



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave )		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
<b>Intern sensor:</b>	Inger Helen Hardeland Hjelmeland		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 653

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Barn som pårørende innen psykiatri **Egenerklæring \*:** Ja

**Antall ord \*:** 8999

Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:

### Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

### Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

### Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# Bacheloroppgave i sykepleie



Figur 1. «Father and son», 2018, av Ian Hooton.

## Barn som pårørende innen psykiatri

### Children as next of kin within psychiatry

**Høgskolen på Vestlandet, campus Stord, sykepleie, kull 2017**

**Kandidatnummer: 653**

**Innleveringsfrist/dato: 22.04.20**

**Antall sider: 28**

**Antall ord: 8999**

**Forord:**

Fortell meg at jeg er noe, at jeg kan noe, at jeg betyr noe. Fortell meg det.

Ikke fortell meg det jeg gjorde, eller det jeg kunne gjort, eller det jeg burde eller skulle gjort.  
Nei, ikke fortell meg det.

Fortell meg heller at jeg er noe, at jeg kan noe, at jeg betyr noe. Fortell meg heller det.

Jeg trenger det, skjønner du. Jeg trenger det så sårt.

Jeg trenger en søyle av trygghet å lene meg mot gjennom livet. Jeg trenger det, skjønner du,  
for det er så værhardt å leve!

- Ragnhild Bakke Waale

## **Sammendrag:**

**Tittel:** Barn som pårørende innen psykiatri

**Bakgrunn for valg av tema:** Mindreårige pårørende utgjør en stor og sårbar gruppe som sykepleiere bør arbeide for å ivareta på best mulig måte. Dette er definert både gjennom yrkesetiske retningslinjer og norsk lov.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge slik at mindreårige pårørende til psykisk syke kan finne trygghet?

**Hensikt:** Sykepleiefaget er i kontinuerlig utvikling og har derfor behov for oppdatert kunnskap for å sikre en god faglig standard. Denne oppgaven vil benytte et utvalg av relevant litteratur og forskning relatert til mindreårige pårørende ved psykisk sykdom. For deretter å drøfte problemstillingen. Målet med oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan sykepleiere kan hjelpe barn til å finne trygghet i livssituasjonen som pårørende ved psykiatrisk sykdom.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie.

**Resultat:** Forskningsartiklene viser at det er et behov for mer familiefokus innen psykisk helsevern. Mindreårige pårørende er en risikogruppe som har behov for informasjon, forståelse, anerkjennelse, involvering, samvær med den syke, sikkerhet og hjelp til å minske stress og angst. Til tross for økt risiko opplever enkelte å utvikle seg positivt. Da mange faktorer spiller inn, blir ivaretagelsen av mindreårige pårørende praktisert ulikt ved de ulike avdelingene og sykehusene i spesialisthelsetjenesten.

**Konklusjon:** I spesialisthelsetjenesten bør sykepleiere oppsøke og legge til rette for involvering og informering av mindreårige pårørende. Ved å gjøre dette kan man minske risikoen denne gruppen står overfor og heller legge til rette for positive utviklingsmuligheter. Gjennom å samhandle med andre tjenester vil man også legge til rette for at tryggheten kan vedlikeholdes.

**Nøkkelord:** Sykepleie, Barn som pårørende, Barn av foreldre med en psykisk lidelse, Spesialisthelsetjenesten, Barneansvarlig personell.

## **Summary:**

**Title:** Children as next of kin within psychiatry

**Background for choice of subject:** Underaged next of kin is a large and vulnerable group which nurses should strive to safeguard in the best way possible. Both the Nurse`s Code of Professional Conduct and Norwegian Law defines this.

**Research question:** How can nurses facilitate for the underaged next of kin of psychiatric patients to find security within the situation.

**Aim:** Nursing is a continuously developing field and there is a need for constant updated knowledge to insure a high professional standard. This paper will use a selection of literature and science related to children as next of kin in cases of mental illness. The selection will thereafter be used to argue a chosen thesis question. My aim with this paper is to increase the knowledge on how nurses can contribute to children finding security in the situation where they are next of kin in cases of mental illness.

**Method:** Systematic literature study.

**Results:** The research articles clearly indicate a need for more family involvement within psychiatric health care. Underaged next of kin is a vulnerable group in need of information, understanding, recognition, involvement, contact with the ill person, security and help to reduce stress and anxiety. Despite being vulnerable, some experience positive development. Because of varying factors, the care for underaged next of kin varies in wards and hospitals.

**Conclusion:** In specialized health service nurses should actively facilitate involvement and information for underaged next of kin. Taking active steps like these can decrease the risk and facilitate for positive development. By working together with other health services one can facilitate for continued safeguarding.

**Keywords:** Nursing, Children as next of kin, Children of parents with a mental illness, Specialized Health Services, Child responsible personnel.

## **Innholdsfortegnelse:**

<b>1.0 Innledning</b> .....	1
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	1
<b>1.2 Hensikten med oppgaven</b> .....	1
<b>1.3 Sykepleiefaglig relevans</b> .....	1
<b>1.4 Problemstilling</b> .....	2
1.4.1 Definisjon av begreper i problemstilling.....	2
1.4.2 Presisering av avgrensing av problemstilling.....	3
<b>2.0 Teori</b> .....	4
<b>2.1 Joyce Travelbee</b> .....	4
<b>2.2 Aktuelle lover, forskrifter og veiledere</b> .....	4
<b>2.3 Barn som pårørende</b> .....	5
<b>2.4 Barns utvikling</b> .....	5
<b>2.5 Kommunikasjon med barn og unge, behov for informasjon</b> .....	6
<b>2.6 Mindreårige pårørende i risikosituasjon</b> .....	6
<b>2.7 Trygghet</b> .....	7
<b>2.8 Stress og usikkerhet sin påvirkning på barn</b> .....	7
<b>2.9 Sykepleie til mindreårige pårørende</b> .....	8
<b>3.0 Metodebeskrivelse:</b> .....	10
<b>3.1 Litteraturstudie som metode</b> .....	10
<b>3.2 Litteratursøk</b> .....	10
3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier i litteratursøk.....	10
<b>3.3 Søkestrategi</b> .....	10
<b>3.4 Metodekritikk</b> .....	12
3.4.1 Vurdering av oppgaven .....	12
3.4.2 Kildekritikk .....	13
3.4.3 Forskningsetikk.....	14

<b>4.0 Resultat:</b> .....	15
<i>4.1 The silent world of young next of kin in mental healthcare</i> .....	15
<i>4.2 Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children</i> .....	15
<i>4.3 Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review</i> .....	16
<i>4.4 Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness</i> .....	16
<i>4.5 Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser; en fenomenografisk studie</i> .....	17
<i>4.6 Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study</i> .....	17
<i>4.7 Samlet analyse av resultat</i> .....	18
<b>5.0 Drøfting</b> .....	20
<i>5.1 Hvordan blir arbeid med mindreårige pårørende satt på dagsorden i Norge?</i> .....	20
<i>5.2 Familiefokus i Sykepleie til mindreårige pårørende</i> .....	21
<i>5.3 Hvordan kan trygghet forhindre usikkerhet og stress, og hvorfor bør dette være en viktig sykepleieprioritering?</i> .....	22
<i>5.4 Kommunikasjon som verktøy i arbeide med å sikre trygghet hos de pårørende</i> .....	23
<i>5.5 Hvilke spesielle hensyn og tiltak bør tas i spesialisthelsetjenesten?</i> .....	25
<i>5.6 Bruk av barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten</i> .....	26
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	28
<i>6.1 Forslag til videre forskning</i> .....	28
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	29
<b>8.0 Vedlegg</b> .....	34
<b>9.0 Figurer</b> .....	34

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Ifølge statistisk sentralbyrå bor det 1 122 508 mindreårige i Norge 1. januar 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det er ikke noen oversikt over hvor mange av disse barna som er pårørende, men det er nok et betydelig antall barn som faller innenfor denne kategorien (Bergem, 2018, s.17; Haugland, Ytterhus og Dyregrov, 2012, s.11). Mindreårige pårørende er ifølge Bergem (2018, s.17) en sårbar gruppe. Ut fra dette bør man som sykepleier arbeide for at denne gruppen ikke blir glemt, men heller blir sett og hørt. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2018, s.103) viser til at måten man mestrer lidelse på tidlig i livet vil ha innvirkning på hvordan man håndterer lidelse senere i livet. Med andre ord vil måten sykepleiere møter og arbeider med mindreårige pårørende være en viktig faktor i den pårørendes nåværende situasjon og dens fremtidige liv. En av de faktorene som vil være avgjørende, er barnets opplevelse av situasjonen. Som sykepleier vil man kunne hjelpe den pårørende med å finne trygghet og dermed også kunne minske stressnivået. Trygghet vil si at barnet føler seg beskyttet, er i sikkerhet og at barnet selv blir involvert slik at de kan klare å forstå. Kristoffersen, Nortvedt og Skauge (2015, s.110) skriver at trygghet som behov er mest tydelig når man tenker på barn.

### ***1.2 Hensikten med oppgaven***

Hensikten med oppgaven er få en oversikt over litteratur og forskning relatert til mindreårige pårørende ved psykisk sykdom. For deretter å benytte et utvalg av den til å drøfte problemstillingen i oppgaven. Ifølge Kristoffersen, Nortvedt, Skauge og Grimsbø (2016, s.16) er sykepleie et fag i kontinuerlig utvikling. Det vil si at det hele tiden er behov for oppdatert kunnskap for at sykepleien skal holde god faglig standard. Ut fra dette ønsker man i denne oppgaven å øke kunnskapen om hvordan sykepleiere kan hjelpe barn til å finne trygghet i livssituasjonen som pårørende ved psykiatrisk sykdom.

