



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for psykologi

Implementering av rutiner for å kartlegge og ivareta barn av psykisk syke pasienter:

Praksisendringer i psykisk helsevern for voksne evaluert over tid.

Miriam Adele Nilssen

Anja Sletten Walstad

Hovedoppgave for graden Cand.Psychol mai 2017



Implementering av rutiner for å kartlegge og ivareta barn av psykisk syke pasienter

- praksisendringer i psykisk helsevern for voksne evaluert over tid.

PSY-2901 Hovedoppgave for graden Cand.Psychol.

Miriam Adele Nilssen

Anja Sletten Walstad

Institutt for psykologi

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

Mai 2017

Veiledere

Førsteamanuensis Camilla Lauritzen

Førsteamanuensis Charlotte Reedtz

Førsteamanuensis Kamilla Rognmo

Forord

Under studietiden hvor vi begge har jobbet ved ulike avdelinger innenfor psykisk helsevern, fikk vi et innblikk i hvor viktig tema barn som pårørende var. Vi har fått høre sterke historier om hvordan mennesker har vokst opp under vanskelige familieforhold, og hvordan dette har preget deres liv i etterkant. Vi har også fått erfare utfordringer i arbeidet med å involvere pasientens familie i behandling. Dette har gjort at vi har blitt svært opptatt av hvordan vi som helsepersonell kan bidra til at barnets perspektiv ikke blir glemt.

Vi vil derfor gjerne få takke våre veiledere ved RKBU. De har lagt stor innsats og ressurser i Barn som pårørende-prosjektet, og vi er svært takknemlige for å få bruke deres data i vår hovedoppgave. De har tatt seg tid til å gå gjennom oppgaven og gitt oss nyttige innspill underveis i skriveprosessen. Det samme gjelder vår bi-veileder ved IPS, som har tatt seg god tid til å hjelpe oss med statistikk og metode – tusen takk! Til slutt vil vi også takke våre medstudenter. De har mange ganger kommet med oppløftende ord, og bidratt med faglige refleksjoner og diskusjoner i skriveprosessen. Det har vært av stor verdi i denne prosessen.

Implementering av rutiner for å kartlegge og ivareta barn av psykisk syke pasienter:

Praksisendringer i psykisk helsevern for voksne evaluert over tid.

Miriam Adele Nilssen

Anja Sletten Walstad

PSY-2901 Hovedoppgave for graden Cand.Psychol.

Våren 2017

Sammendrag

Barn av psykisk syke foreldre er en gruppe med forhøyet risiko for selv å utvikle psykisk sykdom. For å kartlegge og ivareta barn som pårørende, har det blitt implementert to nye intervensjoner ved et sykehus i Nord-Norge. Denne studien er en del av en longitudinell studie, hvor formålet er å evaluere implementeringsprosessen over tid. Utvalget (N= 219 ved pre-test, N = 185 ved post-test og N = 108 ved oppfølgingstest) bestod av helsepersonell i psykisk helsevern ved det deltakende sykehuset. De besvarte nettbaserte spørreskjema om rutiner for kartlegging og familiesamtaler, i tillegg til kunnskap, forventninger og holdninger til å inkludere et barneperspektiv i klinisk praksis. Resultatene indikerte at de største endringene skjedde de tre første årene etter implementering, hvor ansatte rapporterte økt kartlegging av pasienters barn. Resultatene viste ingen endring i ansattes rapportering av kartlegging og rutiner for å støtte pasienters barn mellom post- og oppfølgingstest. Resultatene indikerte at sykehuset ikke har klart å implementere nye rutiner slik at alle barn av psykisk syke pasienter blir identifisert og ivaretatt, fem år etter lovendringen gjorde dette obligatorisk. Forslag til tiltak er blitt diskutert.

Nøkkelord: barn av psykisk syke, implementering, psykisk helsevern for voksne, familiefokusert praksis

Psykisk sykdom hos foreldre er en risikofaktor som kan få alvorlige konsekvenser for deres barn. I løpet av de siste to tiårene har funn fra en rekke studier indikert at barn av psykisk syke foreldre har en forhøyet risiko for å selv utvikle psykisk sykdom (Luoma et al., 2001; Orvaschel, Walsh-Allis, & Ye, 1988), og risikoen for dette utfallet er vist å variere mellom 41-77 % (Beardslee, Keller, Lavori, Staley, & Sacks, 1993; Downey & Coyne, 1990; Goodman, Adamson, Riniti, & Cole, 1994; Orvaschel et al., 1988; Rutter & Quinton, 1984). Barn av psykisk syke foreldre viser oftere tegn på sårbarhet for depresjon, og sammenlignet med andre barn har de en større sannsynlighet for å utvikle redusert sosial kompetanse, atferdsproblemer, hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker og lavere selvtillit i løpet av oppveksten (Ashman, Dawson, & Panagiotides, 2008; Goodman et al., 2011; Jaenicke et al., 1987). I tillegg har barn av mødre med depresjon vist seg å skåre lavere på kognitive evnetester og prestere dårligere på skolen (Hay & Kumar, 1995). Psykiske vansker som manifesterer seg i barne- og ungdomsår kan også få konsekvenser for individet senere i livet (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen, & Lönnqvist, 2002). Flere studier har vist at barn av psykisk syke har en forhøyet risiko for å utvikle en rekke psykiske lidelser, deriblant depresjon, angst og rusmisbruk i voksenlivet (Goodman et al., 2011b; Weissman et al., 2006).

Svært mange barn og unge lever med foreldre som lider av psykisk sykdom, noe som har sammenheng med høy forekomst av psykiske lidelser i befolkningen (Torvik & Rognmo, 2011). Beregninger gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2011 estimerte at 410 000 barn i Norge lever med enten en eller to foreldre som har psykiske lidelser, hvorav 115 000 av disse barna hadde foreldre med alvorlig psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011). En annen norsk studie har vist at 13 % av pasienter ved døgneklinikker og 33 % av pasienter ved psykiatriske poliklinikker hadde omsorgsansvar for barn (Lilleeng et al., 2009a). I løpet av ett år er det estimert at rundt 65 000 barn har en forelder som mottar behandling i psykisk helsevern for

voksne (Lilleeng et al., 2009b), hvorav 15 000 av disse barnas foreldre har en psykisk lidelse av en slik alvorlighetsgrad at de er innlagt for behandling (Lilleeng et al., 2009a). Disse tallene stemmer overens med tall fra utenlandske studier (Howe, Batchelor, & Bochynska, 2009; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear, & Crase, 2009b)

De siste 20 årene har fokuset på barn av psykisk syke foreldre økt. Forskere, fagfolk og politikere, både i Norge og internasjonalt, har interessert seg for konsekvensene denne situasjonen innebærer for barna (Cowling & McGorry, 2013). Det er antatt at mekanismene som fører til at psykiske lidelser overføres fra foreldre til deres barn kan skyldes en rekke ulike faktorer (Goodman, 2007; van Doesum, Hosman, & Riksen-Walraven, 2005). Det er ikke foreldrenes diagnose i seg selv som overfører denne risikoen, men en interaksjon mellom faktorer som sykdommens alvorlighetsgrad og varighet, genetikk, mestringsstil og sosiale forhold (Kowalenko et al., 2012). Det er imidlertid godt dokumentert at generelle foreldreferdigheter og kvaliteten på samspillet mellom foreldre og barnet spiller en viktig rolle i denne overføringen (Hosman, van Doesum, & Santvoort, 2009; McCarty & McMahon, 2003). Blant annet er det vist at mødre med depresjon kan tendere til å uttrykke mer negative følelser, være mindre kjærlige og være mindre involvert i barnets lek (Murray, Kempton, Woolgar, & Hooper, 1993). Det er også vist at denne gruppen kan være mindre sensitive og følsomme overfor barnets signaler og behov (Hwa-Froelich, Loveland Cook, & Flick, 2008; van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven, & Hoefnagels, 2007). Flere studier kan dokumentere en sammenheng mellom kvaliteten på foreldreferdigheter og dysfunksjonell emosjonsregulering, utrygg tilknytning og lavere selvtillit (Goodman et al., 2011b; Hwa-Froelich et al., 2008; van Doesum et al., 2007).

Gjennom forebyggende intervensjoner har vi mulighet til å redusere risikoen for at barn av psykisk syke foreldre selv skal utvikle emosjonelle- og atferdsvansker (Barlow & Stewart-Brown, 2000). Det er vist lovende resultater for virkningen av intervensjoner rettet

mot å øke foreldrekompentanse (Reedtz, Handegård, & Mørch, 2011). Slike intervensjoner kan være rettet mot å forbedre samspeillet mellom foreldre og barn og fremme trygg tilknytning hos barnet gjennom å støtte og utvikle foreldrenes forståelse av barnets behov, emosjoner og atferd (Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006). Slike intervensjoner har vist å kunne redusere atferdsvansker og psykiske plager hos barn på lang sikt, og ved å øke beskyttende faktorer kan de bidra til å redusere risikoen for at barna selv utvikler psykiske lidelser (Beardslee, Wright, Gladstone, & Forbes, 2007; Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000; Siegenthaler, Munder, & Egger, 2012).

En voksende litteratur har vist at barn av psykisk syke foreldre får det bedre av å snakke om foreldrenes sykdom (Haukø & Stamnes, 2009; Pihkala, Sandlund, & Cederström, 2012). En norsk studie har funnet at barn av psykisk syke foreldre har et udekket behov for forståelse av foreldrenes tilstand, samt konsekvensene av denne (Ruud et al., 2015), og det er ikke uvanlig at barn føler skam eller skyld knyttet til foreldrenes vansker (Haukø & Stamnes, 2008; Major, 2011). Intervensjoner rettet mot å gi alderstilpasset informasjon til barn av psykisk syke pasienter har vist seg å kunne bidra til å øke barnas forståelse av foreldrenes sykdom, bedre kommunikasjon innad i familien og gjøre barna bedre i stand til å mestre livssituasjonen når forelderens er syk (Haukø & Stamnes, 2008). Samlet gir slike funn optimisme omkring hvilke resultater en kan forvente dersom man iverksetter tiltak for å gi barn og foreldre informasjon om psykiske lidelser, og muligheten til å snakke om foreldrenes psykiske lidelser.

