

Bachelorgradsoppgave

Barn som pårørende Children as next of kin

Ivaretagelse av barn som har foreldre med psykisk sykdom
Safeguarding children who have a parent with mental illness

Karen Marie Lian

Antall ord: 9603

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

2013

Kull 2010



Avdeling for helsefag,
Levanger

Abstrakt

Introduksjon: 260 000 barn har en eller to foreldre med en psykisk sykdom, som påvirker den daglige fungering. Helsepersonelloven § 10a redegjør for helsepersonells plikt i å ivareta mindreårige barn som pårørende. Hensikt: Å undersøke hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av dens psykisk syke forelder, og hvordan dette bidrar til at barnet mestrer sin hverdag på bedre måte.

Metode: Usystematisk litteraturstudie. 12 vitenskapelige forskningsartikler som omhandlet barn av foreldre med psykisk sykdom, deres opplevelse av hverdagen og sykepleiers utfordringer i møte med disse barna. Resultat: Barn av foreldre med psykisk sykdom hadde større risiko for å utvikle psykisk sykdom enn barn av foreldre uten psykisk sykdom. Barna opplevde stigmatisering fra andre i samfunnet, og strebet etter å oppfattes som "normale barn" og lik sine jevnaldrede. Sykepleiere unngikk å involvere barn i behandlingen av deres foreldre, da sykepleierne opplevde kunnskapsmangel rundt barn, familie og kommunikasjon med dem. Diskusjon: Når sykepleier ikke involverte barnet i behandlingen av deres foreldre, fikk dette konsekvenser i form av at barnet ikke fikk tilstrekkelig hjelp til å mestre sin hverdag. Sykepleier trengte kunnskap og erfaring for å undervise og veilede barnet om deres forelders situasjon, og for å bidra til at barnet mestret sin hverdag bedre. Konklusjon: For at barn skulle mestre sin hverdag sammen med forelderen med psykisk sykdom på en bedre måte, må sykepleiere involvere barnet med alderstilpasset informasjon og undervisning.

Nøkkelord:

Barn, pårørende, psykisk sykdom, sykepleier, utfordringer

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Studiens hensikt	3
1.2	Konkretisering av benevnelser	4
2.0	Metode	4
2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.2	Søkestrategier.....	5
2.3	Inkluderte artikler og analyse.....	9
3.0	Etiske overveielser.....	9
4.0	Resultat.....	12
4.1	Barns risiko for psykisk sykdom.....	12
4.2	Barns opplevelse av å ha en forelder med psykisk sykdom	12
4.3	Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av forelderen	15
5.0	Diskusjon	16
5.1	Resultatdiskusjon	16
5.2	Metodediskusjon.....	24
6.0	Konklusjon	25
	Litteraturliste.....	27

Vedlegg 1: Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler og analyse

1.0 Innledning

Sykepleiers hovedoppgave er å behandle og følge opp skader, sykdommer og helserealterte problemer hos deres pasienter. Hvis disse pasientene er foreldre til mindreårige barn, vil foreldrenes helsetilstand kunne påvirke barna. Barn av pasienter med alvorlige helseproblemer er utsatte og sårbare (Helsedirektoratet, 2010).

I følge Folkehelseinstituttets rapport (Torvik og Rognmo, 2011) er det 260 000 barn (23,1 %) som har en eller to foreldre med en psykisk sykdom, som påvirker den daglige fungering.

Barn med en eller flere foreldre med en psykisk sykdom, har større risiko for å selv utvikle psykisk sykdom, enn de som lever med foreldre uten psykisk sykdom (Bruder-Costello et.al 2007, Cowling et.al 2004).

Når barnet er i alderen 6-12 år skjer det mye nytt for barnet. Det skal begynne på skole, og starter et nytt liv som skoleelev. Denne overgangen er stor. I starten av denne overgangen begynner barnet å være i stand til å resonnerer seg frem til ulike løsninger på ulike problemer. Det søker interesser for andre mennesker og livssituasjoner i samfunnet.

Når det gjelder barnas måte å tenke på, skjer det store forandringer i denne alderen, som vil ha stor betydning på barnets utvikling senere. Barnet utvikler en tankemåte som gjør barnet kapabel til å oppfatte abstrakte begrep på grunnlag av konkrete erfaringer. Dette benytter barnet til å undersøke årsak og virkning, og for å oppdage sammenhenger og mening i virkeligheten. Barnet har nå i større grad enn før, mulighet til å se seg selv utenfra, og barnet oppnår et mer realistisk syn på seg selv og omstendighetene. (Bruun, 1994).

Barn i denne alderen opplever ulike konsekvenser av å leve med en forelder med psykisk sykdom. Blant disse er forvirring, tilbaketrekking og problemer med temperament og atferd. Barnet kan svare på foreldres kontakt med usikkerhet eller ignorering. Dette fører til svikt i fungering på skolen med tanke på presentasjoner, oppfølging og interesser utenom familien. Barnet kan også være plaget med søvnevansker, tristhet, mareritt og ulike somatiske plager.

(Sundfær 2012).

Barn som vokser opp med foreldre med psykisk sykdom, er vant til å sette sine egne følelser til side da det er mer opptatt av den syke forelders følelser enn sine egne. Dette fører til at barnet ikke forstår eller kjenner sine egne følelser, og vil derfor miste stor mulighet for nærhet og å uttrykke sine

følelser når det opplever vanskelige situasjoner.

(Sølvberg, 2011)

Ruud (2011) skriver at det tidligere ikke har vært vanlig og involvert barnet i behandlingen av voksne, men at det nå fremkommer i lovverket en plikt for sykepleiere å gjennomføre dette. Endringen i loven trådte i kraft i 2010, og redegjør helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende (Helsepersonelloven 1999, § 10a):

”Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand” (Helsepersonelloven 1999, §10a).

Det fremkommer av samme paragraf at helsepersonell plikter å kartlegge deres pasients foreldrestatus. Om det er nødvendig for å ivareta barnets behov i situasjonen, skal helsepersonellet bidra til at barnet gis alderstilpasset informasjon om pasientens sykdom, behandling og samvær (Helsepersonelloven 1999, § 10a).

Denne loven legger da krav på at sykepleier som helsepersonell har kunnskap om barns kognitive utvikling og pedagogisk kunnskap om samhandling med barnet for å kunne gi alderstilpasset undervisning og veiledning.

For ytterligere å styrke barn stilling som pårørende av sine foreldre, er det vedtatt en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven §3-7 a (1999). Denne loven pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell. Den barneansvarlige skal ha nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølgingen av de mindreårige barna av psykisk syke, rusmiddelavhengige og/eller alvorlig somatisk syke eller skadde personer.

I en reviewartikkel fra Maybery og Reupert (2009) kommer det frem at sykepleiere rapporterer manglende kunnskap om generell barne- og familiepsykiatri. Den manglende kunnskapen fører til at sykepleierne opplever usikkerhet i møte med deres pasienters barn, og unngår derfor å involvere dem i behandlingen med informasjon og undervisning (Maybery og Reupert 2009, O'Brien et.al 2011, Korhonen et.al 2008a).

Samme resultat kommer frem i en rapport gjort for å kartlegge tilbudet som i dag tilbys barn og unge med psykisk syke foreldre i Norge. Der kommer det frem at kartlegging av pasientens foreldrestatus og oppfølging av dette avhenger på hver enkelt sykepleiers utførelsesevne. Det legges også vekt på sykepleiers opplevelse av å ha lite kunnskap om samhandling med barn og familier, samt kommunikasjonsferdigheter i møte med dem (Aamodt og Aamodt, 2005).

Dette viser at sykepleiere opplever utfordringer i forhold til å involvere barnet i behandlingen, og å kunne ha kunnskap, tid og erfaring for å gi dem tilstrekkelig informasjon og undervisning.

Det er viktig å påpeke at psykisk sykdom hos foreldre ikke betyr at barnet opplever omsorgssvikt, men at det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig å kontakte barnevernet. Barnevernloven § 6-4 annet og tredje ledd beskriver bestemmelsene for meldeplikt helsepersonell har. Sykepleiere som helsepersonell har en plikt til å melde i fra til barnevernet om det er grunn til å tro at barnet blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, uten hinder av taushetsplikten. Alvorlig omsorgssvikt kan for eksempel være alvorlige mangler ved den personlige kontakt og trygghet som barnet behøver (Barnevernloven § 6-4). Å kontakte barnevernet kan være nødvendig i mange situasjoner, og ofte være til barnets beste, men denne oppgaven skal ikke belyse dette temaet noe nærmere.

Når helsepersonelloven §10 a (1999) setter større krav til sykepleierne for ivaretagelse av mindreårige barn som pårørende, er derfor et viktig tema for sykepleiere å ha kunnskap rundt, og derfor innehar dette temaet god nytteverdi for sykepleierpraksis.

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med oppgaven blir derfor å undersøke hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av dens psykisk syke forelder, og hvordan dette bidrar til at barnet mestrer sin hverdag på bedre måte.

Opgaven skal inneha et sykepleierperspektiv, som belyser viktigheten av at sykepleier ivaretar mindreårige barn som pårørende. For at oppgaven skal begrenses, vil oppgavens fokus være på barn mellom 6 og 12 år.

I og med at oppgaven vil omhandle barn av foreldre som behandles for psykisk sykdom, vil dette skje i spesialhelsetjenesten, men oppgavens fokus vil likevel ligge på sykepleier med grunnutdanning og erfaring. Det skal likevel konkretiseres at sykepleiers plikt til å ivareta mindreårige barn som

pårørende (Helsepersonelloven 1999, § 10a) også gjelder sykepleiere på somatisk avdeling og andre instanser.

1.2 Konkretisering av benevnelser

Redegjørelse for benyttede benevnelser i oppgaven.

Barn/barnet/barna: barn av foreldre med psykisk sykdom

Forelderen/foreldrene: Personer med psykisk sykdom, som har barn. Mor og/eller far.

Familiefokusert pleie: å involvere barnet i behandlingen av forelderen

Pasienten: Forelderen med psykisk sykdom

Psykisk sykdom: Benyttes i denne oppgaven, som en generell benevnelse for alle psykiske sykdommer og lidelser.

2.0 Metode

En metode er den fremgangsmåten som brukes for å løse problem og tilegne seg ny kunnskap.

Metoden er veien mot målet, som må redegjøres ved å synliggjøre de valgene som er tatt underveis.

Metodens innvirkning på resultatet skal beskrives godt (Dalland, 2007).

I sykepleierforskning brukes både kvalitative og kvantitative metoder, og en systematisk litteraturgjennomgang bør omfatte begge type studier for best mulig validitet. Dette fordi evidensbasert sykepleie er basert på vitenskaplige forskningsartikler sammenlignet med erfaringer i praksis (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Denne oppgaven er en usystematisk litteraturstudie, hvor ulike kvantitative og/eller kvalitative forskningsartikler blir presentert og diskutert.

Nordtvedt et.al (2007) beskriver at forskjellen på kvalitative og kvantitative forskningsartikler er de ulike forskningsdesignene. Kvalitative forskningsartikler har et design som får frem aktørens subjektive erfaringer, hvor resultatene ikke lar seg tallfeste. Mens kvantitative forskningsartikler derimot baserer seg på å forme informasjon til målbare enheter, hvor man skal kunne beskrive forekoms og fordeling (Nordtvedt et.al 2007).