### ***1.3 Sykepleiefaglig relevans***

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere utarbeidet av «International Council of Nurses» danner et viktig rammeverk innen sykepleiefaget. Retningslinjene viser tydelig i punkt 3.1 at en sykepleiefaglig oppgave er å bidra til at pårørendes rett på informasjon blir



ivaretatt. Videre kan man lese i punkt 3.2 at sykepleiere må ta ekstra hensyn til barn som pårørende og deres særlige behov. Sist, men ikke minst står det i punkt 6.2 at man som sykepleiere skal bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Ut fra disse retningslinjene er det tydelig at sykepleiefaget har et ekstra ansvar overfor sårbare grupper som mindreårige pårørende. Også i norsk lovgivning blir mindreårige pårørende nevnt. I Helsepersonelloven står det at helsepersonell, som sykepleiere, skal bidra til at mindreårige pårørende får den informasjonen og nødvendige oppfølgingen de har behov for som følge av at et medlemmer primærfamilien har behov for behandling i helsevesenet (Helsepersonelloven, 1999, §10a).

#### ***1.4 Problemstilling***

Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge slik at mindreårige pårørende til psykisk syke kan finne trygghet?

##### *1.4.1 Definisjon av begreper i problemstilling*

Mindreårig:

Mindreårig vil ut fra den juridiske definisjonen si fra 0 - 18 år (Vergemålsloven, 2010, §2).

Trygghet:

Trygghet blir av Maslow beskrevet som sikkerhet, stabilitet, beskyttelse, uavhengighet, frihet fra redsel, angst eller kaos, orden og struktur i tilværelsen, grenser og rettsikkerhet (Segesten, 2016, s.148).

Pårørende:

Pårørende er ifølge Helsedirektoratets pårørendeveileder en nærstående person i en pasient eller brukers liv (Helsedirektoratet, 2019).

Psykisk lidelse:

Psykisk lidelse er ifølge store medisinske leksikon en "Samlebetegnelse på sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser (Malt og Aslaksen, 2019, 10. oktober)".

Sykepleie:

Ifølge Travelbee (2018, s.29) er sykepleie en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper individ, familie eller samfunnet. Videre skriver hun at den profesjonelle sykepleie skal hjelpe å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og ved behov hjelpe å finne mening.

#### *1.4.2 Presisering av avgrensning av problemstilling*

Grønseth og Markestad (2017, s.31) skriver at barna rundt 7-årsalderen vil begynne å videreutvikles slik at de kan tenke mer logisk. Det gjør at barna nå kan se saken fra flere sider og se sammenhenger. Derfor har man i denne oppgaven valgt å avgrense alderen fra 7 år til og med 18 år. I oppgaven er det valgt å benytte uttrykket barn eller mindreårige pårørende for alle aldersgrupper. Grunnen til dette er at man i relevante lover og forskrifter benytter disse begrepene.

Fokuset i denne oppgaven er på barn som er pårørende ved psykisk sykdom. Dette er videre avgrenset til at barna er pårørende til en eller flere psykisk syke foreldre. Det er viktig å påpeke at svært mange barn også er pårørende til søsken som lider av psykisk sykdom. Til slutt ble oppgaven avgrenset til spesialisthelsetjenesten. Dette er fordi man ønsker å se nærmere på mindreårige barns oppfølging med utgangspunkt i Spesialisthelsetjenestelov §3-7a (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a) og Helsepersonelloven §10a (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Sykepleie til mindreårige pårørende har hatt stor påvirkning av disse loveendingene og vil derfor være sentral i denne oppgaven. Ytterligere har jeg valgt spesialisthelsetjenesten siden det er her jeg har mest kunnskap og arbeidserfaring.

## **2.0 Teori**

### ***2.1 Joyce Travelbee***

Travelbee (2018, s.29) sin tanke om sykepleie som en mellommenneskelig prosess er svært relevant. Travelbee (2018, s.48) skriver at den profesjonelle sykepleier bør arbeide for å hjelpe enkeltindivid, familie eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Man bør om nødvendig hjelpe dem til å finne en mening i denne sykdommen og lidelsen. Videre skriver Travelbee (2018, s.37) at selv om dette er en vanskelig oppgave må man ikke unngå den. For å klare å gjennomføre denne oppgaven, må sykepleieren ifølge Travelbee (2018, s.41) målbevisst etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold. Et menneske-til-menneske-forhold refererer ifølge Travelbee (2018, s.136) til en eller flere erfaringer mellom sykepleier og den hun har omsorg for. Gjennom disse erfaringene blir sykepleiebehovet ivaretatt. Travelbee (2018, s.177) presiserer at både sykepleier og den sykepleieren har omsorg for har gjensidig nytte av dette forholdet.

### ***2.2 Aktuelle lover, forskrifter og veiledere***

Jamfør Helsepersonelloven skal helsepersonell sikre pårørendes barns rett til informasjon og nødvendig oppfølging når en forelder eller søsken er syk. Dette betyr blant annet at man skal avklare om pasienter har mindreårige barn. Videre må helsepersonell kartlegge den pårørendes behov for informasjon- og oppfølging. Det presiseres at all informasjon og veiledning må gis innenfor rammene av taushetsplikten. Det kommer også tydelig frem i loven at informasjon skal gis i en form som er tilpasset det enkelte individs forutsetninger (Helsepersonelloven, 1999, §10a).

Ifølge Spesialisthelsetjenesten skal helseinstitusjoner som faller inn under loven, ha barneansvarlig personell. Loven presiserer at barneansvarlige skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølginga av mindreårige pårørende (Spesialisthelsetjenesten, 1999, §3-7a).

Bergem (2018, s.22) viser til at Norge i 2003 implementerte FNs ratifiserte barnekonvensjon i norsk lov. Bergem peker på at flere av artiklene i barnekonvensjonen kan være av interesse i forhold til mindreårige pårørende, særlig artikkel 3 og 12 er sentrale.

### ***2.3 Barn som pårørende***

Pårørende kan føle på ansvar, bekymring, sorg, blandede følelser og praktiske bekymringer. De har derfor et behov for å bli sett og hørt. Men til tross for dette har mange lite eller ingen kontakt med helsepersonell. Uten støtte fra blant annet helsepersonell kan det være svært vanskelig å mestre situasjonen og ivareta egen helse og livssituasjon (Blindheim og Thorsnes, 2011, s.187; Brataas, 2011, s.25). Nordenhof (2012, s.26) viser til at barn blir regnet som pårørende når de lever i en familie hvor foreldre er rammet av sykdom eller vanskeligheter. Barn vil ifølge Bergem (2018, s.18) alltid få med seg forandringer, men de forstår ikke alltid hva som skjer. Disse barna trenger derfor informasjon om sykdommen og hjelp til å skape en mening i situasjonen. Hvis de ikke får dette, vil de danne sin egen virkelighet ut fra blant annet fantasi. Denne virkeligheten kan i mange tilfeller være mye tyngre å bære enn fakta (Bugge og Røkholt, 2009, s.120; Ruud, 2012, s.21).

### ***2.4 Barns utvikling***

Haugland, Trondsen, Gjesdahl og Bugge (2015, s.13) skriver at faktorer som forhold hos barnet selv, i familiens og barnets nettverk og forhold i samfunnet vil virke inn på barns utvikling og fungering. Ut fra faglitteratur er barns utvikling svært avhengig av alder.

Fra ca. 8 til 12 år er barn preget av mulighet til større forståelse i form av å kunne separere fantasi fra virkelighet. Dette kan være smertefullt fordi barna nå forstår at det som ønskes ikke nødvendigvis vil kunne gjennomføres. Av faglitteraturen kommer det frem at barna er på vei ut av den egosentriske tiden og kan nå se, tolke og systematisere situasjonen ut fra egen og andres synsvinkler. Barn i denne aldersgruppen har stort behov for mestring, noe som betyr at voksne må legge til rette for dette. Faglitteraturen fremhever at barna nå har en ny forståelse av rett og galt, og at de nå har evnen til å reflektere rundt dette. Sist, men ikke minst, har barna nå evne til holde oppmerksomheten over lenger tid og forstå hva som er sentral informasjon. Dette er sentralt i forhold til kommunikasjonsmuligheter (Eide og Eide, 2017, s.302; Ruud, 2012, s.67; Øvreeide, 2009, s.143).

Barns utvikling fra 12 til og med 18 år handler mye om å danne en identitet. Barn i denne aldersgruppen har nå en mer voksen tankegang og kan til en viss grad følge en «voksen» verbal dialog. Til tross for dette opplever mange at den egosentriske tenkningen kommer tilbake i ungdomsårene. Dette fører blant annet til at de er svært vare på hvordan de blir

oppfattet og at de stiller store krav til seg selv. Denne aldersgruppen har behov for bekreftelse. Mangel på dette kan føre til usikkerhet og rolleforvirring. Da er det viktig at de blir respektert og at voksne ikke snakker til dem som om de er små barn (Eide og Eide, 2017, s.303; Ruud, 2012, s.67; Øvreeide, 2009, s.144).

### ***2.5 Kommunikasjon med barn og unge, behov for informasjon***

Travelbee (2018, s.138) beskriver kommunikasjon som en kontinuerlig prosess hvor man ved bruk av verbal og nonverbal uttrykksmidler overfører meninger eller budskap mellom individer. Kommunikasjon blir av Travelbee (2018, s.137) beskrevet som en gjensidig prosess som sykepleier bruker til å søke og gi informasjon, mens pasient og pårørende bruker den til å få hjelp.

Det er viktig at helsepersonell legger til rette for god kommunikasjon med mindreårige pårørende. Dette vil blant annet si at helsepersonell er forberedt og viser interesse og engasjement tilpasse alder og utviklingsnivå hos barnet (Grønseth og Markestad, 2017, s.102). Barn er ikke små voksne og skal derfor heller ikke behandles som voksne. Men det er ikke ensbetydende med at de ikke har behov for informasjon og deltakelse. Det kommer tydelig frem i litteratur at barn og unge pårørende har behov for informasjon og svært mange gir uttrykk for at de ønsker mer informasjon (Bergem, 2018, s.62; Haugland et al., 2015, s.14; Nordenhof, 2012, s.28). Informasjonen de får, bør gi et realistisk bilde av situasjonen og være tilrettelagt barnet alder og livssituasjon (Grønseth og Markestad, 2017, s.76; Ruud, 2012, s.104). I kommunikasjon med mindreårige pårørende bør man ifølge Osen, Relling, Overvik og Glørstad (2019, s.53) unngå å bruke vanskelige fagord og fremmedord.

