



Barn som pårørende i akuttpsykiatrien.

Kandidatnummer: 675
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8483
Dato:23/04/2019



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23/04/2019
Tittel: Barn som pårørende i akuttpsykiatrien.	
<p data-bbox="162 501 379 539"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="162 555 1382 593">Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til akutt innlagte pasienter med psykose?</p> <p data-bbox="162 663 443 701"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="162 716 1342 963">Oppgavens teoretiske perspektiv beskrives i teorikapittelet. Kapittelet tar først for seg det sykepleieteoretiske perspektivet, før det beskrives aktuelle lover og retningslinjer. Videre beskrives psykose og psykotisk atferd. Siste delen av teorien omhandler barns utvikling, hvordan og hvorfor barn av psykisk psyke er i en risikogruppe og «verktøy» for å ivareta disse barna.</p> <p data-bbox="162 1032 280 1070"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 1086 1313 1227">Oppgaven er en litteraturstudie, og baserer seg på allerede eksisterende litteratur. Det er anvendt forskningsartikler, lovverk, rapporter og fagbøker. Forskningslitteraturen er innhentet ved systematiske søk i forskningsdatabaser, og deretter kritisk vurdert.</p> <p data-bbox="162 1296 293 1335"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="162 1350 1390 1809">Oppgaven drøfter forskningsresultater sett opp mot lover, retningslinjer og annen faglitteratur på området. Det sykepleiefaglige perspektivet drøftes, og det belyses på hvilken måte problemstillingen er sykepleiefaglig relevant. Videre drøftes barnets opplevelse av å leve med psykisk syke foreldre, og sett i sammenheng med hvordan man som sykepleier kan møte disse barna. I denne delen drøftes også kartlegging av barn som pårørende som tiltak, samt effekten og utfordringer ved tiltaket. Det andre tiltaket som drøftes i denne oppgaven er samtale. Her belyses effekten og ulike måter å gjennomføre samtaler med barn som pårørende. Siste delen av drøftingen tar for seg aktuelle lover og retningslinjer som gir rammer for sykepleieres handlingsalternativer.</p> <p data-bbox="162 1879 331 1917"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="162 1933 1385 2022">Oppgaven konkluderer med at sykepleiere på akuttpsykiatrisk avdeling burde ha innarbeidete rutiner for kartlegging av barn som pårørende. I møte med barn til akutt innlagte pasienter</p>	

med psykose er samtale med barnet, individuell eller i gruppe, et tiltak med beviselig effekt, forutsett at sykepleieren har kunnskaper om hvordan å utføre en slik samtale med barn. Ansvaret for tilegning av kunnskap ligger på den individuelle sykepleier, mens sykepleieledelsen er ansvarlig for at det tilrettelegges for forsvarlig yrkesutøvelse.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2	Begrepsavklaring	2
1.3	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teori.....	4
2.1	Joyce Travelbees sykepleieteori.....	4
2.2	Aktuelle lover.....	4
2.3	Psykose	6
2.3.1	Persepsjonsforstyrrelser	6
2.3.2	Affektforstyrrelser	6
2.3.3	Motivasjonsforstyrrelser	7
2.3.4	Tankeforstyrrelser.....	7
2.4	Barns utvikling	7
2.5	Barn av psykiatriske pasienter som risikogruppe	8
2.6	«Verktøy» for å ivareta barn som pårørende.....	9
2.6.1	Samtalegruppe som redskap	9
2.6.2	Kartlegging	10
2.6.3	Råd til helsepersonell.....	11
3	Metode	12
3.1	Søkehistorikk.....	12
3.1.1	Tabell 1	13
3.2	Kildekritikk	14
4	Resultater	16
5	Drøfting	18
5.1	Sykepleierperspektivet.....	18
5.2	Barnets opplevelse av å leve med psykisk syke foreldre.....	18
5.3	Kartlegging av barn som pårørende	20
5.4	Hvordan møte barnet.....	21
5.5	Samtale som tiltak.....	22
5.6	Lover og etiske utfordringer	25
6	Avslutning	27
7	Referanseliste.....	29

1 Innledning

På bakgrunn av min egen praksis i psykisk helsevern har jeg reflektert over hvor utfordrende det kan være for en familie når mor eller far bli akutt innlagt grunnet psykisk sykdom. Ut fra dette har jeg fattet interesse for hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta pasientens familie, og da spesielt pasientens barn.

I en rapport fra folkehelseinstituttet i 2011 ble det beregnet at 410 000 barn har en, eller to, foreldre med psykiske plager. Hvilket tilsvarer over en tredjedel av alle barn i Norge (Torvik & Rognum, 2011). I levekårsundersøkelsen fra 2005 ble det anslått at 2 av 3 barn av psykisk syke foreldre utvikler psykiske problemer, og 1 av 3 utvikler alvorlige psykiske problemer. På bakgrunn av dette ble det i 2010 innført ny § 10a i Helsepersonelloven. Paragrafen lovpålegger helsepersonell å kartlegge behov og følge opp barn under 18 år, når foreldre mottar psykisk helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I tillegg til den genetiske disposisjonen for å utvikle psykisk sykdom er barn av psykiatriske pasienter utsatt for å utvikle psykisk sykdom grunnet en barndom preget av stressfaktorer som et kaotisk familieliv og manglende tilknytning (O'Connell, 2008). Langvarig stress i barnealder kan føre til utrygghet, tap av læring, utvikling og livsglede (Haukø & Stamnes, 2009). Dette belyser viktigheten av at disse barna blir møtt på en hensiktsmessig og trygg måte når foreldrene blir akutt innlagt.

Gjennom mine søk for denne oppgaven har jeg oppdaget at det finnes mye litteratur på emnet. Litteraturen omhandler både viktigheten av at disse barna blir ivaretatt og hvordan man kan gjøre det i praksis. Likevel ser man at barn av psykisk syke blir oversett i helsevesenet (Sundfær, 2012). Egen erfaring fra akuttpsykiatrien tilsier at det kan være utfordrende å gjennomføre tiltak da tid og ressurser ikke strekker til. Oppgavens formål er å undersøke ulike tiltak for å ivareta barn som pårørende i psykiatrien. Grunnet oppgavens omfang har jeg valgt å fokusere på tiltakene karlegging og samtale.

Denne problemstillingen omhandler sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, da undervisning og informasjon er en del av det å ivareta pårørende (Sundfær, 2012). I tillegg blir sykepleierens forebyggende funksjon sentral. Barn av psykisk syke er i en risikogruppe for selv å utvikle psykiske lidelser, på den måten vil det å sørge for at disse barna blir tilstrekkelig ivaretatt ha en forebyggende effekt.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Egen erfaring fra psykisk helsevern, samt overnevnte rapporter og litteratur tilsier at barn som pårørende i psykiatrien har en tendens til å bli oversett. Det er på bakgrunn av dette jeg har valgt problemstillingen «Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til akutt innlagte pasienter med psykose?»

Oppgaven vil omhandle barn som pårørende. I denne oppgaven har jeg avgrenset til barn i det andre utviklingsstadiet (6-12 år). Barn i denne aldersgruppen er mottakelige for verbal kommunikasjon, og har utviklet språk, samtidig som de er i en alder der det skjer mye i den sosiale og følelsesmessige utviklingen (de Besche, Solberg, Skei, Hårberg, Vik & Grønlid, 2010). Barnets utvikling i dette stadiet vil, ifølge Håkonsen (2015), påvirke senere personlighetsutvikling. Denne sårbarheten for påvirkning utgjør bakgrunnen for hvorfor jeg har valgt nettopp denne aldersgruppen.

Som kontekst for oppgaven har jeg valgt akuttpsykiatrisk avdeling. Ut fra min erfaring i praksis er innleggelsen til pasienter på akuttavdeling uplanlagt og kan føre til både kortere og lengre opphold. Dette kan resultere i tilfeller der foreldre og barn blir skilt fra hverandre og det ikke er en satt dato for når forelderer kommer hjem. Uforutsigbarheten i en slik situasjon gjør at jeg tenker det er spesielt viktig, som sykepleier, å ivareta barna som pårørende.

1.2 Begrepsavklaring

Med «akutt innleggelse» menes i denne problemstillingen en ikke planlagt innleggelse. Jeg har i tillegg avgrenset oppgaven til å omhandle akutte innleggelser grunnet psykose.

Definisjonen av «psykose» i denne oppgaven baserer seg på Wilson & Kneisl (1996). De definerer psykose med at ett eller fler av følgende symptomer på være tilstede: illusjoner, hallusinasjoner, psykotisk språk, betydelig desorganisert eller kataton atferd, eller andre negative symptomer (Wilson & Kneisl 1996). Videre definisjon, hentet fra Wilson & Kneisl, er oversatt av Hummelvoll. «En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte 'virkeligheten', kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller.» (Hummelvoll, 2016). Jeg har valgt denne definisjonen da den baserer seg på de konkrete DSM-IV kriteriene for psykose og er gjengitt i nyere litteratur (Hummelvoll, 2016).

