



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling – Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1007

Antall ord: 8998

Barn Som pårørende



Hentet fra: <https://www.stavanger.kommune.no/Global/Oppvekst%20og%20levet%C3%A5r/Barn%20og%20Unge/Helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten/Grupper/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende/glade%20hender%20besk%C3%A5ret.PNG>

Hvordan styrke barnets opplevelse av mestring når mor eller far er psykisk syk?

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1007

Antall ord: 8998

Sammendrag

Tittel: Barn som pårørende av psykisksyke

Bakgrunn: Bakgrunnen for oppgaven er at det i 2010 kom det nye paragrafer i lovverket som skulle sikre barn som pårørende informasjon og oppfølging. Barn av psykisk syke har historisk sett vært en glemt gruppe og omtales gjerne som de usynlige barna.

Hensikten: Hensikten med oppgaven var å se på hvordan de nye retningslinjene blir implementert i psykiatrien, og hvordan sykepleiere kan bidra til at barna opplever mestring.

Problemstilling: Hvordan styrke barnets opplevelse av mestring når mor eller far er psykisk syk?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er brukt fire vitenskapelige og en fagartikkel, sammen med relevant litteratur for å besvare problemstillingen. Forskning ble funnet etter søk i Cinahl og Swemed.

Resultat: Barn av psykisk syke trenger og savner informasjon og støtte. De opplever en ustabil og uforutsigbar hverdag, redsel, ensomhet, sorg og savn. Sykepleiere på psykiatrisk avdeling er i en unik posisjon til å identifisere og følge opp barna tidlig. For å styrke barnets opplevelse av mestring trenger sykepleiere kompetanse. Forskning viser at helsepersonell føler de mangler nettopp dette, det er i bedring men er enda ikke i mål.

Abstract

Title: Children as next of kin

Background: Norwegian law obliges healthcare professionals to assist and inform children of mentally ill parents. History shows that these children often are forgotten.

Purpose: The purpose of this task is to see how the new guidelines are implemented in psychiatry, and how nurses can strengthen children's sense of coping.

Question: How to strengthen children's sense of coping when the mother or father is mentally ill?

Method: This bachelor's thesis is a literature study. Four scientific articles and one academic development article, together with relevant literature have been used to answer the research question. The research was collected by systematic searches in the databases CINAHL and SveMed+.

Results: Children of mentally ill parents are in need of support and information. They experience unstable and unpredictable daily life and emotions like fear, loneliness, grief and deprivation. Nurses in psychiatry can identify and help the children on an early stage. To strengthen the child's sense of coping, the nurse is in need of skills. Research shows that nurses and other healthcare's feel they are in lack of skills, its developing, but there are still a way to go.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing.....	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Sentrale føringer	3
2.2 Sykepleie teori.....	4
2.2 Mestring.....	5
2.4 Resiliens.....	6
2.5 Barn som pårørende	7
2.6 Barn i risiko.....	7
2.7 Informasjon og oppfølging til barn av psykisk syke	8
3.0 Metode	10
3.1 Hva er metode.....	10
3.2 Litteraturstudie som metode	10
3.3 Fremgangsmåte.....	10
3.4 Kilde og metodekritikk	12
3.5 Etisk kritikk	14
4.0 Resultat	15
4.1 presentasjon av vitenskapelige artikler	15
4.1.1	15
4.1.2	15
4.1.3	16
4.1.4	16
4.1.5	17
4.2 Hovedfunn.....	18
5.0 Diskusjon.....	19
5.1 Barn i fokus.....	19
5.1.2 Barnas behov for informasjon og oppfølging	20
5.1.3 Kommunikasjon og utvikling.....	22
5.2 Det resiliente kompetansebarnet.....	23
5.3 Tiltak rettet mot barn som pårørende	24
7.0 Referanseliste.....	27

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Søkeshistorikk S. 11

Tabell 2: Sjekkliste for kvalitativ forskning S. 13

1.0 Innledning

Folkehelseinstituttet anslår at 450 000 barn i Norge lever familier der enten mor eller far har en psykisk lidelse. 260 000 barn (23 %) har foreldre med psykisk lidelse som kan påvirke daglig fungering (Folkehelseinstituttet, 2014). Barn som vokser opp med foreldre med en psykisk lidelse blir ofte kalt de usynlige barna, barn som bruker tid og krefter på å være usynlig og ikke krever noe av de voksne (Moen, 2012, s.17). Barn trenger hjelp og støtte, og de står i fare for feilutvikling dersom behovene deres ikke ivaretas (Sundfær, 2012, s. 5)

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan sykepleier kan bidra til at barn opplever mestring når de har en mor eller far er psykisk syk og er innlagt i en institusjon. Ved å fordype meg i dette temaet, står jeg sterkere når jeg som sykepleier skal ivareta barn som er pårørende, enten det er i psykiatrien eller i somatikken. Denne oppgaven vil gi meg økt kunnskap om mestring og resiliens, risiko forbundet med det å vokse opp med forelder med psykisk sykdom og om lover og retningslinjer som omhandler barn som pårørende

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet "Barn av psykisk syke". Noe av grunnen til valg av tema, er at jeg selv har opplevd å være barn av psykisk syk forelder. Da jeg vokste opp på 80 og 90 tallet opplevde jeg aldri at noen i psykiatrien så meg eller mine behov. Jeg fikk aldri noen informasjon om hva som var galt og det var ingen som snakket med meg. Jeg har ikke erfaring med barn som pårørende i praksis, men jeg har møtt mange pårørende og felles for de fleste er ønsket om informasjon og at en blir møtt på en måte som gjør at de føler seg sett av sykepleier og annet helsepersonell. Min interesse for barn som pårørende kommer av min egen erfaring, og et ønske om å bli en sykepleier med kompetanse på barn.

Fokuset på barn som pårørende har økt de siste årene, og i 2010 fikk helsepersonell loven en ny paragraf § 10 a i helsepersonelloven kapittel 2 (1999). Helsepersonell er pliktig til å dekke informasjon og oppfølgingsbehovet til de barna som er mindreårige pårørende.

Spesialisthelsetjenesten pålegges å ha barneansvarlig personell (§ 3-7) i spesialisthelsetjenesteloven (2009). Det skal være lav terskel for at helsepersonell skal igangsette undersøkelser om hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging. For å forebygge at barna blir usikre, sårbare og får mestringsproblemer skal de fanges opp tidlig.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få bedre kunnskap om barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Oppgaven vil ha fokus på nye retningslinjer og lover som ivaretar barna og hvordan helsepersonell og institusjonene følger opp disse retningslinjene. Oppgaven vil få frem kunnskap om hvordan sykepleier kan styrke barnas opplevelse av mestring.

1.3 Problemstilling

Hvordan styrke barnets opplevelse av mestring når mor eller far er psykisk syk?

1.4 Avgrensing

Sykepleiere møter barn på mange ulike steder i helsetjenesten.

For å avgrense oppgaven vil jeg konsentrere meg om friske barn i barneskolealder, av begge kjønn, og som bor sammen med en forelder som er eller har vært innlagt i en psykiatrisk institusjon. Jeg vil ta utgangspunkt i foreldre med en psykisk lidelse uten å rette fokus mot spesifikk diagnose. Ifølge folkehelseinstituttet (2015) brukes betegnelsen psykiske lidelser bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Psykiske lidelser registreres av erfarne klinikere og/eller ved hjelp av et strukturert klinisk intervju, der man forsøker å avgjøre så sikkert som mulig om de ulike diagnosekriteriene er oppfylt.

2.0 Teori

Jeg har valgt å bruke Antonovskys teori om mestring som teoretisk perspektiv i oppgaven.

Antonovsky mener at helse er ikke et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet (Voksne for Barn, u.å). Jeg har også brukt sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, og vil særlig sette fokus på hennes mellommenneskelige tenkning for dette belyser sykepleierens rolle i møte med barn som pårørende.

2.1 Sentrale føringer

I følge Helsepersonelloven kapittel 2 (1999) § 10a skal helsepersonell, når det er nødvendig for å ivareta barnets behov:

- a) *Samtale med pasienten om barnets informasjons eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale*
- b) *Innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig*
- c) *Bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (Helsedirektoratet, 2010).*

I følge spesialisthelsetjenesteloven (2009) § 3-7 a. Om barneansvarlig personell mv.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

Barns beste er et Nasjonalt kompetansenettverk som jobber med innsamling, systematisering og formidling av kunnskap om barn som pårørende (Barns beste, 2016). Sørlandet sykehus og Barns Beste har utgitt en prosedyre for de som gir helsehjelp til pasienter med mindreårige barn/søsken og ledere for helsepersonell som ivaretar barn som pårørende. (Helsebiblioteket, 2014).