Ifølge Nordenhof (2012, s.90) er vellykket samtale med foreldrene en forutsetning for å få en god samtale med barna. Man kan da skape allianse med foreldrene og sikre kjennskap til foreldrenes vurderinger av barnet. En annen forutsetning for gode samtaler er å en god relasjon. I relasjonsbygging er det ifølge Helgesen (2016, s.146) grunnleggende med trygghet og tillit mellom menneskene.

### ***2.6 Mindreårige pårørende i risikosituasjon***

Ifølge Bugge og Røkholt (2009, s.120) kan det være vanskelig for barn og unge som vokser opp med en følelsesmessig ustabil forelder. I faglitteratur kommer det tydelig frem at barn av

psykisk syke har høy risiko for selv å utvikle psykisk sykdom i voksen alder (Doesum, 2015, s.29-30; Haugland et al., 2015, s.13; Osen et al., 2019, s.15). Kvello (2015, s.198) viser til at barn av psykisk syke ikke automatisk får vansker selv, men at det er større risiko. I tillegg blir det understreket at psykisk syke foreldre ikke nødvendigvis gir dårligere barneomsorg, men også her er det større risiko. Ifølge Osen et al. (2019, s.25) kan det også være vanskelig for den syke forelderen. De peker på at stigmatisering kan føre til at foreldre med ruslidelse og psykisk lidelse kvir seg for å søke hjelp. Bergen (2018, s.41) påpeker også at foreldrene kan komme i situasjoner hvor de ikke evner å ivareta barna på den måten de trenger for å utvikle seg.

## **2.7 Trygghet**

Segesten (2016, s.147) peker på at trygghet anses som noe godt og at utrygghet tydelig beskrives som noe negativt. En trygg person blir beskrevet som en person som er rolig, sikker, fortrøstningsfull, fredet og selvbevisst. Ifølge Eide og Eide (2017, s.288) handler trygghet i stor grad om kontroll. De viser til at omgivelsene, kjente personer og det at barn vet hva som skjer, er med på å styrke kontrollen barn og unge opplever. Osen et al. (2019, s.38) understreker at vi som helsepersonell må arbeide for at barns egen utvikling og trivsel mest mulig opprettholdes til tross for foreldrenes sykdom. De peker blant annet på forutsigbarhet og trygghet som viktig når man ønsker å fremme god helse i hverdagen til barn.

## **2.8 Stress og usikkerhet sin påvirkning på barn**

Stress er ifølge Renolen (2015, s.154) et begrep som beskriver både indre og ytre påkjenninger av stimuli, i tillegg til kroppens reaksjon på disse stimuliene. Mye stress i tidlig alder eller stress over lang tid kan påvirke psykisk og/eller fysisk helse. I tillegg kan dette i betydelig grad øke risikoen for en rekke lidelser og vansker i barns utvikling (Kvello, 2015, s.265; Thommessen og Neumann, 2019, s.80).

Thommessen og Neumann (2019, s.60) beskriver stress som en aktivering av alarmsystemet, med dette menes nervesystemet. De peker på at denne aktiveringen kan komme som overaktivering eller underaktivering. En av de viktige funksjonene i sykepleie er ifølge Grønseth og Markestad (2017, s.31) forebygging av over- og understimulering. Dette er en viktig oppgave fordi understimulering kan føre til betydelig kognitive vansker (Kvello, 2015,

s.164). Og fordi overstimulering som overgår barnets evne til å bearbeide inntrykk og som kommer på et tidspunkt da barnet ikke er klar, kan resultere i stress hos barnet (Grønseth og Markestad, 2017, s.31). Thommessen og Neumann (2019, s.70) viser til at stress og frykt kan ha påvirkning på kognitive funksjoner som tenkning, oppmerksomhet og evne til sosial orientering.

Både Grønseth og Markestad (2017, s.33) og Kvello (2015, s.164) peker på at miljøet barn lever i er avgjørende. Kvello (2015, s.164) skriver at miljøet vil virke inn på hormonsystemet i form av høy produksjon av kortisol hos unge barn som håndterer mye stress. Dette fører til at barnet blir mer skjerpet og kamp/flykt reaksjonen blir forttere aktivert. Thommessen og Neumann (2019, s.56) skriver at man automatisk går i alarmberedskap ved stressaktivering. De skriver at dette kommer som en respons på bevist eller ubevist opplevelse av noe truende. I tillegg til dette viser Thommessen og Neumann (2019, s.70) til at forsvarsmekanismene som kommer av stress ikke er viljestyrte. Kvello (2015, s.164) skriver at overstimulering i form av stress kan virke inn på barnet i voksen alder. Da i form av at man lett utskiller store mengder med kortisol under mindre grad av stress en det som er normalt. I motsetning til dette kan også hormonsystemet kollapse. Da kan man få mindre utskillelse av kortisol en det som er normalt ved fare noe som kan føre til at man blir likegyldig, apatisk og handlingslammet. Også vitale indre organer som hjerneceller og hjerte- og karsystemet kan bli påvirket av store doser kortisol over tid.

## ***2.9 Sykepleie til mindreårige pårørende***

Sykepleiere har man ofte travle arbeidsdager. Ytterhus (2012, s.21) skriver at det er en ambisiøs målsetting at helsepersonell skal klare å følge opp mindreårige pårørende med tanke på hvor travelt mange har det. Men ut fra norsk lov og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere har sykepleiere et ansvar overfor mindreårige pårørende. For at sykepleiere skal klare å utføre sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte er det avgjørende at det tilbys faglig god opplæring. Osen et al. (2019, s.20) skriver at i tillegg til opplæring av helsepersonell i helseforetak og kommuner, må også helsefagutdanninger fokusere på mindreårige pårørende. Dette for å øke helsepersonells kompetanse og redusere usikkerhet.

Til slutt er det verdt å nevne det Osen et al. (2019, s.23) skriver om å arbeide med mindreårige pårørende. De peker på at de kan være tøft å være vitne til barn i vanskelige og

tunge livssituasjoner. Dette kan ved alvorlige tilfeller oppleves overveldende, da spesielt når det er snakk om sammensattproblematikk. Ifølge Osen et al. (2019, s.23) kan man ubevist komme til å unngå kontakt med mindreårige pårørende for å beskytte oss selv. Travelbee (2018, s.73) viser til at man som sykepleier vil bli forandret når man gang på gang eksponeres for sykdom, lidelse og død. Hun skriver at man gjennom konfrontasjonene med andres sårbarhet også møter sin egen sårbarhet.



### 3.0 Metodebeskrivelse:

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie vil man foreta et systematisk litteratursøk knyttet opp mot en problemstilling. Deretter vil man kritisk vurdere den relevante litteraturen man fant. Dalland (2013, s.223) skriver at det metodiske verktøyet i en litterær oppgave vil være kildekritikk i form av kritisk vurdering av kildene. Til slutt vil man legge frem en sammenfatning av funnene.

#### 3.2 Litteratursøk

For å finne relevant forskning ble det gjennomført et systematisk litteratursøk. PICO ble benyttet ved utarbeiding av søkestrategi, se vedlegg A. For å få en god oversikt over søkene som ble gjennomført og hvordan man gikk frem har ble det benyttet skjema for søkehistorikk, se vedlegg B, og flytskjema, se figur 3.

