. Dermed får barna en forståelse av sykdommen og selve situasjonen de er i. Veiledning og undervisning er en del av sykepleierens ansvarsområde. For å følge opp lovendringen om barn som pårørende må helsepersonell i større grad fokusere på hele familien, ikke bare den syke. Helsepersonell må kunne ivareta pasienten i sin foreldrerolle; de skal bidra, men ikke overta. Deres oppgave er å støtte foreldrene i hvordan de kan informere, sikre samvær og gi nødvendig hjelp og støtte til disse barna. Derfor er det viktig å finne en tilnærming som kan hjelpe å styrke familiefunksjonen. En tilnærming som både ser pasienten, men også familien rundt. (Helsedirektoratet, 2010).

Det er en del utfordringer i å møte familien rundt pasienten. Flere av artiklene som blir brukt i denne oppgaven, ser på faktorer som hemmer implementeringen av en familiefokusert tilnærming i voksenpsykiatrien (Brien et al, 2011. Reedtz & Laitzen 2016). Eksempler på utfordringer som ble nevnt var:

- Organisasjonsnivå: mangel på ressurser, mangel på tid, mangel på støtte fra ledelsen.
- Pasient og pårørende: redsel fra foreldrene for å miste omsorgen for barna.
- Sykepleiernivå: Sykepleierens negative holdning til endring.

Sykepleierne og andre helsepersonell hadde manglende interesse for å forplikte seg til å arbeide med å inkludere hele familien i behandlingen, noe som var ansett som en av de største hindringene. I tillegg var det mangel på kunnskap og erfaringer, noe som jeg vil komme nærmere innpå i kapittel 5.3 (Brien et al, 2011. Reedtz & Laitzen 2012). I studien av Brien et al (2011) ser det ut til at lite har endret seg. Helsepersonell fokuserer ennå på det individuelle og sykdommen. Vi ser her at det kan være utfordrende for sykepleieren å implementere familiefokusert tilnærming, og at det er en del hinder som oppstår når man skal implementere den nye behandlingen. Norge har gjort en lovendring som tilsier en ny tilnærming i praksis, hvor man skal se hele familien og ikke bare pasienten. Endring av eksisterende prosedyrer tar tid og det trengs en del ressurser og retningslinjer for at endringen skal bli vellykket. Powell, Rushmer & Davies (2009) omtaler fem forhold som kan gjøre implementeringen og forbedringen vellykket: 1) helsepersonellet har et aktivt engasjement og eierforhold til kunnskapen som skal implementeres, 2) kunnskapen tilpasses situasjonen og organisasjonen, 3) kunnskapen samsvarer med institusjonens mål og visjoner, 4) ledelsen og virksomheten styre er aktivt støttende og deltakende i implementeringen, og 5) implementerings- og forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonen og er av vedvarende karakter (Førland, 2014). For å møte utfordringene som oppstår på organisasjonsnivå må ledelsen forstå hvorfor endringen er viktig slik at det blir naturlig å støtte og inkludere medarbeiderne i arbeidet med implementering av ny og forbedret praksis. Ledelsen har kanskje i tillegg behov for mer kunnskap om den nye tilnærmingen i praksis. På sykepleiernivå er det viktig å endre dårlige holdninger. Det hjelper å endre holdningene hvis sykepleierne og annet helsepersonell får et eierforhold til de nye endringene. Det er også viktig at de blir inkludert i endringsprosessen. Kunnskap om behandlingsformen er viktig for at endringen skal bli vellykket. I artikkelen av Reedtz & Laitzen (2012) rapporterte helsepersonell at de ikke hadde kunnskap til å forholde seg til barn, kunnskapen deres var rettet til voksen psykisk helsevern. Helsepersonell

rapporterte også at de var overbelastet av arbeid og at de hadde ikke kapasitet til å ivareta barna og familien i tillegg til pasienten. Dette kan igjen føre til mangel på mestringsfølelse og mangel på motivasjon. Målet blir da å gi tilpasset kunnskap til situasjonen slik at ledelsen og medarbeiderne mestrer de nye endringene. På bruker- og pårørende-nivå må sykepleieren fremme relasjonsbygging til pasienten, slik at pasienten får tillit til sykepleieren. Det er viktig at sykepleieren og pasienten sammen kommer til enighet om hva som er best angående barna til pasienten. Dette kan for eksempel gjelde hvilke støtte og informasjon barna trenger. Hvis foreldrene med psykisk lidelse føler at de har medbestemmelse og er deltaktive i bestemmelsesprosessen angående barna, kan dette minke redselen for å miste ansvaret for barnet. Deltakelse av bestemmelsesprosessen kan føre til at pasienten i større grad føler mestring til å ivareta barna med hjelp av sykepleieren til å utarbeide tiltak.