I tillegg til ovennevnte fordeler ved å forebygge overføring av psykisk sykdom fra en generasjon til neste, har det blitt hevdet at innlemming av barnets perspektiv i psykiatriske klinikker også kan gi ytterligere helsemessige fordeler for pasienter som er foreldre. En amerikansk studie viste at mødre med psykisk sykdom identifiserte morsrollen som en primær faktor ved behandlingen. De rapporterte at det å ikke være i stand til å oppdra og ivareta barna

påvirket deres psykiske helse negativt, og hindret deres progresjon mot bedring (Biebel, Nicholson, Williams, & Hinden, 2004). Intervensjoner rettet mot å informere familier om hvordan depresjon påvirket funksjonsnivå, og å gi strategier for å gjenkjenne og håndtere stress, reduserte symptomer på angst og depresjon både hos foreldre med depresjon og barna deres (Beardslee et al., 2007; Pihkala et al., 2012). En metaanalyse utført av Pitschel-Walz og kolleger (2004) rapporterer at behandling som inkluderer barna reduserer tilbakefall for pasienter med schizofreni opptil 20%. Tilsvarende, Miklowitz og kolleger (2003) fant at familiefokuserte intervensjoner resulterte i færre tilbakefall for de med bipolar lidelse enn hos pasienter som har bare mottatt medisiner og vedlikeholdstiltak. Behandlingstilnærminger som inkluderer pasientens barn og familie kan altså føre til positive utfall og bedre livssituasjonen for både barna og pasienten selv.

Kvaliteten på barnas hjemmemiljø påvirker deres psykiske helse, og risikoen for utvikling av psykiske vansker og lidelser øker når belastningene er omfattende, berører flere områder eller er langvarige (Major et al., 2011). Forebygging av psykiske vansker hos barn fra familier hvor foreldrene er psykisk syke eller har ruslidelser kan være utfordrende, da problemene ofte er komplekse eller utilgjengelige for intervensjonen (Major et al., 2011). Som behandler innen psykisk helsevern har man en unik mulighet til å oppdage barn i risiko gjennom den direkte kontakten med foreldrene til de aktuelle barna. Innlemming av et barnefokus i psykisk helsevern for voksne innebærer en holdning om at barn og familie er en sentral del av pasientens liv og derfor også må tas hensyn til i behandlingen. Det krever at helsepersonell innlemmer familien i behandlingsprosessen, adresserer barns behov og engasjerer seg i pasientens foreldrerolle (Maybery, Goodyear, Reupert, & Grant, 2016). Barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre rapporterer lavere livskvalitet enn det som er normalt i resten av befolkningen, og familiene rapporterer også lavere grad av sosial støtte enn andre familier gjør (Ruud et al., 2015). Barna i disse familiene kan derfor ha behov for

oppfølging på flere områder i livet (Reupert & Maybery, 2007). De kan trenge hjelp med belastende omsorgsoppgaver som en følge av at forelderen er syk (Ruud et al., 2015), hjelp til å danne positive relasjoner til andre jevnaldrende og voksne eller omsorgshjelp dersom foreldrene er svært syke eller innlagte (Reupert & Maybery, 2007). Klinikker i psykisk helsevern for voksne kan være en viktig bidragsyter i arbeidet med å formidle nødvendig hjelp til barn av psykisk syke. Sentrale oppgaver er kartlegging av barna, undersøke hvordan de opplever sin livssituasjon, bidra med informasjon og psykoedukasjon og eventuelt sørge for videre oppfølging dersom det er nødvendig. Samarbeidspartnere i arbeidet med å følge opp barn av psykisk syke kan være helsesøster, barne- og ungdomspsykiatriske klinikker og barneverntjenesten (Lauritzen & Reedtz, 2016)

En norsk rapport i 2005 viste at det eksisterende tilbudet til barn av psykisk syke var usystematisk og utilstrekkelig på daværende tidspunkt (Aamodt & Aamodt, 2005). Denne rapporten viste at mange barn av foreldre med psykiske lidelser forble uoppdaget av helsetjenstester og andre hjelpeinstanser, grunnet manglende rutiner for identifisering og kartlegging. Barn av psykisk syke har ofte blitt referert til som de "usynlige barna" fordi helsepersonell kan være uvitende om hvorvidt pasienter er foreldre eller ikke, eventuelt har lite fokus på dette i behandlingen (Fudge & Mason, 2004). Ved å identifisere og kartlegge disse barna, kan man sette inn forebyggende tiltak på et tidlig tidspunkt og redusere antall nye sykdomstilfeller. Forebyggende arbeid og samhandling mellom tjenester er i tråd med gjeldende politiske føringer (Helse og omsorgsdepartementet, 2008), og fra et samfunnsøkonomisk perspektiv blir forebyggende intervensjoner rettet mot barn ansett som svært kostnadseffektive (Foster, Prinz, Sanders, & Shapiro, 2008; Holte, 2012; Sanders et al., 2000; Siegenthaler et al., 2012).

Lovgivning

På bakgrunn av kunnskapsstatus omkring risikoen barn som pårørende har for selv å utvikle psykiske lidelser, samt erkjennelsen av at helsevesenet ikke har gjort nok for å forebygge vansker hos disse barna, har det blitt gjennomført flere endringer i lovgivning på dette området. Stortinget vedtok i 2009 endringer i Helsepersonelloven og Lov om spesialisthelsetjenesten, og disse trådte i kraft 1. januar 2010 (Helsedirektoratet, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Formålet bak begge lovendringene var deriblant å forebygge og redusere risiko for psykisk uhelse hos barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010), noe som gjør at de er i tråd med de overordnede målene for samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) og spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999; Major et al., 2011).

Helsedirektoratets rundskriv fra 2010 definerer Barn som pårørende som mindreårige barn av pasienter, det vil si alle barn under 18 år. Videre står det at «barn som pårørende skal tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon» (Helsedirektoratet, 2010). Det vil si at loven ikke bare omhandler mindreårige barn av biologiske foreldre, men også steforeldre, adoptivforeldre og fosterforeldre (Helsedirektoratet, 2010).

Helsepersonelloven § 10a (2010) pålegger helsepersonell en plikt til å søke å avklare om pasienten har barn, og bidra til å dekke disse barnas behov for informasjon og oppfølging dersom det er nødvendig. Loven spesifiserer videre at helsepersonell skal samtale med pasienten og tilby informasjon om oppfølgingstiltak dersom dette skulle være aktuelt (Helsepersonelloven, 2010, §10). Helsepersonell skal altså søke å avdekke hjelpebehov, formidle annen tilpasset oppfølging og ta initiativ til samarbeid med eventuelle oppfølgingstilbud (Helsedirektoratet, 2010).

Det er også gjort endringer i Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-7a (2010) for å styrke arbeidet med barn som pårørende. Denne lovendringen pålegger sykehusinstitusjoner å ha

tilstrekkelig barneansvarlig personell. De viktigste funksjonene til den barneansvarlige er å systematisere arbeidet med barn som pårørende, oppdatere helsepersonell med relevant informasjon på området og fremme barns interesser i avdelingen (Helsedirektoratet, 2010).

Den barneansvarlige har et spesielt ansvar i forhold til kommunikasjon og samarbeid oppfølgende instanser av barn (Helsedirektoratet, 2010), og skal ha videre ha en god oversikt over tilgjengelige tilbud.

Det er godt dokumentert at barn av psykisk syke pasienter utgjør en sårbar gruppe med risiko for selv å utvikle psykiske sykdom, Det har lenge vært enighet i fagfeltet om at disse barna har behov for tilbud om adekvat hjelp (Aamodt & Aamodt, 2005; Ruud et al., 2015), og samtidig har familiefokus i behandling av psykisk syke foreldre vist gode resultater både barna og familien som helhet (Beardslee et al., 2007). Til tross for politiske føringer og at barn av pasienter nå har en lovfestet rett til å bli identifisert og ivaretatt, har en rekke studier avdekket utfordringer i arbeidet med å innlemme barnets perspektiv i psykisk helsevern for voksne (Lauritzen, Reedtz, van Doesum, & Martinussen, 2015; Lauritzen, Reedtz, van Doesum, & Martinussen, 2014; Ruud et al., 2015). Disse studiene antyder at det eksisterer et gap mellom hva helsetjenestene *burde* tilby og hva som *faktisk* tilbys i tjenestene for voksne (Saxe, Cross, & Silverman, 1988).

Implementering blir ansett som en viktig mekanisme for å redusere gapet mellom forskning og praksis (Meyers et al., 2012). Implementering kan defineres som en aktiv og planlagt prosess for å innføre nye endringer og innovasjoner i en organisasjon (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Effektivitet i implementeringsprosessen handler om kvalitet og konsistens i organisasjonsmedlemmers tidlige bruk av nye innovasjoner (Klein & Sorra, 1996), og er en nødvendig betingelse for at endringen skal kunne føre til ønskede utfall (Weiner, 2009). Det er flere utfordringer knyttet til implementering av nye rutiner i klinisk praksis (Meyers et al., 2012; Wiltsey Stirman et al.,

2012), og en rekke faktorer kan gjøre det vanskelig å innlemme barnets perspektiv og et familiefokus innen psykisk helsevern for voksne (Maybery et al., 2016).

I denne studien tar vi i bruk data fra studier gjennomført av Lauritzen og kolleger (2014, 2015), hvor funnene indikerte at noen av disse barrierene var på organisasjonsnivå. Utfordringene var knyttet til høy arbeidsbelastning på ansatte, mangel på eierskap til temaet, samt utilstrekkelig fordeling av tid og ressurser (Lauritzen et al., 2014).

