

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Linda Brekke og Mia Regine Raaen

Barn som pårørende når mor eller far er
psykisk syk

Being next of kin as a child of mentally ill
parents

Dato: 19.05.2016

Totalt antall ord: 9936

«Smil til meg. Det er ikke sikkert jeg smiler tilbake, for kanskje er jeg både redd og lei meg. Men smil til meg likevel. Når du smiler, viser du at du anerkjenner meg, og jeg føler meg inkludert.»

(Michelsen, 2015)

Abstrakt

Innledning: I Norge i dag lever 260 000 barn med foreldre som har en alvorlig psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering. Studier viser at psykiske lidelser ofte overføres fra en generasjon til den neste. **Hensikt:** Er å få kunnskap som kan brukes i utvikling av sykepleiekompetanse i møte med barn av en psykisk syk forelder. **Metode:** Allment litteraturstudie. Resultatet i denne studien er basert på 12 vitenskapelige artikler, av kvalitativ metode. **Resultat:** Viser at barna levde i en utrygg hverdag med de nære og tok dermed i bruk ulike mestringsstrategier. De var redde for hva andre i samfunnet tenkte om dem og de følte seg annerledes. Resultatet viser også at barna ønsket å få mer oppmerksomhet fra helsevesenet. **Diskusjon:** For å belyse hensikten er resultatene diskutert opp mot relevant litteratur, utviklingsteori og sykepleieteori. Det kommer frem ulike områder der en som sykepleier har mulighet til å forbedre seg innen sitt fagfelt for å heve kompetansen, slik at en kan møte barn som pårørende på en best mulig måte. **Konklusjon:** Det er av stor betydning å vise respekt, gi informasjon og veiledning ut fra barnets ståsted. Derfor er det av betydning at sykepleiere har kunnskap om alder, utvikling og juridiske rammer samt har personlig kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter. Kompetanseheving av sykepleieprofesjonen kan bidra til å forebygge psykiske lidelser hos denne gruppen barn senere i livet.

Nøkkelord: Barn, pårørende, psykisk lidelse, sykepleie, kompetanse.

Keywords: Children, next of kin, mental illness, nursing, competence

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikten med oppgaven.....	3
2.0 Metode	3
2.1 Fremgangsmåte ved litteratursøk.....	4
2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	5
2.3 Granskning av artiklene.....	5
2.4 Analyse	6
2.5 Etiske vurderinger	7
3.0 Resultat.....	8
3.1. Hverdagen med de nære	8
3.1.1 Emosjonell dimensjon.....	8
3.1.2 Uforutsigbarhet i hverdagen.....	9
3.2 Relasjoner i samfunnet	10
3.2.1 Annerledeshet.....	10
3.2.2 Stigma.....	10
3.2.3 Usynliggjøring av seg selv.....	11
3.3 Bruk av flere mestringsstrategier i hverdagen.....	11
3.3.1 Distansere seg fra situasjonen.....	11
3.3.2 Bruk av støttespillere.....	12
3.3.4 Innhente informasjon og justere atferd	13
3.3.5 Praktisk og emosjonell hjelp	13
3.4 Barns møte med helsevesenet	14
3.4.1 Mangel på informasjon skaper unødig bekymring.....	14
3.4.2 Barna ønsker å bli sett	15
3.4.3 Positive opplevelser	16
4.0 Diskusjon.....	16
4.1 Resultatdiskusjon	17
4.1.1 Hverdagen med de nære	17
4.1.2 Relasjoner i samfunnet.....	19
4.1.3 Flere typer mestringsstrategier ble brukt i hverdagen.....	22
4.1.4 Barns møte med helsevesenet.....	24
4.2 Metodediskusjon.....	26
5.0 Konklusjon.....	28
Litteraturliste.....	29

Vedlegg 1 Analyse av vitenskapelige artikler

Vedlegg 2 Tabell for vurdering av forskningsartikler

Vedlegg 3 Oversikt over søkestrategi

Vedlegg 4 Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Innledning

Det er mange barn som lever med foreldre som har en alvorlig psykisk lidelse.

I følge Hov og Jeppesen (2015) beregnet folkehelseinstituttet at 260 000 barn lever med foreldre som har en alvorlig psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering. Når en forelder er alvorlig syk vil det påvirke familiens livssituasjon. Barnas hverdag kan bli preget av engstelse og bekymring, og det kan være vanskelig for familien å opprettholde den “normale” hverdagen (Hov & Jeppesen, 2015).

I følge Dahl mfl, 1994, gjengitt i Helgesen (2011) defineres psykiske lidelser som tydelige psykiske og atferdsmessige forandringer. Det kommer til uttrykk i form av smertefulle eller plagsomme symptomer og/eller nedsatt funksjon innenfor viktige områder. En psykisk lidelse kan påvirke alle aspektene ved menneskets psykiske liv som tanker, følelser og impuls kontroll. En slik lidelse kan påvirke pasientens hverdag som familieliv, arbeid, fritidssysler og økonomiske forhold. Psykiske lidelser fører ofte med seg lav selvfølelse og nedsatt evne til å danne gode relasjoner til andre mennesker.

Hvilket oppvekstmiljø barnet lever i kan ha store konsekvenser for barnet senere i livet. Det kan være at en eller begge av foreldrene har vært avvisende overfor barnets omsorgsbehov. Foreldres oppdragelsesmønster påvirker barnas psykiske helse. De barna som har vært utsatt for mye kontrollerende atferd, liten omsorg og lite oppmerksomhet har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser i voksen alder, særlig angstlidelser og depresjon (Dahl, 2012).

Det er svært vanlig at en som helsepersonell møter pasienter med barn. Når en kommer i en slik situasjon gjelder det å være bevisst på barnets situasjon, og barnets rettigheter.

Helsepersonelloven § 10a ble opprettet i januar 2010. Den forplikter helsepersonell til å dekke behovet for oppfølging og informasjon hos barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg reguleres oppfølgingen av barn som pårørende gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. Den pålegger helseinstitusjoner å ha barneansvarlig personell som skal fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barn som pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Formålet med lovendringene er at barna skal bevare sin rolle som barn, og ikke

fungere som voksne når omsorgspersoner ikke kan ivareta sin foreldrefunksjon på en tilfredsstillende måte (Helsedirektoratet, 2010). Forskning tyder på at lovendringene ikke har gitt ønsket oppfølgingen av barna (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum & Martinussen, 2014).

Det er i denne studien valgt å bruke Eriksons psykososiale utviklingsteori for å understøtte barnets utvikling og behov for omsorg. Erikson beskriver menneskets utvikling gjennom åtte stadier hvor stadietovergangene blir omtalt som kriser med to mulige utfall. Klarer ikke barnet å få dekket sitt fasetypiske behov minsker sjansene for at barnet skal klare seg gjennom de påfølgende fasene på en tilstrekkelig god måte. Barnets sosiale miljø er ifølge Erikson en viktig faktor for menneskets utvikling (Helgesen, 2011).

Barna i denne studien befinner seg i stadiene fire og fem, men det er tatt høyde for at de tidligere utviklingsfasene har en innvirkning på utfall i barnets utvikling. Den fjerde fasen er perioden fra barnet er 6 til 12 år. Det er i denne fasen barnet utvikler grunnholdninger som arbeidslyst eller mindreverd. Miljøet rundt barnet har som oppgave å tilrettelegge for at barnet skal oppleve at de mestrer nye situasjoner (Helgesen, 2011).

Det femte stadiet strekker seg fra barnet er mellom 12- 20 år og omhandler puberteten. Erikson mener at i dette stadiet vil barnets grunnholdning enten være en stabil identitet eller en identitet- og rolleforvirring. Barnet tester ut sin selvstendighet ved hjelp av støtte, veiledning og korreksjon av voksne rundt seg. Barn som tar med seg mye utrygghet og mindreverdighetsfølelse inn i puberteten, og som heller ikke i puberteten opplever tilstrekkelig støtte og veiledning, har en betydelig risiko for å falle utenfor ordinære ungdomsmiljøer (Helgesen, 2011).

Barn av psykisk syke foreldre er en gruppe som har behov for å bli sett av helsevesenet. Sykepleie innebærer å møte barn på en omsorgsfull måte. I følge Kari Martinsen er omsorg basert på en relasjon mellom minst to personer. Omsorg handler om hvordan vi forholder oss til hverandre, og om hvordan vi viser omtanke. Forholdet mellom sykepleieren og barnet skal kjennetegnes av at sykepleieren gir omsorg til barnet uten å forvente noe tilbake. Kari Martinsen hevder det er tre dimensjoner ved begrepet omsorg; et relasjonelt, et praktisk og et moralsk. Det å møte et barn som pårørende gjennom omsorgsarbeid innebærer en rekke forutsetninger som kunnskap, ferdigheter og organisasjon (Kristoffersen, 2012a). Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å kunne gi god omsorg til barn i slike situasjoner.

Kommunikasjon som virkemiddel bidrar til å skape trygghet og tillit slik at en klarer å skape en god relasjon med barnet (Eide & Eide, 2013). Når en forelder får en psykisk lidelse har den sine traumer og utfordringer som i verste fall kan føre til behandling over lang tid. I denne perioden er barna i stadig utvikling, og har ikke tid til å vente på at foreldrene blir i stand til å ivareta dem på en optimal måte. Det er viktig at barna ivaretas så raskt som mulig slik at de ikke blir skadelidende. I møte med disse barna er det viktig at en som sykepleier har kunnskap om lovverk og systemrutiner slik at en gir barna best mulig oppfølging, og bidrar til å forebygge psykiske lidelser i senere leveår (Alnes, 2011).

1.1 Hensikten med oppgaven

Hensikten med litteraturstudien er å få kunnskap som kan brukes i utvikling av sykepleiekompetanse i møte med barn av en psykisk syk forelder. Barneperspektivet er benyttet for å utvikle god sykepleie.

Med kompetanse menes å være kvalifisert til å ta beslutninger å handle innenfor et bestemt funksjons- eller myndighetsområde (Kristoffersen, 2012b). En synliggjør sin kompetanse ved å nyttiggjøre seg å omsette kunnskaper, ferdigheter og holdninger i sitt arbeid som sykepleier i møte med barn (Skau, 2012).

Studien presenterer en undersøkelse om et barneperspektiv, men funn diskuteres opp mot et sykepleieperspektiv. Det blir ikke avgrenset hvor barna er i helsevesenet, da det ikke anses som relevant med tanke på at en kan møte barn på ulike arenaer.

2.0 Metode

Denne studien er en allmenn litteraturstudie med 12 utvalgte vitenskapelige artikler. En slik type studie har til hensikt å sammenfatte eksisterende forskning innenfor et tema. En skal systematisk søke, granske og analysere eksisterende forskning slik at en kan sammenfatte litteraturen innenfor et problemområde (Forsberg & Wengström, 2008).

2.1 Fremgangsmåte ved litteratursøk

Dalland (2007) beskriver viktigheten av å dokumentere studiens fremgangsmåte slik at andre skal kunne vurdere verdien av datainnsamlingen. Søkene som ble utført ble gjort med tanke på å belyse hensikten. Søkeordene som ble benyttet var derfor blant annet "child of impaired parents", "mental disorder", "parents", "children", "family" og "child attitudes". De utvalgte søkeordene ble kombinert med "and" og "or". For at søkene skulle bli presise ble det gjort avgrensninger i forhold til abstrakt, publikasjonsår, språk, alder og type studie. Det ble brukt tre databaser; Medline, PsycINFO og Cinahl. Det ble gjort flest søk i Medline, som ses på som en stor og pålitelig database til medisinske tidsskrift. Inkluderte studier ble dokumentert og ført inn i søketabell (Vedlegg 3). Se eksempel på søkstrategi under. 11 artikler ble funnet via søk i databaser, og 1 artikkel ble funnet via et manuelt søk via litteraturlisten til en annen bacheloroppgave. Alle studiene som ble inkludert i studien er kvalitativ. Artiklene belyser barns erfaring med å vokse opp med en psykisk syk forelder og hvordan de har mestret det.

