

**Vitenskapelig artikkel:**

**Tittel:** Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal?

**Antall ord i artikkel:** 3023 (uten referanser og figurer).

**Antall figurer i artikkel:** 2, inkludert i hovedfil, sist i dokumentet.

**Forkortet tittel:** Barn med psykisk syke foreldre.

**Forfattere:** Charlotte Reedtz<sup>1</sup>, Lisbeth Mørch<sup>1, 2</sup> og Camilla Lauritzen<sup>1</sup>

**Arbeidssted:** <sup>1</sup>Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord),

Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø og

<sup>2</sup>Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

**Korresponderende forfatter:** Charlotte Reedtz, Cand. Psychol., Dr. Philos, førsteamanuensis ved RKBU Nord, Universitetet i Tromsø, Gimleveien 78, 9037 Tromsø. E-post: [charlotte.reedtz@uit.no](mailto:charlotte.reedtz@uit.no)

**Øvrige forfattere:** Lisbeth Mørch, kontorleder i Allmennpsykiatrisk klinikk, avdeling Nord, ved UNN. E-post: [lisbeth.morch@unn.no](mailto:lisbeth.morch@unn.no)

Camilla Lauritzen, lærer, cand. pedagog, førsteamanuensis ved RKBU Nord, Universitetet i Tromsø.

E-post: [camilla.lauritzen@uit.no](mailto:camilla.lauritzen@uit.no)

## Norsk sammendrag

I følge nye norske lover skal helsepersonell i psykisk helsevern for voksne registrere, kartlegge og ivareta psykiatriske pasienters mindreårige barn. Dette fordi barn av foreldre med psykiske lidelser er en stor risikogruppe i samfunnet og svært mange av disse barna er i risiko for å utvikle psykiske lidelser selv. Formålet med denne studien er å evaluere i hvilken grad helsepersonell registrerer barn av psykisk syke pasienter i elektronisk pasientjournaler i tråd med helsepersonelloven. Moderne implementeringsteori er et viktig verktøy for å forstå og støtte endringer i klinisk praksis innen psykisk helsevern for voksne og benyttes som rammeverk i artikkelen. Deltakerne i studien er alle pasienter i en allmennpsykiatrisk klinikk i Nord-Norge pr. januar 2013. Svært få pasienter i klinikken var registrert med mindreårige barn. Med nåværende takt i registreringer av pasienters barn vil det ta 19 år før pasienters barn blir registrert i elektronisk pasientjournaler slik det nye lovverket forutsetter. De ønskede endringer i klinisk praksis viser seg vanskelige å implementere. Det kan være ulike årsaker til dette og forfatterne fremmer flere forslag til hva som må gjøres for at endringene i klinisk praksis skal skje raskere.

*Nøkkelord:* Barn som pårørende, forebygging av psykiske lidelser, endring av klinisk praksis.

### English abstract

Are children of mentally ill patients identified in electronic patient journals according to health legislation?

According to new Norwegian laws employees in mental healthcare for adults are obligated to assess patient's children and to act on their children's needs. Modern implementation theory is an important tool to understand and reinforce change of clinical practice in this field. In light of this, the purpose of the present study is to evaluate to what extent professionals register children of mentally ill parents in the electronically patient journals. The participants in the study were all patients admitted to a general Psychiatric Clinic in Northern Norway in January 2013. Very few patients are registered with minor children. With the current speed of implementation it will take approximately 19 years before patients children are identified the way they should according to the new laws. The implementation of new clinical practice to safeguard children of mentally ill patients is coming along very slowly. Different suggestions of how to speed up the implementation process are discussed.

*Keywords:* Children of mentally ill parents, prevention of mental illness, change of clinical practice.

## Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal?