Andre barrierer er knyttet til egenskaper ved de ansatte i klinikken. Forskning har vist at noen av disse utfordringene kan være todelte. På den ene siden uttrykker helsepersonell at de mener det er viktig å støtte barn av pasienter, men at de samtidig ikke anser dette som en del av deres oppgaver (Lauritzen et al., 2014; Slack & Webber, 2008). På den andre siden uttrykker helsepersonell bekymringer knyttet til å inkludere pasientens barn i behandlingsforløpet (Maybery & Reupert, 2009a). I tillegg indikerte resultatene til Lauritzen og kolleger (2014, 2015) barrierer knyttet til kunnskap, mangel på opplæring og usikkerhet hos helsepersonell. I denne sammenheng har andre studier vist at selvsikkerhet knyttet til å arbeide med barn og familie har en viktig betydning for implementering av et fokus på barn i klinisk praksis (Maybery & Reupert, 2016).

Samlet sett kan slike funn bli tolket som indikasjon på utfordringer med å etablere tilstrekkelig vilje til endring (readiness to change) innad i sykehusorganisasjonen (Lauritzen et al., 2014). I vår sammenheng handler vilje til endring om helsepersonells samlede ønske om å implementere nye rutiner som støtter og ivaretar barn som pårørende, i tillegg til deres samlede tro på sykehusorganisasjonens evne til implementering (Lauritzen et al., 2014; Weiner, 2009). De ansattes holdninger og selvsikkerhet spiller altså en viktig rolle. Det er personalets vurderinger omkring oppgavens krav, tilgjengelige ressurser og situasjonelle faktorer som avgjør samlet tro på gjennomføringsevne (Weiner, 2009). Dersom det foreligger

høy grad av vilje til endring vil dette øke sannsynligheten for en mer effektiv implementeringsprosess (Weiner, 2009).

Barn som pårørende-prosjektet

Barn som pårørende-prosjektet (BAP) er et longitudinelt forskningsprosjekt utviklet av Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge (RKBU) ved Universitetet i Tromsø, i samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og den ideelle brukerorganisasjonen Voksne for Barn (VFB). Målsetningene med BAP-prosjektet i UNN var å støtte opp under iverksettelsen av nye rutiner som følge av et endret lovverk. Prosjektet skulle bidra til å endre helsepersonells fokus slik at pasientenes barn ble en mer sentral del av foreldrenes behandling. Prosjektet startet i 2010, og involverer en langsiktig strategi for å endre klinisk praksis innen den voksenpsykiatriske klinikken ved UNN. Som en del av dette prosjektet har ansatte i klinikken iverksatt nye rutiner for å identifisere og å tilby nødvendig oppfølging for barn av psykiatriske pasienter.

Prosjektet inkluderte implementeringen av to intervensjoner; *Kartleggingsskjema* og *Barneperspektivsamtale*. *Kartleggingsskjemaet* er en intervensjon for behandlere laget for å øke identifisering av pasienter som er foreldre, og deres barn. *Kartleggingsskjemaet* består av en generell del der informasjon som ble obligatorisk å innhente som følge av lovendringene etterspørres (for eksempel barnets navn, alder, søsken, bosituasjon etc.). Informasjonen skal legges inn i den elektroniske pasientjournalen i henhold til helseforetakets rutiner.

Barneperspektivsamtalet er en intervensjon designet for å gi støtte til pasienter med psykiske lidelser som er foreldre og til deres barn. Formålet er at samtalen skal være helsefremmende og forebyggende gjennom at behandleren samtaler med familien om barnas situasjon og deres behov (van Doesum & Koster, 2008). Den ble designet for å redusere risikoen for at barn av psykisk syke foreldre selv skulle utvikle psykiske lidelser. I tillegg er et av målene ved

samtalen å gi støtte til familien og assistere dem i å søke hjelp fra andre helsetjenester hvis det er nødvendig.

Denne studien er en del av en stor implementeringsstudie som evaluerer implementeringsprosessen og om ny praksis har blitt etablert ved voksenpsykiatrisk avdelinger ved det største sykehuset i Nord-Norge. Gjennom å studere resultatene av implementeringsprosessen fra det nye lovverket trådte i kraft, ønsker vi å undersøke om det har skjedd en endring av klinisk praksis over tid. Med utgangspunkt i tidligere forskningsfunn, som viser at det er svært tidkrevende å gjennomføre ønskede praksisendringer, er det sentralt å undersøke hvilke hindringer som styrer tempoet i prosessen med å iverksette endringene. På denne bakgrunn har vi valgt følgende problemstillinger for vår undersøkelse:

a) I hvilken grad rapporterer helsepersonell selv at de har endret praksis når det gjelder identifisering av pasienters barn 5 år etter lovendringene? b) I hvilken grad rapporterer helsepersonell selv at de har endret praksis når det gjelder å støtte pasientens i foreldrerollen og ivareta behov til pasienters mindreårige barn? c) Har implementeringen av nye rutiner ført til endringer av ansattes forventninger, holdninger og kunnskap om barn som pårørende? d) Har implementeringen av nye rutiner ført til endringer av ansattes bekymring å inkludere pasientens barn og familie i behandlingen? e) Er det forskjeller i holdninger, kunnskap, bekymring og forventninger til utfall mellom ansatte som har høy erfaring med familiesamtaler og ansatte som har lav grad av erfaring?

Metode

Denne studien er en del av en longitudinell studie bestående av en pre-, post og oppfølgingsstudie, hvor formålet er å evaluere implementeringen av nye rutiner over tid ved det deltakende sykehuset. Pre-studien ble gjennomført i 2010, hvor hensikten var å oppnå et baselinemål omkring rutiner for kartlegging av pasienters barn før implementeringen av de to

nye intervensjonene startet opp i sykehuset (Lauritzen et al., 2015). Post-studien baserte seg på data samlet inn i 2013, og formålet med studien var å undersøke om tre år med innsats for å implementere de nye intervensjonene hadde ført til endringer av klinisk praksis (Lauritzen et al., 2014). Denne oppfølgingsstudien tar i bruk data som ble innsamlet i 2015, og hensikten med studien er å undersøke om implementeringsprosessen har ført til en varig endring av klinisk praksis ved det deltakende sykehuset.

Deltakere

Deltakerne var helsepersonell ansatt i klinikken for psykisk helsevern for voksne ved sykehuset. Ved pre-studien var det 219 ansatte som responderte på undersøkelsen, noe som utgjør en responsrate på 50 %. I post-studien var det 185 ansatte som responderte, og det var en responsrate på 40.5 %. Ved oppfølgingsstudien responderte 108 ansatte, noe som utgjør en responsrate på 24.5 %. Detaljert demografisk informasjon om deltakerne er presentert nedenfor i Tabell 1.

Klinikken bestod av totalt 16 poliklinikker og døgnposter, og inkluderte et geografisk område bestående av 31 kommuner. Deltakerne ble rekruttert gjennom skriftlig invitasjon sendt til deres e-postadresse, hvor de ble spurt om å besvare nettbaserte spørreskjema (www.questback.com, se Vedlegg A). Det var ledelsen ved klinikken som gjorde lister over de ansattes e-postadresser tilgjengelig for forskningsgruppen. Deltakerne ble informert om at et var frivillig å delta i studien, og at de ville forbli anonyme. Som en følge av deltakernes anonymitet, var det uavhengige utvalg mellom pre-, post- og oppfølgingsstudien.

Studien er godkjent av personvernombudet ved det deltakende sykehuset, og er utført i henhold til Helsinkideklarasjonen om etiske retningslinjer for medisinsk forskning (World Medical Association, 2008). Studien er klassifisert som et kvalitetssikringsprosjekt siden datainnsamlingen omhandler praksisendring som følge av ny lovgivning, og godkjenning fra

Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) var derfor ikke påkrevd.

Tabell 1

Deskriptiv statistikk over demografiske og praksis-relaterte variabler.

		Pre-test (n=219)	Post-test(n=185)	Oppfølgingstest(n=108)
Kjønn	Kvinner	76%	73%	70%
	Menn	24%	27%	24%
Alder	<30 år	11%	6%	6%
	31-40 år	26%	21%	20%
	41-50 år	26%	35%	33%
	51-60 år	27%	28%	29%
	>60 år	10%	10%	11%
Utdanningsnivå	Høy*	16%	20%	19%
	Medium**	80%	79%	80%
	Lav***	4%	1%	1%

Note: * Mastergrad eller høyere **bachelornivå ***under bachelornivå

Design

Denne oppfølgingsstudien er en del av en longitudinell studie bestående av en pre-, post og oppfølgingsstudie som evaluerer implementeringsprosessen av to nye intervensjoner ved det deltakende sykehuset. Studiens design har blitt publisert i en protokollartikkel tidligere (Reedtz, Lauritzen, & van Doesum, 2012).

Instrumenter

Kartleggingsskjema. De ansattes bruk av Kartleggingsskjema ble målt gjennom testleddet «Har du gjennomført Kartleggingssamtale med pasient som har mindreårige barn?». Deltakerne ble bedt om å svare med *ja* eller *nei*.

Erfaring med familiesamtaler. De ansattes rutiner for gjennomføring av Barneperspektivsamtales ble målt gjennom testleddet «I hvilken grad har du erfaring med

familiesamtaler?». Deltakerne ble bedt om å rangere svaret sitt på en fempunktts Likert-skala, fra «I svært liten grad» (1) til «I svært stor grad» (5).

Kunnskap om barn som pårørende og lovgivning. Det ble benyttet testledd hentet fra *Family focused mental health practice questionnaire* (Maybery, Goodyear, & Reupert, 2012). Dette spørreskjemaet er utviklet for å måle hindringer forbundet med familiefokusert praksis, og inkluderer både testledd knyttet til ansattes kunnskap og ferdigheter, samt til politiske føringer og retningslinjer (Maybery et al., 2012). Spørreskjema ble tilpasset norske forhold for å kunne vurdere klinisk praksis ved det deltakende sykehuset, og det er blitt innhentet tillatelse fra forfatterne til dette (Lauritzen et al., 2014). Se for øvrig Vedlegg A for en oversikt over alle testleddene for Kunnskap om barn som pårørende og lovgivning.