Tabell 1 søkestrategi

Medline	(Abstracts and full text and yr="2006 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish) and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")	Parents OR Family AND child of impaired parents AND mental disorders	216	200* 10**	6	3***	2
---------	--	--	-----	--------------	---	------	---

*Antall artikler som ble ekskludert etter lest tittel

** Antall artikler som ble ekskludert etter lest abstrakt

***Antall artikler som ble gransket i sin helhet

1.1.1 Manuelt søk

Artikkelen “Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness” ble funnet gjennom litteraturlisten i en tidligere bacheloroppgave. Denne artikkelen ble vurdert som relevant i forhold til hensikten og tittelen ble søkt i psycINFO. Søket gav ett treff. Søket ble utført 27. januar 2016.

2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Barneperspektiv (Pårørendeperspektiv)
- Barn mellom 6-18 år
- Vitenskapelige artikler publisert de siste 10 år
- Mor og/ eller far har en psykisk lidelse
- Skandinavisk eller engelsk språk

Eksklusjonskriterier:

- Review artikler
- Mor eller far har andre helseproblemer
- Artikler med pasient- eller pårørendeperspektiv

2.3 Granskning av artiklene

Data må vurderes kritisk for at en skal kunne se relevansen de har for problemstillingen (Dalland, 2007), eller relevans i forhold til hensikt i vår studie. For å få struktur på alle artiklene og deres resultat, ble det brukt en mal for vurdering av forskningsartiklene (vedlegg 4). Først ble tittelen lest og deretter abstrakt for å vurdere relevansen opp imot hensikt. Nøyte vurdering av inklusjons- og eksklusjonskriteriene resulterte i 12 forskningsartikler som var relevante for litteraturstudien.

Tabell 2 Eksempel på oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrumenter	Deltake re/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Fudge & Mason Australian e- Journal for the Advancemen t of mental Health 2004 Australia	Hensikten med studien var å finne informasjon fra barn av foreldre med mental sykdom slik at hjelpeinstanser kunne være med å hjelpe dem best mulig.	Kvalitativt/ Fokusgrupper /intervju	33 barn i alderen 7-12 år 25 barn i alderen 13-20 år	De mente at sykehuset burde være mer familievennlig, mer informasjon gitt slik at de forstår situasjonen, har mulighet til å være privat med foreldrene, få støtte fra skole og en egen plan for barna	Står ikke om den er godkjent av etisk komité Det er en tydelig IMRaD og en tydelig metode. Det er i studien mange barn som deltar noe som er overførbart til en større populasjon

2.4 Analyse

I følge Dalland (2007) er analysen et granskningsarbeid som har til hensikt å finne ut hva studiene har å fortelle. Videre trekker en ut deler av studiene som danner enheter som analyseres. Innholdet i analysen danner meningsbærende enheter, det vil si deler fra studienes resultat som relaterer til samme mening. Det ble brukt fargekoder slik at det ble lettere å se sammenhenger, likheter og ulikheter mellom de ulike enhetene. Ved å vurdere fargekodene

ble de meningsbærende enhetene til sub- kategorier. Videre ble sub- kategoriene samlet i kategorier med tilhørende underkategorier som er blitt brukt som overskrifter i resultatdelen (Vedlegg 1).

2.5 Etiske vurderinger

Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før en handler. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2007). Dette vil være viktig i litteraturstudien, med tanke på at artiklene som er innhentet omhandler intervju av barn og deres opplevelser.

I Norge er det opprettet forskningsetiske komitéer som veileder og gir råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet. Det er også et personvernombud for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) som vurderer om undersøkelsesopplegg oppfyller kravene i personopplysningsloven (Dalland, 2007). Det er viktig å påpeke at dette er et system som Norge tar del i.

Helseforskningsloven setter egne krav til informert samtykke ved forskning der barn deltar. Fra barnet er 7 år vil det gradvis inkluderes i spørsmål som angår dens helseforhold. Forskningsprosjekt skal ikke inkludere barn mot deres vilje (Larsen, 2013).

Av de 12 artiklene som er valgt er 10 vurdert av etisk komité og 2 innehar ingen spesifikasjoner om det. Det trenger ikke å bety at de ikke er etisk vurdert, fordi andre land kan ha forskjellige retningslinjer for hvordan de skal gå frem i forhold til forskning på mennesker. Derfor ble det valgt å rette fokus på hvordan studiene ble utført, i forhold til personopplysninger, anonymisering, informert samtykke og informasjon. I artiklene er det informert skriftlig om studien/prosjektet og personene har på bakgrunn av informasjonen valgt å være med på dette. I følge Dalland (2007) kreves det informasjon til de som involveres i forskningen og at de på den måten kan velge å være med frivillig. Samtidig kommer det ikke frem direkte personidentifiserbare opplysninger i artiklene.

Resultatet av de inkluderte artiklene skal presenteres og det er da av stor betydning at de blir presentert godt for leseren. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) skal resultatet presenteres

på en logisk og presis måte. Artiklene som blir presentert i denne studien har mye likt materiale. I og med at det er kvalitativt design på disse, blir resultatene presentert som fortettet mening eller oppsummert tekst som illustrerer underkategorier i kategoriene som kom frem gjennom analysen.

3.0 Resultat

Resultatet blir presentert i fire hovedkategorier: Hverdagen med de nære, relasjoner i samfunnet, bruk av flere mestringsstrategier i hverdagen og barns møte med helsevesenet.

3.1. Hverdagen med de nære

Denne kategorien omfatter to ulike underkategorier: Emosjonell dimensjon og uforutsigbarhet i hverdagen.

3.1.1 Emosjonell dimensjon

Barna synes det er vanskelig å håndtere foreldrenes opp- og nedture (Östman, 2008), og forholdet til foreldrene kan være vanskelig og frustrerende (Griffiths, Norris, Stallard & Mattews, 2012). Det kommer også frem at de har kjærlige følelser overfor foreldrene sine, men de lider når de ser at foreldrene har det vondt (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2011; Östman, 2008). Barna er også redde for at foreldrene ikke tar imot den hjelpen de trenger for å bli frisk (Knutsson, Edlund & Ramklint, 2007).

Barna er bekymret for foreldrene sine og redd for å miste dem (Knutsson et al., 2007). Det kommer frem i flere studier at barna er redd for at foreldrene skal begå selvmord (Ahlström et al., 2011; Knutsson et al., 2007; Östman, 2008).

Utrygghet, usikkerhet og manglende selvtillit er noe som preger barna i hverdagen (Ahlström et al., 2011; Knutsson et al., 2007). Barna trekker også frem andre negative følelser som: skam, depressivt humør, utilstrekkelighet, negative fysiske følelser som magevondt og konsentrasjonsvansker. I tillegg er det vanskelig for barna å sette pris på det som normalt gjør

dem glade, og mener at ting har mistet viktigheten (Knutsson et al., 2007). I følge Griffiths et al, (2012) kommer det frem at barn av foreldre med tvangstanker også selv er redd for å få en slik type lidelse.

3.1.2 Uforutsigbarhet i hverdagen.

Barna beskriver en uforutsigbar hverdag. Det at de ikke vet hvordan de blir møtt av foreldrene når de kommer hjem gjør situasjonen vanskelig. I gode perioder er foreldrene engasjerte i barnas hverdag og støtter dem. I dårlige perioder opplever barna dem som aggressive, sinte og innesluttet (Foster, 2010). Barna opplever at foreldre enten er alt for engasjerte i dem, eller distanserer seg helt (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009).

Barna beskriver en hverdag hvor de hele tiden må være på vakt for å unngå å gjøre noe galt, som kan provoserer foreldrene. Den uforutsigbarheten barna lever under gjør det vanskelig for dem å konsentrere seg på skolen (Trondsen, 2012). Barna uttrykker at de kjenner på angst når de skal hjem fra skolen fordi de ikke vet hvilken stemning foreldrene er i (Knutsson et al., 2007). I tillegg beskriver barna at de synes det er problematisk å legge planer frem i tid. De ønsker ikke å invitere med venner hjem, da de er bekymret for hvilket humør foreldrene er i. Det at foreldrene er ustabile setter begrensninger for deres barns sosiale liv (Trondsen, 2012).

Sykdommen har gjort forelder- barn forholdet anstrengt, og barna synes det er utfordrende å forholde seg til den syke forelderen (Foster, 2010; Trondsen, 2012). Barna opplever at sykdommen skaper ustabilitet i familielivet og hverdagen, og at det samtidig er vanskelig å forholde seg til sykdommen (Foster, 2010; Trondsen, 2012; Östman, 2008).

En del av barna er oppmerksom og sensitiv på foreldrenes symptomer på depresjon. De merker raskt om foreldrene legger seg tidlig, er hjemme fra jobb, gjør mindre hjemme, om de er lei seg eller mer aggressiv. Grunnen til at barna er observant på foreldrenes symptomer er fordi de er bekymret for foreldrene (Parys & Rober, 2013).

Når en forelder er innlagt på sykehus blir den daglige rytmen forstyrret og barna opplever frykt og angst. De er bekymret for hva som vil skje med dem selv og foreldrene (Mordoch & Hall, 2008).

3.2 Relasjoner i samfunnet

Denne kategorien omhandler tre underkategorier: Annerledeshet, stigma og usynliggjøring av seg selv.

3.2.1 Annerledeshet

Barna merker at foreldrene deres er forskjellig fra andre foreldre og de er redde for at familien skal bli gjort narr av (Fjone et al., 2009; Griffiths et al., 2012; Östman, 2008).

Barna frykter å bli sammenlignet med den syke forelderens. De kjenner på motstridene følelser: På den ene siden føler de på skam og flauhet overfor den syke, men samtidig er de lojale, stolte og glade i den (Fjone et al., 2009). Flauhet blant barn synliggjøres også av studien gjort av Mordoch & Hall (2008). Barna har et sterkt ønske om at samfunnet skal se på dem som ”normale” (Fjone et al., 2009).

De måler seg selv opp imot jevnaldrende og noen mener at forskjellene gjør dem mer interessant, andre er frustrerte. De eldre barna innser at de er annerledes, ikke bare på grunn av foreldrenes lidelse, men også på grunn av omstendighetene. Eldre barn har høyere forventninger, og ser på deres familieliv mer negativt enn andres. De synes det kan være vanskelig å få venner. Noen påpeker det positive i å være forskjellig fra andre, som for eksempel at de setter mer pris på sine foreldre sammenlignet med andre jevnaldrende. Der foreldrene ikke kjører bil, er i jobb eller er ute blant folk, er barna i minst stand til å bedømme sin familie i positiv retning. De er mer forsiktige med å snakke med andre barn, fordi de er redde for at de skal sladre om familien og deres situasjon (Mordoch & Hall, 2008).

3.2.2 Stigma

Barna sier at de føler seg sett på som ”annerledes”, og ikke ”normale” (Östman, 2008), noe de ikke ser på som ønskelig (Fjone et al., 2009; Mordoch & Hall, 2008). De opplever og registrerer hvordan andre mennesker i samfunnet ser på dem. Barna forteller at andre ser på dem og familien på en annerledes måte enn hva de gjør hos en ”normal” familie. I følge barna blir de stigmatisert av samfunnet fordi de har en forelder som lider av en psykisk lidelse som

oppfører seg utenfor ”normalen” (Östman, 2008). Barna føler at folk i samfunnet er redde for mennesker med psykiske lidelser, noe som gjør det sosiale livet for mange av barna utfordrende og ubehagelig (Foster, 2010). Endringer i foreldrenes atferd påvirker ikke bare dem selv, men også hvordan de blir oppfattet utenfra (Mordoch & Hall, 2008).