I Norge har ”Barnsbeste” utarbeidet fagprosedyrer for å formidle til spesialisthelsetjenesten, hvordan arbeidet med barn som pårørende, kan ivaretas på en best mulig måte. De overordnede prosedyrene handler om organisering av arbeidet og definerer også ulike roller og ansvarsområder i alle ledd i sykehusstrukturen. Fremgangsmåten beskrives i underprosedyren (Hov & Jeppesen, 2015). Denne framgangsmåten kan være et redskap for sykepleieren når pasienter har barn som er mindreårige. Hvis pasienten har mindreårige barn kan man eksempelvis iverksette tiltak for å ivareta disse barna. Tiltakene skal bidra til trygg ivaretagelse av barna og familien rundt. Goodyear et al (2015) kommer med ulike retningslinjer som et verktøy for å implementere familiefokusert behandling. Studien har seks anbefalte standarder for å utvikle en familiefokusert tilnærming til pasienter som er foreldre. Barn har lenge vært usynlige innen voksen psykisk helsevern. Standardene som fremkommer i studien har som mål å respondere til behovene både hos disse barna og foreldrene. Denne studien reflekterer over tankegangen recovery, altså behandling gjennom familiens styrker og ressurser. Helsepersonell skal her samarbeide med pasienten og støtte dem i de rollene og relasjonene som utspiller seg i livet til pasienten. Sykepleierne kan bruke disse retningslinjene i sin rolle som behandler, og hjelpe pasienten i rollen som forelder - en rolle som gir mening for pasienten (Goodyear et al, 2015). Standardene har altså fokus på å identifisere de forskjellige behovene som familiemedlemmene har og se familien som helhet i recoveryprosessen. Både retningslinjene fra studien av Goodyear et al (2015) og fagprosedyrer som Barnsbeste har utarbeidet, er gode tiltak for å hjelpe barn som pårørende.

## 5.2 Gruppesamtaler

Foreldrerollen dreier seg blant annet om å sørge for at barna får de ressurser, kunnskap og ferdigheter de trenger for å mestre tilværelsen her og nå, men også å forberede barna på voksenlivet (Eng og Kjøbli, 2017).

Solberg & Berg har undersøkt foreldrenes oppfattelse av det å delta i parallelle gruppesamlinger når en av foreldrene har en psykisk lidelse. Resultatene fra studien viste at flere av dem som hadde deltatt i fler-familiegrupper var i arbeid, og at de håndterte kriser på en bedre måte enn dem som hadde mottatt individuell familiestøtte. Det kan derfor se ut som at gruppesamtale kan styrke foreldre i deres rolle som foreldre. Pårørende i studien manglet kunnskap om psykiske lidelser, noe som bidro til frustrasjon og en følelse av belastning. Etter gruppesamtalen fikk pårørende en større forståelse for personen med psykiske lidelse, og tilgang til nødvendig informasjon. Det kom også frem at foreldrene etter gruppesamtalene, opplevde at barna følte mer trygghet og at de forstod at det ikke var deres skyld at mor eller far var psykisk syk. Etter perioden med gruppesamtaler gikk kommunikasjonen og samhandlingen betydelig bedre og familien var preget av mindre konflikter. Samarbeid med pårørende hvor man vektlegger undervisning, informasjon og veiledning, kan redusere negativ samhandling i familien og virker frigjørende for det enkelte familiemedlemmet (Solberg & Berg 2015). Gjennom kommunikasjon styrkes kunnskapen rundt den psykiske lidelsen og familiemedlemmene får en ny forståelse for den syke, noe som kan bidra til å styrke familiefunksjonen. Halså og Aubert (2016) er enige i om at barn som møter andre barn og unge i samme situasjon som dem selv, vil være et forebyggende tiltak, og noe som kan hjelpe barn og foreldre med sin fungering i familien. Sammen kan barna bli bevisst på egne følelser, lære å forstå foreldrenes problemer og finne mestringsstrategier. Halså og Aubert (2016) kommer også med utfordringer som kan oppstå i en slik situasjon. En utfordring kan være dersom foreldrene ikke er enige med de tiltakene som iverksettes. Det virker mot sin hensikt å presse foreldre til å la barna delta i forebyggende programmer som foreldrene mener har lite verdi. Godt foreldresamarbeid, tillit og en god allianse mellom foreldre og hjelpere er avgjørende i dette arbeidet. (Halså og Aubert, 2016). Kommunikasjon er sykepleierens redskap til å bli kjent med pasienten og familien. Med god kommunikasjon kan sykepleieren være med å bidra til å nå målene pasienten og familien setter seg med grunnlag på den faglige kompetansen sykepleieren har. Bruk av gruppesamtale der flere familier er involvert krever planlegging og tilrettelegging, alt etter hvor man møter pasienten og familien. Studiene over viser at det har meget god effekt, og ressursbruken kan forsvares av lovendringen om barn

