



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Foreldre til barn og unge med psykiske lidelser sine
erfaringer i møte med helsevesenet/Parents of
children and adolescents with mental disorders
experiences, in meeting with health care services**

Malin Moe Sæter & Amanda Larsen Vatnehol

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 07.05.12



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann og Bente Dale Malones

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 03.05.12

Antall ord: 11477

Sammendrag

Bakgrunn:

Omtrent 54 000 barn og unge fikk behandling i psykisk helsevern i 2010 i Norge. Dette utgjør en økning fra 2009 på om lag 3,6 prosent. Det er stor sannsynlighet for at disse tallene vil øke, og at sykepleiere vil møte barn og unge og deres foreldre innenfor sykepleiens fagfelt.

Hensikt:

Hensikten med dette studiet var å undersøke hvilke erfaringer foreldrene til barn og unge med psykiske lidelser har, og hvordan de opplever møte med helsevesenet.

Metode:

Litteraturstudie basert på 12 forskningsartikler, 9 kvalitative og 3 kvantitative

Resultat:

Foreldrene av barn og unge med psykiske lidelser opplever emosjonelle erfaringer som skyldfølelse, stigmatisering og isolasjon. Det kommer tydelig frem at foreldrene ikke føler at de får tilstrekkelig med informasjon og støtte fra helsevesenet.

Konklusjon:

Helsepersonell må ivareta disse foreldrene, gjennom å gi god informasjon og kunnskap og samtidig være en aktiv støttespiller. Psykoedukative metoder, der målet er å gi kunnskap om tilstanden gjennom samtale og undervisning, vil kunne gi økt mestring via informasjon og kunnskap. Dette vil mulig redusere deres belastninger.

Nøkkelord:

Foreldre, barn og ungdom, psykiske lidelser, erfaringer, samarbeid.

Abstract

Background:

Approximately 54 000 children and adolescents were treated in mental health care in 2010 in Norway. This represents an increase from 2009 of about 3,6 percent. It is likely that these numbers will increase, and that we as nurses will meet children and adolescents and their parents in the nursing field.

Purpose:

The purpose of this study was to examine the experiences parents of children and adolescent with mental disorders have, and how they experience the meeting with health care services.

Method:

Literature study based on 12 research articles, 9 qualitative and 3 quantitative.

Results:

Parents of children and adolescents with mental disorders experience emotional experiences like guilt, stigma and isolation. It can be clearly seen that the parents feel that they don't receive enough adequate information and support from the health care system.

Conclusion:

Health professionals need to protect these parents, by providing good information and knowledge while being an active supporter. Psychoeducational methods, which has the purpose to give knowledge about the condition through conversation and teaching, could provide greater coping through information and knowledge. This will probably reduce their loads.

Keywords:

Parents, child and adolescent, psychiatric disorders, experience, collaboration.

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Studiens hensikt | 2 |
| 1.3 Problemstillinger | 2 |
| 1.4 Begrepsavklaring | 2 |
| 2.0 Teoribakgrunn | 3 |
| 2.1 Barn og unges utvikling | 3 |
| 2.2 Foreldrenes rolle før og nå | 3 |
| 2.3 Foreldrenes belastninger | 4 |
| 2.4 Familieterapi og psykoedukativ metode | 5 |
| 3.0 Metodebeskrivelse | 7 |
| 3.1 Datainnsamling | 7 |
| 3.1.1 Inklusjonskriterier | 7 |
| 3.1.2 Eksklusjonskriterier | 7 |
| 3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk | 7 |
| 3.3 Kvalitetsvurdering | 11 |
| 3.4 Etisk vurdering | 11 |
| 3.5 Analyse | 12 |
| 4.0 Resultat | 15 |
| 4.1 Foreldrene erfarer emosjonelle utfordringer | 15 |
| 4.2 Foreldrenes erfarer positive og negative sider i møtet med helsevesenet | 17 |
| 4.3 Foreldrenes behov for informasjon og støtte | 18 |
| 4.4 Økt mestringsevne hos foreldrene | 19 |
| 5.0 Diskusjon | 21 |
| 5.1 Metodediskusjon | 21 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 24 |
| 5.2.1 Opplevelse av skyld, skam og stigmatisering har betydning for foreldrenes psykiske helse | 24 |
| 5.2.2 Helsevesenet på godt og vondt i et foreldreperspektiv | 28 |
| 5.2.3 Informasjon og støtte ønskes for å kunne forstå og delta | 31 |
| 5.2.4 Informasjon og støtte gir forutsetninger for økt mestring | 33 |
| 6.0 Konklusjon | 36 |
| 6.1 Forslag til videre forskning | 37 |
| 7.0 Litteraturliste | 38 |

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Artikkelloversikt

Vedlegg 4: Liste over relevante funn

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis, er det omtrent 20% av barn og unge som sliter psykisk (Braddick et al. 2009). I Europa, er det gjennomsnittlig hvert femte barn som har utviklingsmessige, emosjonelle eller atferdsmessige problemer, men kun hvert åttende barn har en diagnose (Stengård og Appelqvist-Schmidlechner 2010).

Omtrent 54 000 barn og unge fikk behandling i psykisk helsevern i 2010 i Norge. Dette utgjør en økning fra 2009 på om lag 3,6 prosent (Helsedirektoratet 2011). Av norske ungdommer er det omtrent 15-20% som sliter med psykiske problemer i så stor grad at det går utover funksjonsnivået (Mathisen 2009). I alt er det 8% av barna som er behandlingstrengende (Folkehelseinstituttet 2011). I Oslo og på store steder er andelen av behandlingstrengende barn større enn i distriktene, ca 10% i Oslo og ca. 6% i distriktene (Folkehelseinstituttet 2011). Det er flere ungdommer enn førskolebarn som utvikler psykiske problemer, og psykiske problemer blant barn under 3 år er ukjent. Etter puberteten er de mest vanlige lidelsene angst, depresjon, adferdsforstyrrelser og ADHD. Det er registrert et høyere antall jenter enn gutter i psykisk helsevern (Folkehelseinstituttet 2011).

Psykiske plager og lidelser har blitt en av våre største folkehelseutfordringer. I følge helsedirektoratet (2011) viser statistikken at det er en økning i antall barn og unge som blir behandlet i psykisk helsevern. Bak hvert barn eller ungdom som har en psykisk lidelse skjuler det seg foreldre, søsken og andre pårørende som ser at de unge lider (Lønne 2008). Kletthagen og Smeby (2007) beskriver i sin reviewartikkel at foreldrene føler at de ikke får nok informasjon og veiledning om barnets sykdom, behandling og hvordan mestre hverdagen med et psykisk sykt barn. Siden det er en økning i antall barn og unge i psykisk helsevern, ser vi at foreldrene til disse barna er en stor gruppe som må ivaretas. Dette temaet ønsker vi å fordype oss mer i.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med dette studiet var å undersøke hvilke erfaringer foreldrene til barn og unge med psykiske lidelser har, og hvordan de opplever møte med helsevesenet.

1.3 Problemstillinger

Hvilke erfaringer har foreldre med å ha et barn eller ungdom med psykisk lidelse?

Hvordan opplever foreldrene møte med helsevesenet?

1.4 Begrepsavklaring

Hva er en psykisk lidelse?

En psykisk lidelse er til stede når tilstanden eller sykdommen tilfredsstiller kriteriene i det internasjonale diagnosesystem, ICD-10. Det sikreste grunnlaget for å diagnostisere en psykiatrisk lidelse, er en klinisk psykiatrisk undersøkelse som er basert på intervju og observasjon med pasienten over tid (Weisæth 2000). Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Folkehelseinstituttet 2011). Noen psykiske lidelser er spesifikke for barn og unge, og for å dekke flest mulig aspekter ved barn og unges psykiske lidelser benyttes et multiaksialt diagnosesystem (Heyerdahl 2000).

Foreldrene i studien

I denne studien er det foreldrenes erfaringer vi har undersøkt. Med foreldre mener vi de som har foreldreansvaret for barnet eller ungdommen.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Barn og unges utvikling

Individet utvikler seg gjennom hele sitt livsløp ved å møte en serie personlige og sosiale oppgaver som må fullføres for at det skal skje en utvikling. Hver av disse oppgavene forårsaker en krise for enkeltindividet, og disse utfordringene dukker opp i ulike stadier i livsløpet (Kloep og Hendry 2003).

Den mest kjente og anvendte teorien for utviklingen på dette alderstrinnet er Erik Homburger Eriksons ego-orienterte psykodynamiske teori. Denne perioden omtales av Eriksson som en psykososial krise som skal bringe individet fram til en voksen identitet. Mennesket går i følge Eriksson igjennom åtte faser med sosiale kriser som hver setter sitt preg på individets personlige og sosiale utvikling. Ungdomsalderen betegnes som den femte fasen, der individet definerer seg selv og hvor fremtiden blir en del av bevisstheten (Tetzchner 2001).

Det anses at utvikling av symptomer kan henge sammen med pubertetsutviklingen og endringer i hormoner, oppfatning og tankemønstre (Mathiesen 2009). Puberteten er en endring i kroppens hormonstatus, med den hensikt å fremme forplantningen og avslutte lengdeveksten som har pågått gjennom barneårene. Puberteten markerer også begynnelsen på den psykologiske ungdomsutviklingen som i noen grad styres av hormonelle prosesser (Snoek 2002).

2.2 Foreldrenes rolle før og nå

Foreldrene har tradisjonelt sett i liten grad vært involvert i planlegging og gjennomføring av tiltak i forhold til mennesker med psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet 2006 og Grøholdt, Sommerschild og Garløv 2008). I stedet for å bli sett på som løsningen, har foreldre tidligere ofte blitt sett på som problemet. Foreldrene har tradisjonelt fått bære mye skyld og ansvar for sine nærmeste som over tid har utviklet en psykisk lidelse. Men senere tids forskning og erfaring viser at de får mer oppmerksomhet i sammenheng med barn og unge som har en psykisk lidelse, og at de kan være en positiv ressurs i en

behandlingsprosess (Lønne 2008). Familien ble etter hvert i historien sett på som en enhet, og erkjennelsen om at hele familien blir belastet når barnet eller ungdommen blir syk (Grøholdt, Sommerschild og Garløv 2008).

I følge Helsedirektoratet (2008) er pårørende en viktig ressurs, og undersøkelser har vist at involvering av pårørende kan redusere faren for tilbakefall, føre til færre symptomer, bedre deres sosiale fungering og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende.

Foreldrene vil ha ulike roller i forhold til både den som er syk og helsevesenet. Det er de som har best kjennskap til den som er syk og er en del av deres nærmiljø (Helsedirektoratet 2008). Foreldrenes kunnskap om barnet eller ungdommen er viktig for behandlingen, men er også vel så viktig ved å gi et godt grunnlag for et godt samarbeid med helsepersonellet. Foreldrene kan ut i fra sin kunnskap bidra med forslag til løsninger for behandler (Helsedirektoratet 2008 og Borgen og Garløv 2004).

2.3 Foreldrenes belastninger

Å oppleve at ens barn eller ungdom har psykiske problemer, kan være en stor belastning for foreldre. Foreldre har gjerne i lengre tid vært usikre på om noe er galt før de når fram til hjelpeapparatet. Noen opplever stor frustrasjon og fortvilelse både på barnets og egne vegne (Sosial-og helsedirektoratet 2006). Når barnet eller ungdommen har et problem, er det en hel familie som har et problem (Borgen og Garløv 2004). Foreldre til mennesker med psykiske lidelser vil ofte gjennomgå de vanligste stadiene i en krisereaksjon; sjokk, benektning, sinne, depresjon og etter hvert akseptering og varierende grad av tilpasning og mestring (Helsedirektoratet 2008).

Når barnet eller ungdommen blir syke må foreldrene forholde seg til endringer i pasientens atferd, tenkning og følelsesliv, og de må i mange tilfeller forholde seg til mangel på motivasjon, kommunikasjon, initiativløshet, angst, depresjon og passivitet. En annen merbelastning er tanker knyttet til skyld. Dette kan være følelser knyttet til og ikke strekke til overfor den som er syk eller tanker om å være årsaken til utviklingen av sykdommen (Helsedirektoratet 2008, Borgen og Garløv 2004).

Å være foreldre til barn og unge med psykiske lidelser kan føre med seg mange vanskelige utfordringer, som gjør at de utsettes for stress og store følelsesmessige belastninger (Helsedirektoratet 2008). For å redusere denne psykiske påkjenningen, er et godt og tillitsfullt samarbeid med helsepersonell nødvendig. Jo bedre foreldrene har det, jo bedre vil den syke ha det, ettersom foreldre da kan støtte og være en bedre ressurs i dagliglivet. Belastningene kan bli så store at også foreldrene selv kan utvikle sykdom (Helsedirektoratet 2008).

2.4 Familierapi og psykoedukativ metode

Helsepersonell besitter den objektive kunnskapen, mens pasienten er en subjektiv part. Pasienten og dens foreldre har blitt sett på som en mindre gyldig informasjonskilde (Borge 2011). Denne tankegangen har de siste tiårene blitt endret, og nye begreper som læring, mestring, myndiggjøring, brukermedvirkning og pedagogikk har kommet frem (Borge 2011).

Psykoedukasjon er et undervisningsopplegg som blir brukt til å undervise pasienten og foreldre (Aagard, Merinder og Mundbjerg 2009). Formålet med psykoedukasjon er å gi et undervisningsopplegg som kan gi den syke og deres foreldre et godt og kvalifisert innblikk og kunnskap om sykdommen, Psykoedukasjon har fått økt betydning for behandling innen psykiatrien. Målet med psykoedukasjon er at barnet og familien skal få kunnskap om tilstanden til barnet, både ved samtale og undervisning. (Aagard, Merinder og Mundbjerg 2009).

Psykoedukasjon med familien, begynner så tidlig som råd i et sykdomsforløp. Psykoedukasjon skal styres av familiens informasjonsbehov (Aagard, Merinder og Mjundberg 2009). Opplysning og veiledning til familien og den syke vil kunne redusere stress, angst og skyldfølelse hos begge parter. Målet med familiebasert psykoedukasjon er ikke bare å forbedre barnets symptomer, men også å bedre foreldrenes livskvalitet. Opplysning vil også kunne gi bedre toleranse og forståelse for sykdom, samt gi pasient og med en faglig kvalifikasjon (Aagard, Merinder, og Mjundberg 2009).

