



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

**Emnekode:** SYKSB3001

**Emnenavn:** Sjukepleie, forskning og fagutvikling

**Vurdering:** Bacheloroppgave

**Kandidatnummer eller navn:** 32

**Leveringsfrist:** 21.02.2014 kl.14.00

**Vurderingstype:** Ordinær

**Fagansvarlig:** Elfrid Johanne Kartveit



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## **OMSORG TIL BARN AV PSYKISK SYKE FORELDRE**

Bacheloroppgave i sjukepleie,  
Høgskulen Stord /Haugesund 2014

Kull 2011

Antall ord:

8993

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** Omsorg til barn av psykisk syke foreldre.

**Bakgrunn for tema:** Norsk lov pålegger helsepersonell å hjelpe og informere barn av psykisk syke foreldre. Forskning viser at disse barna er plaget av angst og utrygghet, og har større risiko for å utvikle psykisk sykdom enn andre barn. Alikevel viser det seg at de ofte blir glemt.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleiere i kommunehelsetjenesten gi omsorg til barn som bor sammen med psykisk syke foreldre slik at barna kan føle mestring og redusere risiko for utvikling av psykisk lidelse senere i livet?*

**Hensikt:** Hensikten med studien er å sette søkelyset på hvordan sykepleiere kan gi omsorg til barna av psykisk syke foreldre og redusere risiko for utvikling av sykdom.

**Metode:** Studien er en litteraturstudie, og de fem kvalitative forskningsartiklene som blir brukt er resultat av systematisk søk i databasene Cinahl og OvidNursing. Artiklene blir drøftet opp mot teori.

**Resultat:** Barn av psykisk syke foreldre opplever angst, utrygghet og ensomhet. De etterlyser informasjon og at noen ser dem og støtter dem. Dessuten viser forskning at det gjenstår mye før barn som pårørende til psykisk syke får den støtten de har krav på.

**Oppsummering:** Studien setter søkelys på hvordan man kan gi omsorg til barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Det blir forsøkt å gi svar på om barna blir oppdaget, om de får nok omsorg og hjelp samtidig som studien også ser nærmere på hva slags hjelp barna ønsker seg.

**Nøkkelord:** Barn, svekkede foreldre, psykisk syke foreldre, omsorg, støtte, sykepleiere.

## **ABSTRACT**

**Title:** Care for children of mentally ill parents.

**Background to the choice of theme:** Norwegian law obliges healthcare professionals to assist and inform children of mentally ill parents. Research shows that these children are suffering from anxiety and insecurity, and are at greater risk of developing mental illness than other children. Nevertheless it shows that they often are forgotten.

**Question:** How can nurses in community health provide care to children living with mentally ill parents so that the children can feel mastery and reduce the risk of developing mental illness later in life?

**Purpose:** The purpose of this study is to focus on how nurses can provide care to children living with mentally ill parents and reduce the risk of developing mental illness.

**Method:** The study is a literature study, and the five qualitative research articles that are used, is the result of a systematic search in Cinahl and OvidNursing databases. The articles are discussed against the theory.

**Results:** Children of mentally ill parents experience anxiety, insecurity and loneliness. They request information and that anyone can see them and support them. Furthermore research shows that there remains a lot before children who are relatives of the mentally ill get the support they are entitled to.

**Summary:** The study focuses on how to provide care to children who are relatives of mentally ill parents. An attempt is made to indicate whether the children are discovered, if they receive enough care and assistance, but the study also examines what kind of help the kids want.

**Keywords:** Children, impaired parents, mentally ill parents, care, support, nurses.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt .....	2
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning og presisering av problemstilling .....	2
2	TEORI .....	4
2.1	Kari Martinsens omsorgsteori.....	4
2.2	Barns kognitive utvikling .....	5
2.3	Psykisk lidelse .....	6
2.4	Arv og miljø.....	7
2.5	Kommunikasjon.....	8
2.6	Resiliens.....	9
2.7	Tverrfaglig samarbeid.....	10
2.8	Gruppeterapi .....	11
2.9	Mestring.....	11
3	METODE .....	12
3.1	Litteraturstudie som metode .....	12
3.2	Litteratursøk.....	13
3.3	Metodekritikk .....	13
3.4	Etikk i oppgaveskriving .....	14
4	RESULTAT .....	15
4.1	Presentasjon av forskningsartikler .....	15
5	DISKUSJON .....	21
5.1	Identifisering.....	21
5.2	Informasjon og kommunikasjon .....	22
5.3	Omsorg og støtte.....	24
6	KONKLUSJON .....	27
	REFERANSELISTE .....	28

# 1 INNLEDNING

Helsedirektoratet kunngjorde i en rapport fra 2012 (Kallander, Brodal & Kibsgård, 2012), at det i 2011 var 410 000 barn som levde sammen med foreldre der en eller begge hadde psykisk lidelse. Den samme rapporten viste at disse barna har en betydelig økning i risikoen for selv å utvikle psykisk lidelse senere i livet.

Det har siden 1970-tallet vært gjort forskning på barn som har psykisk syke foreldre, men på tross av at de er blitt mer synlige er disse barna fremdeles en forsømt gruppe pårørende og kalles ofte "De usynlige" (Killèn, 2008, s. 455).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Helsepersonelloven §10a (1999) står det at helsepersonell har plikt til å bidra til å ivareta barn som pårørende. Vi leser videre at det er lovpålagt at helsepersonell skal gi nødvendig og tilrettelagt informasjon til barnet samtidig som de skal ivareta nødvendig oppfølging på områder hvor foreldrene svikter. Det blir også presisert i samme lov at når det gis helsehjelp til foreldre med psykisk lidelse, så plikter den som gir hjelpen å undersøke om den syke har barn som må ivaretas.

Ut fra det som står i denne loven er altså sykepleiere pliktige til å fange opp barn som er pårørende og gi dem nødvendig hjelp og informasjon. Jeg tror at dette er et forsømt område både på grunn av at sykepleiere har for liten kunnskap om hvordan de kan hjelpe, de vegrer seg for å engasjere seg i sårbare barn, samtidig som dette handler om en gruppe pårørende som ikke stiller noen krav.

Killèn (2000) sier at helsepersonell og andre profesjoner trenger å utvikle sin kompetase. De må ha kompetanse til å se når barn strever med livet sitt og gripe inn før barnet utvikler symptomer. Men å se krever ikke bare kompetanse det krever at man følelsesmessig må engasjere seg. Det er vanskelig å se barn lide når vi samtidig opplever at det er lite vi kan gjøre med deres situasjon (Killèn, 2000, s. 226) .

I avisen Sunnhordland (Totland, 2014) fra 15.01.14 kan vi lese at det allikevel skjer positive fremskritt. Artikkelen omhandler Valen sykehus som siden 2008 har utarbeidet et informasjonsmateriale til bruk for barn som har psykisk syke foreldre. Vi møter Jenny Tendal

som vokste opp på 1970-tallet med en psykisk syk mor. Hun opplevde totalt fravær av informasjon i forbindelse med morens sykdom, men sier at ting har endret seg. Da hun selv ble psykiatrisk pasient erfarte hun at hennes barn fikk god informasjon takket være informasjonsmaterialet ved sykehuset, og hun mener at det er grunnen til at de føler seg trygge (Totland, 2014).

Norge har fra 1999-2006 gjennomført en opptrappingsplan for psykisk helse som innebærer at nettverk og familie skal spille en vesentlig rolle i behandlingen av psykisk syke, noe som medfører at den syke skal behandles mer i sitt nærmiljø og mindre på sykehus. Konsekvensen blir da at barna kommer nærmere den syke og opplever derfor sykdommen mer på nært hold (Vik, 2002). På grunn av denne omleggingen vil det være mye større mulighet for at sykepleiere møter disse pårørende i arbeidet sitt, blandt annet i kommunehelsetjenesten.

Temaet i denne litteraturstudien blir på bakgrunn av dette, omsorg til barn som bor sammen med psykisk syke foreldre. Den sykepleieteoretiske forankringen bygger på Kari Martinsens omsorgsteori.

## **1.2 Hensikt**

Denne usynlige gruppen pårørende trenger å bli sett og de har krav på hjelp. Hensikten med studien er at jeg vil prøve å sette søkelyset på hvordan sykepleiere kan gi omsorg til disse barna slik at de bedre kan mestre livet sitt og redusere risikoen for å utvikle sykdom.

## **1.3 Problemstilling**

Oppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleiere i kommunehelsetjenesten gi omsorg til barn som bor sammen med psykisk syke foreldre slik at barna kan føle mestring og redusere risiko for utvikling av psykisk lidelse senere i livet?*

## **1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Det er nødvendig å avgrense problemstillingen for at studien ikke skal bli for omfattende. Jeg har valgt å fokusere på barn som bor sammen med psykisk syke foreldrene, og vil sette søkelyset på omsorg og mestring for barn som selv er friske. Det blir ikke skilt i kjønn og aldersgruppen jeg

vil konsentrere meg om er 6-18 år. Det blir heller ikke tatt utgangspunkt i noen spesifikk psykisk diagnose hos foreldrene, men generell psykisk lidelse.