som pårørende. På den andre siden er det viktig å tenke på at tilbudet ikke passer for alle pasienter, særlig de foreldrene som ikke ser mening med disse tiltakene, da dette vil gi lite verdi.

Et annet verktøy sykepleierne og annet helsepersonell kan ta i bruk er international child development programme (ICDP), som er et veiledningsprogram. Målet med dette programmet er å bidra til å gjøre foreldre kompetente og trygge på sin rolle som foreldre, gjennom å øke deres bevissthet om sine oppdragelsesstrategier og sin utøvelse av foreldrerollen. Dette kan igjen bidra til å fremme barnas positive utvikling og forebygge mulige problemer og avvik. Veiledning bygger på foreldrenes oppfatning av barna og tema for godt samspill (Skar, Flakk & Tetzchner, 2017).

### **5.3 Kunnskap, erfaringer og samhandling**

For å utvikle familiefokusert behandling er kunnskap og erfaringer om denne fremgangsmåten viktig. Profesjonell samhandling, kompetansebygging og utvikling av felles verdier fremstår som nøkkelen for å lykkes til å se og ivareta barn av foreldre med psykisk lidelse (Halsa & Aubert, 2016).

Ut i fra resultatene fra multisenterstudie av Ruud et al (2015), ser vi at spesialhelsetjenesten har et stykke igjen å gå. Deler av spesialhelsetjenesten har mangel på ressurser eller utnytter ikke ressursene som finnes til å følge opp lovendringen. Den største utfordringen er knyttet til ledelsen av arbeidet, veiledning til barneansvarlige, samt opplæring og veiledning av helsepersonell (Ruud et al, 2015). Implementering av familiefokusert tilnærming og implementering av lovendringen om barn som pårørende er vanskelig. Det kommer frem i flere studier at helsepersonell og ledelsen har mangel på kunnskap og erfaringer når det gjelder det å arbeide med familien (Lauritzen & Reestz, 2012, Brien et al, 2011, Goodyear et al, 2016).

Når en utvikling skjer i helsesektoren er det viktig å tenke på at det handler om mennesker. Den faglige utviklingen skjer først og fremst gjennom praktisk utøvelse av yrket, det vil si i relasjoner mellom den profesjonelle og brukerne. Siden det er mennesker vi jobber med, blir utviklingsarbeidet en kompleks prosess som kan være utfordrende. Fagutviklingen handler om kunnskaps- og kompetanseutvikling knyttet til komplekse personlige og sosiale prosesser hvor mennesket er sentrum for virksomheten (Frøland, 2014). Tidligere har jeg nevnt

utarbeiding av nye retningslinjer og fagprosedyrer som et tiltak for å implementere familiefokusert tilnærming (Goodyear et al. 2015 & Hov & Jeppesen, 2015). Helsepersonell må få en god innføring av retningslinjer og veiledning på hvordan de kan gjennomføre dem. Kunnskap medfører handlingskraft, handlingskraft som er nødvendig for å se og ivareta barna. Goodyear et al (2016) viser at helsepersonell som har kunnskap og erfaringer i større grad klarer å støtte pasienten i foreldrerollen og deres familie. I studien til Brian et al. (2011) ble utdanning eller trening innen familiefokusert behandling trukket frem som en viktig faktor for å kunne imøtekomme pasientene på en god måte.