Totalt ble det inkludert ni testledd som både omhandlet spørsmål om kunnskap knyttet til barn og foreldrerolle, samt om den nye lovgivningen. Eksempler på testledd var «Hvordan vil du beskrive dine kunnskaper om hva som kan være forebyggende i forhold til barn og unges psykiske helse?», og «I hvilken grad kjenner du det nye lovverket om barns rettigheter som pårørende?». Deltakerne ble bedt om å rangere svaret sitt på en fempunktts Likert-skala, fra «I svært liten grad» (1) til «I svært stor grad» (5).

Det ble gjennomført faktoranalyse for å redusere antall testledd. Det ble estimert en KMO-verdi på .86 og Bartlett's test av sferisitet var signifikant. Prinsipal Komponent Analyse (PCA) med varimax rotasjon viste at alle testledd, med unntak av ett, ladet høyt på en felles faktor. På bakgrunn av dette ble testleddet «I hvilken grad har du mottatt opplæring i ny lovgivning?» ekskludert fra videre analyse, og det ble beregnet en skala basert på gjennomsnittsskåren av de åtte gjenværende testleddene. Skalaen ble navngitt Kunnskap, og Cronbachs alfa for denne skalaen var .86.

Denne skalaen inkluderte imidlertid også testleddet «I hvilken grad har du erfaring med familiesamtaler?», som også brukes som et annet mål i studien. I analyser hvor både skalaen

for Kunnskap og dette testleddet skulle inngå, ble dette testleddet derfor tatt ut av skalaen. I disse analysene bestod skalaen for Kunnskap av gjennomsnittsskåren av de syv resterende testledd. Dette er beskrevet nærmere i resultatdelen for den aktuelle analysen.

Forventninger til positive utfall. Det ble benyttet fire testledd som inkluderte spørsmål om forventninger til utfall de nye rutinene kunne ha for pasienter og deres barn (se Vedlegg A for en oversikt over alle testledd). Eksempler på to av spørsmålene var «Jeg tror samtaler om og med barn kan bidra til å støtte pasienter i foreldrerollen», og «Jeg tror samtaler om og med barn vil gi viktig informasjon til familier om konsekvenser psykiske problemer hos foreldre kan ha for barna deres». Deltakerne ble bedt om å rangere svaret sitt på en fempunkts Likert-skala, fra «I svært liten grad» (1) til «I svært stor grad» (5). Skalaen ble beregnet som gjennomsnittsskåren av de fire testleddene, og Chronbachs alfa for skalaen var .91.

Holdninger og bekymringer. Det ble benyttet syv testledd rettet mot holdninger til å innlemme et fokus på pasientens barn i praksisen (for eksempel «vi bør tilby barna til pasienter informasjon og støtte som pårørende»). I tillegg omhandlet tre testledd bekymringer knyttet til å ha fokus på barn i behandlingen (for eksempel «det kan påvirke relasjonen negativt mellom behandlere og pasient/forelder dersom man tar opp foreldrerollen til pasienten»). Deltakerne ble bedt om å rangere svaret sitt på en fempunkts Likert-skala, fra «I svært liten grad» (1) til «I svært stor grad» (5). Se for øvrig Vedlegg A for en oversikt over testleddene som ble brukt til å måle Holdninger og Bekymringer.

Det ble gjennomført faktoranalyse for å redusere antall testledd. Den estimerte KMO-verdien var .88 og Bartlett's test av sferisitet var signifikant. PCA med varimax rotasjon avdekket to komponenter, hvor positive holdninger til fokus på pasienters barn ladet høyt på komponent 1, mens negative holdninger knyttet til bekymring for oppbrudd i behandling og forstyrrelse av foreldrerollen ladet sterkt på komponent 2. Dette er i tråd med tidligere funn for denne skalaen (Lauritzen et al., 2014, 2015). Det ble beregnet to skalaer basert på

gjennomsnittsskårene av testledd i de to komponentene. Skalaene ble navngitt Positive Holdninger og Bekymringer, og reliabilitetsanalysen beregnet Cronbachs alfa til å være .94 for Positive Holdninger og .79 for Bekymringer.

Prosedyre

Implementeringsprosessen. Etter lovendringene trådte i kraft i 2010, mottok sykehuset et rundskriv som informerte om endringer i Helsepersonelloven og Lov om spesialisthelsetjenestene (Helsedirektoratet, 2010). Barneansvarlige ble fordelt til alle avdelinger ved klinikken for psykisk helsevern. Prosessen med å implementere Kartleggingsskjemaet og Barneperspektivsamtalet i klinisk praksis ble så startet opp etter dette. VFB gjennomførte da fire kurs som varte i to dager, hvor alle de ansatte i psykisk helsevern for voksne ved sykehuset hadde mulighet til å delta. Kursene inkluderte opplæring i bruk av de nye intervensjonene, samt foredrag om den nye lovgivningen og risikoen barn av psykisk syke foreldre selv har for å utvikle psykiske vansker. Etter dette ble det utviklet kortere intensivkurs som varte i en dag, hvor sykehuset selv hadde ansvar for gjennomføring. Prosjektgruppen trakk seg i stor grad ut av det deltakende sykehuset i 2013. Sykehuset måtte da selv sørge for det systematiske arbeid omkring å få helsepersonell til å gjennomføre rutine i den daglige praksisen. Etter måletidspunktet for post-studien i 2013 utviklet prosjektgruppen en opplæringsmanual og holdt kurs med fire barneansvarlige i sykehuset. Hensikten var at de barneansvarlige med jevne mellomrom skulle holde interne kurs for øvrig helsepersonell i klinikken.

Datainnsamling. Datainnsamling ble gjennomført elektronisk over e-post gjennom questback på tre ulike måletidspunkt i en pre-, post- og oppfølgingsstudie. Spørreskjemaet ble sendt ut for første gang i 2010, andre gang i 2013 og siste i gang i 2015. Deltakerne mottok en e-post hvor de ble spurt om å besvare et elektronisk spørreskjema. Dersom man ikke besvarte

dette, genererte questback påminnelser om undersøkelsen etter to uker. Dette gjorde den maksimalt i tre intervaller.

Dataanalyser

Dataene ble eksportert fra Quest Back til SPSS. Alle statistiske analyser ble utført i IBM SPSS (versjon 24). Deskriptive analyser ble brukt for å undersøke demografiske karakteristikk i gruppen. Logistisk regresjon, t-test for uavhengige utvalg og en-veis ANOVA ble benyttet for å undersøke forskjeller mellom gruppene. Cohens d ble regnet ut for å uttrykke effektstørrelse. I henhold til Cohens kriterium, blir Cohens $d = .80$ ansett som en stor effekt, $d = .50$ ansett som en medium effekt og $d = .30$ ansett som en liten effekt (Cohen, 1988). For partiell η^2 blir .14 blir regnet som en stor effekt, .06 som en medium effekt og .01 anses som en liten effekt (Cohen, 1988). Det ble benyttet et signifikansnivå på $p = .05$ for alle analyser.

Resultater

Kartlegging og identifisering

Det var en signifikant økning i andelen deltakere som identifiserte pasienters barn mellom de tre måletidspunktene. Ved pre-test rapporterte 44 % av deltakerne at de hadde benyttet Kartleggingsskjemaet, mens det ved post-test var 66 % av deltakerne som rapporterte at de hadde gjennomført dette. Ved oppfølgings-testen rapporterte 72 % av deltakerne at de hadde gjennomført Kartleggingsskjemaet. Det var en signifikant forskjell mellom deltakere i de tre måletidspunktene $\chi^2(29.29), p = .000$. Logistisk regresjon ble gjennomført for å undersøke om de ulike måletidspunktene påvirket sannsynligheten for at de ansatte gjennomførte Kartleggingsskjemaet. Sannsynligheten for dette var signifikant høyere ved post-test enn det var ved pre-test, $OR = 2.43$. Det var også høyere sannsynlighet for at deltakerne ved oppfølgings-testen hadde gjennomført Kartleggingsskjema enn det var ved pre-testen, $OR = 3.21$. Konfidensintervallet mellom post-test og oppfølgings-test var

overlappende, noe som indikerer at det ikke var signifikant forskjell mellom disse to måletidspunktene. Se Tabell 2 for en oversikt.

Tabell 2

Logistisk regresjonsanalyse for bruk av Kartleggingsskjema mellom pre-, post og oppfølgingstesten.

Variabel	OR	95 % KI	p-verdi
Pre ^a			.000
Post	2.43	1.62-3.64	.000
Oppfølging	3.21	1.93-9.32	.000

Note. OR = odds ratio; KI = konfidensintervall.

Pre^a er referansegruppe.

Erfaring med familiesamtaler

For å se om helsepersonell hadde endret praksis når det gjaldt å støtte og følge opp barn av pasienter, undersøkte vi om det var forskjell i erfaring med familiesamtaler mellom de tre gruppene i pre-, post og oppfølgingstesten. Variansanalyse med pre-test, post-test og oppfølgings-test som faktor og erfaring med familiesamtaler som utfallsvariabel avdekket ingen signifikant forskjell $F(2, 497) = 1.114, p = .329$. Gjennomsnittsverdi og standardavvik for skårene er presentert i Tabell 3. Ved pre-test var det 20 % av de ansatte som rapporterte høy erfaring med familiesamtaler, ved post-test var det 23 %, og ved oppfølgings-test var 26 % som rapporterte høy erfaring med familiesamtaler.

Kunnskap, Positive holdninger, Bekymringer og Forventninger

Det ble gjennomført en-veis variansanalyse med mellomgruppe-målinger for å undersøke om deltakere i de tre gruppene for pre-, post og oppfølgingstest skåret forskjellig på utfallsvariablene Kunnskap, Positive holdninger, Bekymringer og Forventninger.

Gjennomsnittsverdi og standardavvik for målingene er presentert i Tabell 3. Det var en signifikant forskjell i gjennomsnittskåren for Positive holdninger mellom deltakerne i de tre gruppene $F(2, 486) = 6.525, p = .002$. En gjennomføring av Bonferroni korrigerert med

multiple sammenligninger viste forskjell mellom pre- og post-test. Effektstørrelsen målt gjennom partiell η^2 var 0.03, noe som representerer en svært liten effekt i henhold til Cohens kriterier for vurdering av effektstørrelser (Cohen, 1988). Gruppen ved oppfølgings-test var ikke signifikant forskjellig fra gruppene i pre- eller post-test.