2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Når problemområdet er avgrenset, kan man formulere søkeord som siden utgjør grunnen for litteratursøket (Forsberg og Wengström, 2008). Dalland (2007) skriver at inklusjons- og eksklusjonskriterier kan hindre at man drukner i informasjon ved litteratursøk. Utarbeidelsen av disse kriteriene er viktig for resultatet.

2.2.1.1 Inklusjonskriterier

- Barn av foreldre med psykisk sykdom
- Barn i alder fra 6 til 12 år
- Sykepleier i møte med barn av foreldre med psykisk sykdom
- Vitenskaplige artikler fra de siste 10 år (2003-2013)
- Kvalitativ og kvantitativ tilnærming
- Artikler publisert på engelsk og nordiske språk
- Artikler av nivå en eller to av vitenskapelig kvalitet

2.2.1.2 Eksklusjonskriterier

- Artikler som ikke var relevant for studiens hensikt og problemstilling
- Reviewartikler
- Vitenskaplige artikler eldre enn 10 år (fra 2002 og eldre)
- Artikler på andre språk enn engelsk og nordiske språk
- Artikler uten vitenskapelig kvalitet

2.2 Søkestrategier

Ut i fra inkluderings- og ekskluderingskriterier, ble søkeordene (Tabell 1) benyttet for å søke etter aktuell forskning og litteratur.

For å utføre litteratursøket og innhente forskningsartikler, er ulike søkemotorer benyttet. Disse er Medline, Cinahl, Psycinfo og Swemed+.

- Medline

Medline er en bibliografisk database som omhandler vitenskapelige artikler innen medisin og helsefag. Medline inneholder hovedsakelig vitenskapelige tidskriftsartikler. Artikkene har flere ulike språk, med i all hovedsak på engelsk.

- Cinahl

Cinahl er en database som omhandler sykepleie og helse i sin helhet. Databaser er spesialisert seg på sykepleieforskning. Den inneholder vitenskaplige tidsskriftsartikler, monografier, doktoravhandlinger og konferanseabstrakt.

- Psycinfo

Psycinfo er en bred database som dekker psykologisk forskning innen medisin, sykepleie og andre nært beliggende områder. Den inneholder vitenskaplige tidsskriftsartikler, bøker, forskningsrapporter og avhandlinger. Databasen dekker internasjonal forskning.

- Swemed+

Swemed+ er en bred database som dekker sykepleieforskning. Inneholder vitenskaplige tidsskriftartikler, forskningsrapporter og avhandlinger. Databasen dekker nordisk forskning, så artiklene som finnes i denne databasen er på svensk, dansk, norsk og engelsk.

(Forsberg og Wengström, 2008).

Tabell 1. Oversikt over søkestrategier

Tabellen viser oversikt over hvilke databaser som er benyttet, hvilke søkeord som er benyttet og hvilke artikler som er valgt ut etter leste abstrakt. Artiklene som er valgte blir videre gransket og analysert.

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstract	Antall valgte artikler	Tittel på artikler for videre granskning og analyse
28.01.13	SveMed+	Barn, Pårørende, Psykisk sykdom	1	1	0	
28.01.13	SveMed+	Psykisk syke foreldre AND barn, pårørende Artikler på norsk	3	3	1	Psykisk sykdom hos foreldre – Hva med barna? (Vik K, 2001)
29.01.13	Psychinfo	(Children AND Child Attitudes/ or Child Self Care) AND (Mental Disorders/ or Mental Health AND Parents)	20	5	1	Good days and bad days: The experiences of children of a patient with a psychiatric disability (Riebschleger J, 2004)

		limit to age 6 to 12 and last 10 yrs				
05.02.13	Medline	Parent-Child Relations/ or Child AND (Mental Disorders AND Parents) AND Nursing Limit to abstracts and review articles, child 6 to 12 yrs, Danish or English or Norwegian or Swedish, last 5 yrs	11	1	1	Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children (Mayberry D and Reupert A, 2009)
05.02.13	Medline	Psychiatric Nursing and Nursing AND Parent-Child Relations and Child AND (Parents and Mental Disorders)	7	2	1	Do nurses in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder? (Korhonen T, Vehviläinen-Julkunen K og Pietilä A, 2008a)
13.02.13	Psychinfo	(Parents AND Mental Disorders) AND Childhood Development AND Mental Health Services	18	8	0	
13.02.13	Cinahl	Children of Impaired Parents+ OR Parents, Disabled OR Community Mental Health Services Limited to Abstract Available, Linked Full Text; Published Date from 1996-2013; Language: English; Age Groups: Child: 6-12 years	198	28	3	Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach (Foster K, O'Brien L and Korhonen T, 2011) Children of parents with mental illness visiting psychiatric facilities: Perception of staff (O'Brien L, Brady P, Anand M and GilliesD, 2011) How children with parents suffering from mental health distress search for 'Normality' and Avoid Stigma: To be or not to be... is not the question (Fjone

						HH, Ytterhus B og Almvik A, 2009)
13.02.13	Psychinfo	(Mental Disorders AND Parents) AND (Family members OR Offspring) AND (Nursing or Health Care Services OR Health Personnel Attitudes OR Nurses OR Health Personnel)	43	4	1	Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use (Cowling et.al, 2004)
16.02.13	Medline	Mental Disorders [Diagnosis, Nursing, Psychology] AND "Child of Impaired Parents" Limits: abstract, English language, full text, child 6-12 years, last 10 years and qualitative (best balance of sensitivity and specificity)	200	15	7	Children living with a mentally ill parent: the role of public health nurses (Mahoney L, 2010) Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness (Maybery D and Reupert A, 2006) Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey (Korhonen K, Pietilä AM og Vehviläinen-Julkunen K, 2010) Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation (Östman M, 2008) Temperament among offspring at high and low risk for depression (Bruder-Costello et.al, 2007) Parental Mental Disorder and Children's Functioning: Silence and Communication, Stigma and Resilience (Hinshaw SP, 2004) Knowledge is power: Educating children about their parent's mental health (Maybery D og Reupert AE, 2010)

20.02.13	Medline	Mental disorders or health care AND "Child of Impaired Parents" AND family Limits: abstract, English language, full text, last 10 years	17	4	1	Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses (Korhonen et.al 2008b)
----------	---------	---	----	---	---	---

2.3 Inkluderte artikler og analyse

For oversikt over de inkluderte artiklene og analyse (tabell 2), se vedlegg 1.

Siden dette er en usystematisk litteraturstudie, fremskaffes det ingen ny kunnskap. Men oppgaven sammenfatter litteratur og forskning gjennom å systematisk søke, velge og kritisk granske den litteratur og forskning som finnes innenfor oppgavens problemområde (Dalland, 2007). Denne prosessen belyses i tabell 2 (vedlegg 1). Dette krever likevel kritisk vurdering av forfatternes forskningsetiske overveielser i arbeidet (Dalland, 2007).

For å kvalitetssikre tidsskriftene hvor artiklene er hentet fra (tabell 2), ble det gjennomført et søk i NSDs register over autoriserte publiseringskanaler. Alle artiklene som benyttes i denne oppgaven har nivå 1 eller 2 av vitenskapelig kvalitet, etter kriterier for godkjenning av publiseringskanaler (NSD, 2012). Ordinære vitenskapelige publiseringskanaler har nivå 1, og kanaler med høyest internasjonal prestisje har nivå 2. Ikke-vitenskapelige kanaler gir ingen resultat i søket (NSD, 2012).

3.0 Etiske overveielser

Forsberg og Wengström (2008) skriver at det er uetisk å ikke redegjøre for all resultatfunn. All data skal presenteres, uavhengig av om de støtter eller ikke støtter eventuelle forhåndsskapte antakelser og hypoteser. Hvis ikke all resultat blir presentert, kan det resultere at det oppstår et såkalt bias.

Det Store medisinske leksikon (Teigen og Svartdal, u.å.) omtaler begrepet bias som:

"...brukes i statistisk og epidemiologisk forskning når resultater eller slutninger systematisk avviker fra det egentlig rette. Bias kan oppstå på grunn av feil eller unøyaktigheter ved utvalg av undersøkelsesobjekter, valg av undersøkelsesmetode eller vurdering av resultater".

Det vil si at bias inne helseforskning vil kunne medføre feilsatsinger i helsetiltak og – anbefalinger, fordi studiers konklusjon blir gjort på feil grunnlag. Dette fører til feil bruk av ressurser for samfunnet og negative helsemessige konsekvenser for enkeltindivider (Staff, 2010). Bias kan også ha konsekvenser for fremtidige forskningsprosjekter, da de fremtidige studier mulig vil kunne baseres på falske forutsetninger (Staff, 2010). For denne oppgaven medfører dette at alle resultat fra de 12 ulike forskningsartiklene blir presentert og redegjort, sett bort i fra ulikheter og sprik fra resultatfunn.

Det er benyttet en forskningsetisk sjekkliste (NENT, 2009), som et hjelpemiddel i forhold til å ta etiske beslutninger og avklaringer i forbindelse med denne litteraturstudien. Den forskningsetiske sjekklisten består av 5 punkter som Den nasjonale forskningsetiske komité anser som viktig å avklare i forbindelse med ulike forskningsprosjekt, uavhengig av fagområde (NENT, 2009) Dette er derfor relevant for denne oppgaven.

Den samme sjekkliste er også benyttet for å kvalitetsbedømme de 12 inkluderte forskningsartiklene. Resultat av dette viser seg at samtlige artikler redegjør godt for prosjektets mål og metode, innhenting av informert samtykke og anonymisering av persondata. (NENT, 2009)

Flere av de 12 inkluderte forskningsartiklene omhandler forskning på barn. Den nasjonale forskningsetiske komité (2013) påpeker at det er viktig at barn inkluderes i forskning som er relevant for deres helse og velferd. Dette er også godt redegjort for i de forskningsartiklene som har forsket på tema med og rundt barn.

Av de 12 utvalgte forskningsartiklene, belyser 8 av dem å ha fått etisk godkjenning fra komité. Om de resterende 4 ikke har fått etisk godkjenning, eller om det bare ikke nevnes i artikkelen, er noe usikkert.

NENT (2007) opplyser om 24 viktige forskningsetiske retningslinjer som bør følges.

Disse retningslinjene er et supplement til de eksisterende internasjonale forskningsetiske retningslinjene. Det er valgt å belyse 10 av disse, som er relevant for oppgavens etiske aspekter, samt i vurdering av de inkluderte artiklene.

Forskningens overordnede forpliktelser

1. Forskingen skal være i overensstemmelse med menneskerettighetene.
2. Forskingen skal være i overensstemmelse med bærekraftig utvikling og respekt for miljøet.
3. Forskingen skal bidra til fred.
4. Forskingen skal bidra til og ta del i demokratisk utvikling.
5. Forskingen skal bidra til større global rettferdighet i fordeling av goder ved formidling av kunnskap.

