



# Bachelorgradsoppgave

"Det barn ikke vet, har de vondt av"

Barn som pårørende av psykisk syke foreldre

*"What children don't know, hurt them"*

*Children of parents with mental illness*

Mari Jensen

Antall ord: 9497

Spu 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling helsefag

Levanger

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



**HINT**

## Abstrakt

**Introduksjon:** Ca. 260 000 barn i Norge har foreldre med så alvorlig grad av psykisk sykdom at det kan gå ut over daglig fungering. Dersom foreldre rammes av psykisk sykdom vil det påvirke hele familien, også barn.

**Hensikt:** Finne ut hvordan sykepleiere kan hjelpe barn av psykisk syke til å mestre hverdagen.

**Metode:** Allmenn litteraturstudie som er basert på 13 vitenskapelige artikler.

**Resultat:** Barn av psykisk syke følte skyld og skam, og opplevde uforutsigbarhet i hverdagen på grunn av foreldrenes avvikende oppførsel. Barna påtok seg ansvar, og satte foreldrenes behov foran sine egne. De utviklet problemer som konsekvens av foreldrenes sykdom, hvor sosiale problem var størst.

**Diskusjon:** Barna hadde behov for tilpasset informasjon og veiledning om foreldrenes sykdom. Sykepleiere er pliktig til å hjelpe, men individuelle faktorer som kunnskap, erfaring, alder og kjønn hos sykepleierne spilte inn på om de utførte sine oppgaver i forhold til disse barna. Barn tålte å snakke om vanskelige tema, og opplevde stor nytte av å delta i grupper med andre barn i samme situasjon.

**Konklusjon:** Barna hadde behov for hjelp til mestring av sin situasjon med psykisk syke foreldre. Det kom frem at det er viktig at man ser disse barna, og har riktig kompetanse for å hjelpe. Det er behov for å trekke denne gruppen frem slik at disse barna blir mer fokus for sykepleiere i fremtiden.

**Nøkkelord:** "Barn som pårørende", "mestring", "psykiske syke foreldre", "sykepleie"

## INNHALDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKSJON.....	1
1.1. Hensikt .....	4
1.2. Relevans for sykepleiepraksis .....	4
2. METODE .....	5
2.1. Litteratursøk .....	5
2.2. Allmenn litteraturstudie .....	6
2.3. Analyse.....	6
2.4. Ethiske overveielser .....	8
3. RESULTAT.....	9
3.1. Lite kunnskap skapte frykt hos barna .....	9
3.2. Barna påtok seg for mye ansvar .....	10
3.3. Barna følte seg ensomme i sin situasjon .....	11
3.4. Barna hadde behov for hjelp til mestring .....	13
4. DISKUSJON.....	14

4.1. Resultatdiskusjon .....	14
4.1.1. Lite kunnskap skapte frykt hos barna.....	14
4.1.2. Barna påtok seg for mye ansvar .....	16
4.1.3. Barna følte seg ensomme i sin situasjon.....	18
4.1.4. Barna hadde behov for hjelp til mestring.....	21
4.2. Metodediskusjon .....	23
5. KONKLUSJON .....	25
6. LITTERATURLISTE .....	27

*Vedlegg 1:Oversikt over søkeresultat*

*Vedlegg 2:Innholdsanalyse*

*Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler*

# 1. INTRODUKSJON

Psykisk sykdom er en forstyrrelse i forhold til psykisk funksjon knyttet til følelser, tanker og vilje. Rundt halvparten av Norges befolkning vil en eller annen gang i løpet av livet rammes av en psykisk lidelse. Depresjon, angst og alkoholavhengighet er blant de vanligste psykiske lidelsene (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

I følge Folkehelseinstituttet (2015) er det i Norge 410 000 barn av foreldre med en psykisk sykdom. Herunder er også foreldre med milde lidelser som nødvendigvis ikke påvirker barna, som fobier, mild sosial angst og forbigående depresjoner. 260 000 barn har foreldre med en så alvorlig grad at det kan gå ut over daglig fungering hos foreldrene (Folkehelseinstituttet, 2015).

I følge helsepersonelloven (1999, §10a) skal mindreårige barn av psykisk syke følges opp og ivaretas. Helsepersonell skal gi barn av foreldre som er alvorlig syk, deriblant psykisk sykdom, informasjon og oppfølging etter behov. Det er helsepersonells ansvar å avklare om pasienten har mindreårige barn og videre ha samtale med pasienten om oppfølgingsbehov. Deretter skal man kartlegge behov for informasjon og veiledning hos disse barna (Helsepersonelloven, 1999, §10a). I spesialisthelsetjenesten skal det være barneansvarlig personell som er pliktig til å følge opp mindreårige barn av psykisk syke, rusavhengige og alvorlig somatisk syke. Barneansvarlig personell skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av disse barna (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a).

Moen (2012) sier at når et individ rammes av en psykisk lidelse, vil dette påvirke hele familien. Dette gjelder også barn. Barn vil ikke alltid forstå hva som skjer, men de forstår at noe er galt. For å gjøre situasjonen bedre, vil barnet forsøke å forstå og oppføre seg slik barnet tror den voksne ønsker, noe som krever mye energi fra barnet. De legger egne behov til side i håp om å tilfredsstille sin forelder. Det er blitt gjort tiltak for å bedre situasjonen i forhold til disse barna. Både forskrifter, veiledere og forskjellige prosjekter er blitt opprettet i voksenpsykiatrien i Norge for å få et større fokus mot dette tema, men det er fortsatt en lang vei å gå i voksenpsykiatrien før ivaretagelsen av barn skal være god nok (Moen, 2012).

Norsk sykepleierforbund (2013) sier at grunnlaget for god psykisk helse legges i tidlige barneår, og vanskelige oppvekstvilkår gjør barn særlig utsatt for å utvikle psykiske problemer. Borge (2003) beskriver at det er større sannsynlighet for at barn av foreldre med psykiske lidelser også utvikler psykiske lidelser selv. Hovedproblemet hos disse barna er ofte hjemmemiljøet, og ikke foreldrenes lidelse i seg selv. Det er her snakk om et miljø hvor barna vokser opp med ustabile foreldre som ikke setter grenser. Foreldrene har en sviktende evne til å oppdra, tar ikke hånd om huslige plikter, og utsetter barna for fattigdom, vold, stress og alkoholmisbruk. Alle disse faktorene påvirker miljøet hjemme og gir barna dårlig utgangspunkt for en god oppvekst. Dersom det er et godt miljø i familien, vil barna kunne utvikle seg i positiv retning i forhold til psykisk helse, til tross for foreldrenes lidelser (Borge, 2003; Borge 2003a).

Borge (2003) beskriver at begrepet mestring er basert på læring. Mestringslæring kan bidra til å forebygge problemer, både på skolen og ellers i samfunnet. Alle kan lære seg å mestre hverdagen og problemene sine. Den britiske definisjonen av ordet mestring har en fysisk betydning som kan forbindes med muring. Muring er håndverk, og håndtering blir da en god oversettelse. Man kan her trekke sammenhenger mellom det bokstavelig talt oppbyggelige i håndverket muring, og det oppbyggelige i atferd hos mennesker som er knyttet til å håndtere livets utfordringer (Borge, 2003).

I denne oppgaven vil det bli lagt vekt på Eriksons psykodynamiske teori for å se på barnets utvikling og behov. Erik H. Erikson er en av de mest kjente teoretikere som beskriver menneskets utvikling. Eriksons teori tilhører de psykodynamiske teoriene, og bygger på samspillet mellom menneskets ego og samfunnet det lever i. Psykodynamiske teorier har til felles at de vektlegger behovsdekning som den viktigste drivkraften i menneskets utvikling. I følge Erikson er barnets sosiale miljø en faktor for menneskets utvikling (Bunkholdt, 2000).

Eriksons teori om den psykososiale utviklingen fokuserer på de ulike personlige kjennetegnene som vokser fram hos mennesker i avgrensede perioder. Mennesket har åtte slike vekstperioder fra fødselen og gjennom livet til alderdommen. Barn er sårbare fordi de trenger å få dekket sine fasetypiske behov. Dersom dette ikke oppnås tilfredsstillende, minsker sjansen for at barnet skal klare seg gjennom den påfølgende fasen på en god nok måte (Bunkholdt, 2000). Fase 7 og 8 omhandler voksne, og er derfor ikke beskrevet nedenfor.

Fase 1: Her utvikles grunnleggende tillit vs. grunnleggende mistillit. Mor er sentral, og samspill, stabilitet, stimulering og dekning av fysiologiske behov er viktig. Utvikling av tillit kommer an på omsorgspersonene og om de opptrer i et forutsigbart mønster ovenfor barnet.

Fase 2: Autonomi vs. skam og tvil er grunnleggende holdninger som utvikles. Selvstendighet og grensesetting er fasetypiske behov. Barnet har behov for å ledes mot selvtillit. Barn trenger å skjermes mot meningsløse og kunstige opplevelser som kan føre til tvil og skam.

Fase 3: Initiativ vs. skyldfølelse er grunnleggende holdninger som utvikles.

Utforskningstrang, nysgjerrighet, fortsatt selvstendighet og mestring og grensesetting er fasetypiske behov. Mennesket har behov for følelse av initiativ i alt som det gjør og lærer. Dersom barnet føler skyld for noe som det ikke skal eller kan ta ansvaret for, kan det føre til negative følelser.

Fase 4: Arbeidsevne vs. mindreverdsfølelse er grunnleggende holdninger som utvikles.

Ansvar, læring og produktivitet er fasetypiske behov. Barnet forsøker å få annerkjennelse ved å lage ting. Barna ønsker å få oppgaver, og trenger ros. Barn som utvikler mindreverd har ofte foreldre som har brukt for streng eller for tilfeldig grensesetting, som skaper utrygghet hos barnet.

Fase 5: Identitet vs. rolleforvirring er grunnholdninger som utvikles. Å få bygget en fast identitet er et fasetypisk behov. Her begynner barnet å gå over til å være ungdom. Faren ved dette stadiet er rolleforvirring, og en forutsetning er et miljø som er konsekvent i reaksjoner. Dersom miljøet reagerer på inkonsekvente måter, kan det oppstå et forvirrende bilde av seg selv.

Fase 6: Intimitet vs. isolasjon er grunnleggende holdninger som utvikles. Dette stadiet er preget av forpliktelser og seksualitet. Den unge voksne er klar for nærhet i form av vennskap og partnerforhold. Distansering og isolasjon kan skje som beskyttelse dersom man mislykkes i forholdene til nære mennesker.

(Erikson, 2000; Bunkholdt, 2000).

En annen teori det vil legges fokus på i denne oppgaven er Hilchen Sommerschildts mestringsteori. Sommerschild (1998) har en modell for mestringens vilkår. Denne modellen er utviklet med utgangspunkt i en skisse fra Lester Libo fra 1969. Modellen tar utgangspunkt i tilhørighet og kompetanse som to områder som må styrkes for at mennesket skal kunne mestre eget liv. Under tilhørighet trekkes betydningen av

- Dyaden - minst en nær fortrolig
- Familien - forutsigbarhet, bekreftelse og tilhørighet

- Nettverket - fellesskap i verdier, sosial støtte.