Kunnskap som gir en familie et konkret mål å arbeide mot, vil være med å fremme familiens mestring (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008). Det har vist seg i praksis at det har vært med på å skape et gjensidig samarbeidsmiljø mellom pasient, familie og hjelpeinstanser. Hvor psykoedukative metoder utgjør en vesentlig del i arbeid med familier ser man at man har greid å påvirke familiens holdning til pasientens tilstand. Risikoen for tilbakefall har også blitt redusert. Å ha kunnskap om barnets tilstand viser seg å være avgjørende for foreldres holdning til barnet og for deres måte å takle barnets atferd og problemer (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008).

Familieterapi kan anvendes ved de fleste barnepsykiatriske problemer, der en bedre funksjon i familien er ønskelig. De fleste problemer mestres bedre i en familie der medlemmene støtter hverandre, kan snakke sammen og samarbeider om å løse problemer. Ved familieterapi fokuserer en ikke på årsaker til problemene, men på løsnings- og mestringsmulighetene (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008). Hvordan dette foregår vil variere på de ulike behandlingsstedene. Det er ofte vanlig at barnet eller ungdommen kommer sammen med foreldrene til første møte, og ofte er det to eller flere fagfolk som jobber sammen med familien (Borgen og Garløv 2004).

3.0 Metodebeskrivelse

For at man skal kunne gjøre et systematisk litteraturstudie, må det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet, som man kan bruke for å finne et resultat ut i fra et valgt problemområde. Dette kan danne grunnlag for vurdering og konklusjon (Forsberg og Wengström 2008).

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Inklusjonskriterier

- Årstall: 2006 – 2012
- Språk: Norsk, svensk, dansk eller engelsk
- Alder: Child (6-12 år) og adolescent (13-18 år)
- Psykiske lidelser blant barn og unge
- Foreldre til barn og ungdom med psykisk lidelse
- Barn og unge i kommunehelsetjenesten og spesialhelsetjenesten (poliklinikk og institusjon)
- Foreldreperspektiv

3.1.2 Eksklusjonskriterier

- Studier utført i ikke-vestlige land
- Søkens erfaringer

3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Søkemotoren som ble brukt var Ovid, med databasene British Nursing Index, Ovid Medline og PsychInfo. Bakgrunn for valg av søkemotor var på grunn av kjennskap til Ovid fra tidligere og at søkemotoren er oversiktlig. Kombinasjonen av søkeord og begrensinger ble oversiktlig og systematisk.

Vi startet med å fylle ut et PICO skjema. Hver av bokstavene i PICO betegner ulike momenter, som hensiktsmessig bør være med i et klinisk spørsmål (Nordtvedt 2007). P= population/problem, I= intervention, C= comparison og O= outcome (Nordtvedt 2007). I vårt skjema ble bare bokstavene PIO brukt, siden vår studie ikke skulle være en sammenligning. I begynnelsen av litteraturstudiet gjorde vi et prøvesøk, der vi brukte søkeordene vist i tabellen nedenfor.

| P | I | O |
|-------------|------------------|--------------|
| Adolescent* | Nursing* | Experience* |
| Psykiatr* | Treat* | Perspective* |
| | Assessment* | Recovery* |
| | Psychoeducation* | |
| | Safeguard* | |

Dette søket ga ingen gode treff, så vi reserverte time hos bibliotekar for å få hjelp til å utforme og forbedre PIO-skjema, for å på best mulig måte kunne benytte oss av søkeprosessen. Bibliotekaren hjalp oss med å gjøre søkene mer systematisk, og finne søkeord som gjorde at søkene ble mer avgrenset. Vi fikk etter hvert til noen gode søk, og begynte å lese abstrakter til forskningsartikler med overskrifter som var relevante til vår problemstilling. Aktuelle forskningsartikler ble bestilt gjennom biblioteket, eller skrevet ut i fulltekst gjennom databasene. Etter å ha fått bedre teoretisk kunnskap om psykiske lidelser blant barn og unge var det lettere å finne gode søkeord. Etter tidligere søk hadde vi merket oss hvilke ord som ble brukt i fagspråket i forskningen, og det ble dermed lettere å utforme et PIO-skjema som inneholdt mer relevante søkeord i forhold til vår problemstilling. Problemstillingen har vært under moderate endringer, som har gjort at vi har måttet endret søkeordene underveis. Søkeordene som har vært mest sentrale gjennom hele prosessen vises i tabellen nedenfor.

| P | I | O |
|----------------|------------------------|--------------|
| Parents* | Mental health service* | Coping* |
| Caregiver* | | Information* |
| Mother/Father* | Experience* | Safeguard* |
| | Collaboration* | Expectation* |

| | | |
|----------------------------------|---------------|--|
| Child* | Co-operation* | |
| Adolescent* | Communicat* | |
| | Assessment* | |
| Psychiatr* | | |
| Mental illness/ mental disorder* | | |
| Mental health* | | |

Vi brukte trunkeringstegn på flere av søkeordene, som gjorde at databasen fant treff på grunnstammen i ordet. I OVID sin database har vi brukt søkeverktøyet ”advanced search” som gjør det mulig å søke på ett og ett ord, for så å kombinere de sammen til slutt. Siden søkene gjerne hadde mange søkeord, ble PIO skjemaet brukt til å holde orden på hvilke ord som skulle kombineres med AND og hvilke som skulle kombineres med OR. Søkekollonnene blir nummerert, det har derfor vært svært nyttig å skrive ned numrene for å holde system i hvilke ord som er kombinerte. Se vedlegg 2 for søkehistorikk.

Ved søk i søkemotoren Ovid kan man legge inn begrensninger dersom resultatet av søkene blir store. Ettersom at noen av søkene våre ble veldig store, valgte vi å legge inn begrensninger for å avgrense søkene ytterligere. Begrensningene var årstall fra 2006-2012. Språk i forskningsartiklene måtte være på norsk, engelsk, svensk eller dansk, og alder ble begrenset til barn 6-12 år og adolescent 13-18 år. Om søkene ble store etter disse begrensningene, ble det lagt inn ”All journals” eller ”Qualitative journals” for å kun finne treff med originale forskningsartikler. Ved mindre antall treff, ble utvalgte abstrakter lest ut i fra relevant tittel i artikkelen.

Senere i prosessen, ble det gjort et fritekstsøk med relevante søkeord som; ”Parents experience of collaboration with community health care professionals” OR ”parent experiences mental health care”. Begrensningene ble satt til år 2007-2012, og ”child” and ”adolescent”. Søket ble rimelig stort, så resultatene ble publisert etter relevans. 3 artikler ble inkludert etter dette fritekstsøket.

Under vil vi beskrive hvert enkelt søk. Se vedlegg 2 Søkeshistorikk for å se søkeord for de ulike søkene. Se vedlegg 3 Artikkelloversikt for alle inkluderte artikler med kvalitetsvurdering.

Søk 19.09-2011:

Dette var det første søket vi gjorde. Vi brukte databasene Ovid PsychINFO og British Nursing Index. Ingen avgrensninger ble lagt til i dette søket. Vi fikk 14 treff, 7 abstrakter og 5 artikler ble lest. Ingen artikler fra dette søket ble inkludert i studiet.

Søk 04.10-2011:

I dette søket ble databasene Ovid PsychINFO, British Nursing Index og Ovid Medline brukt. Avgrensning i dette søket var engelsk språk. Vi fikk 17 treff på dette søket. Det ble lest 10 abstrakter og 6 artikler. 3 artikler ble inkludert i studiet. Disse var: Storch et al. 2008, Geraghty et al. 2011 og Gatta et al 2011.

Søk 10.11-2011:

I dette søket ble databasene Ovid PsychINFO og British Nursing Index brukt. Avgrensningene som ble brukt var All Journals og Kvalitativt studie. På dette søket fikk vi 50 treff. Det ble lest 32 abstrakter og 14 artikler. 3 Artikler fra dette søket ble inkludert i studien. Disse var: Crowe et al. 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2005 og Ruffolo, Kuhn og Evans 2006.

Søk 06.12-2011:

I dette søket ble databasene Ovid PsychINFO, British Nursing Index og Ovid Nursing Database. Dette søket var et fritekstssøk, der vi brukte søkefunksjonen Multi –Field Search i stedet for Advanced Search som vi vanligvis har brukt. Avgrensningene som ble satt i dette søket var artikler publisert mellom år 2007 og til nå. På dette søket fikk vi 4152 treff. Treffene ble sortert etter relevans. 130 abstrakter ble lest, noe som tok mye tid. Vi så at sorteringen etter relevans var nyttig, da artiklene ble mindre og mindre relevante lengre ned i søket. 16 artikler ble gjennomlest og totalt 3 artikler fra dette søket ble inkludert i studien. Disse var: Jakobsen og Severinsson 2006, Kerkorian, McKay og Bannon 2006 og Clarke og Windsor 2010.

Søk 01.02-2012:

I dette søket ble databasene Ovid PsychINFO og Ovid Nursing Database brukt. Avgrensningene ble satt til Språk: Norsk, Engelsk, Svensk eller Dansk. År: 2006-current og Gruppe Child and Adolescent. På dette søket fikk vi 66 treff. 42 abstrakter og 10 artikler ble lest. 3 artikler fra dette søket ble inkludert i studien. Disse var: Garrat et al. 2011, Holmboe, Iversen og Hanssen-Bauer 2011 og Bjertnæs et al. 2008.

3.3 Kvalitetsvurdering

Alle de 46 forskningsartiklene ble lest for å få en oversikt over innholdet. Artiklene som ikke sto til våre inklusjonskriterier eller var relevante i forhold til problemstillingen ble på dette tidspunktet ekskludert. Dette førte til at 34 av artiklene ble ekskludert. De kvalitative artiklene ble kritisk vurdert fra sjekkliste fra kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret 2008). Vi har brukt Nordtvedt (2007) som hjelpemiddel i kvalitetsvurderingsprosessen for kvalitative artikler. Kvantitative artikler ble vurdert ut i fra Bilaga G i Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006), da dette skjemaet var mer oversiktlig for å kunne bedømme nivået i artiklene. For at artiklene skulle inkluderes måtte de være refereevurdert, dette for å forsikre at tidsskriftet hadde tilfredsstillende vitenskapelig nivå. For at artiklene skulle inkluderes i vår studie, måtte de ha vitenskapelig nivå 1 eller 2, der nivå 2 var høyeste score. Dette ble gjort på internettsiden Database for statistikk om høyere utdanning (2011).

3.4 Etisk vurdering

På bakgrunn av retningslinjene for bacheloreksamen i sykepleie, var det et krav at kvalitative forskningsartikler skulle være etisk vurdert. Alle artiklene var etisk vurdert enten av etisk komite eller av forfatteren selv. Deltagerne i alle inkluderte artikler fikk skriftlig informasjon om undersøkelsen, samt muligheten til å trekke seg når som helst underveis i undersøkelsen. Som forfattere av denne litteraturstudien har vi gjennom hele oppgaven vurdert hvordan vi har uttrykt oss, og vært korrekte i kildehenvisning. Gjennom analyse og resultatprosessen har vi lagt vår egen forforståelse og referanseramme litt til side, for å kunne få et objektivt og åpent resultat.

3.5 Analyse

Å gjennomføre en analyse, er rettet mot og både forenkle og berike data (Jacobsen 2010). En analyse er en prosess der en datasamling skal organiseres, tolkes og sammenfattes, som skal resultere i en systematisk oversikt (Malterud 2011). Analysemetoden vi har valgt å bruke, systematisk tekstkondensering er beskrevet i Malterud (2011). Analysemetoden er ment for kvalitative studier med råmaterialer som skal transkriberes og kodes (Malterud 2011). I vårt studie er ikke dette tilfelle, så metodens fire trinn er tilpasset til vårt systematiske litteraturstudie. Hvert trinn vil bli presentert underveis i prosessen.

I første trinn skal man bli kjent med materialet. Alle forskningsartiklene ble lest igjennom for å få et helhetsbilde (Malterud 2011). Ekskludering og kvalitetsvurdering ble foretatt, og de gjenstående 12 artiklene ble inkluderte. Ekskludering og kvalitetsvurderingen er beskrevet i metodekapittelet. Vår egen forståelse og teoretiske referanseramme burde midlertidig legges litt på vent, dette for å kunne få et åpent inntrykk (Malterud 2011). Etter gjennomlesingen, fikk vi et helhetlig inntrykk over hvilke hovedtemaer vi har å jobbe med videre i analysen. Disse temaene ble ”Foreldrene erfarer emosjonelle utfordringer”, ”Foreldrenes erfaringer i møte med helsevesenet”, ”Foreldrenes behov for informasjon og støtte” og ”Hvilke faktorer påvirker foreldrenes mestringsfølelse?”.

I andre trinn skal vi skille relevant tekst fra irrelevant tekst, og finne de tekstbitene som er relevante for vår problemstilling (Malterud 2011). Det er ikke hele teksten som er meningsbærende, men vi plukket ut de meningsbærende setningene innenfor de foreløpige temaene vi har kommet frem til. Hver artikkel ble igjen gått igjennom. De meningsbærende tekststykkene ble oversatt til norsk og skrevet inn i et tekstdokument. Disse tekstene kunne være sitater, relevante avsnitt eller setninger som ga mening innenfor de overordnede temaene. Disse tekstdokumentene ble skrevet ut, og klipt opp i biter med ett resultat på hver papirlapp. For å holde oversikt over hvilken tekst som hører til hver artikkel, skrev vi kilde på hvert funn.

Hvert tema fikk hver sin farge, og resultatene fikk fargekoder etter hvilket tema de hørte til under. Dette kalles koding. Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten (Malterud 2011). Her var det viktig at vi

hadde temaene klart for oss, for å kunne plassere hver enkelt funn under riktig tema.

I tredje trinn vil man oppdage at kodegruppene vil ha ulike subgrupper, eller undertemaer (Malterud 2011). En vil også finne ut at noen av subgruppene vil ha for lite resultater til å stå som egen subgruppe. Her må man kritisk vurdere om funnene er relevante for vår hensikt, eller om de kan plasseres under andre subgrupper (Malterud 2011). Etter at hovedtemaene ble identifisert, gikk vi gjennom funnene enda en gang for å sortere ytterligere. Alle funn ble tatt ut av konvoluttene og lagt utover bordet. Undersøkelsens inkluderte artikler ble nummerert fra 1-12 (Se vedlegg 2 for artikkeloversikt). Hver meningsbærende enhet ble merket med nummer fra 1-12, etter hvilken artikkel de ble funnet i. Se vedlegg 4 Liste over relevante funn. Vi identifiserte følgende hoved- og undertema:

Foreldrene erfarer emosjonelle utfordringer

- Isolasjon
- Stigmatisering
- Skyldfølelse
- Konsekvenser for foreldrene/foresattes egen helse
- Bekymringer for barnet/ungdommens fremtid

Foreldrenes opplever positive og negative sider i møtet med helsevesenet

Foreldrenes behov for informasjon og støtte

Økt mestringsevne hos foreldrene

Alle undertemaene ble sortert og lagt i hver sin konvolutt med hoved- og undertema påskrevet utenpå med riktig fargekode. Under denne prosessen, fant vi ut at noen av funnene ikke var relevant for noen av temaene vi kom frem til. Disse ble ekskluderte, og ikke regnet som valide og pålitelige funn i forhold til vår undersøkelse.

