



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Ivaretaking av barn som pårørende

Bachelorstudium i sjukepleie

SK 152

Avdeling for helsefag

02.06.2017

6999 ord

Signe Bjorøy

Rettleiar: Kari Eldal

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Samandrag

Tittel

Ivaretaking av barn som pårørende

Bakgrunn for val av tema

I Noreg er det om lag 450.000 barn som er pårørende til ein forelder som har psykisk sjukdom og/eller alkoholmissbruk. I praksis ved ulike distriktpsikiatriske senter møtte eg fleire barn som pårørende. Etter samtale med barna sitt eg igjen med eit inntrykk av at barn opplevde situasjonen som utfordrande og hadde mange tankar om kva psykisk sjukdom var og kva den kom av. Ønskje om å vite meir om korleis ein kan hjelpe barn som pårørende i ein sårbar situasjon gav grunnlag for val av tema.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar ivareta barn som pårørende til ein forelder med depresjon som er innlagt på døgnbehandling i distriktpsikiatriske senter?

Framgangsmåte

Oppgåva er litteraturstudie basert på litteratur frå pensum, sjølvvalt litteratur, fire forskingsartiklar, offentlege dokument og egne erfaringar frå praksis.

Oppsummering

Barn som pårørende kan ha mange tankar om den psykiske sjukdomen til forelderen, og barn kan ha lett for å kjenne skuld for å forårsaka forelderen sin sjukdom. Forsking syner at sjukepleiarar sitt bidrag med å blant anna gi barn ekstra støtte og aldertilpassa informasjon kan hjelpe barn i ein sårbar situasjon. Samstundes syner forskning at sjukepleiarar har behov for meir kunnskap om korleis ein samtalar med barn om psykisk sjukdom.

Nøkkelord: Ivaretaking, barn som pårørende, depresjon, children as relatives & children of parents with mental illness

Innholdsfortegnelse

1	INNLEIING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA	1
1.2	PROBLEMSTILLING	1
1.3	AVGRENSNING OG BEGREPSFORKLAING AV PROBLEMSTILLING	2
1.4	DISPOSISJON AV OPPGÅVE	2
2	METODE	3
2.1	VAL AV LITTERATUR	3
2.2	SØKE- OG UTVALSPROSESSEN	3
2.3	KJELDEKRITIKK	4
3	TEORIDEL	6
3.1	BARN AV FORELDRE MED PSYKISK SJKDOM	6
3.1.1	<i>Utviklingsmessige særtrekk hos barn frå 6-12år</i>	7
3.2	LOVVERK	7
3.2.1	<i>Rundskriv og brosjyre</i>	8
3.3	SJUKEPLEIETEORI.....	8
3.4	FORSKINGSARTIKLAR.....	9
4	DRØFTING	11
4.1	DET PÅRØRANDE BARNET	11
4.2	BARNEANSVARLEG I PRAKSIS	15
5	KONKLUSJON	17
	BIBLIOGRAFI	18

1 Innleiing

Blir eit medlem i ein familie ramma av psykisk sjukdom kan det vere ei påkjenning for familien. Særleg kan det vere ei påkjenning for barnet viss det er barnet sin omsorgsperson som vert ramma (Sølvberg, 2011, s. 18). I 2011 synte tal frå Folkehelseinstituttet at det var om lag 410.000 barn som hadde ein eller to foreldre med psykisk sjukdom og 90.000 barn med minst ein forelder som misbrukte alkohol. Totalt er det berekna å vere ikring 450.000 barn som pårørande i denne samansette gruppa då nokon av barna har foreldre som tilhøyrar begge gruppene (Torvik & Rognum, 2011). Barn av psykisk sjuke foreldre har sjølv ein risiko for å utvikle psykisk sjukdom (Sølvberg, 2011, s. 18).