Det ble også avdekket en signifikant forskjell i gjennomsnittskåren for Forventninger mellom deltakere i pre-, post- og oppfølgingsgruppen $F(2, 482) = 3.672, p = .026$. En gjennomføring av Bonferroni korrigert for multiple målinger viste at denne forskjellen var mellom pre- og post-test. Effektstørrelsen målt gjennom partiell η^2 var 0.01, noe som representerer en svært liten effekt i henhold til Cohens kriterier for vurdering av effektstørrelser (Cohen, 1988). Oppfølgingsgruppen var ikke signifikant forskjellig fra verken pre- eller postgruppen.

Tabell 3

En-veis variansanalyse av forskjeller i utfallsvariabler mellom pre-test, post-test og oppfølgingstest.

	Pre-test (<i>n</i> =203-215)		Post-test (<i>n</i> =176-182)		Oppfølgingstest (<i>n</i> =99-105)		<i>p</i> -verdi	Partiell η^2
	M	SD	M	SD	M	SD		
Familiesamtaler	2.70	1.09	2.86	0.94	2.79	1.03	0.329	0.00
Kunnskap	3.40	0.61	3.56	0.49	3.56	0.49	0.007	0.02
Forventninger	4.24	0.60	4.08	0.62	4.11	0.58	0.026	0.01
Positive holdninger	4.45	0.58	4.21	0.74	4.29	0.61	0.002	0.03
Bekymringer	2.38	0.74	2.48	0.74	2.53	0.76	0.187	0.01

Note. Tilpasset fra "Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents," av C. Lauritzen, C. Reedtz, K. T. M. van Doesum og M. Martinussen, 2014, *BMC Health Service Research*, 14, s. 58. Opphavsrett 2014 av Lauritzen et al., og BMC Health Service Research.

Det var også en signifikant forskjell i Kunnskap mellom deltakere i de tre gruppene for pre-, post- og oppfølgings-test, $F(2, 480) = 5.089, p = .007$. Post hoc sammenligner gjennom Bonferroni viste at gjennomsnittsskåren for gruppen i pre-test var signifikant forskjellig fra gjennomsnittsskårene for gruppene i post- og oppfølgings-testen. Effektstørrelsen målt

gjennom partiell η^2 var 0.02, noe som representerer en svært liten effekt i henhold til Cohens kriterier (Cohen, 1988). Det var ikke signifikant forskjell mellom gruppene i post- og oppfølgings-testen. Det var ingen signifikante forskjeller i rapporterte Bekymringer mellom deltakerne i pre-, post og oppfølgingsgruppene $F(2, 494) = 1.680, p = .187$.

Tabell 4

T-test for uavhengige utvalg av forskjeller i utfallsvariabler mellom ansatte som har og ikke har erfaring med familiesamtaler.

Utfallsvariabel	Ansatte som har erfaring med familiesamtaler (n=113)		Ansatte som ikke har erfaring med familiesamtaler (n=387)		t	p-verdi	Cohens <i>d</i>
	M	SD	M	SD			
Kunnskap	4.03	0.48	3.47	0.49	-10.68	.000	-0.97
Forventninger	4.21	0.49	4.14	0.63	-1.08	.278	-0.10
Positive holdninger	4.36	0.61	4.32	0.67	-.52	.605	-0.01
Bekymringer	2.43	0.68	2.45	0.76	-.35	.730	0.03

Note. Tilpasset fra "Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents," av C. Lauritzen, C. Reedtz, K. T. M. van Doesum og M. Martinussen, 2014, *BMC Health Service Research*, 14, s. 58. Opphavsrett 2014 av Lauritzen et al., og BMC Health Service Research.

Høy og lav erfaring med familiesamtaler

Videre ønsket vi å undersøke om det var forskjeller mellom ansatte som hadde høy og lav grad av erfaring med familiesamtaler, når det gjaldt Kunnskap, Positive holdninger, Bekymringer og Forventninger til utfall. I denne analysen ble testleddet «I hvilken grad har du erfaring med familiesamtaler?» tatt ut av skalaen for Kunnskap, og skalaen ble beregnet som gjennomsnittsskåren av de syv gjenværende testleddene. T-test for uavhengige utvalg viste en signifikant forskjell i Kunnskap mellom gruppen som hadde høy grad av erfaring og de som hadde lav grad av erfaring med familiesamtaler, $t(484) = -10.68, p = .000$, to-halet. Gjennomsnittsskårene for alle de avhengige variablene er presentert i Tabell 4. Effektstørrelsen

målt gjennom Cohens d var -0.97 , noe som indikerer en stor effekt i henhold til Cohens kriterier for vurdering av effektstørrelser (Cohen, 1988). Det var ikke signifikante forskjeller mellom de to gruppene for de andre avhengige variablene, det vil si Positive holdninger, Forventninger eller Bekymringer, $p > .05$.

Diskusjon

For å undersøke om de nye intervensjonene har blitt implementert i klinisk praksis i henhold til prosjektets intensjon, er det nødvendig å evaluere implementeringsprosessen fra det det nye lovverket trådte i kraft. Målsetningen ved denne oppfølgingsstudien var å undersøke om det har skjedd varige endringer av klinisk praksis når det gjelder å kartlegge og støtte barn av pasienter i avdelinger for psykisk helsevern for voksne ved sykehuset.

Våre funn indikerer at de største endringene skjedde de første årene etter lovbestemmelsene trådte i kraft og i det tidsrommet hvor aktiviteter for å implementere de nye intervensjonene var på sitt høyeste. Det var en signifikant økning av ansatte som rapporterte bruk av Kartleggingsskjemaet etter det ble implementert i 2010. Andelen som rapporterte bruk av skjemaet hadde steget fra 44 % ved pre-test til 66 % ved post-test i 2013. Det har så skjedd en mindre, ikke-signifikant økning frem til 2015, hvor 72 % av de ansatte rapporterte at de gjennomførte det obligatoriske skjemaet. Resultatene viser at 28 % av deltakerne rapporterer at de fortsatt ikke kartlegger pasienters barn i henhold til helseforetakets rutiner i 2015. Registrering og kartlegging er en helt sentral del av den nye lovgivningen, og resultatene viser at det ikke har vært noen statistisk signifikant økning i andelen deltakere som kartlegger barn av pasienter etter at prosjektet trakk seg ut i 2013.

En mulig årsak til den høye andelen deltakere som rapporterer at de ikke benytter Kartleggingsskjema, er at de heller velger å registrere pasienters barn i andre journaldokument (Reedtz, Mørch, & Lauritzen, 2015). Dersom dette er tilfelle vil det medføre en mindre systematisk dokumentering av pasienters barn enn ved bruk av

Kartleggingsskjemaet, og grad av journalført informasjon vil kunne variere mellom behandlere. Gjennomføring av Kartleggingsskjema kan i denne sammenheng anses som en kvalitetsindikator (Ruud et al., 2015), da den er i henhold til helseforetakets retningslinjer og gir en grundig gjennomgang av forhold som barnets navn og alder, i tillegg til avklaringer omkring pasientens omsorgsansvar.

Det er mulig at ansatte som er mer opptatt av barn som pårørende var mer tilbøyelige til å respondere på denne undersøkelsen enn ansatte som ikke er like opptatt av emnet (Korhonen et al., 2008; Lauritzen et al., 2014). Dersom dette er tilfelle, kan resultatene våre representere et utvalg ansatte som kartlegger barn av pasienter i høyere grad enn hva som er representativt for klinikken som helhet. Konsekvensen av dette vil i så fall være at helsepersonell ved det deltakende sykehuset gjennomfører Kartleggingsskjema i enda mindre grad enn hva våre resultater indikerer.

Det har vært en enda større utfordring knyttet til å implementere Barneperspektivsamtalet i den kliniske praksis til helsepersonell ved sykehuset. Resultatene indikerer at det ikke har vært noen signifikant økning i de ansattes erfaring med familiesamtaler siden implementeringsprosessen startet opp i 2010. Det var da 20 % av de ansatte som rapporterte at de hadde høy erfaring med familiesamtaler, mens det i 2013 var 23 % av deltakerne som oppgav det samme. I 2015 var det 26 % som rapporterte høy erfaring med disse samtalene. Det er mulig at familiesamtaler hadde en ulik betydning for de ansatte ved de to siste måletidspunktene enn det hadde ved pre-målingene. I 2010 hadde implementeringen av Barneperspektivsamtalet enda ikke startet opp, og det er derfor mulig at den rapporterte erfaringen med familiesamtaler hadde en mer generell betydning som ikke nødvendigvis var knyttet til denne spesifikke intervensjonen. Man skulle likevel forvente at dersom flere hadde begynt å gjennomføre Barneperspektivsamtalet etter implementeringen startet opp i 2010, ville også deltakerne rapportert høyere grad av erfaring med

familiesamtaler i 2015, noe som ikke synes å være tilfellet. Vi anser derfor ikke ulike oppfatninger av hva familiesamtaler er som en plausibel forklaring på at det fortsatt er rundt 75 % av de ansatte som rapporterer lav grad av erfaring knyttet til å samtale med pasientens familier, selv fem år etter den nye loven påla helsepersonell å støtte og ivareta informasjonsbehovet hos barn av psykisk syke pasienter.