1.3 Oppgavens disposisjon

I oppgavens andre kapittel presenteres det teoretiske grunnlaget oppgaven bygger på. I kapittel 3 presenteres fremgangsmåte og metode for hvordan jeg har funnet litteraturen og forskningen som anvendes i oppgaven. Metodekapittelet inneholder også en kritisk vurdering av litteraturen, og eventuelle styrker og svakheter ved forskningsartiklene sett opp mot min valgte problemstilling. Resultatene er presentert i kapittel 4, i form av en artikkelmatrise som kort legger frem forskningsartiklenes innhold. Kapittel 5 er drøftingsdelen av oppgaven, her drøftes og diskuteres forskningsresultatene sett opp mot annen litteratur og problemstillingen. Avslutningsvis oppsummeres det som er drøftet i oppgaven etterfulgt av en referanseliste.

2 Teori

2.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee definerer sykepleie som følgende «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Travelbee vektlegger at den syke er den del av en familie, og når sykdom oppstår vil hele familien bli berørt. Hun omtaler også viktigheten av å se hvordan familie og pårørende kan være en viktig støtte. Ved å yte hjelpetiltak og ivareta den sykes familie, vil det i større grad gi overskudd til å være en ressurs for pasienten. På denne måten omtaler Travelbee hjelpetiltak til den sykes familie som en del av god sykepleieutøvelse (Travelbee, 1999).

En sentral del av Joyce Travelbees sykepleieteori er tanken om menneske-til-menneske-forholdet. I dette legges det at rollene «sykepleier» og «pasient» legges til side og relasjonen disse to imellom er en mellommenneskelig relasjon på individuelt nivå. Travelbee omtaler hvordan menneske-til-menneske forholdet i utgangspunktet utvikles gjennom fire faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse. Disse fasene kan gå fort, eller over tid, og en relasjon kan hoppe frem og tilbake mellom disse fasene (Travelbee, 1999).

2.2 Aktuelle lover

Det er flere lover som gjør seg aktuelle for problemstillingen i denne oppgaven. Som nevnt i innledningen ble det i 2010 innført en ny paragraf i Helsepersonelloven (§ 10a) som omtaler helsepersonells plikt overfor mindreårige barn. I paragrafen kommer det frem at helsepersonell er lovpålagt å avklare om pasienter har mindreårige barn med behov for informasjon og/eller oppfølging. Dersom dette behovet er tilstede er helsepersonell lovpålagt å samtale med pasienten om hvilken informasjon barnet trenger og hvilke tiltak som skal iverksettes. Innenfor taushetspliktens rammer skal helsepersonell bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet får tilstrekkelig og tilpasset informasjon om pasientens sykdomstilstand (Helsepersonelloven, 1999, § 10a).

Videre i Helsepersonelloven omhandles hovedregelen om taushetsplikt (§ 21), som gjør seg gjeldende vedrørende hvilken informasjon barnet skal få, som pårørende. Loven sier at

helsepersonell skal hindre at andre får kjennskap til pasienters sykdomsforhold eller personlige forhold som de selv har fått kjennskap til gjennom sin rolle som helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Dersom pasienter ikke samtykker til at barnet skal informeres, er helsepersonell bundet av hovedregelen om taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2010).

I Helsedirektoratets rundskriv om «Barn som pårørende» omtales informasjon og taushetsplikt. Det spesifiseres at selv om pasienten samtykker til at informasjon gis til barnet, rekker ikke samtykket lenger enn det som er avtalt. Pasienten kan derfor sette grenser for hvilken informasjon som skal videreformidles til barnet og samtykket kan trekkes tilbake. I tilfeller der helsetjenesten har planlagt tiltak med den hensikt å ivareta barnet, har barnet rett på informasjon, uavhengig av samtykke fra pasienten (Helsedirektoratet, 2010).

I Spesialisthelsetjenesteloven (1999) ble det tilføyd en ny paragraf som tredde i kraft 1. januar 2010. Paragrafen (3.7) lovpålegger helseinstitusjoner, der det er behov for det, til å ha en barneansvarlig med ansvar for oppfølging av mindreårige barn. Å stryke den rettslige stillingen til barn av psykisk syke var en av grunnene til innføringen av paragrafen. Ifølge loven må virksomheten legge til rette for at personalet skal kunne møte barn som pårørende på en god måte (Helsedirektoratet, 2010).

Norges sykepleierforbund (NSF) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Spesielt aktuelt for oppgaven er kapittel 3 som handler om sykepleieren og pårørende. De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende. Mer spesifikt heter det i punkt 3.2 at «når barn er pårørende bidrar sykepleieren til ivaretagelse av deres særskilte behov» (Norges sykepleierforbund, 2011).

Kapittel 1 i yrkesetiske retningslinjer omhandler sykepleieren og profesjonen, og hvordan sykepleieren har ansvar for egen yrkesutøvelse og at den er forsvarlig utført. Det presiseres i punkt 1.1 at sykepleie skal være forskningsbasert og bygge kunnskap ervervet via erfaring. Punkt 1.4 påpeker sykepleierens ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Videre i kapittelet om sykepleieren og profesjonen omhandler punkt 1.5 ledere av sykepleietjenesten og hvordan de har et spesielt ansvar for å legge til rette for at sykepleiere skal kunne utøve faglig, etisk og juridisk forsvarlig sykepleie (Norges sykepleierforbund, 2011).

2.3 Psykose

Ved en psykotisk tilstand er minst et av følgende symptomer til stede: illusjoner, hallusinasjoner, psykotisk språk, betydelig desorganisert eller kataton atferd eller andre negative symptomer (Wilson & Kneisl, 1996). Hummelvoll har oversatt fra Wilson og Kneisl (1996) «En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte 'virkeligheten', kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller.» (Hummelvoll, 2016, s. 337).

En psykotisk tilstand preges av forvrengt virkelighetsoppfatning og kan inneholde hallusinasjoner, 'vrangforestillinger', tankeforstyrrelser eller forvirring. Psykoser kan være akutte eller forbigående og mulige årsaker til psykose er mange. At personen opplever virkeligheten annerledes enn de rundt seg kan føre til engstelse og usikkerhet både for den psykotiske og personer rundt (Hummelvoll, 2016).

En sviktende realitetsoppfatning kan komme som en følge av forstyrrelse i en eller fler av ego-funksjonene. De viktigste forstyrrelsene ved psykose er følgende underkapitler:

2.3.1 Persepsjonsforstyrrelser

En psykotisk person kan oppleve persepsjonsforstyrrelser. Det vil si en forstyrrelse i oppfatningen og tolkningen av sanseinntrykk. De vanligste formene for persepsjonsforstyrrelser er illusjoner og hallusinasjoner. Persepsjonsforstyrrelser kan stamme fra alle sanser, mest vanlig er syns og hørselssansen. Det vil med andre ord si at en psykotisk person kan oppleve å se og høre «ting» som ikke er reelle, enten det er en feiltolkning av reelle sansestimuli (illusjoner) eller opplevelser som oppstår uten noen ytre årsak (hallusinasjoner) (Hummelvoll, 2016).

2.3.2 Affektforstyrrelser

Affektforstyrrelser kan også forekomme hos den psykotiske personen. Affektene er sterke følelser, og hvordan vi opplever disse er subjektivt og kan variere fra person til person. Hvordan vi reagerer på en situasjon og hva som ansees som en passende reaksjon kan variere med personlig bakgrunn og kultur. Affeksjonsforstyrrelse kan utarte seg ved at personen får ekstra sterke følelser, får et lammet følelsesliv, eller ved at følelsene og reaksjonen som oppstår ikke «passer» til situasjonen (Hummelvoll, 2016).

2.3.3 Motivasjonsforstyrrelser

Et motiv er det som driver mennesket til å utføre eller å ikke utføre en handling. Ved motivasjonsforstyrrelse kan ikke personen gjøre rede for motivet bak handlingen. Denne typen forstyrrelse kan vise seg som regresjon, tilbaketrekning, impulsiv atferd, overaktivitet og/eller ambivalens (Hummelvoll, 2016).

2.3.4 Tankeforstyrrelser

Tankeforstyrrelser kan ramme tankenes form, innhold eller selve tankestrømmen. En persons tanker er som regel kontrollert og realitetsorientert. Hos psykotiske personer kan tankene være knyttet til virkeligheten i liten grad eller de kan være preget av fastlåste forestillinger, såkalte vrangforestillinger, som ikke stemmer overens med realiteten. En forstyrret tankestrøm vil si at tankenes hastighet ikke er jevn, og at hastigheten på tankene forandres. Forstyrrelse i tankestrømmen kan vise seg som tankeblokk, tankehemming eller tankeflukt hos den psykotiske personen (Hummelvoll, 2016).