Under kompetanse trekkes det frem å kunne noe, å være til nytte, å få ansvar, utfolde nestekjærlighet og møte og mestre motgang. Dette fører til at barna utvikler egenverd og motstandskraft, som gjør de i stand til å mestre utfordringer (Sommerschild, 1998).

Til slutt beskriver Sommerschild (1998) tre elementer tatt fra Aaron Antonovsky, å forstå situasjonen, ha tro på å finne løsninger, og å finne mening i å forsøke på det. Disse er utviklet med utgangspunkt i voksne mennesker, men perspektivene er også gyldige for barn. Dette mestringsperspektivet kan i større grad enn sykdomsperspektivet lede en hjelper til å bli oppmerksom på nye muligheter hos den hjelpesøkende og dens omgivelser. Dette perspektivet gjør at mestring blir en mulighet, da hver enkelt person og situasjon har egne mestringspotensialer (Sommerschild, 1998).

### 1.1.Hensikt

Hensikten med denne studien er å finne ut hvordan sykepleiere kan hjelpe barn av psykisk syke til å mestre hverdagen.

Oppgaven har i utgangspunktet et pårørendeperspektiv, men funn som blir gjort vil bli diskutert i et sykepleieperspektiv. Barn av psykisk syke er en utsatt gruppe for selv å utvikle psykiske lidelser, og anses som å være pårørende med behov for bistand og behov for sykepleie. I denne oppgaven er denne gruppen omtalt som "barn" eller "barna".

### 1.2.Relevans for sykepleiepraksis

Egne observasjoner fra psykiatrisk praksis skapte interesse og viste at dette var et viktig tema. Barn ble ivaretatt av to sykepleiere i en "barnegruppe", men det gikk lang tid mellom disse gruppene ble utført. Hvordan er det med disse barna den resterende tiden? Er det noen som ivaretar barna når foreldrene selv er så psykisk syke at de ikke kan ivareta sine egne barn, eller er disse barna overlatt til å klare seg selv? Hvor godt er disse barna i stand til å selv mestre sin hverdag, og hvilke behov for sykepleie har disse barna i forhold til å kunne mestre sin hverdag?



## 2. METODE

Denne litteraturstudien bygges opp på vitenskapelige artikler. Kvantitative artikler gir oss data som målbare enheter. Kvalitative artikler går dypere og ser nærmere på mening og opplevelse som er vanskeligere å tallfeste eller måle. Disse metodene bidrar på ulike måter å finne en forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan grupper, enkeltmennesker og institusjoner samhandler og handler (Dallan, 2012). I følge Forsberg og Wengström (2013a) vil fordelene med å kombinere disse metodene være at man får sett problemet fra ulike synsvinkler, og man vil få ulik type av informasjon om et fenomen.

### 2.1.Litteratursøk

For å finne vitenskapelige artikler er det blitt brukt databaser som Svemed+, Medline og Cinahl. Søkene ble utført i perioden mars-april 2015. Dette er databaser som hovedsakelig publiserer vitenskapelige tidsskrifter og som inneholder forskning innenfor medisin og sykepleie, i tillegg til odontologi, fysioterapi og ergoterapi (Forsberg og Wengstøm, 2013b).

Søkeord som er brukt er: «Children as next of kin», «parental mental illness», «children as relatives», «mentally ill parents», «parents», «child», «nurses role», "coping", "information", "child of impaired parents" og "mental illness" (vedlegg 1).

#### Inklusjonskriterier:

- Pårørendeperspektiv
- Artikler fra de siste 10 år
- Barn i alderen 6-18 år
- Engelsk og skandinaviske språk

#### Eksklusjonskriterier:

- Pasient- og sykepleieperspektiv
- Artikler som er eldre enn 10 år
- Reviewartikler
- Andre språk enn skandinavisk og engelsk

## 2.2. Allmenn litteraturstudie

Gjennom denne oppgaven er det blitt utført en allmenn litteraturstudie. Det er en studie som beskriver og analyserer utvalgte studier på en systematisk måte. En allmenn litteraturstudie kan kalles for litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

## 2.3. Analyse

For å finne ut hva materialet har presentert, må det utføres et granskningsarbeid (Dallan, 2012a). Ved bruk av en trinnsvis analyse underveis, gir dette større mulighet for å holde riktig fokus og problemstilling, og det blir lettere å holde en totaloversikt i materialet (Malterud, 2011). Analysen i denne studien er blitt gjennomført ved hjelp av 4 trinn som blir presentert i Malterud (2011a). I denne studien ble først alle funn som ble gjort i de utvalgte vitenskapelige artiklene identifisert. De ble så gransket og satt inn i meningsbærende enheter. Disse er så blitt satt sammen til subkategorier, før man til slutt satt igjen med fire kategorier som dannet grunnlag for resultatbeskrivelsen. Underveis i analysen kom det frem til mest kvalitative studier. Dette gjør det mulig å betrakte helse og sykdom som dynamiske prosesser i den levende menneskekroppen. Slike prosesser utformes spesifikt hos det individuelle mennesket som er i en sosiokulturell sammenheng (Malterud, 2011b). Dette er aktuelt for min studie da jeg ønsker å se barnets perspektiv i forhold til hvordan de føler de mestrer hverdagen, noe som er en individuell opplevelse.

*Eksempel fra innholdsanalyse (vedlegg 2):*

<b>Meningsbærende enheter</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
<p>Barn synes det var vanskelig å forstå medisinske forklaringer om foreldrenes oppførsel. Årsaker til psykisk sykdom kunne være forvirrende.</p> <p>Kunnskap og bevissthet om psykisk sykdom var assosiert med større oppfattet modenhet og større livskvalitet. Barna fikk ofte ikke informasjon om foreldrenes sykdom og lagde seg da egne forklaringer.</p> <p>For å mestre hverdagen ønsket barna å finne rytme i hverdagen. Barna ønsket å holde kontakt med foreldrene, samtidig som de ikke skulle bli for oppslukt av deres sykdom.</p> <p>Barna følte frykt for at foreldrene skulle forandre seg fra normale til syke, og begå selvmord. Frykten gjorde at barna handlet med å unngå å involvere seg i foreldrenes verden. Barna følte ustabilitet i hverdagen. Barna følte seg "annerledes". Uforutsigbarheten svekket barnas sikkerhet og emosjonelle velvære.</p>	<p>Psykisk sykdom kunne for barn være forvirrende, og kunnskap og bevissthet var ofte assosiert med modenhet. Dersom barn ikke fikk informasjon, lagde de seg egne forklaringer for å forstå.</p> <p>Mangel på kunnskap gjorde det også vanskelig å finne rytme i hverdagen. Barna regulerte kontakten med foreldrene for å ikke bli oppslukt i sykdommen.</p> <p>Frykt var en del av hverdagen, og barna var redde for at foreldrene skulle begå selvmord. De følte ustabilitet, og uforutsigbarheten svekket sikkerhet og velvære hos barna.</p>	<p>Lite kunnskap skapte frykt hos barna</p>

## 2.4. Etiske overveielser

Det er blitt utført en sjekk av etisk nivå av tidsskriftene som har publisert de inkluderte artiklene. Av de inkluderte artiklene er det ti artikler som er vurdert og godkjent av etisk komite. Samtlige av disse var fagfellevurdert, som vil si at eksperter innenfor fagområdet har vurdert og godkjent artiklene (Dallan, 2007). Tre av artiklene var det ikke blitt utført vurdering på. I disse artiklene er det beskrevet i den ene artikkelen at det er blitt hentet inn samtykke fra foreldrene. Den andre har beskrevet at det er hentet inn formell godkjenning, men det er ikke beskrevet hvor godkjenningen er hentet fra. Det er også kun beskrevet at de har hentet barnas samtykke til å utføre studien, men sier ikke noe om foreldrenes samtykke. I den tredje artikkelen er det beskrevet at det er innhentet etisk godkjenning fra relevante universitet og sykehus og samtykke fra foreldrene.

Helsinkideklarasjonen (1964) er retningslinjer i forhold til forskningsetikk. Deklarasjonen sier at barn er en "sårbar gruppe". Grunnen til denne betegnelsen er at det foreligger spesielle årsaker til å mistenke at de individene som inngår i denne gruppen, kan ha særskilte utfordringer som er forbundet med å gi fritt informert samtykke til at det utføres forskning på dem. Barn er viktige bidragsytere når det kommer til forskning om deres liv og levevilkår. Samtidig trenger barn og unge beskyttelse ved forskning, og det må tilpasses barnets alder og situasjon. Siden barn ikke er samtykkekompetente, må foresatte gi samtykke, før også barnet sier seg enig i å delta (Helsinkideklarasjonen, 1964).

### 3. RESULTAT

Denne studien inneholder 9 kvalitative og 4 kvantitative studier som belyser hvordan det er for barn å ha en psykisk syk forelder og ulike måter å mestre deres situasjon. Gjennom analysen er det kommet frem til fire ulike tema. De fire temaene som kom frem var "Lite kunnskap skapte frykt hos barna", "Barna påtok seg for mye ansvar", "Barna følte seg ensomme i sin situasjon" og "Barna hadde behov for hjelp til mestring".

#### 3.1. Lite kunnskap skapte frykt hos barna

I en studie av Fraser og Pakenham (2009) kom det frem at større forståelse av psykisk sykdom hadde sammenheng med økt livskvalitet hos barna, men barnas alder spilte en rolle for hvor mye de forstod. Psykisk sykdom var for barna svært forvirrende. Mangel på bevissthet på foreldrenes diagnose ga liten forståelse, og medisinske ord og uttrykk var vanskelige å forstå. Ord som "psykisk sykdom" var ord som barna frastøtte seg og ikke ønsket å bruke (Bee, Berzins, Calam, Pryjmackuk og Abel, 2013; Gladstone, McKeever, Seeman og Boydell, 2014).

Barna fortalte at de var glade i foreldrene sine til tross for deres sykdom og utfordringene som den medfører, og de klarte å se bak deres psykiske sykdom (Fjone og Ytterhus, 2009; Mordoch og Hall, 2008). I følge Mordock og Hall (2008) kom barnas følelser til foreldrene an på deres grad av forståelse av psykisk sykdom. I tillegg spilte barnets utvikling og foreldrenes sykdomsgrad inn på hvordan barna følte for foreldrene sine. Barna forsøkte å få en rytme og opprettholde en fasade i hverdagen. Dette resulterte ofte i mislykkede forsøk, som fremkalte sterke og vonde følelser. Men på grunn av deres følelser for foreldrene, fortsatte de å gjøre dette videre (Mordock og Hall, 2008).

Barna fortalte om en følelse av skyld, skam, flauhet, stigmatisering og frykt knyttet til foreldrenes sykdom. Avvikende oppførsel fra foreldrene hadde fremkalt disse følelsene (Fjone og Ytterhus, 2009; Östman, 2008; Mordoch og Hall, 2008). I følge Fjone og Ytterhus (2009) kom det frem at slike følelser var knyttet opp mot barn som ikke hadde fått informasjon om foreldrenes sykdom. Barna som ikke hadde fått informasjon om sykdommen, lagde egne forklaringer på hvorfor deres foreldre var "annerledes" og mistolket foreldrenes symptomer som noe annet enn sykdom. Disse barna hadde større sannsynlighet for å føle seg skyldige og

ansvarlige for foreldrenes problemer knyttet til deres sykdom (Fjone og Ytterhus, 2009; Gladstone et.al., 2014).