I Norge har 410000 barn (37,3 % av alle barn) en eller begge foreldre med en eller flere psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Dersom man legger sammen tallene for foreldre med psykiske lidelser og de som misbruker alkohol viser beregningen at totalt 40,5 % barn under 18 tilhører denne gruppen. Dette har Folkehelseinstituttet beregnet basert på forekomstundersøkelser av hvor mange voksne som kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose eller alkoholavhengighet det siste året. Forskere mener den statistiske usikkerheten ved beregningene er relativt liten. Tallene er justert for det faktum at personer med diagnostiserbare psykiske lidelser får barn i mindre omfang enn friske personer og at de oftere finner partnere med diagnostiserbare psykiske lidelser. Beregningene er gjort som et tverrsnitt i løpet av et år og følgelig vil antall barn som har foreldre med en diagnostiserbar lidelse i løpet av oppveksten være enda høyere. Også Sintef (Lilleng, Ose, Hjort, Bremnes, Pettersen & Kalseth, 2009) har beregnet at en tredjedel av pasientene ved poliklinikkene har omsorgsansvar for barn. Disse beregningene passer godt i forhold til funn i internasjonal forskning og i forhold til det antall pasienter med alvorlige lidelser som behandles i Norge hvert år (Torvik & Rognmo, 2011).

Barn av foreldre med psykiske lidelser (BAP) er en stor risikogruppe i samfunnet (Torvik & Rognmo, 2011), og mange studier viser at disse barna er i risiko for å utvikle psykiske lidelser selv (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Rutter & Quinton, 1984). Omkring en tredel av barna utvikler alvorlige og langvarige problemer (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Tidlig i livet løper disse barna en høyere risiko for mishandling og omsorgssvikt, depresjoner, spiseforstyrrelser, atferdsvansker, og svake skolefaglige prestasjoner. Senere i livet har de en høyere risiko for å utvikle depresjoner, angst, rusmisbruk, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser (Torvik & Rognmo, 2011, Beardslee, Versage & Velde, 2002; Goodman & Gotlib, 2002; Goodman, Rouse & Connell, 2011). Til tross for kunnskap om risikofaktorene knyttet til en transgenerasjonell overføring av mentale helseproblemer mener helsepersonell innen psykisk helsevern og helsemyndigheter i Norge om man ikke har maktet å etablere endringer av praksis på en slik måte at BAP blir identifisert og

tilbudt nødvendig forebyggende hjelp og støtte (Aamodt & Aamodt, 2005). Siden disse barna sjelden er registrert i sine foreldres journaler og dermed ikke blir identifisert, har gruppen blitt kalt “De usynlige barna” både i Norge og internasjonalt.

Det kan være mange årsaker til at helsepersonell ikke har registrert pasienters barn som pårørende i pasientjournalen. For det første kan det hende at helsepersonell har svak faglig bevissthet om at pasientene svært ofte har barn og at barna er i risiko for å utvikle sosiale og/eller psykiske problemer selv (Maybery & Reupert, 2006). For det andre kan helsepersonell som arbeider med voksne føle seg usikre i forhold til å drøfte barneomsorg og til å inkludere pasientenes barn i behandlingen, fordi de ikke er utdannet til dette (Lauritzen, Reedtz, van Doesum & Martinussen, 2014). For det tredje er finansieringen av helsetjenestene våre basert på klientkontakt og ettersom barna til pasientene ikke er klienter gir kontakt med barna ikke økonomisk uttelling etter dagens finansieringsordning. For det fjerde kan det være uklart hvem det er sitt ansvar å registrere pasienters barn i pasientjournalen. For det femte kan det være at tidsnøden i klinisk arbeid (Ogden, 2012) gjør at helsepersonell ikke har eller tar seg tid til å kartlegge om pasientene har barn og barnas behov. På bakgrunn av disse og mulige andre faktorer kan det ha etablert seg en kultur innen psykisk helsevern for voksne der man ikke “ser” pasientenes barn.