Barna kan bli behandlet på sårbare måter av sine jevnaldrende, fordi de er annerledes (Mordoch & Hall, 2008), men også av helsepersonell. Barn synes det er vanskelig å forholde seg til helsevesenet på grunn av deres holdninger (Foster, 2010). I studien gjort av Fudge & Mason (2004) fremkommer det at barna synes helsepersonell kan være mer vennlige i møte med dem.

3.2.3 Usynliggjøring av seg selv

Barna ønsker ikke å være en byrde for sine foreldre, så de skjuler ofte sine tanker, følelser og bekymringer overfor dem (Parys & Rober, 2013). I skolehverdagen ”usynliggjør” barna seg. De er stille, gjør leksene sine og følger lærernes ordre. I sosiale sammenhenger er barna glade og fornøyde, de viser aldri at de er lei seg eller gråter. Denne type atferd bruker de for å ikke vekke mistanke hos andre (Fjone et al., 2009).

3.3 Bruk av flere mestringsstrategier i hverdagen

Denne kategorien omhandler fire underkategorier: Distansere seg fra situasjonen, bruk av støttespillere, innhente informasjon og justere atferden og til slutt praktisk og emosjonell hjelp.

3.3.1 Distansere seg fra situasjonen

En mestringsstrategi barna benytter i vanskelige perioder er “time- out”. Barna ønsker å tilbringe så mye tid som mulig borte fra hjemmet. Når de forlater hjemmet kan de distansere seg fysisk og emosjonelt fra virkeligheten, og forhindre at de gjør foreldrene opprørt og sinte (Ahlström et al., 2011; Fjone et al., 2009; Griffiths et al., 2012; Trondsen, 2012).

De prøver å skape avstand fra foreldrene og deres sykdom ved å finne trygge plasser i og utenfor hjemmet. De yngre barna unngår å tenke på situasjonen ved at de går på rommet, spiller spill, sover eller tenker gode tanker (Mordoch & Hall, 2008). Observerer barna at foreldrene er aggressive går de på rommet til de har roet seg ned (Fjone et al., 2009). En mulighet som barna vurderer er å flytte hjemmefra, noe som ikke blir godt mottatt hos foreldrene. Overfor foreldrene blir studier dermed brukt som unnskyldning for å kunne flytte hjemmefra (Trondsen, 2012). For enkelte av barna er en tur ut i naturen en god mestringsstrategi, mens for andre hjelper kafébesøk (Fjone et al., 2009). Det er en lettelse for barna når foreldrene har en god periode, da har de mulighet til å være hos venner i stedet for å passe på foreldrene sine (Pihkala, Sandlund & Cederström, 2011).

Ved å delta på fritidsaktiviteter sammen med andre barn føler barna seg normale, og glemmer at de har foreldre hjemme som har en psykisk lidelse. I studien kommer det frem at barna søker støtte og trygghet gjennom musikk, sangtekster og dagbøker i vanskelige perioder. Gjennom andres tekster og melodier føler barna seg akseptert og normale (Fjone et al., 2009)

3.3.2 Bruk av støttespillere

En viktig strategi for barna er å dele tanker og følelser med andre utenfor familien. Som nevnt ovenfor er venner viktig, men også besteforeldre og lærere er nevnt som viktige støttespillere. De synes det er vanskelig å prate med foreldrene fordi de ofte bare blir stille (Parys & Rober, 2013). Andre barn synes det er til hjelp å snakke med foreldrene hvis de gjør seg selv tilgjengelig. Noen foreldre oppmuntrer barna sine til å fortelle hvordan de mestrer situasjonen, men barna føler kun nytte av denne typen samtale hvis foreldrene har fokus på barnas behov (Mordoch & Hall, 2008). De av barna som har søsken forteller at de heller ikke med dem diskuterer sine bekymringer, men de finner allikevel støtte hos dem. Den kontakten søsknene har seg imellom blir beskrevet som nonverbal, den kommer for eksempel til uttrykk ved at de deler seng om natten slik at de slipper å føle seg ensomme og utrygge (Parys & Rober, 2013).

Mange bruker tid sammen med venner (Mordoch & Hall, 2008), og denne tiden kan de bruke på å snakke om vanskelige følelser, leke eller ha en trivelig stund sammen. Vennene bidrar til god støtte og stabilitet for barna (Fjone et al., 2009; Trondsen, 2012).

For å ta vare på seg selv deler barna sine erfaringer med andre som de stoler på, det kan for eksempel være foreldre, venner, kolleger, hjelpere og rådgivere. Det å dele tanker og følelser med andre fører til at følelsen av isolasjon blir redusert. I tilfeller der foreldrene ikke ønsker at barna skal dele informasjon med andre utenfor familien, er det problematisk for barna å omgås omverdenen (Mordoch & Hall, 2008).

Barna frykter å bli stigmatisert, og for å unngå det tar de i bruk ulike strategier. Noen barn forteller at de finner likesinnede venner, noe som gjør at de føler seg ”normale”. En fordel med det er at de forstår hverandre på en bedre måte (Fjone et al., 2009). Det er lettere å snakke med barn som har opplevd det samme (Mordoch & Hall, 2008).

3.3.4 Innhente informasjon og justere atferd

En annen mestringsstrategi barna bruker er og hele tiden justere sin atferd etter foreldrenes humør, slik at de kan bevare en god atmosfære i hjemmet (Ahlström et al., 2011; Fjone et al., 2009; Parys & Rober, 2013; Trondsen, 2012). Merker barna at foreldrene er aggressive holder de seg for seg selv og er stille slik at de ikke gjør noe galt (Fjone et al., 2009).

Barna finner ulike måter å skaffe seg informasjon på, slik at de kan analysere foreldrenes humør og forstå foreldrenes situasjon. Denne informasjonen bruker de til å forutsi hvordan foreldrene fungerer i familielivet. Barna ser etter tegn for å identifisere og forutsi hvordan forelderen reagerer og oppfører seg i ulike situasjoner, og innretter seg etter det. Når de hører foreldrenes stemme på telefonen kan barna selv vurdere hvilket humør foreldrene er i og kan avgjøre hvordan de skal respondere (Ahlström et al., 2011)

3.3.5 Praktisk og emosjonell hjelp

En mestringsstrategi som tydeliggjøres i forskningen er at barna bruker å ta ansvar for familien og hjemmet. Dette gjør de spesielt når de observerer at foreldrene er i dårlig humør og sliten. De ønsker å tilfredsstille foreldrene og forhindre at foreldrene blir irriterte og sinte. (Fjone et al., 2009; Griffiths et al, 2012; Parys & Rober, 2013; Trondsen, 2012). Barna bidrar i hjemmet med å ta ansvar for innkjøp av matvarer, matlaging og rengjøring. For å unngå at foreldrene blir unødig irritert og sliten, passer barna sine mindre søsken slik at de ikke maser

og bråker. Barna tar vare på sine foreldre og trøster dem etter behov. Av og til føler barna at de er foreldrene i familien, og må passe på foreldrene som om de er små barn. Foreldrene må vekkes om morgenen og minnes på avtaler og gjøremål i løpet av dagen. For barna er det godt å kunne hjelpe foreldrene, men enkelte ganger synes de det er en byrde (Fjone et al, 2009; Parys & Rober, 2013; Trondsen, 2012).

Det er viktig for barna å hjelpe foreldrene (Griffiths et al., 2012; Östman, 2008), men de vet ikke hvordan de skal bidra til det. Dette gir dem skyldfølelse samt at de bebreider seg selv for foreldrenes sykdom (Östman, 2008). Barna bruker mye tid på å tilfredsstille foreldrene sine. De gir både praktisk hjelp og emosjonell støtte til den syke, men også til den friske foreldereren (Knutsson et al., 2007). Det kan være både nonverbalt og verbalt. Nonverbalt kan for eksempel dreie seg om å gi foreldrene en klem, mens verbalt kan omfatte å si det riktige til riktig tid (Parys & Rober, 2013). Dette med å støtte foreldrene emosjonelt og praktisk enten verbalt eller nonverbalt kommer også frem i Mordoch & Hall (2008), barna snakker med foreldrene, deler humør eller rengjør hus.

3.4 Barns møte med helsevesenet

Denne kategorien omhandler tre underkategorier: Mangel på informasjon skaper unødig bekymring, barna ønsker å bli sett og positive opplevelser.

3.4.1 Mangel på informasjon skaper unødig bekymring

Barna er klar over at det er noe som er annerledes i deres familie i forhold til andre familier. Foreldrene har ulik atferd enn venners foreldre, men de assosierer det ikke nødvendigvis med en psykisk lidelse. De fleste barna har ikke fått noen informasjon om foreldrenes lidelse, hverken fra helsepersonell eller andre. De formidler at liten åpenhet om foreldrenes psykiske lidelse skaper redsel, bekymring og frykt (Foster, 2010; Parys & Rober, 2013; Trondsen, 2012). Barna har et ønske om å finne ut mer om foreldrenes sykdom (Fudge & Mason, 2004; O'Brien, Anand, Brady & Gillies, 2011; Parys & Rober, 2013), men føler ofte at de ikke har rett på informasjon og at de blir skjermet for den. Ønsker barna informasjon om foreldrenes selvmordstanker og selvmordsforsøk må de selv etterspørre det. Ofte opplever barna at den

eneste informasjonen de får er den de overhører når foreldrene krangler (Parys & Rober, 2013).

Barna beskriver hvordan mangelfull informasjon fører til mange spørsmål som ingen kan svare dem på. De ubesvarte spørsmålene fører ofte til økt bekymring, frykt og frustrasjon. Det at barna ser at foreldrene forandrer seg uten at de skjønner hvorfor, bekymrer og forvirrer dem. Barna mener at tidlig informasjon kan forhindre unødvendig stress, bekymring og skape kontroll over situasjonen (Foster, 2010; Trondsen, 2012). Mangelfull informasjon om foreldrenes lidelse og årsaken til den gjør at barna føler seg annerledes. De forstår ikke hvorfor situasjonen er som den er, men føler på skam og frykt (Fjone et al., 2009). Mangelfull kontakt med deres inneliggende foreldre er et problem for barna, og de foreslår at de kan få et telefonnummer, slik at de kan ringe sine foreldre når de er innlagt (Fudge & Mason, 2004).

Informasjon og støtte er noe barna etterlyser fra helsevesenet. Barna ønsker å forstå foreldrenes situasjon slik at de kan hjelpe dem best mulig (Foster, 2010; Griffiths et al., 2012; O'Brien et al., 2011; Trondsen, 2012; Östman, 2008). Når foreldrene er innlagt på sykehus føler barna på savn, redsel og skyldfølelse. Redselen barna føler omhandler ofte frykt for å miste forelderen, og redsel for hva som skal skje med dem hvis forelderen forsvinner (Parys & Rober, 2013).

3.4.2 Barna ønsker å bli sett

Barna føler at de får lite informasjon, støtte og kontakt fra helsepersonell, og at ingen har tid til å se deres behov og ønsker (Foster, 2011; Knutsson et al., 2007; O'Brien et al., 2011; Östman, 2008). Manglende anerkjennelse fra helsepersonell irriterer barna (Griffiths et al., 2012). De ønsker sterkt å snakke med noen om foreldrenes sykdom, men i tillegg har de behov for oppmerksomhet rundt sin egen mentale helse (O'Brien et al., 2011; Östman, 2008). Barna har behov for noen som ser dem i hverdagen, de føler at foreldrene får all oppmerksomheten, noe som gjør at barna føler seg ensomme (Östman, 2008). De barna som har en samtale med andre føler at det hjelper og at det bidrar til å lette deres situasjon (Östman, 2008).

