

Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier

30. mai. 2015

Forholdene ligger ennå ikke godt nok til rette for å følge opp mindreårige barn som har psykisk syke foreldre, skriver Charlotte Reedtz og Camilla Lauritzen på grunnlag av en pågående evalueringsstudie.

TEKST: Charlotte Reedtz og Camilla Lauritzen

Det er stort behov for forebyggende tiltak rettet mot mindreårige barn med foreldre som har psykiske lidelser (barn som er pårørende, BAP). Disse barna er en stor risikogruppe i samfunnet. Basert på forekomstundersøkelser av hvor mange voksne som kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose eller alkoholavhengighet, har Folkehelseinstituttet beregnet at hele 410 000 barn i Norge (37,3 %) har en forelder eller begge foreldre med en eller flere psykiske lidelser ([Torvik & Rognmo, 2011](#)). Mange studier viser at disse barna er i økt risiko for å utvikle psykiske lidelser selv ([Beardslee, Versage & Gladstone, 1998](#); [Gladstone, Boydell & Seemen, 2011](#)). Omkring en tredel av barna utvikler alvorlige og langvarige problemer ([Beardslee et al., 1998](#)). De vanligste vansker BAP utvikler i oppveksten er depresjoner, spiseforstyrrelser, atferdsvansker, og svake skolefaglige prestasjoner, mens de senere i livet har høyere risiko for å få depresjon, angst, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og til å utvikle rusmisbruk ([Beardslee, Versage & Velde, 2002](#); [Goodman & Gottlieb, 2002](#); [Goodman, Rouse & Connell, 2011](#); [Torvik & Rognmo, 2011](#)). På denne bakgrunnen har norske myndigheter vedtatt endringer i helsepersonelloven som trådte i kraft 1. januar 2010. I det nye lovverket slås det fast at BAP har rett til adekvat oppfølging fra psykisk helsevern for voksne ([Helse- og omsorgsdepartementet, 2009](#)). Dermed står psykisk helsevern for voksne overfor en utfordring med å identifisere pasienters barn og å bidra til den støtte og oppfølging barna har behov for.

I denne artikkelen oppsummerer vi tidligere publiserte resultater i et pågående kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Hovedmålsettingen i prosjektet er å evaluere implementering av nye rutiner og tiltak i Psykisk helse- og rusklinikk i UNN for å identifisere og gi støtte til barn av psykisk syke foreldre. I denne artikkelen henviser vi til flere delstudier som har sett på ulike aspekter ved disse rutinene og tiltakene ([Lauritzen & Reedtz, 2013](#); [Lauritzen & Reedtz, 2014](#); [Lauritzen, Reedtz, Martinussen & Van Doesum, 2014a](#); [Lauritzen, Reedtz, Martinussen & Van Doesum,](#)

2014b; Reedtz, Lauritzen & Van Doesum, 2012; Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015).

Forskning har dokumentert at risiko for en transgenerasjonell overføring av psykopatologi medieres gjennom den måten foreldre samspiller med barna sine på, svake foreldrefunksjoner og mangelfull omsorgskompetanse. I utviklingen av forebyggende intervensjoner for BAP bør man dermed fokusere på hvordan den psykologiske og sosiale risikoen kan reduseres, og hvordan beskyttelsesfaktorer kan styrkes. Eksempler på slike faktorer er styrking av foreldres barneoppdragelse og foreldrefunksjoner, styrket sosial støtte for familier, samt styrking av foreldres og barns mestringsstrategier. Internasjonalt finnes det mange eksempler på intervensjoner, og dokumentasjonen på hvilke av disse som har gode effekter for BAP er økende (Sanders, Calam & Durand, 2008; Murray, Sinclair, Cooper, Ducournau & Turner, 1999; Maybery & Reupert, 2006). Det er imidlertid mange årsaker til at implementering av nye rutiner og tiltak for barn som er pårørende, er krevende. Forskere har blant annet pekt på at det innenfor psykisk helsevern for voksne er tradisjon for at pasientens barn først kommer i fokus når barna har problemer i slik utstrekning at de selv blir henvist til utredning og/eller behandling (Maybery & Reupert, 2009). For å kunne håndtere ulike utfordringer knyttet til endring av klinisk praksis er det viktig å ha en implementeringsstrategi fra starten.

Implementeringsarbeid er en prosess, og ikke en enkelthendelse (Fixsen, Naoom, Blasé et al, 2005), og implementering defineres som en aktiv og planlagt prosess for integrering av en innovasjon i en organisasjon (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate & Kyriakidou, 2004). Et sentralt aspekt i endringsarbeid er å øke de ansattes kapasitet til å ta i bruk nye rutiner gjennom å gi dem grundig opplæring og kunnskap om hva den nye praksisen skal gå ut på. For å lykkes med å utvikle ny klinisk praksis er imidlertid kunnskap alene sjelden nok (Reedtz & Lauritzen, i trykk). Dersom man skal lykkes med implementering av ny praksis, er det dermed ikke tilstrekkelig å informere de ansatte om hvorfor og hvordan en praksis skal endres, man må også utvikle gode verktøy og godt beskrevne prosedyrer (Fixsen et al., 2005; Reupert & Maybery, 2008). For å imøtekomme lovens intensjoner er det essensielt å etablere nye rutiner i klinisk praksis og ta i bruk nye intervensjoner for pasientene og barna deres, og den mest effektive måten å etablere ny praksis i en organisasjon på er å ta i bruk godt beskrevne intervensjoner (Fixsen et al., 2005).

I det pågående kvalitetsikringsprosjektet i UNN samarbeider vi både om å implementere ny klinisk praksis, evaluering av endringsprosessen, samt evaluering av effekten av den nye praksisen for pasienter med barn. Det første tiltaket som implementeres i prosjektet, er en standardisert familiebasert kartlegging av pasienter med barn under 18 år. *Familiebasert kartleggings skjema* identifiserer BAP og familiens behov. I avslutningen av familiekartleggingen vil pasienter bli tilbudt det andre tiltaket som implementeres i prosjektet; *Barneperspektivsamtalet* (Reedtz, 2009). Det er kun problemstillingene knyttet til hvorvidt helsepersonell identifiserer pasienters barn og tilbyr familien støtte slik det nye lovverket forutsetter, som oppsummeres i denne

artikkelen.