Bee et.al. (2013) kom frem til i sin studie at forutsigbarhet i foreldrenes oppførsel hadde stor innvirkning på barnas følelse av sikkerhet og velvære. Barna fortalte om ustabilitet på grunn av foreldrenes opp- og nedturer i hverdagen. Noen sa også at dette hadde bidratt til at de hadde blitt mer moden for alderen. Barna uttrykte at de hadde frykt for at foreldrene skulle forandre seg fra normale til syke. De kunne da oppleve frykt for både situasjonen som oppstod og den syke forelder. Denne frykten gjorde at barna handlet med å unngå å involvere seg i foreldrenes verden. Den største frykten hos barna var at forelder skulle gjøre forsøk på, eller begå selvmord (Östman, 2008).

### 3.2. Barna påtok seg for mye ansvar

Barna opplevde at de måtte ta ansvar når ingen andre gjorde det, noe som var vanskelig for barna å håndtere. De måtte sette foreldrenes behov foran sine egne, og de opplevde ofte konflikt mellom å opprettholde det ansvaret de hadde i familien opp mot deres egne behov for aktiviteter utenfor hjemmet. De følte seg annerledes enn sine jevnaldrende på grunn av ulikheter i hjemmet, ansvar i familien og daglige rutiner (Bee et.al. 2013; Östman, 2008).

Östman (2008) fant ut i sin studie at spesielt de eldste barna var fullt klar over foreldrenes mangel på kapasitet for oppdragelse. Noen uttrykte selv at deres foreldre ikke kunne barneoppdragelse og ikke tok godt nok vare på dem.

Barna hadde behov for å dekke over for foreldrenes oppførsel, både de barna som hadde kunnskap om foreldrenes sykdom, og de som ikke hadde noe informasjon om den. Barna brukte mye tid og energi på at deres familie skulle virke "normal" (Fjone og Ytterhus, 2009). I følge Östman (2008) ga barna seg selv skylden for foreldrenes sykdom, og for at de ikke hadde klart å skape en atmosfære i familien som hadde ført til at den syke forelder kunne bli frisk igjen. Noen av barna hadde til og med fått fortalt av egne foreldre eller andre voksne at foreldrene hadde blitt syk til samme tid som de hadde blitt født, noe som hadde ført til at barna tolket dette som at de selv var årsaken til foreldrenes sykdom.

### 3.3. Barna følte seg ensomme i sin situasjon

Barn og unge hadde problemer som et resultat av foreldrenes sykdom. Dette var problemer i forhold til familierelasjoner, relasjoner med jevnaldrende, generelle sosiale problem, isolering, kognitive, akademiske, psykologiske/affektive, finansielle, atferdsproblemer og fysiske/somatiske problemer (George, Shaiju og Sharma 2012; Maybery, Reupert, Goodyear, Ritchie og Brann 2009; Fraser og Pakenham, 2009).

I følge Fraser og Pakenham (2009) hadde tilstedeværelse av en psykisk lidelse hos foreldrene en forbindelse med totalen av vanskeligheter hos barna. Flesteparten av barn med psykisk syke foreldre hadde problemer i en eller annen grad. De største problemene lå i sosiale relasjoner med familie og venner (George, et.al., 2012; Fraser og Pakenham, 2009). Fraser og Pakenham (2009) fant at sosial tilhørighet var av stor betydning i forhold til livskvalitet. Barn med sosial tilhørighet hadde bedre tilpasningsevne og flere mestringsstrategier. Det ga mindre depresjon, mindre atferdsvansker, og mindre isolasjon. De barna som hadde utviklet utkoblingsstrategier og ufrivillige mestringsstrategier var relatert til isolasjon, omsorgssvikt, tvang og ubehag.

I en studie utført av Mordoch og Hall (2008) kom det frem at barna strevde for å passe inn blant andre jevnaldrende. Foreldrenes symptomer gjorde dette utfordrende for barna fordi det var vanskelig å møte de sosiale forventningene med å ha en god rytme, og opprettholde en god ramme i familien.

I følge Östman (2008) uttrykte barn av psykisk syke at de følte seg ensomme når den syke forelderen fikk all oppmerksomhet. Barna uttrykket et ønske om å være en mer likeverdig del.

Bee et.al. (2013) beskriver funn på at familier med en syk forelder fort kan miste kontakt med sine slektninger. Det skaptesspenninger og sammenbrudd, og dette hadde ofte negativ betydning for barna og deres følelse av sikkerhet og familietilhørighet. Et barn fortalte om ei tante som tidligere hadde brukt å komme på besøk, men at hun ikke lenger så mye til henne da det var vanskelig for henne å komme på besøk når moren var syk. Hennes far bodde også hos dem tidligere, men han ble ofte sint, og måtte trekke seg inn på eget rom (Bee et.al., 2013).

I følge Östman (2008) hadde noen av barna fått mulighet til å snakke om deres situasjon, men ikke alle hadde fått den muligheten. Disse barna satte pris på intervjuet under forskningen da dette var en mulighet til å snakke om sine tanker og erfaringer. De fortalte om behov for å snakke med noen de kunne stole på, og noen av barna dro frem viktigheten av den friske forelderen. I daglige aktiviteter, manglet barna noen å prate med, og ble ofte overlatt til seg selv med egne tanker og følelser. De ønsket noen som kunne være der for å lytte og forklare hva som skjedde rundt dem. De hadde behov for å snakke med noen som hadde erfaring med psykisk sykdom, men disse behovene ble sjeldent møtt. Barna hadde erfart at den eneste måten de kunne beherske sin situasjon var å hjelpe seg selv (Östman, 2008).

I følge Mordoch og Hall (2008) la barna inn innsats for å ha en trygg avstand til foreldrene uten å ødelegge forholdet og bli en del av deres sykdom. De forsøkte å justere seg selv slik at de oppførte seg på måter som kunne minimalisere foreldrenes sykdom. Dette innebar for eksempel å trekke seg tilbake ved å gå inn på soverom eller dra på overnatting hos venner. Barna ønsket å ha et eget liv utenom foreldrenes sykdom. De ønsket å ha et godt forhold til foreldrene, samtidig som de skulle bevare dem selv og deres egne interesser (Mordoch og Hall, 2008).

I følge Bee et.al (2013) ønsket barna å belyse følelsen av positivitet når de fikk tilbringe "vanlig" tid med sine foreldre, og stunder hvor de så sin forelder smile. Noen snakket om tider hvor foreldrene var sinte og fiendtlige mot dem uten grunn, og at dette ble i kontrast mot deres ønske om et varmt og positivt forhold.

Barn med foreldre innlagt i psykiatrisk institusjon syntes at det var viktig å få komme på besøk, til tross for at de syntes at institusjoner var skremmende. De uttrykte at det var vanskelig å ikke ha sine foreldre til stede, og satte pris på å få møte de. Barna selv mente også at dette kunne ha positiv effekt hos foreldrene for at de skulle bli frisk raskere. Under besøket ønsket barn at de som arbeidet ved stedet skulle ta initiativ til å inkludere dem med å forklare hva som foregikk med deres foreldre. Dette ønsket ble ikke innfridd. De hadde ønske om å ha noen å prate med, siden de ikke kunne prate med sine foreldre (O'Brien, Anand, Brady og Gillies, 2011).



### 3.4. Barna hadde behov for hjelp til mestring

Til tross for de mange problemene som nevnt ovenfor som barn av psykisk syke møtte, var de ikke i stand til å mestre dem. Det kom frem at flertallet av barna manglet mestringsstrategier for å håndtere problemene de ble satt ovenfor. Barna utviklet i stedet uhensiktsmessige mestringsstrategier for å håndtere foreldrenes sykdom (George et.al. 2012; Fjone og Ytterhus, 2009). Eksempel på dette var unngåelse og isolasjon. Barna uttrykte et ønske om å være usynlig eller forsvinne for å unngå ukomfortable situasjoner, for eksempel at folk utenfor familien skulle kommentere deres familie. I tillegg var det noen mer hensiktsmessige strategier, som å søke støtte gjennom musikk eller ved å skrive dagbok, noen kunne søke støtte hos andre barn som også hadde foreldre som var "annerledes" (Fjone og Ytterhus, 2009).

Barn som deltok i terapeutiske program hvor de selv var i fokus, opplevde dette svært positivt. Programmene førte til at de økte sin kunnskap om foreldrenes sykdom, noe som ga barna mindre bekymring og mer frigjøring til å fokusere på andre ting. De fikk også se at det var flere barn i samme situasjon. Barna opplevde at de følte seg sterkere og bedre i stand til å møte utfordringer etter endt program (Pitman og Matthey, 2004; Pihkala, Sandlund og Cederström, 2011; Fraser og Pakenham, 2008).

Gjennom programmene lærte barna at det ikke var deres feil at foreldrene var syke. De fikk oppklaring og forklaring på ting de hadde bekymret seg for, og de lærte seg å observere og gjenkjenne symptomer på psykisk sykdom. Det ble også mer åpenhet innad i familiene (Pitman og Matthey, 2004; Pihkala et.al. 2011). Mange barn uttrykte viktigheten av å vite at det faktisk var en sykdom som gjorde foreldrene annerledes, og at det fantes flere med samme sykdommen (Pihkala et.al. 2011).

I en studie av Hayman (2009) var det et program som gikk ut på å delta på månedlige aktiviteter sammen med andre barn i samme situasjon. Dette kunne være å spise ute eller å utføre aktiviteter i naturen. Dette gjorde at barna utvidet sitt sosiale nettverk, fikk bedre selvtillit og ble i bedre stand til å takle utfordringer som oppsto. Flere av barna som deltok utviklet vennskap som de opprettholde videre etter det terapeutiske programmet var avsluttet (Hayman, 2009).

## 4. DISKUSJON

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan man som sykepleier kan hjelpe barn av psykisk syke til å mestre sin hverdag. Som beskrevet i introduksjonen vil funn som er blitt gjort i denne studien bygges opp mot Eriksons psykodynamiske utviklingsteori og Sommerschildts modell for mestringens vilkår, i tillegg til andre relevante teoretiske kilder.

Lege og professor i barnepsykiatri, Hilchen Sommerschild (1998) har vært opptatt av mestring som et styrende begrep, og leder denne tenkningen mot ulike områder i barnepsykiatrien. Hun sier at barn av psykisk syke er høyrisikobarn, men resultater fra denne studien viser at barn ikke blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

### 4.1. Resultatdiskusjon

Resultatet i denne litteraturstudien har kommet frem til at barna har generelt for dårlig kunnskap om deres foreldres sykdom. Dette gjør dem usikre og de får følelse av frykt, skyld og skam. Barna påtar seg ansvar i hjemmet, og har behov for å dekke over for foreldrenes oppførsel. Dette gjør at de føler seg annerledes i forhold til sine jevnaldrende. Sosiale problemer er av de viktigste faktorene som påvirker barna, og de strevde for å passe inn blant sine jevnaldrende. Barna bar preg av ensomhet, og en følelse om å være alene i sin situasjon. Det var tydelig at barn av psykisk syke foreldre hadde behov for hjelp til å mestre sin hverdag. Det kom tydelig frem at barna som fikk mulighet til å få hjelp, hadde stor nytte av dette.