Uten rutiner for å kartlegge om psykiatriske pasienter har barn er det svært vanskelig å ivareta barn som er berørt av psykiske lidelser og/eller vansker i familien. Derfor har norske myndigheter vedtatt endringer i Helsepersonelloven som trådte i kraft 1. januar 2010, der det nye lovverket slår fast at BAP har rett til adekvat oppfølging fra psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2010). I en ny § 10 a heter det: *“Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand. Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.”* Utfordringen i psykisk helsevern for voksne er dermed å identifisere pasienters barn og bidra til den støtte og oppfølging barna har krav på.

Å endre menneskers atferd er imidlertid utfordrende. Dette gjelder også endringer i helsepersonells praksis omkring pasienters barn (Mayberry & Reupert, 2009). Mange forskere har beskjeftiget seg med hvilke faktorer som påvirker implementering av ny praksis. Implementering defineres som målrettet arbeid for å iverksette planer, beslutninger eller tiltak i en kommune, organisasjon eller i generell praksis (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, Wallace, 2005). Denne definisjonen innebærer at implementeringsprosesser er målrettet, styrt og beskrevet i stor nok detalj til at uavhengige observatører kan observere prosessen og evaluere denne. En modell for grad av implementeringer er utviklet av Fixsen og hans kollegaer (Fixsen et al, 2005). Denne modellen kategoriserer målrettingen og resultatet av implementeringsprosesser som enten papirimplementering, prosessimplementering eller ferdighetsimplementering (se Figur 1). I papirimplementering forankres beslutninger om innovasjoner i vedtak og beslutninger. I prosessimplementering endres prosedyrer og systemer for å gjøre innovasjonen som er vedtatt mulig, samt at man legger til rette for innovasjonen gjennom opplæring av aktuelle utøvere. I ferdighetsimplementering gjennomfører aktuelle utøvere innovasjonen på en slik måte at deres nye ferdigheter manifesterer seg og kan måles.

*-Sett inn Figur 1 her-*

Det nye lovverket i forhold til identifisering av pasienters barn representerer en papirimplementering ifølge Fixsen et al sin modell. I Rundskriv IS-5/2010 (2010) som er utarbeidet av Helsedirektoratet, heter det: *“Når helsepersonell pålegges plikt til å følge opp barns behov for informasjon og oppfølging etter helsepersonellovens § 10a, må helsepersonellet også dokumentere at denne plikten blir fulgt opp med dokumentasjon.”* Helse- og omsorgsdepartementet har inntatt en slik plikt i journalforskriften § 8 første ledd bokstav t og her heter det: *“Om pasienten har mindreårige barn eller ikke, skal dermed føres i pasientens journal.”* Som vi ser er papirimplementeringen av den ønskede praksisendringen i Norge forankret i vedtak om flere og ulike nye lover, forskrifter og rundskriv. Idet de lovgivende myndigheter

skisserer hvordan prosessen med å implementere det nye lovverket skal gjennomføres, beveger vi oss til neste nivå i implementeringsmodellen; som er prosessimplementering.

I Helse Nord RHF har man tatt styring over implementeringsaktivitetene som inngår i prosessimplementeringen. Alle sykehus i Helse Nord RHF har i dag avtale med Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS). Systemet består av en kjerne med et elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) og et pasientadministrativt datasystem (PAS). DIPS EPJ skal gi en samlet elektronisk presentasjon av all viktig og relevant klinisk informasjon vedrørende pasienten, inkludert opplysninger om pasienters mindreårige barn. I tråd med endringene i Helsepersonelloven omkring BAP og påfølgende rundskriv, utarbeidet Helse Nord RHF retningslinjer (Skogøy, Kåsereff, Edvartsen & Næstby, 2011) for hvordan informasjon om barn som pårørende skal dokumenteres i EPJ. Her heter det at helsepersonell plikter *“Å avklare om pasienten har mindreårige barn, jf. Rundskriv IS-5/2010 s. 8. Dette dokumenteres i EPJ, F5-bildet”*. Det opplyses i retningslinjene hvordan registreringen skal skje. Plikten påligger i utgangspunktet det helsepersonell som er ansvarlig for den aktuelle behandlingen av pasienten og i praksis vil ofte dette være leger eller psykologer. I tillegg til å sikre prosessimplementeringen gjennom vedtak om nye prosedyrer har Helse Nord gjort en del for å gi ansatte nødvendig opplæring på temaområdet.