I følge § 33 kapittel 6 i helsepersonelloven (1999) skal helsepersonell «*Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir*

mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger».

Ansatte i hjelpeapparatet kvier seg ofte for å melde fra om bekymring til barnevernet av frykt for at barna skal bli tatt ut av hjemmet (moen, 2012, s. 27)

I barnevernsloven (1993) kapittel 4 § 4-4. Står det at «*barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Hjelpetiltak skal ha som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien*».

2.2 Sykepleie teori

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee er opptatt av de mellommenneskelige relasjonene mellom pasient og sykepleier. Hennes definisjon av sykepleie er: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finner mening i disse erfaringene." (Travelbee, 2001, s. 29)

Travelbee ser på kommunikasjon som en prosess og et verktøy i sykepleiesituasjoner. I følge hennes perspektiv er kommunikasjon et middel til å opprette menneske til menneske forhold som bidrar til realisere sykepleiens formål. Hvordan en forholder seg til lidelse kan bestemme hvordan man mestrer sykdom. Relasjoner mellom mennesker kan påvirke holdningen en har til egen lidelse ved finne mening i den, og ved å hjelpe personen med å mestre sykdommen eller lidelsen bedre (Eide og Eide, 2007, s. 136).

Travelbee mener det er viktig å bli kjent med den sykes familie, og det er betydningsfullt for familien at sykepleieren viser forståelse for påkjenningen de gjennomgår. Ved å hjelpe de pårørende, hjelper sykepleieren også den syke (Travelbee, 2001, s. 259). Travelbees mellommenneskelige tenkning gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Når det gjelder pårørende sier retningslinjene sier blant annet at sykepleieren viser respekt og omtanke for pårørende ved å «bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt». Og om barn som pårørende sier de at, «Når barn er pårørende bidrar sykepleieren til ivaretagelse av deres særskilte behov « (Norsk sykepleieforbund, 2011).

2.2 Mestring

Mestring er summen av indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som den enkelte bruker for å gjenfinne meningen med livet og for å beherske. Tolerere og redusere de ytre og indre belastningene vedkommende er utsatt for (Reitan, 2011, s. 74)

Antonovsky (2000, s.12) sier at men må takle stressfaktorer i livet. Antonovsky har skapt begrepet salutogenese. Begrepet handler om helsefremming, hva som holder oss og gjør oss friske (Renolen, 2010, s. 152). Han mener at opplevelsen av sammenheng (OAS) er svaret på hvorfor noen klarer seg bedre enn andre. Han peker på tre ting som er viktig i opplevelsen av sammenheng, at det er forståelig, håndterbar og at den gir mening. Det handler om å få orden på sine livserfaringer gjennom å begripe sin egen livssituasjon, at den er håndterbar på en eller annen måte, men først og fremst at den oppleves som meningsfull. Forståelse beskrives som evnen til å forstå det som skjer, som et motstykke til kaos og uorden. Den som har en sterk opplevelse av forståelse vil lettere kunne sette nye stressfaktorer inn i en sammenheng. Håndterbarhet er evnen til å kunne se at en har ressurser til å takle de stressfaktorene en møter. Enten det er egne ressurser eller ressurser fra noen rundt deg som du har tillit til. At noe er håndterbart er et motstykke til motløshet. Med meningsfullhet mener Antonovsky i hvilken grad vi føler at livet er forståelig rent følelsesmessig. Når vi opplever meningsfullhet med det vi gjør, øker motivasjonen til å møte kravene og problemene i livet. Opplever vi ikke at det vi gjør har noen mening, gir det heller ingen mening å engasjere seg. (Antonovsky,2000, s. 34-36)

For at barn skal oppleve sammenheng i livet, og styrke evnen til å mestre belastninger gjennom sammenhengen bør de oppleve at kommunikasjon med den voksne er meningsfull, og at den voksne hjelper dem til å finne mening i det de har opplevd og erfart. Mening i erfaringer og opplevelser, er viktig for hvordan de forstår sin egen situasjon, og hvordan de mestrer. (Ruud, 2011, s. 82).

Lazarus og folkman mener at det finnes det to typer mestringsstrategier. Den problemfokuserte og den emosjonsfokuserte. Den problemfokuserte kan være rettet utover som for eksempel ved å lete etter støtte og hjelp, eller innover ved å lære nye ferdigheter, søke informasjon og kunnskap. Ved emosjonsfokuserert mestring prøver en å endre følelsesreaksjonene ved hjelp av kognitive strategier som unngåelse og distansering. Begge strategiene er likestilt og veksles på (Renolen, 2010, s. 150).

2.4 Resiliens

Antonovskys teori kan knyttes opp mot begrepet resiliens (Waaktaar & Christie, 2000, s. 21).

«Resiliens dreier seg om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer. Det kommer til syne hos barn som viser effektiv og vellykket tilpasning tross kriser og truende omgivelser. Alle barn har sine individuelle måter å reagere på stress eller risiko» (Borge, 2010, s. 12).

Løvetannbarn: « barn som tilsynelatende vokser opp til å bli velfungerende voksne på tross av at de har levd under ekstremt vanskelige livsbetingelser - barn som klarer seg tross alle odds.» (Hansen, U.å).

Å se noe på nye måter, gir inspirasjon til nye måter å gjøre ting på. Man ser andre ting når man leter etter hva som kan bidra til vekst, framfor hva som er fraværende eller ødelagt (Waaktaar & Christie, 2000, s. 30). De siste årene har det skjedd en endring i synet på barns mestringsevne og kapasitet. Barn har tidligere blitt sett på som sårbare, og utviklingsmessig utsatt for kriser og risikofaktorer. Det blir i dag snakket mer om det resiliente kompetansebarnet som har muligheter og egenskaper til å mestre de påkjenninger som livet gir dem (Renolen, 2010, s. 58-59).

Brekkehus (2012) peker på at forståelsen av resiliens er viktig i praksis fordi, det ikke alltid går dårlig med barna som har det vanskelig. Forståelse av hva som gjør at noen klarer seg, gjør at en kan etablere tiltak som kan beskytte eller forebygge mot negative psykologiske vansker.

I følge Rutter (i Sølvberg, 2011, s. 62) vil evnen til å finne positiv mening i det som skjer, og følelsen av egen mestring ha innvirkning på hvordan en møter og mestrer belastninger og kriser. Gode erfaringer fra tidligere kriser vil være positivt. Rutter peker også på alder som viktig i utviklingen av resiliens. Man er ikke sårbar for de samme tingene gjennom oppveksten. Tidspunkt for belastningen vil derfor være svært viktig.

Ruud (2011, s. 84-87) mener at foreldre som tillater hjelp fra andre er en viktig resilient faktor. Han understreker også betydningen av å ha en velfungerende forelder der den andre er belastet.. Å ha en betydningsfull person som har brydd seg, er noe som går igjen i forskning på resiliens.

Fellesnevneren for mange av de som har klart seg bra, er å ha minst en stabil kontaktperson i livet sitt. Denne personen kan være en bestemor, en lærer, en saksbehandler eller lignende.

Resiliens oppstår i følge Borge (2010,s. 15) gjennom samarbeid mellom barnets individuelle egenskaper og miljøets egenskaper.

2.5 Barn som pårørende

Begrepet "Barn som pårørende" brukes om barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig sykdom eller skade og omfatter barn under 18 år. (Helsepersonelloven, 1999. § 10)

Moen (2012, s. 24) mener at mange barn forstår at noe er galt, men de vet ikke hva. De bruker all energi på å lese den voksnes atferd for å prøve å forstå. De tilpasser seg, og oppfører seg slik de tror den voksne ønsker, med håp om å bedre situasjonen. De legger ned mye energi i at andre ikke skal få vite hvordan det er hjemme. Mange barn utsletter egne behov.

I følge Sundfær (2012, s. 107-111) trenger barn i aldersgruppen 6-10 år voksne som bryr seg om dem, snakker med dem og gjør aktiviteter med dem. De trenger at noen veileder dem og setter grenser, og de trenger hjelp til å uttrykke følelser på en måte som er hensiktsmessig. Barnet har begynt på skolen og har en stadig større evne til å forholde seg til omverden og til å tilpasse seg den. De er opptatt av moralske verdier og vet forskjell på rett og galt. Denne aldersgruppen kan gå inn i rollen som en som passer på foreldrene og overta «voksen» oppgaver som husarbeid og å passe på småsøsken. Barna kan fort ta på seg oppgaver de ikke er modne til, og særlig det å være en omsorgsperson for foreldrene, kan virke belastende. Noen barn kan bli eksperter på foreldrene sine og har behov for å tyde foreldrenes tilstand for å vite hvordan det skal håndtere hverdagen sin.