2.4 Barns utvikling

Denne oppgaven fokuserer på barn mellom 6-12 år. Barn i denne aldersgruppen er ifølge professoren Jan Piaget (1896-1980) i det han kaller et konkretoperasjonelt stadium når det kommer til den kognitive utviklingen. Det konkretoperasjonelle stadiet innebærer at barnet utvikler evne til symbolsk og logisk tenkning. Tankeprosessene blir i mindre grad begrenset av egosentrisitet, og barnet utvikler evnen til å forstå mer komplekse årsak-virkningssammenhenger. Barnet tilegner seg evnen til «mentale operasjoner» som gjør at de evner å overføre kunnskap fra en situasjon til en annen. Piaget hevder at barnet i dette utviklingsstadiet er avhengig av å kunne forankre sine tanker i konkrete hendelser, og vil derfor ha vansker med å forestille seg hypotetiske løsninger på et konkret problem (Håkonsen, 2015).

Erik H. Erikson (1902-1994) utviklet en modell bestående av åtte stadier for menneskers psykososiale utvikling. Den fjerde fasen omhandler barn fra ca. 6-14 år (Håkonsen, 2015). I denne fasen vil barnet sammenlikne seg og sin egen utvikling med skole-kamerater. Dersom familien ikke forbereder barnet på skolegangen, kan barnets utvikling bli forstyrret. Konflikten mellom det å være skapende og å være underlegen er sentral i denne psykososiale utviklingsfasen, og vil legge grunnlag for senere personlighetsutvikling (Erikson, 1963).

Under barnets utvikling går det gjennom flere sensitive perioder. I disse periodene er barnet spesielt mottakelig for ytre påvirkning. Dersom stimulering og påvirkning fra omgivelsene ikke er hensiktsmessig i sensitive perioder kan det forstyrre utviklingen av grunnleggende psykologiske funksjoner. Dersom ønsket er å stimulere eller påvirke disse funksjonene utover de sensitive periodene vil det kreve lengre tid, større mengde og høyere intensitet på påvirkningen (Håkonsen, 2015).

2.5 Barn av psykiatriske pasienter som risikogruppe

Forskning viser til at flere psykiske lidelser i noen grad er arvelig. Dersom en av foreldrene har en psykisk lidelse øker sannsynligheten for at barnet vil utvikle samme lidelse. Å leve med foreldre med psykiske lidelser gjør også barnet mer sårbart for å utvikle psykiske lidelser generelt (Sølvberg, 2011) (Torvik & Rognmo, 2011) (O'Connel, 2008).

Mennesker formes av både arv og miljø, og har derfor ikke en programmert livslinje, men frihet til å leve unike liv. Arvelige egenskaper kan forsterkes eller visne bort, avhengig av miljøet vi opplever og samspillet med andre mennesker. Innenfor familieforskning er det gjort observasjoner som tilsier at familier der et medlem lider av psykisk sykdom ofte blir sosialt isolerte (Sølvberg, 2011).

Psykisk sykdom hos foreldre påvirker både familielivet og foreldrekompentansen. Dette gjør at barn av psykisk syke kompenserer for foreldrenes manglende evne til å ivareta barnets behov (Ditlevsen, 2010). I noen tilfeller kan psykisk sykdom hos barn av psykisk syke foreldre være arvelig betinget, men i mange tilfeller er barna i utgangspunktet friske og det er den manglende omsorgen og støtten som gjør at det senere utvikles psykiske lidelser (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, u.å).

Begrepet resiliens kan oversettes til motstandskraft, og sier noe om evnen til å klare seg, til tross for livsutfordringer (Hummelvoll, 2016). Hos barn av psykisk syke, som selv er utsatt for å utvikle psykisk sykdom, vil barnets resiliens ha betydning for hvordan og om det takler situasjonen.

2.6 «Verktøy» for å ivareta barn som pårørende

2.6.1 Samtalegruppe som redskap

Gjennom menneskets historie har samtalegrupper vært brukt for å bearbeide sterke hendelser eller opplevelser. I siste den av andre verdenskrig ble samtalegrupper systematisk tatt i bruk i helsevesenet for å bearbeide soldaters post-traumatiske reaksjoner. Samtalegruppe som behandlingsform stimulerer deltakerne til å ta initiativ samtidig som det gir åpenhet for å lene seg tilbake og observere de andre i gruppen, og tenke over hva man vil si. Samtalegruppen kan bidra til å gi deltakerne en følelse av fellesskap, og mulighet til å arbeide med mellommenneskelige utfordringer (Sølvberg, 2011).

I 2009 gjorde Haukø & Stamnes en studie på hvordan deltakelse i samtalegruppen «Barnas Time» påvirket barn som pårørende til psykiatriske pasienter. Undersøkelsen som ble utført i sammenheng med artikkelen viste at barna opplevde det nyttig å ha samtale med gruppens veileder uten forelderen til stede, da det førte til at de ikke trengte å ta hensyn til foreldrenes følelser. Foreldrene rapporterte at deltakelse i Barnas Time gjorde barna tryggere, økte kunnskapen og lettet kommunikasjonen mellom barna og foreldrene rundt det som var vanskelig (Haukø & Stamnes, 2009).

For å utføre en samtalegruppe på en hensiktsmessig måte må intensjonen med gruppen være avklart (Sølvberg, 2011). En samtalegruppe for barn som pårørende vil ha som intensjon å fungere som et forebyggende tiltak. Ved planlegging av en samtalegruppe må man ta stilling til omfanget av tilbudet, skal det være et visst antall møter og hva skjer hvis noen av deltakerne slutter å komme på møtene? Når det gjelder sammensetningen av gruppen viser det seg ofte positivt dersom det er variasjon i kjønn og alder mellom deltakerne. Som regel er det anbefalt å ha åtte deltakere i slike samtalegrupper (Sølvberg, 2011).

Det kan være en fordel å være flere gruppeledere og eventuelt en observatør, disse burde møtes i forkant og etterkant av møtene for å gjennomgå det som skal skje eller det som har skjedd i gruppen. Sammen kan man planlegge metoder for å møte vanskeligheter i gruppen og eventuelt gjennomgå egne følelsesmessige reaksjoner. Rent praktisk er det en fordel om alle møter utenfor rommet og går sammen med gruppelederen inn, på denne måten får man en strukturert og tydelig start på møtet. Ideelt bør deltakerne sitte i en sirkel med like stoler. Antall stoler bør stemme overens med antall deltakere i gruppen fordi det kan være med på å skape en følelse av «din plass» i gruppen (Sølvberg, 2011).

2.6.2 Kartlegging

I Helsedirektoratets rundskriv om barn som pårørende er det lagt ved skjemaer som skal fungere som hjelpemidler for å ivareta barn som pårørende. I akutte situasjoner er det særlig viktig å kartlegge barnets omsorgssituasjon. Et av vedleggene er et kartleggingsskjema for barn fra 0-18 år, når foreldre mottar helsehjelp. Skjema fylles ut av pasienten, og kartlegger barnets situasjon, hvem som tar vare på barnet, og om barnet har fått informasjon om forelderens tilstand (Helsedirektoratet, 2010).

Dersom det konkluderes med at det er behov for oppfølging av barnet grunnet forelderens situasjon, vil det være viktig å få et inntrykk av hvordan situasjonen påvirker barnets dagligliv. Målet er å kartlegge eventuelle beskyttelsesfaktorer, risikofaktorer og hvordan man kan ivareta barnets gode utviklingsprosesser. Helsedirektoratet har, i rundskriv om barn som pårørende, belyst hvilke momenter som bør kartlegges for å få oversikt over barnets situasjon (Helsedirektoratet, 2010).

For å få et inntrykk av barnets hjelpebehov må det avklares i hvilken grad foreldrene er i stand til å ivareta og bistå barnet med de problemer og belastninger som avdekkes. Hvordan barnets dagligliv er organisert og ivaretatt og hvordan barnet fungerer i barnehagen/skolen kan være med på å gi et inntrykk av barnets situasjon. Da vil det være aktuelt å kartlegge elementer som trivsel, skoleprestasjoner, konsentrasjon og fravær. Andre indikasjoner på barnets situasjon er hvorvidt barnet har overskudd til å være sammen med venner eller ha med venner hjem, og eventuelle tegn på usikkerhet, bekymring, uro eller atferdsvansker. Det er også viktig å være oppmerksom på ”de flinke barna” som tilsynelatende mestrer situasjonen godt, men som likevel kan ha behov for hjelp og støtte. Det burde avdekkes om barnet er i kontakt med hjelpeapparatet, om hvorvidt barnet har noen å snakke med som vet om og forstår situasjonen. Sist men ikke minst må det avdekkes om barnet selv opplever tilstrekkelig følelsesmessig støtte og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010).