#### 4.1.1. Lite kunnskap skapte frykt hos barna

Resultatet viste at barnas alder hadde en betydning for hvor mye de forstod. I følge Moen (2012) vil hele familien bli rammet ved sykdom hos foreldrene. Barn som er små og ikke forstår hva som er galt, forstår at noe er galt. Sommerschildts modell (1998) om mestringens vilkår har fokus mot kompetanse for å oppnå mestring. Dette bekrefter at barna hadde hatt fordel av å få kunnskap om foreldrenes sykdom for at de skal kunne mestre deres situasjon.

Som sykepleier vil det være av betydning at man tar i betraktning at barn befinner seg på ulike nivå, og har derfor ulike behov for tilnærming av kunnskap. I følge Erikson (2000) og hans teori, påvirkes barnet av sitt sosiale miljø og det er en medbestemmende faktor for utvikling. For at barn skal kunne utvikle seg trenger de å få dekket sine grunnleggende behov. Dersom

dette ikke blir tilstrekkelig gjennom oppveksten, vil barn ikke kunne utvikle seg godt nok til å gå videre til sin neste fase. Dette kan være en årsak til at barn av psykisk syke ikke mestrer sin hverdag godt nok. Foreldrene klarer ikke å strekke til for å utfylle barnas grunnleggende behov, og barna vil da få dårlige utgangspunkt for å utvikle seg som det skal. Erikson (2000) beskriver videre at alle forsinkelser som oppstår i utviklingen av fasene, kan få konsekvenser for alle de videre fasene i livet. For eksempel må tillit utvikles tilstrekkelig i fase 1 for at barnet skal kunne gå videre til å utvikle autonomi i fase 2. Denne utviklingen kommer an på omsorgspersonene, da det er de som må opptre forutsigbart ovenfor barnet slik at det kan utvikle tillit.

Eide og Eide (2007) understreker at det må tas hensyn til at et hvert barn er unikt og befinner seg på ulike utviklingstrinn, og det er derfor ingen fasit på hva et barn kan ha behov for.

Det kommer frem i resultatet at barna var glade i sine foreldre og klarte å se forbi deres sykdom. En av artiklene sa noe om at barnas grad av forståelse av foreldrenes sykdom spilte en rolle for deres følelser for dem. Dette understreker også viktigheten av at barna ivaretas med at de får informasjon og kunnskap, slik at forholdet mellom barnet og forelderen ivaretas. Skagestad (2008) forteller om at uvissheten som skjer hos barn dersom de ikke får informasjon om sykdommen, kan bidra til at barnet begynner å avvise foreldrene, i forsvar for å ikke bli avvist selv. Mevik og Trymbo (2002) sier at man skal involvere familien i behandlingen. Ved å sette i gang tiltak for å fremme kapasiteten i familien, kan dette hindre brudd eller sammenbrudd i familien.

I en av artiklene fra resultatet kom det frem at større forståelse hos barna ga økt livskvalitet. I følge Mevik og Trymbo (2002) kan barn ha behov for kunnskap om hvordan foreldrenes sykdom vil påvirke deres oppførsel. Mange voksne har som holdning at barn skal skånes fra vanskeligheter i livet. Barna det er snakk om her, har allerede opplevd smerte, utrygghet og usikkerhet, slik at det å ikke snakke om deres problemer, bare gjør vondt verre. De fleste barn tåler å snakke om vonde opplevelser, og det største hinderet ligger hos de voksne. Dersom voksne beskytter barna så mye at de ikke får mulighet til å snakke om deres vanskeligheter, kan dette oppfattes fra barnas side at de ikke blir inkludert (Mevik og Trymbo, 2002).

Funn i resultatet viste at foreldrenes avvikende oppførsel fremkalte negative følelser hos barna, som skam, stigmatisering, flauhet, skyld og frykt. De opplevde usikkerhet på grunn av

opp- og nedturer i hverdagen. Moen (2012) sier at barn ofte har spørsmål som de grubler på, og ved å snakke og informere barna om foreldrenes uforutsigbare atferd, vil barnet få innsikt og kunnskap om at foreldrene har en sykdom som har et navn. Dette kan forebygge følelse av skyld for at foreldrene er syke, og som gir barna en bedre mulighet til å utvikle seg i positiv retning (Moen, 2012). Riise (2004) sier at stabilitet i forhold til økonomi, sosiale rammer og forutsigbarhet er avgjørende for at barn av psykisk syke skal ha en god hverdag. Barn kan oppleve at livet er godt til tross for foreldrenes sykdom, dersom familien klarer å opprettholde en god flyt i hverdagen i forhold til disse kriteriene.

Det kom også frem i resultatet at barna som ikke fikk informasjon lagde egne forklaringer og mistolket foreldrenes symptomer. Skagestad (2008) bekrefter dette og forteller om barn som blir utelatt når det kommer til informasjon, noe som skaper mange spekulasjoner hos barna. Barn observerer mye gjennom oppførsel. Det er lett for barn å tenke at de er årsaken til at mor eller far er syk. Mer åpenhet gjør det enklere å forstå, og barnas opplevelser blir enklere å håndtere (Skagestad, 2008). Sykepleiere er i følge helsepersonelloven (1999, §10a) lovpålagt å følge opp barn av syke foreldre, med både å kartlegge hvilke behov de har og tilby hjelp og oppfølging. I tillegg skal det i følge spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-7a) være barneansvarlig personell.

#### 4.1.2. Barna påtok seg for mye ansvar

Flere av artiklene fra resultatet viste at barna måtte ta ansvar, og satte foreldrenes behov foran sine egne. Moen (2012) bekrefter dette og beskriver at barn legger egne behov til side og blir små hjelpere i håp om å gjøre forelderen glad. Bunkholdt (2000) beskriver i Eriksons teori at i fase 4 skal barnet utvikle arbeidsevne og kjenne på det å få ansvar. En fare i dette stadiet er at barnet utvikler en følelse av mindreverd og utilstrekkelighet. Dette kan skje dersom barnet blir satt ovenfor ansvar som det ikke tidligere i utviklingen er blitt forberedt på. Han sier videre at alt skal komme til sin tid. Barn skal på et vist punkt kjenne på ansvar, og kjenne seg nyttig, men de har også grenser for hvor deres muligheter går. Dersom barnet tar på seg for mye ansvar, kan deres selvfølelse bli basert på urealistiske forestillinger om dem selv. Sommerschild (1998) omtaler Antonovskys tre elementer for å møte og mestre motgang. Antonovsky mener at mestring forutsetter det å kunne noe. Han mener at alle kan komme styrket ut av prøvelser og problemer, men dette avhenger av at utfordringene stemmer med barnets muligheter for å mestre.

Piltz og Gustavsdottir (1994) sier at barn kan forsøke å skjule at de lider, fordi foreldrene blir så opptatt av at de selv lider. Dette kan føre til at barna blir sine foreldres forelder, og tar på seg mye mer ansvar enn de i utgangspunktet er i stand til. Når barn påtar seg så mye ansvar, får de ofte ros fra de rundt seg, og det blir av den grunn vanskelig å forandre på den rollen som de da har inntatt. De vil da undertrykke barnet i seg, noe som vil hemme deres utvikling. Når barna tas med i behandling og samtale, kan dette føre til en mindre følelse av ansvar hos barna (Piltz og Gustavsdottir, 1994). I følge Klette (2008) har barn en tendens til å overvurdere sine egne krefter, som kan føre til at de påtar seg ansvar som de egentlig ikke er i stand til å håndtere. Barn skal eller kan ikke være omsorgspersoner for sine foreldre.

Videre viser resultatet at barn forsøker å dekke over for foreldrenes oppførsel. Barn av psykisk syke kan ofte opptre som snille, flinke, veltilpassede og imøtekommende barn som krever lite av voksne og som hjelper sin forelder i hverdagen. Det er ofte disse barna som ofte opplever sinne, frustrasjon og viser tegn til depresjon (Moen, 2012).

Det viste seg i resultatet at spesielt de eldste barna var klar over foreldrenes mangler i forhold til oppdragelse. I følge Moen (2012) er ungdom med psykisk syke foreldre vant til å ta ansvar for andres sinnsstemning. De opplever sorg i forhold til å være annerledes og over å ha foreldre som ikke deltar i hverdagen. De kan reagere med å ta avstand fra foreldrene, venner og andre voksne, og ønsker ikke å fortelle hvordan de har det. På grunn av barnas belastende livssituasjon, er det viktig at de får hjelp og støtte for å ikke selv utvikle en psykisk lidelse (Moen, 2012).

Det kom frem at barna følte skyld og ansvar for at foreldrene var blitt syke. Moen (2012) beskriver at barn har behov for trygghet på at deres foreldre får den hjelpen de trenger, og at de ikke har tenkt, sagt eller gjort noe som årsak slik at foreldrene har blitt syke. Videre uttrykker Mevik og Trymbo (2002) at så lenge foreldrene ikke tar på seg ansvar for det som skjer i forbindelse med sykdommen, vil barna påta seg ansvar og skyld som er svært urimelig for barna. Erikson (2000) beskriver i fase 3 i sin utviklingsmodell at skyld er en grunnleggende holdning som kan utvikles, og beskriver videre at det kan føre til negative følelser hos barnet. Dette vil gjøre det vanskeligere i forhold til barnets utvikling videre for å gå over til neste utviklingsfase.

### 4.1.3. Barna følte seg ensomme i sin situasjon

Det kommer frem i resultatet at barna utviklet problemer som konsekvens av foreldrenes sykdom. Dette var, som beskrevet tidligere, for eksempel sosiale problem, atferdsproblem eller kognitive problem. Broberg, Almqvist og Tjus (2006) bekrefter at alvorlig psykisk sykdom og alkoholmisbruk hos foreldre ofte fører til at barna utvikler problemer. De tilføyer også at det er flere faktorer som spiller inn på om hvordan barna håndterer foreldrenes sykdom. Noen barn er mer sårbare enn andre på grunn av personlige egenskaper. Gode sosiale ferdigheter og et sterkt sosialt nettverk er av betydning for at noen barn kan klare seg godt på tross av at de har vanskelige oppvekstvilkår. Fossen (2013) beskriver at hjernens funksjoner kan påvirkes av ulike forhold, både på kort og lang sikt. Blant annet er dårlige oppvekstvilkår, sammen med alvorlig stress og traumatiske opplevelser faktorer som kan føre til lærevansker og sosiale problem i oppveksten hos barnet.

Funn viste at de største problemene som barna møtte lå i sosiale relasjoner. Barna strevde med å passe inn blant jevnaldrende, og dette var vanskelig på grunn av foreldrenes symptomer. Moen (2012) forteller at barn av psykisk syke ofte blir barn som tar på seg omsorg for sine foreldre og tilpasser seg i forhold til dem. De former seg til å bli alvorlige og pliktoppfylgende med voksenansvar i en tidlig barndom. Når barna kommer til skolealder vil de kunne ha mangel på sosial kompetanse, de kan slite kognitivt og de har oftere atferdsvansker, angst og depresjon (Moen, 2012).