Denne studien er en delstudie av en stor implementeringsstudie som RKBU Nord gjennomfører i en allmenpsykiatrisk klinikk i et helseforetak i Nord-Norge (Reedtz, Lauritzen & van Doesum, 2012). Som ledd i BAP-prosjektet har RKBU-Nord i samarbeid med Helse Nord IKT, utviklet et rapporteringsverktøy for uttrekk av antall mindreårige barn som er registrert som pårørende i F5-bildet i DIPS. Hensikten med denne studien var å evaluere i hvilket omfang barn som pårørende registreres i DIPS EPJ, de tre påfølgende årene etter at endringene i Helsepersonelloven trådte i kraft.

## **Metode**

### **Deltakere**

Deltakere i studien er alle pasienter i en allmennpsykiatrisk klinikk ved i et helseforetak i

Nord-Norge ( $N = 5268$  i 2010,  $N = 5599$  i 2011 og  $N = 5705$  i 2012). Denne klinikken har nedslagsfelt i 31 kommuner og består av fem poliklinikker fordelt på syv ulike lokalisasjoner. Totalt behandlet disse 5178 pasienter i 2012. For øvrig inngår 12 døgnenheter i klinikken. Disse har i gjennomsnitt 11 sengeplasser (6-14) og behandlet 1411 pasienter i 2012. En del pasienter har fått behandling både i poliklinikk og ved døgnpost.

Alle data i undersøkelsen er anonymisert, og variablene var antall pasienter, pasientenes alder, antall registreringer av pasienters barn og antall barn registrert under pasientadministrative opplysninger (F5-bildet) i DIPS.

### **Prosedyre**

Denne studien er en tverrsnittundersøkelse av relevante data i DIPS EPJ. Data ble trukket i januar 2013 og besto av opplysninger som var registrert i F5-bildet under "Pasientopplysninger" og "Barn som pårørende".

Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS). DIPS er et produksjons- og informasjonssystem for sykehus som erstatter den papirbaserte pasientjournalen på sykehuset.

### **Rekruttering**

Deltakelse i kvalitetssikringsstudien er forankret hos avdelingslederne i den deltakende klinikken.

### **Forskningsetiske vurderinger**

Kvalitetssikringsundersøkelser krever ikke samtykke fra pasienter. Regional Etisk Komite - Nord, har vurdert hovedprosjektet til å være et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved UNN (NSD).

### **Statistiske analyser**



Alle statistiske analyser ble gjennomført med SPSS (versjon 19). Ut i 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. Disse beregningene er gjort på bakgrunn av statistiske opplysninger fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Folkehelseinstituttet. SSB har gitt oss tall fra 2012 og 2013 vedrørende antall hushold i Norge, andelen gifte, samboende og enslige voksne personer, samt i hvilket omfang personer i disse gruppene har barn. I en empirisk rapport fra Folkehelseinstituttet (Torvik & Rognmo, 2011) fremkommer beregninger av den relative risikoen for å være psykisk syk når man har barn er versus risikoen for å være psykisk syk i den generelle voksenbefolkningen. Vi la denne forhøyede risikoen inn i våre beregninger og på bakgrunn av disse opplysningene har vi også beregnet sannsynligheten for i hvilket omfang psykisk syke personer i Norge har barn.

### **Resultater**

Hensikten med denne studien var å evaluere i hvilket omfang barn som pårørende registreres i DIPS EPJ. Resultatene viser 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.

Våre analyser viser 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.