Endringer i klinisk praksis i psykisk helsevern er lite undersøkt i Norge, og vi vet derfor lite om hvilke kontekstuelle faktorer som fremmer og hemmer opprettholdelse av nye intervensjoner som er tatt i bruk (Ogden, 2010). Denne implementeringsstudien er den første som er gjort på dette området i Norge. Studien evaluerer følgende problemstillinger:

1. Hva karakteriserte klinisk praksis i identifisering og ivaretagelse av pasienters barn før implementering av de to nye tiltakene?
2. Opplever helsepersonell hindringer for identifisering og ivaretagelse av pasienters barn, og hva vurderer de som viktige forutsetninger for dette arbeidet?
3. Har det skjedd endringer i klinisk praksis etter at nye tiltak ble satt i verk i klinikken?

Metode.

Flere delstudier gjengis i denne artikkelen, og disse omfatter seks ulike artikler som allerede er publisert i internasjonale tidsskrifter (Lauritzen & Reedtz, 2013; Lauritzen & Reedtz, 2014; Lauritzen, Reedtz, Martinussen & Van Doesum, 2014a; Lauritzen, Reedtz, Martinussen & Van Doesum, 2014b; Reedtz, Lauritzen & Van Doesum, 2012; Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015). Metodene for hver delstudie er detaljert beskrevet i respektive publikasjoner.

Deltakere.

Vi har samlet data fra ulike kilder: i) spørreundersøkelse av helsepersonell i Psykisk helse- og rusklinikken ved UNN, ii) kvalitative intervjuer av helsepersonell i klinikken, og iii) data om pasienter i klinikken innhentet fra elektronisk pasientjournal (DIPS). Alle data om pasientene var anonymiserte. Helsepersonellens utdanning varierte fra sykepleiere, psykologer, leger, miljøterapeuter og ulike assistenter, mange med ulike videreutdanninger og spesialiteter. Respondentene blant helsepersonellet besto av 76 % kvinner ved pretest og 67 % kvinner ved posttest. Majoriteten av disse var mellom 30 og 50 år gamle, og hadde en utdanning på bachelornivå (dvs. sykepleierutdanning).

Rekruttering.

Helsepersonellet i klinikken er rekruttert gjennom formell inklusjon av klinikken i kvalitetssikringsprosjektet og individuelt samtykke til å delta i de ulike undersøkelsene.

Spørreundersøkelsen blant helsepersonell. Alle ansatte ble oppfordret til å besvare de nettbaserte spørreskjemaene som ble sendt ut i forbindelse med prosjektet. Av totalt

546 ansatte i klinikken deltok 219 på før-undersøkelsen («baseline»), noe som ga en svarprosent på cirka 50 %. Ved post-målingen svarte ansatte på et nytt spørreskjema, og denne gangen fikk vi inn 189 svar, noe som utgjorde en svarprosent på om lag 41 %.

Intervjuundersøkelsen blant helsepersonell. Vi intervjuet en gruppe erfarne klinikere og barneansvarlige i klinikken. Disse ble rekruttert via prosjektkoordinator i sykehuset.

Data fra elektroniske pasientjournaler. Data ble trukket ut av elektroniske pasientjournaler i januar 2013 og besto av opplysninger som var registrert i F5-bildet under «Pasientopplysninger» og «Barn som pårørende». Denne delstudien omfattet alle pasienter i Psykisk helse- og rusklinikken ved UNN ($N = 5268$ i 2010, $N = 5599$ i 2011 og $N = 5705$ i 2012).

Måleredskaper i spørreundersøkelsen blant helsepersonell.

Spørsmål om klinisk praksis. Materiell basert på det australske kartleggingsskjemaet «Keeping families and children in mind online resource – Evaluation, pre-training survey» (Maybery, Goodyear & Reupert, 2011) ble tatt i bruk. Dette spørreskjemaet er oversatt og tilpasset en norsk kontekst for å kartlegge *klinisk praksis* i organisasjonen når det gjelder hvordan de håndterer BAP før implementeringen av de nye intervensjonene startet. Følgende temaer var inkludert i spørreskjemaet:

Demografiske og arbeidsrelaterte karakteristika. Personlige demografiske variabler inkluderte alder, kjønn, utdanning. Utdanning ble delt i tre grupper: lav (under bachelor nivå, f.eks. assistenter og miljøpersonell med utdanning under bachelor), middels (bachelor; f.eks. sykepleiere), og høy (master/ekvivalent eller høyere; f.eks. leger og psykologer med og uten spesialisering, spesialsykepleiere).

Rutiner for identifisering. Spørsmålet «Registrerer du på nåværende tidspunkt hvorvidt pasienter du kommer i kontakt med, har barn?» måtte besvares med «Ja» eller «Nei».

Beskrivelse av kunnskap og erfaring. Leddene inkluderte spørsmål om erfaring med familiebaserte intervensjoner, kunnskap om barn og kunnskap om den nye lovgivningen på området. Det var totalt 10 spørsmål, og de ble besvart på en fempunkt Likert-skala fra «I svært stor grad» (5) til «I svært liten grad» (1). Et eksempel på spørsmål er: «I hvilken grad har du kunnskaper om psykiske lidelser og konsekvenser slike lidelser kan ha for rollen som forelder?»

Forventninger om effekter av å implementere tiltak. Skalaen inkluderte spørsmål om det forventede utfallet for pasienter og barn som følge av tiltaket Barneperspektivsamtalet. Et eksempel på spørsmål er: «Jeg tror tiltaket Barneperspektivsamtalet kan bidra til å støtte pasienter som har barn i foreldrerollen». Fire spørsmål ble besvart på en fempunkt Likert-skala fra «I svært stor grad» (5) til «I

svært liten grad» (1).

Holdninger til å inkludere et barneperspektiv innenfor psykisk helsevern for voksne. Et eksempel på spørsmål er: «Vi bør tilby barna til pasienter informasjon og støtte som pårørende». Skalaen inkluderte elleve spørsmål som ble besvart på en fempunkts Likert-skala fra «I svært stor grad» (5) til «I svært liten grad» (1).