God forskningspraksis

6. Forskeren og forskningsinstitusjonen har ansvar for å utøve sannferdig forskningspraksis.
7. Forskeren har et individuelt ansvar for egen forskningsvirksomhet, forskningstema og metode, så vel som for kvalitet i resultater.
8. Forskeren skal respektere andre forskeres bidrag og følge standarder for forfatterskap og samarbeid.
9. Forskeren skal i sin forskningsvirksomhet følge nasjonale og internasjonale reguleringer fastsatt for å ivareta etiske og sikkerhetsmessige hensyn.

Usikkerhet, risiko og føre-var-prinsippet

10. Forskeren skal få klart fram hvilken grad av sikkerhet og presisjon forskningsresultatene kjennetegnes av. Spesielt skal forskeren være nøye med å klargjøre funnenes relative sikkerhets- og gyldighetsområde, og forskeren skal bestrebe seg på å påpeke eventuelle risiko- og usikkerhetsmomenter som kan ha betydning for eventuelle anvendelser av forskningsfunnene.

(NENT, 2007)

Litteraturstudien bryter ikke med norsk lov, og videre allmenn akseptert verdisyn. All persondata er tilstrekkelig anonymisert. Alle studier og litteratur som er benyttet er korrekt kildehenvist, jfr. forskningsetiske retningslinjer for NENT (2007) punkt 8, som sier at man ved god henvisningsskikk anerkjenner andre forskeres bidrag og unngår plagiat. Studiens gjennomføring vil ikke medføre skade på mennesker, dyr eller natur. (NENT, 2009)

Disse retningslinjene gjelder for forskere, og skal bidra til å klargjøre de etiske forpliktelser og rettigheter en har som forsker. Forskningsutførende institusjoner har også et ansvar for å tilse at retningslinjene implementeres og blir fulgt. Institusjonene har også plikt til å tilrettelegge for god forskningsetisk praksis.

Disse retningslinjene er en utdypende etisk veiledning, som bistår ved siden av loven om forskningsetikk. Etikken tar for seg de etiske aspekter og ansvar, mens loven tar for seg det juridiske ansvar som inngår.

De overordnede normene for forskning kan belyses som åpenhet, kvalitet og etterrettighet. I tillegg bør det konkretiseres at det innenfor FN-systemet befinner seg mange prinsipper og deklarasjoner som forskere bør være kjent med. Dette gjelder blant annet menneskerettighetskonvensjonene, prinsippene om bærekraftig utvikling og konvensjoner om ivaretagelse av fred og demokrati. Det finnes også. (NENT, 2007).

4.0 Resultat

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av dens psykisk syke forelder, og hvordan dette bidrar til at barnet mestrer sin hverdag på bedre måte. For å finne svar på dette, vil det være nyttig å først undersøke barns konsekvenser av å ha en forelder med psykisk sykdom, og barnets egen opplevelse av hverdags situasjonen. Slik får man kjennskap til barnets utgangspunkt, og derav blir det enklere å synliggjøre sykepleiers oppgaver i sammenheng.

4.1 Barns risiko for psykisk sykdom

Det viser seg at barn med en eller flere foreldre med en psykisk sykdom, har større risiko for å selv utvikle psykisk sykdom, enn de som lever med foreldre uten psykisk sykdom (Bruder-Costello et al 2007, Cowling et al 2004). Når forelderen har en psykisk sykdom kan dette få konsekvenser for barnet i form av problemer med tilpasningsdyktighet, oppmerksomhet, irritabilitet og temperamentsproblemer (Bruder-Costello et al, 2007). Disse problemene går utover barnets samvær med venner, læringsevne på skolen, hjemmelivet og fritidsaktiviteter (Cowling et al 2004).

Det skal konkretiseres at ikke alle barn med psykisk syke foreldre opplever å selv utvikle en psykisk sykdom, men at dette er en risikofaktor. Strand (2011) belyser begrepet resiliens. Resiliens som begrep oppstod etter observasjoner av barn som utviklet seg godt, tross av at de hadde vært utsatt av store mengder stress og belastninger. Resiliens handler om den kapasitet som en har for å hente seg inn igjen etter akutt stress, eller det å gå videre på tross av vedvarende belastninger. Resiliens er på mange måter en type motstandskraft og beskyttelse, som bidrar til å snu forventede negative utfall (Strand, 2011). Akkurat som disse barna har et forventet negativ utfall som sier at de er i større grad utsatt for å selv utvikle psykisk sykdom. Ikke alle barn blir psykisk syke, og da bruker man ordet resiliens.

4.2 Barns opplevelse av å ha en forelder med psykisk sykdom

Barn som vokser opp med en forelder med en psykisk sykdom opplever både gode og vonde dager, ut i fra forelderens humør og svingninger i sykdommen (Riebschleger 2004).

Barna opplever de dagene hvor forelderen viser barnet økt oppmerksomhet med kommunikasjon med barnet, som de gode dagene. Dette innebærer også at forelderen gjør mer aktiviteter i hjemmet og utenfor (Riebschleger 2004).

På det som barn kategoriserer som de vonde dagene, beskriver de at forelderen er syk og på denne måten sannsynligvis er oftere sinte, gretten, viser liten oppmerksomhet til barna (Riebschleger 2004). Dette fører til mange ulike følelser hos barnet, som for eksempel frykt og uvisshet (Riebschleger

2004, Östman 2008). Følelser som skyld, skam og stigmatisering er også vanlig for barn i en familie med en psykisk syk forelder (Östman 2008, Fjone et.al 2009). Tross vanskelige situasjoner og følelser som følge av foreldrenes sykdom, viser forskning at barna er glade i foreldrene sine (Östman 2008, Fjone et.al 2009)

Barna er redde for at forelderen skal forandre seg fra å være frisk, til å bli syk (Östman, 2008). Disse forandringene som sykdommen medfører, oppleves vanskelig for barna å forstå og takle, og vil derfor oppleve frykt for situasjonen og frykt for forelderen (Östman, 2008). Følelsen av frykt viser å spesielt gjelde barn som ikke har fått tilstrekkelig informasjon og undervisning om deres forelders sykdom (Fjone et.al, 2009). Barns fantasi om foreldrenes sykdom kan oppleves veldig skremmende (Maybery og Reupert, 2010). Dette gjelder også barnas frykt for selv å utvikle psykisk sykdom (Riebschleger 2004). Barn kan også være redde for at forelden skal forsøke eller begå selvmord (Östman 2008, Riebschleger 2004).

Barna har et ønske om å kunne snakke med noen om sin situasjon, da de ellers kan føle seg ensomme med sine egne tanker. Ikke alle får muligheten til å snakke om situasjonen sin med noen, noen som kan forklare hva og hvorfor ulike ting skjer. Barna blir da sittende igjen med sine egne tanker uten hjelp med å takle dem. De kan også føle seg ensomme fordi forelderen får all oppmerksomhet, og det da ikke blir igjen tid til barnets behov og ønsker. (Östman, 2008)

Barna kan oppleve skyld for deres foreldres sykdom (Östman 2008, Fjone et.al 2009, Riebschleger 2004). Barn som ikke har fått tilstrekkelig informasjon om deres forelders sykdom opplever i større grad skyldfølelse (Fjone et.al 2009) og kan på grunnlag av dette ha en oppfatning om at det er på grunn av barnet at forelderen er blitt syk (Östman, 2008). Barnet kan også kjenne skyld for å ikke håndtere situasjoner med forelderen riktig, og bistå nok til å for skape en god atmosfære i familien hvor forelderen blir frisk (Östman, 2008).

Barna opplever at familien blir sett på som annerledes. De føler at familien blir stigmatisert av andre fordi det er en person med psykisk sykdom i familien, og at de ikke oppfører seg som andre familier. Dette gjør barnet sint på forelderens sykdom, og noen ganger på forelderen selv. (Östman, 2008).

Barna søker etter likestilling ved å vise at deres liv er lik jevnaldredes liv, at det ikke er noe som er annerledes med deres familie enn med andres. De strever etter å bli sett på som et vanlig barn og vanlig elev på skolen, slik at de ikke blir assosiert med deres forelders psykiske sykdom. Noen barn prøver å være så usynlig som mulig og ikke skiller seg ut, for å unngå eksponering. Barna kan ha et ønske om å forsvinne, slik at de kunne unngå vanskelige situasjoner i hjemmet og vanskelige situasjoner utenfor hjemmet hvor utenforstående kommenterte deres familie. (Fjone et.al, 2009).

Skamfølelsen barna opplever, oppstår ofte i situasjoner hvor forelderen opptrer annerledes enn andre foreldre, spesielt gjelder dette i offentligheten. For eksempel at forelderen snakker høyt og mye i butikker fremkaller skamfølelsen hos barna.

Barn kan oppleve det nødvendig å dekke over forelderens psykiske sykdom, og forteller derfor sjelden sine venner om dette. At barnet skammer seg over forelderens sykdom fører til at barna sjelden eller aldri har hjemmebesøk av venner. Skamfølelsen kan også være knyttet opp mot barnets egne følelser for ikke ville bli identifisert med forelderens sykdom, at det skammer seg for å være flau over forelderen. (Fjone et.al 2009).

Studier viser at barn sammenligner sine foreldre med sine venners familie (Östman 2008, Fjone et.al 2009, Riebschleger 2004). Barn som ikke har fått informasjon og undervisning om deres forelders psykiske sykdom kan likevel ha en følelse av at noe er udefinert galt hjemme, og oppdage at noe er annerledes (Fjone et.al, 2009). Studier viser at denne oppdagelsen kan skje når barnet er mellom 6-10 år, mens noen ikke oppdager foreldrenes psykiske sykdom før de har flyttet hjemmefra (Fjone et.al 2009).

Å oppdage at foreldrene er psykisk syke, kan føles som en oppvåkingsprosess. Det å se at det er noe annerledes i deres liv, sammenlignet med andres, kan bli forstått gjennom en erkjenningssprosess på fem forskjellige stadier beskrevet av barna:

1. Barnet tar forelderens oppførsel for gitt og sammenligner ikke dens oppførsel og handlinger etter noen som helst standard
2. Barnet begynner å undres over hva som skjer, og om deres situasjon skiller seg fra andre familiers, og sammenligner stort i sosiale sammenhenger
3. Forskjellene blir negative når en sammenligner seg selv med jevnaldrende
4. Barnet bruker mye tid på å spekulere på om dette er noe en kan snakke med andre om
5. Barnet er i stand til å snakke om foreldrene og de negative forskjellene

(Fjone et.al, 2009)

4.3 Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av forelderens

Pasientenes barn er ikke usynlig for alle sykepleiere, og forskning viser at mange innhenter informasjon om barnet regelmessig, og tar ansvar for å kartlegge godt (Korhonen et.al 2008a, Maybery og Reupert 2010, Korhonen et.al 2010). Det viser seg at sykepleier opplever noen utfordringer i forhold til å kunne involvere barnet i behandlingen av forelderens (Maybery og Reupert 2006, O'Brien et.al 2011), og at noen sykepleiere sjelden møter barna av sine pasienter (Korhonen et.al 2008a, Korhonen et.al 2010, O'Brien et.al 2011).