Det er likevel støtte i funnene våre for at de ansatte verdsetter et barnefokus i den kliniske praksisen. Deltakerne hadde jevnt over høy grad av positive holdninger til å inkludere barna i behandling av psykisk syke foreldre. Deltakerne var imidlertid mest positive til å inkludere barnets perspektiv i behandlingen i 2010, samme året som den nye loven trådte i kraft. Deltakerne rapporterte lavere grad av positive holdninger i 2013, mens det ikke var en endring mellom målingene i 2013 og 2015. Samlet sett rapporterte deltakerne en høy grad av enighet i at helsepersonell bør identifisere barn av pasienter, tilby dem informasjon og støtte, samt ta initiativ til dialog om foreldrerollen overfor pasienter som har barn. I forhold til ansattes bekymringer knyttet til det å ha et fokus på pasienters barn i behandlingen, viste resultatene ingen endring mellom de tre måletidspunktene. Deltakerne var jevnt over lite bekymret for at det å snakke med pasienter om barna deres og foreldrerollen kan skade pasient-terapeut relasjonen. Den positive innstillingen til å inkludere pasienters barn i behandlingen, samt den lave graden av bekymring, kan tyde på at det foreligger en viss grad av vilje til endring blant de ansatte (Weiner, 2009). Til tross for dette er det fortsatt over 25 % av deltakerne som rapporterer at de ikke kartlegger om pasienter har barn ved bruk av Kartleggings skjema, og over 75 % rapporterer lav grad av erfaring med bruk av familiesamtaler ved oppfølgingstidspunktet i 2015. Resultatene indikerer altså at en betydelig del av de ansatte ikke har tatt i bruk de nye rutinene i klinisk praksis, til tross for å være positivt innstilt til å inkludere et fokus på pasientens barn. Dette er i tråd med funn fra pre- og poststudien i prosjektet (Lauritzen et al., 2014; 2015), samt tidligere forskning (Maybery &

Reupert, 2006; Slack & Webber, 2008), som indikerer at positive holdninger hos de ansatte ikke er tilstrekkelig for at de skal innlemme et fokus på pasientenes barn i behandlingen.

Vi undersøkte i tillegg om det har skjedd en endring i de ansattes kunnskap om barn som pårørende og relevant lovgivning siden implementeringen av de nye intervensjonene startet opp. Resultatene viser en økning i deltakernes egenrapporterte kunnskapsnivå fra implementeringsprosessen startet i 2010, til den nådde sitt høyeste aktivitetsnivå i 2013. Det var ingen endring i deltakernes kunnskapsnivå fra 2013 til 2015, noe som indikerer at de ansattes kunnskap om barn som pårørende og lovgivning har holdt seg stabil etter prosjektet trakk seg ut av sykehuset i 2013. Det er imidlertid mulig at den rapporterte økningen av kunnskap mellom måletidspunktene for pre- og post-testen ikke har stor betydning i den kliniske praksis. Selv om det var en statistisk signifikant endring mellom måletidspunktene i 2010 og 2013, viste utregning av effektstørrelsen at denne var tilnærmet ubetydelig.

Deltakernes forventninger til at de nye intervensjonene ville føre til positive utfall for pasienters barn var høyest i 2010, samme år som den nye loven trådte i kraft. Imidlertid hadde deltakerne noe lavere forventninger om positive utfall i 2013. Lauritzen og kolleger (2014) foreslo at utfordringer i arbeidet med å gjennomføre de nye rutinene i den daglige praksisen kunne ha bidratt til at de ansatte hadde moderert forventningene til at kartlegging og familiesamtaler ville føre til positive utfall for barna. I forhold til våre data ble det ikke funnet noen endring i de ansattes forventninger til positive utfall mellom måletidspunktet i 2013 og 2015. Dersom det er slik at ansattes forventninger påvirkes av vansker med å utføre intervensjonene, kan dette funnet ses i sammenheng med at det heller ikke har vært noen signifikant endring i kartlegging og erfaringer med familiesamtaler mellom disse to måletidspunktene. Små effektstørrelser indikerer imidlertid at forskjellene kan ha liten betydning i den kliniske hverdagen, noe som også påpekes i post-studien (Lauritzen et al., 2014).

Til sist ønsket vi å undersøke om det var forskjeller mellom deltakere som hadde høy og lav grad av erfaring med familiesamtaler når det gjaldt Forventning til utfall, Bekymringer, Kunnskap eller Positive holdninger. Resultatene viste ingen forskjell mellom de to gruppene verken når det gjaldt Forventninger, Bekymringer eller Positive holdninger. Det viste seg at både de med høy og lav erfaring med familiesamtaler var svært positive til å ha et fokus på pasientens barn i behandlingen. Vi fant imidlertid en forskjell i rapportert kunnskapsnivå mellom de to gruppene. Ansatte som hadde høyere kunnskapsnivå om barn som pårørende rapporterte også høyere erfaring med familiesamtaler enn de med lavere kunnskap. Dette kan ses i sammenheng med funn gjort i målingene gjennomført i 2010 av Lauritzen og kolleger (2015). Resultatene fra den tidligere studien viste at ansatte som rapporterte at de identifiserte barn av pasienter også hadde høyere kunnskap om barn som pårørende og lovgivningen enn de som ikke identifiserte barna på dette måletidspunktet. Begge disse funnene er i tråd med resultater fra andre studier som har vist at evne til å støtte pasienter i foreldrerollen økte gjennom helsepersonells personlige erfaringer, yrkeserfaringer og utdanning på dette området (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2008). Motsatt har studier vist at mangel på kunnskap og ferdigheter kan være et hinder for implementeringen av et barnefokus i klinisk praksis (Maybery & Reupert, 2006).

Oppsummert viser våre resultater at en av fire helsepersonell i psykisk helsevern for voksne ved sykehuset ikke kartlegger og registrerer barn av pasienter. Dette er konsistent med funn fra tidligere studier ved dette sykehuset og en multisenterstudie som indikerte mangelfull registrering av pasienters barn i den elektroniske pasientjournalen (Reedtz et al., 2015; Ruud et al., 2015). Helsepersonelloven § 10a stadfester at helsepersonell skal undersøke om psykisk syke pasienter har mindreårige barn. Dersom barna ikke blir kartlagt og identifisert, er det rimelig å anta at videre tiltak og oppfølging stopper opp. Disse barna forblir mest sannsynlig uoppdagede. Når disse barna ikke blir identifisert og deres behov ikke blir kartlagt, forblir

helsepersonell og hjelpeapparatet uvitende om deres situasjon og de fortsetter å leve i risiko for selv å utvikle psykisk sykdom.

Videre viser våre resultater at tre av fire helsepersonell har lite erfaring med gjennomføring av samtaler med pasientens barn og familie. Dersom behandler ikke tar initiativ til dialog om foreldrerollen eller familiesituasjonen med pasienten, er det en sannsynlighet for at barnets situasjon forblir uavklart. Det er også en samtale hvor behandler sammen med familien skal avdekke om barna kan ha behov for videre oppfølging, og legge til rette for kontakt med andre hjelpeinstanser. Når helsepersonell ikke gjennomfører disse samtale, bortfaller viktige muligheter for barna og familien som helhet.

Noe av årsaken til at implementeringen av de nye intervensjonene har vist seg å være utfordrende ved sykehuset, kan være knyttet til mangel på kunnskap hos ansatte. Funnene våre viser at de med høyere kunnskapsnivå i større grad gjennomfører samtaler med pasienters barn og familie. I likhet med tidligere studier indikerer våre resultater at det å styrke kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell kan legge til rette for inkludering av barnets perspektiv i behandlingen av psykisk syke foreldre (Korhonen et al., 2008; Maybery & Reupert, 2006). Mangel på kunnskap kan forsinke implementeringen av nye intervensjoner som kan være viktig for å forebygge og redusere risiko for sykdomsutvikling hos disse barna. Eksempelvis viser resultater fra en norsk studie at 40 % av de ansatte i psykisk helsevern for voksne ikke hadde deltatt i opplæring knyttet til praktisering av de nye lovbestemmelsene (Ruud et al., 2015). Gjennom opplæring kan man øke helsepersonells kunnskap og ferdigheter knyttet til arbeidet rundt barn som pårørende. Ved å inkludere kunnskap om barn og familiarbeid i utdanningsløpet til de ulike helseprofesjonene, kan man bidra til å gi fremtidig helsepersonell et utvidet og solid kunnskapsgrunnlag som øker deres sensitivitet for barn av pasienter når de senere kommer ut i arbeidslivet (Lauritzen et al., 2014; Ruud et al., 2015).

I tillegg til mangel på kunnskap og opplæring, er det også andre barrierer som kan bidra til å forsinke prosessen med å implementere de nye intervensjonene. Noen av disse er særlig knyttet til implementering av Barneperspektivsamtalet. Denne intervensjonen er et tidkrevende tiltak både for behandleren og pasienten selv. Mangel på tid og ressurser er en av de viktigste hindringene på organisasjonsnivå (Korhonen et al., 2008). I tillegg dekker det deltakende sykehuset et stort geografisk område, og det kan oppfattes som ekstra krevende å organisere et møte med pasientens familie dersom de bor langt unna klinikken. Reisen kan også medføre relativt store kostnader for pasienten og familien, og det er i utgangspunktet ikke avsatt ressurser til dette. Det arbeides imidlertid med at barn som pårørende skal få dekket utgifter for reiser til sykehuset (Christophersen, 2017).

De situasjonelle forholdene knyttet til lange avstander og relativt høye reisekostnader for familien kan bidra til å skape ytterligere utfordringer med å implementere Barneperspektivsamtalet. Dette kan likevel ikke forklare manglende kartlegging og registrering av pasienters barn, og heller ikke en motvilje til å tematisere barn og pasientens foreldrerolle i behandlingen (Lauritzen et al., 2015).

Samlet indikerer resultatene at innføring av nye intervensjoner for å støtte og ivareta barn av psykisk syke pasienter er en tidkrevende prosess i det deltakende sykehuset. De største endringene ble gjort de tre første årene etter lovgivningen kom, og var i hovedsak knyttet til en signifikant økning i ansattes gjennomføring av Kartleggingsskjema. Funnene indikerer at det er mangelfull kartlegging og oppfølging av barn av psykisk syke pasienter fem år etter lovgivning påla helsepersonell å gjøre dette. Konsekvensene av dette kan være at mindreårige barn av psykisk syke pasienter ikke mottar de tjenestene som de har lovfestet krav på. En klinisk implikasjon av dette kan være personer som har vært barn av psykisk syke pasienter saksøker helseforetaket fordi de ikke har fått innfridd sine rettigheter (Reedtz et al.,

2015). En annen klinisk implikasjon er at risikoen barn av psykisk syke foreldre lever med, kan føre til at de selv utvikler psykiske vansker i løpet av livet.