2.6 Barn i risiko

Borge (2010, s. 60-61) mener at noen barn vil under stor risiko og stressende omgivelser utvikle psykiske problemer, andre igjen kan snu utviklingen i positiv retning. De mest sårbare barna har størst risiko. Tidligere negative opplevelser blir forsterket av risiko, dette fører til at barn som lever under dårlige forhold, vil fortsette med uønskede reaksjonsmåter i ulike situasjoner. Det er lett å ty til gamle vaner i nye situasjoner. Det er likevel grunn til å tro at utviklingen kan bli positiv ved betydningsfulle hendelser i barnas liv.

I følge Skerfving (2001) har barn som lever med omsorgspersoner som har en psykisk lidelse, har en tredobbel risiko for å selv utvikle psykiske lidelser (Kvello, 2011).) Grove anslag har vist at 1/3 av barn som vokser opp med alvorlig psykisk syke foreldre, selv utvikler alvorlige psykiske lidelser. 1/3 får lettere plager, mens 1/3 ikke utvikler psykiske lidelser (Moen (2012, s. 42).

Sølvberg (2011, s. 62) siterer Rutter (1985) når han sier at hvorvidt barn av psykisk syke vil utvikle psykiske lidelser er avhengig av barnet selv og om de har omsorgspersoner i nære omgivelser. Opplevd omsorgssvikt vil i større eller mindre grad kunne føre til at barna føler redsel og frykt for å tilnærme seg og åpne seg for fremmede personer. Tillitt, kontakt og relasjon kan skapes gjennom tid og kontakt (Eide & Eide, 2007, s. 359).

Ifølge Kvello (2010, s. 2011) handler omsorgssvikt hovedsakelig om 3 forhold. For lite omsorg, for lite beskyttelse mot farer og for lite eller skadelig stimulering. Killen (2009, s. 191) har definert foreldrefunksjoner som er viktige for barns utvikling. Hun nevner blant annet evnen til empati med barnet, å kunne prioritere barnet framfor seg selv, ikke avreagere smerte og frustrasjon på barnet og realistiske forventninger til barnets mestring

2.7 Informasjon og oppfølging til barn av psykisk syke

Sundfær (2012, s. 16-17) sier at barn ingen lovfestet rett til informasjon om foreldrenes sykdom. Foreldrene må samtykke for at barna skal få informasjon. Helsepersonell må snakke med foreldrene og forklare viktigheten av at barna blir inkludert. Det er viktig at foreldrene forstår at de ved å utelate barna, tar fra dem muligheten til kontroll, kunnskap og hva de kan forvente. I følge Eide (u.å) er viktige temaer i samtalen med pasienten, foreldrerollen, barnas situasjon, informasjon og oppfølging av barna.

Øvreeide (2009, s. 118) mener at en må tilpasse en samtale med barn etter barnets utviklingsnivå. Ofte kreves det at en tilrettelegger kommunikasjonen etter barnets kognitive nivå, språklige forutsetninger og situasjon, ikke etter alder. Eide og Eide (2007, s. 362) sier at helsepersonell må ta hensyn til barnets alder og forutsetninger til å forstå når en bruker ord, begreper og nonverbal kommunikasjon. Eide og Eide (2007, s. 372) sier videre at barn i aldersgruppen 8-11 år vet forskjell på fantasi og virkelighet, de har en klar forestilling om seg selv i forhold til andre og kan derfor ha god nytte av gruppesamtale. Ruud (2011, s. 19) sier også at det i kommunikasjonen med barn er viktig å anerkjenne barnet, og i det ligger det å akseptere hvordan barnet presenterer seg selv på og måten barnet framstiller situasjonen

Eide og Eide (2007, s 374) peker på at man aldri kan vite hva barnet er mest opptatt av uten å snakke med barnet selv. Ved å dele bekymringsbyrden og bli forstått, øker mestringsevnen. Det er derfor viktig å finne måter for å hjelpe barna med å dele det det har på hjertet.

Eide (u.å) sier at det er viktig å sikre at barnet forstår hva som blir sagt og at barnet får mulighet til å lufte tanker og spørsmål underveis i en samtale. Det er også viktig å få kartlagt om barnet ønsker hjelp av andre, og om de har behov for støtte og hjelp til å takle hverdagen.

I følge Ruud (2011, s. 193) kan barna ofte trekke seg unna venner og føle seg annerledes. Men de synes det er positivt å møte andre barn som er i samme situasjon.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

I følge Dalland (2012, s. 111) er metode en fremgangsmåte for å få frem kunnskap eller etterprøve kunnskap. Det er redskapet en bruker når noe skal undersøkes, og det hjelper oss til å samle inn informasjonen vi trenger. Metoden vi velger skal gi oss gode data og belyse spørsmål på en faglig interessant måte. Dataene som blir samlet inn skal være relevante, gyldige og pålitelige.

Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. Begge metodene bidrar til større forståelse av samfunnet vi er en del av og hvordan enkeltmennesker, grupper handler og samhandler. Ordet kvalitet fokuserer på egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener. Kvantitative metoder ser mer på årsakssammenhenger og har ikke fokus på enkelt individ men hva som er felles for mange. Informasjonen omformes til målbare enheter som gjør det mulig å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Dalland, 2012, s. 112). Forskeren unngår at egne meninger påvirker resultatet (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 53). Kvalitativ forskning undersøker subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger. En bruker ikke statistiske metoder for analyse. Datasamling skjer gjennom intervju, observasjon og/eller lesing av dokumenter (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart, 2012, s. 72). Forskeren tar i denne metoden ikke avstand fra det som studeres, og forskeren og deltakerne kan påvirke resultatet av undersøkelsen (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 55).

3.2 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie er det litteraturen som blir studert. Materialet er allerede eksisterende kunnskap som blir presentert i artikler, og som blir hentet fra databaser.

Det skilles mellom oversikts litteraturstudie og systematisk studie hvor forskjellen ligger i at i den systematiske studien, bør en ta med alle relevante artikler, mens en oversiktsstudie kan inneholde to eller flere artikler. Kunnskapen i en litteraturstudie finnes allerede og bringer derfor ikke noe nytt, men det kan allikevel komme frem nye erkjennelser når man setter sammen kunnskap fra flere undersøkelser (Støren, 2013, s. 16-17).

I en litteraturstudie, tar oppgaveskriveren for seg artikkel etter artikkel etter en oppskrift: Tittel, forfatter, årstall, formålet, utvalg og metode og resultat (Olsson og Sørensen, 2003, s. 91).

3.3 Fremgangsmåte

Søkene etter forskningsartikler ble hovedsakelig gjennomført i databasene Cinahl og Swemed. Søkene ble avgrenset slik at artiklene ikke var eldre enn fra 2010. Søkeordene som ble mest brukt var: mental illness, parent og children. Forskjellige rekkefølger av ordene og bruk av synonymer førte til artiklene som er brukt. Etter et søk i nettstedet sykepleien, fant jeg en fagartikkel: Det hjelper å snakke med barna (Haukø og Stamnes 2009). Denne valgte jeg å ta med på grunnlag av at de har evaluert tilbudet Barnas Time, og at en får høre barnas vurdering av tilbudet. Nedenfor blir det vist en mer nøyaktig søkehistorikk.