I analysens fjerde trinn skal vi sette sammen bitene igjen, dette kalles rekontekstualisering. Dette betyr at vi skal sammenfatte våre funn til påstander eller begreper som er pålitelige,

og de skal kunne gi leseren innsikt og tillit (Malterud 2011). Resultatet av denne rekontekstualiseringen finnes under avsnittet ”Resultat”. Hver enkelt hovedgruppe og subgruppe ble gjennomgått for å kunne sammenfatte kunnskapen i de ulike gruppene. Med basis i de kondenserte tekstbitene og sitatene, lager vi en sammenfatning eller en påstand, som er basert på resultatene fra inkluderte forskningsartikler. Alle de aktuelle kildene ble skrevet under hvert enkelt resultat for å gjøre funnene mest mulig pålitelige. Noen av resultatene ble underbygget med sitater tatt fra forskningsartiklene. Disse sitatene er deltagerens egne skildringer.

Etter at denne prosessen var ferdig, begynte vi med en påfølgende analyse, der vi gikk i gjennom alle de fire trinnene en gang til. I første trinn valgte vi å bytte forskningsmateriale oss i mellom for å gjøre en ny gjennomlesing av det materiale vi ikke hadde vært i gjennom fra før. Dette for å finne nye meningsbærende tekstbiter, som den andre kunne ha oversett, men og for å se om behovet for justering av hoved- og undertema var nødvendig. I andre trinn ble de meningsbærende tekstbitene lagt inn i hoved- og undergrupper. I tredje og fjerde trinn ble resultatene sammenfattet i hoved- og undergrupper, dette for å forsterke de allerede identifiserte resultatene, men også for å kunne presentere gode svar på problemstillingen (Malterud 2011).

4.0 Resultat

4.1 Foreldrene erfarer emosjonelle utfordringer

Et av hovedfunnene i vår studie er de emosjonelle erfaringene foreldrene opplever ved å ha et psykisk sykt barn. Ni av artiklene beskriver ulike emosjonelle erfaringer. Foreldrenes emosjonelle erfaringer var i de fleste tilfeller negative. Foreldrene følte seg isolerte fra samfunnet, stigmatisert og de hadde skyldfølelse for barnets sykdom og lidelse (Crowe et al. 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Geraghty et al. 2011, Storch et al. 2009, Gatta et al. 2010, Jakobsen og Severinsson 2006, Bjærtnes et al. 2008, Kerkorian, McKay og Bannon 2006, Holmboe et al. 2011).

Foreldrene i undersøkelsen beskriver flere ganger følelsen av stigmatisering. Foreldrene følte at de måtte skjerme andre familiemedlemmer for barnets sykdom, det samme gjaldt for venner og kollegaer. De var redde for å føle seg dømt av andre, både av samfunnet og helsevesenet. Foreldrene følte at psykisk sykdom var et uakseptabelt tema, der de kunne oppleve at andre ikke ville akseptere at barnet deres hadde en psykisk lidelse (Clarke og Windsor 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Gatta et al. 2011, Geraghty et al. 2011). Siden foreldrene følte at de ikke kunne snakke med familie og venner om barnets sykdom, følte de seg ofte alene og kjente på følelsen av ensomhet og isolasjon (Clarke og Windsor 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Geraghty et al. 2011).

”Do you read stuff about this in the paper? No, it’s almost like oh, hush, hush, don’t talk about this” (Clarke og Windsor 2010,244).

I seks av artiklene kommer det frem at foreldrene er tynget med skyldfølelse, ofte der foreldrene klandrer seg selv for å ikke være tilstrekkelig som foreldre og at de hadde feilet som omsorgspersoner. De var også redde for at de hadde bidratt til utvikling av og forverring av sykdommen. Foreldrene følte at de hadde sviktet barna sine, og at det var et nederlag å skulle søke hjelp fra helsevesenet (Crowe et al. 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Geraghty et al. 2011, Storch et al. 2009, Clarke og Windsor 2010, Jakobsen og Severinsson 2006).

”I worry about how this bipolar disorder came about. Was it something I did wrong? Is it my fault? How can I help her? (Crowe et al. 2011,346).

Studien viser at det å ha et psykisk sykt barn er en stor belastning for familien. Flere funn i studien tyder på at foreldrene selv ofte opplever psykiske belastninger (Jakobsen og Severinsson 2006, Storch et al. 2008, Gatta et al. 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006). I studien til Jakobsen og Severinsson (2006), Storch et al. (2008) og Gatta et al. (2010) blir det demonstrert at foreldre til barn med psykiske lidelser opplever stress, angst og depresjonssymptomer.

I feel like I had to be this perfect person that never does anything wrong because if I did I was threatened with having my kids taken away by my worker. We are always getting the blame for what’s wrong with him and it just drive me crazy (Ruffolo, Kuhn og Evans 2006,41).

Det kommer frem i to av artiklene at foreldrene ofte er bekymret for barnas fremtid. Dette er bekymringer relatert til om barna klarer å opprettholde den dagligdagse fungeringen både i forhold til sosiale relasjoner, skolegang og arbeid (Storch et al. 2009, Crowe et al. 2010). I studien til Crowe et al. (2010) kommer det frem at foreldrene identifiserte at sykdommen hadde en betydelig innvirkning på barnas sosiale relasjoner, først og fremst i forhold til mangel på tillit og en sans for fremmedgjøring av jevnaldrende. Sykdommen viste seg å påvirke barnas selvtillit, ved at de skammet seg over sykdommen og at de ikke var like gode som andre jevnaldrende. Foreldrene uttrykte også at barna hadde problemer med å konsentrere seg på skolen noe som førte til manglende evne til å oppfylle sitt potensial. Foreldrene følte dermed at de ikke kunne ha for høye forventninger til barna, når de etter hvert forsto at sykdommen ville påvirke deres barns fremtid.

You`ve lost the person, the expectations, the athletic guy, the pretty good marks, you know, he`s got a future...You`re losing your dreams of where he will be, of having a normal life and having a family and of grandchildren...and you`re grieving for yourself but also grieving for them because you know that they realize, or they will realize that, that they, that their lives will be different (Clarke og Windsor 2010, 245).

4.2 Foreldrenes erfarer positive og negative sider i møtet med helsevesenet

I seks av artiklene kom det frem at høflighet, respekt, god kontakt og relasjon med helsepersonellet var en viktig positiv erfaring blant foreldrene (Ruffolo, Kuhn og Evans 2005, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Clarke og Windsor 2010, Kerkorian, McKay og Bannon 2006, Bjertnæs et al. 2008, Holmboe, Iversen og Hansen-Bauer 2011). I flere av undersøkelsene kom det frem at foreldrene var fornøyde med behandlingen barna deres fikk, effekten av behandlingen og at de i hovedsak var fornøyde med behandlerne (Bjertnæs et al. 2008, Holmboe, Iversen og Hanssen-Bauer 2011, Garrat et al. 2011).

”I like the support of knowing that I`m not alone...Having a difficult child is not the end of the world” (Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, 45).

I følge Geraghty et al. (2011) ble det satt pris på når behandlerne gjorde en innsats i å kommunisere og involvere foreldrene i behandlingen. Dette blir også beskrevet i artikkelen til Bjertnæs et al. (2011) og Clarke and Windsor (2010). Foreldrene uttrykte også viktigheten i å ha en felles forståelse og en felles plattform fra starten av for å kunne samarbeide rundt barnet (Jakobsen og Severinsson 2006, Ruffolo Kuhn og Evans 2006).

Ord som gikk igjen for å beskrive foreldrenes opplevelse i møte med helsevesenet var sinne, frustrasjon og stress (Storch et al. 2009, Jakobsen og Severinsson 2006, Clarke og Windsor 2010, Geraghty et al. 2011, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006). Studien viser til at flere av artiklene har resultater som omfatter negative erfaringer med helsevesenet blant foreldrene. Ett av hovedfunnene i studien, var at foreldrene erfarte at helsepersonell hadde dårlige holdninger til familien og barnet (Ruffolo, Kuhn, Evans 2006, Jakobsen og Severinsson 2006, Geraghty et al. 2011, Clarke og Windsor 2010).

I sat there for two hours crying, I couldn't drive home. She told me that my son is a very damaged child, he will never hold on to a job, he will never drive a car, he will never live independently (.....) (Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, 41).

En annen forelder beskrev:

I want to cooperate with the community, I do, but you can't. You just run up against a blank wall. You can only go so far... and however, much you run your head against the wall, the wall doesn't fall, and only your head gets crushed, not the wall. That's how hostile it is, in my opinion (Jakobsen og Severinsson 2006, 500).

Foreldrene uttrykte at de fikk for lite råd og hjelp til å mestre de emosjonelle utfordringene med å ha et psykisk sykt barn (Clarke og Windsor 2010, Jakobsen og Severinsson 2006, Geraghty et al. 2011). Noen av foreldrene uttrykte at de ble for lite involverte i behandlingen av barnet, og de opplevde at helsepersonell kunne være negative i responsen til deres ønske om å samarbeide i omsorgen for barnet (Jakobsen og Severinsson 2006, Geraghty et al. 2011, Clarke og Windsor 2010). Studien viser også at foreldrene følte at de ikke ble involverte i behandlingen, og at samarbeidsevnen var dårlig (Jakobsen og Severinsson 2006, Clarke og Windsor 2010, Geraghty et al. 2011). I tillegg til emosjonelle og psykiske erfaringer, kom det frem i studien til Geraghty et al. (2011) at det i tillegg til disse negative erfaringene, også kommer ulike praktiske utfordringer som foreldrene må forholde seg til. Eksempel på dette kan være økonomiske kostnader, vanskeligheter med å finne seg et sted å bo under barnets innleggelse, og at foreldrene blir mye borte fra jobb og resten av familien.

4.3 Foreldrenes behov for informasjon og støtte

Et funn som gikk igjen i flere artikler var foreldrenes behov for informasjon (Geraghty et al. 2011, Jakobsen og Severinsson 2006, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Bjærtne et al. 2008). Foreldrene ønsket mer og bedre generell informasjon for å få en bedre forståelse av

deres barn og unges tilstand, sykdom, og for å kunne forstå barnas problemer (Geraghty et al. 2011, Jakobsen og Severinsson 2006, Kerkorian, McKay og Bannon 2006).

I studien til Geraghty et al. (2011) uttrykte foreldrene behov for mer informasjon om ulike behandlingsmuligheter og støtten de kunne få fra kommunale tjenester. Det ble i tre artikler funnet at foreldrene har et stort behov for støtte (Geraghty et al. 2011, Jakobsen og Severinsson 2006, Storch et al. 2009). Foreldrene uttrykte behov for støtte for å få en bedre forståelse av deres barn og unges problemer og for å dempe følelsen av fortvilelse og stress (Geraghty et al. 2011, Storch et al. 2009).

”I would not wish this situation on my worst enemy without him/her getting help and having someone to talk to” (Jakobsen og Severinsson 2006, 502).

I studien til Jakobsen og Severinsson (2006) kom det frem at noe av det som frustrerte foreldrene mest var helsepersonellens holdninger til taushetsplikt, der de følte at informasjonen de hadde krav på ble tilbakeholdt. En mor forteller at hun ble såret av mangel på empati, og at hun ble frustrert da hun følte at hun ble nektet informasjon om sønnen sin (Jakobsen og Severinsson 2006).

4.4 Økt mestringsevne hos foreldrene

Foreldrene ønsket å få hjelp av helsevesenet for å bedre kunne mestre følelsene og situasjonen relatert til det å ha et alvorlig psykisk sykt barn (Jakobsen og Severinsson 2006). Bruk av familiegrupper og støttegrupper var et av hovedfunnene i vår studie relatert til mestring. Å jobbe i familiefokuserte grupper sammen med barna, helsepersonell og foreldre, vil kunne øke foreldrenes kunnskap om sykdommen, og øke foreldrenes mestringsevne. Ved bruk av psykoedukative metoder vil foreldrene kunne få en økt evne til problemløsning og mestring, samt at barna eller ungdommens adferd og symptomer bedres. (Ruffolo, Kuhn og Evans 2005, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Garrat et al. 2011, Clarke og Windsor 2010, Storch et al. 2009).

Studiene til Ruffolo, Kuhn og Evans (2005 og 2006) beskriver gruppebehandlingsmøter, der det blir lagt vekt på støtte, empowerment og undervisning. Her skal foreldre og behandlere jobbe sammen, der det ikke skal legges vekt på hvilken rolle eller utdannelse den enkelte har. Disse gruppene er til for å forbedre familiens mestring og problemløsningsevne, samt også å forbedre barnas adferd og helse.

”I regained my power as a parent.... And my will was restored” (Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, 45).

Foreldrene fikk gjennom denne gruppebehandlingen psykoedukasjon om barnets sykdom og behandling. Dette gjorde foreldrene mer rustet til å kunne mestre sykdommen til barna, og foreldrene følte at de selv ble flinkere til å tilegne seg relevant kunnskap om situasjonen (Ruffolo, Kuhn og Evans 2005). Aktiv medvirkning fra foreldrene i psykisk helsevern for barn og unge fører til bedre resultater, samt foreldrenes tilfredshet og mestringsevne (Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Garrat et al. 2011).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

For oss har dette temaet vært interessant, og arbeidet med denne oppgaven har engasjert oss sterkt. At vi har gjort en undersøkelse på et tema som vi engasjerer oss i, har hatt stor betydning for arbeidet med oppgaven.

Som retningslinjer for denne studien, har vi brukt retningslinjer for bacheloreksamen i sykepleie fra høgskolen i Molde. Vi har også brukt Nordtvedt et al. (2007), Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) og Malterud (2011) som støttelitteratur. Forelesninger rettet mot vitenskapelig metode og direkte rettet mot bacheloroppgaven har også vært nyttig for gjennomføring av oppgaven.

Før første metodeseminar brukte vi mye tid på å lese om temaet barne- og ungdomspsykiatri, for å tilegne oss nok kunnskap for å lage en god problemstilling og hensikt. Etter metodeseminaret fikk vi tilbakemelding på at vi måtte endre disse. Etter å ha tilegnet oss kunnskap og blitt mer kjent med temaet har hensikt og problemstilling vært i moderate endringer. Vi som forfattere av denne studien, føler at de nåværende problemstillingene samsvarer godt med forskning og litteratur på området.