I følge Moen (2012) kjenner barn av psykisk syke seg annerledes enn andre barn, de føler seg ensomme og synes det er vanskelig å ha tillit til andre. Barn tror de er alene i en slik situasjon, og kjenner på en ensomhetsfølelse og sorg som ikke kan deles med andre. De strever for å opprettholde rammen hjemme, og de påtar seg oppgaven med å passe på at ingen får vite om familiens "hemmelighet". Broberg et.al, (2006) trekker også frem at barnas sosiale liv påvirkes negativt på grunn av foreldrenes sykdom. Barna kvier seg for å ta med seg venner hjem, da de for eksempel er redde for at foreldrene kan være fulle, eller at forelderen gjør noe dumt fordi den er inne i en manisk periode.

Resultatet viste at hvis barn skal oppnå livskvalitet, er sosial tilhørighet viktig da det minsker problemer som depresjon, atferdsvansker og isolasjon. Det ble også gjort funn på at familier som har syke foreldre ofte mister kontakt med slektninger, noe som også da vil påvirke deres livskvalitet da dette minsker barnets sosiale nettverk og tilhørighet. Eide og Eide (2007)

bekrefter dette med å fortelle at tilknytning og tilhørighet til venner og omsorgspersoner er en avgjørende faktor for barns livskvalitet.

Fossen (2013a) sier at barn har behov for å kjenne på tilhørighet og føle nærhet til andre. De trenger å bli sett og hørt av omgivelsene for at det skal utvikle seg slik at det får en god kontakt- og tilknytningsevne. Betydningen av å bli sett og føle tilhørighet med andre mennesker beskytter barnet mot å føle seg ensom. Sommerschildts (1998) modell underbygger at barn har behov for fellesskap og sosial støtte. Hun trekker frem det å ha minst en nær fortrolig, og en familie som gir trygghet i form av forutsigbarhet, bekreftelse og tilhørighet.

Det ble gjort funn i resultatet på at kun noen av barna hadde fått mulighet til å snakke med noen om deres situasjon, men at mange var overlatt til seg selv med sine tanker og følelser. Barna ønsket å ha noen å prate med, som kunne lytte og forklare hva som skjedde rundt dem. Barna følte seg ensomme når den syke forelderen fikk all oppmerksomhet. I en studie om hvor stor grad sykepleiere utførte kartlegging av pasientenes familiesituasjon, kom det frem at flesteparten diskuterer familiens situasjon med familiene, men at dette kommer an på individuelle forskjeller som alder, kunnskap, kjønn og erfaring hos sykepleierne. Det ble derimot ikke beskrevet at sykepleierne snakket med barna selv om deres situasjon (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen, Pietila, 2008).

I følge Eide og Eide (2007) har barn behov for å bli sett, og bare det å vise at man ser barnet og at man forstår kan være til god nytte. Det vil være av betydning å informere og forklare slik at barnet skjønner hva som foregår og får en følelse av kontroll. Dette vil gi en følelse av trygghet hos barnet. Barn kan ha behov for hjelp til å sette ord på det som skjer rundt dem. Små barn kan ha behov for enkle forklaringer og fysisk nærhet, mens større barn og ungdom vil kanskje ha andre behov for støtte. De kan i større grad følge en voksen tankegang og forklaring, samtidig som de fortsatt er barn som har behov for ekstra støtte (Eide og Eide, 2007).

Det kommer tydelig frem gjennom resultatet at barna hadde behov for å bli ivaretatt av sykepleiere for å kunne mestre sin hverdag. På tross av dette utfører ikke alle sykepleiere sitt arbeid med disse barna tilstrekkelig. I en studie hvor hensikten var å se hva som hindret sykepleiere i å inkludere barna i behandlingen, kom det frem at mangel på ressurser, kunnskap og kvalifikasjoner hos sykepleierne var til hinder for å inkludere barna. Barnas familie og deres holdninger ble nevnt, og mangel på tid kunne også hindre sykepleiere i å

utføre dette. Det ble trukket frem av over halvparten av sykepleieren at "individ-sentrert sykepleie" var et hinder. Halvparten av sykepleierne så det som uproblematisk å møte barna i voksenpsykiatrien, mens den andre halvparten så på dette som et problem på grunn av de nevnte faktorene (Korhonen, et.al. 2008a).

Selv om barna fortalte at de ikke hadde noen å prate med, var de ikke helt usynlige for helsepersonell. Mange av sykepleierne beskrev at de tok hensyn til barna av deres pasienter, men at det var stor forskjell på hvor stor grad. Dette kunne være fra å kartlegge at pasienten hadde barn, til å aktivt arrangere støtte til barna dersom det var behov (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen, 2010).

Det kan være lett å tenke at barnet sikkert har noen som kan ta vare på dem, og det finnes mange historier om at en tilfeldig nabo, foreldrene til en venn eller fotballtreneren har sett barna og snakket med dem. Som helsepersonell skal man aldri tenke at man ikke har ansvar for disse barna, og man skal ikke ta det som en selvfølge at det er noen som ivaretar dem. Som helsepersonell har man ansvar for å sikre at de som har behov for hjelp, får den hjelpen de trenger (Moen, 2012).

Det trekkes frem i en av artiklene fra resultatet at barna opplevde det positivt å få tilbringe tid med foreldrene når de var uten symptomer fra sykdommen. Barna satte pris på øyeblikk hvor de så foreldrene smile. I Moen (2012b) kommer det frem i en beskrivelse fra en datter som har vokst opp med mor med psykisk sykdom, at hun savnet å ha en frisk mamma. En mor som kunne bekrefte, oppmuntre og lytte. Eldre barn legger ofte egne behov til side for å gjøre forelderen glad og fylle hjemmet med latter (Moen, 2012).

Som beskrevet i resultatet, syntes barn at det var viktig å få besøke foreldrene som var innlagt i institusjon og satte pris på møtet til tross for lite ivaretagelse fra personalet. Barna ønsket inkludering og forklaring på hva som foregikk med foreldrene, men dette ble ikke gjennomført av personalet. Moen (2012a) beskriver at barn har behov for at personalet legger til rette hvis de skal komme på besøk ved sykehus. Barn trenger å vite hva som skjer, hvorfor deres foreldre er slik som de er og hvem som passer på de på sykehuset. De trenger å få snakke med noen om hva de kan vente seg fremover og de har behov for annerkjennelse på at det de gjør ovenfor foreldrene er godt nok (Moen, 2012a).



#### 4.1.4. Barna hadde behov for hjelp til mestring.

Det kom frem i resultatet at til tross for de problemene som barn av psykisk syke møter, er det mange av barna som mangler mestringsstrategier for å håndtere dem. Fossen (2013) sier at noen barn er mer sårbare enn andre. Disse barna kan mangle personlige egenskaper som hindrer dem i å bryte sammen under stress og påkjenninger. Sommerschild (1998) forteller om viktigheten av å finne høyrisikobarna som ikke har noen nære fortrolige å støtte seg til. Det er disse barna som har behov for hjelp fra samfunnet for å få en bedre tilværelse. De er utsatt for å ikke utvikle motstandskraft fordi de mangler en viktig forutsetning for å utvikle dette. Dersom familien ikke lykkes med å skape forutsetningene som barna har behov for, kan det være andre stabile voksne som bidrar med dette (Sommerschild, 1998).

Opplevelsen av at vi styrer og kontrollerer noe må være tilstede for å utvikle mestring. Det vil da være viktig for sykepleier å veilede og gi informasjon. Forutsigbarhet, brukermedvirkning og sosial støtte er sentrale faktorer som for de fleste vil påvirke opplevelsen av å styre eller å kontrollere en situasjon. Her vil det være av betydning å la medvirkning være sentral for at barnet skal oppleve medbestemmelse, i tillegg vil det være vesentlig at man tilpasser etter barnets behov og situasjon (Harris og Ursin, 2012).

I følge Eide og Eide (2007) kunne kommunikasjonen med barn og unge vært bedre. Barn kan ofte bære på bekymringer i sykdomssituasjoner. Dersom denne bekymringen ikke blir oppdaget eller delt med andre, kan den bli tung å bære. Det er derfor viktig at man som sykepleier oppdager denne bekymringen og viser at den blir sett, og at man da kan snakke ut om den. Dersom en bekymring er uten grunn, kan man bidra med å hjelpe med å gi riktig informasjon. Dersom bekymringen er velgrunnet, vil det gjøre godt for barnet å få snakke ut og dele den med noen som kan lytte, forstå og se (Eide og Eide, 2007).

Norsk sykepleierforbund (2013a) sier det bør jobbes forebyggende i forhold til psykisk helse. Dette innebærer en tidlig innsats overfor grupper som er særlig risikoutsatte. Sykepleiere skal ha kompetanse som skal bidra til å identifisere og handle dersom det er en begynnende psykisk helsesvikt eller risikofylt rusbruk.

Resultatet viste at barna hadde ulike strategier for å håndtere problemer på, som for eksempel isolasjon og unngåelse. Broberg et.al. (2006) sier at barns oppførsel uttrykker for hvordan de

har det, og at disse uttrykkene ofte går igjen. Dette gjelder for eksempel atferd med rastløshet, emosjonelle uttrykk som nedstemthet eller irritabilitet, konsentrasjonsvansker og relasjon til andre i forhold til at de ofte trekker seg unna.

Joyce Travelbee (1999) er en kjent teoretiker som sier at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. I sykepleie inngår forandring, og møtet mellom sykepleier og pasient påvirkes gjensidig. Sykepleier skal bidra til målrettet endring, og jobber mot forandring for både pasienten og familien. Som sykepleier skal man bidra med å hjelpe den som har behov for det. Travelbee sier videre at en sykepleier skal hjelpe individ eller familie til å mestre lidelse og sykdom som erfaring. Dette gjøres ved at sykepleier etablerer tilknytning, og formidler at den hjelpetrengende blir forstått og ikke er alene (Travelbee, 1999). Dette er faktorer som barn av psykisk syke hadde hatt utbytte av å få fra sykepleier som hjelp til mestring.

Det viste seg i resultatet at barn som deltar i terapeutiske program opplevde dette som positivt. Programmene skulle hjelpe barn av psykisk syke mot å mestre sin situasjon, og det viste seg å være av stor nytte for barna. Fokus på kunnskap, bevissthet rundt sykdommen, sosiale aktiviteter og mestring gjorde barna mer motstandsdyktig til å møte problemer etter endt program. Dette stemmer også godt overens med Sommerschild (1998) og hennes fokus på tilhørighet og kompetanse. Moen (2012) bekrefter betydningen barn kan oppleve av å delta i grupper, hvor de får snakke ut om sin situasjon med andre barn som opplever det samme. Barna får da se selv at de ikke er de eneste som har en forelder som er litt annerledes enn de fleste andre foreldre, noe som kan dempe følelsen av å føle seg annerledes og ensom.

I motsetning til forskning fra resultatet, forteller Riise (2004) om barn som hadde uttrykt at støtte fra profesjonelle hjelpere var lite nyttig. Dette kan komme av at disse barna har nok støtte i sitt personlige nettverk, hjelpen ikke følges opp videre, eller at de profesjonelle ikke har gått frem på en god nok måte. Det kommer videre frem at ingen hjelpere hadde noen gang spurt om disse barnas hverdagsliv. Dersom samtaler med barna kun dreier mot foreldrenes sykdom, vil man ikke kunne få et godt bilde over hvordan barna har det. I tillegg vil det være viktig å ha fokus på det som barna selv er opptatt av (Riise, 2004).