*-Sett inn figur 2 her-*

### **Diskusjon**

Funnene i denne studien tyder på at svært få av pasientene i den deltakende klinikken 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 %. Det er ikke holdepunkter for å tro at pasientene i denne nordnorske klinikken har barn i mindre omfang enn det disse beregningene viser. Det finns heller ikke nasjonal statistikk som underbygger at voksne i Nordland, Troms og Finnmark er foreldre i mindre omfang enn det som er vanlig i den øvrige befolkningen. Det er dermed grunn til å tro at diskrepansen mellom barn som registreres i DIPS EPJ i denne klinikken i Nord-Norge representerer en betydelig underregistrering av pasienters barn.

Aldersfordeling blant pasienter kan være relevant i denne sammenheng, dersom pasientene er så gamle at de ikke har barn i alderen 0-17 år. Våre tall viser imidlertid at pasientenes gjennomsnittsalder var 39 (median 38). Dette er i overensstemmelse med tall fra Helsedirektoratets siste pasienttelling fra psykisk helsevern (Pedersen, Sitter, Lilleeng & Bremnes, 2011) der det fremgår at 70% av alle pasientene i Norge er i alderen 18-49 år. Gjennomsnittsalderen på landsbasis var 41 år og medianen var 39 år. De alle fleste av de pasientene som har barn er dermed i akkurat den alderen da det er størst sannsynlighet for å ha barn i alderen 0-17.

Dersom man tar utgangspunkt i modellen utviklet av Fixsen og hans kollegaer (Fixsen et al, 2005) tyder resultatene i denne studien på at man i det helseforetaket vi har undersøkt klinisk praksis i ikke har kommet til det grundigste nivået i implementeringsarbeidet; ferdighetsimplementering (se Figur 1). Gjennom endringer i lovverket er beslutninger om innovasjon forankret i vedtak på nasjonalt nivå. Dette representerer en papirimplementering. Gjennom vedtak av nye retningslinjer og prosedyrer i det aktuelle helseforetak, samt opplæring av personell i disse har man også sørget for en prosessimplementering. Resultatene tyder imidlertid på at intensjonen om innovasjon på nasjonalt og regionalt beslutningsnivå ikke har manifestert seg i nye ferdigheter og en målbar ny klinisk praksis på dette området så langt. Det er signifikante forskjeller i antallet identifiserte barn fra 2010 til 2011 og fra 2011 til 2012, men ut i fra det store antall pasienter og den lille andelen av dem som er registrert med barn, er endringene i klinisk praksis ubetydelige. Med en gjennomsnittlig årlig økning i antall identifiserte barn på 1,5 % vil det ta 19 år før alle pasienters barn identifiseres slik nye lover og

retningslinjer tilsier.

Det kan som tidligere nevnt være mange grunner til at pasienters barn ikke registreres i pasientjournalen, og en årsak kan være at mange terapeuter fortsatt skriver alle relevante opplysninger inn i notater fra enkelttimer i behandlingen. Til tross for at man har gått over til elektroniske journaler er det ut i fra vår erfaring mange holdepunkter for å tro at mange behandlere har fortsatt med sin praksis med å journalføre mye i enkeltnotater. I tillegg hevder mange behandlere at tiden det tar å fylle inn opplysninger i DIPS går ut over tiden de har tilgjengelig til behandling av pasienter. Det er likevel vanskelig å forstå at det skulle ta mer tid å fylle inn alle relevante opplysninger i F5-bildet én gang, enn å skrive dette inn i enkeltnotater fra behandlingen.

Ut i fra vår erfaring opplever enkelte DIPS som et relativt komplisert elektronisk verktøy, samt at en del helsepersonell opplever at de ikke har fått god nok opplæring i bruken av dette verktøyet. I vårt hovedprosjekt ble det imidlertid gjennomført mye opplæring av de ansatte for å sikre at alle visste hvordan Helse Nords prosedyrer for registrering av pasienters mindreårige barn burde etterleves. Våre resultater indikerer at tross mye godt arbeid med både papir- og prosessimplementering er det mye som gjenstår når det gjelder ferdighetsimplementeringen av ny klinisk praksis på dette området.