SØKEBASE	SØKEORD	ARTIKKEL	ARTIKKELTYPE	ETISK GODKJENT	ÅR	TREFF
1. 2.	Parental mental illness	Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. (Denne artikkelen er ikke med i oppgaven. I referanselisten til denne artikkelen fant jeg 2 forskningsartikler jeg har valgt å bruke).	KVALITATIV Evalueringsstudie	JA	2015	28
		Support for children of service users in Norway	KVALITATIV	JA	2013	
		Translating knowledge about parental mental illness to the field of practice	KVALITATIV	JA	2014	
3. CHINAL	Mentally ill parent AND Children	Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial	KVALITATIV	JA	2014	30
4. CHINAL	Childrens experience AND	“You’d think this rollercoaster was never going to stop”: experiences	KVALITATIV	JA	2010	32

	parental mental illness	of adult children of parents with serious mental illness				
5. Sykepleien	Snakke med barn	Det hjelper å snakke med barna	KVALITATIV/ FAGARTIKKEL	Støttet av Helse Midt- Norge og høgskolen i sør Trøndelag.	2009	

Tabell 1: Søkehistorikk

Alle mine artikler er kvalitative. Grunnen til dette er at jeg ønsket fokus på barnas opplevelser og erfaringer for å kunne drøfte problemstillingen min. Jeg ønsket også å ta med artikler som hadde fokus på helsearbeidernes syn. Dette gjorde det mulig å se helsevesenets utfordringer i forhold til ivaretagelsen av barn som pårørende. Jeg har valgt å bruke artikler fra Norge, Australia og Nederland. Australia og Nederland har et levesett og helsesystem som er ganske likt det norske. Oria/Bibsys er brukt for å finne relevant litteratur. Litteratur er hentet fra pensumbøker og faglitteratur som man har tilgang til på biblioteket på skolen. Jeg har også lånt bøker fra veileder og fra andre høyskolebibliotek. Jeg har prøvd med unntak å bruke bøker som ikke er eldre enn 10 år.

3.4 Kilde og metodekritikk

Når en kilde er funnet, må det vurderes i forhold til kvalitet og relevans til det arbeidet den skal brukes til (Dalland, 2012, s. 63). Det handler om å fastslå at en kilde er sann, og å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2012(s. 67).

I følge Forsberg & Wengström (2013, s. 118) er kvalitetsvurderinger vesentlig for å unngå feil konklusjoner fra aktuelle artikler i en litteraturstudie. Alle artiklene er hentet fra kjente helsefaglige tidsskrift og har blitt kritisk vurdert gjennom sjekklister- kvalitativ metode for vurdering av vitenskapelige artikler. Jeg har også sett på om forskerne innehar god forskningskompetanse.

Eksempel på sjekklister av kvalitativ forskning hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014).

Artikkel 5 "You'd think this rollercoaster was never going to stop": experiences of adult

children of parents with serious mental illness (Foster, 2010)	
1. Er formålet med studien tydelig?	Ja. Studiens formål var å undersøke erfaringene voksne barn av psykisk syke har gjort seg, og hvordan de har taklet det å vokse opp med en psykisk syk forelder.
2. Er den kvalitative tilnærmingen hensiktsmessig?	Ja. Kvalitativ forskning undersøker subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger. Det er derfor hensiktsmessig å intervju deltakerne.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. Utvalget består av voksne barn av psykisksyke.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja, dataene ble samlet inn ved hjelp av intervju. Deltagerne ble spurt om hvordan det var å vokse opp med en forelder med alvorlig psykisk sykdom.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja, det var en grundig beskrivelse av hvordan analysen ble gjennomført.
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja, til en viss grad. Utvalget var lite, og andre perspektiver og opplevelser kunne blitt oppdaget om utvalget hadde vært større eller med andre deltagere.
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Funnene blir underbygget av tidligere forskning.
9. Er etiske forhold vurdert?	Ja, artikkelen er etisk godkjent. Deltagerne har samtykket og de er gjort anonyme for å beskytte identiteten deres.

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Ja. Deltagerne har beskrevet hvordan det var å vokse opp med en psykisk syk forelder.
Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Kan de brukes i praksis?	Studien gir et innblikk i det å vokse opp som pårørende til en forelder med psykisk sykdom. Det er en viktig kunnskap for helsearbeidere/sykepleiere å ha innblikk i dette når de skal jobbe med barn som pårørende. Dett kan også øke forståelsen for de voksne i psykiatrien, og at psykisk sykdom kan gå i generasjoner.

Tabell 2 Sjekkliste for kvalitativ Forskning

De vitenskapelige artiklene jeg har brukt i denne oppgaven er kvalitativ og er ikke generaliserbar fordi de omhandler et lite utvalg. Dette kan ses på som en svakhet. Artiklene går likevel i dybden på temaet barn som pårørende, det kan ses på som en styrke. Mesteparten av forskningen jeg fant var kvalitativ, noe som er naturlig, da problemstillingen min handler om opplevelsen av mestring.

3.5 Etisk kritikk

Helsinkideklarasjonen inneholder etiske retningslinjer for forskning, og brukes i store deler av verden. Deklarasjonen har stort fokus på særlig sårbare grupper (Olsson og Sørensen, 2003, s. 184-187). Jeg har valgt artikler der barn har vært bidragsyttere. I følge Forskningsetisk komite for humaniora og samfunnsfag sine forskningsetiske retningslinjer, punkt 12: Har barn krav på beskyttelse. Forskning om barn og deres liv og levekår er verdifull og viktig, og barn og unge er viktige bidragsyttere. Barn og unge trenger beskyttelse som deltakere i forskning, og metoden og innholdet i forskningen må tilpasses barnas alder og individuelle situasjon. Hovedregelen for barn og ungdom under 18 år, er at foresatte må samtykke, og at barn og unge deretter gir sin tilslutning til å delta eller eventuelt motsetter seg å delta (Backe-Hansen, 2009).

Som student har du også etiske rammer å forholde deg til. Bachelor oppgaven skal være din egen og ikke et plagiat. Dette blir elektronisk kontrollert av sensor. Plagiat vil si å utgi andres arbeide som sitt eget (Dalland 2012, s. 80).

4.0 Resultat

4.1 presentasjon av vitenskapelige artikler

4.1.1 Support for children of service users in Norway (2013).

Skrevet av: Av: Camilla Lauritzen og Charlotte Reedtz (Norge)

Hensikt: I Studien undersøkes det hvorvidt nye lovendringer følges opp. Det undersøkes også om negative holdninger hos personalet eller organisatoriske hindringer, hindrer implementering av den nye lovgivingen.

Metode: Studien er kvalitativ, med 242 ansatte ved de største sykehusene i Nord-Norge som informanter. Deltagerne var delt i 2 grupper, der 58 personer svarte på spørsmål angående utfordringer i møte med barn som pårørende. De resterende 184 deltakerne ble spurt om hvordan praksisen kunne forbedres. Dataene ble hentet inn via internett og de kvalitative dataene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.

Funn: Utfordringer var personale, barn og familie, og organisatorisk relatert. Hindringer som mangel på tid, rutiner, erfaring, økonomi, interesse, kunnskap kom frem. Mange hadde lite kompetanse og var derfor usikre i møte med barna. Mange opplevde også motstand fra pasientene og var uvillig til å utfordre dette. De som fikk spørsmål om forbedring av praksis, og ønsket seg mer opplæring, støtte fra kollegaer, erfaring, stabil personal gruppe, tverrfaglig samarbeid og engasjement. De ettersøkte også barneansvarlig personell og tid til å etablere relasjon og tillit til familiene (Lauritzen & Reedtz, 2013). Studien er etisk godkjent.

4.1.2 Translating knowledge about parental mental illness to the field of practice (2014)

Skrevet av: Av Camilla Lauritzen og Charlotte Reedtz (Norge)

Hensikt Formålet med denne studien var å undersøke forholdet mellom kunnskap og holdning til barneperspektivet i psykiatriske intuisjoner, og den faktiske kliniske praksisen.

Metode: En kvalitativ studie som er en del av en longitudinell studie. Det er prosessen av implementering av intervensjoner for barn av pasienter innlagt i universitetssykehus i Nord-Norge

som har blitt undersøkt. Deltagerne er personell innen psykiatri som også har hatt rolle som barneansvarlig personell. Alle intervjuene ble gjort i 2013 i tre fokus gruppe intervjuer.

Funn: Funnene viser at det var enighet i at det å identifisere og støtte barna, var en viktig oppgave som burde være standard i klinisk praksis. De sa også at de mente å innlemme identifikasjon og oppfølging i rutinene. Resultatet bekreftet også at helsepersonell er klar over risiko faktorene knyttet til barna, og derfor også klar over de negative konsekvensene knyttet til manglende oppfølging. Det var varierende opplevelser over hvorvidt de nye rutinene var anerkjent av lederne i institusjonen. De t ble oppdaget flere faktorer som hindret positiv framgang: psykiatere var motvillige, det var lite kunnskap om tverrfaglig samarbeid, hindringer relatert til veiledning og skjemaer, lite system og kompliserte familie strukturer (Lauritzen & Reedtz, 2013). Studien er etisk godkjent.

4.1.3 «You'd think this rollercoaster was never going to stop”: experiences of adult children of parents with serious mental illness (2010)

Skrevet av: Kim Foster (Australia)

Hensikt: Studiens formål var å undersøke erfaringene voksne barn av psykisk syke har gjort seg, og hvordan de har taklet det å vokse opp med en psykisk syk forelder.