Resultatet sier at barna har problemer og mangel på mestringsstrategier, noe som kan tyde på at denne gruppen barn ikke får dekket sine grunnleggende behov for utvikling. I følge Erikson (2000) skal barn i fase 5 finne sin egen identitet. Denne identiteten skapes på grunnlag av en

kontinuitet i de tidligere fasene som utvikler en grunnholdning som det hører følelser, tanker og atferd til. Dersom barnet har et ustabil miljø rundt seg, kan dette føre til et forvirrende bilde av seg selv, noe som kan føre til problemer i den videre identitetsdannelsen (Bunkholdt, 2000).

## 4.2. Metodediskusjon

I denne studien ble det kun brukt et begrenset utvalg av databaser i søket etter vitenskapelige artikler, noe som kan ha påvirket funnene som ble gjort. Dette kan ha utelukket artikler med relevans for temaet. Databasene som ble brukt ble vurdert som mest aktuelle, og ga også flest søketreff. Søkeordene ble også begrenset. Her ble det også gjort flest treff på de søkeordene som ble utvalgt, og ble derfor valgt å bruke mest under søking da dette ble mest effektivt.

Noen av de kvalitative artiklene hadde små grupper av barn som var blitt brukt i undersøkelsen av studien. Dette kan ha påvirket resultatet og er ikke nødvendigvis representativt for alle barn av psykisk syke foreldre. Samtidig gir det rom for å få godt innblikk i hvert enkelt barns opplevelser.

Alle de inkluderte forskningsartiklene var ikke like relevante i forhold til hensikten i oppgaven, men ble inkludert likevel fordi de hadde funn som var av betydning til temaet.

Det var i utgangspunktet tenkt at et inklusjonskriterium skulle være at alle inkluderte artikler skulle være fra vestlige land, på grunn av at kulturforskjeller kan spille inn på resultatet. Dette viste seg å være utfordrende å fullføre. Det ble da inkludert en studie fra India. I tillegg er mange av artiklene som ble inkludert fra Australia eller Canada. Dette er en svakhet for oppgaven fordi man helst ville sett et bredere bilde på temaet i form av forskning fra flere forskjellige land. Selv om det kan være kulturforskjeller, er det blitt tatt utgangspunkt i denne studien at barn av psykisk syke vil være påvirket uavhengig av land og kultur. Dette kan også være en styrke for oppgaven da den blir mer aktuell for et større antall sykepleiere.

Barn av psykisk syke befinner seg i en vanskelig situasjon, uansett hvor i verden man møter dem. Derfor vil resultatet være aktuelt på tross av hvilke land forskningen kommer fra.

Det er også blitt inkludert en artikkel fra år 2004. En av oppgavens eksklusjonskriterier var artikler som var eldre enn 10 år. Denne artikkelen ble vurdert som aktuell da den omhandler

barnas opplevelse av deltakelse i et terapeutisk program. Disse opplevelsene vurderes til å være like aktuell i dag som for 11 år siden.

Det var tenkt en mer avgrenset aldersgruppe hos barna som skulle være inkludert, da et barn på 6 år kan ha andre behov enn et barn på 18 år. Dette ble utvidet underveis på grunn av begrensninger på funn av artiklene. Men det kan også være en styrke for oppgaven da det gir et bredere perspektiv av barnas opplevelse, og som sykepleier skal man møte barnet der det er, uansett alder (Eide og Eide, 2007).

Inklusjonskriterium som også var tenkt på forhånd, var at man skulle møte barna mens foreldrene var innlagt ved institusjon. Dette ble også utelukket på grunn av manglende funn av denne typen artikler. Dette sees nå som en styrke for oppgaven da barna har behov for hjelp for å mestre sin situasjon både når foreldrene er innlagt og bor i hjemmet, og det er uhensiktsmessig i forhold til hensikten av oppgaven å utelukke en av disse kriteriene. Som sykepleier er det viktig å være klar over faktorer som spiller inn både når foreldrene er innlagt i institusjon og i hjemmet med disse barna.

Noen av de inkluderte artiklene inneholder både pasient- og sykepleieperspektiv i tillegg til pårørendeperspektiv. Det er kun pårørendeperspektivet som er blitt inkludert i studien.

Det må tas hensyn til at oppgaven er en personlig tolkning. Tolkning blir utført med utgangspunkt i våre egne data (Dallan, 2007). I tillegg er alle de inkluderte artiklene skrevet på engelsk. Dette har gjort det utfordrende å forstå meningen i funn som var blitt gjort, og det er rom for misforståelser når man skal oversette fra engelsk til norsk språk.

Det er blitt brukt sekundærkilde, i tillegg til primærkilde, for å forstå og beskrive Erik Eriksons utviklingsteori. Dette gir rom for feiltolkning da en sekundærkilde er forfatterens tolkning av primærkildens teori.

Det ble på forhånd vurdert å ha et sykepleieperspektiv som utgangspunkt for oppgaven. For å kunne hjelpe barn på en best mulig måte er det av betydning å se på deres opplevelse av situasjonen og et pårørendeperspektiv ble da et naturlig valg. Som nevnt tidligere kan barn ha andre synspunkt og opplevelser enn hva voksne har, og det er derfor svært aktuelt når man skal hjelpe barn at man forsøker å se det i deres perspektiv (Moen, 2012).

## 5. KONKLUSJON

Igjennom studien er det blitt belyst hvordan barn opplever hverdagen med en psykisk syk forelder, og hvordan de håndterer sin situasjon. Videre er det blitt sett på hvordan man som sykepleier kan bidra til å hjelpe disse barna til å mestre sin hverdag på en bedre måte.

Det kom frem at miljøet i hjemmet hvor barnet vokser opp, påvirker barnets mulighet for å mestre. Kunnskap og forståelse av foreldrenes sykdom er av stor betydning. Sosiale problemer er det som barna sliter mest med, og de føler seg ensomme i sin situasjon. Barna opplever lite hjelp fra helsepersonell, til tross for at barna uttrykker behov for dette. Barn som fikk mulighet til å delta i terapeutiske programmer opplevde dette som nyttig. I motsetning til dette, kom det også frem at ikke alle barn opplevde støtte fra profesjonelle hjelpere som betydningsfull. Dette kan tyde på mangel av kunnskap hos personalet.

Det har kommet frem gjennom studien at Sommerschild- og Eriksons teorier er gode retningslinjer for hvordan man som sykepleier kan hjelpe barn av psykisk syke mot mestring i hverdagen. I følge Erikson (2000) er det viktig at barn får dekt sine grunnleggende behov, noe som avhenger av at foreldrene følger opp barna. Dersom dette ikke blir gjort, vil barnet være utsatt for å få problemer med å utvikle seg tilstrekkelig videre til neste fase. Her vil det være viktig at man som sykepleier er bevisst på disse barna, og går inn for å se hvilke behov de har for å kunne utvikle seg slik at de kan mestre sin hverdag. Sommerschildts modell (1998) kan hjelpe sykepleiere med å gi retningslinjer på hvilke behov barn har for å oppnå å mestre.

Til tross for lovgivning og litteratur som sier at man som helsepersonell skal ivareta barn av syke foreldre, viser de fleste funnene i denne studien at dette ikke blir tilstrekkelig utført. Det kom frem at individuelle forskjeller hos sykepleierne spilte inn for om de kartlegger og ivaretar barna. Dette tyder på at det trengs tiltak for å forbedre barnas situasjon, med mål om at alle barn av psykisk syke foreldre skal bli sett og føle seg ivaretatt.

Mer forskning rettet mot dette temaet vil kunne bidra med å løfte det opp og frem i lyset, slik at flere sykepleiere blir bevisste på disse barna i møte med voksne pasienter med psykisk sykdom. Mer fokus rettet mot forebygging kunne gi gevinst for fremtiden ved at man hindrer at disse barna får behov for behandling senere i livet. I tillegg vil det kunne bidra til å hjelpe barna med å kunne oppleve livskvalitet i hverdagen.

Det kom frem gjennom studien at barn av psykisk syke foreldre var en gruppe som sykepleiere generelt har for lite kunnskap om. Mer undervisning om dette fagfeltet under utdanning kan bidra til å øke kompetansen og bevisstheten rundt denne gruppen.

Barneansvarlig personell som sitter på kunnskap kan undervise og veilede andre for å bidra til at flere blir i stand til å hjelpe barna til å mestre sin hverdag.

## 6. LITTERATURLISTE

- Bee P, Berzins K, Calam R, Prymachuk S, M Abel K (2013). Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: A preliminary stakeholder-led model. *PLOS-one*, vol (8), doi: 10.1371/journal.pone.0073739
- Borge, A. I. H.(2003). Fra elendighet til resiliens - et nytt perspektiv. I A. I. H. Borge (Red.) *Resiliens - risiko og sunn utvikling*, (1.utgave, 1. opplag, s. 29-45) Gjøvik: Gyldendal Akademisk
- Borge, A. I. H. (2003a). Hva resiliens handler om. I A. I. H. Borge (Red.) *Resiliens*, (1.utgave, 1. opplag, s. 13-28) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Broberg, A., Almqvist, K og Tjus, T. (2006). Sårbarhet, motstandskraft, risikofaktorer og helsefremmende faktorer. I A. Broberg, K. Almqvist og T. Tjus (Red.) *Klinisk barnpsykologi*, (s.51-74) Bergen: Fagbokforlaget
- Bunkholdt, V. (2000). Erik H. Eriksons modell om den psykososiale utviklingen. I V. Bunkholdt (Red.). *Utviklingspsykologi*, (2. utgave, s. 192-209) Oslo: Universitetsforlaget
- Dallan, O. (2012). Hva er metode?. I O. Dallan (red.), *Metode og oppgaveskriving*. (5. utgave, 1.opplag, s. 111-122) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dallan, O. (2012a). Gangen i en undersøkelse - hvordan gjør vi det?. I O. Dallan (red.), *Metode og oppgaveskriving*, (5. utgave, 1.opplag, s. 125-149) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dallan, O (2012b). Etske overveielser og personvern. I O. Dallan (red.), *Metode og oppgaveskriving*, (5.utgave, 1.opplag, s. 95-109) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dallan, O. (2007). Kildebruk og kildekritikk. I O. Dallan (red.), *Metode og oppgaveskriving*, (4. utgave, s. 60-79) Oslo: Gyldendal Akademisk

- Eide, H. og Eide, T. (2007). Kommunikasjon med barn og unge. I H. Eide og T. Eide (red.). *Kommunikasjon i relasjoner*, ( 2. utgave, 5. opplag, s. 357-378) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Erikson, E. H. (2000). Menneskets åtte aldrer. I E. H. Erikson, (red.). *Barndommen og samfunnet*, (2. utgave, 1. opplag, s. 241-267). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjone, H. H. og Ytterhus B. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for "normality" and avoid stigma. *Childhood, Vol. 16*(4), 461-477. doi: 10.1177/0907568209343743
- Folkehelseinstituttet (2015). *Barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol*. Hentet 28/4-15, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6496:0:25,6348&Content\\_6496=6178:90587::0:6276:22:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6496:0:25,6348&Content_6496=6178:90587::0:6276:22:::0:0)
- Forsberg, C. og Wengstøm, Y. (2013). Olika typer av litteraturstudier. I C. Forsberg og Y. Wengstrøm (red.), *Att göra systematiska litteraturstudier*, (3. utgave, 1. opplag, s. 25-43). Stocholm: Natur & Kultur
- Forsberg, C. og Wengstøm, Y. (2013a). Vetenskapens Kännetecken. I C. Forsberg og Y. Wengstrøm (red.), *Att göra systematiska litteraturstudier*, (3. utgave, 1. opplag, s. 45-84). Stocholm: Natur & Kultur
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013b). Den systematiska litteratursudiens första steg. I C. Forsberg og Y. Wengstöm (red.), *Att göra systematiska litteraturstudier*, (3. utgave, 1. opplag, s. 69-84). Stocholm: Natur & Kultur
- Fossen, A. (2013). Arv og miljø. Natur og kultur. I A. Fossen (red.), *Snakk med barn om følelser*, (2.utgave, 1. opplag, 2013, s. 27-32) Oslo: Kommuneforlaget