Barna opplever at det er vanskelig å skape tillit til helsepersonell grunnet liten tid og mange forskjellige personer å forholde seg til. De forteller at det er en høy terskel for å ta kontakt

med helsevesenet (Trondsen, 2012). Barna synes det er vanskelig å ta kontakt med helsevesenet selv, og mener at helsepersonell bør ta mer initiativ slik at barna føler at de blir sett (Foster, 2010; O'Brien et al., 2011). I følge studien til Östman (2008) er det vesentlig at barna har tillit til helsepersonell for at helsepersonell skal kunne hjelpe dem. Andre peker på stabile rammer rundt helsetjenesten og helsepersonell som viktig (Trondsen, 2012). Det er i tillegg viktig at helsepersonell har kompetanse og erfaring innen feltet (Griffiths et al., 2012).

Flesteparten av barna støttet ideen om å møte lege og helsepersonell som kan gi informasjon og svare på spørsmål, mens noen er usikker med tanke på at helsepersonell bruker et språk som de ikke forstår (Fudge & Mason, 2004).

3.4.3 Positive opplevelser

Familieterapi er en positiv opplevelse for de barna som deltar. Det at barna får økt kunnskap og informasjon rundt foreldrene og sin egen situasjon bidrar til økt trygghet. Informasjon gjør at barna forstår at det er sykdommen som endret foreldrene, og at det ikke har noe med dem å gjøre. Mer åpenhet og økt kommunikasjon rundt foreldrenes sykdom og familiens situasjon bidrar til et bedre forhold mellom barna og foreldrene deres. Det gjør i tillegg barna sterkere, og de klarer å stå i situasjonen på en bedre måte (Pihkala et al., 2011).

Økt forståelse gjør at barna slapper mer av, og opplever større frihet til andre ting i hverdagen (Pihkala et al., 2011). Under foreldrenes innleggelse på sykehus synes barna det er godt å vite at foreldrene blir tatt godt vare på (Knutsson et al., 2007). Hvis familien kan ha private steder der de kan møtes på sykehuset som er tilrettelagt med leker for barn, er det mer hjemmekoselig å besøke foreldrene på sykehuset (Fudge & Mason, 2004).

4.0 Diskusjon

Hensikten med studien er å få kunnskap som kan brukes i utvikling av sykepleiekompetanse i møte med barn av en psykisk syk forelder. I resultatdiskusjon vil funnene fra resultatet

diskuteres opp mot annen relevant litteratur. Diskusjonsdelen avsluttes med en metodediskusjon.

4.1 Resultatdiskusjon

Ut fra resultatet kan en se at barna ikke får dekt sitt behov for trygghet, omsorg og informasjon. En ser at de barna som blir sett av helsepersonell får en bedre hverdag, men ut fra resultatet fremkommer det at flertallet av barna opplever at de ikke blir sett. Hvordan skal vi utvikle god sykepleie i møte med disse barna? Der det ikke er presisert alder i forbindelse med barna gjelder funnene for begge aldersgruppene en har valgt for denne studien.

Resultatene fra artiklene ble presentert i ulike kategorier som vil gjenspeiles i resultatdiskusjonen.

4.1.1 Hverdagen med de nære

En trygg tilknytning mellom foreldrene og barnet skaper grunnlag for en sunn utvikling av selvstendighet. Tryggheten gjør at barna våger å utforske verden på egen hånd hvis de jevnlig får bekreftelse på foreldrenes tilstedeværelse. Barn som ikke lever under et trygt og forutsigbart miljø i Eriksons første stadie kommer ut av krisen med utrygghet og mistillit som de tar med seg inn i senere stadier (Helgesen, 2011). Resultatet viser at barna ikke har et trygt forhold til sine foreldre, og at de synes det er vanskelig å håndtere foreldrenes opp og nedture. Resultatene tilsier at barna er i risikogruppen for å utvikle en mangelfull selvstendighet. For at et barn skal utvikle seg til et selvstendig individ har det behov for trygghet og bekreftelse uansett utviklingsfase, noe som kan være mangelfullt hos denne gruppen barn (Helgesen, 2011). Hva kan utrygghet i barndommen føre til?

Utrygghet kan gi økt risiko for problemutvikling. Det kan føre til at barnet utvikler tilknytningsforstyrrelser som kan føre til emosjonelle, sosiale og atferdsmessige problemer senere i oppveksten og videre inn i voksenlivet (Helgesen, 2011). Barn som lever under utrygge forhold har som barn behov for at noen hjelper dem til å mestre hverdagen og utvikling, og er avhengig av at den som hjelper mestrer det de er satt til å utføre (Thorsen, 2012).

I følge lovverket er spesialisthelsetjenesten pliktig til å følge opp barn med syke foreldre gjennom barneansvarlige sykepleiere (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Ut fra resultatet ser en at barna opplever angst og frykt når foreldrene blir innlagt på sykehuset. De mister den daglige rytmen, og er redd for hva som vil skje med dem selv og foreldrene. En kan anse at sykehuset kan være skremmende for mange barn. Det er et ukjent sted med mange mennesker og nye situasjoner å forholde seg til. En vet at barn opplever trygghet i situasjoner der de oppholder seg i kjente omgivelser med kjente folk, der situasjonene er forutsigbare. Dette gjør at barna har kontroll over sin egen situasjon, noe som skaper trygghet (Eide & Eide, 2013). Den barneansvarlige sykepleieren kan være en god støtte for barnet, men det kan allikevel være problematisk for barnet å forholde seg til tidssatte møter på sykehuset. Kanskje kan det her være hensiktsmessig å ha et tettere samarbeid med helsesøster som har ansvar for skolene? Helsesøster befinner seg i barnets kjente miljø, og er ofte et ansikt barn har kjennskap til fra tidlig alder. En annen fordel med helsesøsteren er at hun er lett tilgjengelig for barnet, slik at barnet selv kan ta kontakt ved behov. Dette gjør at barnet kan styre situasjonen og oppleve kontroll.

Hva kreves av sykepleieren som skal bidra til å skape trygghet hos barn av psykisk syke?

En sykepleier trenger både praktiske ferdigheter, teoretisk kunnskap og personlig kompetanse (Skau, 2012). Kommunikasjonsferdigheter anses å være viktig for å kunne skape en relasjon mellom to mennesker. Kari Martinsen sier at omsorg består av en relasjon mellom minst to personer. For at en relasjonell omsorg skal være mulig å gi mener Kari Martinsen at sykepleieren må være villig til å engasjere seg og vise interesse for barnets situasjon (Kristoffersen, 2012a). Dette kan gjøres ved hjelp av bekræftende kommunikasjonsferdigheter. Det kan være å bekrefte barnets utsagn verbalt som: «jeg skjønner», «åja» eller nonverbalt med et nikk eller smil. Det kan også være å oppmuntre barnet til å snakke mer om noe en som sykepleier ønsker å vite mer om. Det å speile følelser er også en del av bekræftende kommunikasjon, dette kan hjelpe barnet med å sette ord på de følelsene som kommer til uttrykk (Eide & Eide, 2013).

Å kommunisere med barn innebærer at en møter barnet på barnets premisser (Eide & Eide, 2013). Som sykepleier er det dermed nødvendig at en har kunnskap om barns utvikling og behov i ulike aldersgrupper. Det er et stort aldersspenn på de utvalgte barna i studien. En må møte et barn på 6 år annerledes enn en ungdom på 18 år. For små barn bør samtalerommet være tilrettelagt med for eksempel leker. Det kan være nok at barnet blir forsikret om at mor eller far blir tatt vare på og av hvem. Samtidig er det vesentlig at barnet får vite når de får se forelderene neste gang. For barn i ungdomsalder kan det være utfordrende å uttrykke opplevelse om egen situasjon på grunn av at de

kan være redde for å belaste foreldrene ytterligere. På bakgrunn av dette kan det være et større behov for samtaler uten at mor eller far er tilstede (Helsedirektoratet, 2010).

Som nevnt tidligere holder det ikke bare med kunnskap og ferdigheter for å kunne yte god sykepleie, og å skape trygghet i barnas situasjon. Helsepersonelles personlige kompetase er avgjørende for den relasjonen en klarer å opprette med barnet. Holdninger hos sykepleieren og bevissthet rundt sine erfaringer er viktig innen sykepleiefaget (Skau, 2012). Dette kan også sees i sammenheng med en del av den moralske dimensjonen av omsorgen. Sykepleieren gir av seg selv for å kunne handle til barnets beste, og på den måten gjøre barnets situasjon bedre (Kristoffersen, 2012a). Her kan det være hensiktsmessig at sykepleiere reflekterer over sine egne handlinger alene og sammen med andre, slik at den personlige kompetansen kan bevisstgjøres og styrkes. Økt kunnskap kan føre til trygghet og det er viktig for at sykepleieren skal kunne overføre trygghet til barnet (Skau, 2012). Så kan en spørre seg om utdanningen for sykepleiere er lang nok for å kunne styrke kunnskapen hos den enkelte sykepleier og bidra til økt bevisstgjøring av seg selv. Kommunikasjonskompetanse kan gi helsefremmende gevinst hos barnet (Eide & Eide, 2013).

Som sykepleier står en overfor to valg i møte med barnet. Enten kan en ta vare på barnets tillit eller så kan en ødelegge grunnlaget for tilliten. Er en som sykepleier likegyldig til barnets historie og betroelser vil barnet oppleve at tilliten er misbrukt, noe som vil skape problemer for videre utvikling av et tillitsforhold. Som sykepleier vil det da også bli problematisk å yte relasjonell omsorg (Kristoffersen, 2012a). Klarer derimot sykepleieren å overbevise barnet om at en vil det vel, og dermed skape tillit kan en bidra til vekst og modning (Hummelvoll & Da- Silva, 2014). Innehar sykepleieren god nok kompetanse kan en forstå det slik at en sykepleier kan kompensere noe for mangelfull tillit og trygghet i hjemme. Til tross for risiko for uheldig utfall av utviklingskriser kan sykepleieren underbygge en mulighet for selvstendig utvikling.

4.1.2 Relasjoner i samfunnet

Stigmatisering innebærer at personen har en egenskap eller et kjennetegn som fører til at personen ikke blir sosialt akseptert på lik linje som andre mennesker i samfunnet. Felles for all form for stigmatisering er at de tiltrekker seg oppmerksomhet, og får de som møter personen til å se bort fra andre egenskaper vedkommende har. Mennesker som stigmatiseres vil således få en annen sosial identitet enn man normalt ville fått (Ingstad, 2013).

Resultatet viser at barna kan merke at foreldrene er annerledes og er redde for at andre skal gjøre narr av dem. Barna frykter at de blir sammenlignet med den syke forelderen og føler på skam og flauhet. Videre ser en at barna gjør seg usynlig på skolen, og unngår oppmerksomhet, men allikevel opplever de stigmatisering fra samfunnet. Det er ikke bare fra samfunnet barna opplever stigmatisering. De opplever det også som vanskelig å forholde seg til helsepersonell på grunn av deres holdninger.

Så kan en spørre seg hvordan en kan forvente at andre i samfunnet skal behandle barna på en respektfull måte, når helsepersonell ikke greier det? Matthias Angermeyer sier at kunnskapen om psykiske lidelser i samfunnet er meget mangelfull, men at helsepersonell i psykisk helsevern undervurderer fordommene i samfunnet på grunn av at de selv ikke kjenner seg igjen i denne tankegangen (Tjora, 2012). Det tyder på at økt kunnskap endrer våre holdninger og kan bidra til å forhindre stigmatisering. Denne kunnskapen kan en bruke i utvikling av utdanningen, kurs og veiledning for sykepleiere.