Forskjellige studier har påvist at en utrygg tilknytning øker faren for å utvikle psykisk lidelse senere i livet. Utrygg tilknytning kan gjøre barn mer sårbare for påkjenninger og risikofaktorer i omgivelsene, mens trygg tilknytning virker beskyttende og hjelper barnet til å takle vanskelige situasjoner (Berg-Nielsen, 2008, s. 199-200). Til tross for at de forskjellige tilknytningsatferder er av vesentlig betydning for barnets tilpasning også i voksenlivet (Berg-Nielsen, 2008, s. 198), kommer jeg ikke til å belyse dem i oppgaven på grunn av at det blir for vidtrekkende.



## 2 TEORI

### 2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Studien bygger på Kari Martinsens omsorgsteori. Hun er en anerkjent sykepleieteoretiker, er utdannet sykepleier, magister i filosofi og dr.philos (Martinsen, 2003). Kari Martinsen engasjerer seg i de svakeste i samfunnet og i sin magistergradsavhandling benytter hun den tyske filosofen Karl Marx sin filosofi for å gjøre en kritisk analyse av sykepleieprofesjonen og sykepleievitenskapen. Martinsen mener at dagens sykepleie er knyttet til en kapitalistisk vareproduksjon og i stedet for å være en helhetlig praksis, er den spesialisert, oppstykket og teknisk beregnende, noe som fører til at de verdiene man oppnår gjennom erfaring har lett for å bli glemt (Alvsvåg, 2010, s. 429-433).

Omsorg betyr hvordan vi viser omtanke i dagliglivet og kan defineres med at den alltid omfatter to parter hvor den ene er omtenkstom og bekymrer seg for den andre som lider. Martinsen deler omsorg inn i tre: relasjonell, praktisk og moralsk. At omsorg er relasjonell betyr at det viktigste i omsorg er forholdet mellom mennesker. Det handler om hvordan vi oppfører oss mot hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i dagliglivet. Som mennesker er vi avhengig av andre og fellesskapet med andre er en forutsetning for at dagliglivet skal ha mening. Mennesker trenger hverandre for å kunne realisere seg selv og forstå seg selv, noe som betyr at vi må ta hensyn til andre for vår egen skyld (Martinsen, 2003, s. 69).

Når Martinsen snakker om at omsorg er praktisk, mener hun hvordan vi konkret kan være med å sørge for andre. For å gi praktisk omsorg kreves det at vi må forstå andres situasjon, og for å kunne forstå hverandre må noe binde oss sammen i et fellesskap. Ved å gjøre ting sammen med, eller for andre, vil vi oppleve felles erfaringer og på den måten kan vi oppnå større forståelse for hvordan andre opplever sin situasjon (Martinsen, 2003, s. 69-71).

At omsorg også er moralsk betyr at vi må ha en holdning til den som trenger omsorg hvor vi anerkjenner vedkommende ut fra hans situasjon. Det betyr at vi gir omsorg uten å forvente noe tilbake og at omsorgen er av en slik karakter at vi hverken overvurderer eller undervurderer den andres muligheter til å være selvhjulpen (Martinsen, 2003, s. 71).

## 2.2 Barns kognitive utvikling

Det finnes flere utviklingsteorier, men Jean Piagets teori om at barns kognitive utvikling skjer gjennom stadier, er sannsynligvis den teorien som har fått størst innflytelse i vårt samfunn. Piaget snakker om fire stadier i barnets utvikling: sensomotorisk, preoperasjonell, konkret operasjonell og det formelt operasjonelle stadiet, og teorien legger tydelig vekt på at barn tenker annerledes enn voksne. Hvordan barn og unge forstår er helt avhengig av alder. Derfor må det tas hensyn til barnets alder når vi gir hjelp til barn og unge (Eide og Eide, 2011, s. 362).

Barnet går gjennom mange forskjellige utviklingsstadier og fasen fra cirka 6 til 12 år kalles Det konkret-operasjonelle stadiet. På denne tiden skjer det mye i den kognitive utvikling og barnet får etter hvert en logisk forståelse, men abstrakte begrep må fremdeles knyttes til konkrete handlinger. (Renolen, 2008, s. 95).

Men barnet har fremdeles begrenset språkferdighet og begrepsforståelse, og de har også begrensninger når det gjelder kompliserte intellektuelle ferdigheter som for eksempel å trekke poenget ut av en historie. Man har opp gjennom årene ment at barn utviklet seg i spesielle mønster, men moderne utviklingsteorier har et mer komplisert syn på barns utvikling. De mener at faktorer som kultur, samspill, dagliglivets utfordringer, kriser og hendelser har en vesentlig betydning for barnets utvikling. Barns oppfattelse av situasjonen spiller en viktig rolle i voksnes møte med barn og dette bør utforskes gjennom dialog og samtale med barnet (Trollvik, 2011, s. 111-112).

Når barnet er cirka 12 til 15 år kalles utviklingsstadiet Det formal-operasjonelle stadiet. Barnet har nå utviklet forståelse for abstrakt tenkning og er i stand til å forestille seg at noe kan komme til å skje. Etter tolvårsalderen greier de fleste barn å resonere seg frem til hvordan en gitt situasjon kan bli annerledes dersom det skjer noe spesielt (Renolen, 2008, s. 95-96).

Alderen mellom 10-21 år omtales internasjonalt som ungdomstiden. Barnet ønsker nå å ta egne valg, men kan ha problemer med å forstå hvilke konsekvenser deres valg kan få. Samtidig mangler de erfaringer fra tidligere og kan derfor ha vanskeligere for å forstå informasjon. På grunn av at hjernen ikke er ferdig utviklet har de redusert evne til å planlegge, organisere og løse problemer. Når barnet er mellom 10 og 18 år blir identiteten utviklet og barnet skal bli autonom. Det innebærer at de trenger noen å stole på som de kan gå til når de trenger hjelp. Mange ungdommer setter tilhørighet til venner svært høyt, men vektlegger også gode relasjoner i familien som viktig i ungdomsårene (Rajka, 2011, s. 136-138).

Barn med psykisk syke foreldre lever ofte i en verden som er uforutsigbar og de bruker mye krefter på forvirring og usikkerhet. De har ikke tilstrekkelig evne til å leve seg inn i fremtiden spesielt når de har mange negative erfaringer. Derfor er det nødvendig at de så langt det lar seg gjøre får god og konkret informasjon om hva som vil skje. Ved å gjøre det uforutsigbare forutsigbart får barnet hjelp til å være forberedt på nye skremmende situasjoner (Killèn, 2010, s. 2011-2013).

### **2.3 Psykisk lidelse**

For å kunne kalle noe en psykisk lidelse må det foreligge flere alvorlige symptomer med en varighet på minst to uker. Lidelsen må føles plagsom for den det gjelder samtidig som den reduserer den sosiale funksjonen som går på hvordan man fungerer i forholdet til familie, venner, arbeid eller andre viktige livsområder (Wichstrøm, 2008, s. 396-397).

Man må skille mellom psykisk lidelse og psykiske vansker. Med psykiske vansker menes en eller få plagsomme symptomer som kan virke hemmende på en person eller miljøet rundt vedkommende, og som derfor forringer livskvaliteten. Symptomene kan være både kroniske, periodevise eller at de kan forandrer seg over tid (Wichstrøm, 2008, s. 364).

Personlighetsforstyrrelser er en psykisk lidelse som forårsaker store lidelser både for den som rammes og for hans pårørende. Sykdommen viser seg klinisk i form av problematisk adferd som for eksempel selvskading, spiseforstyrrelser, raseriutbrudd, kverulering, underkastelse, stjeling av oppmerksomhet, vold og flukt fra ansvar. Det er ofte omgivelsene som er den skadelidende mens personen selv ikke oppfatter seg selv som syk. Felles for alle typer personlighetsforstyrrelser er at personen ikke greier å regulere intimitet og trekker seg unna omsorgen og den gode responsen som er med på å skape god mental helse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 269).

Angstlidelsene kan deles i fem hovedgrupper: fobisk angst, panikkangst, traumelidelser, tvangslidelser og generalisert angst. Følelsene kjennetegnes av ubehag og psykisk smerte, pasienten får økt puls og respirasjon, og han kan få blodtrykksforandringer. Det oppstår en kognitiv innsnevrelse og oppmerksomheten rettes mot en selv. Det er ikke uvanlig med katastrofetenkning og handlingene til pasienten blir preget av uro og unnvikelse. Angst viser seg ved flere psykiatriske diagnoser og forholdet mellom angst og depresjon er nært (Skårderud et al., 2010, s. 292-293).