I en forskningsartikkel gjort på innføringen av rutiner for å kartlegge og ivareta barn av psykisk syke foreldre, belyses viktigheten av at helsepersonell har tilstrekkelig tid, kompetanse og opplæring for å kunne gjennomføre disse rutinene (Lauritzen, C., Reedtz C., Van Doesum, K. & Martinussen, M., 2014). I 2015 publiserte Lauritzen & Reedtz en oppsummering av de foreløpige resultatene i et pågående kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet

gikk ut på å evaluere innføringen av nye rutiner og tiltak for å ivareta barn av psykisk syke. Artikkelen konkluderte med at det fortsatt er forbedringspotensial i helsevesenet for å identifisere og kartlegge pasientenes barn slik lovverket tilsier (Lauritzen & Reedtz, 2015).

2.6.3 Råd til helsepersonell

Klinisk sosionom ved Oslo Universitetssykehus Aase Sundfær ga i 2012 ut boken «God dag, jeg er et barn». Boken handler om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien. Sundfær legger vekt på hvordan barn av psykisk syke og rusmisbrukere blir oversett i helsevesenet, og hvor viktig det er at helsevesenet har kunnskap og kompetanse til å ivareta disse barna. Hun påpeker at det vil være helsefremmede og forebyggende dersom man klarer å ivareta disse barna fra ung alder. Sundfær lister det opp 13 råd til helsepersonell for hvordan å møte pårørende. Listen bygger på en bok skrevet av Bøckmann og Kjellevold i 2010 (Sundfær, 2012). Denne oppgaven vil ta for seg de av rådene som er overførbare til situasjoner der barn er pårørende.

Rådene for hvordan å møte pårørende bemerker at det er viktig å være tidlig ute med å gi tilbud om møte. I møte med pasientens barn må det komme tydelig frem hva som skal skje med pasienten i nær fremtid. Det er viktig å tilpasse informasjonen til barnets forutsetninger, og anvende et enkelt språk, så barnet forstår det som blir sagt. Man må opptre ydmykt og vise omsorg og forståelse for de reaksjoner som oppstår. Sett av nok tid for barnet til å ta inn over seg informasjonen og spørre om det som er fremmed og uforståelig. Det er viktig å lytte til barnets fortellinger. La barnet fortelle om hvordan han/hun har opplevd situasjonen både før og nå. Vær bevisst din egen og barnets nonverbale kommunikasjon og unngå bagatellisering. Ikke minst er det viktig å formidle håp om at dette kommer til å gå fint (Sundfær, 2012).

3 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie kjennetegnes ved at det anvendes relevant forskning og eksisterende kunnskap fra skriftlige kilder. Kunnskapen i kildene systematiseres og sammenfattes, for å gi leseren en oppdatert forståelse av kunnskapen på det aktuelle området (Thidemann, 2017).

I denne oppgaven har jeg anvendt forskning basert på både kvalitativ og kvantitativ metode. Forskning basert på kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter. Typisk for denne metoden er mange undersøkelsesenheter der man går mindre i dybden. Det gir et gjennomsnittlig bilde av undersøkelsesobjektene, og avspeiler den kvantitative variasjonen. Kvalitativ metode baserer seg i større grad på færre undersøkelsesobjekter der man går mer i dybden. Metoden tar sikte på å innhente data som sier noe om sammenheng og helhet (Dalland, 2017). Denne oppgaven baserer seg på tre kvalitative og én kvantitativ forskningsartikkel. I tillegg har jeg benyttet oversiktsartikler, som er samlende forskningsartikler basert på allerede publiserte forskningsartikler (Dalland, 2017).

Annen faglitteratur er hentet fra pensum i sykepleierutdanningen, offentlige dokumenter, lovdata og yrkesetiske retningslinjer. Det er særlig to andre fagbøker som har vært brukt i denne oppgaven, «God dag, jeg er et barn» (Sundfær, 2012) og «Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende - samtalegruppen som frigjørende redskap» (Sølvberg, 2011).

3.1 Søkehistorikk

Prosessen med å finne forskningsartikler til oppgaven har vært omfattende, og jeg har anvendt forskjellige databaser som Cinahl, Svemed+, Google Scholar og PubMed. I denne oppgaven har jeg endt med å bruke tre artikler fra Cinahl og en fra Svemed+, da dette var artiklene som traff mine søk best. Søkeordene jeg har valgt har vært forskjellige ut fra hva jeg har ønsket at artiklene skal inneholde, dette er nærmere beskrevet i kommende del av oppgaven.

Søkehistorikken er beskrevet i tabell 1.

I det første søket ønsket jeg å finne en artikkel som sa noe konkret om hvilke tiltak man kan iverksette. Tiltakene skulle rettes mot barn som pårørende til pasienter med psykose. Jeg ønsket å anvende MeSH-termer, for å inkludere flest mulig relevante artikler. Jeg startet med et vidt søk på kombinasjonen av MeSH-termene «nursing interventions» og «children of

impaired parents». Da dette viste seg å kun gi 5 treff, hvilket ble til 2 etter å avgrense publiseringsdato, leste jeg begge artiklene og fant en som omhandlet min problemstilling.

Det andre søket som førte til en relevant forskningsartikkel ble gjort i databasen SveMed+. Der ønsket jeg å finne en norsk eller skandinavisk forskningsartikkel for å forankre oppgaven i forskning som er gjort uten store geografiske eller kulturelle forskjeller fra vårt samfunn. I SveMed+ søkte jeg i fritekst på tema «Barn som pårørende til psykisk syke». Dette var for å få opp relevante artikler i tillegg til forslag til MeSH-termer jeg kunne bruke i videre søk.

De to første artiklene er kvalitative studier og omhandler bruk av samtalegruppe som intervensjon. For å understøtte funnene i disse kvalitative studiene ønsket jeg å finne en kvantitativ rct-studie som sa noe konkret om effekten av samtalegruppe som tiltak, rettet mot barn som pårørende i psykiatrien. Derfor valgte jeg en annen fremgangsmåte for den tredje artikkelen. Jeg anvendte et PICO-skjema for å finne ut hvilke søkeord jeg ville bruke. «Population» eller gruppen jeg ønsker artikkelen skulle omhandle var «barn som pårørende til psykisk syke». Da jeg ikke fant noen oversettelse eller MeSH-term som dekket denne gruppen valgte jeg å kombinere to MeSH-termer for å avgrense søket til å dekke foreldre med psykiske lidelser. I tillegg til søkeordene jeg fikk ut fra PICO-skjema søkte jeg også på «Randomized Control Trial» for å snevre søket mot kvalitative artikler.

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Psykiske lidelser + foreldre	Samtalegruppe	-	Effekt

I søket etter den fjerde forskningsartikkelen ønsket jeg å finne en artikkel som tok for seg barns opplevelser rundt det å leve med psykotiske foreldre. Jeg ønsket en artikkel med dette perspektivet for å understøtte viktigheten av at disse barna blir ivaretatt. I tillegg ønsket jeg å se på eventuelle sammenhenger mellom hvordan disse barna opplever det å ha psykisk syke foreldre og hvordan de kan ivaretas. I dette søket brukte jeg MeSH-termene «child», «parents» og «psychotic disorders», for å avgrense til riktig tema. I tillegg brukte jeg nøkkelordet «experiences» da jeg ikke fant noe passende MeSH-term for barnets opplevelser.

3.1.1 Tabell 1

Nr	Database	Søkeord	Kombinasjon av søkeord	Treff	Avgrensninger	Treff	Valgt artikkel
1	Cinahl	nursing interventions	nursing interventions	5	Fra 2009	2	Child oriented family nursing

		children of mentally impaired parents	AND children AND mentally impaired parents				intervention process in a single-encountersetting
2	SveMed+	Barn som pårørende til psykisk syke	(Fritekst)	299	Fra 2009	43	Det hjelper å snakke med barna
3	Cinahl	mental disorders parents psychotherapy, group randomized control trial	mental disorders AND parents AND psychotherapy, group AND randomized control trial	25	Fra 2009 Peer reviewed Research article Age group: child, 6-12 years	13	Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial
4	Cinahl	child experiences parents psychotic disorders	child AND experiences AND parents AND psychotic disorders	25	Fra 2009 Peer reviewed Research Article	14	Navigating in an unpredictable life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness

3.2 Kildekritikk

Denne oppgaven er en litteraturstudie og bygger på andres forskning. Oppgaven vil derfor være min tolkning av litteraturen som er anvendt. Det er også anvendt sekundærlitteratur i denne oppgaven, hvilket er en forfatters tolkning av en andre kilder (Dalland, 2017).

Forskningsartiklene som danner grunnlaget for denne oppgaven har både styrker og svakheter. På generell basis har jeg gått ut fra fem kriterier for forskningen jeg har brukt. Kriteriene fag, tid, nivå, språk og geografi er hentet fra Dalland (2017). Jeg vil i følgende del av oppgaven ta for meg hver av de fire artiklene og belyse styrker og svakheter.