Forslag til tiltak

Et styrket samarbeid mellom voksen- og barnetjenester kan bidra til å fremme ivaretagelse av pasienters barn og familier (Ruud et al., 2015). I tillegg er tverrfaglig samarbeid mellom ulike helsetjenester viktig i arbeidet med å tilby støtte til barn som pårørende (Lauritzen, 2013; Ruud et al., 2015). Det er ikke uvanlig at nye intervensjoner må endres for å tilpasse seg praksisen de skal implementeres i (Meyers et al., 2012), og det er mulig at man må tenke nytt omkring gjennomføringen av familiesamtaler i det deltakende sykehuset. Ved å engasjere nøkkelpersonell, i litteraturen ofte referert til som ”champions”, kan det skapes betingelser som fremmer implementeringsprosessen (André, Ringdal, Loge, Rannestad, & Kaasa, 2008; Meyers et al., 2012). Disse innehar høy kunnskap og motivasjon, samt evnen til å engasjere resten av arbeidsstaben (Meyers et al., 2012). Det har også blitt vist at engasjering av en gruppe champions kan være hensiktsmessig når man implementerer nye rutiner i spesialiserte sykehusavdelinger (André et al., 2008.)

På bakgrunn av denne kunnskapen foreslår vi å sette sammen et team bestående av ulike helseprofesjoner med bakgrunn fra både barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) tilknyttet de samme psykiatriske sentrene. Et liknende tiltak har vist seg å være en lovende løsning ved et annet, mindre sykehus i Nord-Norge (Christophersen, 2016). Barneansvarlige innehar høy kunnskap om barn av psykisk syke pasienter og relevant lovgivningen (Lauritzen & Reedtz, 2016), og det kan derfor være naturlig at også de inngår i et slikt team.

Vi ser for oss at et slikt team vil kunne være ansvarlig for at Barneperspektivsamtalesen blir gjennomført med alle familier der barn er pårørende. Dette kan enten skje ved at medlemmer fra teamet gjennomfører samtalen, eller at de støtter behandlingsansvarlig ved

gjennomføring. Andre sentrale oppgaver kan være gjennomføring av internundervisning og veiledning av annet personale i arbeidet med barn av psykisk syke pasienter. Gjennom å engasjere medlemmene i dette teamet som champions, tror vi de kan bidra til å løse viktige barrierer knyttet til helsepersonells kunnskap, ferdigheter og holdninger knyttet til å ivareta barn av psykisk syke pasienter. Vi tror videre at tiltaket kan bidra til å øke ansattes samlede tro på sykehusorganisasjonens kapasitet til å implementere de nye intervensjonene, og gjennom dette fremme vilje til endring.

Betingelser for at arbeidet omkring barn som pårørende skal lykkes, krever at tiltakene er forankret på høyt nok nivå i organisasjonen (Ruud et al., 2015). I tillegg har en rekke studier indikert at det er nødvendig å bevilge tilstrekkelig med tid og ressurser for at helsepersonell skal kunne gjennomføre oppgavene på en god måte (Korhonen et al., 2008; Lauritzen & Reedt, 2016; Lauritzen et al., 2014b; Ruud et al., 2015). Helsepersonell med særskilt ansvar for arbeidet rundt barn som pårørende må også gis reell innflytelse i den kliniske hverdag (Lauritzen & Reedt, 2016; Ruud et al., 2015). Vi antar at de samme betingelsene må være tilstede for at et team skal kunne være vellykket i sykehusorganisasjonen.

Når det gjelder identifisering og kartlegging av pasienters barn, mener vi det vil være naturlig at dette fortsatt skal være behandlerens ansvar, slik i som det gjøres i henhold til eksisterende rutiner. Behandleren skal gjennomføre Kartleggingskjema, registrere mindreårige barn i den elektroniske pasientjournal, informere pasienten om familiesamtalen og tilby intervensjonen til pasienten. Mulige tiltak for å øke identifisering og registrering av pasienters barn kan være å gi tilstrekkelig opplæring i journalføring til helsepersonell (Ruud et al., 2015), og innføre registrering av pasienters barn som kvalitetsindikator for sykehusets tjeneste (Reedt et al., 2015).

Konklusjon

Resultatene våre viser at implementeringen av nye rutiner for å kartlegge og ivareta barn som pårørende i psykisk helsevern for voksne er en tidkrevende prosess. Fem år etter lovendringen trådte i kraft og implementeringsprosessen startet opp ved sykehuset, er det fortsatt en av fire ansatte som rapporterer at de ikke registrerer barn i henhold til helseforetakets rutiner. Videre rapporterer tre av fire ansatte lite erfaring med familiesamtaler. Våre funn indikerer at mangel på kunnskap kan utgjøre en viktig hindring for at helsepersonell skal ta i bruk nye intervensjoner for å ivareta behovet til barn av psykisk syke pasienter. Vi har derfor diskutert og argumentert for tiltak som retter seg mot å øke kunnskap og ferdigheter knyttet til arbeid med barn som pårørende.

Begrensninger ved studien

En sentral begrensning ved denne studien var knyttet til den relativt lave responsraten på undersøkelsen. Spesielt gjelder dette for oppfølgingstidspunktet, hvor det forelå responsraten utgjorde 24 %. Dette kan for eksempel påvirke resultatene dersom beslutningen om å delta på undersøkelsen er preget av helsepersonells holdninger. Dersom for eksempel ansatte som velger å besvare undersøkelsen i utgangspunktet hadde høyere grad av positive holdninger til å implementere et fokus på pasienters barn i behandlingen, kan dette ha resultert i at artikkelen presenterer høyere positive holdninger til temaet enn hva som er representativt for de ansatte klinikken.

Majoriteten av deltakeren er kvinner ved alle tre måletidspunkt. Dersom det er forskjeller mellom kjønn når det gjelder gjennomføring av kartlegging eller familieresultater, kan dette ha forårsaket en skjevhet i resultatene. Det samme gjelder dersom det er forskjell mellom kjønn når i holdninger, bekymringer, kunnskap og forventning til utfall. Ved pre-studien av prosjektet (Lauritzen et al., 2015) ble det derfor gjennomført en analyse fordeling av kjønn i hele personalgruppen ved klinikkene for psykisk helsevern. Andelen menn utgjorde

da 29 %, som er litt høyere enn andelen menn ved pre- (24 %), post- (27 %) og oppfølgingsstudien (25 %).

Studien bygger utelukkende på mål hentet fra selvrapporteringer når det gjaldt Kunnskap, Holdninger og Forventninger til utfall, i tillegg til gjennomføring av Kartleggingsskjema og Barneperspektivsamtalet. Det er mulig at dette nødvendigvis ikke er representativt for hvordan rutinene gjennomføres i klinikken. Det er derfor blitt gjennomført en studie hvor det ble inkludert objektive mål hentet fra den elektroniske journaldata når det gjaldt gjennomføring av Kartleggingsskjemaet (Reedtz et al., 2015).

En annen begrensning knytter seg til mulige svakheter i hvordan testleddet «I hvilken grad har du erfaring med familiesamtaler?» blir formulert i spørreskjemaet. I vår studie er vi i hovedsak interessert i å undersøke om de deltakerne hadde tatt i bruk den nye intervensjonen Barneperspektivsamtalet. Det er mulig at deltakeren tolker erfaring med familiesamtaler i en større og videre sammenheng, fremfor å knytte spørsmålet til den spesifikke intervensjonen som ble implementert i 2010.

Denne studien var ikke designet for å undersøke hvilken effekt de nye intervensjonene har for psykisk syke pasienter som også er foreldre og deres barn. Et forslag til videre forskning kan være å gjennomføre intervensjonsstudier som søker å avklare hvilken effekt fokus på pasienters barn kan ha for både pasientens tilfriskningsprosess og reduisering av barnas risiko for selv å utvikle psykisk sykdom.

Referanser

- Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn av psykisk syke*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.
- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry*, *159*(7), 1235–1237. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1235>
- André, B., Ringdal, G. I., Loge, J. H., Rannestad, T., & Kaasa, S. (2008). The importance of key personnel and active management for successful implementation of computer-based technology in palliative care: results from a qualitative study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, *26*(4), 183–189. <https://doi.org/10.1097/01.NCN.0000304802.00628.70>
- Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Development and psychopathology*, *20*(1), 55-77.
- Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of developmental & behavioral pediatrics*, *21*(5), 356-370.
- Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Staley, J., & Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: a longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(4), 723–730. <https://doi.org/10.1097/00004583-199307000-00004>
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. G., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, *21*(4), 703–713. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.703>

- Biebel, K., Nicholson, J., Williams, V., & Hinden, B. R. (2004). The responsiveness of state mental health authorities to parents with mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 32(1), 31–48.
<https://doi.org/10.1023/B:APIH.0000039661.54974.ce>
- Christophersen, G. (2016). Barna viktigst i Barnas Time. Hentet 24. april 2017, fra <http://nyheter.barnsbeste.no/artikkel/barna-viktigst-i-barnas-time.html>
- Christophersen, G. (2017). Vil ha ny utredning om reisestøtte til barn som pårørende. Hentet 1 mai, 2017, fra <http://nyheter.barnsbeste.no/artikkel/vil-ha-ny-utredning-om-reisestotte-til-barn-som-parorende.html>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowling, V., & McGorry, P. D. (2013). Parental mental illness is a family matter. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), 5.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50–76. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.1.50>
- Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders, M. R., & Shapiro, C. J. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 493–501. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.002>
- Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(2), 50–58. <https://doi.org/10.5172/jamh.3.2.50>
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 107–135. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401>
- Goodman, S. H., Adamson, L. B., Riniti, J., & Cole, S. (1994). Mothers' expressed attitudes: associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33(9), 1265–1274.

<https://doi.org/10.1097/00004583-199411000-00007>

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D.

(2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review.

Clinical Child and Family Psychology Review, 14(1), 1–27.

<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. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.

<https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Haukø, B. H., & Stamnes, J. H. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien*, 97(11),

32–35. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4220sykepleieres2009.0084>

Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo:

Abstrakt forlag.