- Fossen, A. (2013a). Ensomhetsfølelse. I A. Fossen (red.), *Snakk med barn om følelser*, (2.utgave, 1. opplag, 2013, s.174-179) Oslo: Kommuneforlaget
- Fraser, E og Pakenham, K. I. (2008). Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, vol. 42, 1041-1050
- Fraser, E: og Pakenham, K. I. (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, Health & Medicine*, vol. 14 (5), 573-584. doi: 10.1080/13548500903193820
- George S., Shaiju, B., Sharma, V. (2012). Problems faced and coping strategies used by adolescents with mentally ill parents in Delhi. *The nursing journal of India*, vol CIII(4) 183-187.
- Gladstone, B. M., McKeever, P. Seeman, M og Boydell K. M (2014). Analyses of a support group for children of parents with mental illness: managing stressful situations. *Qualitative health research*, Vol 24(9) 1171-1182. doi: 10.1177/1049732314528068
- Harris, A. og Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik og T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*, (s. 159-172) Bergen: Fagbokforlaget
- Hayman, F. M. (2009). Kids with confidence: a program for adolescents living in families affected by mental illness. *The Australian journal of rural health*, Vol.17, 268-272. doi: 10.1111/j.1440-1584.2009.01090.x
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. 07.02 nr. 64. §10a. Hentet 7/5-15, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsinkideklarasjonen (1964). Ethiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. The 18th WMA General Assembly. Helsinki. Hentet 29/4-15, fra <https://www.etikkom.no>

- Klette, T. (2008). Ikke gi barna for mye ansvar. I T. Skagestad (red.). *Se meg! Å vokse opp med syke foreldre*, (s. 57-66). Oslo: Noras Ark
- Korhonen, T., Pietilä, A-M. og Julkunen, K. V. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey. *Scandinavian journal of caring sciences*, vol. 24, 65-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x
- Korhonen T, Vehvilvâinen-Julkunen K, Tietilâ A-M (2008). Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affects by parental mental disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 15, 767-776.
- Korhonen T, Vehvilvâinen-Julkunen K, Tietilâ A-M (2008a). Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal of clinical Nursing*, vol. 17, 499-508
- Kristoffersen N J (2011) Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nordvedt og E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 1*, (2. utgave, 1. opplag, s. 31-81). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Malterud, K. (2011). God og dårlig forskning med kvalitative metoder. I K. Malterud (red.). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, (3.utgave, s. 210-218). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2011a). Analyse av kvalitative data. I K. Malterud (red.). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, (3.utgave, s. 91-113). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2011b) Hva er kvalitative metoder?. I K. Malterud (red.). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, (3.utgave, s. 26-36). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K (2011c). Å kombinere metoder. I K. Malterud (red.). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, (3. utgave, s. 190-197). Oslo: Universitetsforlaget

- Maybery, D., Reupert, A., Goodyear, M., Ritchie, R og Brann, P. (2009). Investigating the strengths and difficulties of children from families with a parental mental illness. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, vol.8 (2) 165-174.
- Mevik, K. og Trymbo, B. A. (2002). Innledning til temavalg. I K. Mevik og B. A. Trymbo (red.). *Når foreldre er psykisk syke* (s. 58-113). Oslo: Universitetsforlaget
- Moen G L, (2012). Barn som vokser opp med foreldre som har en psykisk lidelse. I G. L. Moen (red.), *Barns møte med psykisk lidelse*, (2. utgave, 1.opplag, s. 23-46) Oslo: Cappelen Damm
- Moen G L, (2012a). Første møtet med psykiatrien. I G. L. Moen (red.), *Barns møte med psykisk lidelse*, (2. utgave, 1.opplag, s. 69-100). Oslo: Cappelen Damm
- Moen, G. L. (2012b) Voksenliv. I G. L. Moen (red.) *Barns møte med psykisk lidelse*, (2.utgave, 1. opplag, s.103-148) Oslo: Cappelen Damm
- Mordoch E og 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*, Vol. 18 (8) 1127-1144. doi: 10.1177/1049732308320775
- Norsk sykepleierforbund (2013). Om psykisk helse og rus. *NSFs politiske plattform for perioden 2013-2016*. s. 4-5
- Norsk sykepleierforbund (2013a). Tidlig innsats for risikoutsatte grupper - forebyggende og helsefremmende tjenester. *NSFs politiske plattform for perioden 2013-2016*. s. 15-17
- O'Brien, L., Anand, M., Brady, P. og Gillies, D. (2011). Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: perspectives of parents, carers and children. *International journal of mental health nursing*, vol. 20, 137-143. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x

- Pihkala, H., Sandlund, M. og Cederström, A. (2011). Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding og parental mental illness. *International journal of social psychiatry*, vol. 58(6), 623-628. doi: 10.1177/0020764011419055
- Piltz, K. G. og Gustavdottir, K. (1994). Utredningssamtaler med familien. I K. G. Piltz og K. Gustavdottir (red.). *Den usynlige familien*, (s. 183-192). Oslo: Tano
- Pitman E, Matthey S (2004). The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or sibling. *American journal of orthopsychiatry*, vol. 74(3), 383-388. doi: 10.1037/0002-9432.74.3.383
- Riise, B. (2004). Gi meg en hverdag. Barn av psykisk syke. Rådet for psykisk helse (red.). Oslo
- Skagestad, T. (2008). Psykiske problemer. I T. Skagestad (red.). *Se meg! Å vokse opp med syke foreldre* (s. 40-47). Oslo: Noras Ark
- Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. I B. Gjørum, B Grøholt og H. Sommerschild (red.) *Mestring som mulighet*, (s. 21-63). Oslo: Tano Aschehoug
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. 07.02.1999 nr. 61. §3-7a. Hentet 7/5-15, fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Travelbee, J. (1999). Hva er sykepleie? I J. Travelbee (red.) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, (1. utgave, 5.opplag, s.29-49) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness- investigating their everyday situation. *Nord Journal of Psychiatry*, vol. 62, 354-359. doi: 10.1080/08039480801960065

## Vedlegg 1: Oversikt over søkeresultat

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antal treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl 24.03.15	Abstract Europa	"Parental mental illness"	17	17	5	3	3
Svemed+ 23.03.15	Peer reviewed	"Parental mental illness"	14	14	2	1	1
Medline 18/3	2000-2015	«Mental illness» AND «parents»	170	50	4	1	1
Medline 18/3	2000-2015	«Mental illness» AND «children» AND «parents»	70	70	14	4	4
SveMed+ 27.03.2015	År 2000- 2015	Håndsök på "Nordic Journal of Psychiatry"	1327	3	1	1	1
SveMed+ 27.03.2015	År 2000- 2015	«Child» AND «psychiatric hospital»	25	25	9	1	1
Medline 27.03.2015		«Child» AND «Information» AND «Mental illness» exp «parents/or exp «child of impaired parents»	26	26	10	1	1
Medline 27.03.2015		"child" AND "coping"	4341	50	10	2	1
Medline 27.03.2015	År 2000- 2015	"child" AND "coping" AND "mental illness"	33	21	7	2	1
Medline 27.03.2015	År 2000- 2015	"child" AND "nursing" AND "mental illness"	78	47	12	3	2
SveMed+ 27.03.2015	År 2000- 2015	«child» AND «mental illness»	55	30	10	1	1
SveMed+ 02.04.2015		"Children as next of kin"	3	3	2	1	1
Cinahl 07.04.2015		(MH "Children of Impaired Parents+") OR "children" AND "mental illness"	549	140	30	1	1
Cinahl 09.04.2015		(MH "children of impaired parents+) AND " coping"	92	92	40	19	1
Medline 09.04.2015		"coping" AND "child" AND "mental illness"	21	21	9	4	1
Cinahl 19.04.2015		"mental illness" AND (MH "children of impaired parents+/PF(")	47	15	5	5	1

## Vedlegg 2: Innholdsanalyse

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
<p>Barn syntes det var vanskelig å forstå medisinske forklaringer om foreldrenes oppførsel. Årsaker til psykisk sykdom kunne være forvirrende.</p> <p>Kunnskap og bevissthet om psykisk sykdom var assosiert med større oppfattet modenhet og også mer livskvalitet. Barna fikk ofte ikke informasjon om foreldrenes sykdom og lagde seg da egne forklaringer.</p> <p>For å mestre hverdagen ønsket barna å finne rytme i hverdagen. Barna ønsket å holde kontakt med foreldrene, samtidig som de ikke skulle bli for opptatt av deres sykdom.</p> <p>Barna følte frykt for at foreldrene skulle forandre seg fra normale til syke, og begå selvmord. Frykten gjorde at barna handlet med å unngå å involvere seg i foreldrenes verden. Barna følte ustabilitet i hverdagen. Barna følte seg "annerledes". Uforutsigbarheten svekket barnas sikkerhet og emosjonelle velvære.</p> <p>Barna ga seg selv skyld for foreldrenes sykdom. Ansvaret som bli lagt hos barna ble for</p>	<p>Psykisk sykdom kunne for barn være forvirrende, og kunnskap og bevissthet var ofte assosiert med modenhet. Dersom barn ikke fikk informasjon, kunne de lage seg egne forklaringer for å forstå.</p> <p>Mangel på kunnskap gjorde det også vanskelig å finne rytme i hverdagen. Barna regulerte kontakten med foreldrene for å ikke bli opptatt i sykdommen.</p> <p>Frykt var en del av hverdagen, og barn var redde for at foreldrene skulle begå selvmord. De følte ustabilitet, og uforutsigbarheten svekket sikkerhet og velvære hos barna.</p> <p>Barna tok på seg skyld, og ansvaret ble ofte for stort. Barna mistolket symptom på sykdom, noe som ga større skyld og</p>	<p>Lite kunnskap skapte frykt hos barna</p> <p>Barna påtok seg for mye ansvar</p>