Metode: Studien bygger på en kvalitativ metode og bygger på deltagerens opplevelser. Ti deltagere i alderen 25 – 57, inkludert forskeren selv, ble intervjuet.

Funn: Syv av deltagerne i studien utviklet angst og depresjons problematikk, åtte rapporterte at de hadde opplevd følelsesmessig, fysisk og/eller seksuell misbruk fra den syke forelder. Mange beskrev en hverdag preget av uforutsigbarhet. Særlig fire tema var tilbakevendende. Usikkerhet, vansker med å føle tilhørighet, de hadde tatt for mye ansvar og de ønsket balanse i livet. Flesteparten opplyste at de ikke fikk informasjon uten at de oppsøkte det selv. Deltagerne opplevde at foreldrene svingte fra å være kjærlig og støttende, til sinte og ufine. Mange følte at de hadde vansker med å relatere seg til jevnaldrende på grunn av at de følte seg annerledes og ensomme. De følte at de ikke passet inn. Alle deltakerne hadde vansker med å følelsesmessig knytte seg til den syke forelder. De følte også at det var vanskelig å knytte seg til egne barn i voksen alder. Studien er etisk godkjent.

4.1.4 Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial (2014).

Skrevet av: Floor Van Santvoort, Clemens M.H. Hosman, Karin t.M. Van Doesum, Jan. A.M. Janssens (Nederland)

Hensikt: Denne studien evaluerer effektiviteten av nederlandske støttegrupper for barn fra 8 til 12 år.

Metode: Studien inkluderer 254 barn som er tilfeldig valgt, og foregikk ved 20 forskjellige helsesentre fra oktober 2007 til februar 2011. En av foreldrene var inkludert i gruppen. Barna ble delt opp i en gruppe som skulle følge opplegget, og en kontrollgruppe som fulgte opplegget 6 måneder etter studien var ferdig.

Funn: Det første målet for støttegruppene er å øke den sosial støtten til de utsatte barna. Mange snakker ikke om hjemmesituasjonen, på grunn av redselen for stigmatisering. Dette fører til at de føler seg sosialt isolerte. Støtte gruppen er en arena der barna kan snakke med andre som opplever det samme, og barna støtter hverandre. Det andre målet er å minske følelser av hjelpeløshet, skuffelse og fremme forståelse av situasjonen. Felles for barna er følelse av skam og skyld over en situasjon de ikke forstår. Det tredje målet er å øke barnas kompetanse ved å øke mestringsstrategier i forhold til sosialt miljø. Barna har ofte lav selvfølelse og sosial kompetanse som kommer av utilstrekkelige mestringsstrategier. Det fjerde målet er å forbedre foreldre- barn interaksjonen, den er ofte preget av lite positivitet og mye negativitet og kritikk.

Studien viser at gruppene var effektive i å nå tre av målene. Negative tanker og følelser som hjelpeløshet, skyld og skam ble redusert og barna utviklet bedre mestringsstrategier. De oppnådde også målene om økt sosial støtte og det hjalp å snakke med andre i samme situasjon. Forskeren peker på at studien skulle fulgt barna over lengere tid for å se effektene på atferds og emosjonelle vansker. De fant også ut at mange av barna allerede hadde store problemer, intervensjonene bør derfor skje tidligere og med høyere intensitet. De anbefaler også mer familie involvering og et mer individuelt tilpasset program. Studien er godkjent av Dutch Medical Ethics Committee for mental health centers

4.1.5 Det hjelper å snakke med barna (2009)

Skrevet av: Britt Helen Haukø og John H. Stamnes

Hensikt: Formålet med denne undersøkelsen var å belyse barn og foreldres erfaring med barnas time og tiden etterpå. De ble spurt om: Hvilken betydning har Barnas Time hatt for

kommunikasjonen mellom foreldre og barn? Og bidro Barnas Time til bedre mestring i hverdagen for foreldre og barn.

Metode Studien er kvalitativ og det ble tatt utgangspunkt i 10 familier som hadde vært til Barnas Time for et halvt år siden. Åtte familier sa seg villig til å delta. Det var 5 barn over 10 år om ble intervjuet med foreldrenes tillatelse, Fire gutter og fire jenter med en gjennomsnittsalder på 12 ½ år deltok. Foreldre og barn ble intervjuet hver for seg. De voksne i 45 minutter og barna i 20-30 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd og ble skrevet ned.

Funn: Alle de voksne anbefalte andre å delta i Barnas Time. Mange fortalte at de følte de hadde hatt for lite kunnskap om sykdommen og hvordan de skulle snakke med barna om den. Mange hadde brukt Barnas Time som en modell på hvordan de skulle kommunisere. Barna opplevde større trygghet når de kunne snakke om følelsene sine. Flere av barna opplevde at timen var til hjelp senere. Seks av ått følte det var lettere å snakke fritt når foreldrene ikke var der. For fem barn fungerte timen som en arena for å avdekke behov og disse fikk videre oppfølging av andre hjelpetilbud. De fleste mente at Barnas time hadde hjulpet dem når de skulle snakke med foreldrene sine i ettertid. Syv av barna opplevde at de forsto mer etter timen. Og alle var enige om at det ble bedre etterpå og de trodde at Barnas Time ville hjelpe andre barn.

4.2 Hovedfunn

Arbeidet med å implementere nye retningslinjer er i gang. Funnene tyder på at det finnes utfordringer i alle ledd i helsesystemet, og at motstand fra pasientene også er en faktor. Kompetanse, kunnskap, tid og økonomi var noen av hindringene som kom fram. Det er imidlertid bred enighet i at de nye retningslinjene er viktige, og at de bør være standard for alle helseinstitusjoner som kommer i kontakt med barn som pårørende. Kunnskapen rundt risikofaktorer knyttet til barna nå er økende blant helsepersonell, og det er ønske om å implementere de nye rutinene. Det som går igjen blant barna er følelser som skyld og skam. De opplever at de ikke får informasjon. Barna trenger at noen snakker med dem, og de trenger å få informasjon. De trenger å bli sett og få hjelp tidlig for å forebygge atferdsvansker og emosjonelle problemer. Funnen viser at det er forvirrende å vokse opp med foreldre som er ustabil i humør og oppførsel. Noen av barna som nå var voksen opplevde utfordringer i forholdet med sine egne barn og noen hadde utviklet psykiske lidelser som angst og depresjon.

5.0 Diskusjon

5.1 Barn i fokus

De siste årene har det blitt mer fokus på barn som pårørende av psykisk syke. Helsepersonelloven (1999) fikk i 2010 en ny paragraf § 10a. Helsepersonell er pliktig til å snakke med foreldrene om barnas behov for informasjon og oppfølging, innhente samtykke fra foreldrene ang oppfølging av barna, samt følge opp barna. Spesialisthelsetjenesten ble samtidig pålagt å ha barneansvarlig personell (Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-7). Barneansvarlig personell har ansvar å fremme og koordinere behandlere i oppfølging av mindreårige barn til blant annet psykisk syke. Sundfær (2012, s. 21) mener den nye loven gjør at det ikke lenger er barnas ansvar å skjule foreldrenes hemmeligheter, nå er det helsepersonellet som skal sørge for at barn blir sett og ivaretatt. Det er enighet i at barn som pårørende er en utsatt gruppe, og de står i risiko for selv å utvikle psykiske lidelser. I Følge Moen (2012, s. 42) vil hele 1/3 av barna selv utvikle alvorlige psykiske lidelser, mens 1/3 vil klare seg bra. Foreldre som er psykisk syk vil kanskje ha nok med seg selv, og vil kanskje ikke klare å følge opp barna på en tilfredsstillende måte. Slik jeg ser det er det også naturlig å tenke at de fleste foreldre vil det beste for barna sine, men at det ikke alltid er like lett å se hva som er det beste eller hvordan en skal klare å ivareta barna. Killen (2009, s. 191) har definert foreldrefunksjoner som er viktige for barns utvikling. Hun nevner blant annet evnen til empati med barnet, å kunne prioritere barnet framfor seg selv, ikke av reagere smerte og frustrasjon på barnet og realistiske forventninger til barnets mestring. En kan tenke at evnen til å oppfylle disse foreldrefunksjonene er avhengig av foreldrenes tilstand, bevissthet og om de mottar hjelp og støtte.