Forsking viser at det ofte er sjukepleiarar som får ansvar for barn når dei besøker foreldre innlagt i psykiatrisk institusjon (O'Brien et al., 2011). Det vil utløyse eit ansvar av sjukepleiar jamfør Helsepersonelloven (1999) §10a. om å bidra til å ivareta barn som pårørande.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I praksis hospiterte eg på ei barneavdeling, der oppdaga eg utfordringar i forhold til kommunikasjonen med barna. Eg er svært glad i barn, men på ei barneavdeling opplevde eg at det til tider var noko problematisk å kommunisere direkte til barn. Dei sjuke barna hendvente seg ofte til sin pårørande, forelderen, slik at ein kommuniserte til barnet gjennom forelderen. Dette kan blant anna skyldast kort hospitering og lite erfaring som gav grunnlag for å ikkje komme i god nok kontakt med barna. I praksis i psykisk helsevern fekk eg sjå barn frå ei anna side. I møte med barn som pårørande av ein psykisk sjuk forelder som var innlagt på distriktpsikiatrisk senter (DPS) så opplevde eg at barna tok meir ansvar for kommunikasjon til sjukepleiar og prøvde å vise seg som ei støtte ovanfor forelderen. Ut frå alderen til dei ulike barna følte eg at mange av barna fekk og tok meir ansvar enn kva som kanskje var normalt for deira alder. Kanskje kan desse barna beskrivast som små vaksne, men barn er jo ikkje små vaksne. Eg fann situasjonen om barn sine tanka og oppleving av forelderen sin sjukdom svært interessant, og ønskje om å vite meir om korleis ein kan hjelpe barn som pårørande i ein sårbar situasjon gav grunnlag for val av tema.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av dei erfaringane eg har gjort meg i praksis vil eg i denne oppgåva ta for meg sjukepleiar i møte med barn som er pårørande til ein forelder med psykisk sjukdom. Problemstillinga i oppgåva blir såleis:

Korleis kan sjukepleiar ivareta barn som pårørande til ein forelder med depresjon som er innlagt på døgntil behandling i distriktpsikiatrisk senter?

1.3 Avgrensning og begrepsforklaring av problemstilling

Å ivareta er eit omfattande omgrep, men er i denne oppgåva handlingar sjukepleiar gjer saman med barnet i samband med kommunikasjon og informasjon. Barn som pårørande er ikkje eintydig det same som pårørande. Barn som pårørande er personar under 18 år og dei har ikkje dei same rettighetane som pårørande over 18 år, og skal ikkje påleggast noko ansvar for sine foreldre (Ytterhus, 2012, s. 21). Oppgåva er avgrensa til å omhandle barn mellom 6-12 år. Utgangspunktet er at forelderen har samtykka til at barnet kan få informasjon og oppfølging tilpassa alder og modnad. Skulle forelderen nekte barnet informasjon så må sjukepleiar forholde seg til retningslinjer for det, men dette blir ikkje gått i djupna på i denne oppgåva.

Når forelder blir nemnd i denne oppgåva er det meint forelder med psykisk sjukdom som er frivillig innlagt som pasient på distriktpsikiatrisk senter (DPS) med personale til stades 24 timar i døgnet året rundt. Den psykisk sjuke forelder er anten ei mor eller ein far som har foreldreansvar saman med ein annan forelder. Den andre forelderen er ikkje psykisk sjuk, og er heime saman med barnet medan den psykisk sjuke forelderen er innlagt på DPS. Forelderen med psykisk sjukdom har diagnosen depresjon, som kan definerast som nedstemt kjensle, negative tankar om seg sjølv og om ein held ut eit slik liv blir for overveldande (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 30). Det kan vere at forelderen har opplevd reaksjonar på motgang i livet som samlivsbrot, tap av arbeid og økonomiske utfordringar, der desse reaksjonane ikkje har gått over og før til depresjon. Opphaldet i DPS er tenkt å vere ei kort innlegging på nokre veker som skjer for fyrste gong. I denne oppgåva prøve eg å diskutere korleis sjukepleiarar kan ivareta barn gjennom samtale når dei besøker forelderen på DPS.

1.4 Disposisjon av oppgåve

Oppgåva er inndelt i fem hovudkapittel. Fyrste kapittel gir ei oversikt over val av tema, problemstilling og avgrensning. Kapittel to viser val av metode for oppgåva og søke- og utvalsprosessen av litteratur med kjeldekritikk. Vidare er det ein teoridel som omhandlar barn som pårørande, lovverk og offentlege dokument, sjukepleiarteori og forskingsartiklar som er relevante for tema. I fjerde kapittel er det drøfting av teori og egne erfaringar som eg har fått gjennom praksis, barn som blir nemnde er gjort anonyme ved å skifte kjønn på gut/jente eller om det er mor/far. Til slutt vert konklusjonen presentert.

2 Metode

Metode er ein framgangsmåte for korleis ein bør gå til verks for å få tak i eller etterprøve kunnskap. Ein metode bygger på å gi gode data og belyse spørsmål på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012, s.111-112). I denne oppgåva er det valt litteraturstudie som metode, det vil seie kunnskap som i hovudsak er bygd på skriftlege kjelder (Dalland & Trygstad, 2012, s. 223). Eg trur dette er ein god måte å svare på problemstillinga då eg ser på litteraturen, samanliknar data og drøftar funna før eg avslutningsvis vil ha ein konklusjon basert å funna.