Skamfølelse og frykt for fordommer gjør det vanskelig for barna å vite om de skal være åpne om lidelsen eller ikke, overfor sitt nettverk (Tjora, 2012). Informasjon om barnas opplevelse av stigmatisering bør sykepleierne ta på alvor, og bidra i arbeidet mot stigmatisering av barn av psykisk syke og deres foreldre. I følge Erikson har barn som drar med seg mye utrygghet og mindreverdigfølelse inn i ungdomsår og pubertet, en betydelig risiko for å falle utenfor de ordinære ungdomsmiljøene. Resultatet kan bli at de flykter mot tilhørighet i andre gjenger som operer på kanten av samfunnet (Helgesen, 2011). Det er nødvendig at en jobber med menneskers holdninger til psykiske lidelser (Hummelvoll, 2014). Barnas erfaring i møte med helsepersonell tyder på at en må starte arbeidet med antistigmatisering innad i helsevesenet, en må heve den personlige kompetansen.

Personlig kompetanse dreier seg om helsepersonells menneskelige kvaliteter og holdninger til seg selv og andre (Skau, 2012). I yrker der det er samspill mellom mennesker vil den personlige kompetansen ofte være avgjørende for hvor langt en kan nå med sine teoretiske kunnskaper og fagspesifikke ferdigheter. Klarer helsepersonell å erkjenne at egen væremåte påvirker omgivelsene, oppnår en at sykepleiere utviser større varsomhet overfor barnets opplevelse av situasjonen, noe som også bidrar til økt refleksjon i samhandling med andre. Den personlige kompetansen vil ha betydning for hvordan den enkelte sykepleier samhandler med barnet og foreldrene (Thorsnes & Rønning, 2011). For å heve den personlig

kompetansen trenger en å være en del av et sosialt samspill, men en har også behov for å være alene for å kunne reflektere over og lære av sine handlinger (Skau, 2012).

Både personlig refleksjon og refleksjon i sosialt samspill med kollegaer kan benyttes i utviklingen av den personlige kompetansen. Erfaring viser at strukturert veiledet refleksjon bidrar til å endre studenters innsikt i egne praksishandlinger. Studentene har god utbytte både av individuell refleksjon og dialog med andre. Gjennom refleksjon ser studentene sammenheng mellom praksis, teori og etiske utfordringer på en tydeligere måte (Brataas, Evensen, Hellesø, Torsvik & Wille, 2011). Studentenes erfaring har god overføringsverdi til sykepleiere som arbeider i praksisfeltet. En ser at lært strukturert refleksjon i samspill med kollegaer kan gi kunnskap som en selv kan benytte i individuell refleksjon.

Klarer en å bekjempe fordommer rundt psykiske lidelser innad i helsesektoren vil en som sykepleier selv kunne være rollemodell for resten av samfunnet. Kan sykepleierne brukes i arbeidet med samfunns- opplysning i større grad? En ser behov for forskning om utvikling av sykepleierens funksjon som kunnskapspåvirker i samfunnet. Skal en som sykepleier drive med samfunnsutvikling bør en ha kunnskap og ferdigheter om kommunikasjon, med tanke på hvordan en skal formidle informasjonen. Det å gi informasjon er å formidle kunnskap som den andre part har behov for og er i stand til å ta imot, og det bør være et behov for informasjon hos det andre mennesket (Eide & Eide, 2013). Derfor kan en tenke seg at uansett hvor mye kunnskap og ferdigheter sykepleier har om kommunikasjon, er det ikke sikkert at det ønskede budskapet når frem, hvis andre samfunnsborgere ikke ønsker eller har behov for denne informasjonen. Kanskje kan en velge å bruke virkemidler som er tilpasset den tiden vi lever i? Som for eksempel sosiale medier.

Kan helsesøster også her være en ressursperson? Som helsesøster kommer en tett på barn og unge i skolepliktig alder. En ser at det er avgjørende at det gis informasjon om psykiske lidelser i tidlig alder slik at det kan normaliseres på lik linje med somatiske sykdommer. Helsesøster har mulighet til å oppsøke skoleklasser å undervise elevene om psykiske lidelser, og på den måten spre kunnskap generelt i samfunnet. Her er det også viktig å vite at barna er i ulike utviklingstrinn (Helgesen, 2011) og dermed har behov for tilpasset informasjon (Eide & Eide, 2013).

Det krever omtanke å tilpasse informasjon til andre mennesker (Eide & Eide, 2013). Dette kan ses i sammenheng med det Kari Martinsen sier om at moralsk omsorg omfatter å handle til barnets beste, slik at barnet får det så godt som mulig (Kristoffersen, 2012a). Ved å være gode rollemodeller for resten av samfunnet kan sykepleieren bidra til å lette barnas hverdag, og dermed yte god omsorg.

4.1.3 Flere typer mestringsstrategier ble brukt i hverdagen

Mestringsstrategier innebærer ifølge Lazarus og Folkman to hovedtyper av strategier for å mestre en vanskelig og stressende situasjon. Det første er problemorientert mestring som omhandler ulike aktiviteter og direkte strategier for å løse et problem eller håndtere en vanskelig situasjon. Det andre er emosjonelt orientert mestring som innebærer at en ønsker å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Valg av strategi er nært knyttet til personligheten, og etter hvert innarbeider en seg en måte å håndtere vanskelige situasjoner på (Kristoffersen, 2012c).

Resultatet viser at barna tar ansvar for familien og hjemmet allerede fra ung alder, spesielt når de observerer at foreldrene har dårlige perioder. I perioder føler barna det som en byrde å ha så mye ansvar hjemme. Tar en utgangspunkt i Lazarus og Folkman kan dette ses på som problemorientert mestring.

Emosjonelt orientert mestring benytter barna ved at de for eksempel barna tar en "time-out" fra hjemmesituasjonen. Det kan være hensiktsmessig når omstendighetene ikke kan endres, og hjelper barnet til å holde ut i ekstreme situasjoner. Over tid kan flukt fra situasjonen gjøre at barnet ikke klarer å tilpasse seg familiesituasjonen. Det kan tyde på at problemorienterte strategier er mer effektiv på lang sikt (Kristoffersen, 2012c). Som sykepleier er det behøvelig at en har kunnskap om hvilke mestringsstrategier som er hensiktsmessig i ulike situasjoner.

Hva skal til for at en som sykepleier skal kunne hjelpe disse barna å skape hensiktsmessige mestringsstrategier?

I følge Kari Martinsen er omsorg mer enn en grunnholdning, det er også en praktisk handling. Det handler om å gi hjelp ut fra barnets behov og barnets situasjon. Omsorgen må tilrettelegges og gjennomføres på en måte som gjør at barnet opplever anerkjennelse og ikke

umyndiggjøring (Kristoffersen, 2012a). Tar en utgangspunkt i Kari Martinsens praktiske omsorg vil sykepleiers oppgave her være å hjelpe barnet til gode hensiktsmessige mestringsstrategier i vanskelige situasjoner. Derfor bør en ha kunnskap om sin veiledende rolle som sykepleier. Som veileder skal en være en profesjonell samtalepartner som både kan gi råd, undervisning og gi informasjon tilpasset barnets behov. Det er da behøvelig at en som sykepleiere har utforskende ferdigheter innen kommunikasjon for å kunne finne ut hva barna trenger. Det handler om at sykepleieren har ferdigheter til å oppmuntre barnet til å fortelle, bruke bekreftende ferdigheter og observere nonverbal signaler gjennom barnets væremåte og mimikk (Eide & Eide, 2013).

I resultatet kommer det frem at barna har behov for informasjon, men at de selv må finne måter å skaffe seg den på. Som sykepleier skal en være med på å gi den informasjon dersom barna er ivaretatt av helsevesenet. Men hvorfor opplever ikke barna det slik? Helsepersonell er blant annet regulert av helsepersonelloven §10a, der hensikten er at det skal være en lav terskel for at helsepersonell skal undersøke barnas behov for informasjon og oppfølging. Her bør sykepleierne kartlegge barnas behov for oppfølging og informasjon. I tillegg er det også viktig at en har ferdigheter innen å formidle informasjonen til barn (Eide & Eide, 2013).

En forutsetning for at en skal klare å hjelpe barnet er at barnet selv er mottakelig for den hjelpen som gis (Eide & Eide, 2013). I følge Erikson er det vesentlig at barn mellom 6- 12 år får tilpassede tilbud og oppgaver som gir barnet en opplevelse av mestring (Helgesen, 2011).

Det finnes ulike tilbud som barnegrupper, nettfora og fritidsaktiviteter som er rettet mot barn i vanskelige situasjoner (Helsedirektoratet, 2010). Resultatet tyder på at barna sjelden blir presenter for tilbud rettet mot barn av psykisk syke i helsevesenet. Kan det være at tilbudene for barn er ukjent for helsepersonell? Som sykepleier vil det være avgjørende at en vet hvilke tilbud som finnes, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten for å kunne tilby et tilpasset tilbud til barnet.

Kan det være hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten sammen kan forme et tilbud til disse barna? Samhandling mellom de ulike tjenestene har stor betydning for at en skal kunne gi god omsorg til barnet over lengre tid. En forelder med en alvorlig psykisk lidelse har ofte behov for langvarige og koordinerte tjenester, og har dermed krav på individuell plan. For god oppfølging av familien vil det være naturlig at barnas behov

blir tatt inn i forelderens individuelle plan. Både 1. og 2. linjetjenesten har plikt til å initiere og koordinere tjenestene i en individuell plan (Helsedirektoratet, 2010).

Gir en som helsepersonell barna informasjon og tilrettelagt oppfølging vil de ha bedre forutsetning til å mestre situasjonen de lever i (Helsedirektoratet, 2010). Det kan være med på å sikre optimal sosial fungering og beskyttelse mot helsesvikt senere i livet (Kristoffersen, 2012c).

4.1.4 Barns møte med helsevesenet

Når mor eller far blir alvorlig rammet av en psykisk lidelse vil det kunne påvirke barna for en kort eller lang periode. Denne gruppen barn er utsatt og sårbare (Helsedirektoratet, 2010). Oppfølging av disse barna skal tas på alvor, og styres av helsepersonelloven §10 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a.

Resultatet viser at barna ikke får informasjon om foreldrenes sykdom hverken fra helsepersonell eller andre. Barna har et sterkt behov for informasjon, men føler at de ikke har rett på det eller at de blir skjernet. Mangel på informasjon bidrar ofte til frykt, frustrasjon og økt bekymring. Barna føler at ingen har tid til deres behov og ønsker, og at de ikke blir anerkjent av helsepersonell. Hvordan er det mulig at barna opplever mangelfull informasjon og oppfølging når helsepersonell er pliktig til å yte dette?

I 2014, fire år etter at lovendringen rundt disse barna ble innført ble det gjort en studie som skulle undersøke helsepersonells erfaringer rundt implementeringen av nye rutiner. Studien viser at helsepersonell i noe større grad dokumenterer om pasienten har barn eller ikke, men en ser ingen forbedring i videre oppfølging av barna. Helsepersonell mener at denne type oppfølging ikke er deres ansvarsområde, og at de ikke er trent for slike oppgaver. De mener at det er for travelt, og for risikofylt for at de kan ta på seg denne oppgaven. Det kan tyde på at helsepersonell er usikre og har for lite kunnskap om temaet (Lauritzen et al., 2014). En ser altså at forskning tyder på at helsepersonell ikke ønsker å bidra i oppfølgingen av disse barna. Det kan tyde på at den personlige kompetansen hos helsepersonell her setter begrensninger for den teoretiske kunnskapen og fagspesifikke ferdighetene (Thorsnes & Rønning, 2011). Som nevnt i punkt 4.1.2 ser en også her viktigheten av å jobbe med og utvikle helsepersonells personlige kompetanse.