Artikkelen «Child oriented family nursing intervention process in a single-encountersetting» baserer seg på en studie gjort i Taiwan, hvilket har geografiske og kulturelle forskjeller fra Norge. Artikkelen ble skrevet i 2009, noe som gir økt mulighet for at forskningen ikke er like aktuell i dag som den var for 10 år siden. Jeg har valgt å inkludere artikkelen da resultatene fra denne studien er sammenliknbare og understøtter resultater fra andre studier. Artikkelen er Peer Reviewed og ble publisert i Journal of Nursing Research hvilket øker artikkels troverdighet. Forskeren bak artikkelen har en doktorgrad i psykiatri, trening i kvalitativ forskning og mer enn 30 år erfaring fra klinisk praksis.

I andre forskningsartikkel «Det hjelper å snakke med barna» påpeker forfatteren selv i artikkelens konklusjon at studien baserer seg på barnas og foreldrenes egne vurderinger og at man derfor skal være forsiktig med å generalisere disse resultatene. Det var totalt åtte barn som deltok over omtrent samme tidsperiode. Hvis man skulle hatt større validitet i denne studien kunne man også testet ut en større gruppe barn som hadde deltatt i gruppen til forskjellige tider. Studiet er utført av psykiatrisk sykepleier Haukø og høskolelektor Stamnes. Artikkelen ble publisert i tidsskriftet Sykepleien som har kategori 1 på NSD (Norsk Senter for Forskningsdata).

Artikkelen “Navigating in an unpredictable life: a metasynthesis on children’s experiences living with a parent with severe mental illness” er en oversiktsartikkel som bygger på forfatterens tolkning av andres arbeider og er dermed, ifølge Dalland (2017), sekundærlitteratur. Fordelen med denne typen artikkel er at den baserer seg på flere studier, utført i forskjellige land og med forskjellige metoder. Artikkelen er publisert i Nordic College of Caring Science, hvilket har kategori 1 på NSD.

Hovedartikkel nummer fire i denne oppgaven heter «Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial”. Utfordringene med denne artikkelen er at den tar for seg samtalegruppe som tiltak for å ivareta barn av psykisk syke pasienter ved klinikker og sentre for psykisk helse. Dette skiller seg fra problemstillingen i denne oppgaven som omhandler ivaretagelse av barna når foreldrene blir akutt innlagt. Likevel finner jeg kunnskapen i denne artikkelen overførbar til min problemstilling. Artikkelen er utgitt i tidsskriftet European Child & Adolescent Psychiatry og er expert peer reviewed. Forfatterne av artikkelen erklærer at de ikke har noen interessekonflikt.

4 Resultater

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Hung, C-A., Shiau, S-J. & Huang, J-Y.	Child oriented family nursing intervention process in a single-encounters setting	Journal of Nursing Research	Hensikten med studiet var å utvikle sykepleierintervensjoner og ferdigheter i familieorientert sykepleie med fokus på barnet.	<p>Studien er basert på «The Contextual Family Health Nursing Model» for å utføre standardiserte målinger. Deltakerne var 16 personer i 5 familier fra et medisinsk senter i Taiwan.</p> <p>To forskere gjennomførte sykepleietiltak i form av intervju med familiene. Intervjuene ble gjort med pasienten, barnets foresatte og pasientens barn, og tatt opp på lydbånd. Intervjuet var ustrukturert og bestod av åpne spørsmål om familiens tanker og bekymringer. Etter intervjuene ble det skrevet en rapport som inneholdt informasjon deltakerens ansiktsuttrykk, verbale og nonverbale uttrykk. Tre tilfeldig utvalgte intervjuer kodet, av to av forskere, for å finne likhet.</p>	<p>Forskningen resulterte i tre stadier for familieintervensjoner:</p> <p><u>Konstruksjonsstadiet</u> Sykepleieren etablerer kontakt med familien, bygger tillit og stimulerer til samtale.</p> <p><u>Det problemorienterte stadiet</u> Her er sykepleierens mål å forstå hvilke problemer familien opplever, forbedre kommunikasjonen, og trene på problemløsning.</p> <p><u>Håp-bro-stadiet</u> Sykepleieren gjennomgår prosessen og oppfordrer deltakerne til å uttrykke sine eventuelle bekymringer. I dette stadiet uttrykket sykepleieren håp for familien, samt en plan og strategi for å komme seg videre.</p>
2	Haukø, B. H. & Stamnes, J. H.	Det hjelper å snakke med barna	Sykepleien forskning	Hensikten med studien var å undersøke hvilken betydning «Barnas Time» har hatt for kommunikasjonen mellom foreldre og barn, og om det har bidratt til bedre mestring av hverdagen.	<p>Studien tok utgangspunkt i 10 familier som deltok i samtalegruppen «Barnas Time». I 5 av familiene var barna over 10 år. (Det ble vurdert til at barn under 10 år ikke skulle intervjues da de ville ha vansker med å huske så langt tilbake i tid.)</p> <p>Foreldre og barn ble intervjuet hver for seg, og intervjuene ble tatt opp på lydbånd og skrevet ned. Intervjuene ble utarbeidet med tanke på problemstillingen.</p>	<p>Deltakerne satt igjen med at timene gjorde det lettere å kommunisere foreldre-barn imellom. Barna hevdet at de fikk bruk for det som ble snakket om i timen ved senere anledninger.</p> <p>Seks av åtte barn fortalte at det var lettere å ha samtale uten at forelderen var til stede, da de ikke trengte å bekymre seg for at forelderen ble såret.</p> <p>Foreldrene hevdet at Barnas Time var med på å øke tryggheten for barna, ved at de fikk satt ord på foreldrenes atferdsendringer.</p>

						Gjennomgående opplevde foreldrene at barna fikk økt kunnskap, og at det ble lettere å kommunisere med barna om det som var vanskelig. Flere fortalte at barna sov bedre, som igjen førte til mindre tretthet og krangling.
3	Dam, K., & Hall, E. O. C	Navigating in an unpredictable life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Hensikten med denne studien var å fremme kunnskap om hvordan barn av psykisk syke opplever livet, og belyse det faktum at de blir oversett i helsevesenet.	Artikkelen er basert på en metaanalyse av kvalitative studier omhandler barns opplevelser av det å leve med psykisk syke foreldre. Studiene som ble anvendt er gjort innenfor sosiologi, etnologi og sykepleie.	Studien viser at barn av psykisk syke foreldre lever en uforutsigbar hverdag. De tar over foreldreansvar, engster seg, skammer seg og skjuler familiesituasjonen for å unngå stigmatisering og mobbing. Forfatterne av denne artikkelen sammenlikner barn av psykisk syke med kompass, som hele tiden må navigere og tilpasse seg foreldrenes tilstand.
4	Santvoort, F., Clemens, H., van Doesum, K. & Janssens, J.	Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial	European child & adolescent psychiatry	Hensikten med studien er å undersøke effekten av støttegrupper for barn med psykisk syke foreldre.	Intervensjonsgruppen møtte til støttegrupper, der det ble lagt nytt tema hvert møte. Gruppene bestod av samtaler, mestringsøvelser og undervisning om psykiske lidelser. Deltakerene (barna) og foreldrene fylte ut et spørreskjema (pre-test) ved første møte. Etter to til tre måneder fikk foreldrene og barna et post-test spørreskjema, og spørreskjema for oppfølging ble delt ut etter fem til seks måneder.	Resultatene fra studien viser at barna som hadde deltatt i støttegruppene opplevde mindre negativ kognisjon og søkte sosial støtte i større grad enn barna i kontrollgruppen. Dette var mest uttalt rett etter og 3 måneder etter støttegruppene.

5 Drøfting

5.1 Sykepleierperspektivet

Flere kilder påpeker hvordan barn av psykisk syke foreldre er i risikogruppe for selv å utvikle psykisk sykdom, og hvordan denne gruppen har en tendens til å bli oversett i helsevesenet (Sølvberg, 2011) (Torvik & Rognmo, 2011) (O'Connel, 2008) (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, u.å.) (Sølvberg, 2011). Travelbees fokus på sykepleierens forebyggende funksjon belyser sykepleierperspektivet på problemstillingen (1999). For å utøve en forebyggende funksjon virker det fordelaktig at sykepleieren har kjennskap til utsatte grupper og hvordan disse kan ivaretas. Sett i sammenheng med forekomsten av psykisk sykdom hos barn av psykisk syke foreldre, kan man argumentere for vil det være forebyggende å sørge for at disse barna blir best mulig ivaretatt, og fulgt opp der det er behov.

Videre i Travelbees sykepleieteori argumenteres det for hvordan ivaretagelse av pasientens familie er en sentral del av helhetlig sykepleie. Travelbee begrunner dette med at den syke er en del av en familie, der alle kan trenge hjelp og støtte (Travelbee, 1999). Når barn er pårørende blir dette særlig gjeldende, da barn er avhengige av sine foreldre. I sensitive perioder under utviklingen er barn spesielt sårbare. Dersom manglende tilstedeværelse eller evne til omsorg fra foreldrene har påvirket utviklingen av visse psykologiske funksjoner vil det kreve mer tid og høyere intensitet for å påvirke dette i senere tid (Håkonsen, 2015). Dette belyser igjen hvordan ivaretagelse av den psykisk sykes familie kan være et forebyggende tiltak for å ivareta barnets psykiske helse og utvikling.