Hay, D. F., & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on

children's intelligence: A critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human*

Development, 25(3), 165–181. <https://doi.org/10.1007/BF02251301>

Helse og omsorgsdepartementet (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på*

rett sted – til rett tid. (St.meld. nr. 47). Oslo: Departementenes servicesenter.

Helse og omsorgsdepartementet (2010). *Om lov om endringer i helsepersonelloven og*

helseregisterloven (Ot.prp. nr. 25). Oslo: Departementenes servicesenter.

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende. Mor eller far er syk*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. Lov 19 juni 2009 nr. 70. *Helsepersonells plikt til å bidra til å*

ivareta mindreårige barn som pårørende.

Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and

preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 74(6), 1017–1026. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1017>

Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(7), 693-695.

Hosman, C. M. H., van Doesum, K. T. M., & van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250–263.

Hwa-Froelich, D. A., Loveland Cook, C. A., & Flick, L. H. (2008). Maternal sensitivity and communication styles: mothers with Depression. *Journal of Early Intervention*, 31(1), 44–66. <https://doi.org/10.1177/1053815108324754>

Jaenicke, C., Hammen, C., Zupan, B., Hiroto, D., Gordon, D., Adrian, C., & Burge, D. (1987). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 559–572. <https://doi.org/10.1007/BF00917241>

Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055–1080.
<https://doi.org/10.5465/AMR.1996.9704071863>

Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2008). Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 499–508.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02008.x>

Kowalenko, N. M., Mares, S. P., Newman, L. K., Williams, A. E. S., Powrie, R. M., & van Doesum, K. T. (2012). Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness. *Medical Journal of Australia*, 199(3), 14–17.
<https://doi.org/10.5694/mja11.11285>

- Lauritzen, C. (2013). *Implementing interventions in adult mental health services to identify and support children of mentally ill parents*. Dissertation for the degree of Doctor Philosophiae, University of Tromsø, Norway.
- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2013). Identifying and supporting children of psychiatric patients: exploring the challenges of implementing new routines. *J Ment Health Pract*, *16*, 12-18.
- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2016). Child responsible personnel in adult mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, *10*, 64.
<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0098-y>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., van Doesum, K. T., & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, *14*, 58. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., van Doesum, K. T., & Martinussen, M. (2015). Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(4), 864–871. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9895-y>
- Lilleeng, S., Ose, S. O., Bremnes, R., Pedersen, P. B., Hatling, T. (2009a). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2007*. SINTEF Rapport 1/09.
- Lilleeng, S., Ose, S. O., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I., & Kalseth, J. (2009b). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008*. SINTEF Rapport 3/09.
- Lov om spesialisthelsetjenesten. Lov 1 jan 2010 nr. 70. § 3.4 Om barneansvarlig personell.
- Lov om spesialisthelsetjenesten. Lov 15 juni 1999 nr. 93. § 1-1. Lovens formål.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(12), 1367-1374.

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var.. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M., & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(7), 1083–1101. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb01775.x>

Maybery, D. J., & Reupert, A. E. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 657–664. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01865.x>

Maybery, D. J., & Reupert, A. E. (2009a). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784–791. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>

Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2009b). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *The Psychiatrist*, 33(1), 22–26. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018861>

Maybery, D. J., Goodyear, M., & Reupert, A. E. (2012). The family-focused mental health practice questionnaire. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 135–144. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.09.001>

Maybery, D. J., Goodyear, M., Reupert, A. E., & Grant, A. (2016). Worker, workplace or families: What influences family focused practices in adult mental health? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3–4), 163–171. <https://doi.org/10.1111/jpm.12294>

- Meyers, D. C., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J. P., & Wright, A. (2012). Practical implementation science: developing and piloting the quality implementation tool. *American Journal of Community Psychology*, *50*(3–4), 481–496.
<https://doi.org/10.1007/s10464-012-9521-y>
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*(9), 904–912. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.904>
- Muñoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, *67*(4), 285–295. <https://doi.org/10.1037/a0027666>
- Orvaschel, H., Walsh-Allis, G., & Ye, W. (1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *16*(1), 17–28.
<https://doi.org/10.1007/BF00910497>
- Pihkala H., Sandlund M. & Cederstrom A. (2012) Children in Beardslee's family intervention: relieved by understanding of parental mental illness. *International Journal of Social Psychiatry* *58*, 623–628.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2004). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *FOCUS*, *2*(1), 78–94. <https://doi.org/10.1176/foc.2.1.78>
- Reedtz, C., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, *52*(2), 131–137.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00854.x>
- 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 healthcare in Northern Norway. *BMJ Open*, 2(3).

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000709>

Reedtz, C., Mørch, L., & Lauritzen, C. (2015). Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(1), 36–45.

Reupert, A. E., & Maybery, D. J., (2007). Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 362–369. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.3.362>

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14(4), 853–880. <https://doi.org/10.1017/S0033291700019838>

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, A. K., Hellman, A., Hilsen, M., ... Weimand, B. M. (2015). Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie. Rapport, Akershus Universitetssykehus.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple p-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624–640. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.4.624>

Saxe, L., Cross, T., & Silverman, N. (1988). Children's mental health: The gap between what we know and what we do. *American Psychologist*, 43(10), 800–807. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.10.800>

Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018>

- Slack, K., & Webber, M. (2008). Do we care? Adult mental health professionals' attitudes towards supporting service users' children. *Child & Family Social Work, 13*(1), 72–79.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser. Hentet fra <http://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/>
- van Doesum, K. T., Hosman, C. M. H., & Riksen-Walraven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal, 26*(2), 157–176. <https://doi.org/10.1002/imhj.20037>
- van Doesum, K. T., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., & Hoefnagels, C. (2007). Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(6), 747–756. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318040b272>
- van Doesum, K. T., & Koster, C. (2008). KOPP Praten met ouders kinderen: Handleiding preventieve huisbezoeken voor ouders met psychiatrische problemen en hun kinderen (manual child talks). *Deventer, the Netherlands: Dimence, Community Mental Health Center.*
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science, 4*, 67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 1001–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>
- Wiltsey-Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature

and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7, 17.

<https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>

World Medical Association. (2008). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet 24. april 2017, fra

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Vedlegg A

Spørreskjema

Vedlegg C viser deler av spørreskjemaet som deltakerne mottok over e-post gjennom questback (www.questback.com) i 2010, 2013 og 2015. Vedlegget inneholder bare en oversikt over testleddene som ble inkludert i analysene for pre-, post- og oppfølgingstesten ved denne studien.

Stillingstittel

Stillingstittel:	Kryss av
Miljøterapeut	
Miljøarbeider	
Lege	
Hjelpepleier	
Psykolog	
Sykepleier	
Fagkonsulent	
Vernepleier	
Sosionom	
Ergoterapeut	
Annet	
Ikke spesifisert	

Alder

	30 eller yngre	31-40	41-50	51-60	Over 60
Hvor gammel er du?					

Kjønn

	Mann	Kvinne
Kjønn		

Kartlegging av barn som pårørende

Kryss av for om:	Ja	Nei
Har du gjennomført kartleggingsamtale med pasient som har mindreårige barn???		
Registrerer du på nåværende tidspunkt hvorvidt pasienter du kommer i kontakt med har barn?		
Registrerer du på nåværende tidspunkt hvor mange barn de har?		
Registrerer du på nåværende tidspunkt hvor gamle barna er?		
Registrerer du på nåværende tidspunkt eventuelle støttetiltak for ungene (i barnehage, skole, BUP eller via barnevernet)		

Kunnskap om barn som pårørende og lovgivning

Vi ber deg ta stilling til:	Svært liten grad	Liten	Verken eller	Stor	Svært stor
I hvilken grad har du kunnskaper om psykiske lidelser og konsekvenser slike lidelser kan ha for rollen som forelder?					
I hvilken grad kjenner du det nye lovverket om barns rettigheter som pårørende?					
I hvilken grad har du mottatt opplæring i ny lovgiving?					
I hvilken grad har du kunnskaper om hvilke konsekvenser psykiske lidelser kan ha for barn som pårørende?					
Hvordan vil du beskrive dine kunnskaper om barns normale utvikling og behov?					

Hvordan vil du beskrive dine kunnskaper om hva som kan være forebyggende i forhold til barn og unges psykiske helse?					
I hvilken grad har du kompetanse for å ivareta behov hos barn som er pårørende?					
Hvordan vil du beskrive dine kunnskaper om beskyttelsesfaktorer/resiliens hos barn?					
I hvilken grad har du erfaring med familiesamtaler?					

Holdninger og bekymringer

I hvilken grad:	Sterkt uenig	uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Sterkt enig
Det kan påvirke relasjonen negativt mellom behandlere og pasient/forelder dersom man tar opp foreldrerollen til pasienten?					
Det kan påvirke pasientens familieliv negativt dersom man tar opp foreldrerollen til pasienten i behandlingen?					
Det er vanskelig å ta opp problemer i foreldrerollen til pasienter dersom pasienten selv ikke har bedt om hjelp til dette.					
Vi bør identifisere om våre pasienter har barn					
Vi bør tilby pasienter som er foreldre støtte og tiltak i forhold til foreldrerollen					

Vi bør tilby barna til pasienter informasjon og støtte som pårørende					
Vi bør ta initiativ til dialog om forelderrollen overfor pasienter som har barn					
Vi bør ta initiativ til kontakt mellom pasienter/foreldre og hjelpeinstanser i hjemkommunen					
Vi bør søke samarbeid med andre hjelpeinstanser som kan støtte familien					
Helsepersonell bør melde bekymring til barneverntjenesten i tilfeller der det er usikkert om barns behov ivaretas					

Forventninger til positive utfall

	I svært liten grad	I liten grad	Nøytral	I stor grad	I svært stor grad
Jeg tror samtaler om og med barn kan være med på å bedre livssituasjonen til barn som er pårørende					
Jeg tror samtaler om og med barn kan bidra til at barn som er pårørende i større grad vil få tilbud om ytterligere hjelp og støtte					
Jeg tror samtaler om og med barn kan bidra til å støtte pasienter i forelderrollen					
Jeg tror samtaler om og med barn vil gi viktig informasjon til familier om konsekvenser psykiske problemer hos foreldre kan ha for barna deres					