Det er viktig at helsepersonell samarbeider for å finne den beste løsningen for å løse helseproblemet for pasienten og deres familie. Utifra de erfaringer som ble gjort under Solberg & Bergs studie, kan vi se nytten og verdiene av et nært og tett samarbeid mellom de ulike nivåene i behandlingsskjeden innenfor psykisk helsevern, og naturlige samarbeidspartnere utenfor helsesektoren; som SFO, skole og barnehage (Solberg & Berg, 2015). Både internasjonal og nasjonalt er det krav om koordinering av tjenester og forventninger om at profesjonsutøvere i helse- og velferdssektoren skal samarbeide. Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen med pasienten, og sammen kommer til en løsning i behandlingen. Det dreier seg altså om samarbeid mellom ulike profesjonsutøvere som har en felles oppgave eller et felles prosjekt. Tverrprofesjonelt samarbeid kan være krevende og man må være bevisst på sin egen kompetanse og andre profesjoner sitt kompetanseområde (Willumsen, 2016).



## 6.0 Konklusjon

For å ivareta foreldre i foreldrerollen er det viktig med en familiefokusert tilnærming til pasienten. En slik tilnærming bidrar til at barn som pårørende blir sett. Norge endret loven slik at barn som pårørende skal bli sett og ivaretatt. Dette er et godt tiltak for å forbedre praksis i helsesektorene forutsatt at lovendringen følges opp. Likevel er det vanskelig å implementere en forbedret praksis og det er en del utfordringer som kan oppstå. I oppgaven har jeg tatt med retningslinjer som kom frem i en av de australske studiene og fagprosedyrer som ble utarbeidet av barnsbeste. Disse retningslinjene bør bli implementert i alle helsesektorene. Retningslinjene burde vært utarbeidet og kvalitetssikret av ressurspersoner nasjonalt, slik at vi kunne hatt en helhetlig praksis som ble undervist på skolene og brukt i avdelingen i spesialisthelsetjenesten, samt kommunehelsetjenesten.

Det er viktig at pasienten og familien får den informasjonen som trengs på et tilpasset nivå, slik at de får kunnskap i hvordan de skal håndtere situasjonen på best mulig måte. Fler-gruppesamtaler kan være med å bidra til at informasjonen blir gitt og bearbeidet. Studier viser at slike gruppesamtaler gir positive resultater for hele familien. På den andre siden er det viktig å tenke på at slike samtaler ikke er for alle familier, da noen foreldre med psykisk lidelse kan være imot slike tiltak. Uten samarbeid med disse foreldrene, kan tiltakene virke mot sin hensikt. Kunnskap og erfaringer av en familiesentret behandling er viktig for at foreldrene får den støtten de trenger for å ivareta barnas resiliens. Godt samarbeid mellom de ulike helsesektorene og andre naturlige samarbeidspartnere utenfor helsesektoren er viktig for at hele familien skal bli sett og ivaretatt.

Videre arbeid kan være å forske på hvilke verktøy som skal iverksettes for at helsepersonell klarer utfordringene de står overfor i dag når det kommer til å se hele familien. En slik forskning kan bidra til at helsepersonell blir bedre rustet til å følge opp lovendringene om barn som pårørende.