2.1 Val av litteratur

I søk etter forskning og faglitteratur har eg funne mykje relevant litteratur. I søk etter litteratur nytta eg kategoriane "barn som pårørende", "foreldre med psykisk sjukdom" og "psykiatri". Bøker som har høyrte til pensumlista for bachelor i sjukepleie tenker eg er kvalifiserte til å bruke sidan dei er gjennomgått av fagpersonar ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Eg har nytta anbefalingar frå HVL knytt til søkemotoren ORIA. ORIA synes eg har vore ein god framgangsmåte for å finne bøker innan for tema. I val av forskning inkludert eg ein kvantitativ forskingsartikkel, to kvalitative forskingsartiklar og ein systematisk oversiktsartikkel. Eg ser det på som ein fordel å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning, dette fordi ein kvantitativ artikkel kan gi større bredde enn kvalitativt og kvalitativ kan gi meir djupne om erfaringar og opplevingar, dette tenker eg gir eit grundig grunnlag for å svare på problemstillinga på ein fagleg god måte. Søkeprosessen etter forskning var gjort i tidsperioden 19.04.17-30.04.17.

2.2 Søke- og utvalsprosessen

Eg nytta databasane Academic Search Elite inklusiv CINAHL og MEDLINE for å finne forskingsartiklar. Søket var avgrensa til tidsperioden januar 2007 - mai 2017 og til engelskspråklege artiklar. Eg kombinerte søkeorda "mental disorders", "mental health" og "mental illness" med OR og fekk 452 811 treff. Deretter kombinerte eg "children as dependents" og "children as relatives" med OR og fekk 7899 treff. Så kombinerte eg dei to samansette søka med "psychiatric hospitals" og "depression" med AND og fekk 10 treff. Her fann eg ein forskingsartikkel eg syntes var interessant: *The response of children to the psychiatric hospitalisation of a family member* (Sivec, Masterson, Katz & Russ, 2008).

Sidan eg ønska fleire forskingsartiklar gjorde eg eit nytt søk med dei same avgrensingane som tidlegare, men med søkeordet "children of parents with mental illness". Denne setninga fann eg som nøkkelord i den tidlegare forskingsartikkelen. Søk i databasane gav 415 treff. Ved å lese overskriftene til artiklane skilte eg ut kva av artiklane eg fann interessant og ikkje. Vidare leste eg samandraget og igjen tok med dei artiklane eg synes var relevante. Tre artiklar vart valt: *Self-expressed strengths and*

resources of children of parents with a mental illness: A systematic review (Drost, Krieke, Systema & Schippers, 2016) , *Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness* (Tabak et al., 2016) og *Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff* (O'Brien, Brady, Anand & Gillies, 2011).

For å finne fagbøker rådførte eg meg med bibliotekarane på HVL for å få tips om relevante bøker som handlar om "barn som pårørande". Eg nytta også det same biblioteket sin søkemotor ORIA for å finne slike bøker. Då eg hadde funne bøker skumleste eg relevante kapittel og fann då fram til andre bøker som var vist til. Eg gjorde manuelle søk i litteraturlista til dei enkelte bøkene der eg fann primærkjelder og andre interessante bøker innanfor tema.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er metodar som nyttast for å fastslå om kjelder er sanne. Det betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er blitt nytta (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67). I forhold til tema har eg funne mykje skriftleg informasjon som eg har sett på som relevant for oppgåva. I utvalsprosessen vurderte eg funna ut i frå relevans, haldbarheit og gyldighet for problemstillinga mi. Relevans handlar om verdien kjelda har i forbindelse med spørsmålet som stillast, haldbarheit og gyldigheit handlar om at kjelda er ekte og om den er truverdig (Dalland & Tygstad, 2012, s. 74).

Undervegs i oppgåva har eg vist til kjelder som har blitt nytta samstundes oppgitt sidetall for at lesaren kan finne igjen litteratur eg har nytta meg av. Eg prøvd å ikkje nytte litteratur som er eldre enn 10 år med tanke på haldbarheit og relevans. Enkelte av primærkjeldene eg har nytta er eldre enn 10 år og har dansk opprinnelse. Eg har likevel valt nytte desse då dei inneheld dei opprinnelege tankane, utsegna eller fakta som kan gi eit meir nøyaktig funn enn å nytte sekundærkjelde av nyare dato og andre fortolkingar.