Å kunne identifisere eventuelle risikofaktorer hos barn som lever i familier med psykisk sykdom, krever sykepleiere som gjør nøyaktige vurderinger av barnet og familien. Dette krever vesentlig klinisk erfaring og kunnskap (Mahoney, 2010). Selv om sykepleiere ser de positive sidene ved å involvere barnet i behandlingen av forelderens psykiske sykdom (Maybery og Reupert 2010), er sykepleiers manglende kunnskaper om barn, familie og kommunikasjon av de viktigste barrierene for at dette ikke blir gjort (Maybery og Reupert 2006, Korhonen et.al 2010, O'Brien et.al 2011). Det viser seg at sykepleiers evne til å arbeide familiefokusert kommer an på hver enkelts kunnskapsnivå og erfaring (Korhonen et.al 2008a, Korhonen et.al 2010). Dette gjelder å involvere barnet, undervise og informere det om forelderens psykiske sykdom (Korhonen et.al 2008a).

Sykepleiere som underviser og informerer barna til deres pasienter, har en mening om at kunnskap er empowering for barna (Maybery og Reupert 2010). Forskning viser at institusjoner som involverer barna i deres pasienters behandling, lærer barna mestringsstrategier og gir dem et bedre perspektiv på forelderens sykdom (Maybery og Reupert, 2010).

Å kartlegge pasientenes foreldrestatus blir ofte gjort (Korhonen et.al 2010, Maybery og Reupert 2006, Korhonen et.al 2008a, Maybery og Reupert 2010, O'Brien et.al 2011). Det viser seg at kartlegging av barnets situasjon og velvære, familiens forhold og relasjoner oftere blir gjennomført av kvinnelige sykepleiere med lengre erfaring og mer kunnskap om familiepsykologi (Korhonen et.al 2008a).

Å kunne arbeide familiefokusert i møte med psykisk syke pasienter med barn kan være en utfordring for sykepleier om pasienten ikke er klar over sin egen situasjon (Maybery og Reupert 2006). En av

hovedbarrierene for at sykepleiere ikke kan involvere barnet i behandlingen av forelderen er at forelderen ikke identifiserer sin sykdom som et problem for deres barn (Maybery og Reupert 2006). Andre grunner for at pasientene ikke ønsker å involvere barnet er deres redsel for at barnet skal påvirkes negativt (Maybery og Reupert 2006, Cowling et.al 2006) og skam og redsel over hva andre tenker om dem (Cowling et.al 2006). Det viser seg at foreldre ikke søker hjelp for sine barns problemer fordi de tror de kan håndtere problemene selv, at de ikke vet hvor de kan søke hjelp og at de ikke tror noen kan hjelpe dem (Cowling et.al 2006).

Noen sykepleiere er redde fore manglende samarbeidsvilje hvis de tar opp tema angående barnet, og at pasienten mister tillit til sykepleieren (Maybery og Reupert 2006).

Manglende prosedyrer i forhold til å ta ansvar for, og involvere barnet i behandling av forelderen viser seg å være en utfordring for utøvelsen av familiefokusert behandling (Maybery og Reupert 2006, O'Brien et.al 2011). Spesielt gjelder dette i situasjoner hvor barnet besøker forelderen på institusjon (O'Brien et.al 2011). Uten tilstrekkelige prosedyrer, rammer og ressurser på arbeidsplassen kan det vanskelig for sykepleiere å handle trygt og riktig (O'Brien et.al 2011, Korhonen et.al 2008b).

I tillegg viser det seg at mangel på tid er en utfordring for sykepleierne å involvere barna i behandlingen av forelderen (Maybery og Reupert 2006, O'Brien et.al 2011).

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av dens psykisk syke forelder, og hvordan dette bidrar til at barnet mestrer sin hverdag på bedre måte. Resultat viser at sykepleier unngår å involvere barnet på grunn av en opplevelse av manglende kunnskap om barn, familie og kommunikasjon. Samt at sykepleiers holdninger, erfaringer og frykt spiller en rolle ovenfor involvering av barnet i behandlingen av forelderen. Resultat viser også at sykepleier opplever flere ulike utfordringer, som forelderens holdning og kunnskap om egen situasjon og barnets opplevelser og manglende kunnskap.

Resultat viser at barn opplever store utfordringer med tilværelsen sammen med en psykisk syk forelder, og har et behov for å samtale rundt deres tanker, erfaringer og opplevelser rundt dette tema.

Diskusjonsdelen vil se barns konsekvenser i sammenheng med sykepleiers unnlattende involvering.

5.1.1 Hvordan sykepleiers manglende involvering av barnet i behandlingen gir barnet konsekvenser

Resultatet viser at barn med psykisk syke foreldre har større risiko for å utvikle psykisk sykdom selv (Brude-Costello et.al 2007, Cowling et.al 2004). Brandt og Grensvik (2010) bekrefter dette, og skriver at disse barna trenger tiltak for å forebygge utviklingen av psykisk sykdom, og at det derfor er viktig at de får riktig og tilstrekkelig hjelp.

Vik (2001) konkretiserer at disse barn i utgangspunktet er friske, og at det er behandlingsapparatets oppgave å bidra til forebygging av psykisk sykdom. Det er når hjelpeapparatet involverer barnet for sent, at det i mange tilfellet utvikler psykiske problemer selv, som da gjør dem til klienter som trenger psykiatrisk hjelp (Mevik og Trymbo, 2000). Mevik og Trymbo (2000) skriver at det kan være lett å glemme at et barns atferd og problemer oftest har en sammenheng med forhold i og utenfor familien.

5.1.1.1 Skolestart og utvikling

I alderen 6-12 år skjer det store forandringer i barnets liv, og en av dem er skolestart (Sundfær 2012, Brrun 1994). Resultatet viser at foreldrenes psykiske sykdom påvirker barna negativt i forhold til at barnet utvikler tilpasnings- og temperamentsproblemer, som går utover barnas læringsevne og sosiale aktiviteter på skolen (Bruder-Costello et.al 2007, Cowling et.al 2004). Sundfær (2012) skriver derimot at skolestart kan være et positivt vendepunkt for barn med psykisk syke foreldre, i den forstand at det blir en del av et fellesskap og en fast struktur.

Barna har forskjellige måter å håndtere deres foreldres sykdom på (Sundfær, 2012) og vil derfor takle denne overgangen på forskjellige måter. Som resultatet viser, strever noen barn etter å skille seg minst mulig ut for å unngå eksponering av seg selv, grunnet redsel for stigmatisering (Fjone et.al 2009). Dette kan videreføres inn i skolen, ved at barnets læringsevne svekkes fordi det er mer opptatt av å ikke synes enn å lære. Sundfær (2012) beskriver hvordan en skolestart setter nye, større krav til barnet; barnet skal møte opp til rett tid, konsentrere seg om læring, følge opp beskjeder, planer og lekser. Dette kan føre til at barnet må håndtere et nytt og krevende liv på egenhånd (Sundfær, 2012). Når barnet bruker mye tid for å takle mye ansvar og andre relasjonelle forhold over lengre tid, kan det føre til at barnets utvikling forsinkes på grunn av dens konsentrasjonssvikt (Øvereeide, 2000). Reaksjonen til dette kan resultere i regresjon, som vil si tilbakefall til tidligere og mer umodne utviklingstrinn. Det er derfor viktig for sykepleier å ha kunnskap om barnets ulike utviklingstrinn i forhold til alder, for å kunne kartlegge og oppdage de signaler barnet sender. Hvis sykepleier forstår disse prosessene, kan barnets behov og reaksjoner møtes på en god måte uten å forsterke et allerede sterkt press (Øvereeide, 2000).

Erik H. Erikson har utarbeidet en utviklingsteori delt inn i 8 faser, som i hver fase stiller personen opp i psykologiske utfordringer (Eide og Eide, 2010). Den fjerde fase omhandler fase fra barndom til ungdom, tidlig skolealder. Dette er i følge Erikson aldersfasen hvor en positiv utvikling legger til rette for arbeidslyst, men en uheldig utvikling kan føre til det motsatte og en følelse av mindreverd (Eide og Eide, 2010). Dette belyser viktigheten av at barnet behøver hjelp til mestring, for å kunne takle et nytt liv med skolegang og dets følger, på en god måte. Selv om barna vokser og utvikler seg slik at de klarer seg bedre på egen hånd nå, betyr ikke dette at barna ikke trenger beskyttelse, støtte og omsorg fra voksne (Bruun, 1994). Hvis barnet ikke får opprettholdt disse behovene i hjemmet med en psykisk syk forelder, ligger det et ansvar på sykepleiere som helsepersonell å kartlegge barnets behov, og sørge for at disse behovene blir opprettholdt (Sundfær 2012). Dette plikter sykepleiere å gjøre, etter helsepersonellovens § 10 a (1999).

Dette kan settes i sammenheng med Maslows behovspyramide (Bruun, 1994), som graderer menneskets behov etter dets betydning for mennesket. Nederst finner man de biologiske behov, som Maslow mener er grunnleggende for å kunne tilfredsstille alle andre behov i pyramiden. De neste trinn er trygghet, og behovet for omtanke og menneskelig kontakt. Disse tre trinnene anser Maslow som mangelbehov, altså at de er livsnødvendige. Er ikke disse behovene tilfredsstilt vil ikke behovet for selvtillit og sosial anseelse, behovet for å realisere seg selv eller behovet for kunnskap og ferdigheter melde seg. Hvis ikke disse behovene melder seg, vil man heller ikke kunne selvrealiseres og utvikle seg mente Maslow. (Bruun, 1994). Hvis barnet ikke opplever trygghet og støtte, vil barnet heller ikke utvikle seg i den grad som det skal.

5.1.1.2 Kunnskap og forståelse

Resultatet viser at pasientens familiesituasjon blir kartlagt, men at gjennomføringen av kartleggingen avhenger på sykepleiers personlige kvalifikasjoner og egenskaper (Korhonen et.al 2008a). Dette svarer til funnene fra en rapport, utarbeidet for å undersøke hvilke tilbud som i dag tilbys barn og unge med psykisk syke foreldre (Aamodt og Aamodt, 2005). Rapporten viste at selv om institusjonene hadde innført rutiner og prosedyrer, avhenger sikringen av barneperspektivet på hvem som til enhver tid var på jobb. Dette viser stor tilfeldighet i forhold til om barnet blir fulgt opp eller ikke. Det kommer også frem i samme rapport at selv om kartleggingen noen ganger ble gjennomført, var det ingen prosedyrer på oppfølging av informasjonen, med tilbud om samtaler med barn og familien (Aamodt og Aamodt, 2005).

Dette fører til at foreldre er i behandling uten å ha kunnskap og viten om at deres barn kan involveres og ivaretas (Aamodt og Aamodt, 2005).