Holdninger vedrørende bekymringer for kvaliteten på terapeut–pasient-relasjonen. Et eksempel på spørsmål er: «Det kan påvirke relasjonen negativt mellom behandlere og pasient dersom man tar opp foreldrerollen til pasienten». Skalaen inkluderte elleve spørsmål som ble besvart på en fempunkts Likert-skala fra «sterkt uenig» (5) til «Sterkt enig» (1).

Beskrivelse av forutsetninger og hindringer. To ledd der ansatte besvarte spørsmålene i fritekst, inkluderte spørsmål om faktorer helsepersonell mener må være til stede for å kunne identifisere og gi pasienters barn god oppfølging, og om de opplevde noen hindringer knyttet til dette.

Intervju av helsepersonell.

En samtaleguide ble utviklet for bruk i intervju med personell som hadde gjennomført tiltaket Barneperspektivsamtale. Intervjuene ble gjennomført av prosjektleder og stipendiat i BAP-prosjektet. Informantene besto av åtte erfarne helsearbeidere med erfaring i å gjennomføre samtaler med pasienter og deres familier.

Spørsmålene omhandlet dagens kliniske praksis med psykiatriske pasienter som også er foreldre. Vi undersøkte holdninger til å ha et fokus på barn innenfor psykisk helsevern for voksne. Videre undersøkte vi hvorvidt helsepersonell hadde intensjoner om å begynne å identifisere og gi støtte til barn av pasientene sine. Til slutt undersøkte vi hvilke faktorer personellet oppfattet som hinder eller barrierer i tilretteleggelsen av ny praksis, og hvilke forutsetninger de mente måtte være på plass for at det skulle være mulig å gjennomføre praksisendringene.

Uttrekk av data fra elektroniske pasientjournaler.

Alle data i undersøkelsen ble trukket ut fra pasientadministrative opplysninger (F5-bildet) i elektronisk pasientjournal (DIPS). Variablene var: antall pasienter, pasientenes alder, antall registreringer av pasienters barn og antall barn registrert.

Prosedyre.

Studien benytter en design med pretest, posttest og ett års oppfølging. Pretesten ble gjennomført blant helsepersonell i klinikken før implementeringen av de to nye tiltakene startet og undersøkte kunnskaper, holdninger, samarbeidsrutiner og klinisk praksis relatert til familier der foreldre har en psykisk lidelse. Denne delen av undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av nettbaserte spørreskjemaer til alle ansatte.

Etter pretesten gikk prosjektet videre til implementering av tiltakene Familiebasert

kartleggingsskjema og Barneperspektivsamtalet. Familiebasert kartleggingsskjema er et spørreskjema som skal benyttes overfor pasienter for å identifisere pasienters barn og de familiene som har behov for støtte og hjelp. Tiltaket Barneperspektivsamtalet skal tilbys alle pasienter med barn som støtte for familien og som hjelp til oppfølging lokalt. Hvorvidt pasienten samtykker eller ikke, samt innholdet i tiltaket dersom pasienten tar imot det, skal loggføres i pasientjournalen. Implementeringen startet med å gi helsepersonell i klinikken opplæring i tiltakene. Voksne for Barn var faglig ansvarlig for den initiale opplæringen ved klinikken, mens RKBU Nord finansierte denne.

Ved posttest (måling i 2013, halvannet år etter at implementeringen startet) evaluerte vi svar i spørreundersøkelsen omkring kunnskaper, holdninger, samarbeidsrutiner og klinisk praksis. Vi gjennomførte også intervjustudien med et utvalg av barneansvarlige og ledere i klinikken som sykehuset selv hadde rekruttert. Videre evaluerte vi hvor mange barn som ble identifisert gjennom uttrekk av data fra F5-bildet i elektronisk pasientjournal.

Analyser.

Statistiske analyser i spørreundersøkelsen. Alle statistiske analyser ble gjennomført med SPSS (versjon 19). Vi undersøkte forskjellene mellom personale som sa at de identifiserte BAP med de som sa de ikke gjorde dette ved hjelp av uavhengige utvalgs t-tester. Prediksjoner av de to holdningsskalaene ble undersøkt ved bruk av multipel lineær regresjonsanalyse. Tre grupper som representerte ulike utdanningsnivåer, ble kodet ved bruk av to «dummy»-variabler. Referansekategorien var høyt utdanningsnivå, og de to «dummy»-variablene ble kodet $D_{\text{middels}} = 1$ hvis middels utdanningsnivå og 0 hvis ikke; $D_{\text{lav}} = 1$ hvis lavt utdanningsnivå og 0 hvis ikke. Parvis missing ble brukt for t-tester, og listevise missing ble brukt for regresjonsanalysen. Generelt var det få missingverdier i datasettet.

Kvalitative analyser av intervjuer. Intervjuene ble tatt opp som lydfil, og senere transkribert av en av forfatterne. Dataene fra denne studien og svarene på spørsmål som helsepersonell besvarte i fritekst, ble analysert ved hjelp av tilnærmingen Framework Analysis (FA). Denne strategien blir ofte referert til som «tematisk analyse». FA gir systematiske og synlige stadier i analyseprosessen, slik at forskningsprosessen kan bli mer tilgjengelig for andre enn den som analyserer ([Lacey & Luff, 2001](#)). Selv om den generelle tilnærmingen i FA er induktiv, gir denne formen for analyse mulighet for å ha forhåndsbestemte spørsmål som skal undersøkes ([Ritchie & Lewis, 2003](#)).

Statistiske analyser av registerdata. Alle statistiske analyser ble gjennomført med SPSS (versjon 19). Våre beregninger av i hvilket omfang psykisk syke personer i Norge har barn, er gjort på bakgrunn av statistiske opplysninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Folkehelseinstituttet, samt ved bruk av Bayes' formel ([Aalen, 1998](#)).

Etikk.

Studien er av Regional etisk komite vurdert til å være et kvalitetssikringsprosjekt som tar sikte på å styrke helsepersonells kliniske praksis. Prosjektet og alle uttrekk av data er godkjent av personvernombudet ved UNN.