Barna opplever også at helsepersonell har lite tid og dermed blir det problematisk å skape tillit til dem. I følge Eide & Eide (2013) byr kommunikasjon med barn og ungdom på store utfordringer for hjelperen. Det som i mange tilfeller gjør situasjonen utfordrende er at foreldrene lett opplever at det settes spørsmålstegn ved deres evne til å gi omsorg for barnet. Sykepleiere uttrykker at de er usikre på hvordan de skal møte og tilnærme seg barn og ungdom som pårørende. En av de viktigste oppgavene i kommunikasjon med barn og ungdom er å skape trygghet og tillit. Resultatet bekrefter dette og viser at tillit er viktig for at helsepersonell skal kunne hjelpe barna. Samtidig var det viktig at barna møtte helsepersonell med kunnskap og erfaring innen feltet. Martinsen sier at hvis en skal oppnå tillit må sykepleieren ha særlig kunnskap og kompetanse for at barnet skal kunne oppleve at hans/hennes omsorgsbehov blir møtt. Som sykepleier står en i posisjon til å gi barna moralsk, praktisk og relasjonell omsorg hvis sykepleieren har tilstrekkelig kompetanse (Kristoffersen, 2012a).

Barna syntes det var vanskelig å skape en relasjon med helsepersonell da det er mange ulike personer å forholde seg til. Det er ofte vanskelig å skape en relasjon til barn med tilknytningsproblemer (Eide & Eide, 2013). I følge Erikson er stabilitet, støtte og veiledning viktig for at barn i puberteten skal utvikle en stabil identitet. Barnets miljø bør være konsekvent i sine reaksjoner (Helgesen, 2011). Antagelig bør det være en eller få sykepleiere som har som oppgave å gi omsorg for barn som pårørende, og for best mulig utbytte av denne oppfølgingen bør den samme sykepleieren ha oppgaven over tid. En utfordring en kan møte i praksis er at barneansvarlig sykepleieren arbeider i turnus, og ikke nødvendigvis er på jobb når det er behov for å følge opp et barn. Kan helsesøster også her være ”rett person på rett plass?”

En ser at samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helsesøstertjenesten ikke nødvendigvis er uproblematisk. Det er opp til pasienten å bestemme hvem som skal ha informasjon om dens sykdomsforhold. Samtykker ikke pasienten til at en får utveksle informasjon på tvers av tjenestene reguleres helsepersonell av helsepersonelloven § 21, som pålegger helsepersonell taushetsplikt angående pasientopplysninger. På samme måte må helsepersonell ha samtykke for å kunne snakke med barna om foreldrenes situasjon. Gir ikke pasienten samtykke til at barnet skal få opplysninger om dennes helsetilstand, kan helsepersonell kun gi barnet generell informasjon. I følge helsepersonelloven § 10 a skal

helsepersonell bidra til at barnet får tilstrekkelig informasjon og oppfølging (Helsepersonelloven, 1999). Barnet skal uavhengig av samtykke ha informasjon om tiltak helsetjenesten kan iverksette for at barnet skal få det mest mulig (Helsedirektoratet, 2010). Som sykepleier i møte med barn av psykisk syke er det nødvendig å ha kunnskap om slike dilemmaer, og en skal være klar over hvilke hensyn en må ta.

Resultatet viser at når barna får økt kunnskap, tilrettelagt kommunikasjon og anerkjennelse lettes barnas hverdag. Barna åpner seg for sykepleieren, og har en forventning om å bli imøtekommet. Som nevnt tidligere er det nødvendig at en som sykepleier har kunnskaper om nonverbal kommunikasjon, bekreftende ferdigheter og informerende ferdigheter slik at en oppnår best mulig dialog med barnet (Eide & Eide, 2013). Resultatet viser at barna ønsker informasjon, men er engstelig for at helsepersonell bruker for vanskelig språk. En ser dermed viktigheten av tilpasset informasjon ut fra barnets alder, og begrenset bruk av fagterminologi (Eide & Eide, 2013).

4.2 Metodediskusjon

I arbeidet med å finne vitenskapelige artikler ble det kun benyttet anerkjente databaser som Medline, PsycINFO og Chinal. Det kan ses som en svakhet at det kun ble brukt tre databaser i forhold til at relevant forskning kan ha blitt ekskludert, men det er brukt tre pålitelige databaser med et stort utvalg av artikler som bidrar til å styrke litteraturstudien.

Emneordene som ble brukte i søket vurderes som relevant for å kunne besvare hensikten på best mulig måte. Bruken og ulike kombinasjoner av emneordene kan ha ført til at relevante studier har blitt ekskludert. Et tidlig søk der avgrensingen var 5 år, ble det funnet en artikkel. Etter dette søket ble det valgt å utvide avgrensingen til 10 år for å minske faren for å ekskludere relevant forskning. Ny avgrensning anses også som en styrke i forhold til at nyere forskning er mest relevant for hensikten. I dette litteraturstudie ble en studie fra 2004 inkludert på tross av at den er eldre enn 10 år. Den ble inkludert fordi den var relevant for oppgaven og bidro til å belyse hensikten på en god måte.

Det ble ikke avgrenset til noen spesifikk psykisk lidelse, kun psykiske lidelser generelt. Årsaken er at det ble for få artikkeltreff når en foretok søk med spesifikke psykiske lidelser.

En styrke ved å generalisere er at en når et større gruppe barn. En ser at barna har mye av de samme utfordringene på tvers av foreldrenes lidelse.

Studiene skulle inkludere barn i alderen 6-18 år. Det ble allikevel inkludert noen studier som beveger seg utenfor dette intervallet, da disse ble sett på som aktuelle for studien. Det finnes 3 studier som benytter en retroperspektiv metode. De ble inkludert på grunn av deres relevans for studien, og fordi de bidro til å belyse hensikten på en god måte. Det er også valgt å inkludere 4 artikler der barna er opp til 19, 20, 22 og 26 år. Dette kan ses som en svakhet da en i Norge anser at barn er definert for å være mennesker under 18 år. De hadde allikevel så stor relevans for studien at de ble inkludert. Det at barna er intervjuet i voksen alder kan både ses som en svakhet og en styrke for studien. Problemet med en retroperspektiv studie er at det barna forteller i voksen alder ikke nødvendigvis samsvarer med det de faktisk følte og erfarte i barndommen. Studien baseres på det de voksne husker, noe som innebærer at en må ta høyde for at de har glemt situasjoner fra barndommen som ikke kommer frem i intervjuene. En styrke med denne typen studie er at de voksne barna har et bedre ordforråd, og dermed klarer å beskrive sine erfaringer på en mer utdypende måte enn mindre barn klarer.

Det var krevende å velge hvilke artikler som skulle inkluderes og ekskluderes for at hensikten skulle belyses på en best mulig måte. For at oppgaven ikke skulle bli for omfattende ble det valgt å fokusere på foreldrenes psykiske lidelser og ikke andre helseproblemer de måtte ha.

I analysen er det tatt høyde for at artiklene brukes på en nøytral måte. Det er i studien kun brukt kvantitative studier, noe som kan anses som en svakhet siden det kan føre til at studien mangler bredde. I studien er det kun inkludert forskning fra vestlige land, dette kan anses som en styrke da studien i stor grad kan relateres til norske sykepleiere. Alle studiene er engelskspråklige, vitenskapelige artikler som inneholder mye fagterminologi. Noe som gir rom for feiltolkning og misforståelser, men en har jobbet godt med oversettelser.

Det var utfordrende å finne den aktuelle litteraturen som en ønsket å diskutere, noe som førte til at mye faglitteratur ble benyttet. Det er i diskusjonen brukt mye pensumlitteratur for sykepleie. Dette gjør at studien er basert på sikkert og pålitelig fagstoff. Det var i tillegg utfordrende å utforme kategoriene i studien da temaene går inn i hverandre, men dette kan ses som en styrke da kategoriene bidrar til flyt og en ”rød trå” i resultatdiskusjon. På grunn av lite

tid og begrenset antall ord på studien blir relevante temaer ekskludert, og det måtte nøye prioriteres hva som skulle diskuteres og muligheten for mer utdyping av ulike tema ble begrenset.

5.0 Konklusjon

Hensikten med studien er å få kunnskap som kan brukes i utvikling av sykepleiekompetanse i møte med barn av en psykisk syk forelder.

Som sykepleier har en behov for kunnskap om profesjonell kommunikasjon, og kunnskap om barns normale utviklingssituasjon. Det at sykepleieren har kunnskap om juridiske rammer i forhold informasjon og oppfølging av barn som pårørende ansees som nødvendig.

For at en skal kunne møte det enkelte barnet som et individ må en ha evner til å skape trygghet i kommunikasjonssituasjonen, vise respekt for barnet og veilede ut fra barnets ståsted. En må gi barnet omsorg som har en praktisk dimensjon her og nå, som på sikt kanskje har en helsefremmende betydning.

Sykepleierens personlige kompetanse kan være utfordrende. Ved å sette av tid til refleksjon på arbeidsplassen kan en bidra til at sykepleieren blir bedre kjent med seg selv, og sine holdninger om psykiske lidelser og barn av psykisk syke.

En ser altså at det er utfordringer med å utvikle nærhet til barn. I fremtidig forskning og utviklingsarbeid kan en på bakgrunn av våre funn spørre seg: Har sykepleieutdanningen nok undervisning om å skape nærhet til barn? Eller skal det være en etterutdanning som går spesielt på det med å møte barn? Kan helsesøster ha den beste posisjonen til å gi omsorg til barnet over lengre tid? Kanskje bør helsesøsterfunksjonen utvides, og tildeles mer ressurser? Hvordan samhandle for å møte barnas behov? Under arbeidet med denne studien har en erfart at det generelt trengs mer forskning på barn av psykisk syke foreldre og deres erfaring i møte med helsevesenet etter de nye lovgivningene tredde i kraft.

Litteraturliste

- Ahlström, B. H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2011). Children's View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 560-567. doi: 10.3109/01612840.2011.579689
- Alnes, N. H. (2011). Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 (16), 1541- 1542. doi: 10.4045/tidsskr.09.1428
- Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis- prosess og verktøy. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arena* (s. 31-50). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brataas, H. V., Evensen, A., Hellesø, N., Torsvik, M., Wille, T. (2011). Sykepleierstudentens erfaringslæring i refleksjon over praksis. I H. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arena* (s. 249- 264). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2010). Dydsetikk. I B. S. Brinchmann (red.). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dahl, A. A. (2012). Psykiske forståelsesmodeller. I A. A. Dahl & T. F. Aarre (red.), *Praktisk psykiatri* (s. 42- 76). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjone, H. H., Ytterhus, B., & 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), 461- 477. doi: 10.1177/0907568209343743

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. utg.). Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & 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(21-22), 3143-3151. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x

Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3 (2).

Griffiths, J., Norris, E., Stallard, P., & Matthews, S. (2012). Living with parents with obsessive-compulsive disorder: Children`s lives and experiences. *The British Psychological Society*, 85, 68-82. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02016.x

Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende: Mor og far er syk*. Rundskriv IS-5/2010. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende>

Helsepersonelloven. (1999). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hov, L., & Jeppesen, E. (2015). *Nye fagprosedyrer om barn som pårørende: Det er viktig at barn med syke foreldre får god og riktig oppfølging*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/03/nye-fagprosedyrer-om-barn-som-parorende>

Hummelvoll, J. K. (2014). Helsefremmende og forebyggende aspekter i psykisk helsearbeid. I J. K. Hummelvoll (red.). *Helt ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K., & Da- Silva, A. B. (2014). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I J. K. Hummelvoll (red.). *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldenda Akademisk.