Den danske sykepleieren Ditlevsen skriver i sin artikkel om hvordan, i utgangspunktet friske, barn påvirkes av å vokse opp med psykisk syke foreldre. Hun belyser hvordan denne potensielle omsorgssvikten øker risikoen for at barna senere selv utvikler psykisk sykdom (Ditlevsen, 2010). Ut fra dette kan man tenke seg at dersom barna identifiseres av helsepersonell, og dermed fanges opp av et hjelpeapparat, vil man bedre forutsetningene for at omsorgen for disse barna blir ivaretatt og fulgt opp. Travelbees (1999) sykepleieteori viser at forebyggende sykepleie og ivaretagelse av pårørende er sykepleieoppgaver. Derfor kan man argumentere for at ivaretagelse av barn av psykisk syke pasienter, er nettopp dette.

5.2 Barnets opplevelse av å leve med psykisk syke foreldre

Forskningsartikkelen "Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness" omhandler barnets opplevelse av

det å leve med foreldre med psykisk sykdom. I artikkelen kommer det frem at mange barn av psykisk syke ser på foreldrenes sykdom som en familiehemmelighet som må bevares. Hemmeligholdingen skjer på bakgrunn av å ville beskytte foreldrene og seg selv for stigma og mobbing, samt en følelse av skam rundt situasjonen. I forsøket på å legge skjul på hjemmesituasjonen kan det føre til en sosial isolasjon for familien (Dam & Hall, 2016). Dette viser til hvordan familiesituasjonen, og foreldrenes sykdom, kan gå på bekostning av barnets sosiale omgang med andre barn. I tillegg til det følelsesmessige stresset barnet belastes med rundt usikkerhet og uforutsigbarhet, viser artikkelen at barn av psykisk syke foreldre klandrer seg selv for foreldrenes sykdom, og tar på seg skylden for at foreldrene ikke har det bra (Dam & Hall, 2016).

Videre viser forskningen til Dam & Hall (2016) at disse barna opplever å måtte ta større grad av ansvar i hjemmet, når foreldrene er preget av sykdommen. Dette gjaldt alt fra hverdagslige oppgaver som å vaske og rydde, til å måtte ta vare på søsken. Noen barn opplevde også å måtte ta vare på foreldrene ved å sørge for at de fikk dusjet seg og tatt medisiner til rett tid. I tillegg til å måtte ta ansvar for oppgaver foreldre vanligvis tar seg av viser artikkelen til at barn opplever følelsesmessig stress overfor syke foreldre. Foreldrene har gode og dårlige dager, og på gode dager preges barnet av uro for hva som kommer. Foreldrenes uforutsigbarhet kan føre til at barnet prioriterer å være hjemme og passe på foreldrene, heller enn å gå ut og være med venner (Dam & Hall, 2016). Disse funnene peker på viktigheten av at sykepleier i møte med disse pasientene kartlegger hvorvidt barnets grunnledende behov er ivaretatt, og om det er mat i kjøleskapet og rene klær i skapet. Like essensielt vil det også være å kartlegge hvordan eventuelt stress har påvirket barnets psykiske og utviklingsmessige status. Med tanke på at noen barn trolig vil forsøke å legge skjul på situasjonen, belyses viktigheten av helsepersonells kompetanse innenfor området og gode rutiner for kartlegging. Studien konkluderte med en metafor for hvordan barnet opplever hverdagen: barnet er et kompass som hele tiden må rette opp kursen og navigere for å unngå utbrudd av foreldrenes mentale sykdom (Dam & Hall, 2016).

Artikkelen «Det hjelper å snakke med barna» omhandler en studie der det ble testet ut effekten av tiltaket «Barnas Time» (BT). BT er, i tillegg til å være en samtalegruppe, et psykoedukativt tilbud der barn undervises i psykisk sykdom, med spesielt fokus på foreldrenes sykdom (Haukø & Stamnes, 2009). Det ble fokusert på å alminneliggjøre de opplevelser, tanker og følelser barna opplever knyttet til foreldrenes situasjon. Målet med å

skape en samtale rundt barnas opplevelser var å redusere følelser som skam, ansvar og skyld ved at barna fikk oppleve andre barn i likende situasjoner.

Tiltaket i den overnevnte artikkelen gikk ut på å undervise om og ufarliggjøre psykisk sykdom ovenfor barn med psykisk syke foreldre. For å kunne anvende dette som tiltak krever det at sykepleiere som møter barn som pårørende har kunnskaper om hvordan en psykotisk person oppleves, og typiske trekk. Det kan være fordelaktig at sykepleieren har kunnskap om ego-funksjonene og hvordan disse kan svekkes i en psykotisk tilstand.

Sviktende ego-funksjoner vil gjøre en persons atferd uforutsigbar og ulogisk for personene rundt. Man kan tenke seg at det kan oppleves skremmende for et barn når den som skal være en trygghetsperson i livet oppleves å leve i «en annen verden». Persepsjonsforstyrrelser og tankeforstyrrelser kan gi den psykotiske personen en ureell oppfattelse av omverdenen.

Barn i det konkretoperasjonelle stadiet (6-12 år) er underveis i utviklingen av evnen til logisk tenking og evnen til å forstå komplekse årsak-virkning-sammenhenger (Håkonsen, 2015). Et barn som ikke har kjennskap til psykotiske symptomer og forstår at disse bunner i en psykisk sykdom vil kunne oppleve at foreldenes og deres egen virkelighet avviker. En ikke ferdig utviklet evne til å tenke logisk og forstå komplekse sammenhenger vil trolig også kunne føret til at barnet begynner å betvile sin egen oppfattelse av realiteten.

Affekt- og motivasjonsforstyrrelser vil føre til at en persons handlinger og emosjonelle responser ikke samsvarer men andres forventinger (Hummelvoll, 2016). En voksen i nær relasjon med affektforstyrrelser og/eller motivasjonsforstyrrelser vil derfor kunne oppleves uforutsigbar for barnet. Uforutsigbarheten vil kreve at barnet til enhver tid tilpasser seg den voksne og aldri kan være sikker på responsens karakter. Man kan se for seg at dette er en medvirkende faktor til økt psykologisk stress hos barn som har en psykisk syk forelder.

5.3 Kartlegging av barn som pårørende

I helsedirektoratets rundskriv om barn som pårørende påpekes viktigheten av kartlegging for å identifisere barn som pårørende, og for å identifisere eventuelt behov for hjelp og støtte (Helsedirektoratet, 2010). Viktigheten av kartlegging understøttes i en forskningsartikkel fra 2014 om innføring av rutiner for systematisk kartlegging av barn som pårørende til psykisk syke pasienter (Lauritzen et al., 2014). Etter mine litteratursøk sitter jeg igjen med den

oppfatning av at det er enighet i fagmiljøet om at kartlegging er viktig tiltak når barn er pårørende. Likevel viser rapporten til Lauritzen et al. fra 2014 at det ikke blir gjennomført i henhold til det lovverket tilsier. Rapporten avdekket at sykepleiere føler at de har manglende kunnskapsgrunnlag for å kunne kartlegge barn som pårørende på en hensiktsmessig måte.

Som sykepleier har man, ifølge de yrkesetiske retningslinjene, et ansvar for å holde seg oppdatert på ny forskning og kunnskap (Norges sykepleierforbund, 2011). På grunnlag av sykepleiers ansvar for å utøve faglig forsvarlig praksis og Lauritzens resultater på følelse av manglende kunnskap kan man argumentere for at en sykepleier som møter barn som pårørende, burde gjøre seg kjent med punktene for nærmere kartlegging utarbeidet av Helsedirektoratet (2010). Det virker avgjørende at helsepersonell mestrer kartlegging, slik at man får et inntrykk av barnets evne til resiliens. Denne innsikten i barnets resiliens sier noe om i hvordan og i hvilken grad barnet påvirkes av foreldrenes situasjon.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere belyser også ledere av sykepleietjenester og deres særskilte ansvar. Ansvaret ligger i å legge til rette for at sykepleiere skal kunne utøve yrket basert på faglig forsvarlighet og en praksis forankret i oppdatert kunnskap (Norges sykepleierforbund, 2011). Ledelsens ansvar for å tilrettelegge for adekvat ivaretagelse av barn som pårørende er lovbestemt i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 (Helsedirektoratet, 2010). I Lauritzens undersøkelse fra 2014, belyser sykepleiere mangel på tid og opplæring som grunner til manglende kartlegging av barn som pårørende (Lauritzen et al., 2014). Sett i sammenheng med etiske og lovbestemte retningslinjer vil derfor noe av ansvaret for tilrettelegging og kompetanseøkning ligge på lederne av sykepleietjenesten.