En psykotisk tilstand karakteriseres ved at personen har en forandret virkelighetsoppfatning. De som er psykotiske lever i en verden som kan være kaotisk, usammenhengende og fordreid i tillegg til at de kan plages av hallusinasjoner. De oppfatter ikke lengre seg selv, sin rolle eller menneskene rundt seg på samme måten som andre gjør. Folk trekker seg unna disse personene og derfor opplever de ofte en dyp ensomhet som fører til angst, tankemessig forvirring og isolasjon (Skårderud et al., 2010, s. 303-304).

Den som er psykotisk kjennetegnes ofte av at han er selvopptatt, barnslig, urimelig, krever å bli tatt hensyn til og bryr seg ikke om at hans oppførsel kan være til ulempe for andre (Skårderud et al., 2010, s. 310).

Stemmingslidelser deles i seks hovedgrupper: bipolar stemningslidelse, depressiv episode, manisk episode, tilbakevendende depressiv lidelse i tillegg til to varianter av vedvarende stemningslidelser. Det som kjennetegner en stemningslidelse er at personen er nedstemt, mangler interesse og glede, i tillegg har vedkommende lite energi. Den syke føler seg ofte utpreget trist og har ikke noe håp for fremtiden. Disse følelsesmessige tilstandene vil gjøre seg synlige ved at pasienten blir mimikkløs, tafatt, initiativløs, sier lite og beveger seg sakte. Sykdommen virker også inn på appetitt og søvnmønster. Selvskading og tanker om selvmord er vanlig i sykdomsbildet. Det skilles mellom mild, moderat og dyp depresjon (Skårderud et al., 2010, s. 338)

## **2.4 Arv og miljø**

Allerede i 1984 ble det dokumentert at barn som vokste opp med psykiatiske pasienter som foreldre hadde en hyppigere forekomst av psykiske problemer enn andre barn, og mest utsatt var de som vokste opp med foreldre som hadde personlighetsforstyrrelser (Killèn, 2000, s. 84).

Det er en stor belastning for et barn å vokse opp med psykisk syke foreldre som endrer væremåte, blir uengasjerte, får en bisarr atferd, truer med selvmord eller blir innlagt under traumatiske forhold. Å leve under slike forhold vil skape utrygghet, angst og skyldfølelse hos barnet. Barn som blir gitt en rolle i foreldrenes forvrengte virkelighet er mest utsatt for å utvikle psykisk sykdom. På grunn av at foreldrene forsvinner inn i sin egen verden blir barna overlatt til seg selv og de opplever at det er vanskelig å kommunisere med foreldrene. Barna blir smertefullt opptatt av foreldrenes oppførsel, de får konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer, trekker seg tilbake sosialt på grunn av skam, de føler seg annerledes og har ofte stort ansvar hjemme. Dessuten

bærer disse barna i seg en angst for selv å bli syke. Flere studier viser allikevel at enkelte av barna klarer seg godt, men disse barna har som regel hatt voksne utenfor familien å støtte seg på (Killèn, 2000, s. 89-91).

De barna som er mest utsatt for selv å utvikle sykdom er de som er helt små når foreldrene blir syke, har lavere enn normal intelligens, er spesielt følsomme eller er sterkt involvert i foreldrenes sykdom. Langvarig og alvorlig sykdom øker også risikoen. Det har vist seg at barn som bor sammen med deprimerte foreldre befinner seg i høyrisikogruppen for å utvikle angstlidelser og alvorlige depresjoner i ungdomsårene. Forskning fra USA viser at halvparten av barn som vokser opp med psykisk syke foreldre vil oppleve en depresjon før de kommer i slutten av ungdomsårene (Killèn, 2000, s. 92-93).

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser er høyere hos familiemedlemmer til pasienter med personlighetsforstyrrelser enn hos andre, men man kan ikke med sikkerhet fastslå at det skyldes genetiske forhold. Det har vært forsket på området og funnene har vist at barn som utvikler personlighetsforstyrrelser er vokst opp i familier som har fungert dårlig, hvor foreldrene ikke har klart å skape en trygg familiesituasjon. Disse foreldrene har heller ikke maktet å beskytte barna mot traumer, i verste fall medvirker de selv til traumene ( Skårderud et al., 2010, s. 281)

Psykotiske foreldre er skjelden i stand til å gi sine barn tilstrekkelig omsorg, og i tillegg har de problemer med å godta autonomien større barn behøver. Foreldrenes skiftende væremåte skaper angst hos barna og de lever i en svært utsatt posisjon (Skårderud et al., 2010, s. 311). Medfødt sårbarhet og stress som følge av hendelser i livet kan være risikofaktorer for å utvikle en psykotisk tilstand (Skårderud et al., 2010, s. 322-324).

Gjennom forskning er det dokumentert at den bipolare stemningslidelsen er genetisk, mens det for tilbakevendende depresjon ikke er fastslått arvelighet. På grunn av at stress stimulerer kortisolutskillelsen fra binyrebarken har stress stor innvirkning på hjernen. Dersom kortisolnivået holder seg høyt over lang tid vil transmittorsubstansene i hjernen bli hemmet og det vil føre til depresjon (Skårderud et al., 2010, s. 347-349).

## **2.5 Kommunikasjon**

I kommunikasjon med barn og unge er det svært viktig å skape tillit og trygghet, og da trenger man å lytte til barnet. Det er barnet som må lede an og hjelperen sin oppgave er åpenhet, undring og aktiv lytting. På den måten kan man tone seg inn og finne et oppmerksomhetspunkt.

Slik viser man både empati og respekt som er viktige forutsetninger for å skape tillit. Barn trenger ofte hjelpemidler for å greie å sette ord på sine følelser. Slike hjelpemidler kan være tegning, lek, rollespill, musikk og litteratur. Barn og ungdom tenker annerledes enn voksne og de har ulik evne til å oppfatte og forstå. Stress og belastning i sykdomssammenheng kan virke inn på denne evnen og man må derfor ta høyde for det når man kommuniserer med barn (Eide og Eide, 2011, s. 359-362).

Barn i 6-8-års alder er selvsentrert noe som innebærer at barnet kan påta seg skyld for noe som har skjedd, men samtidig har de en godt utviklet rettferdighetssans. Mens barn i 6-8-årsalderen trenger hjelp til å lage sammenhengende historier har de fra 8-årsalder utviklet en forestilling om seg selv og klarer å fortell om ting de er opptatt av samtidig som de greier å skille mellom fantasi og virkelighet. Når barnet er cirka 12 år vil det være i stand til å føre en voksen samtale. Barnet tenker nå både hypotetisk og abstrakt og kan forestille seg situasjoner. Denne aldersgruppen stiller store krav til seg selv og de trenger bekreftelser fra voksne. I en sykdomssituasjon kan denne bekreftelsen utebli, noe som kan føre til usikkerhet og rolleforvirring hos den unge. De unge er fortsatt barn og trenger mye aksept, støtte og hjelp, derfor bør den voksne som deltar i samtalen være lyttende og supplere med opplysninger i stedet for å korrigere. Ungdommer lærer av venner og det kan være av stor betydning å samtale med jevngamle for å lære hvordan andre ungdommer greier å mestre. Det viser seg at informasjon og støtte til barn som pårørende er viktig, og ved å benytte god kommunikasjon vil ubehag og symptomer relatert til sorg reduseres (Eide og Eide, 2011, s. 364-375).

I kommunikasjon med barn og unge er det viktig å lytte litt ekstra oppmerksomt slik at man fanger opp tegn på bekymringer. Man må reflektere sammen med barnet og hjelpe barnet å sette ord på følelser og erfaringer, samtidig som man gir tilpasset informasjon. Dessuten må man la barnet bestemme tempoet og det kan være hensiktsmessig å benytte et språk som ligger tett opp til barnets eget språk (Eide og Eide, 2011, s. 375).

## **2.6 Resiliens**

Å vokse opp med store risikofaktorer er ikke ensbetydende med at barnet får problemer i voksen alder. Noen av disse barna har utviklet seg fint på tross av omstendighetene. Før i tiden ble de kalt løvetannbarn på grunn av at man oppfattet dem som svært sterke og robuste. I dag benytter man begrepet resiliens. Det verserer ulik definisjon av begrepet slik som : “positiv utvikling

under vanskelige forhold”, eller “evnen til å tilpasse seg godt tross betydelig grad av hyppig motgang”. Resiliense handler om hvordan en person takler stress og vanskelige oppvekstvilkår både mentalt og praktisk. Begrepet er knyttet til både gener og miljøskapte forhold, og avhenger blandt annet av om barnet har en trygg tilknytning, at det har et positivt selvbilde, gode mestringsstrategier, er et selvstendig individ, er positivt sosialt orientert og ser optimistisk på fremtiden (Kvelling, 2008, s. 227-228).