De nye føringene skal sikre at barna hjelp og støtte til mestring ved hjelp av informasjon og oppfølging. I Følge Foster (2010) vil en sykepleier som møter psykisk syke, være i en unik posisjon til å tidlig identifisere, gripe inn og gi støtte og informasjon til barn og familier. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at, «Når barn er pårørende bidrar sykepleieren til ivaretagelse av deres særskilte behov» (Norsk sykepleieforbund, 2011). Sykepleiere er derfor både lovpålagt og etisk bundet til å ivareta disse barna.

I følge en studie utført i 2011 av Lauritzen og Reedtz (2013) føler helsepersonell seg usikker i sin profesjonelle rolle når de møter barn som pårørende. De manglet rutine, opplæring, støtte fra ledere, verktøy og ressurser. Studien viste at forhold knyttet til utfordringer med personalet, barn og familie, og organisatoriske forhold, førte til at arbeidet med å få fokuset på barn inn i voksenpsykiatrien gikk sakte. Det ble også oppgitt at barneansvarlig følte seg alene med ansvaret,

og motivasjon og interesse manglet hos noen. Det viste seg altså at det var utfordrende og tidkrevende å implementere de nye retningslinjene, og helsepersonellet ga uttrykk for at de trengte mer kompetanse på å snakke med barn.

I en studie fra 2014 også fra Lauritzen og Reedz, kommer det fram at personalet nå var positiv og hadde fått opplæring i å innlemme barna i voksenpsykiatrien. Det kom også fram at institusjonen hadde gode intensjoner om å forandre praksisen. (Lauritzen og Reedz, 2014). Dette viser at ved å øke kunnskapen blant helsepersonellet, skjedde det en holdningsendring. Men er det tilstrekkelig å gi informasjon til de ansatte om hvorfor og hvordan en praksis skal endres? I følge studien man må også utvikle gode verktøy og godt beskrevne prosedyrer, og studien viser at selv om personalet hadde bedre kunnskaper og holdninger, var mange av de organisatoriske utfordringene fremdeles tilstedeværende. Hvis en skal oppsummere dette er det på den ene siden en holdning og intensjon i systemet om at barna skal være i fokus, men på den andre er ikke verktøyene og tilretteleggingen for å gjennomføre dette tilfredsstillende enda. Dette basert på studiene til Lauritzen og Reedz (2014).

Det er imidlertid viktig å påpeke at det i Norge utføres mye bra i arbeidet med gruppen barn som pårørende, og Barns Beste kom i 2014 ut med en prosedyre for de som gir helsehjelp til pasienter med mindreårige barn/søsken og ledere for helsepersonell som ivaretar barn som pårørende (Helsebiblioteket, 2014).

5.1.2 Barnas behov for informasjon og oppfølging

Flere studier har vist at barn savner informasjon og oppfølging (Foster, 2010), (Haukø og Stamnes, 2009), (Van Santvoort et al, 2014). I følge Sundfær (2012, s, 16-17) har barna ingen lovfestet rett til informasjon om foreldrenes sykdom. Foreldrene må samtykke for at barna skal få informasjon. Det er derfor viktig at foreldrene får forståelse for at de ved å utelate barna, tar fra dem muligheten til kontroll, kunnskap og innsikt. Mange voksne med psykiske lidelser har dessverre en utbredt forestilling at barn skal skånes fra vanskelige ting, som foreldrenes psykiske tilstand. I følge studien til Lauritzen og Reedz (2013) utrykte helsepersonell at de synes det er vanskelig å snakke med foreldrene om barna, og vet lite om hvordan de skal motivere foreldrene til å inkludere barna. Travelbee (2001, s. 29-38) presiserer viktigheten av å opparbeide seg tillit og en god relasjon. Slik jeg ser det kan sykepleier ved å opparbeide seg et godt og tillitsfullt forhold med foreldrene, gi god informasjon og veiledning i forhold hvorfor og hvordan støtte barna. Det er viktig at sykepleier ikke framstår som en som dømmer dem som foreldre, men heller en som ønsker det beste for familien og barna. Dette støttes av Travelbees mellommenneskelige tenkning der relasjonene mellom

sykepleier og pasient legger grunnlaget for oppnåelse av sykepleiens hensikt (Eide og Eide, 2007, s. 136).

I følge Sundfær (2012, s. 107-111) trenger barn barneskolealder voksne som bryr seg om dem, snakker med dem og gjør aktiviteter med dem. De trenger veiledning og grenser, og de trenger hjelp til å uttrykke følelser på en måte som er hensiktsmessig. Barnet har begynt på skolen og har en stadig større evne til å forholde seg til omverden og til å tilpasse seg den. Denne aldersgruppen kan overta oppgaver de ikke er modne til, og særlig det å være en omsorgsperson for foreldrene, kan virke belastende. Noen barn kan bli eksperter på foreldrene sine og har behov for å tyde foreldrenes tilstand for å vite hvordan det skal håndtere hverdagen sin. Mange barn forstår i følge Moen (2012, s. 24) at noe er galt, men de vet ikke hva. De tilpasser seg, og oppfører seg slik de tror den voksne ønsker, med håp om å bedre situasjonen. De legger ned mye energi i at andre ikke skal få vite hvordan det er hjemme. Mange barn utsletter egne behov. I følge Trondsen (2014) kjenner barna på en ustabil og uforutsigbar hverdag, redsel, ensomhet, sorg og savn. Dette støttes av Foster (2010), Van saltvoort, Hosman, Janssens & Van Doesum I (2014), og Haukø og Stamnes (2009). Foster (2010) avdekket i sin studie at det som de voksne barna var mest skuffet over i sin oppvekst, var at helsepersonell ikke så de og støttet dem.

Ifølge Kvello (2010, s. 2011) handler omsorgssvikt om tre forhold. For lite omsorg, for lite beskyttelse mot farer og for lite eller skadelig stimulering. Foster viser i sin studie at barn av psykisk syke har en økt risiko for å oppleve omsorgssvikt. Slik jeg ser det er ikke psykisk lidelse synonymt med omsorgssvikt, men noen ganger trenger barna at noen griper inn i omsorgssituasjonen. Ansatte i hjelpeapparatet kvier seg ofte for å melde fra om bekymring til barnevernet av frykt for at barna skal bli tatt ut av hjemmet (moen, 2012, s. 27). Lauritzen og Reedz (2013) oppdaget at helsepersonell er usikre på hvordan de skal gå frem og de redde for å ødelegge forholdet til pasientene når det gjelder plikten (§ 33 kapittel 6 i helsepersonelloven, 1999) til å varsle barnevernet ved omsorgssvikt. Det er derfor ordningen med barneansvarlig personell er så viktig. Sentral kunnskap for barneansvarlig er lovverk knyttet til barn og barnevern, og skal være en handlingskompetent ressursperson (Helsedirektoratet, 2010). Som nevnt tidligere (Lauritzen og Reedz 2013) følte barneansvarlig seg alene med ansvaret, et tiltak kan derfor være at det er to eller flere barneansvarlige som deler på oppgaven.

5.1.3 Kommunikasjon og utvikling

Opplevd omsorgssvikt kan føre til at barna føler redsel og frykt for å tilnærme seg og åpne seg for fremmede personer. Men i følge Eide & Eide (2007, s. 359) kan tillitt, kontakt og relasjon kan skapes gjennom tid og kontakt

Grønseth og Markestad (2013, s. 83) sier at for at sykepleier skal få tillit hos et barn må sykepleieren vise interesse, respekt og bruke tid til å bli kjent. Sykepleieren må kunne gi av seg selv og tørre å bli følelsesmessig berørt. Ærlighet er viktig og sykepleieren skal hjelpe barnet til å oppnå forståelse. Som Eide og Eide (2007, s 374) peker på vet man ikke hva barnet er mest opptatt av uten å snakke med barnet selv. Ved å dele bekymringsbyrden og bli forstått, øker mestringsevnen. Det er derfor viktig å finne måter for å hjelpe barna med å dele det det har på hjertet. En kan også kommunisere med barn gjennom lek, tegning rollespill og bøker (Eide og Eide, s. 361).