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

Knutsson, M. 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, 744-752. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3be929b7-b394-4a3d-9a16-d8f0d009a2e3%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4107>

Kristoffersen, N. J. (2012a). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E- A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 207- 280). (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012b). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E- A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 161- 206). (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012c). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E- A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 132- 196). (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Larsen, T. A. (2013). *Barn og samtykke. Hva sier norsk rett?* Hentet fra <https://www.etikkom.no/Aktuelt/Fagbladet-Forskningsetikk/arkiv/2013/2013-4/Barn-og-samtykke--hva-sier-norsk-rett/>

Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K., & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Service Research*. doi: 10.1186/1472-6963-14-58

Michelsen, M. (2015). *10 ønsker fra et pårørende barn I møte med helsepersonell*. Hentet fra http://www.sshf.no/pasient_/kompetansentre_/barnsbeste_/kunnskapsiden_/lese_/barnsbeste-materiell_/PublishingImages/Sider/side/10%20par%C3%B8rende-rad.pdf

Mordoch, E., & Hall, W. A. (2008). Children's Perceptions of living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame. *Qualitativ Health Research*, 18 (8), 1127-1144. doi: 10.1177/10497323308320775

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

Parys, H. V., & Rober, P. (2013). Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39(3), 330- 345. doi: 10.1111/j.1752- 0606.2012.00304.x

Pihkala, H., Sandlund, M., & Cederstrøm, A. (2011). Children in Beardslee's family intervention: relieved by understanding of parental mental illness. *International journal of social psychiatry*, 58(6), 623- 628. doi: 10. 1177/0020764011419055

Skau, G. M. (2012). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4. utg.). Cappelen damm as.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialist>

Thorsen, R. (2012). Trygghet. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E- A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsnes, S. L., & Rønning, A- B. (2011). Veiledning i yrkeslivet. I H. Brataas (red.). *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arena* (s. 265- 282). Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjora, E. (2012). Å være psykiatrisk pasient. I A. A. Dahl & T. F. Aarre (red.). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Trondsen, M. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(4), 174- 188. doi: 10.1177/1049732311420736

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness – investigating their everyday situation. *Nord J Psychiatry*, 62(5), 354 – 359. doi: 10.1080/08039480801960065

VEDLEGG 1

Analyse av forskningsartikler

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
<p>Uforutsigbarhet gjør det vanskelig å konsentrere seg og planlegge fremover i tid.</p> <p>Det å bo med foreldrene er uforutsigbart.</p> <p>Barna synes det er vanskelig å håndtere foreldrenes opp- og nedturer, og er redd for at foreldrene skal begå selvmord. De hadde mye kjærlighet til sine foreldre, men sliter med skyldfølelse, og bebreider seg selv for foreldrenes sykdom.</p> <p>Barna har kjærlige følelser for sin familie, men lider når foreldrene har det vondt, og er redd for at foreldrene skulle begå selvmord. Barna føler seg utrygg i hverdagen.</p> <p>Barna har behov for å hjelpe foreldrene, men vet ikke hvordan. Noe som fører til skyldfølelse, og de bebreider seg selv for foreldrenes sykdom.</p> <p>Forholdet til foreldrene er vanskelig og frustrerende, men barna ønsker å hjelpe. Barna er redd for selv å få tvangstanker.</p> <p>Barna er bekymret for sine foreldre, og redd for å miste dem. Barna føler seg usikker, og mangler selvtillit.</p>	<p>Barna føler seg utrygg, og er redd for at forelderens skal begå selvmord</p> <p>Barna har mye kjærlighet til sine foreldre, men det er vanskelig å forholde seg til forelderens opp- og nedturer.</p> <p>Forelderens psykiske lidelse gjør hverdagen uforutsigbar.</p>	<p>Hverdagen med de nære</p>

<p>En del av barna er oppmerksom og sensitiv på foreldrenes symptomer på depresjon. De merker raskt om foreldrene går og legger seg tidlig, er hjemme fra jobb eller gjør mindre hjemme. Foreldrene er ofte lei seg og blir raskere sint. Grunnen til at barna er observant på foreldrenes symptomer er fordi de er redd for foreldrene.</p> <p>Når en forelder blir lagt inn på sykehus blir den daglige rytmen forstyrret og barna opplever frykt og angst.</p> <p>Barna er flau og skamfulle på grunn av foreldrene, men allikevel er de lojale, stolte og glade i dem.</p> <p>Barna er oppmerksom på at foreldrene er annerledes fra andres foreldre. De beskriver foreldrene som rar og uforutsigbar. Foreldrene distanserer seg enten fra barnas hverdag eller er alt for engasjert.</p> <p>Barna synes det er vanskelig å forholde seg til helsevesenet på grunn av deres holdninger.</p> <p>Det sosiale livet er vanskelig og ubehagelig. De er redde for hva andre tenker om dem.</p> <p>Barna opplever at andre ser på deres familie som annerledes.</p> <p>Barna er redd for at andre skal se foreldrene.</p> <p>Barna har et sterkt ønske om å være lik andre barn og vil bli sett på som ”normal” av samfunnet.</p>	<p>Barna er redd for hva andre tenker om dem</p> <p>Føler at andre ser på dem som annerledes</p> <p>Barna har et sterkt ønske om å være normal</p>	<p>Relasjoner i samfunnet</p>
--	--	-------------------------------

<p>Barna er bekymret for stigmatisering, og bruker strategier for å unngå dette.</p> <p>Barna forteller at de føler seg annerledes. Lite informasjon gjør at barna ikke vet hvorfor situasjonen er som den er, men de føler allikevel skam og frykt.</p> <p>Barna merker at noe var annerledes med sine foreldre.</p> <p>Barna er flau overfor foreldrene. De måler seg opp mot jevnaldrende og de ønsker ikke å bli sett på som annerledes. Endringer i foreldrenes atferd påvirker oppfatningen utenfra.</p> <p>Barna tar ansvar i hjemmet, slik at de ikke provoserte foreldrene.</p> <p>Barna er på vakt for å unngå å gjøre noe "galt". Barna justerer hele tiden sin atferd etter foreldrenes humør.</p> <p>Barna tar avstand fra hjemmet når tilværelsen blir utfordrende.</p> <p>Oppsøker venner for støtte når ting er utfordrende.</p> <p>Barna bruker tid utenfor hjemmet når ting blir vanskelig.</p> <p>Skaffer seg informasjon for å forstå foreldrenes situasjon, slik at de kan forutse hvordan foreldrene reagerer.</p>	<p>Barna forlater hjemmet i vanskelige perioder</p> <p>Barna justerer sin atferd etter foreldrenes humør</p> <p>Barna bidrar i hjemmet</p> <p>De bruker venner, familie og andre som støttespillere</p>	<p>Flere typer mestringsstrategier ble brukt i hverdagen</p>
--	---	--

Barna ønsker å være borte fra huset, og unngår å gjøre ting som fører til at foreldrene blir opprørt.

Barna bidrar hjemme når de observerer at foreldrene er i dårlig humør.

Barna forteller at de bidrar mye hjemme med blant annet innkjøp av matvarer fra tidlig alder. De hjelper til hjemme for å unngå at den syke forelderen skal bli sliten.

Barna ønsker å tilbringe mest mulig tid borte fra hjemmet. Når barna deltar på fritidsaktiviteter sammen med andre føler de seg normale, og glemmer at de har foreldre med en psykisk lidelse hjemme.

I situasjoner der barna opplever at foreldrene er aggressive forteller de at det beste er å gå rommet til situasjonen har roet seg. I situasjoner som dette føler barna det er best å være stille slik at de ikke gjør situasjonen verre.

I utfordrende situasjoner søker barna støtte og trygghet gjennom musikk, tekster og dagbøker. Gjennom andres ord og melodier føler barna seg normal og akseptert.

Barna bruker ulike mestringsstrategier for å håndtere hverdagen. De finner støtte i idrett, og støttespillere utenfor familien som de kan dele tanker og følelser med. Eksempler på slike støttespillere er venner, lærere og besteforeldre.

Barna tar mye ansvar for familien og hjemmet. De opplever at foreldrene av og til oppfører seg som

<p>små barn. Det er barna som tar ansvar for å vekke foreldrene om morgenen, forteller dem hva de skal gjøre og hva de ikke må glemme.</p> <p>Barna er redde for stigmatisering noe som fører til at de tar i bruk ulike mestringsstrategier for å unngå det.</p> <p>Hjelper å snakke med foreldre og venner. Barna hjelper foreldrene emosjonelt og praktisk.</p> <p>Mangel på informasjon skaper bekymring og frykt.</p> <p>Det er vanskelig å skape tillitt til helsepersonell på grunn av lite tid og for mange folk å forholde seg til. Barna opplever en høy terskel for å kontakte helsevesenet.</p> <p>På grunn av mangelfull informasjon i barndommen tenker barna mye, og føler at noe er galt. Dette fører til frykt for selv å bli syk. Barna mener at tidlig informasjon reduserer mengden bekymring og stress.</p> <p>Barna føler at deres behov blir oversett og ikke følges opp.</p> <p>Barna synes det er vanskelig å kontakte helsevesenet, og mener at helsepersonell bør ta mer initiativ til kontakt med barna.</p> <p>Barna ønsker å snakke med voksne, og inkluderes. De vil ha informasjon slik at de kan forstå foreldrens situasjon.</p>	<p>Mangel på informasjon skaper unødig bekymring</p> <p>Barna ønsker å bli sett</p> <p>Helsevesenet bør ta mer initiativ</p> <p>Økt oppmerksomhet rundt barna gjør hverdagen enklere</p>	<p>Barns møte med helsevesenet</p>
--	--	------------------------------------

Barna mener at helsepersonell bør ta kontakt først, slik at barna føler at de ble sett.

Barna ønsker oppmerksomhet rundt sin egen mentale helse.

Barna føler at ingen ser deres behov og ønsker. De føler at foreldrene får all oppmerksomheten. Dette fører til ensomhet hos barna.

Tillitt til helsepersonell er viktig for å bli hjulpet.

Barna savner at noen ser deres behov i hverdagen.

Samtale med andre hjelper for å lette situasjonen.

Barna har et ønske om informasjon om foreldrenes situasjon, slik at de har mulighet til å hjelpe dem.

Barna ønsker mer støtte og informasjon fra helsevesenet. De blir irritert på grunn av manglende anerkjennelse fra helsepersonell. Barna synes det hjelper å snakke med personer som har erfaring og kompetanse.

Barna ønsker informasjon om foreldrenes lidelse, men føler at andre ikke ønsker å gi dem informasjon. Skal barna få informasjon om foreldrenes selvmordstanker og selvmordsforsøk må de selv etterspørre det. Ofte er den eneste informasjonen barna får den de eventuelt overhører når foreldrene krangler

Barna synes det er godt å vite at foreldrene blir godt tatt vare på under innleggelse.

Barna føler at de får lite støtte, kontakt og informasjon.

Når foreldrene er innlagt på sykehus er barna redde for dem og føler skyld overfor foreldrene.

Barna er redde for å miste forelderen, og for hva som skal skje med dem når forelderen var borte fra dem.

Familieterapi gir barna økt kunnskap noe som bidrar til økt trygghet.

Informasjon gjør at barna får økt forståelse angående sin egen situasjon, og de får mer frihet til andre ting i hverdagen.

Barna forstår at det er sykdommen som endrer foreldrene, hvis de får informasjon.

Økt kunnskap og informasjon gjør barna sterkere til å stå i situasjonen.

Mer åpenhet og kommunikasjon fører til bedre forhold mellom barna og foreldrene.

Barna spør etter private steder der de sammen med familien kan møtes, der det er mer hjemmekoselig.

Noen barn kommenterer at det er liten tilgang til deres inneliggende foreldre, og foreslår at de kan få et telefonnummer, slik at de kan ringe deres foreldre.