## **2.7 Tverrfaglig samarbeid**

For at barn og foreldre skal få en best mulig hjelp er det nødvendig med et tverrfaglig samarbeid. Flere kommuner har etablert et system som koordinerer samarbeidet mellom helsetjenesten, skole og barnehage. Tjenestene har forskjellig lovverk og arbeidsutøverne har taushetsplikt som sikrer at personopplysninger ikke kommer på avveie. Foreldrene må samtykke før det kan iverksettes et tverrfaglig samarbeid. Målet med samarbeid er at flere etater med forskjellig kunnskap arbeider sammen for å hjelpe barna og familiene, da vil det samtidig utvikles ny kompetanse og ny kunnskap for fagpersonene som kommer barna til gode. Hensikten er at de ulike yrkesgruppene skal utfylle hverandre og derfor må det benyttes felles språk og virkelighetsforståelse. Samarbeid mellom profesjonene vil sikre god standar på hjelpen samtidig som det settes inn tiltak på et tidlig tidspunkt (Glavin, 2008, s. 145-147).

Helsesøstre står i en utmerket posisjon til å identifisere problemer hos barn og unge og bør ha en sentral rolle både når det gjelder informasjon og behandling. For å sikre rask hjelp til barn som er utsatt for omsorgssvikt, bør det være et nært samarbeid mellom helsesøster og barnevern (Killèn, 2010, s. 67-68).

Pedagogisk-psykologisk tjeneste er en annen innstans i det tverrfaglige samarbeid. De får ofte henvist barn med konsentrasjon- og lærevasker. Slike problem kan være tegn på omsorgssvikt og PPT-tjenesten arbeider derfor tett med helsevesen og barnevern. Det har i de senere årene blitt opprettet institusjoner som kalles Familiens hus. Disse institusjonene er et lavterskeltilbud som sikrer rask og helhetlig hjelp. Mange av kommunens tjenester inngår i tilbudet som blandt annet: helsestasjon, barnehage, barnevernstjenesten, PPT, sosialtjeneste og kommunale psykiske helseteam (Killèn, 2010, s. 71-72).

Et annet tverrfaglig hjelpeapparat som kan nevnes er ansvarsgrupper. Der møtes aktuelle representanter fra hjelpeapparatet, skole og foreldrene for å drøfte aktuelle problem knyttet til barnet, man utarbeider en individuell plan og vurderer fremdrift (Hesselberg, 2011, s. 133).

Dersom barnets eller den unges psykiske helse står i fare er det Barne- og ungdomspsykiatrien sitt ansvar å hjelpe. BUP bistår da det kommunale hjelpeapparatet og forsøker å hjelpe der barnet befinner seg (Killèn, 2010, s. 148).

## **2.8 Gruppeterapi**

Gruppeterapi for barn med spesielle behov har som mål å la barn få møte andre barn i tilsvarende livssituasjon. Ved å møte andre vil de ikke føle seg så alene, de identifiserer seg med hverandre og får dermed mulighet til å mestre sin vanskelige situasjon. I gruppeterapi utveksler barna erfaringer og de mottar nyttig informasjon relatert til deres egen livssituasjon. Samtidig fungerer også gruppen som en plass der barna kan legge fra seg skyldfølelse og ansvar, de styrker mestringsevnen sin og de kan få praktiske råd om hva de skal gjøre når foreldrene oppfører seg skremmende (Killèn, 2000, s. 221-222).

## **2.9 Mestring**

Begrepet mestring betyr hvordan vi føler at vi har krefter til å møte utfordringer og allikevel føle at vi har kontroll over livet vårt. God mestring vil hjelpe oss til å takle vår nye hverdag og lære oss til å få øye på ting vi kan endre samtidig som vi godtar det vi må leve med (Hvinden, 2011, s. 54).

Mestring er en persons måte å beherske følelser, tanker, atferd og miljøet rundt seg når vedkommende opplever stressende hendelser (Wichstrøm, 2008, s. 411).

Når man mestrer sin situasjon har man tro på at man skal få kontroll over situasjonen og livet (Eide og Eide, 2011, s. 56). Mestring innebærer at man må forhode seg til situasjonen samtidig som man forholder seg til sin egen reaksjon. Å velge gal mestringsstrategi kan forverre situasjonen, derfor er det viktig å velge riktig strategi. Men hva som er den riktige strategien i en hver situasjon er avhengig av mange faktorer. Det kommer alt ann på hva slags hendelse det er, omstendighetene rundt hendelsen og hvilke fysiske og psykiske forutsetninger personen er i besittelse av (Eide og Eide, 2011, s. 172)



### **3 METODE**

Metode er en systematisk måte å gå frem på for å skaffe ny kunnskap eller etterprøve kunnskap. Dalland (siteret i Dalland, 2012, s. 111) siterer sosiologen Vilhelm Aubert som definerer begrepet metode på følgende måte:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Vi gjør oss nytte av metoden for å samle inn den informasjonen vi er avhengig av til studien vår og begrunner valg av en bestemt metode ut i fra at vi vurderer den som god med tanke på at den vil gi oss nyttige data og at problemstillingen vår vil bli belyst på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 11-112).

Innen metode skiller vi mellom kategoriene kvalitativ og kvantitativ. Den kvalitative metoden lar seg ikke måle, men vil gi oss data som viser oss meninger og opplevelser hos mennesker. I motsetning til dette vil kvantitativ metode gi oss data i form av målbare enheter og tall. Begge metodene vil på hver sin måte gi oss en pekepinne på hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112).

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

I denne oppgaven blir det benyttet litteraturstudie som metode. Det som karakteriserer studiet er at det blir gjort ett systematisk søk og litteraturen som ble funnet blir kritisk vurdert for så å bli sammenfattet innforbi ett bestemt emne eller problemområde. Et litteraturstudie innebærer at man må ha en tydelig problemstilling og man må utforme en plan for studien. Det må tas stilling til søkeord og strategi og de utvalgte vitenskapelige artikkelene og rapportene må vurderes og kvalitetsikres. Etter at analysering og diskusjon av resultatene er foretatt, foreligger en oppsummering før det til slutt trekkes en konklusjon (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 30-32).

Det skilles mellom oversikts litteraturstudie og systematisk studie hvor forskjellen ligger i at den systematiske studien bør ta med alle relevante artikler, mens oversiktsstudien kan inneholde fra to artikler og oppover. Innholdet i en litteraturstudie er kunnskap som allerede finnes og bringer

derfor ikke inn ny kunnskap, med det kan allikevel komme frem nye erkjennelser når man setter sammen kunnskap fra flere undersøkelser (Støren, 2013, s. 16-17).

Forsberg og Wengstrøm (2013) hevder at det finnes ulemper ved oversikts-studier på grunn av at forfatteren bare har tilgang på et begrenset utvalg av artikler samtidig som han kan velge artikler som støtter hans eget syn. Dessuten viser det seg at ulike eksperter kan dra helt ulike konklusjoner ut av samme område (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 26).

### **3.1 Litteratursøk**

For å skaffe nødvendig litteratur til studien har jeg benyttet pensumlitteratur, brukt biblioteket på Høgskolen i tillegg til at jeg har lånt relevant litteratur på et PPT-kontoret. Jeg har også gjort meg nytte av internett for å finne lovverk, retningslinjer og rapporter. Oppgaven krever at det blir benyttet forskningsartikler. Derfor har jeg foretatt nødvendige søk i de helsefaglige databasene som er anbefalt av Høgskolen Stord/Haugesund. Jeg benyttet søkedatabasene SveMed+, CINAHL, Ovid Nursing og PubMed og artiklene jeg bestemte meg for å bruke ble hentet i CHINAL og Ovid Nursing. I tillegg har jeg gjort håndsøk ved å lese i referanselister i bøker for å finne aktuelle artikler.

For å finne søkeord brukte jeg SveMed+ og kom da frem til følgende ord: children, impaired parents, support, care, nurse og resilience. Artiklene skulle være av nyere dato så jeg avgrenset søket til å gjelde artikler publisert etter 2009 og jeg ønsket å få frem full tekst. Når jeg fant artikler som jeg trodde var aktuelle for min studie sjekket jeg først at de var relatert til sykepleie. Dernest leste jeg sammendraget, undersøkte at det var forskningsartikler skrevet etter kvalitativ metode og jeg kontrollerte at de var godkjent av etisk komite før jeg leste hele artikkelen. Det følger oversiktstabeller over søkene etter presentasjon av hver artikkel.

### **3.2 Metodekritikk**

Med kildekritikk mener man hvordan man går frem for å konstatere at en kilde er sann, det må med andre ord tas en vurdering og karakteristikk av kildene som blir brukt. Kildekritikken deles i to hvor den ene delen går ut på å få hjelp til å finne litteratur som egner seg best mulig til problemstillingen og den andre delen handler om å redegjøre for anvendt litteratur i oppgaven. Formålet med kildekritikken er at leseren skal få mulighet til å dele refleksjonene forfatteren har

gjort seg om hvor relevant litteraturen er for problemstillingen. Aktuelle momenter å ta med i en kildekritikk er for eksempel karakterisering av tilgang til litteratur. Det er også nyttig å vurdere om resultater fra en sammenheng kan overføres til vår problemstilling. Dessuten bør det undersøkes om forskningen er oppdater og om litteraturen er sekundærlitteratur, som betyr at teksten er bearbeidet og ikke blir presentert av den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2012, s. 67-73).