Resultater

Først presenterer vi resultater som beskriver klinisk praksis før lovendringene om barn som pårørende og før implementering av nye rutiner. Deretter presenterer vi resultater som omhandler hindringer og forutsetninger i arbeidet med barn som pårørende, og til slutt presenterer vi resultater som omhandler endringer i klinisk praksis etter implementering av nye rutiner.

Klinisk praksis før implementering.

I førundersøkelsen hadde 97 % av helsepersonellet positive holdninger til å identifisere hvorvidt pasienter har barn eller ikke, uavhengig av om de selv kartla dette eller ikke ([Lauritzen, Reedtz, Martinussen & Van Doesum, 2014a](#)). Av 219 deltakere i undersøkelsen var det imidlertid 56 % som oppga at de ikke registrerte om pasientene deres har barn.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom de som identifiserte pasienters barn og de som ikke gjorde dette, bortsett fra på de to skalaene som målte kunnskap; Kunnskap om barn og Kunnskap om ny norsk lovgiving. De som rapporterte at de identifiserte barna til pasientene, mente selv at de hadde mer kunnskap om barn generelt og om lovverket enn de som ikke identifiserte pasientenes barn. Forskjellen målt med Cohens d var 0,50 for Kunnskap om barn og 0,42 for Kunnskap om ny norsk lovgiving, noe som representerer en medium effekt i henhold til Cohens kriterier ([1988](#)).

TABELL 1: Uavhengig utvalgs t-test av forskjeller i holdninger, kunnskaper og forventninger mellom personell som identifiserer og ikke identifiserer pasienters barn.

	Ansatte som identifiserer barn N = 93		Ansatte som ikke identifiserer barn N = 119		t	Cohens d
	M	SD	M	SD		
Positive holdninger	4,39	0,52	4,47	0,61	-0,97	-0,17
Bekymringer pasient-behandler	2,27	0,72	2,46	0,76	-1,79	-0,27
Kunnskap barn	3,61	0,57	3,29	0,63	3,91***	0,50
Kunnskap lovverk	3,13	0,79	2,75	0,64	3,81***	0,42
Forventninger til intervensjonen	4,27	0,53	4,24	0,66	0,36	0,03

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ (tohalet t-test).

For å undersøke hvilke variabler som predikerte holdninger, gjennomførte vi en multippel regresjonsanalyse med to ulike holdningsskalaer som avhengig variabel. Resultatene er vist i tabell 2. De uavhengige variablene var alder, kjønn, utdanningsnivå og kunnskapsnivå (Kunnskap om barn og Kunnskap om ny norsk lovgivning og Forventninger til tiltak). Den første regresjonsanalysen inkluderte tre signifikante prediktorer: Alder, Utdanningsnivå og Forventninger til tiltak. Denne modellen forklarte 34 % av variansen. Funnene indikerer mer positive holdninger til identifisering og ivaretagelse av BAP blant yngre ansatte med middels utdanningsnivå (sammenlignet med høyt utdanningsnivå), og med positive forventninger til det nye tiltaket.

Den andre regresjonsanalysen ble gjennomført for å predikere Bekymring omkring pasient-behandler-relasjonen, og denne hadde tre signifikante prediktorer: Kunnskap om barn, Lav utdanning og Forventninger til tiltak. Jo høyere rapportert nivå av kunnskap om barn, desto mindre bekymret var ansatte for at identifisering og ivaretagelse av pasienters barn ville påvirke pasient-terapeut-relasjonen negativt. De som hadde positive forventninger til at det nye tiltaket ville styrke barnas situasjon, var også mindre bekymret for at intervensjonene ville påvirke pasient-terapeut-relasjonen negativt. Denne modellen forklarte 14 % av variansen.

TABELL 2: Multippel regresjonsanalyse for prediksjon av holdninger til et barneperspektiv i psykisk helsevern for voksne.

	Positive holdninger	Bekymringer for relasjon pasient-behandler
	B	β
Alder	-0,23**	-0,03
Kjønn	-0,06	0,09
Utdanning D _{middels}	0,14*	0,04
Utdanning D _{lav}	0,06	0,14*
Kunnskaper lovverk	-0,02	0,04
Kunnskaper barn	0,09	-0,26**
Forventninger intervensjon	0,47*	-0,16*
R ²	0,34	0,14
F	14,97***	4,83***

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. $N = 212$. Kjønn var kodet 0 = kvinne, 1 = mann. Utdanningsnivå (høy, medium, lav) var kodet ved bruk av to dummyvariabler. Referansekategorien var høy utdanning, og de to dummyvariablene var kodet: D_{midde} = 1 hvis medium utdanningsnivå og 0 hvis ikke, and D_{lav} = 1 hvis lavt utdanningsnivå og 0 hvis ikke.

Helsepersonellens vurderinger av hindringer og forutsetninger i arbeidet.

I to av spørreundersøkelsens spørsmål ble helsepersonell bedt om å beskrive hindringer og forutsetninger for endring av klinisk praksis på dette området. Resultatene viste at det er mange faktorer som må tas med i beregningen dersom man ønsker å etablere en klinisk praksis der barn av psykisk syke foreldre blir kartlagt og ivaretatt (Lauritzen & Reedtz, 2013). De viktigste faktorene helsepersonell pekte på for å lykkes, var knyttet til organisatoriske spørsmål. Selv om norske myndigheter har endret lovgivning, har ikke dette utløst ekstra ressurser i form av personell eller ressurser som gir bedre tid til pasienter. Mange helsearbeidere oppfattet de nye oppgavene som stressende, fordi de må innpasse dem inn i en klinisk praksis som allerede er fullpakket med oppgaver og ansvar. Majoriteten av ansatte understreket at

de enten ønsket å ha færre pasienter innenfor gitt tidsramme, eller at det blir ansatt flere fagfolk, for å sikre at den lovpålagte praksis kan innlemmes i eksisterende rutiner. Mange av de ansatte oppga videre at de strevde med å få etablert rutiner for å identifisere barna til pasientene. De framhevet at det er et stort behov for å utvikle gode og standardiserte prosedyrer, samt å gi opplæring i disse, slik at alle ansatte vet hvor og hvordan de skal registrere pasienters barn i pasientjournalen.