##### 3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier i litteratursøk

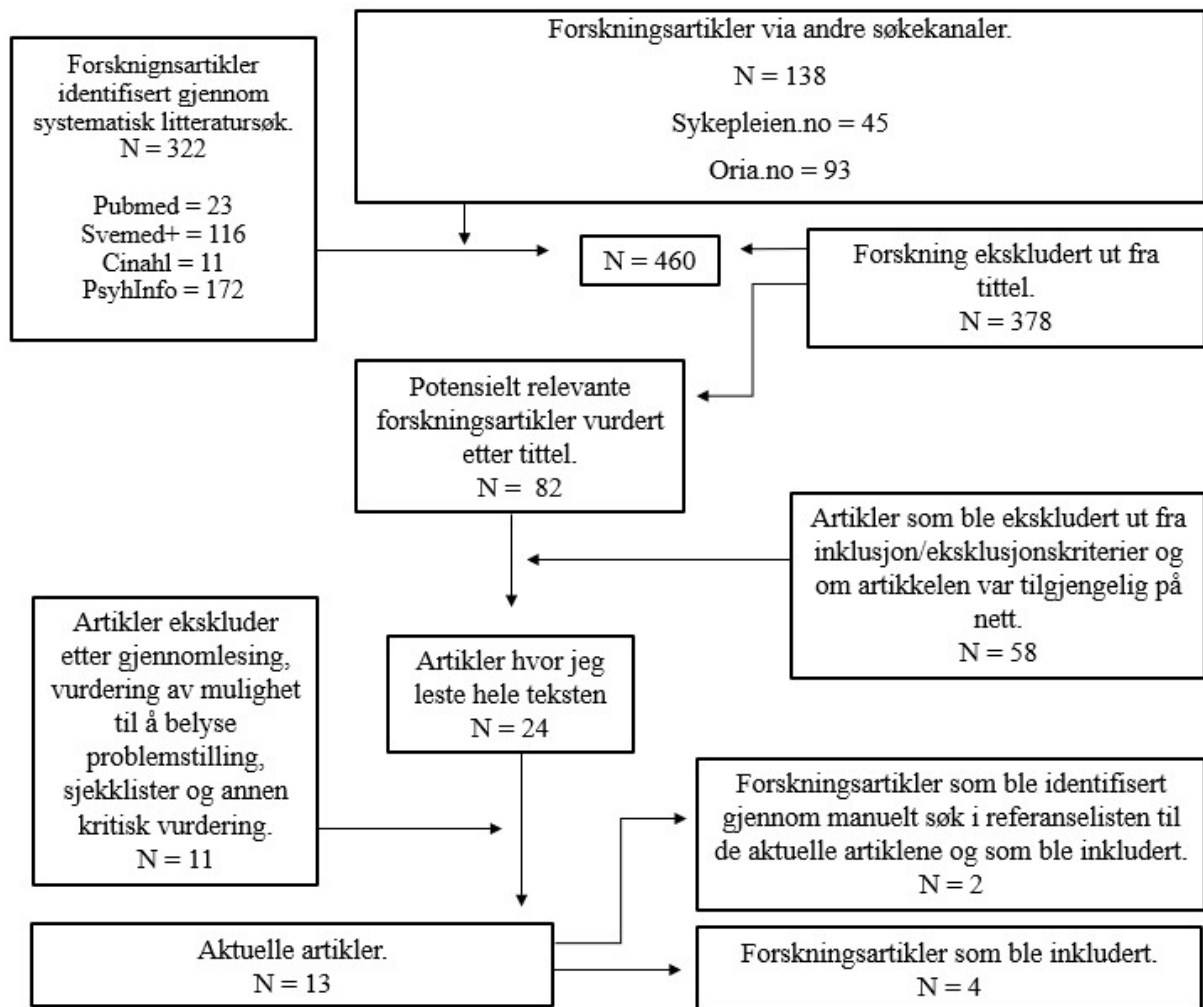
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Artikler publisert fra og med 2010</li><li>➤ Pårørende ved psykisk sykdom</li><li>➤ Hovedfokus på barn som pårørende eller tiltak i forhold til barn som pårørende</li><li>➤ Skrevet på Norsk eller Engelsk</li><li>➤ Forskningsartikler</li><li>➤ Studier som har <u>fokus</u> på barn mellom 6 – 18 år</li><li>➤ Relevant for sykepleiefaget</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Artikler med publikasjonsdato eldre enn 2010</li><li>➤ Pårørende ved fysisk sykdom</li><li>➤ Hovedfokus på voksne pårørende</li><li>➤ Skrevet på annet språk enn Norsk eller Engelsk</li><li>➤ Fagartikler</li><li>➤ Uten relevans for sykepleiere</li></ul>

Figur 2. Tabell over inklusjon- og eksklusjonskriterier.

#### 3.3 Søkestrategi

I søk etter artikler ble databasene Pubmed, Svemed+, Cinahl og PsyhInfo brukt. I tillegg ble det søkt etter artikler i Sykepleien.no og Oria.no. Det ble benyttet forskjellige kombinasjoner

av søkeordene som kommer frem i PICO-skjema, vedlegg A, og ved noen søk ble det benyttet enkelte avgrensinger. År for publikasjon ble avgrenset til mellom 2010 og 2020. Denne grensen ble blant annet valgt fordi man ønsket ny forskning og forskning etter lovendring som kom i 2010. Det ble inkludert artikler både på norsk og engelsk, dette får å sikre et bredere blikk over aktuelle forskningsartikler, se vedlegg B. I figur 3 får man en klar oversikt over min søkestrategi og hvordan jeg kom frem til de inkluderte forskningsartiklene.



Figur 3. Flytskjema.

For å få mest mulig overblikk over relevant litteratur valgte jeg å foreta et manuelt søk i referanselisten til artiklene jeg fant aktuelle for oppgaven, se figur 3. Deretter skrev jeg ut artiklene som var interessante og markerte manuelt det i teksten som kunne belyse problemstillingen i oppgaven. På denne måten fikk jeg en tydelig oversikt over artiklenes oppbygging, hva de fokuserte på og om de var relevant for problemstillingen. De artiklene som ble inkludert består av fire kvalitative, en kvantitative og en oversiktsartikkel.

### **3.4 Metodekritikk**

Formålet med kritisk vurdering er ifølge Helsebiblioteket å vurdere gyldigheten av informasjonen (Helsebiblioteket, u.å.). Dette blir også beskrevet av Thidemann (2019, s.27) som beskriver hensikten med kritisk vurdering som en måte man bestemmer relevans, styrker og svakheter i den innsamlede informasjonen.

#### *3.4.1 Vurdering av oppgaven*

Ifølge punkt 13 i Helsinkideklarasjonen bør man innen medisinsk forskning gi passende tilgang til underrepresenterte grupper (The World Medical Association, 2018). I denne oppgaven blir en slik underrepresentert gruppe løftet frem. Oppgaven benytter forskningsartikler, litteratur og andre relevante informasjonskilder som kan belyse mindreårige pårørendes situasjon. Denne kunnskapen benyttes til å reflektere rundt problemstillingen. Det er benyttet referansestilen APA 6th, noe som vil si at kilder til informasjon tydelig kommer frem gjennom hele oppgaven.

Det er både styrker og svakheter som bør belyses. Styrker i oppgaven er at den tar hensyn til anonymisering av informasjon, da ved å benytte forskningsartikler av god etisk standard. Det påpekes at en av studiene presiserer at funnene er hentet fra en liten gruppe individer. Dette medfører at funnene ikke nødvendigvis kan gjenspeile en større populasjon. Drost, Krieke, Sytema og Schippers (2016, s.112). påpeker i sin oversiktsartikkel viktigheten av at man ikke generaliserer enkeltes opplevelser til hele befolkningen av barn som bor med en psykisk syk forelder. Ytterligere var ikke det alle studiene som hadde hovedfokus på pårørende til foreldre, noen inkluderte også pårørende til søsken. Men de får frem viktige synspunkt som kan være nyttig når man skal reflektere rundt problemstillingen. Det som styrker oppgaven er at forskningen som er benyttet, er tydelig på sine styrker og svakheter. Dette gjør at man kan ta stilling til hvordan dette kan ha innvirkning på denne oppgavens konklusjon. På tross av enkelte svakheter i de inkluderte forskningsartiklene konkluderte jeg med at dette ikke i vesentlig grad ville påvirke konklusjonen i denne oppgaven. Dette fordi funn som ligger til grunn for konklusjonen i oppgaven kommer tydelig frem både i forskning og annen faglitteratur.

### 3.4.2 Kildekritikk

I arbeidet med oppgaven er det gått gjennom mye relevant litteratur. På grunn av oppgavens begrensning ble bare det mest relevante benyttet i oppgaven. Kritisk vurdering av litteraturen i oppgaven tok utgangspunkt i forfatteres bakgrunn/kompetanse. Om det var anerkjente forlag. Boksens utgivelses år, utgave, saklighet og aktualitet. Informasjon hentet fra nettet ble også kritisk vurdert. For å kritisk vurdere artiklene ble det sett på både struktur, publikasjonssted, om artiklene var fagfellevurdert og om fagfeltet studien rettet seg mot var relevant. I tillegg ble det Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016) benyttet. Sjekklistene for de inkludert artiklene, se vedlegg D.

Ifølge Thidemann (2019, s.30) er IMRaD-strukturen en anerkjent form for disponering i forskningsartikler. Ved å se etter IMRaD-struktur fant jeg konkrete og tydelige studier og jeg sikret meg et godt overblikk over studiens relevans. Blant de artiklene som ble inkludert i oppgaven, har de fleste fulgt IMRaD strukturen bra. Men det er noen som ikke holder seg slavisk til den. Artiklene ble på tross av dette inkludert fordi det som kommer frem er svært relevant og funnene kunne være med å belyse problemstillingen på en god måte.

For å få en oversikt over om de aktuelle studiene var publisert i tidsskrifter som var seriøse og som hadde krav til fagfellevurdert forskning, ble Norsk senter for forskningsdata (u.å.) sin søkemotor for publiseringskanaler benyttet. Søket viste at alle forskningsartiklene var fagfellevurdert. Fire av forskningsartiklene kom fra tidsskrifter med fagfeltet sykepleie i fokus, mens de to sist kom fra tidsskrifter hvor fagfeltet samfunnsmedisin var i fokus. Selv om ikke hovedfokus til de sistnevnte tidsskriftene er sykepleie, er funnene svært relevante for sykepleie. Dette blant annet fordi begge artiklene omhandler lovpålagte tiltak relatert til arbeidet med mindreårige pårørende i spesialisthelsetjenesten. Den første forskningsartikkelen av Svalheim og Steffenak (2016, s.5) omhandler barneansvarlig personell som omfattes av Spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a). I studien var 9 av 18 deltakere sykepleiere. Med andre ord var halvparten av de barneansvarlige deltakerne sykepleiere. Den andre forskningsartikkelen av Skogøy et al. (2018, s.3) hadde til sammen 188 deltakere. Hovedmengden av data ble hentet fra fire Norske sykehus og sykepleiere utgjorde 62% av 52 ledere, 45% av 110 barneansvarlige og 40% av 5 sykehuskoordinatorene. Ytterligere var det innsamlet data fra 21 sykehuskordinatorer ved

andre sykehus, hvor 52% var sykepleiere. Med andre ord kan man se av den store prosentdelen som er sykepleiere, at implementering av og opplevelsen av å arbeide som barneansvarlig er svært relevant for sykepleiefaget.

### *3.4.3 Forskningsetikk*

For å se nærmere på forskningsetikk har jeg valgt å ta utgangspunkt i Helsinkideklarasjonens 37 punkter. For at sykepleien som utøves skal være faglig forsvarlig, må man kontinuerlig evaluere tiltak gjennom forskning. I denne oppgaven er det avgjørende at man tar utgangspunkt i forskning hvor mennesker er involvert for at man skal kunne svare på problemstillingen, se punkt 5 og 6 (The World Medical Association, 2018).