### **3.3 Etikk i oppgaveskriving**

Forskningsetikk er den etikken som omfatter planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning, og den handler om at troverdigheten av forskningen må sikres og personvernet må ivaretas. På bakgrunn av dette er det utviklet forskningsetiske retningslinjer og kunnskapsdepartemanget har oppnevnt en rekke forskningsetiske komiteer som har til oppgave å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål (Dalland, 2012, s. 96-98).

Etiske vurderinger ved systematiske litteraturstudier bør vektlegge om de anvendte studiene er godkjent av etisk komite. Disse komiteene har utviklet retningslinjer for å sikre at forskningsprosessen ikke blir forvrengt ved plagiat eller stjalne data, fabrikasjon av data, eller misvisende analyser av data som forvrenger tolkningen (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 70).

## 4 RESULTAT

### 4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1:

#### **Childrens View of a Major Depression Affekting a Parent in the Family.**

Artikkelen er fra 2011, skrevet av tre svenske forfattere, Britt Hedman Ahlstrøm, Ingela Skärsäter og Ella Danilson som ønsket å belyse fra barns ståsted hvordan de mener famililivet fungerer når barn bor sammen med foreldre som lider av dyp depresjon. Metoden er kvalitativ og studien er godkjent av etisk komite. 8 barn fra 6 år og oppover, den eldste er 26 år, ble intervjuet. Alle barna bodde i svenske familier med minst en psykisk syk forelder og de ble intervjuet i sine hjem eller på klinikker. Et intervju ble gjort i en seilbåt etter ønske fra barnet. Det ble stilt åpne spørsmål hvor barna fritt kunne fortelle sin historie. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Funnene avslørte at barna påtok seg foreldreansvar, hadde angst for at foreldrene skulle ta sitt eget liv, oppførte seg slik de trodde foreldrene ønsket, justerte livet sitt etter foreldrenes sykdom i tillegg til at de var preget av skyldfølelse og dårlig samvittighet. Barna gav uttrykk for at de følte seg ensomme, overlatt til seg selv og de hadde få muligheter til å snakke med noen om sine problem. Artikkelen understreker at helsepersonell har et stort ansvar når det gjelder å støtte disse barna slik at de får snakke om sine problem. Barna må få støtte til å mestre ansvar og ensomhet i forhold til alder, modenhet og livssituasjon, og sykepleierne bør også invitere til samtaler for hele familien. Funnene i artikkelen ble anbefalt brukt i kommunehelsetjenesten og i skolehelsetjenesten.

Jeg har benyttet sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning og vurderer at artikkelen er av god kvalitet. Den er nordisk, hensikten er tydelig og deltakerne blir ivaretatt. Jeg ønsker å finne ut hvordan barn opplever sin hverdag med psykisk syke foreldre og ut fra det vurderte jeg artikkelen som relevant for min studie.

Tabell 1:

Søk i CINAHL 09.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	children	Ingen	124262
S2	of impaired parents	Ingen	1428
S3	S1 AND S2	Ingen	1313
S4	S1 AND S2	Full tekst, fra 2008-2013	211

Artikkel 2:

**You`d think this roller coaster was never going to stop. Experiences of adult children of parents with serious mental illness.**

Forfatteren av studien er Kim Foster og den ble publisert i 2010. Foster ønsket å se nærmere på hvordan voksne barna hadde taklet opplevelsene de hadde med seg fra oppveksten. Studien er kvalitativ, etisk godkjent og bygger på erfaringene til 8 kvinner og 2 menn i alderen 27-57 år fra Australia som hadde bodd sammen med psykisk syke foreldre i oppveksten. Deltakerne fikk ett spørsmål hvor de skulle fortelle om hvordan det var å vokse opp med en psykisk syk forelder. Intervjuene ble tatt opp på bånd og ordrett skriftlig referert. Deretter ble intervjuene godkjent av deltakerne. Syv av deltakerne hadde utviklet angst og depresjon. Deltakerne hadde som barn vært usikre, kjempet for tilhørighet, vært ansvarlige og hadde på egen hånd søkt etter balanse i livet. De hadde følt seg ensomme og hadde utviklet en væremåte som gjennom oppvekst og voksenliv gjorde det vanskelig å knytte relasjoner, også til egne barn. Erfaringene fra barndomen preget voksenlivet. Artikkelen påpeker at det må drives forebyggende arbeid og støtten må også være familifokusert. Det blir konkludert med at sykepleiere sitter i en unik posisjon for å oppdage barna tidlig, gi dem informasjon og omsorg. Forfatteren sier at med støtte fra sykepleiere kan barn`s resiliens bli styrket slik at de som voksne greier å håndtere livet sitt.

Når jeg valgte å bruke denne artikkelen i min studie var det for at jeg ønsker å undersøke om vanskelige opplevelser i oppveksten kan få uheldige konsekvenser i det voksne liv. Samtidig gir studien verdifulle opplysninger om hvilken støtte disse barna fikk eller ikke fikk. På tross for at

studien ble gjennomført i Australia så mener jeg at den kan benyttes også hos oss og anser den som god og relevant.

Tabell 2:

Søk i CINAHL 13.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	children	Ingen	124262
S2	impaired parents	Ingen	1428
S3	S1 AND S2	Full tekst, fra 2008-2013	425
S4	Resilience AND S1 AND S2	Full tekst, fra 2008-2013	12

Artikkel 3:

### **Children living with a mentally ill parent the role of public health nurse.**

Artikkelen er skrevet av Laurie Mahoeny i 2010 og publisert i Nursing Praxis in New Zealand.

Forfatteren ville sette søkelyset på helsesøstrenes rolle i møte med barn som bor sammen med psykisk syke foreldre. Studien er kvalitativ og godkjent av etisk komite. 8 helsesøstre deltok og innsamlingen av data foregikk i gruppemøter og telefonmøter. Deltakerne fikk 12 spørsmål og opplysningene som kom frem ble skrevet ned elektronisk, på papir og tatt opp på lydbånd. Hensikten var å tydeliggjøre helsesøstres praksis, belyse hvordan de arbeider, hvordan de avdekker problemer og hvordan de handler når de er i kontakt med barn som bor sammen med psykisk syke foreldre. Helsesøstre mente at de er i en viktig posisjon for å avdekke risikobarn og at deres viktigste oppgave er å oppdage barna, gi dem støtte, og vurdere om situasjonen krever henvisning til andre yrkesgrupper som for eksempel sekundærhelsetjenesten. For å utføre den jobben mente de at det er nødvendig med gode fagkunnskaper og ikke minst klinisk erfaring. Denne studien gir en pekepinne på hvilken hjelp barn med psykisk syke foreldre får. Grunnen til at jeg valgte artikkelen til min studie er at vi får innblikk i hva helsesøstre vurderer som viktig og hva de opplever som vanskelig i arbeid med barn til psykisk syke foreldre. Studien ble gjennomført i New Zealand, noe som kan innebære ulikheter med Norge, men allikevel vurderer jeg den som god og relevant for min oppgave.

Tabell 3 :

Søk i Ovid Nursing Database 22.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	children	Ingen	14151
2	impaired parents	Ingen.	11909
3	1 and 2	2008:2013.(sa. year)	227
4	nurses	2008:2013.(sa.year)	11221
5	3 and 4	2008:2013.(sa.year)	40

Artikkel 4:

**Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents.**

I 2007 skrev L. Knutsson-Medin, B. Edlund og M. Ramklint denne artikkelen for å sette søkelyset på hvilke erfaringer barn som hadde vokst opp med psykisk syke foreldre hadde gjort seg, og hva slags hjelp de hadde fått. Studien tok sikte på å avdekke hva slags hjelp som manglet og den ville også undersøke hva slags hjelp disse barna kunne ha ønsket seg. En gruppe voksne barn, med foreldre som tidligere hadde deltatt i studier angående det å være barn av psykisk syke, ble kontaktet og 18 kvinner og 33 menn i alderen 19-43 år, sa seg villige til å delta. De fikk spørsmål om sosial tilpasning, om de hadde hatt kontakt med psykisk helsevern, eventuelt hvor mye kontakt og hvordan de mente verdien av denne kontakten var. De ble også spurt om hvilke innvirkning foreldrenes sykdom hadde hatt på dem og hvordan de kunne ønsket seg at hjelpen skulle ha vært. Svarene ble skrevet ned og analysert. Resultatene viste at barna hadde greid seg forholdsvis godt. 9 stykker hadde hatt kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien og 7 personer fikk hjelp av voksenpsykiatri. Det som gikk igjen var at barna hadde følt engstelse, økt ansvar, hatt negative følelser og vært usikre i forhold til at foreldrene forandret seg. De uttalte at de hadde trengt mye mer informasjon, men de hadde også som barn hatt et ønske om at noen hadde sett dem og spurt dem hvordan de hadde det.