## 7.0 Referanseliste

- Brien, L. O., Brandy, P., Anand M. & Gillies D. (2011) Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff. *Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 358-363. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1111/j.1447-0349.2011.00740.x>
- Eng, H. & Kjøbli, J. (2017). Foreldrestøtte og samfunnet- familiestøtte som forebyggende strategi. I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I. Frønes & J. Kjøbli (Red.). *Den krevende foreldrerollen- familiestøttende intervensjoner for barn og unge*. (1.utg., s. 21- 46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. Stocholm : Natur & Kultur
- Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 209-226). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I Haugan, G. & Rannestad, T.( Red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. (s. 225- 240). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (Elektronisk kompendium)
- Gjersten, P. Å. (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget
- Goodyear, M., Hill, T. L., Allchin, B., Maccormick, F., Hine, R., Hine, R. & Halon, B. O. (2015) Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *International Journal of mental health nursing*, 24(2), 169-180. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1111/inm.12120>
- Goodyear, M., Maybery, D. Reupert, A., Allchin, R., Fraser, C., Frenbacher, S. & Cuff, R. (2016). Thinking families: A study of the characteristics of the workforce that delivers

family-focussed practice. *International Journal of mental health nursing*. Doi:  
10.1111/inm.12293

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#%C2%A710a](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A710a)

Hem, M. H. (2015). *Personer med psykisk lidelse*. Hentet fra:  
<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Personer-med-psykisk-lidelse/>

Henriksen, S. G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. (3.utg., s.57-75). Bergen: Fagbokforlaget.

Halsa, A. & Aubert, A.M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien -Universitetsforlaget*, 67-88. Doi:  
[10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06](https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06)

Hov, L. & Jeppesen E. (2015). Nye fagprosedyrer om barn som pårørende. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/03/nye-fagprosedyrer-om-barn-som-parorende>

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2012). Support for children of service users in Norway. *Mental health practice*, 16(10), 12-18. Hentet fra:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104196237&site=ehost-live>

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie- Sykepleiens grunnlag, roller og ansvar*. (2.utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk

Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>

Pedersen, H. K. F. (2010, 14 oktober). *Mamma er syk i følelsene*. Hentet fra: <http://www.klikk.no/foreldre/helse/psykisk-syke-foreldre-1406323.ece>

Renolen, Å. (2015). *Forståelsen av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K.A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E.K., Kufås, E., Løvås, E., Peck, G.C., Skogerbø, Å., Skogøy, B.E., Stavnes, K., Thorsen, E. og Weimand, B.M. (2015). [Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie](#). Rapport 11/2105. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF.

Skar, A. M. S., Flakk, G. & Tetzchner, S.(2017). I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I. Frønes & J. Kjøbli (Red.). *Den krevende foreldrerollen- familiestøttende intervensjoner for barn og unge*. (1.utg., s. 148- 168). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*. Trondheim: nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Solberg, S. & Berg, G. (2016), Familieperspektiv i psykisk helsevern. *Sykepleien*, 10(4), 372-378. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55994

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-5)

Thidemann, I. J. (2015). Bacheloroppgave for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboka i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget AS

Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Rapport 2011:4. Folkehelseinstituttet.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E Willumsen & A Ødegård (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag*. (2. utg, s. 33-52). Oslo: Universitetsforlaget.

Ytterhus, B. (2012) Hva er et <<pårørende barn>>? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag.

## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 8.1 I – Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

# SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="checkbox"/></p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="checkbox"/></p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Se tabell 1 – fremgangsmåte for litteratursøk.</p> <p>Alle de kvalitative artiklene som er analysert er nyere enn 2010.</p>
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kommentar:</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kommentar:</b>					
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>Kommentar:</b>													
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kommentar:</b></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kommentar:</b>					
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>Kommentar:</b>													
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kommentar:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Funn i forskningsartiklene er knyttet opp mot faglitteratur.</i></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kommentar:</b>			<i>Funn i forskningsartiklene er knyttet opp mot faglitteratur.</i>		
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>Kommentar:</b>													
<i>Funn i forskningsartiklene er knyttet opp mot faglitteratur.</i>													



<p><i>tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</i></li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</i></li> <li>• <i>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</i></li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>

## HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i></li> <li>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i></li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
--	---	---	--

## KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i></li> <li>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i></li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
--	--------------------------

## Vedlegg 8.2 Etisk godkjenning

Her er en oversikt over hvilke godkjenninger som har blitt innhentet i de forskjellige artiklene jeg bruker i litteraturstudiet.

**1. *Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness, 2015.***

Etisk godkjenning er innhentet fra La Trobe University: menneskelig forskningsetisk komité.