Jeg mener at forskningsartiklene som benyttes i denne oppgaven følger de etiske prinsippene som kommer frem i Helsinkideklarasjonen (The World Medical Association, 2018). Det vil si at forskningsartiklene er utført av kvalifiserte personer med aktuell etisk og vitenskapelig utdanning og opplæring. Videre kan man se at det benyttes aksepterte vitenskapelige prinsipper blant annet ved å basere seg på kunnskap fra vitenskapelig litteratur og andre relevante informasjonskilder. Det går frem av alle studiene, bortsett fra oversiktsartikkelen, at de er etisk godkjente. De kvantitative studiene understreker alle at deltakelsen var frivillig. Ytterligere er det innhentet juridisk autorisert samtykke i studier hvor mindreårige pårørende er deltakere. I tillegg ble det innhentet samtykke fra de mindreårige pårørende i studien til Martinsen, Weimand, Pedersen, og Norvoll (2019, s.215) og studien til O'Brien, Anand, Brady, og Gillies (2011, s.139). Det viser respekt for den enkelte deltaker. Til slutt er det verdt å nevne at alle studiene var anonymiserte.

#### **4.0 Resultat:**

Under presenteres et sammendrag av hovedfunnene i hver forskningsartikkel og en samlet analyse av resultatene. En systematisk oversikt over de inkluderte forskningsartiklene er å finne i oversiktstabellen, se vedlegg C.

#### ***4.1 The silent world of young next of kin in mental healthcare***

I forskningsartikkelen viser de til at mindreårige pårørende ved psykisk sykdom i stor grad blir påvirket av situasjonen familien befinner seg i (Martinsen et al., 2019, s.215).

Hovedfunnet i artikkelen var et økt behov for familiefokus innen frivillig og tvunget psykisk helsevern. Videre kom det frem at avdelinger burde evaluere organiseringen slik at man kunne fremme det familievennlige. Artikkelen viste også til at det er etiske aspekter utenom dem som har fokus på individuelle pasientrettigheter. En viktig forskningsetisk innsikt de peker på i denne studien, er viktigheten av å gi stemme til dem som sjelden blir hørt og sett. I artikkelen nevnes unges behov for samvær med det syke familiemedlemmet. Dette er viktig med tanke på å vedlikeholde og reparere familieband og familiekommunikasjon. Til slutt ble pårørendes behov for informasjon påpekt. De viser til at man ikke beskytter den mindreårige pårørende ved ikke å informere dem, men helle det motsatte (Martinsen et al., 2019, s.220).

#### ***4.2 Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children***

Studien ønsket å identifisere synspunktene og opplevelsene knyttet til unge pårørende som besøker psykisk syke som er innlagt på avdeling. Det kom frem at foreldrene ønsket å se barna sine og barna syntes det var viktig å komme på besøk. Men det ble barnets ivaretaker som ble ansvarlig for avgjørelser relatert til besøk. Barnets ivaretakere opplevde lite forståelser fra institusjonen knyttet til deres situasjon (O'Brien et al., 2011, s.139). I studien kom det frem at det var mangel på informasjon, hjelp og støtte knyttet til besøk med mindreårige pårørende (O'Brien et al., 2011, s.141). Når barn var på avdelingen, var det mangel på anerkjennelse fra helsepersonellet. De tok lite kontakt og viste lite hensyn eller interesse overfor de mindreårige pårørende (O'Brien et al., 2011, s.140).

De mindreårige pårørende i studien viste til et behov for økt kunnskap og oppfølging. De ønsket å bli inkludert og de ønsket informasjon og forklaringer rundt forelderens sykdom og innleggelse (O'Brien et al., 2011, s.141). Både barna og de voksne ønsket at avdelingen

kunne være et sted de kunne snakke med noen. Barna ønsket også at avdelingen skulle være et lykkelig sted med god plass, lyse farger og aktiviteter (O'Brien et al., 2011, s.141).

#### ***4.3 Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review***

Studien identifiserte barn som rapporterte å ha tilegnet seg styrker når de levde med en psykisk syk forelder. Data ble samlet fra 57 forskningsartikler. Det ble identifisert 160 påstander som oppfylte inkluderingskriteriene gjennom litteratursøk. 38 av dem var relatert til egenrapporterte styrker og viste at barn opplevde seg selv som mer modne, uavhengige og empatiske enn sine jevnaldrende. De opplevde også å ha tilegnet seg flere evner som for eksempel evnen til å utføre vanskelige oppgaver og å være kreative. De 122 uttalelsene om selvrapporterte ressurser beskrev enten eksterne faktorer som hadde hjulpet barn med å takle foreldrenes sykdom eller faktorer de hadde identifisert som manglende (Drost et al., 2016, s.106). 45% av dem var relatert til støtte som fagpersoner hadde tilbudt. Videre ble anerkjennelse av barna og deres viktige rolle knyttet til daglige styringen av foreldrenes lidelse, invitasjoner til familiemøter, praktisk støtte og profesjonell hjelp med personlige problemer identifisert som viktig for barna. 32% av uttalelser handlet om hvordan gode forhold til familiemedlemmer og venner hjalp pårørende til å føle seg normale og tilkoblet. Det gjorde dem i stand til å dele problemene sine med andre. 18% av uttalelsene understreket at det var viktig for barn å ha noen å snakke med om hjemmesituasjonen. Til slutt viste 5% av uttalelsene at det var nyttig å kunne komme seg vekk fra hjemmesituasjonen (Drost et al., 2016, s.111).

#### ***4.4 Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness***

Funnene i studien viser til at det er konsekvenser for mindreårige pårørende til en psykisk syk forelder. På grunn av uforutsigbarhet og usikkerhet opplevde flere av deltakerne emosjonelle problemer. Tabak et al. (2016, s.322) identifiserte følelser som angst, frykt for psykisk og fysisk vold, skyld og skam blant de pårørende. Mangel på forelderens deltakelse selv ved enkle oppgaver ble identifisert som en av hovedkonsekvensene for barn av psykisk syke. Andre problemer var at omsorgsrollene i familien ofte ble byttet om, det forekom atferdsproblemer i form av skolefravær og antisosial atferd. Til slutt ble det satt søkelys på stigma. Det kom frem at man i tillegg til å være skremt, kunne unngå å be om hjelp grunnet

stigma og heller holde sykdommen hemmelig. Men man må også registrere at det kom noen positive tilbakemeldinger. Disse omhandlet barna evner til å lære ferdigheter rundt det å handtere situasjonen uten hjelp. Disse positive ferdighetene kunne på den annen side føre til bitterhet overfor helsepersonell som ønsket å hjelpe (Tabak et al., 2016, s.323). Tabak et al. (2016, s.324) identifiserte emosjonell støtte og sikkerhet som mindreårige pårørendes hovedbehov. Ytterligere har barna behov for informasjon, å bli lyttet til og hjelp til klare å minske stress og angst.

#### ***4.5 Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser; en fenomenografisk studie***

De viser i artikkelen til at barneansvarliges oppfatning rundt egen rolle kan plasseres i tre kategorier. Den første er «spydspiss». Det kommer frem at barneansvarlige er i fornt på fagutvikling, har høy faglig oppdatert kompetanse og at de arbeider for å videreformidle kunnskapen. Det ble pekt på at barneansvarlige var en "ildsjel" for arbeidet med mindreårige pårørende. Den andre kategorien er «vaktbikkje». Her er fokuset å påse at lovpålagte oppgaver blir utført og å sikre at mindreårige får den oppfølgingen de har rett på. I den siste kategorien er det et forebyggende perspektiv. Her er samarbeid med foreldre og kommunale instanser viktig. Denne kategorien ble beskrevet som «ivaretagelse av barn» (Svalheim og Steffenak, 2016, s.5). Ifølge Svalheim & Steffenak (2016, s.10) er disse kategoriene likeverdige og står i relasjon til hverandre, men de er ikke overlappende. De viser i artikkelen til at ivaretagelse av mindreårige pårørende blir praktisert ulikt. Dette fordi faktorer som tid, antall barneansvarlig på avdelingen, om det er utarbeidet rutiner og systemer, ledelsens holdninger til arbeid med mindreårige pårørende og behandlere oppfølging av pasientens barn virket inn (Svalheim og Steffenak, 2016, s.15).

#### ***4.6 Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study***

Studien i hovedsak fem sykehus som deltok og blant dem var det noen tydelige forskjeller når det kom til implementering av lovendringene. Også dokumentering av mindreårige pårørende var varierende. Tilsyn, datasupportsystemer og ledelse var noe av det som ble presentert som varierende i sykehusene. Viktige faktorer for god implementering ble kartlagt til å være ledelse, ressurser og systemintervensjoner. En nøkkelfaktor for god implementering var bruk av sykehuskoordinatorer og samarbeid med andre tjenester. Ved å investere i dette, viste



funnene i artikkelen at man ville lykkes bedre med implementering og at man ville lykkes med å overholde loven i praksis. Til slutt skriver de at man for å styrke implementeringsstøtten anbefaler de at det blir opprettet nasjonale, regionale og lokale team som kan benytte datasystemer for beslutningsstøtte og raske tilbakemeldinger til ledere på alle nivåer. Ved å gjøre dette kan lederne følge opp implementeringsprosessen. De peker også på behovet for etablering av rutiner for resultatvurdering og nasjonale kvalitetsindikatorer (Skogøy et al., 2018, s.9).

#### ***4.7 Samlet analyse av resultat***

Ut fra funnene i forskningsartiklene vil man kunne se at det er behov for et økt fokus på mindreårige pårørende innen psykisk helsevern. Både i studien til Martinsen et al. (2019) og O'Brien et al. (2011) blir det pekt på behov for å endre fra et individfokus hvor man bare ser pasienten, til et familiefokus. Dette blant annet for å opprettholde familieband og god familiekommunikasjon. Videre viser studien til Tabak et al. (2016), Martinsen et al. (2019), Drost et al. (2016) og O'Brien et al. (2011) til at mindreårige pårørende har behov for informasjon, mulighet for å danne seg forståelse av situasjonen, behov for å bli anerkjent av helsepersonell, involvering, samvær med den syke, hjelp til å minske stress og angst og ikke minst en sikker hverdag. Ytterligere peker Drost et al. (2016), Martinsen et al. (2019) og O'Brien et al. (2011) på at det bør legges bedre til rette for familier, det blir da pekt på bruk av familiemøter, tilrettelagte besøksrom, klarere retningslinjer rundt besøkende barn og mer oppfølging, tilrettelegging og informasjon relatert til besøk.