Jeg vil prøve å finne ut hva slags hjelp barn av psykisk syke foreldre ønsker å få og har derfor vurdert denne artikkelen som relevant for min oppgave. Studien er nordisk, hensikten er tydelig, den er godkjent av etisk komite i Sverige og ved å benytte sjekklister for kvalitativ forskning har jeg vurdert den som god.

Tabell 4:

Søk i CINAHL 29.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	children	Ingen	124262
S2	Mentally ill parents	Ingen	92
S3	S1 AND S2	Ingen	32

Artikkel 5:

**Support for children of service users i Norway.**

Artikkelens forfattere er Camilla Lauritzen og Charlotte Reedtz. De ønsket å finne ut hvorfor barna med psykisk syke foreldre ofte ikke blir oppdaget til tross for ny lovgivning i Norge. De ønsket å kartlegge om det hadde sammenheng med negativ innstilling blandt helsepersonell eller om det var organisatoriske hindringer som utgjorde problemet. Studien er kvalitativ og deltakerne arbeider i helseforetak i Nord-Norge. De 236 personene som deltok svarte på spørsmål om utfordringer i forhold til å møte barn til psykisk syke foreldre, men de fikk også spørsmål om hva de ansåg som forbedringer i forbindelse med lovendringen. Data ble samlet via internett. Deltakerne savnet engasjement fra ledelsen og de etterlyste tilstrekkelige ressurser. De tilkjennegav mangel på rutiner og følte seg lite kompetente til arbeidet med barna. Deltakerne var også redde for å bryte tilliten til sine klienter dersom de blandet seg inn i barna sin situasjon. De som deltok uttrykte ønske om tverrfaglig samarbeid, opplæring, kompetanseheving, rutiner og prosedyrer. For å oppnå et godt nok tilbud må organiseringen fungere, ressursene må være på plass, helsepersonell må være positive og foreldrene må ha tillit til helsepersonellet.

Når jeg valgte å bruke denne artikkelen var det for at jeg ønsker å se nærmere på om lovgivningen har ført til bedre omsorg for disse barna. Studien er etisk godkjent og jeg har ut fra sjekkliste funnet den som god og relevant.



Tabell 5:

Søk i CINAHL 27.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	children	Ingen	124262
S2	impaired parents	Ingen	1428
S3	S1 AND S2	Ingen	1313
S4	S1 AND S2 AND support	Full tekst, fra 2008-2013	54

## 5 DISKUSJON

### 5.1 Identifisering

I studien til Ahlstrøm, Skärsäter og Danielson (2011) blir det slått fast at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre er ensomme. Det kommer frem at disse barna ofte føler seg overlatt til seg selv og har få muligheter til å snakke om sine problem. Samtidig føler de seg utrygge.

Foster (2010) støtter dette i sin forskning, og hevder at barna hun hadde kontakt med også hadde opplevd utrygghet, de var klar over at noe var galt, men visste ikke hva, på grunn av mangel på informasjon.

Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint (2007) mener også at barn som pårørende til psykisk syke foreldre føler seg forlatt, ensomme og savner informasjon.

Alle tre artiklene påpeker at disse barna er i risikogruppen for å utvikle psykisk sykdom, de trenger omsorg og støtte for å kunne mestre sin situasjon. Eide og Eide (2011, s. 172) sier at mestring betyr å få kontroll på sine følelser og samtidig skaffe seg en forståelse av hva det er som skjer. Videre sier de at det å oppleve at foreldrene blir syke utløser en krisereaksjon hos barnet, hvordan denne reaksjonen kommer til syne er avhengig av barnets alder, men et vanlig trekk er at disse barna føler seg veldig ensomme (Eide og Eide, 2011, s. 170).

Helsepersonelloven §10a (1999) pålegger helsepersonell å ivareta barn som pårørende og den slår fast at helsepersonell som hjelper foreldre med psykisk lidelse har plikt til å undersøke om vedkommende har ansvar for barn, og i så fall gi barnet støtte og informasjon.

Ser vi på de høye tallene som foreligger i Helsedirektoratet sin rapport fra 2012 (Kallander et al., 2012) når det gjelder barn som er i en slik situasjon, så er det opplagt at vi vil møte disse barna over alt i helsevesenet og det er viktig at de blir identifisert.

I 2013 kom Lauritzen og Reeds (2013) ut med en forskningsartikkel hvor de hadde undersøkt om lovendringen i Norge har ført til bedre omsorg for barn med psykisk syke foreldre. De slår fast at utviklingen går tregt og en av grunnene er at helsepersonell som har kontakt med syke foreldre vegrer seg for å involvere seg i barna på grunn av at de har liten erfaring og kunnskap om barn. De etterlyste også rutiner eller prosedyrer for å utføre slikt arbeid og det kom frem at helsepersonell ofte har en innstilling om at de ikke trenger å bry seg, det er ikke deres sak.

Funnene Foster (2010) gjorde i sin studie avdekker at det som de voksne barna var mest skuffet over i sin oppvekst, var nettopp at helsepersonell ikke såg dem og støttet dem. Martinsen (2003, s. 62) sier at omsorg må tas på alvor, noe som innebærer at helsepersonell er forpliktet til å ta ansvar for de svake og handle deretter. Hun mener at vi må praktisere nestekjærlighetsbudet og gjøre mot andre som vi vil at andre skal gjøre mot oss. Martinsen hevder at svake grupper trenger en profesjon, derfor har helsepersonell en plikt til å ta dagliglivets moral på alvor. Vi må tørre å engasjere oss og gjøre den andre til en del av vårt liv. På den måten blir det også mer positivt å ta imot hjelp (Martinsen, 2003, s. 62).

I praksis har jeg ved flere anledninger vært i kontakt med foreldre som hadde psykiske problem, men min erfaring er at det oftest bare ble registrert at de hadde barn og det ble ikke gjort noe forsøk på å kartlegge om disse barna mottok noe form for hjelp.

## **5.2 Informasjon og kommunikasjon**

Det er med god grunn Killèn (2008, s. 455) kaller disse barna for “de usynlig”. Hun hevder at psykisk sykdom er tabubelagt, ingen snakker om slik sykdom. På grunn av at tausheten påfører barna mer angst og utrygghet går hun så langt at hun kaller det et overgrep fra samfunnets side. Derfor mener Killèn at det første man må gjøre for å vise disse barna omsorg er å redusere tabuet omkring foreldrenes sykdom, det vil hjelpe barnet til å bearbeide opplevelser (Killèn, 2000, s. 213).

Noe som går igjen i de artiklene jeg har brukt i min studie, er at barna som er blitt intervjuet hadde hatt ett savn i oppveksten, og det var at de manglet informasjon. Ahlström et al. (2011) påpeker at barna opplevde mye angst. Denne angsten dreide seg om redsel for at foreldrene skulle ta sitt eget liv, de engstet seg for at de selv skulle bli syke og de var redde for at søsken skulle bli syke. Disse funnene får støtte i Foster (2010) sin artikkel hvor hun hevder at barna visste at noe var galt med foreldrene, men ikke at det dreide seg om psykisk sykdom. I følge Killèn (2010, s. 209-2011) så bruker barn mye krefter på å finne ut hva som skjer med psykisk syke foreldre og ved at de får hjelp til å forstå hva som foregår vil belastningen bli mindre og mestringsevnen større. Killèn sier videre at barn har mindre mulighet til å leve seg inn i fremtiden enn voksne, derfor er det nødvendig at de så langt det lar seg gjøre får vite hva som vil skje, det vil gjøre livet mer forutsigbart.

Knutsson-Medin et al.(2007) sier at barn med psykisk syke foreldre ønsker mer informasjon, mer kontakt med profesjonelle og mer forklaringer på foreldrenes sykdom. Forfatterne har erfart at ved å øke barns forståelse av foreldrenes sykdom vil det fremme resilens hos barnet og redusere sjansene for at barnet selv opplever psykiske symptomer.

Men i tillegg til mer informasjon understreker Knutsson-Medin et al.(2007) at barna også ønsker mer støtte til seg selv, de ønsker seg noen som bryr seg og spør hvordan de har det.

I artikkelen til Ahlström et al. (2011) kommer det frem at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre tar på seg et alt for stort ansvar. Forfatterne sier at når barn påtar seg foreldrerollen over lang tid skapes det en ensomhetsfølelse hos barnet som kan føre til dårlig selvbilde og depresjon. Det viser seg også at barn til psykisk syke foreldre lager sin egen mestringsstrategi for å få fred inni seg, men slike strategier kan ha dårlig innvirkning på deres egen psykiske helse. Derfor trenger barnet hjelp til å få snakke med noen om sine bekymringer og forfatterne påpeker at det er helsepersonell som har ansvar for å legge til rette for slike samtaler for å sikre at barnet får hjelp til å mestre ansvar og ensomhet i forhold til alder, modenhet og livssituasjon.