Praksistilhørigheten gjorde at det var en periode der vi ikke fikk jobbet sammen så mye som ønskelig, som førte til en periode med mindre effektivt arbeid. Denne fordelingen stilte dermed krav til oss om å arbeide selvstendig med oppgaven, noe som fungerte greit. Dette var i prosessen med gjennomlesing og ekskludering av artikler.

Vi føler at temaet er et henholdsvis nytt tema innenfor helsesektoren og kanskje spesielt psykiatri og barn, så publikasjoner på dette området er forholdsvis nytt. Dette mener vi er en styrke i oppgaven vår. Det er gjort en del ny forskning på området, og flere av våre inkluderte artikler er skrevet av norske forfattere.

På de første søkene vi gjorde, blandet vi sammen hvor de enkelte artiklene var hentet fra, og måtte kjøre søkene på nytt gjennom OVID for å finne ut hvilket søk artikkelen kom fra, og hvor vi fikk tak i artikkelen. Dette ga oss noe ekstraarbeid, og vi så fort viktigheten i å

holde orden på dette. Etter hvert ble vi flinkere til å skrive ned hvor artikkelen var hentet fra, og fra hvilket søk den hørte til. Selv om arbeidet med å skrive ned søkehistorikken er tidkrevende, ser vi at det på sikt lønte seg å bli ferdig med dette tidlig. Å ha søkehistorikken og oversikt over artiklene har gjort det enkelt for oss å holde orden. Dette ser vi som en styrke i metodeprosessen.

Arbeidet med ekskludering og kvalitetsvurdering er en tidkrevende prosess. Her valgte vi å dele artiklene oss i mellom. Dette har ført til at vi ikke har like god innsikt i hverandres artikler, til tross for at vi har lest igjennom artiklene. Dette ser vi på som en svakhet i oppgaven. Det er mulig at den ene overser poeng i teksten som den andre kanskje hadde sett. Vi har i hovedsak brukt OVID som søkemotor i vår litteraturstudie. OVID er en søkemotor der man har mulighet til å bruke flere databaser i samme søket. Vi har brukt basene PsychINFO, British Nursing Index og Ovid Nursing Database i størst grad. Vi gjorde noen prøvesøk i Norart, SweMed og ProQuest, uten resultat. Om vi hadde brukt mer tid på å sette oss inn i andre søkemotor, ville vi kanskje kunne få til andre søk og få treff på flere artikler. Dette kan være en svakhet i vår oppgave. En annen mulig svakhet i vår oppgave, kan være at søkeordene i de ulike søkene har vært noenlunde like. Mer variasjon i søkeordene vil muligens kunne gitt oss flere treff.

Analysedelen ble gjort ved hjelp av Malterud (2011). Denne metoden har gjort at analyseprosessen har vært god og oversiktlig. Måten vi valgte å sortere funnene på viste seg å være en ryddig og oversiktlig måte. Sorteringen gjorde vi sammen, slik at vi fikk diskutert og snakket sammen om hvilke funn som hørte til under hvert tema. At begge jobbet sammen og at vi fikk begge meninger inn i sorteringen/kondenseringen, ser vi som en styrke i oppgaven vår.

Alle utenom en av artiklene er publiserte innen bacheloroppgavens retningslinjers krav, fra 2006-2012. Den ene artikkelen, Ruffolo, Evans og Kuhn (2005) er likevel inkludert. Grunnen til dette, er fordi undersøkelsen i den artikkelen har en klar sammenheng med Ruffolo, Evans og Kuhn (2006). Undersøkelsen fra 2006 bygger videre på den forskningen som ble gjort i 2005, så det ble derfor hensiktsmessig å ta med begge artiklene.

Vi bestemte oss allerede fra begynnelsen av at vi ville finne foreldres erfaringer i forhold til det å ha et psykisk sykt barn, og ikke i forhold til en spesifikk diagnose. Vi bestemte oss

likevel for å gjøre noen søk der vi søkte etter foreldres erfaringer i forhold til en spesifikk diagnose. Schizofreni, ADHD, spiseforstyrrelser, bipolar lidelse og depresjon var de diagnosene som gikk igjen i søkene vi gjorde, men etter noen søk så vi at det kom til å bli vanskelig å finne tilstrekkelig med artikler hvis vi skulle fokusere bare på en spesifikk diagnose.

Selv om det er foreldrenes erfaringer vi leter etter, har vi satt aldersgrensen på barna i undersøkelsen mellom 6-18 år. Dette fordi vi ikke kunne finne tilstrekkelig og god nok forskning for enten barn eller ungdom. I følge Molven (2010), så sies det at når barna er mellom 16 og 18 år, kan i utgangspunktet foreldre/andre foresatte ikke bli informert med mindre barnet samtykker til det. Av bestemmelsens fjerde ledd følger likevel: ”informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.” (Molven 2010, 152).

En av de inkluderte artiklene i studiet, omhandler barn og unge over 18 år (Clarke og Windsor 2010). Grunnen til at vi likevel valgte å inkludere denne artikkelen, var at funnene i studiet var klart sammenlignbart med resten av studiene, til tross for alderen. Vi valgte å ekskludere de funnene som omhandlet taushetsplikt i forhold til informasjon til foreldrene.

I eksklusjonskriteriene, er det sagt at vi har ekskludert søsken og andre familiemedlemmer i undersøkelsen. Dette er gjort fordi vi ser at omfanget av studiet hadde blitt for stort om vi valgte å inkludere hele familien.

Alle inkluderte artikler i studien, har foreldreperspektiv. I startfasen hadde vi med både foreldre- og sykepleieperspektiv, men så fort at dette ville gi et mindre valid resultat. Vi så fort at det var tilstrekkelig med forskning til å kun konsentrere seg om foreldreperspektivet, som var utgangspunktet vårt. Å inkludere artikler i sykepleieperspektiv ville sannsynligvis gitt oss et godt diskusjonsgrunnlag i resultatdiskusjonen. Likevel ser vi det som en fordel å kunne finne flere artikler innenfor samme perspektiv.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Opplevelse av skyld, skam og stigmatisering har betydning for foreldrenes psykiske helse

Sosial og Helsedirektoratet (2006) beskriver foreldrenes rolle i et historisk perspektiv. Før har foreldrenes rolle i liten grad vært involvert i planlegging og gjennomføring av tiltak i forhold til barn og unge med psykiske lidelser. Foreldre har tidligere blitt sett på som problemet og belastningen i forhold til barn og unge med psykiske lidelser. Senere tids forskning og erfaringer viser at foreldre får mer og mer oppmerksomhet i sammenheng med barn og unge med psykisk lidelse, og blir sett på som en viktig støttespiller og ressurs i behandlingsprosessen (Helsedirektoratet 2006).

I følge Helsedirektoratet (2008) er skyldfølelse for barnas psykiske sykdom en stor belastning. Disse følelsene kan være knyttet til å ikke strekke til som forelder, eller å være årsak til forverring eller utvikling av symptomer. Dette samsvarer med funnene i vår undersøkelse. I seks av artiklene kommer det frem at foreldrene er tynget med skyldfølelse, ofte der foreldrene klandrer seg selv for å ikke være tilstrekkelig som foreldre og at de hadde feilet som omsorgspersoner. De var også redde for at de hadde bidratt til utvikling av og forverring av sykdommen. Foreldrene følte at de hadde sviktet barna sine, og at det var et nederlag å skulle søke hjelp fra helsevesenet (Crowe et al. 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Geraghty et al. 2011, Storch et al. 2009, Clarke og Windsor 2010, Jakobsen og Severinsson 2006). Lønne (2008) beskriver at foreldrenes største byrde er skyldfølelsen. Skyldfølelsen kommer av at de ikke så ting tidlig nok, skyld for at de ikke greier å hjelpe barnet, og for å ikke se problemets omfang.

Det bør være et mål for sykepleien i møte med disse familiene, å skape en god dialog mellom helsepersonell og foreldrene. Et mål i behandlingsforløpet burde være å få foreldrene på banen, i det forhold det lar seg gjøre. Dette vil gjøre det lettere for både pasienten og foreldrene og komme seg videre i en konstruktiv prosess omkring rehabilitering og behandling (Lønne 2008)

Foreldre med psykisk syke barn opplever å bli tynget med skyldfølelse overfor barnas sykdom. Gjennom denne forskningsprosessen ser vi at foreldrenes erfaringer med

skyldfølelse går igjen i både teori og forskning. Derfor bør foreldrenes erfaring med denne følelsen gi helsevesenet en rolle i å kunne skape en konstruktiv prosess rundt både barnet og foreldrene.

Foreldrenes skyldfølelse er i følge helsedirektoratet (2008) og våre funn (Crowe et al. 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Geraghty et al. 2011, Storch et al. 2009, Clarke og Windsor 2010, Jakobsen og Severinsson 2006), relatert til følelsen av å ikke lykkes som forelder, og at de føler at de har sviktet barna sine. Denne skyldfølelsen kan i noen grad underbygges av risikofaktorer for symptomutvikling. Psykiske lidelser og sykdommer utvikles gjennom et samspill mellom flere genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Dette henger til dels sammen med at det sjelden er en spesifikk sammenheng mellom risikoforhold og type lidelse (Mathiesen 2009). De aller fleste barn og unge som utvikler symptomer på psykisk lidelse, vokser opp i vanlige familier. Det er likevel godt dokumentert at stressfaktorer og belastninger også i korte perioder kan øke sannsynligheten for at barnet utvikler symptomer på psykisk lidelse. Eksempler på dette kan være at foreldrene har hatt symptomer på psykiske lidelser, også i en tidsavgrenset periode (Mathiesen 2009).

Hvis forholdet mellom foreldrene og barna har vært konfliktfylt eller foreldrenes omsorgsevne ikke har vært tilstrekkelig, kan også dette være en risikofaktor. Om familien har gjennomgått negative livshendelser og hatt mange belastninger over kort tid, vil dette også kunne øke sannsynligheten for psykiske symptomer hos barna. Det er viktig å legge til at de aller fleste familier gjennomgår større eller mindre belastninger gjennom et liv (Mathiesen 2009).

I følge Eriksons ego-orientert psykodynamiske teori (Tetzchner 2001) gjennomgår barnet eller ungdommen en psykososial krise som skal bringe de frem i voksenlivet. Disse påkjenningene i sammenheng med pubertetsutvikling er en stor omveltning i livet. Det er begrenset med forskning som sier noe om sammenhengen mellom psykisk helse og pubertetsutvikling, selv om dette for mange oppleves som en veldig sårbar periode (Mathiesen 2009). Mathiesen (2009) beskriver også risikofaktorer for symptomutvikling, som kan ha en fellesnevner med pubertetsutviklingen. Kriser i livet og store omveltninger, kan være en risikofaktor for utvikling av psykiske symptomer.

Til tross for at det i senere tid har kommet frem at foreldre er en viktig støttespiller for barn og unge innen psykiatrien, må vi også ta i betraktning de eventuelle risikofaktorene for symptomutvikling av psykiske lidelser. Det er en sammenheng mellom hva som gir foreldrene skyldfølelse, og hva som er de reelle risikofaktorene.

Foreldrene i undersøkelsen beskriver flere ganger følelsen av stigmatisering. Foreldrene følte at de måtte skjerme andre familiemedlemmer for barnets sykdom, det samme gjaldt for venner og kollegaer. De var redde for å føle seg dømt av andre, både av samfunnet og helsevesenet. Foreldrene følte at psykisk sykdom var et uakseptabelt tema, der de kunne oppleve at andre ikke ville akseptere at barnet deres hadde en psykisk lidelse (Clarke og Windsor 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Gatta et al. 2011, Geraghty et al. 2011). Siden foreldrene følte at de ikke kunne snakke med familie og venner om barnets sykdom, følte de seg ofte alene og kjente på følelsen av ensomhet og isolasjon (Clarke og Windsor 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Geraghty et al. 2011).

Det skal sies at resultatene som omfatter stigmatisering, kommer fra andre land enn Norge. I norsk litteratur og forskning, er det lite som står beskrevet angående stigmatisering. Det kan virke som at i Norge er det mer aksept for psykisk sykdom enn kanskje andre land i verden. Vi ser at en mulig faktor til stigmatisering kan være sammenhengen mellom foreldrenes følelse av stigmatisering, og samfunnets formening om psykisk lidelse. I foreldrenes historiske perspektiv ser vi at foreldrenes rolle har endret seg fra å være sett på som roten til problemet, til en viktig støttespiller og en ressurs (Sosial og helsedirektoratet 2006). En mulig forklaring på foreldrenes følelse av stigmatisering, kan være at samfunnets oppfattelse av psykisk sykdom, er relatert til at kunnskapen om psykiske lidelser er manglende blant befolkningen. En annen forklaring som kan settes i sammenheng med foreldrenes følelse av stigmatisering, kan relateres til Mathiesens (2009) beskrivelser av risikofaktorer for symptomutvikling på psykiske lidelser. Det er mulig at samfunnet trekker konklusjoner på at familien og foreldrenes rolle blir forhåndsdømt.

I resultatet av studien kommer det også frem at foreldrene følte en redsel for å bli dømt av helsepersonell (Clarke og Windsor 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Geraghty et al. 2011). Foreldre som opplever at deres barn eller ungdom blir psykisk syk, vil muligens oppleve at de mister kontakten med barnet sitt. Opplevelsen av skamfølelsen for å ikke ha vært gode nok foreldre sitter langt inne hos foreldrene. Ved å bære på en slik skyldfølelse

låses mulighetene til å utvikle nye handlingsmønstre. En viktig målsetting for helsepersonell vil være å hjelpe foreldre til å rydde opp i denne skyldfølelsen. Siden foreldrene er en viktig kilde til identifikasjon for sine barn og unge, er det viktig å hjelpe dem til å redusere skammen og skyldfølelsen de har. Dette vil hjelpe dem med å gjenopprette en god dialog med barnet sitt (Fjell og Mohr 2001).

I studiene til Ruffolo, Kuhn, Evans (2006), Jakobsen og Severinsson (2006), Geraghty et al. (2011), Clarke og Windsor (2010) blir det beskrevet at foreldrene opplever følelsen av isolasjon, relatert til stigmatisering. Foreldrene føler at de ikke kan snakke med venner, familie og kollegaer om problemene, som foreldrene igjen relaterer til isolasjon. Et annet funn i vår undersøkelse, sier at foreldrene har negative erfaringer med helsepersonell, der noen av foreldrene følte at helsepersonell hadde dårlige holdninger til familien og barnet (Ruffolo, Kuhn, Evans 2006, Jakobsen og Severinsson 2006, Geraghty et al. 2011, Clarke og Windsor 2010).