Barn av psykisk syke er en risikogruppe. Noe av grunnlaget for dette er mangel på oppmerksomhet, omvendte omsorgsroller, stigma og økt usikkerhet og uforutsigbarhet i hverdagen. I tillegg til dette føler mange på angst, frykt for psykisk og fysisk vold, skyld og skam. Til tross for at forskning og annen litteratur viser til risikoen disse barna står overfor, vises det også til barns resiliens. Det blir blant annet pekt på at flere mindreårige pårørende opplever seg som mer modne, uavhengige og empatiske enn sine jevnaldrende (Tabak et al., 2016; Drost et al., 2016).

Ivaretagelse av mindreårige pårørende blir praktisert ulikt ved de ulike avdelingene og sykehusene i spesialisthelsetjenesten. Det blir derfor i den ene studien pekt på behovet for etablering av rutiner for resultatvurdering og nasjonale kvalitetsindikatorer relatert til

implementering av lovendringene i forhold til mindreårige pårørende. Det er flere faktorer som kan virke inn på implementeringsarbeidet og hvordan mindreårige pårørende blir ivaretatt. Blant annet er det viktig at ledelsen viser forståelse for mindreårige pårørendes behov og at de viser støtte i implementeringsarbeidet. Videre er det behov for ressurser og at rutiner og systemer blir endret slik at det tar hensyn til mindreårige pårørendes rettigheter. Videre må det settes av tid til ivaretagelse av mindreårige pårørende (Svalheim og Steffenak, 2016; Skogøy et al., 2018).

## 5.0 Drøfting

### 5.1 *Hvordan blir arbeid med mindreårige pårørende satt på dagsorden i Norge?*

Både i litteratur og forskning påpekes det at mindreårige pårørende er en utsatt gruppe med økt risiko for fremtidig sykdomsutvikling blant annet fordi de ofte ikke blir sett, hørt eller involvert (Eide og Eide, 2017, s.287; Martinsen et al., 2019, s.218). Ut fra dette er det viktig at man prøver å synliggjøre denne gruppen. I Norge har vi prøvd å gjøre nettopp dette gjennom lover, forskrifter og veiledere. Dette kan vi blant annet se i Helsepersonelloven §10 a og b, §25, Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, og nasjonal veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten og FNs konvensjon for barns rettigheter (artikkel 12) (Helsedirektoratet, 2019; Helsepersonelloven, 1999, §10a og b; FNs konvensjon om barnets rettigheter, 2003; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a). Ifølge Haugland et al. (2015, s.15) går arbeidet langsomt, men man er på rett vei med tanke på bedre ivaretagning av mindreårige pårørende. Ved at loven fokuserer på mindreårige pårørende, tydeliggjør man hvor viktig arbeidet med mindreårige pårørende er (Bergem, 2018, s.23). Ytterligere viser Osen et al. (2019, s.16) til at man også tar et steg i rett retning med tanke på å fjerne tabuet rundt psykiske lidelser og andre belastende livssituasjoner.

Til tross for at lovendringene nå har fungert noen år, viser studien til Skogøy et al. (2018, s.7) at man ved norske sykehus har implementere lovendringene på et middels nivå, men i forskjellig grad. Sykehusene hadde fire år etter lovendringen utpekt barneansvarlige, lagt planer for opplæring, utviklet kliniske retningslinjer og prosedyrer, gjort endringer for å støtte mindreårige på besøk, i tillegg til å ha gjort endringer i datasystemer for å registrere mindreårige pårørende. Disse endringene i datasystemene var ikke like godt tatt i bruk ved alle sykehusene (Skogøy et al. 2018, s.7-8).

Også andre land har satt søkelys på mindreårige pårørendes behov. Ifølge O'Brien et al. (2011, s.142) vurderer Australia endringer for å synliggjøre behovet for mer familieorientert praksis innen de psykiske helsetjenestene. Også Tabak et al. (2016, s.325) påpeker at man i Europa kan ha behovet for en «pan-European solution» relatert til mindreårige pårørende. Dette da det er funnet likheter mellom flere europeiske land.

## ***5.2 Familiefokus i Sykepleie til mindreårige pårørende***

Svalheim & Steffenak (2016, s.15) viser i sin artikkel til et behov for økt fokus på betydningen av familieperspektivet i møte med og behandling av alle pasienter. Dette blir også bekreftet av Martinsen et al. (2019, s.219) som skriver at man innen psykisk helse må arbeide med å se på etiske utfordringer fra et familieperspektiv og ikke bare fra pasient- og individperspektiv. De begrunner dette med at man ved pasient- og individperspektiv ikke ser sårbarhetene og behovene knyttet til de pårørende. Ifølge Travelbee (2018, s.260) vil man ved å snakke med, støtte, oppmuntre og vise omsorg gjennom vennlige ord og handlinger overfor de pårørende også hjelper den syke. Hun påpeker at sykepleieren må huske dette for da vil flere pårørende oppleve den forståelse og omtanke de har rett på og behøver. I spesialisthelsetjenesten har det vært et stort individperspektiv. Osen et al. (2019, s.21) skriver at fokus i spesialisthelsetjenesten har ført til at kunnskap og bevissthet rundt mindreårige pårørende har vært redusert. Som helsepersonell må man se familien som en helhet og vurdere behovene deres samlet. Dette fordi den ene påvirker den andre og familien sin funksjon og oppgave kan bli skadet hvis man ikke har familiefokus (Grønseth og Markestad, 2017, s.130; Martinsen et al., 2019, s.219).

Drost et al. (2016, s.111) peker også på at man ved å bruke en tilnærming med familiefokus vil kunne synliggjøre de mindreårige pårørende. Det kom frem at sykepleier burde identifisere om pasienten hadde barn ved innleggelse og at man burde sjekke hvordan barna hadde det. Videre viser Drost et al. (2016, s.112) til at man ved familiefokus vil se på behovet for kontakt mellom foreldre og barn, og formidling av passende informasjon og kunnskap til den mindreårige pårørende. For eksempel viser Martinsen et al. (2019, s.218) i sin studie til at flere av de pårørende opplever endringer i familierelasjonen til den syke.

Ifølge O'Brien et al. (2011, s.142) er sykepleiere synlige og har mye pasient- og pårørendekontakt noe som plasserer dem i en god posisjon til å lede utviklingen av økt familiefokus på avdelinger. I spesialisthelsetjenesten vil barneansvarlige kunne være med å fremme fokus på familien og mindreårige pårørende. Svalheim & Steffenak (2016, s.10) fremhevet at en av oppgavene til de barneansvarlige er å delta i familiesamtaler. Ved behov skal barneansvarlige informere foreldre om barns behov for informasjon og deltakelse i familiesamtaler. Grønseth og Markestad (2017, s.133) understreker at barn og unges trygghet, utvikling, livskvaliteten og helse påvirkes av den nærmeste familie. Med andre ord vil barn

sterkt påvirkes når en av foreldrene blir syk. Når man arbeider som sykepleier eller barneansvarlig er det begges oppgave å informere foreldrene om dette.

### ***5.3 Hvordan kan trygghet forhindre usikkerhet og stress, og hvorfor bør dette være en viktig sykepleieprioritering?***

I artikkelen til Martinsen et al. (2019, s.217) ble det å være mindreårig pårørende til en psykisk syk beskrevet som vanskelig. Blant annet på grunn av skumle opplevelser i hjemme som førte til frykt og usikkerhet. Med andre ord opplevde flere en følelse av utrygghet. Ifølge Segesten (2016, s.149) er trygghet og utrygghet grunnleggende menneskelige fenomener. Det at barn føler på trygghet og forutsigbarhet vil ifølge Osen et al. (2019, s.38) kunne fremme god helse i barns hverdag. Derfor mener de helsepersonell må arbeide for at trygghet, forutsigbarhet, barns utvikling og trivsel opprettholdes mest mulig til tross for foreldrenes sykdom.

Utrygghet kan være en påkjenning for barn og kan derfor også føre til stress (Renolen, 2015, s.154). Stress kan igjen føre til og øke risikoen for psykisk eller fysisk sykdom (Kvello, 2015, s.265; Thommessen og Neumann, 2019, s.80-73). I studien til Svalheim & Steffenak (2016, s.9) kom det frem at de barneansvarlige så en sammenheng mellom det å være mindreårig pårørende ved psykisk sykdom og det å selv utvikle psykisk sykdom. Tilsvarende funn ble bekreftet i Martinsen et al. (2019, s.217) sin studie da flere av deltakerne vist til at deres psykiske helse var blitt negativt påvirket. Også Svalheim & Steffenak (2016, s.15) viser til at barn som lever i en belastende omsorgssituasjon over tid er spesielt utsatt.

For at man skal kunne være trygg på egne følelser kan mindreårige pårørende, slik O'Brien et al. (2011, s.142) beskriver i sin artikkel, ha et behov for å snakke med noen om følelsene sine. Også Svalheim & Steffenak (2016, s.9) viser til at samtale kan være et viktig forebyggende tiltak ved mindreårige pårørende. Ifølge Thommessen og Neumann (2019, s.96) kan følelsene våre forteller oss noe om hvordan vi har det, de beskriver følelser som et indre navigasjonssystem. De skriver at for barn og unge som har det vanskelig, er det avgjørende å føle på trygghet. Man bør derfor legge til rette for samtaler om følelser. I en slik samtale kan man, slik Bugge og Røkholt (2009, s.99) viser til, kartlegge hvilke erfaringer barnet har med trygghet. De peker blant annet på å identifisere barnets forståelse av trygghet, barnets oppfattelse av hvem som er trygg og til slutt identifisere hvem barnet selv mener man

kan oppsøke ved behov for trygghet. For sykepleiere vil denne informasjonen først og fremst kunne være nyttig ved tilrettelegging i form av sykepleietiltak. De mindreårige pårørende vil kunne ha nytte av å kartlegge hvordan de selv opplever og kan oppsøke trygghet ved behov.