En annen viktig faktor var relatert til opplæring. Majoriteten av de ansatte oppga at de ikke følte de hadde nødvendig kompetanse og kunnskap om barn og foreldre til å arbeide med et barne- og familieperspektiv. Mangel på erfaring med å snakke med barna om det som vanligvis regnes som et vanskelig tema, ble vektlagt som en viktig faktor, og noen av de ansatte uttrykte stor usikkerhet knyttet til de nye oppgavene. Mangel på erfaring med barn ble sett på som en stor begrensning, noe som gjorde dem mindre villige til å innlemme identifisering og oppfølging av pasienters barn i sin kliniske praksis.

Resultatene fra intervju av helsepersonell halvannet år etter at implementeringen startet, viste også at de hadde positive holdninger og gode intensjoner når det gjaldt endring av klinisk praksis for å ivareta pasienters barn i klinikken (Lauritzen & Reedt, 2014). Dette til tross, pekte de også på dette tidspunktet i implementeringsarbeidet på en rekke hindringer relatert til endringer i klinisk praksis. Disse var blant annet: Økonomiske nedskjæringer, liten tid til å planlegge samtaler med barnefamilier, motstand hos pasienter som var redde for inngripen fra barnevernet, lite veiledning av ansatte, mangel på ferdighetstrening relatert til iverksettelse av nytt lovverk, vansker med å bryte etablerte vaner, stor utskifting av personale i klinikken, kompliserte familiestrukturer for pasientene og omfattende krav til dokumentasjon av kartlegging og praksis.

Endringer i klinisk praksis etter implementering.

Hovedfunnet ved spørreundersøkelsen blant helsepersonell ved posttest var at selvrapportert identifisering av barn som pårørende hadde økt betraktelig siden tiltaket Familiebasert kartlegging ble innført, og 65 % oppga at de identifiserte pasienters barn i pasientjournalen (Lauritzen, Reedt, Martinussen & Van Doesum, 2014b). Økningen i kartlegginger og kartleggingsamtaler med pasienten skjedde imidlertid svært sakte. Tre år etter at lovverket ble endret og gjorde det obligatorisk å kartlegge hvorvidt pasienter har barn, var det fortsatt ikke helt innarbeidet i rutinene til helsepersonellet. Når det gjaldt å tilby støtte til familiene som var berørt av foreldrenes psykiske lidelser, var det ikke signifikante endringer på dette tidspunktet. Totalt rapporterte en tredjedel av helsepersonellet at de hadde brukt tiltaket Barneperspektivsamtalet, halvannet år etter at implementeringen startet.

TABELL 3: Uavhengig utvalgs t-test av forskjeller mellom pretest og posttest på utfallsvariabler.

	Pretest		Posttest		t	Cohens d
	(N = 211–219)		(N = 181–185)			
	M	SD	M	SD		
Forventninger	4,25	0,65	4,04	4,04	3,39**	0,32
Kunnskaper barn	3,29	0,71	2,54	0,71	9,01***	1,06
Kunnskaper lovverk	2,99	0,75	2,90	0,71	1,92	0,12
Bekymringer	2,38	0,74	2,46	0,77	-1,01	-0,49
Positive Holdninger	4,22	1,08	4,44	0,58	-2,44*	-0,25
Familiesamtaler	3,24	1,17	3,08	1,04	1,47	0,14
Vurdering av kvalitet	2,62	0,91	2,23	0,75	4,64**	0,47

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$ (to-halet test).

Gjennom uttrekket av data fra elektroniske pasientjournaler (DIPS) ønsket vi også å ta rede på i hvilken grad identifisering av barn var dokumentert i elektronisk pasientjournal. Resultatene fra denne delstudien viste at det i 2010 bare var 4 % av totalt 5268 pasienter som var registrert med mindreårige barn, 5 % av totalt 5599 pasienter i 2011 og 7 % av totalt 5705 pasienter i 2012 (Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015). Ut fra tall fra SSB har vi beregnet sannsynligheten for at en voksen person har barn i alderen 0–17 år. Ved hjelp av Bayes' formel (Aalen, 1998) har vi på bakgrunn av disse opplysningene beregnet at sjansen for at psykisk syke voksne i Norge har barn, er 33,5 %. I tillegg har Folkehelseinstituttet beregnet at det er 5,4 % forhøyet risiko for å være psykisk syk når man har barn, versus risikoen i den generelle voksenbefolkningen (Torvik & Rognmo, 2011). Vi la denne forhøyede risikoen inn i våre beregninger ($1,054 \times 0,335$), og resultatet viser at det er en 35,3 % sjanse for å ha barn når man er psykisk syk.

Diskusjon

Denne studien kartla eksisterende klinisk praksis når det gjaldt identifisering og ivaretagelse av pasienter barn før implementering av to nye tiltak. Videre ble helsepersonells vurderinger av viktige forutsetninger for ny praksis på dette området evaluert, samt hindringer de opplevde i forhold til dette. Studien evaluerte også om det skjedde endringer i klinisk praksis etter at de nye tiltakene ble satt i verk i klinikken.

Klinisk praksis før implementering av nye tiltak.

Majoriteten av helsepersonell (97 %) hadde positive holdninger til å identifisere pasienters barn, gi pasienter støtte i foreldrerollen og tilby støtte til barna. Til tross for endringer i helsepersonelloven som trådte i kraft halvannet år før gjennomføringen av denne undersøkelsen, var det likevel bare 46 % av personalet som rapporterte at de faktisk registrerte pasienters barn. De som registrerte pasienters barn, rapporterte høyere kunnskapsnivå om barn og den nye lovgivningen enn de som ikke registrerte pasienters barn. Det var ingen forskjeller i holdninger mellom de som registrerte og de

som ikke registrerte pasienters barn. På overflaten synes disse funnene paradoksale. På den ene siden mener et stort flertall av helsepersonell at de bør ta ansvar for identifisering av pasienters barn, mens de på den andre siden erkjenner at de ikke har innarbeidet dette i sin rutinemessige praksis.