Resultat viser at sykepleiere sjelden møter barn av deres pasienter (Korhonen et.al 2008a, Korhonen et.al 2010, O'Brieten et.al 2011), da de opplever manglende kunnskap om barn, familie og kommunikasjon (Maybery og Reupert 2006, Korhonen et.al 2010, O'Brien et.al 2011). Aamodt og Aamodt (2005) viser i sin rapport at mange fagfolk uttrykte behov for kompetanseheving på fagfeltet som omhandler samtaler med barn og familier. Sykepleierne opplevdes å være usikre på hvordan de skulle gjennomføre slike samtaler, og derfor gjennomførte de sjelden (Aamodt og Aamodt, 2005). Dette gir store negative konsekvenser for barna. Når barna ikke får tilstrekkelige informasjon og undervisning om deres foreldres psykiske sykdom, fremkommer det av resultat at de til større grad opplever følelser som frykt, skam og skyld (Riebschleger 2004, Östman 2008, Fjone et.al 2009). Dette samsvarer med litteraturen som sier at utilstrekkelig informasjon om forelderens sykdom bygger opp tanker og følelser på hva barnet opplever av foreldrenes handlinger og reaksjoner, som kan virke både skremmende og forvirrende for barnet (Sundfær 2012).

Når barnet ikke får informasjon og kunnskap vil dette forsterke en holdning om å være taus angående forelderens sykdom, og vil føre til at barnet ikke får uttrykt sine følelser (Sundfær 2012, Melvik og Trymbo 2002). Dette kan forklare barnas ønske om å snakke med noen om sine opplevelser med å ha en forelder med psykisk sykdom (Östman 2008). Den kan også forklares ut fra barnets alder. I alderen mellom 6-12 år skjer det mye med barnets språk, spesielt fordi det begynner på skolen (Ruud, 1994). Ruud (1994) skriver at barn i denne alderen er spesielt opptatt av virkelighet og sannhet, og derfor søker etter svar. Barna i denne alderen begynner også å reflektere over ulike problemer i seg selv (Ruud, 1994). Det er altså viktig for barnet å få svar på ulike spørsmål og utsagn for å oppleve en mening, spesielt i dette alderstrinnet.

Barn trenger informasjon som gjør det mulig for dem å knytte mening til deres opplevelser rundt situasjonen, og til å bedre mestre hverdagen med en psykisk syk forelder Ruud (2011).

Behovet for informasjon handler om behovet barnet har for kunnskap om hva forelderens psykiske sykdom er og kan være, formidlet fra sykepleier til barnet. Barnet behøver kunnskap om hvordan deres forelders psykiske sykdom påvirker deres oppførsel og væremåte, og gjør barnets egne fantasier mindre skremmende (Mevik og Trymbo 2002, Sundfær 2012).

Sykepleiers oppgave blir da å bidra til at barna får informasjon som skaper sammenheng og mening. Det er av sykepleiers pedagogiske oppgave å undervise og veilede pårørende, og et viktig funksjonsområde (Storaker, 2007). Med undervisning menes en planlagt og målrettet aktivitet hvor barnet får mulighet til å tilegne seg ny kunnskap, ferdigheter og holdninger (Storaker, 2007). Å undervise barnet, og gi det informasjon for å skape mening i dens situasjon, kan gjøres med familiesamtaler. Familiesamtaler åpner opp for kommunikasjon om gjør forelderens sykdom mindre

skremmende og tabubelagt (Helgeland 2012). Denne informasjon kan også være positiv for familien i sin helhet, da det kan øke åpenheten innad i familien (Mevik og Trymbo, 2002).

Helgeland (2012) skriver at familiesamtaler med et barneperspektiv har som hensikt å gi barn informasjon om den psykiske sykdommen, samt at den skal bidra til at familien får hjelp til å snakke sammen om situasjonen. For barn i alderen 6-12 år er foreldrene fortsatt en viktig del av livet, og det vil være viktig for barnet å dele sine tanker og følelser i trygge rammer og omgivelser uten risiko for at noe skal skje foreldrene (Sundfær 2012). Trygghet kan i stor grad sees i sammenheng med kontroll (Eide og Eide, 2010). Barn trenger å bli sett, og det å vise barnet at man forstår kan være med på å bidra barnets opplevelse av kontroll, og derav trygghet. Det er derfor viktig at man ved lengre samarbeid opparbeider trygge rammer for barnet i møte med sykepleier, og opparbeide et tillitsforhold for at en god kommunikasjon og undervisning skal kunne skje (Eide og Eide, 2010).

En god kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med og skape et godt tillitsforhold til barn (Grønset og Markestad, 2005). Elementer som inngår i slik kommunikasjon omhandler kunnskap om barn og unge, utviklingsfaser, tilpasning til barnets situasjon, interesser og evner. En må også huske på å anerkjenne barnet, og ikke undervurdere barnets egne ressurser (Eide og Eide, 2010). Lytting er sentralt i anerkjennelse. Å lytte er mer enn å høre hva noen sier, det innebærer blant annet å oppfatte barnets ansiktsuttrykk, kroppsspråk, stemme, bevegelser og lyder, i tillegg til ordene som sies og det som kanskje sies "mellom linjene" (Tveiten, 2012). Tveiten (2012) skriver at å lytte er mer enn å høre hva noen sier. Å lytte innebærer at man er oppmerksom på barnets kroppsspråk og ansiktsuttrykk, stemme og bevegelse, altså såkalte non-verbale tegn. Det kan, hos barn, sies mye "mellom linjene" og dette er avgjørende å oppdage og forstå fordi barn kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt (Tveiten 2012, Eide og Eide 2010). Barnet har nemlig redusert språk for følelser (Sølvberg, 2011). Dette kan gjøre det vanskelig for barnet å tolke sitt eget følelsesliv, og forstå de følelser barnet kjenner på. Dette kan gi usikkert selvbilde, og medføre at barnet viser mindre følelser når det er sammen med andre, som blant annet i møte med sykepleier (Sølvberg, 2011). Det å lytte til barns opplevelser er en forutsetning for å kunne forstå hvordan de opplever sin situasjon i hjemmet (Askland og Sataøen, 2009).

Askland og Sataøen (2009) belyser viktigheten for å ha en forståelse og innsikt i den sammenheng barnet står i. Dette er en grunnleggende bit for å kunne forstå handlingene til barna. Gjennom samtaler vil man kunne få en forståelse av bakgrunnen for barns oppfatninger og bakgrunnen for hvilke verdier barnet oppfatter. De fleste sosiale gjøremål foregår i en sosial kontekst, og blir styrt av den forståelsen barnet har av denne konteksten. En kan ikke vurdere hvilke iboende evner og

ressurser barnet har, om ikke personen for utfolde seg i dette området som er relevant og sentralt i opplevelsesverdenen til denne personen. Vi må gå inn i barnets måte å fortolke verden på om det skal være mulig å forstå hvorfor det løser oppgaver, finner svar på spørsmål eller forstår en situasjon på en spesiell måte. (Askland og Statøyen, 2009).

Dette belyser viktigheten av at sykepleier har kunnskap om sammenhengen mellom både barnets alder og utviklingsnivå.

5.1.1.3 Stigmatisering

Resultatet viser at barna opplever å bli sett på som annerledes og at det føler seg stigmatisert av andre (Östman, 2008), i tillegg til at det strever etter å bli sett på som et vanlig barn og unngår eksponering (Fjone et.al, 2009).

Mevik og Trymbo (2000) skriver at samfunnet i mange år har hatt en avvisende og negativ holdning til psykiske lidelser, med lukkede behandlingsinstitusjoner og ekstreme mediaoppslag. Med slik hemmelighetsgjøring blir psykisk sykdom noe som oppfattes som ubegripelig og vanskelig og forstå, og gir dermed også mer negative holdninger (Mevik og Trymbo, 2000).

Mennesker som på en eller annen måte er knyttet till en stigmatisert person, opplever ofte at de blir behandlet i samme kategori som den stigmatiserte (Dalland, 2010). Dette kan forklare hvorfor barna av foreldre med psykisk sykdom føler seg stigmatisert. Dalland (2010) påpeker viktigheten av at sykepleiere i møte med stigmatiserte, som i denne oppgaven er barnet, har kunnskap om hvordan det er å være stigmatisert i samfunnet. På den måten kan sykepleiere benytte dette som beredskap i møte med barna (Dalland, 2010). Han påpeker samtidig at en ydmykhet er veldig viktig å ha med i møte med mennesker (Dalland, 2010).

Det at barn opplever å bli stigmatisert kan settes i sammenheng med hvorfor barn strever etter å være lik jevnaldrende, og unngår eksponering. Når barnet unngår å skape oppmerksomhet rundt seg selv, unngår barnet samtidig å bli konfrontert med dens opplevende stigmatisering. Dette resulterer i at barnet tilegner seg det perspektiv som samfunnet rundt ham har, og lærer seg å tilegne seg de generelle forestillinger samfunnet som helhet har til det å være normal (Dalland, 2010). Altså at barnet ikke opptrer etter eget ønske og behov, men tar hensyn til alle i rundt seg.

Dette poengterer viktigheten med at barna bør involveres i behandlingen av deres foreldre, og få tilstrekkelige med undervisning og informasjon. Slik at barnet får luftet tanker og følelser rundt det å leve med en psykisk syk forelder, og få en naturlig forklaring på hvorfor situasjonen er som den er.

Resultat viser at barn sammenligner sine foreldre med sine venners familie (Östman 2008, Fjone et.al 2009, Riebschleger 2004). Barn som ikke har fått informasjon og undervisning om deres forelders

psykiske sykdom kan likevel ha en følelse av at noe er udefinert galt hjemme, en oppdagelse som skjer når barnet er mellom 6-10 år, eller senere når barnet har flyttet hjemmefra (Fjone et.al 2009). Grunnen til at barnet mellom 6-10 år oppdager at deres foreldres sykdom blir mer synlig, spesielt for barn som ikke har fått informasjon, kan ha sammenheng med barnets sosiale utvikling og tankevirksomhet (Bruun, 1994). Barn i denne alderen får større mulighet til å se seg selv med andre øyne, enn før. Dette fører til at barnet er mer selvkritisk. Barn i denne alderen betrakter omverdenen på en annen måte enn før, og det utforsker og skaffer seg kunnskap om den voksne verden. Dette kan føre til at de ser de lettere kan sammenligne de voksne med samfunnet, og oppdager at forelderen ikke er så ufeilbarlige som de før antok. (Bruun, 1994).

5.1.2 Barriere hos den voksne – en belastning for barnet

En grunn til at mange sykepleiere opplever det utfordrende å samtale med barn, er en oppfatning eller en tanke om at det å snakke om det vonde og vanskelige øker barnets belastning (Ruud, 2011). Dette samsvarer med resultatet, som viser at foreldrene ikke nødvendigvis ønsker at barnet skal ha informasjon om deres sykdom, da de er redde for de negative konsekvensene dette kan få, og derfor ikke søker hjelp for barnet (Maybery og Reupert 2006, Cowling et.al 2006). Det at foreldrene ikke søker hjelp til sine barn kan forklares med at de ikke vet hvor de skal søke hjelp (Aamodt og Aamodt, 2005). Men det kan også vise at foreldrene selv ikke er klar over sin egen situasjon, eller at foreldrene har en innebyggende intensjon og oppfatning om at de ønsker å beskytte barn for deres tunge byrde (Mevik og Trymbo 2002, Korhonen et.al 2008b).