Det er naturlig at foreldrenes følelse av stigmatisering, vil kunne bli forsterket om helsepersonell har en mindre tiltalende holdning til deres situasjon. Som helsepersonell skal man møte alle mennesker i alle situasjoner med respekt og anerkjennelse. Dette funnet mener vi bør sende et signal til alle profesjoner innen helsesektoren, med tanke på foreldrenes oppfatning av deres holdninger og meninger.

Helsedirektoratet (2008) beskriver også at ved noen sykdomsforløp medfører det at foreldrene har manglende overskudd til sosial kontakt. Mange nedprioriterer også egne behov og ønsker. Egne ønsker, planer og fritidsinteresser balanseres ofte i forhold til behovene til den som er syk. Foreldrene erfarer at skyldfølelse, stigmatisering og isolasjon er en del av deres emosjonelle erfaringer i møte med helsevesenet. Selv disse faktorene ikke nødvendigvis er relatert til helsepersonellens utøvelse av tjenester, vil vi kunne bruke resultatene i vår studie til å understreke hvordan disse erfaringene kan bidra til et bedre samarbeid mellom pårørende og helsepersonell. Foreldrene må få konstruktive tilbakemeldinger på hvordan de fungerer som støttespillere i behandlingen av barnet. Foreldrenes egne psykiske helse bør vurderes, både i forhold til den belastende situasjonen de er i, men også for å avdekke eventuell psykisk lidelse hos foreldrene.

Helsepersonell i møte med disse foreldrene, kan ikke fjerne deres erfaringer med stigmatisering. Vi kan imidlertid sende et signal om at samfunnets holdninger til psykisk helsevern må forsøkes endres på et nasjonalt plan. Mer informasjon og kunnskap om psykiske lidelser gjennom nasjonal helseopplysning i for eksempel skolen eller media kan være et tiltak for å redusere stigmatiseringen av psykiske lidelser.

I vår studie kommer det frem at foreldrenes isolasjon er relatert til følelsen av å bli stigmatisert. Helsepersonells oppgave for å ivareta disse foreldrene og redusere faren for sosial isolasjon, kan være at de må være en viktig støttespiller, og gi de muligheten til å snakke om hvordan de har det. Foreldrenes psykiske helse må også ivaretas. Å gi foreldrene informasjon om støttegrupper og interesseorganisasjoner rundt deres situasjon kan være et tiltak. Oppmuntre foreldrene til å ha et sosialliv, der de bør være åpen om situasjonen de er i. De fleste vil møte aksept, åpenhet kan ofte være nøkkelen til dette.

5.2.2 Helsevesenet på godt og vondt i et foreldreperspektiv

Noen foreldre uttrykker belastningene det følger med å ha et psykisk sykt barn klart og tydelig. For det er tydelig at alvorlig sykdom vil påvirke livssituasjonen og den psykiske helsen til de som står nær den som er syk (Helsedirektoratet 2008). Foreldre til barn og unge med psykiske lidelser møter mange vanskelige utfordringer, og utsettes for omfattende stress og store følelsesmessige belastninger. Dette gjør at de er i risiko for å utvikle egen helsesvikt, der belastningene blir så store at det kan føre til sykdom (Helsedirektoratet 2008). Flere funn i vår studie tyder på at det å ha et psykisk sykt barn er en stor belastning og at foreldrene selv ofte opplever psykiske belastninger (Jakobsen og Severinsson 2006, Storch et al. 2008, Gatta et al. 2010, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006). I studien til Jakobsen og Severinsson (2006), Storch et al. (2008) og Gatta et al. (2010) kommer det frem at foreldre til barn med psykiske lidelser opplever stress, angst og depresjonssymptomer.

Kirkevold og Ekern (2001) underbygger funnene i vår studie. Erfaringene er at selv når barnet har få symptomer og fungerer bra, føler foreldrene seg belastet. Andre faktorer som er med å bestemmer belastningene, kan for eksempel være de foreldrenes angst eller ubearbeidet sorgfølelse (Kirkevold og Ekern 2001). Foreldre vil, som ved alle kroniske

lidelser, oppleve rolige perioder hvor man blir fylt med håp, men så kommer det igjen perioder med oppblomstring av den underliggende tilstanden. Dette fører til at de opplever angst, frustrasjon, og en følelse av håpløshet. (Kirkevold og Ekern 2001). Foreldre opplever en ekstra stor belastning ved selvmordsfare. Da reagerer de gjerne med sterk panikkliknende angst, sorg, tristhet og skyldfølelse når den som er syk ikke lenger ønsker å leve (Helsedirektoratet 2008). I forbindelse med barnets sykdom vil mange foreldre ha behov for å bearbeide vonde opplevelser. Noen foreldre sliter med egne problemer, og kan ha forsømt egen kroppslig helse. Det er ikke uvanlig at foreldre opplever utbrenthet, som kan føre til en depressiv tilstand (Helsedirektoratet 2008).

Studien viser at foreldrene har negative erfaringer av møte med helsevesenet. Foreldrene beskrev dette med ord som sinne, frustrasjon og stress (Storch et al. 2009, Jakobsen og Severinsson 2006, Clarke og Windsor 2010, Geraghty et al. 2011, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006). For foreldrene kan det å ikke ha gode erfaringer med helsevesenet være med å påvirke og forsterke foreldrenes belastninger. I arbeidet med foreldrene og barna, vil helsepersonell trolig oppleve misnøye i noen tilfeller. Et tiltak kan da være å gå inn i situasjonen, og kartlegge hvorfor misnøye eller sinne oppstår. En åpen dialog mellom helsepersonell og familien kan kanskje forebygge at foreldrene opplever disse ekstra belastningene.

Foreldrene erfarer at det å ha et psykisk sykt barn fører til konsekvenser for deres egen psykiske helse, ved å bli påført store belastninger av barnets sykdom. Vi som helsepersonell bør arbeide for å redusere disse belastningene, ved å sette av tid til foreldrene og spørre hvordan de har det, og om de har egne udekkede behov.

I følge Helsedirektoratet (2008) går barnets sykdom i noen familier også utover deres økonomi. Når et barn i en familie er sykt kan dette medføre begrensede muligheter for adekvat inntekt på grunn av at barnet trenger mye tilsyn. I noen tilfeller vil foreldre også måtte dekke utgifter til den som er syk. Dette stemmer overens med funn vi har gjort i vår studie. I studien til Geraghty et al. (2011) beskrives det at det kan komme forskjellige praktiske utfordringer som foreldrene må forholde seg til. Eksempler på dette var økonomiske kostnader, at foreldrene blir mye borte fra jobben og vanskeligheter med å finne seg et sted å bo under barnets innleggelse.

Trygdeordningene i Norge er sannsynligvis noe bedre enn trygdeordninger i USA. Helsepersonell bør kunne informere foreldrene og familien om hvilke rettigheter de har, og hvilke støtteordninger som finnes.

Å sørge over tapet av den personen pasienten en gang var, og over tap av håp og forventninger de en gang hadde for den syke er vanlig for mange foreldre. Foreldre har ofte bekymringer for fremtiden, og hvem som skal ta vare på barnet hvis de selv dør eller ikke orker mer (Helsedirektoratet 2008).

Funn i vår studie viser at foreldrene ofte er bekymret for barnas fremtid. Dette er bekymringer relatert til om barna klarer å opprettholde den dagligdagse funksjonen både i forhold til sosiale relasjoner, skolegang og arbeid (Storch et al. 2009, Crowe et al. 2010). Crowe et al. (2010) beskrev i sin studie at foreldrene opplevde at sykdommen hadde en betydelig innvirkning på barnas sosiale relasjoner, først og fremst i forhold til mangel på tillit og en sans for fremmedgjøring av jevnaldrende. Sykdommen viste seg å påvirke barnas selvtillit, ved at de skammet seg over sykdommen og at de ikke var like gode som andre jevnaldrende. Foreldrene uttrykte også at barna hadde problemer med å konsentrere seg på skolen noe som førte til manglende evne til å oppfylle sitt potensial. Foreldrene følte dermed at de ikke kunne ha for høye forventninger til barna, når de etter hvert forsto at sykdommen ville påvirke deres barns fremtid. Teorien til Kirkevold og Ekern (2001) samsvarer med funnene i vår studie. I sin teori beskriver de at foreldre kan oppleve at den syke mister grepet på virkeligheten, endrer måten å kommunisere på, blir mer egosentrisk, mister venner, skole- og arbeidsmuligheter. Dette gjør at foreldre sørger over det som er tapt, så vel som over en fremtid som blir annerledes enn det de hadde sett for seg. Sorgfølelsen viste seg å forsterkes når de så andre på samme alder går igjennom de ulike fasene i livet.

Det kommer klart frem i vår studie at foreldrene opplever store belastninger av det å ha et psykisk sykt barn. Dette kan være uheldig, da foreldrene skal være en støttespiller for barna sine. Helsepersonell bør gjennom samarbeid med foreldre se etter muligheter til å hjelpe både pasient og foreldre til å få et bedre liv. For jo bedre foreldrene fungerer, jo bedre kan de være støttespillere for den syke i dagliglivet og i bedringsprosessen (Helsedirektoratet 2008).

5.2.3 Informasjon og støtte ønskes for å kunne forstå og delta

Foreldre i litteraturen til Lønne (2008) beskriver at kanskje det viktigste behovet er å bli tatt i mot og møtt med anerkjennelse for sitt strev med å finne en løsning på situasjonen de befinner seg i. Foreldre ønsker hjelp til å forstå de lidelsene deres barn og ungdom går igjennom, informasjon om hvilke behandlingstilbud som finnes, og hvordan man kan få tilgang på disse. I tillegg vil det være et stort behov for mange å få støtte i situasjonen og sine valg, slik at man unngår følelsen av hjelpeløshet og av å være alene (Lønne 2008).

Foreldrene i studien uttrykte også viktigheten i å ha en felles forståelse og en felles plattform fra starten av for å kunne samarbeide rundt barnet (Jakobsen og Severinsson 2006, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006). Kirkevold og Ekern (2001) underbygger våre funn, der det står beskrevet at felles for hva foreldre selv mener de trenger, er at de mangler informasjon om psykiatriske lidelser, behandling, forløp og råd for å mestre hverdagen.

I våre funn, viser resultatene i artiklene til Geraghty et al. (2011), Jakobsen og Severinsson (2006), Storch et al. (2009) at foreldrene uttrykte behov for støtte for å få en bedre forståelse av deres barn og unges problemer og for å dempe følelsen av fortvilelse og stress (Geraghty et al. 2011, Storch et al. 2009). I seks av artiklene i vår undersøkelse kom det frem at høflighet, respekt, god kontakt og relasjon med helsepersonellet var en viktig positiv erfaring blant foreldrene (Ruffolo, Kuhn og Evans 2005, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Clarke og Windsor 2010, Kerkorian, McKay og Bannon 2006, Bjertnæs et al. 2008, Holmboe, Iversen og Hansen-Bauer 2011). Det kom også frem at flere av foreldrene var fornøyde med behandlingen barna deres fikk, effekten av behandlingen og at de i hovedsak var fornøyde med behandlerne (Bjertnæs et al. 2008, Holmboe, Iversen og Hanssen-Bauer 2011, Garrat et al. 2011).

Ved formidling av informasjon til foreldre, bør helsepersonell ta initiativ til en samtale med foreldrene. Samtalen bør planlegges grundig, og ta i bruk aktuelle virkemidler for å kunne formidle informasjonen på best mulig måte. Gi gjerne foreldrene skriftlig informasjon om både diagnose og behandlingsopplegget den syke skal igjennom. Pasienten og foreldrenes aktuelle rettigheter bør informeres om. Helsepersonell må være forberedt på at det kan komme reaksjoner. Det kan med fordel inviteres til en ny samtale, der foreldre kan få muligheten til å stille utfyllende spørsmål (Helsedirektoratet 2008). Når

det gjelder mindreårige pasienter under 16 år, skal informasjon om pasienten i utgangspunktet formidles til de som har foreldreansvaret til barnet (Helsedirektoratet 2008). For barn mellom 16 og 18 år skal informasjonen deles med foreldre etter samtykke med barnet. I alvorlige tilfeller der det ikke er mistanke om overgrep/mishandling eller andre problemer i hjemmet, kan ikke helsepersonell unngå å gi informasjon til foreldrene selv om barnet ikke ønsker det. Dette kan gjelde ved psykisk lidelse, bruk av rusmidler eller kriminalitet (Helsedirektoratet 2008). Foreldrene har dermed en lovpålagt rett på informasjon om sine barn.

Et av funnene i vår studie, er at foreldrene føler de får for lite informasjon om barnet og ungdommens sykdom. (Gergahty et al. 2011, Jakobsen og Severinsson 2006, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Bjærtnes et al. 2008 og Kerkorian, McKay og Bannon 2006). Et annet funn beskrevet i artikkelen til Jakobsen og Severinsson (2006), var at foreldrene følte at helsepersonell ikke ga foreldrene den informasjonen de hadde krav på. Foreldrene følte at helsepersonell holdninger til taushetsplikten var for tilbakeholden. En mor i studiet beskriver at hun følte frustrasjon når hun ble nektet informasjon om sønnen sin.

Ut i fra resultatene vi vår studie, ser vi at helsepersonell må jobbe med loven på sin side, men samtidig utrette en viss skjønnsvurdering på hvilken informasjon som er nødvendig for at foreldrene skal kunne få faglig forsvarlig informasjon om barnet.

Foreldre til barn med alvorlig psykisk lidelse, har i hovedsak rett til informasjon om barnets sykdom, problemer og behandling (Helsedirektoratet 2008). At foreldrene føler at helsepersonellet er for tilbakeholden med informasjon kan kanskje i noen tilfeller være relatert til mangel på forståelse og eventuelle mistanker om konflikter eller problemer i familien. For at foreldrene skal føle at de får den informasjonen og støtten de har behov for, kan et vellykket samarbeid starte med å skape en god relasjon mellom pasient, foreldre og helsepersonell. Tidlig i prosessen bør man ha en klar dialog når det gjelder opplysninger om pasienten, og hvilke opplysninger foreldrene vil få. Å anerkjenne foreldres vurderinger og erfaringer med barnet vil kunne bli sett på som en tillitserklæring fra foreldrene, som vil gjøre samarbeidet bedre.