For å nyansere funnet om at helsepersonells praksis ikke sto i samsvar med deres positive holdninger, ønsket vi å undersøke hvilke variabler som kunne predikere hvorvidt de identifiserte pasienters barn eller ikke. Vi fant flere prediktorer for positive holdninger til at helsepersonell skal identifisere og ivareta pasienters barn. De med middels utdanning var mer positive til de nye oppgavene enn de med høy utdanning. Helsepersonell med middels utdanning besto i all hovedsak av sykepleiere. Det er mulig at sykepleierutdanningen og relevante videreutdanninger for denne yrkesgruppen har elementer i seg som gjør sykepleiere mer åpne i forhold til å ha et barne- og familieperspektiv i klinisk praksis. Alternativt kan rollen sykepleiere har i behandlingen av pasienter innenfor psykisk helsevern for voksne gjøre dem mer sensitive for pasienters foreldrerolle og barna deres. På den annen side er det også mulig at de med høyest utdanning fikk opplæring i en tid med mindre fokus på barns utviklingspsykologiske betingelser. En annen forklaring kan være at de med høyest utdanning har roller og ansvar som setter dem i en posisjon der de må prioritere kravet til mere kostnadseffektive og mindre tidkrevende behandlingsmetoder for pasienter, og at de derfor ikke ønsker å utvide behandlinger til også å omfatte pasienters barn.

Videre var alder en signifikant prediktor for positive holdninger. En mulig forklaring på hvorfor yngre helsepersonell er mer positive, kan være at de har nyere utdanninger hvor det har vært sterkere fokus på risikofaktorer knyttet til det å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. Yngre helsepersonell kan også tenkes å være mer fleksible og åpne enn kollegaer som over tid er sosialisert inn i eksisterende rutiner og måter å gjøre ting på. Den siste prediktoren for positive holdninger var forventninger til tiltaket som skulle implementeres i klinikken etter pre-undersøkelsen. Det er kanskje ikke overraskende at de som hadde positive forventninger til å endre rutine og praksis i tråd med det nye tiltaket, også hadde mer positive holdninger til å inkludere et barneperspektiv i behandlingen av pasientene.

I studien fant vi også prediktorer for bekymring i forhold til pasient-behandler-relasjonen. De med høyt kunnskapsnivå omkring barn og positive forventninger til tiltaket Barneperspektivsamtalet var mindre bekymret for pasient-behandler-relasjonen. En årsak kan være at de er mer oppdatert på forskning og kunnskapsstatus om fordelene ved et barne- og familieperspektiv i behandling av pasienter som er foreldre. Slik kunnskap kan springe ut av den oppmerksomhet barn av psykisk syke foreldre har fått i årene før og etter lovendringene, samt kursing av barneansvarlige i organisasjonen. En annen årsak kan være at de på grunn av sine kunnskaper og positive forventninger har mer erfaring i å drøfte pasienters foreldrerolle med pasienter. For mange foreldre kan det oppleves som en lettelse å få snakke om barna i forbindelse med sine egne psykiske vansker, og slike erfaringer kan motivere

behandlere til å integrere et barneperspektiv i behandlingen.

Hindringer og forutsetninger for endring av klinisk praksis.

I evalueringen av endringsprosessen i klinikken ønsket vi å avdekke barrierer mot endring, samt hvilke faktorer ansatte mente var de viktigste for å lykkes med de nødvendige praksisendringer (Lauritzen & Reedtz, 2013). På bakgrunn av internasjonal forskning (Maybery & Reupert, 2009) forventet vi å avdekke barrierer innenfor psykisk helsevern for voksne når det gjelder identifisering og ivaretagelse av pasienters barn. Resultatene våre bekreftet tidligere funn i forskning og viste at det å endre klinisk praksis på dette området representerer en stor utfordring for psykisk helsevern for voksne (Maybery & Reupert, 2006; 2009). Årsakene til dette er sannsynligvis mange. En åpenbar årsak synes å være at pasientenes barn tidligere ikke har vært et ansvarsområde for psykisk helsevern for voksne, og at helsepersonell dermed ikke har rutiner for å registrere barna til pasientene eller tid til dette. En annen årsak kan være at helsearbeidere tradisjonelt fokuserer på problemene heller enn på ressursene til psykisk syke foreldre (Maybery & Reupert, 2006). I dette perspektivet kan det være skremmende å snakke om barna, og helsearbeidere kan oppleve at de «legger stein til byrden» for pasientene ved å snakke om barna. I tillegg har en del helsepersonell for voksne ikke så mye erfaring fra arbeid med barn og unge, noe som også kan hemme deres initiativ når det gjelder å snakke med pasienter og barna. Mange av barrierene hang sammen med organisatoriske faktorer (Lauritzen & Reedtz, 2013) knyttet til tid og ressurser. Våre helsetjenester er basert på klientkontakt og samtaler med familie og barna til pasienter gir dermed ikke økonomisk refusjon. Dette er en potensiell barriere i en tid da effektiviteten i «produksjonen» (for eksempel antall pasientsamtaler) måles nøye i helseforetakene. Implementering av nye rutiner er i tillegg en tidkrevende prosess, og psykisk helsevern for voksne har ikke fått ekstra økonomiske ressurser til å ivareta de nye oppgavene knyttet til pasienters barn. Dette betyr at disse oppgavene kommer i tillegg til alle andre oppgaver i en allerede hardt presset sektor.

Endring av klinisk praksis som følge av nye tiltak.

Hovedfunnet i spørreundersøkelsen ved posttest var at antall helsepersonell som identifiserte pasienters barn, hadde økt med 21 % fra før implementering av nye tiltak startet, til to år etter (fra 44 % til 65 %), noe som representerte en signifikant økning i bruk av Familiebasert kartlegging fra pretest til posttest.