Travelbee ser på kommunikasjon som en prosess og et verktøy i sykepleiesituasjoner (Eide og Eide, 2007, s. 136). Sykepleiere står i en god posisjon til å lære å kjenne pasienten og hennes pårørende. Ved å ha fokus på Travelbees "menneske-til-menneske-forhold", kan sykepleiere tilrettelegge for at informasjon og veiledning blir individuell og tilpasset hvert enkelt barn og familie. Barn er i stadig utvikling, det er derfor viktig, mener jeg, at helsepersonell som skal snakke med barna har kunnskap om barns utvikling, hvordan en kommuniserer med barn og ha fokus på å bli kjent med det unike barnet. Alle barn er forskjellige og det krever at helsepersonell som kommuniserer med barna ser barnas individuelle styrker og utfordringer. Helsepersonell må ta hensyn til barnets alder og forutsetninger til å forstå når en bruker ord, begreper og nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide 2007, s. 362). Barn i 8-11 års alder vet forskjell på fantasi og virkelighet, de har en klar forestilling om seg selv i forhold til andre og kan derfor ha god nytte av gruppesamtaler. De kan også vise forståelse for andres reaksjoner. Selvfølelsen i denne alderen er utsatt, derfor er hjelp til mestring viktig (Eide og Eide 2007, s. 372). I følge Grønseth og Markestad (2013, s) har barn i alderen 6-12 en bedre utviklet forståelse av hva sykdom er, og har derfor større mulighet til å forstå informasjon om sykdom. Eide (u.å) sier at det er viktig å sikre at barnet forstår hva som blir sagt og at barnet får mulighet til å lufte tanker og spørsmål underveis i en samtale. Det er også viktig å få kartlagt om barnet ønsker hjelp av andre, og om de har behov for støtte og hjelp til å takle hverdagen. Ifølge Borge (2010, s.12) dreier resiliens seg om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer.

5.2 Det resiliente kompetansebarnet

Resiliente barn er barn som har en positiv utvikling, selv om de lever i en vanskelig situasjon. Brekkhus (2012) sier at det ikke alltid går dårlig med barna som har det vanskelig. Barn er forskjellige og de har forskjellige forutsetninger for å stå imot og for å mestre påkjenninger. Brekkhus (2012) peker på noe viktig når hun sier at forståelse av hva som gjør at noen klarer seg, er viktig for å kunne etablere tiltak som kan beskytte eller forebygge mot negative psykologiske vansker. Med andre ord vil identifisering av ressursene i de barna som mestrer å leve med foreldrenes sykdom, gjøre at det blir lettere å kunne støtte og hjelpe de barna som sliter. Dette krever at helsepersonell har god kunnskap om barn og gode kommunikasjonsevner og evne til å se barna. Dette er en viktig kunnskap for å kunne fremme mestring hos den utsatte gruppen som barn av psykisk syke er.

Borge (2010, s. 60-61) har sagt at tidligere negative opplevelser blir forsterket av risiko, dette fører til at barn som lever under dårlige forhold, vil fortsette med uønskede reaksjonsmåter i ulike situasjoner. Hun mener likevel at det er grunn til å tro at utviklingen kan bli positiv ved betydningsfulle hendelser i barnas liv. Dette er viktig, det er med andre ord fullt mulig for barn med uønskede reaksjonsmåter å snu trenden, og bli barn som mestrer å leve og utvikle seg selv om de har foreldre med psykisk sykdom. Antonovsky mener med bakgrunn i sin tenkning at helse er ikke et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet (Voksne for Barn, u.å). Likevel sier Kvello (2011, s.224) som refererer til Skrefing (2001) at en folkehelse undersøkelse i Sverige har vist at barn som lever med omsorgspersoner som har en psykisk lidelse, har en tredobbel risiko for å utvikle psykiske lidelser. I Fosters (2010) studie ser vi at syv av de ti deltagende hadde utviklet psykiske lidelser som angst og depresjon etter oppveksten.

Renolen (2010, s. 58-59) sier at vi i dag snakker mer om det resiliente kompetansebarnet med muligheter og egenskaper til å mestre påkjenninger. Når en snakker om resiliens og resiliente barn kommer man ikke utenom uttrykket løvetannbarn. Hansen (u.å) beskriver løvetannbarn som barn som klarer seg tross alle odds. Det er flere faktorer som spiller inn for at disse barna mestrer vanskelige forhold. Borge (2010,s. 15) mener at resiliens oppstår gjennom samarbeid mellom barnets individuelle egenskaper og miljøets egenskaper. En av disse egenskapene kan være at barnet ser og forstår sammenhengene med det som skjer dem. At barnet har en opplevelse av sammenheng kan være til stor hjelp for barnet med å forstå sin egen situasjon.

Antonovsky (2000, s. 34-36) skriver i sin teori at opplevelsen av sammenheng (OAS) er svaret på hvorfor noen klarer seg bedre enn andre. Antonovskys teori består av de tre elementene håndterbarhet, mening og forståelse (2000, s. 35-36). For et barn med psykisk syke foreldre

innebærer det at barnet forstår hva som skjer, at det opplever at ressursene til å takle det er tilstede, og at anstrengelsen barnet legger i dette gir et positivt resultat. Et barn som opplever å ikke forstå eller bli forstått, mener jeg, kan heller ikke se meningen, og om anstrengelsen ikke gir en noe positivt, vil barnet gjerne sitte igjen med et dårlig selvbilde, lite initiativ og liten tro på egen mestring.

Lazarus og Folkman mener at for å mestre stress, bruker man både indre og ytre ressurser. En retter seg utover for å finne støtte og hjelp, og en lener seg innover ved å søke informasjon og lære seg nye ferdigheter

Ruud (2011, s. 84-87) peker på noe vesentlig når han skriver at foreldre som tillater hjelp fra andre er en viktig resilient faktor. Han understreker også betydningen av å ha en velfungerende forelder der den andre er belastet. Dette bekreftes av Moen (2012, s. 43) som nevner en god rollemodell i den friske forelderen, som ivaretar og gir barnet positiv oppmerksomhet som en viktig beskyttende faktor. Det er imidlertid ikke alle barn som har dette. Det kan være mange årsaker til dette. Da nevner både Moen (2012, s. 43) og Ruud (2011, s. 84-87) at øvrig familie og nettverk er viktig støtte. De nevner også trygg tilknytning utenfor familien. Å ha en betydningsfull person som har brydd seg, er noe som går igjen i forskning på resiliens. Fellesnevneren for mange av de som har klart seg bra, er å ha minst en stabil kontaktperson i livet sitt. Denne personen kan også være en bestemor, en lærer, en saksbehandler, helsearbeider eller lignende (Ruud, 2011, s. 84-87). Haukø og Stamnes (2009) sier at situasjonen til barna blir mer komplisert hvis barnet opplever fravær av betydningsfulle personer som kan støtte dem. Dette støttes også av Sjølvberg (2011, s. 62) som siterer Rutter (1985) når han sier at hvorvidt barn av psykisk syke selv vil utvikle psykiske lidelser, er avhengig av barnet selv og om de har omsorgspersoner i nære omgivelser. Sykepleier må derfor kartlegge om barna har noen som kan fungere som en tillitsperson, som er stabilt tilstede i barnas liv. Denne personen bør være var for barnas behov, og en slik person kan fungere som en støtte og et friminutt fra foreldenes sykdom. Det kan sies at sykepleiere som jobber med barn som pårørende, har en dobbeltrolle når både pasienten og barnet skal ivaretas. Jeg tør påstå at sykepleiers ansvar overfor pårørende er mye mer omfattende og krever mer kompetanse, når den pårørende er et barn.

5.3 Tiltak rettet mot barn som pårørende

Manglende kompetanse var ett av funnene i Lauritzen og Reedz studie (2013). Igjen vil jeg trekke fram Barneansvarlig som uvurderlig ressurs. Arbeidet rettet mot barna skal utføres av kompetente

sykepleiere og andre helsearbeidere, derfor er det viktig at de barneansvarlige «brenner» for barna og er med på å øke kompetansen. En barneansvarlig bør også ha en oversikt over tilbud til barna. Og bidra til at det tverrfaglige samarbeidet fungerer.

Det eksisterer flere gruppetilbud til barn av psykisk syke i Norge. Det å møte andre som har opplevd det samme kan bidra til gjenkjennelse og en følelse av at noen forstår. I følge studien til Van Santvoort et al (2014) ble negative tanker og følelser som hjelpeløshet, skyld og skam redusert og barna utviklet bedre mestringsstrategier når de deltok i en støttegruppe for barn. I Norge har vi forebyggende gruppetilbud for barn i alderen 8-12 år tilsvarende det Nederlandske. I gruppen brukes rollespill, lek, og det blir snakket om tanker og følelser. Erfaring viser at barna ble mer åpne om følelser og tanker hjemme og de ønsket å fortsette med gruppen (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2011).