**2. *Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff, 2011.***

Denne studien har fått etisk godkjenning både fra universitet og av menneskelig forskningsetisk komité. Etiske utfordringer som inkludering av informert samtykke, taushetsplikt og anonymitet ble tatt opp. De som var med i studien kunne trekke seg hvis de ikke hadde lyst å fortsette.

**3. *Familieperspektiv i psykisk helsevern, 2016.***

Denne artikkelen er godkjent i regional komité for medisin og helsefaglig forskningsetikk (REK).

**4. *Thinking families: A study of the characteristics of the workforce that delivers family-focussed practice. (2016).***

Denne studien har fått etisk godkjenning både fra universitetet og fra menneskelig forskningsetisk komité.

**5. *Support for children of service users in Norway. (2012).***

Denne studien ble gjennomført i tråd med etiske prinsipper i helsinkideklarasjonen for medisinske undersøkelser som involverer mennesker.

**6. - *Barn som pårørende –resultat fra en multisenterstudie , 2015***

Multisenterstudien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør og personvernombudet i de helseforetakene som deltok.

## Vedlegg 8.3 Styrker og svakheter med forsknings artiklene

### *1. Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness, 2015.*

**Styrker:** styrken i studien er at de har utarbeidet et viktig redskap for å implementere en familiefokusert tilnærming. Slik blir de usynlige barna synlige.

**Svakheter:** Ut i fra andre artikler ser man at det er vanskelig å implementere nye tiltak i praksis og at det er en lang prosess. Det fortsatt utfordringer som man bør ta hensikt til når man iverksetter retningslinjer, for eksempel: helsepersonells holdninger eller motstridene behov eller ønsker fra pasient og familie.

### *2. Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff, 2011.*

**Styrke:** Funnene ble knyttet opp mot internasjonal litteratur og forskning. Ved kvalitativ metode går en dypere inn og drøfter temaet.

**Svakheter:** Denne studien ble gjennomført innenfor et lite geografisk område og antall deltakere var lite.

### *3. Familieperspektiv i psykisk helsevern, 2016.*

Funnene fra studien er basert på erfaringer fra et lite antall informanter. Det blir derfor ikke representativt for alle familier. Det er gjort lite forskning på parallelle grupper. Dette kan også være positivt fordi det setter søkelys på denne type behandling. De bruker en kvalitativ metode som går mer i dybden på foreldrenes oppfatning av behandlingen.

### *4. Thinking families: A study of the characteristics of the workforce that delivers family-focussed practice. (2016).*

**Styrke:** studien har tatt for seg flere psykisk helsevern i Australia. Utvalget består både av menn og kvinner. Jeg føler at artikkelen svarer på problemstillingen.

**Svakheter:** Noen begrensinger forekommer i tolkningen av resultatene. Sammenheng som er målt er ikke nødvendigvis årsaken. Mennesker er subjektive, men kvantitativ metode skal være objektiv.

### ***5. Support for children of service users in Norway. (2012).***

**Styrke:** Kvalitative data ble analysert med kvalitativ metode.

**Svakheter:** Begrensinger med studien var resultater var at kvantitative data ble analysert med kvalitativ metode. En annen begrensing kan være responsrate, som kan føre til at resultatene kan være forutinntatte.

### ***6. - Barn som pårørende –resultat fra en multisenterstudie , 2015***

**Styrke:** styrken med denne multisenterstudien er at store deler av Norge er representert. Det er en studie som tar for seg barn som pårørende i både psykisk helsevern, somatisk og rusbehandlingen. I min oppgave fokuserer jeg på funn fra psykisk helsevern.

**Svakheter:** Studien har trolig skjevt utvalg. Grunnen til det er at de sykeste pasienten ikke ble inkludert i undersøkelsen. Denne studien er mest representativ for de mer moderate psykisk lidelsene. Derfor er det antatt at problemene er større for en del barn som pårørende enn det resultatet i studien kommer frem til. Studien hadde også et inklusjonskriterium at de som skulle fylle ut spørreskjemaet måtte kunne norsk, Der er funnene lite relatert til minoritetsgruppen og innvandrere.