Å identifisere barna er en forutsetning for at vi skal kunne sette inn helsefremmende og forebyggende intervensjoner for barna også lokalt. Gjennom uttrekk av data fra DIPS ønsket vi å ta rede på i hvilken grad identifisering av barn var dokumentert i elektronisk pasientjournal. Funnene tyder på at svært få av pasientene i Psykisk helse- og rusklinikken hadde barn under 18 år i årene 2010–2012. Disse resultatene står i skarp kontrast til Folkehelseinstituttets beregninger av at en drøy tredjedel av barn og unge i Norge lever sammen med en eller to foreldre som har diagnostiserbare psykiske lidelser, og våre beregninger, som viser at sjansen for at psykisk syke voksne har barn,

er 35,3 % (Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015). Det er ikke holdepunkter for å tro at deltakerne i vårt utvalg har færre barn enn disse beregningene viser, eller at voksne i Nordland, Troms og Finnmark er foreldre i mindre omfang enn det som er vanlig ellers i landet. Det er dermed grunn til å anta at misforholdet mellom barn som registreres i elektronisk pasientjournal, og det reelle antallet barn, representerer en betydelig underregistrering av pasienters barn.

Ettersom endringene i klinisk praksis skjedde veldig sakte, ønsket vi å gå i dybden på de barrierene helsepersonell rapporterte i spørreundersøkelsen. Vi iverksatte dermed intervjuer av en gruppe helsepersonell som var sentral i endringsarbeidet, for å avdekke opplevde hindringer for praksisendringer etter at implementeringen hadde pågått i halvannet år. Hovedfunnet fra intervjuene (Lauritzen & Reedtz, 2014) var kort oppsummert at en vellykket implementering av ny praksis for å ivareta barn av psykisk syke foreldre trenger andre betingelser enn det som var tilfellet tre år etter at de nye lovene på dette området trådte i kraft.

Ut fra dette synes det ikke mulig å endre klinisk praksis uten at sentrale faktorer ligger bedre til rette enn nå. Eksempler på slike faktorer er tid og nok personell til å gjennomføre nye tiltak, at personalet gis faglig kompetanse til å motivere pasienter for tiltak relatert til barna, og til å gjennomføre tiltakene, samt at det finnes gode verktøy i arbeidet med å gjennomføre nye tiltak og for dokumentasjon av disse. Også på det organisatoriske plan synes det å være behov for tiltak for å støtte og sette fart på prosessen med å endre praksis i klinikken. Samarbeid mellom ledere og helsepersonell, samt å involvere lederne i arbeidet med å fremme endringsvillighet, synes spesielt aktuelt. For å motivere helsepersonell i implementeringsprosessen må ledelsen aktivt involveres i sentrale arenaer for implementeringsarbeidet.

Implementering av ny praksis lar seg ikke gjøre over natten. På sikt vil likevel barn som pårørende kunne innlemmes i klinisk praksis dersom helsepersonell gis god implementeringsstøtte, samt tilstrekkelig opplæring og veiledning i ønskede intervensjoner. Endringer i organisasjonskultur og ansattes ferdigheter krever tid til å modnes. For å lykkes må også de nye rutinene oppleves som mulige å gjennomføre. Det vil si at implementeringsstrategien i sykehuset må inkludere en klar fordeling av ressurser og klare definisjoner av hva den nye praksisen skal bestå i når det gjelder oppgaver og ansvar. I tillegg må sykehuset ta hensyn til at det tar tid å lære seg og å gjennomføre de nye oppgavene. Implementeringsarbeidet må styrkes på alle plan for å legge til rette for den planlagte endringen av praksis i helseforetaket.

Implikasjoner for praksisfeltet.

Utfordringene helsepersonell har med identifisering og kartlegging av pasienters barn, har store implikasjoner for måloppnåelse når det gjelder å ivareta pasienters barn på en bedre måte enn vi har fått til i norsk helsevesen tidligere. God kartlegging av pasienters barn og behov, både hos spesialisthelsetjenesten og på kommunalt nivå, er et nødvendig grunnlag for å sette i verk tiltak for barn som er i risiko. Det er allment akseptert at foreldres atferd påvirker barns sosioemosjonelle og psykiske utvikling

(Morawska, Winter & Sanders, 2009), og at tiltak som tar sikte på å styrke psykisk syke foreldre i foreldrerollen for derigjennom å styrke barns utvikling, er sårt tiltrengt. Det finnes mange tiltak som kan gjennomføres for å kartlegge og ivareta pasienters barn på en bedre og mer systematisk måte. Uansett hvilke tiltak man velger, er det godt dokumentert at man for å lykkes med å endre klinisk praksis må iverksette langsiktige strategier. I tråd med internasjonale anbefalinger omkring effektive helsefremmende innsatser (Barry & Jenkins, 2007) mener vi at disse krever et systematisk fokus over lang tid. Det er ikke grunn til å forvente at lovendringer, positive generelle holdninger til å ivareta barn som pårørende, samt økte kunnskaper om risiko for disse barna, automatisk vil endre klinisk praksis. Verken teori eller empiri tilsier at spesifikke ferdigheter og generell atferd vil endres gjennom generell kunnskapsformidling og holdningsarbeid (Lauritzen & Reedtz, 2014).

Begrensninger ved studien.

Flere av våre studier baserer seg kun på helsearbeideres selvrapporterte holdninger, kunnskaper og oppfatninger av klinisk praksis. For å undersøke den reelle registreringen av pasienters barn gjorde vi derfor registerdatastudien, slik at vi fikk mer objektive data i form av journaldata. En annen begrensning er den moderate svarprosenten (50 % og 41 %) i spørreundersøkelsene. At bare halvparten av klinikkens ansatte har besvart spørreskjemaet, kan være en feilkilde dersom beslutningen om å delta kan knyttes til deres holdninger, for eksempel at bare de med mest positive holdninger til tematikken deltok. En konsekvens av dette kan være at denne artikkelen presenterer holdningene til helsepersonell som mer positive enn de er i virkeligheten.