Etter hva vi forstår er store endringer i DIPS underveis (Felles innføring av kliniske systemer; FIKS). I endringer og oppdateringer av dette systemet er det svært viktig å representere informasjon knyttet til lovpålagte oppgaver på hensiktsmessige måter. Endringer i DIPS kan være kilden til flere måter å styrke identifiseringen av pasienters mindreårige barn på. Et forslag kan være at helsepersonell ikke kommer videre med registreringer i pasientens journal før alle lovpålagte registreringer i pasientadministrative opplysninger er fullført. Det er mulig å tenke seg at man fikk en informasjonsboks opp på skjermen, som opplyste om at pasienters mindreårige barn (navn og fødselsdato) må fylles ut før man har anledning til å gjøre ytterligere registreringer i journalen. Dette ville støtte en ferdighetsimplementering hos behandlere og på sikt bidra til en automatisering av den nye praksisen. Et annet forslag er at det ble mulig å koble opplysninger i Folkeregisteret med DIPS og importere opplysninger om pasienters barn direkte i journalen. Et tredje forslag til tiltak som kan

styrke implementering av nye ferdigheter på dette området kan være å innføre registreringer av pasienters barn som kvalitetsindikator for alle helseforetak i landet. Kvalitetsindikatorene er de variabler som helseforetakene skal rapportere sin virksomhet i forhold til overfor helsemyndighetene og Norsk pasientregister. Dette vil kunne øke insitamentet til å følge det nye lovverket på dette området og ville styrke måloppnåelse i forhold til en ferdighetsimplementering av ny klinisk praksis hos behandlere. Uansett hvilke tiltak; nye slike er påkrevd ettersom det fortsatt er langt igjen før klinisk praksis er endret slik at barn av psykisk syke foreldre blir identifisert og ivaretatt i tråd med lovenes intensjoner.

### **Kliniske implikasjoner**

Den viktigste kliniske implikasjonen på kort sikt synes å være at personer som har vært barn som pårørende av psykisk syke foreldre og som har rett til å bli identifisert og ivaretatt, kan gå til sak mot et helseforetak dersom helsepersonell ikke har innfridd deres rettigheter. På lang sikt vil den viktigste kliniske implikasjonen være at risikoen som mange barn av psykisk syke foreldre lever med, vil materialisere seg i psykiske helseproblemer i deres liv. Gjennom enkle intervensjoner som å kartlegge disse barna og deres behov så tidlig som mulig, kan imidlertid denne risikoen svekkes og psykiske helseproblemer forebygges.

### **Begrensninger ved studien**

Beregningene av hvor mange psykisk syke voksne i Norge som er foreldre til mindreårige barn bygger på grunnlagsmateriale fra Statistisk Sentralbyrå og Norsk Folkehelseinstitutt. Selv om disse instansene peker på at validiteten i deres beregninger er god kan man ikke med sikkerhet vite nøyaktig hvor mange mindreårige barn i Norge som har en eller to foreldre eller foresatte med psykiske lidelser. Mørketallene vil imidlertid alltid være store på områder der det er snakk om tabubelagte temaer. Det kan ut i fra dette synes hensiktsmessig å anta at de reelle tallene over foreldre/foresatte med psykiske helseproblemer og mindreårige barn er større enn det man klarer å

kartlegge i nasjonale undersøkelser. Dette vil implisere at underregistreringen er enda større enn denne studien viser.