Det viser seg å være en utbredt forestilling om at barn skal vegres for det som er vanskelig i livet, og ved at man unngår å fortelle barn om det vil de heller ikke merke noe til problemene (Mevik og Trymbo, 2002). Glistrup (2004) skriver at barn har vondt av det de ikke vet. Barn kan tåle og mestre smertefulle opplevelser, dersom de gis mulighet til å snakke om dem for å bedre kunne forstå den smerten opplevelsene ga (Mevik og Trumbo, 2002). Dette forsterker nødvendigheten for at barnet skal involveres i behandlingen av forelderen, da det ikke trenger å ta skade av økt kunnskap om psykisk sykdom.

For at barnet skal få den informasjonen og undervisningen trenger, vil det være viktig at sykepleier motiverer foreldrene til at barnet skal involveres (Sundfær 2012), og informere forelderen hvilke positive konsekvenser som kan komme ut av at barnet får økt kunnskap. Glistrup (2004) påpeker at samtaler med barn bør være godt forebredt med forelderen, slik at det kan bli en felles forståelse om hensikt, og for å unngå overraskelser og uenigheter mellom forelder og sykepleier i samtalen med barnet. Det viser seg at det ikke blir lettere å vente med informasjon til barna er større (Mevik og Trymbo, 2002).

Resultat viser at noen sykepleiere er redde at pasienten skal miste tillit til sykepleieren, om den tar barns velstand som et tema i behandlingen (Maybery og Reupert 2006).

Mevik og Trymbo (2002) skriver at sykepleiers unnlattelse av involvering av barna, oppleves av pasientene som en handling speiler sykepleiers holdning.

At barnet ikke involveres i behandlingen kan vise at sykepleier ikke har forstått barnet som et selvstendig individ med egne behov. Barnet blir heller forstått som en del av mor eller far. Denne holdningen som fremstår ved denne sykepleiers utførelse, kan gjøre foreldrenes psykiske helse vondt verre. Foreldre sliter også med skyldfølelse, i likhet med barna. Foreldrene er redde for at deres problemer skal påvirke barna i negativ forstand. Sykepleiers unnlattelse av involvering av barnet speiler sykepleiers holdninger, og gjør foreldrene utrygge og ikke vet at de kan eller vil formidle denne uro for sykepleierne (Mevik og Trymbo, 2002). Eide og Eide (2007) skriver at en viktig kommunikativ oppgave for sykepleieren er å skape en arbeidsallianse, en såkalt gjensidig positiv innstilling mellom sykepleier og pasient, for å samarbeide om å nå felles mål. Dette er med på å skape tillit. Når sykepleier unngår å ta opp tema, som etter sykepleiers antakelser kan skape mistillit, viser dette at det ikke er en gjensidig positiv innstilling mellom sykepleier og pasient. Det er ingen samsvar om felles mål rundt det temaet, som vil føre til at relasjonen ikke kan bygges på tillit. Dette viser at det ikke er temaet som kan svekke tilliten, men at det er sykepleiers unnlattelse av å ta opp temaet som kan resultere i svekket tillit. (Eide og Eide 2007, Mevik og Trymbo 2002)

5.1.3 En ond sirkel

Resultat viser at barnet opplever en redsel for at forelderen skal forandres fra frisk til syk, fra glad til trist og sint. Tross mulige vanskelige opplevelser og situasjoner grunnet den psykiske sykdommen, er barnet glad i forelderen sin (Östman 2008, Fjone et.al 2009, Meybery og Reupert, 2010, Riebschleger 2004).

Sølvberg (2011) skriver at barn er lojale mot foreldrene. Fordi barna kan være redde for å trigge uforutsette handlinger og stemningsendringer i forelderens humør, tar de mindre hensyn til sine egne følelser og heller vektlegger foreldrenes behov (Sølvberg, 2011). Barna kan også føle seg skyldig i foreldrenes plager og reaksjoner, og derfor strekker seg langt for at de skal kunne ha det så godt som mulig (Sundfær, 2012). Barnet vil være til minst mulig bry, samtidig som det vil være til mest mulig hjelp. Dette blir en stor utfordring for barna, da deres følelser og utvikling blir lagt bort til side (Sundfær, 2012)

Når barnet bruker mye tid for å takle mye ansvar og andre relasjonelle forhold over lengre tid, kan det føre til at barnets utvikling forsinkes (Øvereeide, 2000). Reaksjonen til dette kan resultere i regresjon, som vil si tilbakefall til tidligere og mer umodne utviklingstrinn. Dette skaper

vanskeligheter for barnet å håndtere det nyte livet som skoleelev (Sundfær, 2012), som igjen gir barnet enda mer ansvar å takle (Øvereeide, 2000). Dette viser at barn som kommer i et dårlig reaksjonsmønster i forhold til deres foreldres psykiske sykdom, vil ha vansker med å komme ut av det på egen hånd. Barnet opplever ulike følelser rundt forelderens humør og sykdom (Östman 2008, Fjone et.al 2009, Riebschleger 2004), og opplever stress på grunn av dette hjemme. Når barnet i en viss alder vil kunne se samfunnet i sammenheng med sin egen situasjon (Bruun, 1994), opplever det da å bli stigmatisert på grunn av forelderens psykiske sykdom (Östman, 2008). Dette bidrar til en ny stressfaktor hos barnet, og skaper en ond sirkel med udefinerte følelser og ulike stressfaktorer.

5.2 Metodediskusjon

En litteraturstudie som metode kan ha både sterke og svake sider ved seg. Dalland (2007) skriver at det at man kan samle inn store mengder data på kort tid for å tilegne seg kunnskap relevant for studiens hensikt er en av fordelene med en litteraturstudie. Med tanke på tidsaspektet gitt for utarbeidelse av denne oppgaven, har dette vært en fordel. Men alle de 12 inkluderte forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Engelsk har flere nyanser i språket enn norsk, og det har derfor tatt veldig lang tid å oversette og forstå betydningen av enkelte ord og setninger.

Av de 12 forskningsartiklene som er inkludert i studien, er tre fra Finland, fire fra Australia, to fra USA, to fra Norge og en fra New Zealand. Funnene fra de ulike landene viser seg å samsvare i høy grad, og kan på denne måten bli sett mer valide. At det er så mange funn fra flere forskjellige land kan være en styrke for studien for at den er relevant for sykepleiere i flere land. Svakheten med at funnene er fra flere forskjellige land er at en får et dårligere bilde på hva som er relevant i forhold til den norske sykepleierutøvelsen, og det norske lovverk.

Av de 12 forskningsartiklene som er inkludert i studien, er den eldste fra 2004, altså 9 år gammel. Dette kan være en svakhet for at sykepleierpraksisen kan ha endret seg i løpet av de siste ni årene. Det kan være en styrke for å sammenligne resultatet med nyere studier, da en bedre kan synliggjøre en utvikling, likheter og forskjeller.

Noen av forskningsartiklene i studien er skrevet av samme forfattere. Dette kan ses på som en svakhet, da disse forfatterne kan ha forutinntatte meninger om hva resultatet av studien kunne blitt. Dette kan ha ført til at studiene ikke belyser alle sidene ved problemstillingen. Styrken med dette er at forfatterne kan sitte på verdifull kunnskap som er nyttig for videre forskning, og derfor bistår nyere artikler med utviklet kunnskap.

At denne litteraturstudien omhandler psykisk sykdom på et generelt basis, kan være både en styrke og en svakhet for oppgaven. Det positive er at en ikke utelukker viktige momenter og resultat fordi en konkretiserer oppgavens rammer, og at den derfor har større nytteverdi og relevans for en større andel sykepleiere.

Noen av de utvalgte forskningsartiklene omhandler ikke psykisk sykdom generelt, men konkretiserer med forskning på en konkret sykdom eller kjønn, som for eksempel mor med depresjon. Disse artiklene er allikevel vurdert slik at de bistår litteraturstudiens resultat, da depresjon er en del av begrepet psykisk sykdom, og mor er en del av begrepet forelder. Dette kan være en svakhet da omfanget på oppgaven blir veldig stor, og at de mer konkretiserte forskningsartiklene kan ha et ulikt resultat enn de mer generelle.

Det er ikke valgt å bruke en problemstilling i oppgaven, som både kan være en styrke og en svakhet. Svakheten med dette er at hensikten med oppgaven kunne blitt klargjort enda nøyere.

Problemstillingen kan tydeliggjøre hensikten, og ville vært et hjelpemiddel for videre arbeid med litteratursøk og oppgaven i sin helhet. Med en problemstilling kunne søkeordene blitt utarbeidet på en annen måte, og sådan ville resultatet mulig blitt annerledes og mer konkret. Det å ikke ha en problemstilling i oppgaven, kan styrke oppgaven fordi den ikke blir bundet til å svare på et konkret spørsmål, men heller kunne ha et breiere omfang. At omfanget er noe større kan styrke oppgaven i at den øker i nytteverdi og relevans.

6.0 Konklusjon

Bacheloroppgaven avsluttes med en konklusjon. Konklusjonen er relatert till hensikten. I konklusjonen bør det også finnes en kobling til studiens verdi og betydning for kunnskapsutviklingen innenfor sykepleie. I konklusjonen skrives forslag till fortsatt forskning samt forslag på tiltak som kan gjøres.

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av den psykisk syke forelde, og hvordan dette bidrar til at barnet mestrer sin hverdag på en bedre måte. Sykepleiere opplever at de har for lite kunnskap til å kunne møte barn av deres pasienter på en forsvarlig måte. Særlig gjelder dette kunnskap om barn, familie og kommunikasjon. Dette medfører at barnet ikke blir involvert i behandlingen av deres forelder, og derfor ikke blir ivaretatt slik helsepersonellovens §10 a (1999) tilsier, og som barnet har behov for. Barnet trenger god oppfølging og god informasjon om deres situasjon, da de kan oppleve tilværelsen med psykisk sykdom i familien

utfordrende. Særlig er det viktig for barna å "være normale", lik deres jevnaldrende på skolen og i samfunnet. Barn vil unngå stigmatisering og fokus på deres forelders psykiske sykdom. Det er derfor viktig at barnet i møte med helsevesenet fortsatt ikke føler seg stigmatisert og "unormal", og at barnet får den hjelpen en trenger for å forstå sykdommens konsekvenser. Det er viktig at barnet forstår en ikke er alene. For at barn skal kunne mestre sin hverdag sammen med den psykisk syke forelder på en bedre måte, må sykepleiere involvere barnet i behandlingen, med alderstilpasset informasjon, undervisning og veiledning. Dette krever derfor at sykepleier har aktuell kunnskap om barns vekst og utvikling, barnets behov for kunnskap og informasjon, samt at sykepleier har kunnskap om kommunikasjon og veiledning med barn.

En kan se barns opplevelse av å ha foreldre med psykisk sykdom i sammenheng med sykepleiers opplevelse av utfordringer og barrierer i ivaretagelse av barn som mindreårige pårørende, og at dette gir konsekvenser for barns utvikling og oppvekst. Sykepleiers barrierer får konsekvenser for barnets velvære og mestring av hverdagen.

Når helsepersonelloven §10 a (1999) setter større krav til sykepleierne for ivaretagelse av mindreårige barn som pårørende, er derfor et viktig tema for sykepleiere å ha kunnskap rundt, og derfor innehar dette temaet god nytteverdi for sykepleierpraksis.