Informasjon gir trygghet, og informasjonen foreldrene og pasienten får, må være tilpasset deres nivå. Mange foreldre opplever at det blir for mye informasjon på en gang. En

mulighet for å motvirke dette, kan være å dele opp informasjonen i kortere bolker, og gi foreldrene muligheten til å stille spørsmål (Lønne 2008).

En måte å kunne gi informasjon til både barnet og foreldrene, er gjennom psykoedukative undervisningsmetoder. Psykoedukativ undervisning har som hensikt å undervise pasienten og dens foreldre, for å kunne gi de et mer kvalifisert innblikk og kunnskap om sykdommen (Aagard, Merinder og Mundbjerg 2009).

5.2.4 Informasjon og støtte gir forutsetninger for økt mestring

En kan si at mestring handler om menneskers evne til å forholde seg til de påkjenninger og utfordringer de møter i livet, det vil si summen av den kunnskap, de ferdigheter og de holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Ofte blir mestring delt inn i en kognitiv og/eller følelsesmessig reaksjon, som er en passiv mestringsstrategi, og en mer aktiv og handlingsrettet mestringsstrategi som tar sikte på å lære måter å endre vanskelige situasjoner på (Lønne 2008).

Når en familie kontakter helsevesenet, på grunn av at barnet deres har en uforståelig og uhåndterlig atferd, vil de ha behov for å bli tatt imot og ivaretatt. De vil ha behov for støtte og hjelp til å få kontroll over og struktur på sin situasjon (Fjell og Mohr 2001). Ved å møte foreldres behov og forebygge utmattelse hos foreldre, kan de være en ressurs for pasienten i deres utvikling. Men det forutsetter at helsepersonellet tar foreldre med, viser respekt og forståelse for foreldres situasjon. Dette kan føre til at de får et mestringsperspektiv, i forhold til sin egen situasjon og i utviklingen av egen helse (Lønne 2008).

Viktigheten ved bruk av familiegrupper, gruppebehandlingsmøter og støttegrupper var et av hovedfunnene i vår studie relatert til mestring. Foreldrene ønsket å få hjelp av helsevesenet for å bedre kunne mestre følelsene og situasjonen relatert til det å ha et alvorlig psykisk sykt barn. Å jobbe i familiefokuserte grupper sammen med barna og helsepersonell, økte foreldrenes kunnskap om sykdommen, foreldrenes mestrings- og problemløsningsevne, samt også å forbedre barns atferd og helse (Jakobsen og Severinsson 2006, Ruffolo, Kuhn og Evans 2005, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006).

Viktigheten av familiebehandling underbygges i teorien til Lønne (2008). Der beskrives det at det er viktig for den psykiske helsen at barn og unge har noen faste tilknytningspersoner som gir god utviklingsstøtte, som barnet og ungdommen bryr seg om, og som bryr seg om barnet og ungdommen tilbake (Lønne 2008). Ved familiebehandling eller behandling med familiefokus vil hensikten være å finne frem til og styrke familiens og barnas egen kompetanse og mestring, og å bidra til at de kan bruke sine samarbeidspartnere på gode måter. Siden ikke alle tilstander ikke kan behandles vekk, er det et viktig mål å lære å leve med problemene og redusere innflytelsen de har på hverdagen (Lønne 2008).

Grøholt, Sommerschild og Garløv (2008) beskriver i sin teori at psykoedukasjon er et behandlingstilbud som retter seg mot både barnet og foreldrene. De får her kunnskap om tilstanden til barnet, som gir et konkret mål å arbeide mot. Dette vil være med på å fremme familiens mestring. Vi har gjennom vår studie funnet at ved bruk av psykoedukative metoder vil foreldrene kunne få en økt evne til problemløsning og mestring, samt forbedre barna eller ungdommens adferd og symptomer. (Ruffolo, Kuhn og Evans 2005, Ruffolo, Kuhn og Evans 2006, Garrat et al. 2011, Clarke og Windsor 2010, Storch et al. 2009). Studien til Ruffolo, Kuhn og Evans (2005) poengterer også at foreldrene fikk mer informasjon om barnets sykdom og behandling som gjorde foreldrene mer rustet til å kunne mestre barnets sykdom. Foreldrene følte også at de ble flinkere til å tilegne seg relevant kunnskap om situasjonen.

Funnene i vår studie underbygges i teorien til Grøholt, Sommerschild og Garløv (2008) hvor det står at hvis psykoedukative metoder utgjør en vesentlig del i arbeid med familier greier man å påvirke foreldrenes holdning til barnets tilstand og deres måte å takle barnets atferd og problemer på.

Felles for flere undersøkelser er at foreldre selv mener de mangler informasjon om psykiatriske lidelser, behandling, forløp og råd for å mestre hverdagen (Kirkevold og Ekern 2001). Dette kommer også frem i vår studie, så det er derfor viktig at vi som helsepersonell tar tak i dette ved å gi de tilstrekkelig med informasjon om barnets sykdom, ulike behandlingstilbud og råd på veien for å kunne klare å mestre det å ha et psykisk sykt barn. Å ha kunnskaper om barnets sykdom og hvordan de skal takle barnets problemer vil

være med på å kunne gjøre hverdagen mer forutsigbar som igjen vil føre til økt mestring av familiens nye situasjon med å ha et psykisk sykt barn.

6.0 Konklusjon

Hensikten med dette studiet var å undersøke hvilke erfaringer foreldrene til barn og unge med psykiske lidelser har, og hvordan de opplever møte med helsevesenet.

I vår studie kom det frem at foreldre til psykisk syke barn føler seg tynget med skyldfølelse, og følelsen av å bli stigmatisert og isolert. Foreldrene føler at de ikke strekker til i foreldrerollen, og føler at de har sviktet barna sine. Skylden var også relatert til at de ikke hadde oppdaget omfanget på problemene. Stigmatiseringen fører til at foreldrene mente at de måtte skjerme familiemedlemmer, venner og kollegaer fra situasjonen, da de var redde for å bli dømt på grunn av barnets sykdom. Foreldrene opplevde også at helsepersonell ikke hadde gode holdninger til dem og barnet, som også ga følelsen av stigmatisering. Følelsen av stigmatisering kan sannsynligvis relateres til foreldrenes følelse av isolasjon.

Det kommer også frem at foreldrene utrykte bekymringer for barnet. Dette sammen med skyld, isolasjon og stigmatisering førte til at flere foreldre opplevde at belastningene ble så store at deres egne psykiske helse ble redusert. I denne litteraturstudien, er det tydelig at foreldrene opplever mangel på informasjon og støtte fra helsevesenet når de har et psykisk sykt barn. Foreldrene følte at de ikke fikk nok informasjon om deres barns tilstand, og hvordan de skulle mestre situasjonen.

Det kom klart frem i studien at familiegrupper og psykoedukative metoder var viktig for at foreldrene skulle føle økt mestring. Foreldre med psykisk syke barn, gjennomgår store belastninger, dette kan være en fare for foreldrenes egne psykiske helse. Ivaretagelse kan være å gi tilstrekkelig med informasjon og kunnskap, samtidig som å være tilgjengelig som støttespiller for barnet og foreldrene. Psykoedukative metoder i arbeid med foreldrene, vil kunne øke deres mestring gjennom økt kunnskap, dekke behovet for informasjon og støtte og mulig redusere risikofaktorene for foreldrenes egen helse.

Det skal og trekkes frem at foreldrene hadde positive erfaringer i møte med helsevesenet. Flere av foreldrene følte de ble møtt med anerkjennelse og respekt, og at helsepersonell gjorde en innsats for å kommunisere med de.

Friske foreldre med god kunnskap og selvtillit vil kunne være barnets viktigste støttespiller gjennom sykdommen.

6.1 Forslag til videre forskning

I vår undersøkelsesprosess sitter vi med oppfatningen om at det er for lite forskning på området søsken og andre familiemedlemmer. Hvordan opplever søsken å ha psykisk syke barn i familien? Hvordan opplever søsken til psykisk syke barn ivaretagelse fra helsevesenet? Vi opplever også gjennom studiet at det er lite forskning i forhold til psykiske lidelser og pubertetsutvikling, til tross for hvor sårbar barn og unge er i denne utviklingsperioden. For å få et annet perspektiv på foreldre med psykisk syke barn, skulle det vært mer forsket på hvordan helsevesenet opplever samarbeidet med disse foreldrene. Hvordan opplever helsepersonell å samarbeide med foreldre av psykisk syke barn? Føler helsepersonell at de ivaretar foreldrene på en tilfredsstillende måte?

7.0 Litteraturliste

- Aagard, Jørgen, Lars Merinder og Dorthe Mundbjerg (2009) i Buus, Niels(red).
Psykiatrisk Sygepleje. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck)
- Bjertnæs, Øyvind Andresen, Andrew Garratt, Jon Helgeland, Olaf Holmboe, Kari Aanjesen Dahle, Ketil Hanssen-Bauer og John-Arne Røttingen. 2008. Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskriftet den norske legeforening* 9, 128: 1041-5 (Tilgjengelig via Tidsskriftet Den norske legeforening)
- Borge, Lisbet i Borge, Lisbeth, Egil W. Martinsen og Toril Moe (red.) 2011 .*Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borgen, Turid, Garløv, Ida. 2004. *En annen smerte – psykiatriske vansker hos barn og ungdom*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk Opplysning.
- Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jane-Llopis, E. 2009. *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*. Luxembourg: European Communities. http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf (lest 7.12.11)
- Clarke, Diana, Joanne Winsor. 2010. Perceptions and Needs of parents during a young adult's first psychiatric hospitalization: "We're all on this little island and we're going to drown real soon" Canada: *Issues In Mental Health Nursing* 31, 242-247.
- Crowe, M, M. Inder, P. Joyce, S. Luty, S. Moor, J. Carter. 2010. Was it something I did wrong? A qualitative analysis of parental perspectives of their child's bipolar diagnosis. New Zealand: *Journal for Mental Health Nursing* 18, 342-348 (Tilgjengelig via Ovid)
- Database for statistikk om høyere utdanning. 2011. Tema: *Søketjeneste for autoriserte publiseringskanaler*. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest: 01.02.12).
- Fjell, Anne og Marianne Mohr. 2001. *Foreldrearbeid i praksis - samarbeid og behandling*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. 2011. Tema: *Helsetilstanden i Norge: Psykiske plager og lidelser*. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_561=5631:0:15,2337:1:0:0::0:0 (Lest 7.12.11)
- Forsberg, Christine og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm: Bokforlaget Natur och kultur.
- Garrat, Andrew M, Øyvind A. Bjertnaes, Olaf Holmboe, Ketil Hanssen-Bauer. 2011.

- Parents experiences questionnaire for outpatient child and adolescent mental health services (PEQ-CAMHS Outpatients): reliability and validity following a national survey. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 5:18 (Tilgjengelig via Bibsys Ask)
- Gatta, Michaela, Lara Del Zotto, Giulia Nequinio, Lara Del Col, Rosaria Sorgato, Giovanni Ceranto, Constantino Paolo Testa, Riccardo Pertile, Pier Antonio Battistella. 2011. Parents of adolescents with mental disorders: improving their caregiving experience. *Journal of child and family studies* 20:478-490 (Tilgjengelig via Ovid)
- Geraghty, Kerry, Karen McCann, Robert King, Kathryn Eichmann. 2011. Sharing the load: parents and carers talk to consumer consultants at a child and youth mental health unit. *International journal of mental health nursing* 20, 253-262 (Tilgjengelig via Ovid)
- Grøholdt, Berit, Hilchen sommerschild, Ida Garløv. 2008. *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. 2011. *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2010*. Oslo: Helsedirektoratet.
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/aktivitetsdata_for_psykisk_helsevern_for_barn_og_unge_2010_809464. (Lest 20.09.11)
- Helsedirektoratet. 2008. *Pårørende – en ressurs*. Oslo: Helsedirektoratet.
http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/publikasjoner/publikasjoner/p_r_rende_en_ressurs_271634 (lest 20.09.11)
- Heyerdahl, Kristin (2010) i Weisæth, Lars og Odd Steffen Dalgard (red.) *Psykisk helse- risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Holmboe, Olaf, Hilde H. Iversen, Ketil Hanssen-Bauer. 2011. Determinants of parents' experiences with outpatient child and adolescent mental health services. *International journal of mental health systems* 5:22 (Tilgjengelig via ProQuest)
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. Forståelse, beskrivelse og forklaring- innføring I metode for helse- og sosialfagene. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jakobsen, E. S, E. Severinsson. 2006. Parents' experiences of collaboration with community healthcare professionals. Norge: *Journal of Psychiatric and mental health nursing* 13, 498-505 (Tilgjengelig via Ovid)
- Kerkorian, Dara, Mary MacKay, William Bannon. 2006. Seeking help a second time:

- parents'/caregivers' characterizations of previous experiences with mental health services for their children and perceptions of barriers to future use. USA: *American journal of orthopsychiatry* 76: 2, 161-166 (Tilgjengelig via Ovid)
- Kirkevold, Marit og Karen Strømsnes Ekern. 2011. *Familien I sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kletthagen, Hege S, Nina Aarhus Smeby. 2007. Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien. Oslo: *Sykepleien forskning* 2(1):16-24.
- Kloep, Marion, Leo B. Hendry. 2003. *Utviklingspsykologi I praksis*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kunnskapssenteret. 2008. Skjeklister for vurdering av forskningsartikler. www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/Sjeklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms (Sist lest 04.03.12)
- Lønne, Audhild Hjellrup. 2008. *Å leve med ungdom med psykisk lidelse*. Trondheim: Legeforlaget AS.
- Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathiesen, Kristin Schjeldrup. 2009. *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <http://www.forebygging.no/en/Livsstil/Arlige-rapporter/Temrapporter-20082010/Psykiske-lidelser-i-Norge-Et-folkehelseperspektiv/> (Lest: 28.03.12)
- Molven. Olav. 2010. *Sykepleie og Jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordtvedt, Monika W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.
- Ruffolo, Mary C, Mary T. Kuhn, Mary E. Evans. 2005. Support, Empowerment and Education: A study of Multiple Family Group Education. USA: *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 13:4 200-212 (Tilgjengelig via ProQuest)
- Ruffolo, Mary C, Mary T. Kuhn, Mary E. Evans. 2006. Developing a Parent-Professional Team Leadership Model in Group Work: Work with families with children experiencing behavioral and emotional problems. USA: *Social Work* 51: 1 39-47. (Tilgjengelig via ProQuest)
- Snoek, Jannike Engelstad. 2002. *Ungdomspsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2006. *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. <http://psykologi.cappelendamm.no/binfil/download.php?did=75597> (lest: 20.09.11)

- Stengård, Eilja, Appelqvist-Schmidlechner. 2010. World Health Organization. *Mental Health Promotion in Young People- an Investment for the Future*. Denmark: WHO –Europe
- Storch, Eric A., Heather Lehmkuhl, Steven L. Pence Jr, Gary R. Geffken, Emily Ricketts, Jill F. Storch, Tanya K. Murphy. 2008. Parental experiences of having a child with obsessive compulsive disorder: associations with clinical characteristics and caregiver adjustment. *Journal of child and family studies* 18: 249-258 (Tilgjengelig via ProQuest)
- Tetzchner, Stephen Von. 2001. *Utviklingspsykologi-barne og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Weisæth, Lars (2000) i Weiseth, Lars og Odd Steffen Dalgard (red.) *Psykisk helse risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahysevani. 2006. *Evidensbasert omsorg: en bro mellom forskning og klinisk virksomhet*. Sverige: Lund studentlitteratur.