Thommessen og Neumann (2019, s.70) skriver at personers toleranse for stress varierer og er avhengig av situasjonen og personen. Selv om stress ofte blir tolket som noe negativt peker Grønseth og Markestad (2017, s.67) på at stress i et omfang som barn takler, kan gi utviklingsmulighet. Ved å skape trygghet, forutsigbarhet og et anerkjennende miljø, vil man kunne styrke mestring og skape et helsefremmende miljø. I artikkelen til Drost et al. (2016, s.111) viser de til at man som barn av psykisk syke kan erverve enkelte ferdigheter. Evnen til å utføre vanskelige oppgaver og å være kreativ blir nevnt her. I artikkelen viste de til kommentarer hvor barna beskrev opplevelse av mestring av en vanskelig livssituasjon. Dette hadde for enkelte hatt en positiv påvirkning på deres selvbilde. Også Travelbee (2018, s.98) viser til at man ved å erfare lidelse og finne mening i lidelsen kan oppleve en styrket evne til å holde ut eller gjennomleve denne erfaringen.

Til slutt må samhandling mellom ulike aktører nevnes. Hvis man skal klare å hjelpe mindreårige pårørende til å finne trygghet i en ellers vanskelig livssituasjon og hvis denne tryggheten skal vedvare, må man samarbeide med andre aktører. Både Svalheim & Steffenak (2016, s.15) og Tabak et al. (2016, s.325) viser i sine artikler til at man må samhandle med andre tjenester da pårørendes ofte har behov for oppfølging fra flere forskjellige tjenester. Svalheim & Steffenak (2016, s.15) påpeker at samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er spesielt viktig. Et samarbeid bør ifølge dem starte tidlig da man i arbeidet med å sikre og forbedre mindreårige barn situasjon, kan ha behov for langsiktig oppfølging. Ut fra Maslow sin beskrivelse av trygghet er det viktig at man har frihet fra kaos, redsel og angst for å opprettholde følelse av trygghet (Segesten, 2016, s.148). Samhandling mellom tjenester og tilrettelegging fra flere tjenester vil være viktig for å opprettholde trygghetsfølelsen til de mindreårige pårørende.

#### ***5.4 Kommunikasjon som verktøy i arbeide med å sikre trygghet hos de pårørende.***

Martinsen et al. (2019, s.218) viser til at det var et ønske fra mindreårige barn om å bli sett og hørt. Dette er en sykepleieoppgave. Ifølge Travelbee (2018, s.135) vil det forekomme kommunikasjon i alle møter mellom sykepleiere og den hun har omsorg for, og gjennom

denne kommunikasjonen vil man kunne arbeide for å bevare menneske-til-menneske-forholdet. For at man skal klare å ivareta den syke og families behov gjennom menneske-til-menneske-forholdet, må man ifølge Travelbee (2018, s.142) også benytte seg av observasjoner og kommunikasjon slik at man som sykepleier kan fastslå behovene de har. Bugge og Røkholt (2009, s.99) påpeker at mange mindreårige pårørende har lite erfaring med krise og sorg og at dette fører til et behov for kunnskap og informasjon. De skriver at man må ta utgangspunkt i hva barna trenger å vite for å forstå, kunne akseptere egne og andres reaksjoner, kunne ta velg og ikke minst for at de skal slippe unødige tanker. Med andre ord må man benytte kommunikasjon for å kunne hjelpe mindreårige pårørende å finne trygghet.

Ifølge Martinsen et al. (2019, s.220) må måten man kommuniserer med mindreårige pårørende vurderes individuelt. Dette beskriver også Eide og Eide (2017, s.287). De viser til at ethvert barn er unikt og at helsepersonell må ta dette med i betraktning. Barns utvikling er avhengig av flere faktorer. En avgjørende faktor er alder. I faglitteratur blir alder understreket som ekstra viktig da det kan gi oss en pekepinn på hva og i hvilken grad barnet har mulighet til å forstå situasjonen og det man prøver å formidle (Eide og Eide, 2017, s.293; Ruud, 2012, s.67; Øvreide, 2009, s.143-144). Med andre ord må alder tas hensyn til for at måten man arbeider på skal være hensiktsmessig.

Selv om alle barn er unike, har de også fellestrekk. Både Tabak et al. (2016, s.325) og Martinsen et al. (2019, s.216) viser til mindreårige pårørendes behov for informasjon. Martinsen et al. (2019, s.220) understreker også at man ikke nødvendigvis beskytter barn ved ikke å informere dem. Bugge og Røkholt (2009, s.126) skriver at mindreårige pårørende har behov for informasjon, å bli hørt, aktiv deltakelse, følelse av tilhørighet og en forutsigbarhet i hverdagen. Ifølge Eide og Eide (2017, s.289) man styrke følelsen av kontroll ved å informere og forklare slik at barnet forstår. Dette vil igjen sikre trygghet. Også annen litteratur viser til at man gjennom informasjonen kan legge til rette for trygghet og forebygge unødig stress ved å avkrefte tanker om skyld og ansvar (Bergem, 2018, s.62-63; Grønseth og Markestad, 2017, s.75).

I studien til Martinsen et al. (2019, s.220) viser de til at mange av de unge pårørende hadde samlet og mottatt informasjon på forskjellige måter. Denne informasjonen påvirket barna og når de da ble møtt av stillhet hos helsepersonell, ofte for å beskytte dem, førte dette faktisk til økt uro og fremhevet en følelse av ensomhet. Disse funnene blir støttet av funnene i studien

til O'Brien et al. (2011, s.142). De fant at barn ønsket å bli involvert, fordi det ble opplevd som mer skremmende når de ikke ble informert enn når de vist hva som skulle skje. Dette viser tydelig hvor viktig det er at helsepersonell tar kontakt med mindreårige pårørende. Nettopp dette peker Drost et al. (2016, s.111) på i sin studie da han skriver at helsepersonell bør oppsøke mindreårige pårørende da denne gruppe kan oppleve det som vanskelig å be om hjelp. Også i litteraturen blir det pekt på at barn kan unngå kontakt med helsepersonell både fordi det ikke faller naturlig da de befinner seg i en ny situasjon og av lojalitet til foreldre. Derfor bør helsepersonell oppsøke og presentere et tilbud for de mindreårige pårørende på en hensiktsmessig måte (Blindheim og Thorsnes, 2011, s.192; Nordenhof, 2012, s.27).

### ***5.5 Hvilke spesielle hensyn og tiltak bør tas i spesialisthelsetjenesten?***

O'Brien et al. (2011, s.141) avdekket i sin studie at innleggelse av en psykisk syk forelder var vanskelig for foreldre, omsorgspersoner og barna. For å lette situasjonen kan det som tidligere nevnt være ønskelig fra den mindreårige pårørende å bli involvert og informert. Det som menes med dette er ifølge Martinsen et al. (2019, s.219) sin studie at helsepersonell ser og anerkjenner mindreårige pårørende som en viktig part i behandlingen av deres familiemedlem. Da tenker de ikke nødvendigvis i avgjøringsprosesser, men de ønsker å kunne tilbringe tid med familien på avdelingen, i tillegg ønsker de å snakke om egne erfaringer og mota informasjon. Med andre ord ser de på involvering som å få tilbringe tid med sine nærmeste. De unge pårørendes behov for familietid er noe man som helsepersonell bør synliggjøre og aktivt legge til rette for. Også i Drost et al. (2016, s.111) kommer det frem at mindreårige pårørende kunne hatt nytte av mer støtte fra helsepersonell. Blant annet ved å bli anerkjent som et viktig familiemedlem, ved å få delta mer og ikke minst ved at de fikk mer informasjon og støtte når de selv måtte takle forskjellige vanskelige situasjoner rundt foreldrenes sykdom.

En måte man kan etterkomme mindreårige pårørendes ønske er ved familiesamtaler. Ifølge Osen et al. (2019, s.27) er familiesamtaler et av flere familietiltak som er del av behandlingen som skal tilbys pasienter i spesialisthelsetjenesten. I en familiesamtale vil man ifølge Bugge og Røkholt (2009, s.93) kunne få et inntrykk av hvordan familien fungerer sammen og hvordan de kommuniserer. Ytterligere er en familiesamtale en god mulighet til å diskutere endringer og forbedringer sammen med familien. Nordenhof (2012, s.27) forklarer at man i en familie kan få brudd i kommunikasjonen hvis foreldre rammes av sykdom eller problemer.



Dette blir beskrevet i studien til Martinsen et al. (2019, s.217) hvor flere av deltakerne følte seg alene med opplevelser og tanker på grunn av mangel på kommunikasjon i familien rundt sykdommen til og behandlingen av den syke. Bugge og Røkholt (2009, s.100) skriver at man skal gi barnet nok kunnskap og informasjon til at de føle seg trygge, akseptert og inkludert. Barna skal forstå situasjonen, i tillegg skal de forstå reaksjonene de selv og andre opplever. Osen et al. (2019, s.25) viser til at man ved barn- og familiesamtaler kan starte en prosess som eventuelt kan videreføres over tid. Det som kommer frem her, viser hvorfor god kommunikasjon i familie er viktig når man prøver å tilrettelegge for trygghet hos mindreårige pårørende.