Det vil være hensiktsmessig at sykepleiere opparbeider seg erfaring og kunnskap, tilstrekkelig til å kunne involvere barn av deres pasienter i behandlingen, og gi barna god informasjon og kunnskap rundt deres forelders situasjon. Det er sykepleiers ansvar at de mindreårige barna som pårørende blir ivaretatt, og det er derfor meget viktig at de kommer på banen i forhold til behandling og ansvar.

Det vil også være hensiktsmessig å fortsette forskning på dette området, for å fortsette kartlegging av sykepleiers ivaretagelse av mindreårige barn som pårørende. Spesielt gjelder dette barn som pårørende av foreldre med psykisk sykdom. Nyere forskning på dette området, som inkluderer prosedyrer og metoder for gjennomføring, kan ha god nytteverdi for sykepleierpraksis på dette området. Dette fordi Helsepersonelloven §10 a (1999) ikke trådte i kraft før 2010, og det derfor vil kunne skje stor utvikling på det området i tiden fremover.

Litteraturliste

Aamodt LG og Aamodt I (2005) *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*, Prosjektrapport, Oslo, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Sør-Øst

Askland L og Sataøen SO (2009) *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst*, 2.utg, Oslo, Gyldendal Akademisk

[Barnevernloven(1993)] (2012) *Lov om barnevernstjenester*. LOV 1992-07-17 nr 100

<http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19920717-100.html#6-4> [Lastet ned 16.05.13]

Brandt AE og Grensvik TH (2010) *Med barnet i sentrum – nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*, Oslo, Kommuneforlaget AS

Bruder-Costello B, Warner V, Talati A, Nomura Y, Bruder G og Weissman M (2007) Temperament among offspring at high and low risk for depression, *Psychiatric Research*, 153, s.145-151

Bruun, UB (1994) *Barns vekst og utvikling*, 2. utg, 4 oppl, Oslo, Universitetsforlaget AS

Cowling V, Ernest S, Luk L, Mileshekin C og Birlleson P (2004) Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use, *Psychiatric Bulletin*, 28 s.43-46

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2007) Barn, <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Hva-skal-du-forske-pa/Barn/> [Lastet 20.mai 2013].

Dalland O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland O (2010) *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*, 2.utg, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide H og Eide T (2010). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fjone HH, Ytterhus B og Almvik A (2009) How children with parents suffering from mental health distress search for 'normality' and avoid stigma – to be or not to be... is *not* the question, *Childhood* 16(4)s.461-477

Forsberg C og Wengström Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier. Vädering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2.utg., Stockholm, Natur och Kultur

Glistrup K (2004) *Det barn ikke vet.. har de vondt av – familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*, Oslo, Pedagogisk forum

Grønseth R og Markestad T (2005) *Pediatri og pediatrik sykepleie*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Helgeland A (2012) Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse, i: Haugland BSM, Ytterhus B og Dyregrov K (red.) *Barn som pårørende*, Oslo, Abstrakt forlag

Helsedirektoratet (2010) *Barn som pårørende*, Rundskriv IS-5/2010, Oslo, Andvord Grafisk AS

[Helsepersonelloven (1999)] (2010) *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64
<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html#10a> [Lastet ned 28.01.13]

Korhonen T, Vehvilainen-Julkunen K og Pietila AM (2008a) Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, s.767-776

Korhonen T, Vehvilainen-Julkunen K og Pietila AM (2008b) Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 17 s.499-508

Korhonen T, Vehvilainen-Julkunen K og Pietila AM (2010) Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 s.65-74

Mahoney L (2010) Children living with a mentally ill parent: The role of public health nurses, *Nursing praxis in New Zealand*, 26 (2) s.4-13

Maybery D og Reupert (2006) Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 s.657-664

Maybery D og Reupert A (2009) Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, s.784-791

Meybery D og Reupert A (2010) "Knowledge is Power": Educating Children About Their Parent's Mental Illness, *Social Work in Health Care*, 49, s.630-646

Mevik K og Trymbo BE (2002) *Når foreldre er psykisk syke*, Oslo, Universitetsforlaget AS

NENT (2007) Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi, Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi

< <http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20naturvitenskap%20og%20teknologi%20%282007%29.pdf#page=3> > [Lastet ned: 04.02.13]

NENT (2009) De nasjonale forskningsetiske komiteene,

<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/> [Lastet 04.02.13]

Nortvedt, M. W., G. Jamtvedt, B. Graverholt og L. M. Reinart (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert –en arbeidsbok for sykepleiere*, Oslo, Norsk sykepleierforbund

NSD (2012) Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler* < <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/hjelp.do> > [Lastet ned 11.04.13]

O'Brien L, Brady P og Gillies D (2011) Children of parents with mental illness visiting psychiatric facilities: Perception of staff, *International Journal and Mental Health Nursing*, 20, s.358-563

Riebscleger J (2004) Good days and bad days: The experiences of children of a parent with a psychiatric disability, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, s.25-31

Ruud AK (2011) *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

[Spesialisthelsetjenesteloven (1999)] (2012) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* LOV 1999-07-02 nr 61 <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html> [Lstet ned 28.01.13]

Staff, Annetine(2010) "Bias", De nasjonale forskningsetiske komiteene, <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/> [Lastet 16.mai 2013].

Storaker JM (2007) Sykepleieren i møte med pasient og pårørende, i: Mekki TE (red.) *Sykepleieboken 1, grunnleggende sykepleie*, 3.utg, s.161-189, Oslo, Akribe AS

Strand E (2011) Innføring i positiv psykologi, i: Lunde VE, Lerdal B og Stubrud (red.), *Habilitering av barn og unge, tiltak for helsefremming og mestring*, s.35-47, Oslo, Universitetsforlaget

Sundfær Aa (2012) *God dag jeg er et barn*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Sølvberg HA (2011) *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende*, Oslo, Gyldendal Akademisk

Teigen KH og Svartdal F (u.å.) Bias, i: Det Store Norske Leksikon, <http://snl.no/bias>

[Lastet ned: 11.05.13]

Torvik FA og Rognmo K (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*, Rapport 2011:4, Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tveiten S (2012) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og familie, i: Tveiten S, Wennick A og Steen FA, *Sykepleie til barn – Familiesentrert sykepleie*, s.157-202, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Vik K (2001) Psykisk sykdom hos foreldre – hva med barna? *Tidsskrift Norske Legeforening*, 29, s.121

Östman M (2008) Interviews with children of persons with a severe mental illness - Investigating their everyday situation, *Nord J Psychiatry*, 62, s.354-359

Øvereeide H (2000) *Samtaler med barn – metodiske samtaler med barn i vanskelige situasjoner*, 2.utg, Kristiansand, Høyskoleforlaget AS

Vedlegg 1: Tabell 2.

Oversikt over inkluderte artikler og analyse

Forfatter År Land Tidsskrift Dato for funn	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn	Kommentar til kvalitet	Kategori	Overskrift
Riebscleger J 2004 Psychiatric Rehabilitation Journal, 28 s.25-31 29.01.13	Good days and bad days: The experiences of children of a parent with a psychiatric disability	Hensikten med studien var å undersøke barns opplevelse å leve men en forelder med psykiatrisk sykdom, i et hverdagsfokus	22 barn ble intervjuet. Barna hadde en eller begge foreldre med psykisk sykdom som var involvert i ulike psykiatriske helsetjenester.	Barna rapporterte mer oppmerksomhet på foreldrenes "gode dager". De uttrykte bekymring ovenfor familiens stressfaktorer og deres egen fantasi assosiert med psykisk sykdom.	Resultat svarer til hensikt Metode beskrevet grundig, med godt beskrevet utvalg	Barns opplevelse Barns kunnskap, rapportert som minimal	Barns opplevelse av å ha foreldre med psykisk sykdom

				Barna hadde liten informasjon og kunnskap om psykiatrisk sykdom og rehabilitering, samt at barna anbefalte andre å skaffe hjelp tidligere.	Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet		
Cowling V, Ernest S, Luk L, Mileskin C og Birleson P 2004 Psychiatric Bulletin 28 s.43-46 13.02.13	Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use	fastslå utbredelsen av psykiske problemer hos barn av foreldre registrert i en psykiatrisk institusjon, og å studere foreldrenes søken for hjelp og tjenestebruk for sine barn.	Foreldrene utfylte tre forskjellige spørreskjema.	63% av foreldrene svarte at de søkte hjelp til deres barn, 19% av foreldrene brukte ikke tjenester i det hele tatt. Resultatene av spørreskjemaene viser også at barn av foreldre med psykisk sykdom har større risiko for selv å få psykiske problemer.	Abstrakt Tittel belyser hensikt, resultat svarer til hensikt Grundig beskrevet metode, med oversikt over antall utvalg og beskrivelse av de ulike spørreskjema	Barns risiko for psykisk sykdom Foreldre med psykisk sykdom søker hjelp i forhold til sine barn Foreldre med psykisk sykdom benytter seg ikke av helsetjenester i det hele tatt	Barns risiko for psykisk sykdom

					Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet		
Maybery D og Reupert A 2006 Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40 s.657-664 16.02.13	Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness	Å identifisere hovedbarrierene for at sykepleiere arbeidende i voksenpsykiatrien fra å arbeide med pasientene om foreldreansvar og barnerelaterte problem. Også å rangere viktigheten av disse barrierene og å sammenligne barrierene for helsearbeidere i voksenpsykiatri og andre helsearbeidere.	To datainnhentinger; Den første en kvalitativ innhenting av data fra 60 helsearbeidere. Den andre involverte 32 deltakere; 20 helsearbeidere innen voksenpsykiatri og 12 andre helsearbeidere, som svarte på resultatet fra den første kvalitative fasen.	Den viktigste barrieren fra helsearbeiderne var at pasientene ikke identifiserte deres lidelse/sykdom som et problem for deres barn, og at pasientene fornektet at de hadde en psykisk lidelse. Alle arbeiderne rapporterte at det var en del av deres ansvar og rolle å ta tak i problemer om deres pasients barn. Det ble også rapportert utfordringer i forhold til tid og ressurser, samt erfaring og kunnskap.	Abstrakt Artikkelens hensikt har god nytteverdig for denne litteraturstudie Godt beskrevet metodekapittel Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet	Pasientenes manglende forståelse og kunnskap om egen psykisk sykdom som en utfordring for sykepleier i forhold til å inkludere barnet Manglende ressurser og tid som en utfordring for sykepleier i forhold til å inkludere barnet	Hvordan sykepleiere involverer barnet i behandlingen av forelderen