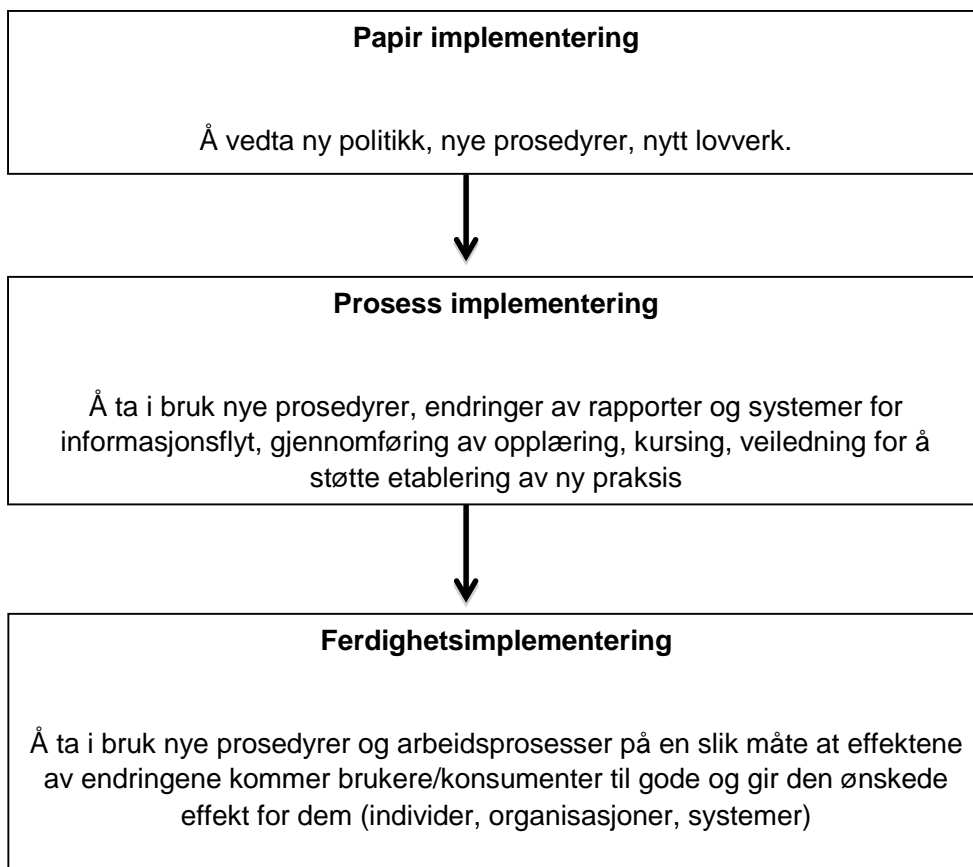
#### Referanser

- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Gladstone, T. R. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 37,1134-41.
- 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*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers, p71–86.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the Literature*. Tampa: University of South Florida.
- Goodman, S. H., & Gotlib, 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., Broth, M., Hall, C., & Heyward, D. (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
- Lauritzen, C., Reedtz, C., van Doesum, K., & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14:58. doi:10.1186/1472-6963-14-58.
- Lilleng, S., Ose, S. O, Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I. & Kalseth, J. (2009). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008*. Rapport 3. Oslo: SINTEF.

- Maybery, D., Reupert, A., (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657–664. doi: 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 Psychiatry and Mental Health Nursing*, 16, 784–791. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x
- Ogden, T. (2012). Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pedersen, P. B., Sitter, M., Lilleeng, S. E. & Bremnes, R. (2011). Pasienter i det psykiske helsevernet 2009. Samdata-rapport IS-1908. Oslo: Helsedirektoratet.
- 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*, 2,1-6. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000709
- Helsedirektoratet. (2010). Barn som pårørende. Rundskriv IS-5/2010. Oslo: Helsedirektoratet.
- Rutter M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853–880. doi: 10.1017/S0033291700019838
- Skogøy, B. E., Kåsereff, U., Edvartsen, T. L. & Næstby, A. (2011). Retningslinjer for registrering og dokumentasjon i EPJ. Nedlastet den 23.5.2013 fra: <http://www.helse-nord.no/ressursperm/category23994.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). Ot.prp. nr. 84: Om lov om endringer i helsepersonell-loven. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Torvik, F. A, Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*. Rapport 4. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Aalen, O. O. (1998). *Innføring i statistikk med medisinske eksempler*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn av psykisk syke*. Rapport. Oslo: RBUP Øst og Sør.

Figur 1. Teoretisk modell for grader av implementering.





Figur 2. Flyttdiagram over registrerte pasienter med mindreårige barn som pårørende.