Ifølge Martinsen et al. (2019, s.219) sin studie har unge pårørende et ønske og et behov for kontakt med det syke familiemedlemmet. Hvis dette behovet ikke blir møtt, kan familieband bli ødelagt. Martinsen et al. (2019, s.216) viser til at muligheten for familietid og måten denne tiden ble bruk, i stor grad ble endret da den syke ble lagt inn på sykehus. Både i Martinsen et al. (2019, s.217) og O'Brien et al. (2011, s.142) sine artikler ble det vist til at de mindreårige pårørende ønsket å besøke foreldrene sine og at de opplevde denne kontakten som viktig. Til tross for dette kom det frem i O'Brien et al. (2011, s.141.) sin artikkel at helsepersonell viste svært lite anerkjennelse overfor barnas tilstedeværelse og det var ingen forsøk på å inkludere barna når barn var på avdelingen. Ifølge Travelbee (2018, s.259) er det viktig at man som sykepleier ser hele familien. Dette fordi det som hender den ene i familien, også vil ha innvirkning på de andre. Hun skriver at en sykepleier som mener at det ikke er hennes ansvar å se til de besøkende, narrer seg selv. Dette begrunner hun med at alt som angår den pårørende, også angår den syke og omvendt. Det bør også nevnes at både Martinsen et al. (2019, s.216-217) og Osen et al. (2019, s.41) understreker at man i spesialisthelsetjenesten burde prioritere å tilrettelegge og innrede et eget rom som kan brukes til barne- og familiesamtaler og besøksrom.

### ***5.6 Bruk av barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten***

Barneansvarliges rolle er viktig og omfattende. Svalheim & Steffenak (2016, s.7) fant i sin studie at barneansvarlige som arbeidet med mindreårige pårørende til foreldre med psykiske lidelser, oppfattet sine roller forskjellig. Noe som resulterer i at pleie og oppfølging de mindreårige pårørende mottar er forskjellig. Osen et al. (2019, s.20) skriver at det virker som mange i spesialisthelsetjenesten har misforstått hvem som har ansvar for barn. De peker på at

mange tror at det er de barneansvarlige som har dette ansvaret, men i Helsepersonelloven §10 gis det et felles ansvar til alt helsepersonell. Denne misforståtte oppfatningen kan man også se igjen i en av oppfatningen av barneansvarliges rolle. Svalheim & Steffenak (2016, s.7) viser da til barneansvarlig rolle ble beskrevet som «vaktbikkje». I studien var det flere som pekte på at det ble de barneansvarliges oppgave å se til at oppgaver som var lovpålagte ble ivaretatt. De kom også frem at flere av deres kollegaer vegret seg for eller unnlatte å utføre arbeid knyttet til mindreårige pårørende. Dette blir også beskrevet i artikkelen til Martinsen et al. (2019, s.216) som skriver at pleiepersonellet opplevdes som fraværende, noe som førte til usikkerhet og nervøsitet blant de mindreårige pårørende.

At helsepersonell unngår samtaler med og/eller om barn slik som Svalheim & Steffenak (2016, s.8) viser til i sin artikkel stemmer godt overens med det som står i teoridelen i denne oppgaven. Der vises det til Osen et al. (2019, s.23) som peker på at de kan være tøft å være vitne til barn i vanskelige og tunge livssituasjoner og at mange på grunn av nettopp dette unngår kontakt med mindreårige pårørende. Også Travelbee (2018, s.102) viser til at et menneske som bryr seg og viser omsorg, er i større fare for å bli såret. Men samtidig påpeker hun at livet blir rikere og får en større mening ved å gjøre det. Ifølge Svalheim & Steffenak (2016, s.8) kan det at helsepersonell unnviker mindreårige pårørende, ha to utfall. Enten at barna ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for eller at de barneansvarlige overtok helsepersonellens oppgaver relatert til den pårørende.

## **6.0 Konklusjon**

Det er bra at man gjennom lover og forskrifter synliggjør og prioriterer arbeidet med mindreårige pårørende da dette tydelig viser at arbeide er prioritert.

Sykepleiere bør arbeide for at man i praksis øker familiefokuset. Dette fordi det er avgjørende både for pasienten og pårørende at man ser familien som en helhet. Sykepleiere som arbeider med mindreårige pårørende, må benytte kommunikasjon som er tilpasset barnet og situasjonen. Gjennom kommunikasjon kan man formidle kunnskap og gi informasjon om forelderens sykdom og situasjonen. Ved å gjøre dette kan barna finne trygghet i sin situasjon og da vil deres livssituasjon bli lettere å leve med for barnet og for familien. Det er ekstra viktig at mindreårige pårørende finner trygghet ettersom dette er en sårbar gruppe. Ved å hjelpe dem å finne trygghet kan man også legge til rette for positive utviklingsmuligheter i en ellers vanskelig livssituasjon. Ved å samhandle med andre tjenester vil man også legge til rette for at tryggheten kan vedlikeholdes gjennom oppfølging fra andre instanser.

I spesialisthelsetjenesten bør sykepleiere oppsøke og legge til rette for involvering og informering av mindreårige pårørende. Man må legge til rette for at familieband kan ivaretas når den syke er innlagt. Ivaretaging og tilrettelegging for pasient og pårørende bør forekomme i forkant, under og etter et eventuelt besøk. Barneansvarliges og sykepleieres oppgaver bør tydeliggjøres slik at man sikrer best mulig forståelse blant helsepersonell. Ytterligere vil man da kunne arbeide mot å sikre lik oppfølging til de mindreårige pårørende.

For å sikre lik og god oppfølging til mindreårige pårørende må dette arbeide bli prioritert. Dette både i form av støtte fra ledelse og tildeling av ressurser og tid. Ytterligere bør rutiner og systemer justeres slik at de i enda større grad tar hensyn til mindreårige pårørendes rettigheter.

### ***6.1 Forslag til videre forskning***

Jeg fant i denne oppgaven at tema og problemstillingen var svært omfattende og relevant innen dagens praksis i sykepleiefaget. Derfor bør man se nærmere på dette i en større oppgave enn en bacheloroppgave.

## 7.0 Referanseliste

Barne- og familiedepartementet (2003, mars). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf%C2%A0](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf%C2%A0)

Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Blindheim, K og Thorsnes, S. L. (2011) Ungdom som pårørende - læring og mestring. I Brataas, H. V. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 185 - 198). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brataas, H. V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I Brataas, H. V. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 18 - 30). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bugge, K. E. og Røkholt, E. G. (2009). *Barn og ungdom som sørger: Faglig støtte til barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom eller død i nær familie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. Utg., 2. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Doesum, K. V. (2015). Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. I Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. og Gjesdahl, S. (Red.), *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 29 - 44). Bergen: Fagbokforlaget.

Drost, L. M., Krieke, L. V. D., Sytema, S. og Schippers, G. M. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 102-115.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12176>

Eide, H. og Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grønseth, R. og Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Haugland, B. S. M., Trondsen, M. V., Gjesdahl, S. og Bugge, K. E. (2015). På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. I Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. Og Gjesdahl, S. (Red.), *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 13- 25). Bergen: Fagbokforlaget.

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

Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skauge, E. og Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestrings*. (3. Utg., s. 141 - 167). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). Sjekklistor. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (u.å.). Kritisk vurdering. Hentet 26.03.20 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet. (2019, 28. januar). Pårørendeveileder. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hooton, I. (2018). Father and son [fotografi]. Hentet fra Encyclopædia Britannica

ImageQuest. [https://quest.eb.com/search/132\\_1557052/1/132\\_1557052/cite](https://quest.eb.com/search/132_1557052/1/132_1557052/cite)

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (2015). *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., 4. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. og Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, U. og Aslaksen, P. (2019, 10. oktober). Psykiske lidelser. Hentet fra [https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)

Martinsen, E. H., Weimand, B. M., Pedersen, R. og Norvoll, R. (2019). The silent world of young next of kin in mental healthcare. *Nurs Ethics*, 26(1), 212-223.  
<http://doi.org/10.1177/0969733017694498>

Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 21. februar 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk Senter For Forskningsdata. (u.å.). Publikasjonskanaler. Hentet 13. Mars 2020 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

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

Osen, N. L., Relling, M., Overvik, M. og Glørstad, T. (2019). *Barne- og familiesamtaler når barn er pårørende: En praktisk håndbok for helsepersonell* (2. Utg.). Oslo: KF.

Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Ruud, A. K. (2012). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (1. utg. 2. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk

Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. Utg., s. 146 - 158). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Skogøy, B. E., Sørgaard, K., Maybery, D., Ruud, T., Stavnes, K., Kufås, E., . . . Ogden, T. (2018). Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 609. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3393-2>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Statistisk sentralbyrå. (2020). Barn og unge i befolkningen. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2019/bef/>

Svalheim, A. og Steffenak, A. K. M. (2016). Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 2-18. <https://doi.org/10.7557/14.3771>

Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., . . . Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 319-329. <http://doi.org/10.1111/inm.12194>

The World Medical Association (2018, 9. Juli). WMA declaration of Helsinki – ethical principles for research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgave for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (3. opplag). Oslo: Universitetsforlaget.

Thommessen, C. S. og Neumann, C. B. (2019). *Gode hjelpere kjenner seg selv: Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og ungdom*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Travelbee, J. (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (9. opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vergemålsloven. (2010). Lov om vergemål (LOV-2010-03-26-9). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2010-03-26-9>

Ytterhus, B. (2012). Hva er et "Pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (Red.), *Barn som pårørende* (s. 18 - 43). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn: Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.



## 8.0 Vedlegg

- Vedlegg A - PICO
- Vedlegg B - Søkehistorikk
- Vedlegg C - Oversiktstabell
- Vedlegg D - Sjekklister

## 9.0 Figurer

- Figur 1. «Father and son», 2018, av Ian Hooton.  
([https://quest.eb.com/search/132\\_1557052/1/132\\_1557052/cite](https://quest.eb.com/search/132_1557052/1/132_1557052/cite))
- Figur 2. Tabell over inklusjon- og eksklusjonskriterier.
- Figur 3. Flytskjema.