Killèn (2010, s. 214) trekker frem at barn som påtar seg for stort ansvar i hjemmet kan ha vansker med å motta hjelp. Hun sier at hjelpetiltak kan føles belastende på grunn av at barnet bruker energien på å bekymre seg for foreldrene og bebreide seg selv. I arbeid med barna er det derfor viktig at man er opptatt av å prøve å frigjøre dem fra ansvar og skyld hevder Killèn.

I følge Helgeland (2012, s. 187) kan vanskelige omsorgssituasjoner og traumatiske opplevelser føre til at barn har et lavere funksjonsnivå enn alderen tilsier. Derfor må det tas hensyn til kognitivt og språklig nivå når man kommuniserer med barn.

Barn trenger noen som er villige til å lytte til dem, som tror på dem og som støtter dem sier Killèn (2000, s. 214). Dermed støtter hun Knutsson-Medin et al. (2007) som også påpeker at barn trenger en voksen de kan stole på for å kunne uttrykke sine følelser.

Men Eide og Eide (2007, s. 359) sier at det kan være utfordrende å oppnå tillit hos et barn, mange er usikre og vil ikke uten videre åpne seg for fremmede. For å skape tillit er det en forutsetning at det er kontakt og for å oppnå kontakt må hjelperen delta i noe barnet er opptatt av som for eksempel leker, bøker eller hobbyer. Ved å delta i barnets lek og interesser kan man etter hvert snakke om andre ting som opptar barnet slik som bekymringer. Eide & Eide (2007, s. 361) sier videre at barn er forskjellige fra voksne på den måten at de ofte bruker lang tid før de kommer til poenget, samtidig som de lett skifter oppmerksomheten fra en ting til en annen, men ved å

respektere barnet slik det er og vise tålmodighet, kan vi greie å oppnå kontakt og tillit. For å øke mestringsfølelsen hos barn påpeker Eide og Eide (2007, s. 375) at det er viktig å formidle til barna at man har oppdaget bekymringene og forstår at de er bekymret, det vil lette byrden deres. Nettopp dette er det Kari Martinsen (2003, s. 70-72) også vil få frem når hun hevder at omsorg har med forståelse av andre å gjøre. Martinsen sier at ved å bli kjent gjennom en praktisk arbeidssituasjon vil vi se den andres situasjon gjennom den andres synspunkt. Dermed opparbeider vi oss felles erfaringer og det er nettopp de situasjonene vi har erfaring fra vi forstår. På den måten vil vi også akseptere den andre med de begrensningene vedkommende har. Vi snakker om en generalisert gjensidighet som vil si at vi gir omsorg uten å forvente noe tilbake. I følge Totland (2014) så mottar pasientombudet mange henvendelser som er relatert til manglende informasjon og kommunikasjon. Tendal som står frem i artikkelen roser Valen sykehus og hevder at grunnen til at hennes barn i dag likestiller psykisk og fysisk sykdom er at barna fikk delta i aktiviteter sammen med henne, samtidig som de fikk god informasjon om morens sykdom. Det er etter min mening positivt at pressen setter søkelyset på hvor viktig det er med informasjon rundt psykisk sykdom og jeg tror at det kan bidra til å bryte tabuet i befolkningen, noe som Killèn (2000, s. 213) hevder er helt avgjørende.

### **5.3 Omsorg og støtte**

Foster (2010) hevder at en av grunnene til at barn til psykisk syke ikke blir oppdaget er at foreldrene ikke har noen diagnose.

Derfor mener jeg at det er viktig at sykepleiere som jobber for eksempel i kommunehelsetjenesten må være åpne for at de kan komme i kontakt med slike barn. Da er det viktig at det blir tatt affære for å gi disse barna nødvendig omsorg.

Når vi møter barn som er utsatt for omsorgssvikt presiserer Skagestad (2008, s. 120) at det er helt nødvendig å ha gode prosedyrer å arbeide ut ifra. Hun sier også at det er av stor betydning at helsepersonell vet hvilke kanaler som bør bli benyttet for å gå videre med bekymringene man har. Men Lauritzen og Reedtz (2013) hevder i sin studie at helsepersonell mangler nødvendige prosedyrer, og de er derfor usikre på hvordan de skal gå frem. De mener også at mange foreldrene har liten kunnskap om hvordan deres sykdom har innvirkning på barna sine liv og foreldrene ønsker ofte ingen innblanding på grunn av redsel for å miste barna. Studien avdekket

også at mye av helsepersonellet som arbeider med voksne føler at de har liten kompetanse i å kommunisere med barn og at de derfor trenger opplæring. I følge Lauritzen og Reedz (2013) så ønsker helsepersonell å arbeide sammen i grupper både for å kunne støtte hverandre og for å tilegne seg kunnskap fra kollegaer som er motiverte og interesserte i oppgaven. Det vil skape et godt fundament for å gi støtte til barna og deres familier. Skagestad (2008, s. 120) påstår at dersom barnet skal oppnå nødvendig omsorg er det ofte avgjørende med et godt tverrfaglig samarbeid.

Men her er det viktig å legge merke til hva Glavin (2008, s. 146) sier om taushetsplikt. Hun understreker at foreldrene må godkjenne et tverrfaglig samarbeid, hvis ikke vil taushetsplikten være en hindring. Allikevel er det mulig å gjøre anonyme mentalhygieniske konsultasjoner sier Killèn (2000, s. 232). Med det mener hun at yrkesutøvere kan få hjelp hos fagpersonale når de er bekymret for barn og foreldre. Den som søker konsultasjon får hjelp av en fagperson til bevisstgjøring og sammen kan de reflektere over ulike måter å løse problemet på uten at navn blir nevnt.

Den yrkesgruppen innen helsevesenet som har best erfaring med barn er etter min mening helsesøstrene, derfor vil jeg påstå at det vil være naturlig å henvende seg til denne profesjonen dersom man som sykepleier i kommunehelsetjenesten kommer i kontakt med barn til psykisk syke.

Mahoney (2010) setter i sin studie søkelyset på helsesøstrene sin rolle i arbeidet med barn til psykisk syke foreldre. På grunn av at helsesøstrene arbeider både med mor og barn mener hun at denne yrkesgruppen står i en unik situasjon for å oppdage slike barn. Helsesøstrene har mulighet til å drive forebyggende støttearbeid, de har kompetanse til å vurdere situasjonen og eventuelt henvise videre til sekundærhelsetjenesten. På den andre siden har Killèn (2000, s. 86) erfart at mødre med depresjon ikke blir oppdaget av helsesøstre på grunn av at det er tabubelagt å være deprimert. Mødrene lider i stillhet, noe som kan få store konsekvenser for barna.

Mahoney (2010) presiserer at for å gi omsorg til barna er det nødvendig å arbeide med hele familien. Denne påstanden finner vi også i studien til Ahlström et al. (2011) hvor de slår fast at hele familien trenger støtte for å fjerne byrden til barnet og mener at sykepleiere må tilby familiesamtaler. Helgeland (2012, s. 187-197) trekker frem at familiesamtaler har forebyggende effekt når det gjelder å utvikle psykisk lidelse hos barn som har psykisk syke foreldre. Hun sier videre at barn er avhengige av voksne for å kunne skape sammenheng mellom følelser og

erfaringer for å kunne forme meningsfulle historier. Målet med samtalene er å gi barn og voksne informasjon om den psykiske lidelsen samtidig som den gir mulighet for familien å snakke om sin situasjon. Dermed kan også tabuet bli brutt. Forfatteren understreker at det som er felles for de barna som oppnår resiliens er at det er åpenhet om foreldrenes sykdom, at de er velfungerende i sosiale relasjoner og at de har mulighet til å hente støtte utenfor hjemmet.

Når det gjelder støtte utenfor hjemmet hevder Killèn (2000, s. 221-222) at å benytte gruppearbeid kan være med på å styrke barnets mestringsevne. I disse gruppene gjenkjenner barna sin egen situasjon samtidig som de kan utveksle ideer om hvordan de best mulig kan takle skremmende opplevelser.

Går vi tilbake til Martinsen (2003) ser vi hun påperker at dagliglivets moral bygger på det moralske universalismeprinsippet som innebærer å ta hensyn til de svake. Martinsen mener at andres liv angår oss, at vi må se situasjonen fra andres ståsted og hjelpe til å endre den dersom det er nødvendig. Omsorgsgiver har et ansvar til å handle slik at mottakers velferd øker sier Martinsen og hun slår fast at andres velferd er vårt ansvar (Martinsen, 2003, s. 55-56).