<p>Barna mener at ekstra hjelp til familien kan hjelpe når forelderen er dårlig.</p> <p>Kommunikasjonsproblemer i forhold til at helsearbeidere ikke gir grunnleggende informasjon om forelderens sykdom eller behandling.</p>		
--	--	--

Vedlegg 2

Tabell for vurdering av forskningsartikler. Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord:

VEDLEGG 3

Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline 20.01.2016	(Abstracts and yr="2011-Current" and (norwegian, swedish, danish or english))	Child of impaired parents AND Mental disorders	57	50* 3**	4	1***	1
Cinahl	Abstract Available; Linked Full Text; Published Date: 2006-2016; Peer Reviewed; Age Groups: Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	Children of impaired parents AND Mental disorders AND Child+	92	80* 5**	7	5***	2
Medline	(abstracts and english language and male and female and full text and humans and	Child AND Child of Impaired Parents AND	46	30* 8**	8	3***	3

	yr="2006 - 2016" and ("child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)") and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)"	Mental Disorder s AND Parent-Child Relations					
Medline	(Abstracts and yr="2006-Current" and (norwegian, swedish, danish or english))	Child of impaired parents AND mental disorder AND communication AND parents OR family	36	30* 3**	3	1***	1
PsycINFO	(abstracts and (danish or english or norwegian or swedish) and last 10 years)	Parents or family AND child attitudes AND Mental disorders	41	36* 2**	3	2***	1

Medline	(Abstracts and full text and yr="2006 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish) and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")	Parents OR Family AND child of impaired parents AND mental disorders	216	200* 10**	6	3***	2
Medline	limit 9 to (abstracts and english language and full text and humans and yr="2008 - 2016" and ("all child (0 to 18 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)" or "young adult (19 to 24 years)") and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")	Child AND Parents AND Mental Disorders AND Child of Impaired Parents	75	65* 7**	3	3***	1

Manuelt søk	Funnet i litteraturlisten til "I for store sko. Barn som pårørende når mor eller far er psykisk syk"	-	1	0	0	1	1
----------------	--	---	---	---	---	---	---

*Antall artikler som ble ekskludert etter lest tittel

** Antall artikler som ble ekskludert etter lest abstrakt

*** Antall artikler som ble gransket i sin helhet

VEDLEGG 4

Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrumenter	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Fudge & Mason Australian e- Journal for the Advancement of mental Health, Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness 2004 Australia	Hensikten med studien var å finne informasjon fra barn av foreldre med mental sykdom slik at hjelpeinstanser kunne være med å hjelpe dem best mulig.	Kvalitativt/ Fokusgrupper/ intervju	33 barn i alderen 7- 12 år 25 barn i alderen 13- 20 år	De mente at sykehuset burde være mer familievennlig, mer informasjon gitt slik at de forstår, mulighet for å være privat med foreldrene, støtte fra skole og en egen plan for barna	Det står ikke i studien om den er godkjent av etisk komite Det er en tydelig IMRaD og en tydelig metode. Det er i studien mange barn som deltar, noe som er overførbart til en større populasjon
Knutsson, Edlund & Ramklint Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,	Hensikten med studien å undersøke barnas erfaringer av å vokse opp med en psykisk syk	Kvalitativ Spørreskjema sendt i posten og analysert kvalitativt. kommentarene på disse	87 voksne barn ble spurt om å delta. 36 deltok. 15 menn og 21 kvinner.	Var vanskelig å få kontakt med helsepersonell , både der foreldrene var	Retroperspekt iv studie Godkjent av lokal etisk komité

Experiences in a group of grown up children of mentlly ill parents 2007 Sweden	forelder og deres erfaringer med helsevesenet	spørsmålene ble analysert ved bruk av manifest content analysis	Mellom 19-38 år.	innlagt og i ettertid De var bekymret for foreldrene. De var usikker og redd.	
Mordoch & Hall Qualitative Health Research, Children's Persceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rythm and Maintaining the Frame 2008 Canada	Hensikten med studien er å forklare hvordan barn mestret sine opplevelser av å leve med psykisk syk forelder.	Kvalitativt Symbolsk interaksjonisme, som understreker sammenheng mellom symboler (delt betydninger) og intervju, observasjon og tegning.	22 barn mellom 6-16 år 14 gutter og 8 jenter	Å finne rytmen og opprettholde rammen var viktige funn. Det brukte ulike mestringsstrategier for å mestre hverdagen og var klar over stigmatiserin	Ikke støttet av etisk komitè. Skriftlig samtykke fra barn og foreldre.
Östman Nordic Journal of Psychiatry, Interviews With children of Persons with a	Hensikten med denne studien er å undersøke barns erfaring rundt det å leve med en forelder som	Kvalitativ	Det var 8 barn mellom 10- 18 år som ble intervjuet	Barna ønsket å hjelpe foreldrene, men sliter med motstridende følelser da sykdommen	Studien er godkjent av "ReSearch Ethics Committee of The Medical faculty of The

<p>severe mental illness- Investegating their everyday situation</p> <p>2008</p> <p>Sweeden</p>	<p>har en psykisk lidelse</p>			<p>gir vanskelige situasjoner. Barna føler seg alene, siden foreldrene får alles oppmerksomhet. Barna blir etterlatt alene med sine tanker og følelser, men når noen snakket med dem lettet det situasjonen deres.</p>	<p>University of Lund”</p>
<p>Fjone, Ytterhus & Almvik</p> <p>Childhood, 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</p>	<p>Hensikten med denne studien er å gi økt kunnskap om hvordan det er å vokse opp med psykisk syke foreldre.</p>	<p>Det er en kvalitativ studie, dybde-intervju</p>	<p>Det var 20 barn i alderen 8-22 år som ble intervjuet. 14 jenter og 6 gutter. 5 av barna var over 18 år og 15 under 18 år.</p> <p>Alle hadde en eller to foreldre med</p>	<p>Barna har et sterkt ønske om å være lik andre barn, de strever for å være lik jevnaldrende og de streber etter å bli sett på som ”normal” av samfunnet.</p> <p>Barna følte skam og flauhet over sine foreldre,</p>	<p>Studien er godtjent av Regional Committee for Medical Research Ethics</p> <p>Og the Norwegian Social Science Daa Service according to legal aspects</p>

<p>2009</p> <p>Norge</p>			<p>en psykisk lidelse.</p>	<p>men de var stolte, glade og lojale mot dem.</p> <p>Barna fortalte at de følte seg annerledes.</p> <p>Barna merket at sine foreldre var annerledes fra andre. De beskrev foreldrene som rar, uforutsigbar, distansert i barnas hverdag eller alt for engasjert.</p> <p>Barna kjente frykt for å bli sammenlignet med den syke, og redd for stigmatisering</p> <p>Barna tok i bruk ulike mestringsstrategier.</p>	<p>of personal information protection</p>
--------------------------	--	--	----------------------------	--	---

<p>Foster</p> <p>Journal of clinical nursing,</p> <p>‘You`d think this roller coaster was never going to stop’: experiences of adult children of parents with serious mental illness</p> <p>2010</p> <p>Australia</p>	<p>Hensikten er å belyse hvordan voksne barn opplevde å leve med psykisk syke foreldre, og hvordan barna har mestret det.</p>	<p>Kvalitativ/ Retrospekt iv studie.</p>	<p>8 kvinner og 2 menn mellom 25-57 år ble intervjuet.</p>	<p>Mangel på informasjon skaper utrygghet. De syntes det er vanskelig å skille mellom person og sykdom. Vanskelig å forholde seg til foreldrenes opp - og nedturer. Vanskelig å ha et sosialt liv.</p>	<p>Studien er godkjent av “University Humen Ethics commitee”</p>
<p>Ahlström, skärsäter & Danielson</p> <p>Issues in Mental Health Nursing,</p> <p>Childrens view of amajor Depression Affecting a parent in the family</p> <p>2011</p> <p>Sweeden</p>	<p>Belyse barns perspektiv , betydningen for familielivet der en forelder lider av alvorlig depresjon.</p>	<p>Kvalitativt design/ Narrative intervju-fem spørsmål guidet intervjuene</p>	<p>8 barn og unge voksne mellom 6-26 år</p>	<p>Hadde kjærlige følelser for familien, redd for foreldrene trengte å være borte fra atmosfæren hjemme. Ønsket å støtte foreldrene, men visste ikke hvordan. Noe avmakt fulgte dem</p>	<p>Få medlemmer som kan gi mer utdypende intevju, som kan være positivt i vår oppgave.</p> <p>Den er svensk og nært vårt samfunn, kan være god overføringsve rdi</p>

				inn i voksenlivet	Godkjent av etisk komitè: Regional Ethical Review Board i Gothenburg
O`Brien, Anand, Brady & Gillies International Journal of Mental Health Nursing, Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children 2011 Australia	Hensikten med studien er å identifisere perspektivene i forhold til at barn besøker foreldrene sine som er lagt inn i psykiatrisk klinikk	kvalitativt/fortolkende/intervju	5 barn mellom 8-15 år	Det var viktig for barna og besøke foreldrene. De ville bli sett og snakke med voksne og få forståelse av sykdommen.	Godkjent av etisk komitè fra University of Western Sydney Human Research Ethics Committee og det lokale Human research Ethics committee Forklarer godt hvordan studien ble gjennomført
Pihkala, Sandlund & Cederström International Journal of Social Psychiatry,	Hensikten med denne studien var å kartlegge barnas og foreldrenes opplevelse av å bruke familiebaserte	Kvalitativ studie /Individuelle intervju	I studien ble 14 barn, og 9 foreldre intervjuet. I tillegg ble 5 foreldre uten barn intervjuet.	Barna opplevde at informasjon og kunnskap gav trygghet og økt overskudd til andre ting i	Studien er godkjent av "The local Ethics Committee of Umeå University"

<p>Children in Beardslee`s family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness</p> <p>2011</p> <p>Sweden</p>	<p>metoder for å forebygge psykiske problemer for barn av psykisk syke foreldre</p>		<p>Barna var i alderen 6-17 år</p>	<p>hverdagen. Det bedret foreldre- barn forholdet.</p>	
<p>Trondsen</p> <p>Qualitative Health Research,</p> <p>Living With a Mentally Ill Parent Exploring Adolescents`Experiences and Perspectives</p> <p>2012</p> <p>Norway</p>	<p>Hensikten er å få innsikt i barn og unges erfaringer og opplevelser rundt det å leve med en psykisk syk forelder</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Gjennom 2 år har en selvhjelps side på nett for barn blitt analysert.</p>	<p>I studien var det 16 deltakere i alderen 15-18 år</p>	<p>Lite informasjon førte til utrygghet i hverdagen. Det var vanskelig å forholde seg til helsevesenet. Barna brukte ulike mestringsstrategier for å komme gjennom hverdagen.</p>	<p>Studien er godkjent av "Regional Committee of Medical Research Ethics"</p> <p>Og "Norwegian Social Science Data Services"</p>
<p>Griffiths, Norris, Stallard & Mattews</p>	<p>Utforske erfaringer til unge mennesker med en forelder med</p>	<p>Semi-strukturerte intervjuer</p> <p>En kvalitativ studie</p>	<p>10 stykker mellom 13-19 år</p> <p>4 jenter og 5 gutter.</p>	<p>Prøver å hjelpe foreldrene. Ønske om distansere seg fra hjemmet.</p>	<p>Få deltakere, søsken ble ikke ekskludert baser på en type lidelse</p>

<p>The British Psychological Society, Living with parents with obsessive-compulsive disorder: Children`s lives and experiences</p> <p>2012</p> <p>England</p>	<p>OCD. Også virkningen av foreldrenes OCD og deres forståelse av det.</p>			<p>Hadde utholdenhet til tross for vanskelige følelser var flau over sykdommen og ønsket mer støtte og informasjon fra helsevesenet</p>	<p>Er vurdert av etisk komite</p>
<p>Parys & Rober</p> <p>Journal of marital and family therapy,</p> <p>Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression</p> <p>2013</p> <p>Belgium</p>	<p>Hensikten med denne studien er å belyse hvordan barn med en forelder innlagt på sykehus for depresjon opplever dette, og hvordan de opplever familiesituasjonen</p>	<p>Kvalitativ studie, basert på familieintervju</p>	<p>8 familier, 14 barn i alderen 7-14 år</p>	<p>Barna var på vakt overfor foreldrenes symptomer på depresjon. De var redd for foreldrene sine og savnet informasjon om foreldrenes situasjon. Barna tok i bruk ulike mestringsstrategier for å håndtere hverdagen.</p>	<p>Etisk vurdert av University of Leuven`s ethical commission</p>