						Manglende kunnskap og erfaring som en utfordring for sykepleier i forhold til å inkludere barnet	
Bruder-Costello B, Warner V, Talati A, Nomura Y, Bruder G og Weissman M. 2007 Psychiatry Research 153, s.145-151 16.02.13	Temperament among offspring at high and low risk for depression	Å undersøke relasjonen mellom foreldres depresjon, barnets temperament og barnets depresjon, og å evaluere om temperamentet formidler forholdet mellom foreldrenes	169 barn av foreldre med depresjon ble intervjuet opp til fire ganger, samt gjennomført DOTS, et kartleggingsinstrument brukt til å vurdere dimensjonene av temperament forbundet med sosial mistilpassning.	Barn med stor risiko (med en eller flere deprimerte foreldre) for depresjon var mest sannsynlig å ha problemer med temperamentet enn barn av foreldre uten depresjon. Barn med store temperamentsproblemer har dobbelt så stor sjanse enn barn med	Abstrakt God beskrivelse av utvalg, instrumenter og dataanalyser i metodekapittel Resultat svarer til undersøkelsens	Barns risiko for psykiske lidelser Temperament som risiko for depresjon og som følge av depresjon Forskjell	Barns opplevelse av å ha foreldre med psykisk sykdom

		depresjon og barnets depresjon.		mildere temperamentsproblemer til å utvikle depresjon. Funnene foreslår at barns temperament er assosiert med utvikling av depresjon og at vanskelige temperamentsproblemer formidler forholdet mellom foreldres depresjon og barns depresjon.	hensikt Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet	på barn med og uten psykisk syke foreldre	
--	--	---------------------------------	--	--	---	---	--

<p>Korhonen T, Vehviläinen-Julkunen K og Pietilä AM 2008a Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 15, s. 767-776 05.02.13</p>	<p>Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?</p>	<p>Å få informasjon om sykepleiers utførelse og bruk av støttende nettverk av familier med psykisk syke foreldre.</p>	<p>Tverrsnittsstudie. Samlet data gjennom strukturert spørreskjema (laget av forfatterne) fra 311 sykepleiere.</p>	<p>Sykepleiernes personlige karakter; som å være forelder, ha mer utdanning og kunnskap innenfor familiepsykologi, og bruk av familiefokusert behandling, var signifikant relatert til deres utførelse og bruk av familiens støttenettverk i møte med psykisk syke foreldre.</p>	<p>Abstrakt Tittel belyser hensikt godt Mange sykepleiere i studien Metode beskrevet grundig Artikkelens hensikt har god nytteverdig for denne litteraturstudien. Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet</p>	<p>Ulik personlighet og erfaring blant sykepleiere som utfordring i forhold til å inkludere familie og nettverk i behandlingen av psykisk syke foreldre</p>	<p>Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av forelderen</p>
--	--	---	--	--	--	---	--

<p>Korhonen T, Vehvilainen-Julkunen K og Pietila AM 2008b Journal of Clinical Nursing, 17 s.499-508 20.02.13</p>	<p>Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses</p>	<p>Målet med denne studien er å beskrive og forklare faktorer som sykepleier anser som hindringer på organisering og sykepleiere for gjennomføringen av barnefokusert sykepleie i voksenpsykiatri.</p>	<p>311 sykepleiere svarte på spørreskjema</p>	<p>Manglende administrasjonsstøtte og manglende ressurser ble sett på som stort hinder. Samt at sykepleieres holdning var en utfordring, og sykepleiers manglende kunnskap. Familiens frykt var også et stort hinder, samt familiens holdning og familiens manglende tid ble sett på som hindre for</p>	<p>Abstrakt Hensiktsmessig for denne litteraturstudiens problemområde Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet</p>	<p>Sykepleiers utfordringer Ressurser, tid, kunnskap Familiens frykt, holdning og manglende tid som en utfordring for sykepleier i forhold til barne- og familiefokusert pleie.</p>	<p>Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av forelderen</p>
<p>Östman M 2008 Nord J Psychiatry 62, s.354-359 16.02.13</p>	<p>Interviews with children of persons with a severe mental illness –</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan barn fra 10-18 år erfarte deres livssituasjon</p>	<p>Intervjuet 8 barn av foreldre med en psykisk lidelse, med spørsmål angående deres foreldres psykiske sykdom og</p>	<p>Funnene av denne studien viser både negative og positive erfaringer i å være barn av foreldre med psykisk sykdom. Temaene</p>	<p>Abstrakt God nytteverdig for denne litteratur-</p>	<p>Barns erfaring med å leve med psykisk syke foreldre Barns</p>	<p>Barns opplevelse av å ha foreldre med psykisk</p>

	Investigating their everyday situation	i en familie hvor en forelder hadde en psykisk lidelse.	barnas trang på informasjon rundt dette. Teksten ble tematisk analysert.	<p>kjærlighet, modenhet og ansvar ble oftest beskrevet av barna som de "positive" konsekvensene av å være barn av forelder med psykisk sykdom.</p> <p>Temaene kommunikasjon, frykt, skyld, ensomhet og tilknyttende stigma ble som oftest beskrevet som de negative konsekvensene av å være et barn av forelder med psykisk sykdom.</p>	<p>studiens problemområde</p> <p>Studie fra Norge</p> <p>Oversiktlig oversikt over studiens resultat</p> <p>Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet</p>	<p>konsekvenser av å leve med foreldre som har en psykisk sykdom</p> <p>Kjærlighet, modenhet og ansvar</p> <p>Kommunikasjon, frykt, skyld, ensomhet, tilknytning</p>	sykdom
--	--	---	--	---	--	--	--------

Fjone HH, Ytterhus B og Almvik A 2009 Childhood 16(4)s.461- 477 13.02.13	How children with parents suffering from mental health distress search for 'normality' and avoid stigma – to be or not to be... is <i>not</i> the question	Å øke kunnskapen om hvordan det er å vokse opp med foreldre med psykisk sykdom, gjennom å undersøke hvordan barna presenterer seg selv for å unngå stigmatisering og selvstigmatisering, og å bli sett på som normal.	Intervju med 20 respondenter som lever eller har levd sammen med foreldre med psykisk sykdom.	Resultatene viser at barn av foreldre med psykisk sykdom jobber hardt med å virke "normal" og lik andre i deres omgangskrets. Barna opparbeider seg ulike hjelpemidler for å takle hverdagen og deres forelders psykiske sykdom.	Studie fra Norge Resultatet svarer på hensikten Grundig beskrevet metode og resultat. Nivå 2 av vitenskapelig kvalitet	Barns opplevelse og erfaring med foreldre som har en psykisk sykdom Stigmatisering	Barns opplevelse av å ha foreldre med psykisk sykdom
Mahoney L 2010 Nursing Praxis in New Zealand 26 (2) s.4-13	Children living with a mentally ill parent: The role of public health nurses	Hensikten med studien var å identifisere de offentlige sykepleiernes rolle ovenfor barn med psykisk syke	Et kvalitativt design ved bruk av fokusgrupper på 8 sykepleiere med mer enn 1 års erfaring i yrket.	Tre hovedfunn som omhandlet påvirkningsarbeid, evaluering/vurdering og relasjonell kunnskap og klinisk praksis som sykepleiers rolle ovenfor	Abstrakt God innledning Og tittel som beskriver hensikt Oversiktlig	Sykepleiers ansvar og rolle i møte med barn av psykisk syke foreldre	Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av

16.02.13		foreldre		barn med psykisk syke foreldre. Sykepleiernes rolle var å styrke barnets resiliens, vurdere barnets behov	oversikt over resultat Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet		forelderen
Korhonen T, Pietilä AM og Vehviläinen-Julkunen K 2010 Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24 s.65-74 16.02.13	Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey	Hensikten med studien var å undersøke samhandlingen som sykepleiere i psykiatrien har med barna av sine klienter, og utfallet av denne samhandlingen når ene forelderen mottar psykisk helsehjelp. med klientens barn og utfallet av dette	Tverrsnittsstudie Innhentet data gjennom spørreskjema, gitt av 608 sykepleiere ut over i forskjellige institusjoner i Finland.	Flesteparten av sykepleierne møtte ikke barna av deres klienter regelmessig, men det ble innhentet informasjon om klientenes barn regelmessig i alle enhetene, og det ble diskutert klientenes barn med dem. Hovedfunnet av studien viser at klientenes barn ikke er usynlig for flesteparten av sykepleierne.	Abstrakt Oversiktlig begrunnelse av hensikt og metode Oversiktlig oversikt over resultat Nivå 2 av vitenskapelig kvalitet	Familiefokusert pleie Kartlegge foreldre-Status Involvere barna i behandling av psykisk syke foreldre Sykepleiers ansvar for barn av psykisk syke foreldre	Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av forelderen

				Funnene viser at det er variabler i forhold til samhandlingen med barna, ut i fra sykepleierens erfaring, kjønn, kunnskap og personlighet.		Forskjell på utførelse av involvering av barnet, ut i fra erfaring, kunnskap og personlighet.	
Maybery D og Reupert AE 2010 Social Work in Health Care, 47:7, s.630-646 16.02.13	“Knowledge is Power”: Educating Children About Their Parent’s Mental Illness	Å få informasjon om hvordan helsearbeidere som arbeider med psykisk syke foreldre, tar vare på deres barn og hvordan og hvilken informasjon ble gitt.	Samlet data gjennom intervju av sykepleiere, som inneholdt syv spørsmål angående undervisning og informasjon til barn av psykisk syke foreldre. Flesteparten sykepleiernes klienter var foreldre til barn mellom 8-12, men også noen barn var yngre og/eller eldre.	Studien viser at mange helsearbeidere som jobber med psykisk syke foreldre, inkluderer barnet med form av informasjon. Studien viser at de som ikke underviste barna, rapporterte uinteresserte barn og barn som ikke etterspurte informasjon.	Abstrakt Grundig innledning og diskusjon Oversiktlig resultat Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet	Sykepleiers opplevelse av inkludering av barn i behandling av psykisk syke foreldre Informasjon og undervisning til barn av foreldre med psykisk sykdom	Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av forelderen

				Studien viser også at sykepleierens bakgrunn for undervisning og informasjon var deres oppfatning om at kunnskap er viktig og positivt utviklende for yngre mennesker og barn.			
O'Brien L, Brady P, Anand M og Gillies D 2011 International Journal and Mental Health Nursing, 20, s.358-363	Children of parents with mental illness visiting psychiatric facilities: Perception of staff	En del av et større prosjekt for å bedre forstå erfaringene, barrierene og nødvendighetene til barna, deres foreldre og arbeiderne, for så å kunne videreføre dette til økt planlegging og utvikling i	Bruker et kvalitativt utforskende rammeverk; samlet data gjennom kvalitative intervju	To hovedfunn: Sykepleier skildrer barrierer rettet mot barnets besøk og om hvorvidt barnet skal kunne få besøke forelderen på institusjon, eller ikke. Sykepleiere opplever utfordringer som manglende prosedyrer, retningslinjer, manglende kunnskap	Abstrakt Resultatet aktuell i denne litteraturstudiens område Tynn, men konsis metodebeskrivelse Resultatet	Sykepleiers utfordringer i forhold til å inkludere barn i behandlingen av psykisk syke foreldre Manglende rammer og prosedyrer er en utfordring for sykepleierne	Hvordan sykepleier involverer barnet i behandlingen av forelderen

		nødvendige områder. Denne artikkelen omhandler arbeiderne; sykepleiernes oppfatninger og barrierer omhandlet barn som besøker foreldre i institusjon.		som store barrierer.	svarer til studiens hensikt Nivå 1 av vitenskapelig kvalitet	Mangel på kunnskap er en utfordring for sykepleierne	
--	--	---	--	----------------------	---	--	--