5.4 Hvordan møte barnet

Grunnleggende for å kunne møte barn som pårørende på en god måte ligger kunnskap om hvordan situasjonen oppleves for barnet. Kartlegging av barnets situasjon vil kunne gi helsepersonell et bilde av hva barnet går/ har gått gjennom, hvilket vil gi bedre forutsetninger for å møte barnet på en hensiktsmessig måte.

Som sykepleier er man, i følge helsepersonelloven § 10a, pliktig å ivareta barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999). Når pasienten er en psykisk syk forelder krever det at helsepersonellet barna møter har kunnskap om situasjonen de er i for å kunne ivareta disse på en tilstrekkelig god måte. Dette innebærer både kunnskap om hva psykisk sykdom er,

hvordan det utarter seg og hvordan det påvirker personer i nære relasjoner. Det kan derfor argumenteres for at det i helsepersonelloven § 10a ligger et ansvar på helsepersonell for å tilegne seg den kunnskap og kompetanse som er nødvendig for å møte barn som pårørende i psykiatrien.

Klinisk sosionom ved Oslo Universitetssykehus, Aase Sundfær, har formulert råd til helsepersonell for hvordan å møte pårørende. Det samme har helsedirektoratet gjort i sitt rundskriv om barn som pårørende. Gjennomgående viser rådene til at det vil være hensiktsmessig å møte barn som pårørende med åpenhet og ærlighet rundt spørsmål og situasjonen generelt (Sundfær, 2012) (Helsedirektoratet, 2010). Man kan se for seg at det å skape åpenhet rundt situasjonen og følelser barnet har holdt for seg selv, vil bidra til at barnet får lettet på den følelsesmessige stresset. Åpenhet og samtale vil gi helsepersonell en mulighet for å hjelpe barnet å bearbeide tanker og følelser. På en annen side, basert på det vi kan lese om barns opplevelser av skam og skyldfølelse rundt det å ha psykisk syke foreldre, kan man tolke det dit hen at det viktig å gi barnet tid til å bli fortrolig. En opparbeidet tillit til helsepersonell kan bidra til at barnet føler seg tryggere, og åpner seg om situasjonen. Dette krever at man som sykepleier setter av tid, og at det tilrettelegges i arbeidshverdagen for å ivareta pårørende.

5.5 Samtale som tiltak

Argumentasjonen for hvorfor samtalegruppe er et nyttig tiltak overfor barn som pårørende til psykisk syke, går ut på at det øker kunnskap, trygghet og barnas evner til å takle vanskelige situasjoner (Haukø & Stamnes, 2009). Sølvsberg belyser i sin bok hvordan samtalegruppe der deltakerne er «i samme båt» bidrar til å skape en følelse av fellesskap blant deltakerne (Sølvsberg, 2011).

I Helsedirektoratets rundskriv legges det fokus på at en del av forberedelsene før samtale med barn som pårørende burde gå ut på å avklare hva som skal, og hva som ikke skal diskuteres i samtalen (Helsedirektoratet, 2010). Å veilede en slik samtalegruppe med barn om pårørende til psykisk syke foreldre vil kunne by på utfordringer rundt spesielle ønsker fra barna eller foreldre om temaer som skal unngås. I rundskrivet påpekes det at pasienten må samtykke til den informasjonen som skal gis til barnet, og at dersom pasienten ikke samtykker, er helsepersonell bundet av hovedregel om taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2010). Dersom pasienten selv ikke ønsker å delta eller ønsker at barnet deltar i diskusjon rundt visse temaer

vil det kreve at veilederen i gruppen stopper samtalen når den går mot uønskede tema. Man kan se for seg at det å skulle styre unna temaer i samtalen vil kunne være uheldig for åpenheten i gruppen.

I forsøkene bak artiklene “Det hjelper å snakke med barna” og “Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial” inneholder samtalegruppene undervisning om psykisk sykdom (Haukø & Stamnes, 2009) (Santvoort, Clemens, van Doesum & Janssens, 2014). Undervisningen kan hjelpe barna å forstå foreldrenes atferd og dermed bidra til å redusere barnets egen følelse av skyld rundt situasjonen. Sundfær bemerker viktigheten av å tilpasse språk og kommunikasjon til barnets nivå, slik at de forstår innholdet (Sundfær, 2012). Dette peker på viktigheten av at sykepleieren som skal gjennomføre en slik samtalegruppe innehar eller tilegner seg et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag. Det vil være relevant at sykepleieren har kunnskaper om barns utvikling og pedagogiske prinsipper, for å kunne formidle kunnskap på en måte som gjør at barnet forstår.

Samtalegrupper bestående av flere barn fra flere familier vil kunne by på utfordringer i forhold til å overholde taushetsplikten. Som sykepleier er man bundet av taushetsplikten beskrevet i Helsepersonelloven § 21. Loven går ut på at man skal hindre at andre får kjennskap til privat informasjon om pasienten (Helsepersonelloven, 1999). I en samtalegruppe er sannsynligheten stor for at det vil komme frem informasjon som omhandler pasienters sykdom eller andre private opplysninger. Her må man ta hensyn til hvorvidt barna som er deltakende forstår taushetsplikten og om de vil klare å overholde den.

Denne oppgavens problemstilling omhandler barn som pårørende når foreldrene er akutt innlagt med psykose. Basert på egen erfaring ser jeg for meg at en godt planlagt og velstrukturert gruppesamtale vil være utfordrende å gjennomføre da det til enhver tid er usikkert hvor lenge en pasient blir værende på en akuttavdeling. Jeg har erfart gjennom mine litteratursøk på emnet at samtalegruppe er et gjennomgående tiltak. Det er gjort både kvalitative og kvantitative studier, samt skrevet bøker omhandlende effekten av samtalegruppe. Samtidig litteratur jeg har funnet påpeker den positive effekten samtalegruppe har på barna (Haukø & Stamnes, 2009) (Santvoort et al., 2014) (Sølvberg, 2011). De positive elementene som blir trukket frem i litteraturen er hvordan samtalegruppene ufarliggjør tema, er med på å fjerne skyldfølelse hos barna, og gir en følelse av å ikke være alene. Grunnet omfanget på litteraturen som påpeker den positive effekten av dette, vil det være aktuelt å se

på hvordan de samme elementene kan anvendes i akuttpsykiatrien. Et enklere gjennomført tiltak vil være at sykepleieren setter seg ned for individuell samtale med barnet og eventuelt foreldrene.

Sølvberg (2011) peker på hvordan samtalegruppe kan gi deltakerne en mulighet for å arbeide med mellommenneskelige vansker med likesinnede. Som sykepleier i individuell samtale med barnet vil man ikke nødvendigvis kunne tilby den tryggheten det er at de andre deltakerne er i samme situasjon. Derimot kan sykepleieren skape trygghet ved å bygge relasjon med barnet. Travelbee beskriver de fire fasene for utviklingen av et mellommenneskelig forhold. Hun beskriver også at disse fasene kan gå fort, eller at det kan være en tidkrevende prosess (Travelbee, 1999). Sundfær (2012) påpeker også i sin bok viktigheten av at det settes av nok tid, og at relasjonsbyggingen må foregå på barnets premisser.

Artikkelen “Child oriented family nursing intervention process in a single-encountersetting” konkluderte med en modell for familiesamtale som tiltak. Modellen består av tre stadier for samtale der det avsluttende stadiet, kalt håp-bro-stadiet, innebærer at sykepleieren uttrykker håp og optimisme for familien videre (Hung, Shiau & Huang, 2009). Det samme kommer frem i Aase Sundfærs råd til helsepersonell hvor hun påpeker viktigheten av å formidle håp og uttrykke at «dette kommer til å gå fint» (Sundfær, 2012). Joyce Travelbee omtaler håp hos barn som en tillitt til at det er hjelp å få dersom de behøver det. Hun påpeker at denne tillitten opprinnelig er personifisert gjennom morssikkselsen, men at den kan erstattes med tillitt til omverdenen generelt (Travelbee, 1999).

Et element det må tas stilling til dersom man som sykepleier skal gjennomføre samtale med et barn som er pårørende, er hvorvidt barnets foreldre skal delta i samtalen. Samtaler der både foreldre og barn deltar kan bidra til bedre kommunikasjon og mestring av hverdagen for familien (Hung et al., 2009) (Haukø & Stamnes, 2009). I rundskriv om barn som pårørende skriver Helsedirektoratet at informasjon til barnet optimalt sett skal komme fra foreldrene selv (Helsedirektoratet, 2011). På en annen side kan det være befriende for barna at foreldrene ikke er tilstede, da de kan snakke friere uten å være redd for å såre foreldrenes følelser (Sundfær, 2012). I forberedelsesprosessen i forkant av en slik samtale burde det avklares om foreldrene skal ta del i samtalen. I tilfeller der man vurderer det til at foreldrene skal delta, er det hensiktsmessig å avklare på forhånd foreldrenes rolle, hva de skal si og ikke si, og hvordan man skal møte vanskelig temaer (Helsedirektoratet, 2011).