<p>stort. Barn som mistolket symptom på sykdom hadde større sannsynlighet for å føle skyld og ansvar for foreldrenes sykdom Barna følte seg "ulik" de andre barna. Ansvar, økonomi og rutiner hindret barna i å delta på sosiale aktiviteter. Barna satte foreldrenes behov foran sine egne.</p> <p>Barn av psykisk syke hadde betydelig større risiko for å utvikle problemer. Barna følte seg alene med sine tanker og følelser, og hadde ønsker og behov for å prate med noen. Ensomhet som følge av at den syke forelder fikk all oppmerksomhet. Sosial tilhørighet var av stor betydning for følelse av livskvalitet, samt minsker problemer.</p> <p>Barna satte pris på å se sine foreldre smile, og satte pris på å gjøre "vanlige" aktiviteter sammen med dem.</p> <p>Barn måtte lære seg å forstå, styre tanker, følelser og atferd for å utvikle seg. Barn av psykisk syke trengte mer støtte pga. mulig lærevansker, svikt i sosiale ferdigheter og isolasjon og usynlighet.</p> <p>Barna forsøkte å ha trygg avstand til foreldrene på en måte som ikke fikk de oppslukt av deres sykdom. De kunne trekke seg unna.</p>	<p>ansvar. Barna satte foreldrenes behov foran sine egne. Barn av psykisk syke var i risiko.</p> <p>Barna følte seg alene, og foreldrene fikk all oppmerksomhet.</p> <p>Barna satte pris på stunder hvor foreldrene oppførte seg friske</p> <p>Barna strevde for å ha en trygg avstand for å ikke bli oppslukt av sykdom samtidig som de opprettholdt en god kontakt.</p>	<p>Barna følte seg ensomme i sin situasjon</p>
---	---	--

<p>Barna selv var positive til å besøke forelderen i institusjon, til tross for at psykiatriske institusjoner var skremmende. Barna ønsket å bli inkludert og snakke med personalet, men dette ble ofte ikke gjort.</p> <p>Barna manglet mestringsstrategier for å håndtere problemene de ble satt ovenfor.</p> <p>Barn opplevde nytthet av å lære om foreldrenes sykdom og mestring av utfordringer. Fikk oppklaring og fikk se at de ikke var alene i sin situasjon. Terapeutiske program for å øke kunnskap og øke mestringsstrategier var svært nyttige. Barna følte de lærte, hadde det moro og fikk kontakt med jevnaldrende.</p> <p>Program som skulle være forebyggende for barn var en god opplevelse for barna. Barna følte i ettertid lettelse fra bekymringer og mindre frykt.</p> <p>Program som innebar månedlige aktiviteter ga barna økt sosialt nettverk, selvtillit og bedre evne til mestre utfordringer.</p>	<p>Det å besøke forelderen som var innlagt var noe som kunne bidra til å inkludere barna mer inn i situasjonen.</p> <p>Mestringsstrategier var vesentlige for at barna skulle håndtere problemer de møtte</p> <p>Barn syntes det var nyttig å delta i program ment for å styrke deres forståelse av foreldrenes psykiske sykdom. De fikk kunnskap, mestringsstrategier, og de så de ikke var alene i sin situasjon. Dette var også gode muligheter for kontakt med jevnaldrende og alt i alt blir en god opplevelse for barna som til vanlig ikke blir sett.</p>	<p>Barna hadde behov for hjelp til mestring</p>
--	--	---



### Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

<b>Forfattere, Tidsskrift, tittel, År Land</b>	<b>Studiens hensikt</b>	<b>Design/ intervensjon/ instrument</b>	<b>Deltakere/bortfall</b>	<b>Hovedresultat</b>	<b>Kommentar i forhold til kvalitet</b>
<p>Östman, M.</p> <p>Nord Journal of Psychiatry</p> <p>Interviews with children of persons with a severe mental illness- investigating their everyday situation.</p> <p>2008</p> <p>Sverige</p>	<p>Se på barnas erfaringer med å ha en psykisk syk forelder</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Individuelle intervjuer</p>	<p>8 barn av psykisk syke tilknyttet til psykiatrisk sykehus</p>	<p>Barna manglet oppfølging og noen å snakke med om sine erfaringer om sin syke forelder.</p> <p>Barna sliter med frykt og skyldfølelse med for mye ansvar.</p>	
<p>Bee P, Berzins K, Calam R, Pryjmachuk S, M Abel K</p> <p>PLoS ONE</p> <p>Defining quality of life in the children of parents with severe</p>	<p>Å undersøke barns av psykisk sykes livskvalitet</p>	<p>Kvalitativ studie utført i fokusgruppe eller individuelt + 2 foreldre ble intervjuet på telefon</p>	<p>19 individer deltok, derav 6 barn, 5 foreldre og 8 fagpersonell</p>	<p>Barna var bekymret over foreldrene og de daglige stressorene deres helse medfører.</p> <p>Barna følte seg separert fra sine jevnaldrende og hadde ikke samme muligheter som de.</p> <p>Hverdagen bar preg av</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Fagfellevurdert</p>

<p>mental illness: A preliminary stakeholder-led model</p> <p>2013</p> <p>USA</p>				<p>uforutsigbarhet og lav livskvalitet.</p>	
<p>Pitman E, Matthey S</p> <p>American journal of orthopsychiatry</p> <p>The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or sibling</p> <p>2004</p> <p>Australia/Canada</p>	<p>Kan barna gjennom terapetisk program mestre sin hverdag med psykisk syke forelder med å få tilført kunnskap og ferdigheter?</p>	<p>Kvalitativ studie, barn deltok i program og evaluerte dette</p>	<p>25 barn, 17 deltok under hele programmet</p>	<p>Gjennom programmet fikk barna kunnskap og ferdigheter for å kunne mestre foreldrenes sykdom og det som den medfører</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Fagfellevurdert</p>
<p>O'Brien, L., Anand, M., Brady, P., Gillies, D</p> <p>International journal of mental health nursing</p> <p>Children visiting parents in</p>	<p>Har barna nytte av å besøke sin psykisk syke forelder innlagt i institusjon?</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Individuelle intervju og tegning</p>	<p>13 deltakere inkl. 5 barn, 5 foreldre og 5 pleiere</p>	<p>Barna ønsket selv å besøke deres foreldre, men pleiere ved institusjon stilte ikke opp for barna når de kom, selv om barna ønsket støtte fra personalet.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>fagfellevurdert</p>

<p>inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers and children</p> <p>2011</p> <p>Australia</p>					
<p>Pihkala, H., Sandlund, M., Cederström, A.</p> <p>International journal of social psychiatry</p> <p>Children in Beardlee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness</p> <p>2011</p> <p>Sverige</p>	<p>Kartlegge barnas og foreldrenes opplevelse av å ta i bruk familiebaserte metoder for å forebygge psykiske problemer for barn av psykisk syke foreldre</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuelle intervju</p>	<p>14 barn og 9 foreldre, i tillegg 5 foreldre som ikke hadde barn med i studien.</p>	<p>Barn som har deltatt i familiebaserte-metoder får økt kunnskap og forståelse. Familien kom nærmere hverandre, og barna følte lettelse og frigjøring av ansvar.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Fagfellevurdert</p>
<p>Mordoch, E. og Hall, W.</p> <p>Qualitative health research</p>	<p>Kartlegger hvordan barn av psykisk syke mestrer</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuelle intervju</p>	<p>22 barn intervjuet, og 10 barn ble utvalgt til å bli intervjuet to ganger</p>	<p>Barna forsøkte å opprettholde fasaden ved å "passe inn" og finne en rytme i hverdagen. Dette kunne være utfordrende med foreldrenes</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Fagfellevurdert</p>

Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame  2008 Canada	hverdagen.			sykdom og uforutsigbarheten som den førte med seg.	
Fraser, E. og Pakenham, K. I.  Psychology, health & medicine  Resilience in children of parents with mental illness: Relation between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving  2009 Australia	Undersøker hvordan kunnskap, alder, tilpasningsdyktighet og sosial tilhørighet spiller inn i forhold til hvordan barn mestrer hverdagen	Kvantitativ studie. Spørreskjema	44 barn	Kunnskap, alder, tilpasningsdyktighet og sosial tilhørighet hadde mye å si om hvordan barna har det i forhold til vansker, isolasjon og generell livstilfredshet.	Nivå 1 Fagfellevurdert
Gladstone, B. M., McKeever, P., Seeman, M. og Boydell, M.  Qualitative health research	Ser på barnas forståelse av psykisk sykdom og hva det er	Kvalitativ studie. Gruppeintervju av deltakende	7 barn	Barn manglet kunnskap og mistolket ofte symptomene hos foreldrene, noe som ga barna skyldfølelse.	Nivå 2 Fagfellevurdert

<p>Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: managing stressful situations</p> <p>2014 Canada</p>	<p>vanskelig å forstå.</p>	<p>barn i en støttegruppe for barn av psykisk syke foreldre</p>			
<p>Fraser, E. og Pakenham, K. I.</p> <p>Australian and New Zealand journal of psychiatry</p> <p>Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness</p> <p>2008 Australia</p>	<p>Evaluerer effektiviteten av en psykososial gruppe for barn av psykisk syke foreldre.</p>	<p>Kvantitativ studie. Spørreskjema</p>	<p>44 deltakere, inkl. 27 i behandlingsgruppe og 17 i kontrollgruppe</p>	<p>Barna hadde fått mer kunnskap og bevissthet rundt foreldrenes sykdom. Dette ga mindre ansvar, bekymring og de ble i større stand til å mestre utfordringer.</p>	<p>Nivå 1 Fagfellevurdert</p>
<p>George, S., Shaiju, B. og Sharma V.</p> <p>The nursing journal of India</p>	<p>Skal vurdere problemene som barn og unge av psykisk syke</p>	<p>Kvantitativ studie. Individuelle intervju</p>	<p>50 barn</p>	<p>Barn hadde problemer på grunn av foreldrenes sykdom, og de fleste hadde ikke mestringsstrategier for å håndtere</p>	

Problems faced and coping strategies used by adolescents with mentally ill parents in Delhi  2012 India	foreldre har.			problemene.	
Hayman, F. M.  The Australian journal of rural health  Kids with confidence: A program for adolescents living in families affected by mental illness  2009 Australia	Evaluerer programmet for å øke selvtillit hos barn av foreldre med psykisk sykdom	Kvantitativ studie. Verbal tilbakemelding	34 barn deltok i programmet, tilbakemeldingene kom fra barna som deltok og deres foreldre	Responserne fra både barna og foreldrene var svært gode. Barnas sosiale nettverk har økt, de har fått bedre selvtillit og de har lært seg å mestre utfordringer på en bedre måte.	Nivå 1 Fagfellevurdert
Fjone, H. H. og Ytterhus, B.  Childhood  How children with parents	Undersøke hvordan barn av foreldre med psykisk lidelse strever for å	Kvalitativ studie. Individuelle dybdeintervju	20 barn	Barn med foreldre som lider av psykiske lidelser strevde hardt for å virke "normal" for omverden.	Nivå 2 Fagfellevurdert

<p>suffering from mental health distress search for "normality" and avoid stigma</p> <p>2009</p> <p>Norge</p>	<p>unngå stigmatisering og bli sett på som "normal".</p>				
<p>Maybery, D., Reupert, A., Goodyear, M., Ritchie, R og Brann, P.</p> <p>Australian e-journal for the advancement of mental health</p> <p>Investigating the strengths and difficulties of children from families with a parental mental illness</p> <p>2009</p> <p>Australia</p>	<p>Kartlegge forskjellen mellom barn av psykisk syke og barn av friske foreldre og utvikling av generelle problem</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Spørreskjema</p>	<p>833 barn</p>	<p>Barn av psykisk syke hadde mer problemer enn barn med friske foreldre i forhold til emosjonelle problem, atferdsvansker, hyperaktivitet, problemer med jevnaldrende og sosiale problem.</p>	