Vedlegg 1: PIO skjema

| P Patients Population Problem | I Intervention Initiativ Action | O Outcome |
|---|--|-------------------------------------|
| Psykiatri Ungdom Ungdomspsykiatri Foreldre Mor Far Pårørende | Kommunikasjon Undervisning Vurdering Erfaring | Mestring Ressurs Ivaretagelse |
| Adolescent Young*ers Psychiatr*y Mental Illness* Mental Disorder* Adolescent psychiatr*y Mental Health* Parent* Mother* Father* Next of kin | Cooperation* Collaboration* Experience* Communicat*ion Educat*e Treat* Assessment* Psychoeducat*ion | Safeguard* Resource*s Cop*ing |

Vedlegg 2: Søkehistorikk

| Dato | Database | # | Søkeord | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|----------|---|----|--|--------------|----------------|----------------|---------------------|
| 19.09.11 | Ovid Psychinfo 2002-2011 British Nursing index 1994-2011 | 1 | Exp Mental disorders/ or psychiatr* .mp. | 227524 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 | Exp mental health services/or exp psychiatry/or mental disorder*.mp. | 60843 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 | Mental health service*.mp. | 240316 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 | 1 or 2 or 3 | 240316 | 0 | 0 | 0 |
| | | 5 | Limit 4 to adolescence and Danish or English or Norwegian or swedish | 37327 | 0 | 0 | 0 |
| | | 6 | Parent*.mp. | 86393 | 0 | 0 | 0 |
| | | 7 | Exp family members/ or next of kin.mp. | 41313 | 0 | 0 | 0 |
| | | 8 | Exp family or family.mp. | 109108 | 0 | 0 | 0 |
| | | 9 | Father*.mp. | 13439 | 0 | 0 | 0 |
| | | 10 | Mother*.mp. | 38361 | 0 | 0 | 0 |
| | | 11 | 6 or 7 or 8 or 9 or 10 | 188496 | 0 | 0 | 0 |
| | | 12 | 5 and 11 | 8818 | 0 | 0 | 0 |
| | | 13 | psychoeducation.mp. or exp Psychoeducation/ | 2319 | | | |
| | | 14 | 12 and 13 | 98 | 0 | 0 | 0 |
| | | 15 | exp Nursing/ or exp Nurses/ or nurs*.mp. or exp Family Members/ | 145032 | 0 | 0 | 0 |
| | | 16 | 14 and 15 | 14 | 7 | 5 | 0 |
| 4.10.11 | Ovid Psychinfo 2002-2011 British | 1 | Exp Parent training/ or exp Parent Child communication/ or parent*.mp. | 384892 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|--|---|--------|--|-------------|---|---|---|
| | Nursing index 1994-2011 Ovid MedLine® 1948-2011 | | | | | | |
| | | 2 | Mother*.mp. or exp Mother Child relations/ | 181105 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 | Father*.mp. or exp Father Child relations/ | 41965 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 | Adolescent*.mp. or exp Adolescent Psychiatry | 155767 8 | 0 | 0 | 0 |
| | | 5 | Child*.mp. or exp child psychiatry/ or exp parent child relations/ | 190524 7 | 0 | 0 | 0 |
| | | 6 | Exp. Daughters/ or exp parents/ or dautgher*.mp. or exp sons/ | 120757 | 0 | 0 | 0 |
| | | 7 | Exp. Sons/ or son*.mp. | 218290 | 0 | 0 | 0 |
| | | 8 | Exp. Adolescent psychiatry/or exp Psychiatry/ or Psychiatry*.mp. | 128368 | 0 | 0 | 0 |
| | | 9 | Child psychiatry.mp. or exp Child Psychiatry/ | 9297 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 0 | Exp Child psychiatry/ or exp psyciatru training/ or exp adolescent psychiatry/or exp mental disorders/ or exp mental health/ or adolescent psychiatry*.mp. | 106888 2 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 1 | Exp mental disorders/or mental disorder*.mp. | 103978 7 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 2 | Exp mental health/ or exp mental disorders/ or mental illness*.mp. or exp mental health services/ | 111698 5 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|----------|--|----|---|---------|----|---|---|
| | | 13 | Exp caregivers/ or exp caregiver burden/ or exp mental retardation/or caregiver burden*.mp. | 115074 | 0 | 0 | 0 |
| | | 14 | Exp mental health/ or exp community mental health services/ or exp Child psychiatry/ or exp mental health services/ or exp adolescent psychiatry/ or exp mental disorders/ or mental health services*.mp. | 1119535 | 0 | 0 | 0 |
| | | 15 | Experience*.mp. | 775042 | 0 | 0 | 0 |
| | | 16 | 1 or 2 or 3 | 537373 | 0 | 0 | 0 |
| | | 17 | 4 or 5 or 6 or 7 | 2849081 | 0 | 0 | 0 |
| | | 18 | 8 or 9 or 10 or 11 or 12 | 1193120 | 0 | 0 | 0 |
| | | 19 | 13 and 15 and 16 and 17 and 18 | 700 | 0 | 0 | 0 |
| | | 20 | Limit: 19 to English language and childhood | 515 | 0 | 0 | 0 |
| | | 21 | Caregiving experience*.mp. | 578 | 0 | 0 | 0 |
| | | 22 | 20 and 21 | 17 | 10 | 6 | 3 |
| 10.11.11 | Ovid Psychinfo 2002-2011 British Nursing index 1994-2011 | 1 | Parent*.mp. | 86393 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 | Mother*.mp. | 38361 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 | Father*.mp. | 13439 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 | Kin .mp. | 1685 | 0 | 0 | 0 |
| | | 5 | Next of kin.mp. | 174 | 0 | 0 | 0 |
| | | 6 | Relative*.mp. | 87089 | 0 | 0 | 0 |
| | | 7 | Caretaker*.mp | 1057 | 0 | 0 | 0 |
| | | 8 | Adolescent* .mp. | 73319 | 0 | 0 | 0 |
| | | 9 | Young* .mp. | 81468 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|--------|--|--------|-----|----|---|
| | | 1 0 | Child*.mp. | 211599 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 1 | Child psychiatry*.mp. | 3831 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 2 | Psychiatr*.mp. | 89718 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 3 | Mental Health*.mp | 71815 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 4 | Mental disorder*.mp | 33154 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 5 | Mental illness*.mp. | 14708 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 6 | Mental Health Service*.mp | 21427 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 7 | Psychiatric Disorder* .mp. | 14932 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 8 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 | 192967 | 0 | 0 | 0 |
| | | 1 9 | 8 or 9 or 10 | 289677 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 0 | 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 | 151896 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 1 | 18 and 19 and 20 | 12938 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 2 | Co-operation*.mp | 691 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 3 | Cooperation*.mp. | 9366 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 4 | Intervention* .mp. | 124485 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 5 | Educat*.mp | 189941 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 6 | Psychoeducation*.m p. | 3274 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 7 | Safeguarding* .mp. | 582 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 8 | 22 or 23 or 24 | 133536 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 9 | 25 or 26 or 27 | 192641 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 0 | 18 and 19 and 20 and 28 and 29 | 712 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 1 | Limit 30 to All journals | 383 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 2 | Limit 31 to 1600 qualitative study | 50 | 32 | 14 | 3 |
| 06.12.1 1 | Ovid PsychINFO , British | 1 | Multi Field Search: “Parent’s experiences of | 4152 | 103 | 16 | 3 |

| | | | | | | | |
|----------|---------------------------------------|----|---|--------|---|---|---|
| | Nursing Index, Ovid Nursing Database | | collaboration with community health care professionals” and Parent’s experiences mental health care. Limited to 2007-current. | | | | |
| 01.02.12 | Ovid psychINFO, Ovid Nursing Database | 1 | Parent* | 106112 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 | Mother* | 53910 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 | Father* | 15355 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 | Caretaker* | 1322 | 0 | 0 | 0 |
| | | 5 | Caregiver* | 26917 | 0 | 0 | 0 |
| | | 6 | Parents off* | 57 | 0 | 0 | 0 |
| | | 7 | Mental Health Service* | 24127 | 0 | 0 | 0 |
| | | 8 | Psychiatr* | 106378 | 0 | 0 | 0 |
| | | 9 | Mental illness* | 15801 | 0 | 0 | 0 |
| | | 10 | Mental Diagnose | 34 | 0 | 0 | 0 |
| | | 11 | Experience* | 252900 | 0 | 0 | 0 |
| | | 12 | Expect* | 81332 | 0 | 0 | 0 |
| | | 13 | Expectation* | 31157 | 0 | 0 | 0 |
| | | 14 | Need* | 273118 | 0 | 0 | 0 |
| | | 15 | Co-operate* | 1407 | 0 | 0 | 0 |
| | | 16 | Collaborate* | 38587 | 0 | 0 | 0 |
| | | 17 | Careviging Experience* | 1422 | 0 | 0 | 0 |
| | | 18 | Caregiver Experience* | 107 | 0 | 0 | 0 |
| | | 19 | Parent Experience* | 107 | 0 | 0 | 0 |
| | | 20 | Mother Experience* | 66 | 0 | 0 | 0 |
| | | 21 | Father Experience* | 18 | 0 | 0 | 0 |
| | | 22 | Support* | 348110 | 0 | 0 | 0 |
| | | 23 | Empowerment* | 7475 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|--|--|--------|---|-------------|------------|-----------|-----------|
| | | 2 4 | Treatment* | 29178 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 5 | Include* | 327747 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 6 | Intervention* | 166051 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 7 | Parent Intervention* | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 8 | Assessment* | 209465 | 0 | 0 | 0 |
| | | 2 9 | Patient* | 475719 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 0 | Inpatient* | 22699 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 1 | Adolescent* | 123856 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 2 | Child* | 298370 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 3 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 | 16454 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 4 | 7 or 8 or 9 or 10 | 128673 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 5 | 11 or 12 or 13 or 14 | 526628 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 6 | 15 or 16 or 17 or 18 or 18 or 20 or 21 | 40551 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 7 | 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 | 935141 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 8 | 29 or 30 or 31 or 32 | 787259 | 0 | 0 | 0 |
| | | 3 9 | 33 and 34 and 35 and 36 and 37 and 38 | 204 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 0 | Limit 39 to Child (6- 12yrs) or Adolescent (13-18 yrs) | 188 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 1 | Limit to all journals | 108 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 2 | Limit to Danish or English or Norwegian og sweedish | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | | 4 3 | Limit to yr. 2006- 2012 | 66 | 42 | 10 | 3 |
| | | | SUM TOTALT: | 4285 | 187 | 46 | 12 |

Vedlegg 3: Artikkeloversikt

| Forfatter År Land Tidsskrift | Tittel | Hensikt | Metode/Instrument | Deltagere/fracfall | Hovedfunn | Etisk vurdering | Kvalitet |
|---|--|--|---|---|---|--|-------------------|
| Storch, Eric A, Heather Lehmkul, Steven L. Pence Jr, Gary R. Geffken, Emily Ricketts, Jill F. Storch, Tanya K. Murphy. 2008 USA Journal of child and family studies. | Parental experience of having a child with obsessive-compulsive disorder: associations with clinical characteristics and caregiver adjustment. | Hensikten med denne studien var å undersøke foreldres opplevelse av å ha et barn med en tvangslidelse. | Kvalitativ Foreldrene utførte ulike målinger om barnets emosjonelle og atferdsmessige fungering, foreldrenes stressnivå og foreldrenes opplevelser av å ha et barn med en tvangslidelse. | 53 mødre, 8 fedre og 1 besteforelder. Ingen frafall. | Resultatet av studiet viste at foreldre av barn og unge med tvangslidelser er plaget av stress rundt deres barns tilstand. Og at foreldres negative erfaringer var direkte knyttet til alvorlighetsgraden på symptomene ved tvangslidelsen. | The university institutional review board ga tillatelse til å gjennomføre denne studien. | Nivå 1 God |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|---|--------------------------|
| <p>Crowe, M, M. Inder, P. Joyce, S. Luty, S. Moor, J. Carter.</p> <p>2010</p> <p>New Zealand</p> <p>Journal of psychiatric and mental health nursing.</p> | <p>Was it something I did wrong? A qualitative analysis of parental perspectives of their child`s bipolar disorder.</p> | <p>Hensikten med denne studien var å undersøke foreldrenes syn på utbruddet av symptomene, innvirkning på barnas fungering og betydningen av deres barns bipolar lidelse.</p> | <p>Kvalitativ</p> <p>Innholdsanalyse</p> | <p>100 foreldre. (76% kvinner og 24% menn). 85% fullførte.</p> | <p>De fleste av foreldrene identifiserte utuddet av depressive symptomer hos barnet ved tidlig ungdomsalder, men det var ikke før sent i tenårene eller senere, foreldrene bemerket symptomer på mani. Utbruddet av symptomene hadde stor innvirkning på sosial og yrkesmessig fungering. Foreldre klandret ofte seg selv for utviklingen av bipolar lidelse hos barnet sitt.</p> | <p>Etisk vurdering ble gjort av New Zealand Ministry of Health Regional Ethics Committee.</p> <p>Deltakerne fikk skriftlig informasjon, der studien ble forklart i detalj, og de ble pålagt å gi skriftlig samtykke før deltakelse.</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|---|---|---|--|--|---|---|--------------------------|