Studien til Van Santvoort et al (2014) viste at mange av barna som deltok i gruppene allerede hadde store problemer, intervensjonene bør derfor skje tidligere og med høyere intensitet. De anbefaler også mer familie involvering og et mer individuelt tilpasset program.

Foster (2010) sier det vil være viktig å trekke inn familien til barn av psykisk syke, støtte av familien som en enhet kan styrke relasjonene innad i familien, og styrke mestringssevnen til familien. Dette støttes av studien til Van Santvoort et al (2014). De sier at foreldrenes involvering er en av de største faktorene for å lykkes når det gjelder intervensjoner for barn som pårørende, spesielt når det er snakk om små barn

Et eksempel på familiefokusert støtte er Familiesamtalen. Barnas time er et eksempel. Barn 2-18 år skal rutinemessig på et tilbud snarest etter foreldrenes innleggelse. Forståelse av forelderens sykdom, familien og situasjonen barna befinner seg i er i fokus (Haukø og Stamnes, 2009, s 52). Barnas Time gjennomføres med foreldre, barn og eventuelt andre nærpersoener til stede. Barna får også mulighet til tid alene sammen med veileder og evalueringsstudien viser at de fleste opplevde at det var greit å få snakke alene med veilederne. I etterkant av timen har veileder eller behandler samtale med foreldrene. Evaluering av tilbudet viser at de fleste har hatt godt utbytte av tilbudet og barna var tryggere. Familiene kommuniserte bedre i etterkant. (Haukø og Stamnes, 2009). Det finnes flere tilsvarende hjelpetiltak ved institusjoner i Norge (Sundfær, 2012, s. 27).

6.0 Konklusjon

Helsepersonell har siden 2010 vært lovpålagt å gi barn som pårørende støtte og informasjon. Forskning viser imidlertid at rutineene ikke er gode nok enda. Helsepersonell har uttrykt behov for mer kompetanse og de rette verktøyene for å utøve godt arbeid med familiene og barna. Arbeidet med implementering av de nye retningslinjene bør skje raskere og det trengs gode rutiner, prosedyrer, ressurser, økt kompetanse, og et godt tverrfaglig samarbeid. De forskjellige institusjonene bør ta lærdom av hverandre. Barneansvarlig bør være en person som innehar bred kunnskap om barn og kan kanskje være to i forhold til det store ansvaret de har.

Vi har sett at barn blir påvirket av foreldrenes sykdom. De opplever ofte en ustabil og uforutsigbar hverdag, redsel, ensomhet, sorg og savn. Forskning har vist at barna savner informasjon og oppfølging, de trenger kunnskap til å forstå hva som skjer. Det viser seg at kunnskap er nøkkelen til opplevelsen av sammenheng, som igjen er viktig for barnas mestring.

Vi har blitt kjent med begrepet «løvetannbarn». Dette er barn som klarer seg bra, selv om de opplever vanskelige ting. Dette er resiliente barn som gjennom indre og ytre egenskaper mestrer forelderens sykdom. Gjennom å se på hva som gjør at de mestrer kan en etablere tiltak som beskytter barna.

Sykepleiere på psykiatrisk avdeling er i en unik posisjon til å identifisere og følge opp barna tidlig. Forskning peker på at dette er viktig forebygging. Videre funn viser at sykepleier kan styrke barnets opplevelse av mestring ved å etablere et godt forhold til foreldrene og innhente samtykke til å kunne gi barna informasjon og støtte, Identifisere personer i omgangskretsen som kan fungere som en trygg og stabil støtte for barnet og ved å ha kunnskap om hvordan en kommuniserer med barn.

Vi har sett familien er viktig for å lykkes i arbeidet med barna, derfor kan familiefokusert støtte som barnas time og lignende være gode tiltak. Gruppetilbud til barn av psykisk syke har vist at barna synes det er positivt å møte andre som har opplevd det samme og kan bidra til gjenkjennelse og en følelse av at noen forstår

7.0 Referanseliste

- .Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reizels Forlag
- Backe-Hansen, E. (2009. 01. September). Barn. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/forskning-pa-bestemte-grupper/barn/>
- Borge, A., I., H. (2010). *Resiliens - Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Bekkhus, M. (2012, 18. Mai). Resiliens - hvorfor klarer noen barn seg på tross av risiko? Hentet fra <http://forebygging.no/Artikler/2014-2012/Resiliens---hvorfor-klarere-noen-barn-seg-pa-tross-av-risiko/>
- Barnevernsloven (1993). Lov om barneverntjenester av 01. Januar 1993 nr. 15. Hentet 15. Februar 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, G. (u.å). Barn som pårørende – fra lov til praksis. Hentet fra <http://www.sshf.no/SiteCollectionDocuments/Gunder/GC-14-1/Samtaler%20med%20barn%20og%20foreldre%20-%20PDF.pdf>
- Floor, V.S., Clemens, M.H.H., Doesum & Janssens, J.M.A.M. (2014). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 23(6): 473-484. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-013-0476-9>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 6. Mai). Barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol. Hentet 14.januar. 2016 fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=90587>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 11. November). Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk. Hentet 22. Februar 2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författerna och Bokförlaget Natur och Kultur.

- Foster, K. (2010). "You'd think this roller coaster was never going to stop": experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(21/22), 3143-3151. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hansen, Frid. (u.å). Hva vet vi om løvetannbarn som sosialt fenomen? Hvilken betydning har f. eks biologiske forutsetninger? Hentet fra <http://www.forebygging.no/spm-og-svar/1-Teorilitteratur/Hva-vet-vi-om-lovetannbarn-som-sosialt-fenomen-Hvilken-betydning-har-f-eks-biologiske-forutsetninger/>
- Haukø, B,H & Stamnes, J,H. (2009). *Barnas time - En temafokusert barne og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Haukø, B. & Stamnes, J. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien*, 97, 32-35
DOI:10.4220/sykepleiens.2009.0084
- Helsebiblioteket. (2014). Barn som pårørende. Hentet 14.januar 2016 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/barn-som-parende-3-underprosedyre-tiltak-internt#preparation>
- Helsedirektoratet. (2010). Barn som pårørende. (Rundskriv IS-5/2010). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parende-IS-5-2010.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr. 64. Hentet 02. februar 2016 fra <http://www.lovdatabank.no/all/nl-19990702-064.html>
- Killen, K. (2009). *Sveket 1 - Barn I Risiko og omsorgsviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kvelling, Ø. (2011). *Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2015, 3. Juni). Barn med psykisk syke foreldre:
Behov for nye rutiner og bedre implementerings-strategier. Hentet fra <http://psykologisk.no/sp/2015/05/e10/>
- Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2013). Support for children of mental health service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16, 12–18. doi: 10.7748/mhp2013.07.16.10.12.e875.
- Lauritzen, C. & Reedtz, C. (2014). Translating knowledge about parental mental illness to the field of practice. *Journal of General Practice*. doi: 10.4172/2329-9126.1000176.

- Moen, G.L. (2012). Barnas møte med psykisk lidelse- En datters historie. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014, 24. November). Sjekkliste Kvalitativ 2014. Hentet 1. Februar 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok. (2. utg.). Oslo: Akribe.
- NSF (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Hentet 28. Januar 2016 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Reitan, A, M. (2011). Mestring. Knutstad, U. (red). Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2 (3. utg., s. 74-107). Oslo: Akribe
- Renolen, Å. (2010). Forståelse av mennesket – innføring i psykologi for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget
- Ruud, A,K. (2011). Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02. juli 1999 nr. 61. Hentet 02. Februar 2016 fra <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-061.html>
- Støren, I. (2013). Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sundfær, Aase. (2012). God dag, jeg er et barn- Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien. Bergen: Fagbokforlaget
- Sølvberg, H., A. (2011). Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende - Samtalegruppen som frigjørende redskap. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Sørlandet sykehus. (2016, 4. Januar). Om Barns beste. Hentet 27. Januar 2016 Fra http://www.sshf.no/pasient_/kompetansentre_/barnsbeste_/om-barnsbeste
- Travelbee, j. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademiske

Voksne For Barn. (U.å). Om å jobbe med mestring og motstandskraft i barnehagen. Hentet 02.Februar 2016 fra http://vfb.no/no/om_barn_og_psykisk_helse/nar_barn_er_parorende/for_deg_som_moter_barn_i_jobben/ditt_mote_med_barn_og_foreldre/resilience_og_mestring/

Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). Styrk sterke sider - Håndbok i resiliensgrupper for barn med Psykososiale belastninger. Oslo: Kommuneforlaget

Øvreeide, H. (2009). Samtaler med barn. Kristiansand: Høybokforlaget