## 6 KONKLUSJON

Studien hadde til hensikt å finne svar på hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan gi omsorg som fremmer mestring til barn med psykisk syke foreldre for på den måten prøve å redusere faren for at de selv utvikler psykisk sykdom. Det som kom frem både i forskningsartiklene og i litteraturen er at disse barna er ensomme, utrygge og preget av angst. De blir ofte ikke oppdaget og får derfor ikke nødvendig omsorg. Forskningen slår fast at det er helt nødvendig å identifisere barna så tidlig som mulig for å starte forebyggende arbeid. Det viser seg at barna opplever fullstendig mangel på informasjon og for at de skal mestre livet sitt er det helt avgjørende at de har kunnskap om hva som skjer. Derfor vil det å formidle informasjon være en stor del av omsorgsarbeidet, noe som også sykepleiere i kommunehelsetjenesten må delta i når de møter barn som pårørende. Dessuten viser forskning at sykepleiere mangler kompetanse og rutiner for å ivareta barn til psykisk syke, derfor er det nødvendig å tilrettelegge for kompetanseheving og utarbeiding av prosedyrer. Til tross for at sykepleiere i kommunehelsetjenesten som regel har fokus på de syke foreldrene, har de allikevel et lovpålagt ansvar i forhold til barna deres ved å formidle informasjon. Her kan vi også stille spørsmål om fastlegene griper fatt i barna til sine psykisk syke pasienter. Dersom både sykepleiere og leger blir flinkere til å oppdage disse barna og gå videre til de rette instansene med bekymringene, kan det på et tidlig tidspunkt settes i gang et tverrfaglig samarbeid som har vist seg å være til stor nytte for barna.



## REFERANSELISTE

- Ahlström, B. H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2011). Childrens View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family. *Mental Health Nursing*, 32:560-567. Doi: 10.3109/01612840.2011.579689
- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg - med utgangspunkt I Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 417-450). Oslo: Akribe.
- Berg-Nielsen, T. S. (2008). Barns biologiske baserte tilknutningsbehov. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst: Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (1. utg., s. 191-201). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving. For bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Foster, K. (2010). You`d think this roller coaster was never going to stop: experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3143-3151. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x
- Glavin, K. (2008). Det kommunale hjelpeapparatet. I Ø. Kvello (Red), *Oppveks: Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (1.utg., s. 125-151). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (1. utg., s. 185-198). Oslo: Abstrakt forlag.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2 juli 1999 nr 64*. Hentet 17. januar 2014 fra <http://lovdata.no/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hesselberg, F. (2011). Fleksibel utnytting av lokal faglig kompetanse. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg: Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* (1. utg., s. 111-123). Oslo: Kommuneforlaget.
- Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., s. 48-62). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kallander, E. K., & Brodal, L., & Kibsgård, H. (2012). *Oversikt over Helse-og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007-2010* (Rapport nr. IS-2011). Oslo: Helsedirektoratet.
- Killèn, K. (2008). Omsorgssvikt og barnemishandling. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst: Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (1. utg., s. 445-469). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Killèn, K. (2010). *Sveket II*. (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Killèn, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner*. (1. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Knutsson-Medin, L., Edlund, B., & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 744-752. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/>
- Kvello, Ø. (2008). Transaksjonsmodellen: Mennesker og miljø utvikler hverandre. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst: Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (1. utg., s. 203-230). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2013). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16(10), 12-18. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/>
- Mahoney, L. (2010). Children living with a mentally ill parent: the role of public health nurses. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(2), 4-13. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rajka, L. G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min: Tilrettelegging for læring hos ungdom som har kronisk sykdom. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. ut., s. 132-160). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skagestad, T. (2008). *Se meg!: Å vokse opp med syke foreldre*. Oslo: Noras Ark.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare Søk! :Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Totland, A. (2014, 15. Januar). Viktig med god informasjon. *Sunnhordland*, s. 6.
- Trollvik, A. (2011). Barn som har astma – helsefremmende læring. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. ut., s. 105-130). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vik, K. (2006). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien* 90(7):43-46
- Wichstrøm, L. (2008). Barns og unges psykiske helse. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst: Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (1. utg., s. 395-429). Oslo: Gyldendal akademisk.

## VEDLEGG 1 –Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Ahlström, B.H. &amp; Skärsäter,I. Danielson,E. (2011)</p> <p><i>”Children`s View of a Major Depression Affekting a Parent in the Family”</i></p>	<p>Hensikten var å belyse fra barns ståsted hvordan de mener familielivet er når en av foreldrene lider av depresjon.</p>	<p>Studien er kvalitativ og intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Varigheten på intervjuene var 21-77 minutter. Barna stod fritt til å fortelle sin historie uten foreldrene til stede, men foreldrene fikk informasjon.</p>	<p>Det deltok 8 barn mellom 6 og 26 år fra 6 forskjellige familier hvor den ene forelderen var psykisk syk.</p>	<p>Barna påtok seg foreldreansvar og opplevde angst for at foreldrene skulle ta sitt eget liv. De oppførte seg slik foreldrene ønsket og justerte livet sitt etter foreldrenes sykdom. De opplevde skyldfølelse, dårlig samvittighet, var ensomme og hadde ingen å snakke med. Disse barna trengte støtte.</p>
<p>Foster,K. (2010)</p> <p><i>“Youd`d think this roller coaster was never going to stop: experiences of adult children of parents with serious mental illness”</i></p>	<p>Hensikten var å belyse opplevelsene av å være et voksent barn av en psykisk syk person og se hvordan de har taklet sine opplevelser.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og referert skriftlig. Deltakerne godkjente intervjuet og justerte i etterkant. Kun et spørsmål ble stilt. Godkjent av etisk kommite. Personvernet ble nøye ivaretatt</p>	<p>Deltakerne var 8 kvinner og 2 menn i alderen 26-57 år og forfatteren var en av dem. Kriteriet var at de hadde vokst opp med en psykisk syk forelder.</p>	<p>7 av deltakerne hadde utviklet angst og depresjon. 4 fellestrekk gikk igjen: som barn hadde de opplevd usikkerhet, kjempet for tilhørighet, vært ansvarlige og på egen hånd søkt etter balanse i livet. Alle hadde vært ensomme og hatt vanskelig for å knytte relasjoner.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Mahonmey, L. (2010)</p> <p><i>”Children living with a mentally ill parent the role of public health nurses”</i></p>	<p>Denne studien hadde til hensikt å tydeliggjøre hvordan helsesøstre i møte med barn til psykisk syke foreldre arbeider i forhold til å avdekke problemer og hvordan praksisen er for videre arbeid med disse barna.</p>	<p>Studien er kvalitativ. Intervjuene foregikk på et gruppemøte og en telefonkonferanse og det ble stilt 12 spørsmål. Etter analysering fikk deltakerne godkjenne resultatet. Anonymitet ble ivaretatt og studien er godkjent av etisk kommite.</p>	<p>Til sammen 8 helsesøstre deltok på guppemøtet og 6 av disse deltok i tillegg på telefonkonferansen. Deltakerne måtte ha praktisert som helsesøster i mer enn ett år og det var lik fordeling mellom de som arbeidet i by eller på landsbygd.</p>	<p>Helsesøstre mente de hadde en viktig posisjon for å avdekke risikobarn og de mente deres viktigste oppgave var å oppdage barna, gi den støtte og samtidig vurdere om det var nødvendig med videre henvisning til sekundærhelsetjenesten.</p>
<p>Knutsson-Medin, L. Edlund, B. Ramklint, M. (2007)</p> <p><i>”Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents”</i></p>	<p>Hensikten var å belyse hvordan barn til psykisk syke foreldre hadde erfart hjelpen de hadde fått. Hva slags hjelp manglet og hva slags hjelp kunne de ha ønsket seg.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervjuene ble referert skriftlig og gruppert etter positive og negative erfaringer og etter hvilken hjelp de kunne ha ønsket seg. Godkjent av etisk kommite.</p>	<p>18 kvinner og 33 menn deltok. Kriteriet var at foreldrene tidligere hadde deltatt i studier angående det å være barn av psykisk syke foreldre.</p>	<p>9 av deltakerne hadde hatt kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien, 7 hadde hjelp fra voksenpsykiatri. Barna hadde følt engstelse, økt ansvar og vært utrygge. De hadde savnet å bli sett og de hadde savnet informasjon.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Lauritzen, C. Reedtz, C. (2013)</p> <p><i>”Support for children of service users in Norway”</i></p>	<p>Hensikten var å finne grunnen til at barn til psykisk syke personer ikke blir oppdaget av helsepersonell på tross for ny lovgivning. De ville undersøke om årsaken var negative holdninger blandt sykepleierne eller om det var organisatoriske hindringer.</p>	<p>Studien er kvalitativ. Deltakerne var ansatt i de største sykehusene i Nord-Norge. Data ble samlet inn via web i 2011 og det ble foretatt en oppfølgingsundersøkelse etter ett år. Studien er godkjent av etisk komite</p>	<p>Til sammen 236 personer deltok og var rekrutert både fra ledelse og vanlig ansatt i sykehusene.</p>	<p>Studien avdekket mangel på engasjement fra ledelsen. I tillegg var det også mangel på ressurser. Deltakerne hadde heller ikke rutiner eller prosedyrer og følte seg også lite kompetente til å arbeide med barn. De ønsket kompetanseheving, rutiner og et godt tverrfaglig samarbeid for å lykkes i arbeidet med å støtte barna.</p>