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|--------------------------|
| <p>Geraghty, Kerry, Karen McCann, Robert King, Kathryn Eichmann.</p> <p>2011</p> <p>Australia</p> <p>International journal of mental health nursing.</p> | <p>Sharing the load: Parents and carers talk to consumer consultants at a child and youth mental inpatient unit.</p> | <p>Hensikten med studien var å identifisere konsultasjoner levert av behandlere til foreldre med barn innlagt på en spesialist mental helse enhet. Og bedre forstå hvordan foreldrene bruker andres støtte som er eller har vært I samme situasjon når det er tilgjengelig for dem.</p> | <p>Kvalitativ</p> <p>Innholdsanalyse</p> | <p>50 familier deltok, med tilsammen 56 deltakere.</p> | <p>Det kom frem både positive og negative erfaringer av tjenester direkte eller indirekte knyttet til innleggelse.</p> <p>- Emosjonell erfaringer/respons knyttet til barnets innleggelse: Foreldrene føler skyld over at barnet er sykt, eller føler at andre i samfunnet gir dem skylden. Å ha et psykisk sykt barn blir sett på som stigmatiserende fra samfunnet.</p> <p>Bekymring for de andre barna i familien, isolasjon på grunn av lite tid, og utfordringer med å oppdra barna når de har spesielle behov, og økonomi og permisjon fra jobb var utfordringer foreldrene måtte mestre.</p> | <p>Råd ble søkt fra ethics officer Mater Health Services.</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|--|--|---|--|--|---|---|--------------------------|

| | | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|--|---|----------------|-------------------|
| Ruffolo, Mary C, Mary T. Kuhn, Mary E. Evans. USA 2006 Social Work | Developing a Parent-Professional Team leadership Model I Group work: Work With Families with Children experiencing behavioral and emotional disorders. | Hensikten med studiet var å prøve ut en gruppemodell, der både helsepersonell og foreldre til barn med adferdsproblemer skulle jobbe sammen I en SUPPORT-EMPOWERMENT-EDUCATION-GROUP for å forbedre foreldrenes autonomi og deltagelse I bestemmelser rundt barnet. Det ble gjort intervju av foreldrene om opplevelsen av samarbeidet både før og etter utprøvelsen av gruppen, for å avklare problemer og barrierer i et samarbeid, og for å få det til å fungere. | Kvalitativ Strukturerte intervju | 26 foreldregupper deltok i undersøkelsen. Ingen frafall. | I utgangspunktet hadde foreldrene mange negative erfaringer med samarbeidet i helsevesenet. Etter gruppesamarbeidet følte foreldrene at helsevesenet ble lettere å samarbeide med, og at de selv følte forbedring og mestring i foreldrerollen, og barnets adferd ble bedre. Foreldre og helsevesen kan jobbe godt sammen i grupper, der de kan dele ansvarsområde, og at autoritet ikke bør spille noen rolle, alle har en lik stemme. | Etisk overveid | Nivå 2 God |
|---|--|--|-------------------------------------|--|---|----------------|-------------------|

| | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|---|---|--|--------------------------|
| <p>Holmboe, Olaf, Hilde H Iversen og Ketil Hanssen-Bauer</p> <p>2011</p> <p>Norge</p> <p>International journal of mental health systems</p> | <p>Determinants of parents experiences with outpatient child and adolescent mental health services</p> | <p>Målet med studien var å fastslå hvordan demografiske, kliniske og organisatoriske aspekter påvirker foreldrenes erfaringer med barn og unges psykiske helse.</p> | <p>Kvalitativ Spørreskjema</p> | <p>17871 foreldre eller andre omsorgspersoner, fullført av 7906 (46%)</p> | <p>Foreldrenes vurdering av sine erfaringer med CAMHS er sterkt spådd av variabler knyttet til klinikken, tilgjengelighet og involvering av foreldrene. Det viktigste enkelt elementet er foreldrenes forståelse av tjenestene. I tillegg har oppfatningen av å bli tilbudt et passende antall konsultasjoner og ha lett tilgang til terapeuten utenfor avtaler en sterk prediktiv effekt på foreldrenes opplevelser på de tre aspektene av tjenestene som vurderes i denne studien</p> | <p>Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|---|--|---|--------------------------------|---|---|--|--------------------------|

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--------------------------|
| <p>Bjertnæs, Øyvind Andresen, Andrew Garratt, Jon Helgeland, Olaf Holmboe, Kari Aanjesen Dahle, Ketil Hanssen-Bauer og John-Arne Røttingen.</p> <p>2008</p> <p>Norge</p> <p>Tidsskrift Norske Legeforening .</p> | <p>Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.</p> | <p>Hensikten med studiet var å undersøke foresattes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge. Foresattes vurderinger av BUP er blitt en del av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Undersøkelsen er gjort på nasjonalt nivå for å samle inn foresattes erfaringer til nasjonale retningslinjer. Tre aspekter ble vektlagt i undersøkelsen: De foresattes erfaringer med: Behandlere, medbestemmelse/ Informasjon og utbytte.</p> | <p>Kvalitativ</p> <p>Spørreskjema og telefonintervju</p> | <p>Spørreskjema sendt til barnets hjemmeadresse . 7906 svarte på undersøkelsen (46% av de utsendte skjemaene) Noen ble også telefonintervjuet.</p> | <p>De foresatte hadde gode erfaringer med poliklinikkene innen barne- og ungdomspsykiatrien. Best tilbakemelding får behandlerne, og det er størst forbedringspotensiale når det gjelder medbestemmelse og informasjon.</p> | <p>Prosjektet ble vurdert og godkjent av regional komite for medisinsk forskningsetikk region sør.</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|--|---|--|--|--|---|--|--------------------------|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|--|--------------------------|
| <p>Ruffolo, Mary C, Mary T Kuhn, Mary E Evans</p> <p>2005</p> <p>USA</p> <p>Journal of emotional and behavioural disorders.</p> | <p>Support, Empowerment, and education: a study of Multiple family group psychoeducation.</p> | <p>Hensikten med studiet var å evaluere en MULTIPLE FAMILY THERAPY GROUP PSYCHOEDUCATION INTERVENTION (MFGPI-gruppen) for foreldre av barn med alvorlige mentale forstyrrelser.</p> | <p>Metode: Randomisert, kontrollert undersøkelse, der ene gruppen foreldre deltok i vanlig gruppeterapi, mens andre gruppen deltok i MFGPI-gruppen. Resultatet er fremstilt kvantitativt.</p> | <p>Deltagere: 94 foreldre av barn med alvorlige mentale forstyrrelser. Mindre enn 10 av foreldrene valgte i løpet av studiet å trekke seg.</p> | <p>Resultat: Foreldrenes problemløsningsevne og mestringsevne, støtte fra helsevesenet og barnets adferd ble målt i undersøkelsen. Bruk av familierapi og tverrfaglige grupper der foreldre og helsevesen jobber sammen i likestilt grad viser til bedring både hos foreldrenes mestringsevne, innflytelse i helsevesenet og barnets adferd. Å la foreldrenes erfaringer komme til ord er en viktig del for å kunne forbedre behandlingen av barnet og foreldrenes mestring av situasjonen.</p> | <p>Etisk vurdering: Foreldrene ble rekruttert til undersøkelsen gjennom inntaksfasen til gruppene. Foreldrene ble informert om frivillig deltagelse, og at deltagelse eller ikke, ville ikke ha noe å si for behandlingen av barnet.</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|---|---|---|---|--|---|--|--------------------------|

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|-----------------------|--------------------------|
| <p>Kerkorian, Dara, Mary McKay, William M Bannon</p> <p>2006</p> <p>USA</p> <p>American journal of orthopsychiatry</p> | <p>Seeking help a second time: parents/caregivers characterizations of previous experienced with mental health services for their children and perceptions of barriers to future use</p> | <p>Hensikten med studiet var å undersøke foreldres erfaringer med å søke psykiatrisk hjelp til barna sine, og hvilke faktorer som påvirker valget om å søke hjelp flere ganger.</p> | <p>Kvantitativ</p> <p>Strukturert intervju gjort av National Institute of Mental Health. Data ble samlet over en 16 ukers periode av spesialutdannede sosialarbeidere. Kun funn fra intervju via telefon ble brukt i undersøkelsen.</p> | <p>253 foreldre deltok i undersøkelsen. Frafall: 118 av de deltagende foreldrene hadde tidligere søkt hjelp av psykisk helsevern til barna. 134 av foreldrene hadde aldri søkt hjelp til barna fra psykisk helsevern. Dette blir til sammen 252 deltagende, 1 frafall.</p> | <p>Å føle seg respektert og ivaretatt av heseperonell ogbehandlere var en viktig faktor for at foreldrene ville fortsette behandling av deres psykisk syke barn eller ungdom. Helseperonell bør kartlegge hva som gjør at foreldrene føler seg respektert og hørt, og hva som gjør at foreldrene ikke føler det.</p> | <p>Etisk overveid</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|--|--|---|---|--|--|-----------------------|--------------------------|

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|--------------------------|
| <p>Garrat, Andrew M, Oyvind A. Bjertnes, Olaf Holmboe, Ketil Hanssen-Bauer.</p> <p>2011</p> <p>Norge</p> <p>Child and adolescent psychiatry and mental health</p> | <p>Parent experiences questionnaire for outpatient child and adolescent mental health services (PEQ – CAMHS Outpatients) : reliability and validity following a national survey.</p> | <p>Studien ble utviklet for en nasjonal kartlegging av foreldre eller primære omsorgspersoner med barn under 16 år som er under eller har vært i behandling i psykisk helsevern poliklinikker rundt om i hele Norge.</p> | <p>Kvalitativ</p> <p>Spørreskjema og telefonintervju</p> | <p>Undersøkelsen bygger på en nasjonal studie der 17871 foreldre eller andre omsorgspersoner deltok, og ble fullført av 7906 (46%). I dette semistrukturerte intervjuet har foreldre av 11 barn svart.</p> | <p>De faktorene som skulle til for at foreldrene skulle være fornøyde med helsevesenet, var at de skulle få delta aktivt, få tilfredsstillende med informasjon og at ventetiden for behandling ikke var for lang.</p> | <p>Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|---|--|--|--|--|---|--|--------------------------|

| | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|---|--|---|----------------------------|
| <p>Jakobsen, E. S, E. Severinsson 2006 Norge Journal of psychiatric and metal nursing</p> | <p>Parents` experiences of collaboration with community healthcare professionals</p> | <p>Hensikten med studien var å utforske hvordan foreldre av voksne psykiatriske pasienter opplevde samarbeidet med helsepersonell i kommunehelsetjenesten.</p> | <p>Kvalitativ Intervju</p> | <p>6 foreldre. 5 mødre og 1 far. Ingen frafall.</p> | <p>Funnene i denne studien viste til fire hovedtemaer: Kommunikasjon og forholdet mellom foreldre og helsepersonell, mangel på informasjon, foreldre`s deltakelse i behandlingen av deres sønn eller datter, og behovet for veiledning og støtte. Funnene viste også at i de fleste tilfeller visste ikke foreldrene hvilke helsepersonell de hadde samarbeidet med i kommunehelsetjenesten.</p> | <p>Norsk etisk komite og Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste godkjente studien.</p> | <p>Nivå 1 God</p> |
|--|--|--|-------------------------------------|---|--|---|----------------------------|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|------------------------------------|---|-----------------------|--------------------------|
| <p>Gatta, Michela, Lara Dal Zotto, Giulia Nequinio, Lara Del Col, Rosaria Sorgato, Giovanni Ceranto, Constantino Paolo Testa, Riccardo Pertile, Pier Antonio Battistella.</p> <p>2011</p> <p>Italia</p> <p>Journal of child and family studies.</p> | <p>Parents of adolescents with mental disorders: improving their caregiving experience.</p> | <p>Hensikten med studien var å vurdere intervensjonen for å forbedre opplevelsen av omsorg til foreldrene av psykisk syke ungdom.</p> | <p>Kvantitativ</p> <p>Randomisert kontrollert studie.</p> | <p>42 foreldre. 2 frafall.</p> | <p>Intervensjonsfokusering på foreldrene syntes å forbedre deres forståelse av sykdommen og innvirkningen den har på deres liv.</p> | <p>Etisk overveid</p> | <p>Nivå 1</p> <p>God</p> |
|---|---|---|---|------------------------------------|---|-----------------------|--------------------------|

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|--|-------------------|
| Clarke, Diana, Joanne Winsor. 2010 Canada Issues in mental health nursing | Perceptions and needs of parents during a young adult`s first psychiatric hospitalization: “We`re all on this little island and we`re going to drown real soon” | Formålet med denne studien var å undersøke virkningen av en ung persons første sykehusinnleggelse for psykisk lidelse på deres foreldre, fastsette foreldres følelsesmessige og praktiske støtte behov. | Kvalitativ Semistrukturert intervju | 10 foreldre. 9 mødre og 1 far. Ingen frafall. | Foreldrene opplevde en følelse av lettelse når barn/ungdommen ble innlagt, følelse av sjokk og vantro når barn/ungdommen ble syk, følelse av å være alene/stigmatisert, følelsen av å bli ekskludert i bestemmelse rundt barn/ungdom, bekymringer for fremtiden til barn/ungdom, foreldrene hadde ulike mestringsstrategier for å takle barn/ungdommens sykdom. Foreldrene kom med konkrete anbefalinger til helsevesenet. | Deltakere er skriftlig informert om undersøkelsen, og hadde mulighet til å trekke seg. | Nivå 1 God |
|--|---|---|--|---|---|--|-------------------|

Vedlegg 4: Liste over relevante funn

Tallene viser til nummer på artikkel fra 1 til 12.

Foreldrene erfarer emosjonelle utfordringer:

- Isolasjon: 3, 3, 3, 3, 4, 4, 7, 7, 12, 12, 12
- stigmatisering: 3, 3, 4, 8, 11, 12, 12
- skyldfølelse: 1, 2, 2, 2, 3,4,7

- Bekymringer for barnet/ungdommens fremtid: 1, 1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 3, 3, 4, 4, 12, 12, 12, 12
- Konsekvenser for foreldrene/foresattes egen helse: 1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1,1, 3, 3, 10, 10, 11, 11, 12,

Foreldrene opplever positive og negative sider i møte med helsevesenet

- Positive erfaringer: 3, 3, 3, 3, 3, 3, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 5, 5, 5, 5, 5, 6, 6, 7, 7, 8, 8, 8, 8, 9, 9, 9, 9, 9, 9, 9, 11, 11, 11, 11.
- Negative erfaringer: 3, 3, 3, 4, 4, 4, 4, 4, 8, 8, 8, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 12, 12, 12, 12

Foreldrenes behov for informasjon og støtte: 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 4, 4, 6, 6, 6, 6, 7, 8, 9, 9, 9, 10, 10, 10, 12, 12, 12, 12.

Økt mestringsevne hos foreldrene: 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 7, 7, 7, 7, 7, 12, 12, 12, 12, 12, 12, 12, 12.