Videre i helsedirektoratets rundskriv fremheves tre viktige punkter for slike samtaler med barn som pårørende. Første punkt går ut på innledningen til samtalen, der bør barna få informasjon om hvorfor de har kommet til samtalen, hva som skal snakkes om, og hvor lang tid samtalen vil ta. Videre må samtalen bygge på barnets kunnskapsgrunnlag, og det de eventuelt gir uttrykk for å lure på. Siste punkt gjør seg gjeldende gjennom hele samtalen, og sier noe om hvordan barnet skal få anledning til å fortelle om det han/hun har opplevd, uten å bli presset til å prate hvis barnet selv ikke vil (Helsedirektoratet, 2011).

5.6 Lover og etiske utfordringer

Etiske utfordringer kan oppstå i diskusjonen rundt i hvilken grad barn som pårørende skal få informasjon. I utgangspunktet har vi som helsepersonell taushetsplikt, og kan derfor ikke dele pasientens opplysninger (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Når det kommer til barn som pårørende skal helsepersonell, etter loven, ivareta barnet som pårørende (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Det kan argumenteres for at en del av å ivareta barn som pårørende er å informere barnet. Helsedirektoratet påpeker at det å informere barnet om situasjonen kan bidra til barnets opplevelse av forutsigbarhet og håndterbarhet (Helsedirektoratet, 2011). Yrkesetiske retningslinjer belyser hvordan sykepleieutøvelsen skal bygge på et forsknings- og erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag (Norges sykepleierforbund, 2011). Forskning og erfaring som tilsier at barnet trenger informasjon for å kunne håndtere og mestre situasjonen på en god måte, vil derfor skape en etisk konflikt i møte med lovverket helsepersonell må forholde seg til. I helsedirektoratets rundskriv er det avklart av man som helsepersonell må forholde seg loven som omhandler taushetsplikt, og at det derfor krever samtykke fra pasienten for å informere barn som pårørende. Det spesifiseres at samtykket kan begrenses etter pasientens ønske og når som helst trekkes tilbake (Helsedirektoratet, 2010).

Etiske utfordringer kan også oppstå i sammenheng med hvilken informasjon barnet skal bli gitt. Selv med foreldrenes samtykke skal informasjonen til barnet tilpasses det enkelte barnet og den enkeltes situasjon (Helsedirektoratet, 2010). Her kan utfordringen oppstå dersom helsepersonell er av den oppfatning av at viss informasjon skal gis, og pasienten ikke samtykker til dette. Helsedirektoratet påpeker hvordan informasjon om foreldrenes tilstand og egen situasjon kan bidra til økt følelse av kontroll og mestring hos barnet (Helsedirektoratet, 2010). I en situasjon der pasienten ikke samtykker til at barnet får informasjon kan det derfor oppstå en konflikt mellom lovverket vi som helsepersonell må forholde oss til, og det vi mener er best for å ivareta barnet som pårørende. I slike situasjoner vil helsepersonell være bundet av regel om taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2011).

6 Avslutning

I dette litteraturstudiet har jeg undersøkt hvordan sykepleier kan ivareta barn (6-12 år) som pårørende til akutt innlagte pasienter med psykose. Det kom tidlig frem, i arbeidet med dette oppgaven, hvordan barn av pasienter med psykisk sykdom er i risikogruppe for selv å utvikle psykisk sykdom. Jeg har sett spesielt på barns mentale utvikling rundt 6-12 års alder og hvordan dette kan påvirke opplevelsen av situasjonen. Sett i forhold til hvordan psykotiske symptomer kan utarte seg, har jeg drøftet rundt hvorfor det kan være problematisk for barn å leve med psykisk syke foreldre. I oppgaven har jeg drøftet hvorfor dette gjør seg gjeldene som en sykepleieroppgave basert på Travelbees sykepleieteori.

Innledningsvis beskrives det hvordan Lauritzen & Reedt (2014) peker på manglende rutiner for identifisering og kartlegging av barn som pårørende i psykiatrien. Jeg har derfor drøftet rundt hvorfor dette ikke blir tilstrekkelig utført til tross for hva lovverk og retningslinjer sier. Her kommer det frem, fra Lauritzen & Reedt (2014), at sykepleiere føler på et manglende kunnskapsgrunnlag. Basert på spesialisthelsetjenesteloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kan man argumentere for at ansvaret for å tilegne seg denne kunnskapen ligger både hos den enkelte sykepleier og hos sykepleieleidelsen.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg oppdaget at mye av litteraturen beskriver samtalegruppe som et fungerende tiltak overfor barn som pårørende. Samtalegruppe med barn som pårørende har den intensjon å skape fellesskap, trygghet og kunnskap blant barna. Både forskningsartikler og fagbøker anvendt i oppgaven omtaler utelukkende samtalegruppe som noe positivt. Ut fra dette ser jeg verdien av samtalegruppe som tiltak. Sett i forhold til min problemstilling har jeg konkludert med at gjennomføringen av en slik samtalegruppe vil kunne være noe problematisk med tanke på at det handler om en akutt innleggelse, og at samtalegruppe krever noe planlegging og organisering. Jeg har derfor belyst hvordan individuell samtale mellom barnet og en sykepleier kan være et alternativt tiltak. Individuell samtale kan brukes for å oppnå noen av de samme effektene som en samtalegruppe ville gjort, der samtalegruppe ikke er mulig å gjennomføre.

Det er også belyst hvilke begrensinger vi har som sykepleiere i møte med barn som pårørende, spesielt med tanke på kravet om samtykke fra foreldre. Dette kan føre til at etiske retningslinjer strider mot lovverket vi må forholde oss til.

Min konklusjon ut fra denne oppgaven er at sykepleiere på akuttpsykiatriske avdelinger burde ha gode rutiner for kartlegging av barn som pårørende. I møte med barn til akutt innlagte pasienter med psykose er samtale med barnet, individuell eller i gruppe, et tiltak med beviselig effekt, forutsett at sykepleieren har kunnskaper om hvordan å utføre en slik samtale med barn. Ansvar for tilegning av kunnskap ligger på den individuelle sykepleier, mens sykepleieledelsen er ansvarlig for at det tilrettelegges for forsvarlig yrkesutøvelse.

7 Referanseliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (6.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dam, K., & Hall, E. O. C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 442–457. <https://doi.org/10.1111/scs.12285>
- de Besche, T., Solberg, L., Skei, R. W., Hårberg, G. B., Vik, S. & Grønliid, G. N. (2010). *NDLA. 2010*. Hentet fra <https://ndla.no/nb/node/51556?fag=51>
- Ditlevsen, P. (2010). Omsorg for børn, hvis forældre er ramt af en psykisk lidelse. *Sygeplejersken 2010*(20), 62-64. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2010-20/omsorg-for-boern-hvis-foraeldre-er-ramt-af-en-psykisk-lidelse>
- Erikson, E. H. (1963). *Barndommen og samfunnet*. (2. utg) Oslo: Gyldendal
- Haukø, B. H. & Starnes, J. H. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien forskning, 2009* (11.) Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/08/det-hjelper-snakke-med-barna>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørende)* (Ot.prp. nr. 84 2008– 2009) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-84-2008-2009-/id560342/>
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv IS-5/2010) Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-paerørende-IS-5-2010.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt*. (7.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hung, C-A., Shiau, S-J. & Huang, J-Y. (2009). Child-Oriented Family Nursing Intervention Process in a Single-Encouter Setting. *Journal of Nursing Research*, 2009 (17.) 120-127 doi: 10.1097/JNR.0b013e3181a53f4d
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lauritzen C. & Reedt C. (2015). Barn med psykisk syke foreldre - Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. *Scandinavian Psychologist*, 2015(10) doi: <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e10>
- Lauritzen, C., Reedt 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 Services Research* 14(58) doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>

Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (u.å). Barn av foreldre med psykiske lidelser. Hentet 12. mars 2019 fra <https://www.kognitiv.no/tilbud-til-deg/for-barn/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidelser/>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

O'Connel, K. L. (2008). What Can We Learn? Adult Outcomes in Children of Seriously Mentally Ill Mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 21(2), 89-104. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00136.x>

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

Santvoort, F., Clemens, H., van Doesum, K. & Janssens, J. (2014). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 2014 (23.), 473-484 doi: 10.1007/s00787-013-0476-9

Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget

Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende* Oslo: Gyldendal Akademisk

Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*. Rapport 2011:4. Norsk Folkehelseinstitutt. ISBN: 978-82-8082-461-5.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Wilson, H. S. & Kneisl, C. R. (1996). *Psychiatric nursing* (5.utg). Menlo park, California: Addison-Wesley Nursing, a Division of the Benjamin/Cummings Publishing Company