Konklusjon

Antall ansatte i psykisk helsevern for voksne som identifiserte pasienters barn, har økt med 21 % fra før implementering av nye tiltak startet til to år etter (fra 44 % til 65 %), ifølge vårt pågående kvalitetssikringsprosjekt ved Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Dette indikerer endringer i klinisk praksis, samtidig som det er langt frem til alle pasienters barn blir identifisert og kartlagt, slik lovverket tilsier. Ansatte i klinikken har svært positive holdninger til oppgavene de har fått med å identifisere pasienters barn, men tall fra elektroniske pasientjournaler tyder på at svært få barn som er pårørende til psykisk syke foreldre, registreres på riktig måte i journalen. Få pasienter og barna deres blir forsøkt ivaretatt gjennom tiltaket Barneperspektivsamtalet. Resultatene i våre studier viser at forholdene ennå ikke ligger godt nok til rette for en god implementering av ny klinisk praksis når det gjelder pasienters mindreårige barn.

Referanser

Barry, M. & Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Oxford, UK: Churchill Livingstone, Elsevier.

Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone T. R. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1134–1141. doi: [10.1097/00004583-199811000-00012](https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00012).

Beardslee, W. R., Versage, E. M., Velde, P. V. et al. (2002). *The effects of parental dysfunction on children, in preventing depression in children through resiliency promotion: The preventive intervention project* (s. 71–86). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. utg.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A. et al. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.

Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V. et al. (2011). Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 271–289. doi: [10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x).

Goodman, S. H. & Gottlieb, I. H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M. et al. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1–27. doi: [10.1007/s10567-010-0080-1](https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1).

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581–629. [10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x](https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x).

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Ot.prp. nr. 84 (2008–2009): Endringer i loven*.

Lacey, A. & Luff, D. (2001). *Qualitative Data Analysis*. Leicester, UK: Trent Focus Group.

Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2013). Support for children of mental health service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16, 12–18. doi: [10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875](https://doi.org/10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875).

Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2014). Translating knowledge about parental mental illness to the field of practice. *Journal of General Practice*. doi: [10.4172/2329-9126.1000176](https://doi.org/10.4172/2329-9126.1000176).

Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. T. M. & Martinussen, M. (2014a). Factors

that may facilitate or hinder a family focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*. doi: [10.1007/s10826-013-9895-y](https://doi.org/10.1007/s10826-013-9895-y).

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

Maybery, D. & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657–664. doi: [10.1111/j.1440-1614.2006.01865.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01865.x).

Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 784–791. doi: [10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x).

Maybery, D., Goodyear, M. & Reupert, A. (2011). The family-focused mental health practice questionnaire. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26, 135–144. doi: [10.1016/j.apnu.2011.09.001](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.09.001).

Morawska, A., Winter, L. & Sanders, M.R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 35, 217–226. doi: [10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x).

Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P. & Turner, P. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1259–1271. doi: [10.1111/1469-7610.00542](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00542).

Ogden T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. Avhandling. ISBN: 978-82-308-1647-9. Bergen: Universitetet i Bergen.

Reedtz, C. & Lauritzen, C. (I trykk). Å se og ivareta barn av psykisk syke foreldre – Utfordringer i psykisk helsevern for voksne. I Haugland, B.S.M, Gjesdahl, S., Trondsen, M. & Bugge, K., *Familier i motbakke – på vei mot bedre måter å støtte barn som pårørende*. Bergen: Fagbokforlaget.

Reedtz, C., Lauritzen, C. & Van Doesum, K. T. M. (2012). Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: Implementing new interventions in the adult mental health care in Northern Norway. *BMJ Open*, 2, e000709. doi: [10.1136/bmjopen-2011-000709](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000709).

Reedtz, C., Mørch, L. & Lauritzen, C. (2015). Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? – Kritisk søkelys på implementering av ny klinisk praksis i psykisk helsevern for voksne. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1, 36–45.

Reedtz, C. (2009). [Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Barneperspektivsamtaalen](#). Ungsinn, tiltak nr. 11. Hentet fra Ungsinn.uit.no.

Reupert, A. & Maybery, D. (2008). Lessons learnt: Enhancing workforce capacity to respond to the needs of families affected by parental mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10, 32–40. doi: [10.1080/14623730.2008.9721774](#).

Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London: Sage Publications.

Sanders, M., Calam, R., Durand, M. et al. (2008). Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the triple P-Positive Parenting programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 924–932. doi: [10.1111/j.1469-7610.2008.01901.x](#).

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

Aalen, O. O. (1998). *Innføring i statistikk med medisinske eksempler*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Citation

Reedtz, C., & Lauritzen, C. (2015). Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier [Children of mentally ill parents: The need for new routines and better implementation strategies]. *Scandinavian Psychologist*, 2, e10. <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e10>

Abstract

Children of mentally ill parents: The need for new routines and better implementation strategies

According to new Norwegian laws, mental health care for adults are obligated to assess all patients who are parents and to act on their children's needs. This article outlines results from earlier publications in an ongoing study; a research project designed to evaluate the process of changes in clinical practice due to the implementation of new interventions for children of patients in a large General Psychiatric Clinic for adults. There are two groups of participants in this ongoing research project: (1) mental health workers in the clinic ($N = 219$), and (2) patients who are parents receiving treatment in the clinic ($N = 5268-5705$). In the evaluation of clinical practice we used a pretest, posttest and 1-year follow-up design. A significantly higher number of mental health care workers reported that they identified whether or

not patients had children at post-measures compared to baseline measures; however, data from patient journals does not reflect such changes. Mental health workers reported that the conditions needed to change clinical practice regarding the children of the patients were still not in place in the workplace.

Keywords: clinical practice, family support, mentally ill parents, workforce developments.

Author affiliations: Charlotte Reedtz & Camilla Lauritzen – The Regional Center for Child and Adolescent Mental Health and Child Welfare, Faculty of Health Sciences, University of Tromsø – The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway.

Contact information: [Charlotte Reedtz](#), The Regional Center for Child and Adolescent Mental Health and Child Welfare, Faculty of Health Sciences, University of Tromsø – The Arctic University of Norway, Gimleveien 78, N-9037 Tromsø, Norway. Email: charlotte.reedtz@uit.no.

Received: September 26, 2014. **Accepted:** April 27, 2015. **Published:** May 30, 2015.

Language: Norwegian.

This is a peer-reviewed paper.

Charlotte Reedtz

Charlotte Reedtz er [førsteamanuensis](#) ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Nord, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Camilla Lauritzen

Camilla Lauritzen er [førsteamanuensis](#) ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) Nord, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.