Ved eit tilfelle nytta eg både primær- og sekundærkjelda. I val om sjukepleieteoretikar nytta eg Kirkevold (1998) sin analyse og evaluering av Kari Martinsen sin omsorgsteori. Dette er fordi eg ønska å lese ein anna tolking med ris og ros av omsorgsteorien enn Martinsen (2003) sjølv skriv i eiga bok. Fordelen med dette kan vere å sjå fleire sider av omsorgsteorien. Ulempa kan vere viss Kirkevold si tolking påverkar meg på ein slik måte at eg stolar meir på hennar tolking enn mi eiga oppfatning av Martinsen sin omsorgsteori. I oppgåva har eg vore bevisst på å skilje tolkningane.

Forskningsartiklane som er valt ut har eg sjekka opp mot **IMRAD**-prinsippet, dette fordi eg tenker det er gunstig med tanke på at dei fleste vitenskaplege artiklar er oppbygd etter dette prinsippet. **IMRAD** er ein forkorting for **I**ntroduksjon som handlar om kvifor forfattaren utfører studiet, **M**etode som vil seie korleis forskinga blei gjennomført og funna analysert, **R**esultat kva dei fann ut, **A**nd og **D**iskusjon

som vil seie kva forfattaren meina resultatet betyr (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim & Reinar, 2012, s.69). For å finne ut kva type forskingsartiklar det var vurderte eg artikkane ut frå Kunnskapssenteret (2017) sine sjekklister.

I tillegg til enkeltstudiar er det inkludert ein systematisk oversiktsartikkel i oppgåva, det vil seie ei oppsummering og samanstilling av resultat frå alle relevante studiar (Dalland & Tygstad, 2012, s. 79). Eg trur det er ein fordel å ta med ein systematisk oversiktsartikkel då den samanlikna fleire primærstudiar.

3 Teoridel

Teoridelen byrje med ei omgrepforklaring av "barn som pårørande", moglege utfordringar barn kan ha i samband med forelderen sin depresjon og om barn sine rettar. Utviklingsmessige særtrekk blir presangtert for å vite kva som generelt kjenneteiknar aldersgruppa. Vidare er det lovverk og eit rundskriv som er med på å regulere sjukepleiar sin yrkesutøving til barn, samt ei brosjyre. Så blir Kari Martinsen sin omsorgsteori presangter og til slutt forskning. For at sjukepleiar skal ha forutsetning for å ivareta barn som pårørande må sjukepleiar ha kunnskap om korleis den skal forhalde seg til barn, kva som regulerer yrkesutøving og halde seg oppdatert i forhold til forskning.

3.1 Barn av foreldre med psykisk sjukdom

Lever eit barn i ein familie der foreldre er ramma av sjukdom, blir dei pårørande (Nordenhof, 2012, s. 26). Jamfør Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 b. er "pårørande" definert til å vere ein myndig person, ein person over 18år, som har visse rettar i forhold til den sjuke. Den pårørande har rett til informasjon om den sjuke og innsyn i pasientjournal dersom pasienten samtykker til det eller det ligg føre forhold som tilseier til det. Mindreårige barn har andre rettsstillingar enn myndige personar, og kan dermed ikkje påleggast noko ansvar for foreldra sine (Ytterhus, 2012, s. 21).

Skulle eit familiemedlem bli ramma av psykisk sjukdom kan det særleg vere ei påkjenning for barnet dersom det er omsorgspersonen som vert ramma. Barn som veks opp i ein familie med ein forelder som har psykisk sjukdom, kan gi ei oppvekst med belastningar og spesielle utfordringar. Desse barna kan har risiko for å sjølv utvikle psykisk sjukdom (Sølvberg, 2011, s. 18).

Ein forelder sin depresjon kan verke inn på eit barn. Er det ein sjuk forelder i heimen, så vil det gjer noko med stemninga i heimen, og det kan sette spor i barna sitt stemningsleie og påverke optimismen i forhold til livet. Barn kan ha lett for å misforstå årsaksforhold og kan få skuldkjensle for å ha forårsaka den sjuke forelderen sin tilstand og for å ikkje kunne vere til hjelp. Barn har ikkje utvikla vaksne beskyttelsesstrategiar, så om barn blir brukt som samtalepartner av forelderen kan barnet bli dratt inn i den depressive sin tankegang, som kan beskrivast som eit "svart hol". Barnet kan då bli så utrygge på egne evner at dei ikkje meistrar sin eigen tristhet og sorg, og bli redd for å bli som forelderen og redd for å dra andre inn i sitt eige "svarte hol" (Sølvberg, 2011, s. 84). Barn har risiko for å få forstyrningar i utviklinga og sjølv oppleve psykiske problem når foreldre med psykisk sjukdom ikkje er i stand til å reagere hensiktsmessig på dei signala barn sender ut (Gammeltoft & Lier 1999, ss. 39-40). Barn kan også på ta seg ein vaksen si rolle for å hjelpe den sjuke forelderen (Nordenhof, 2012, s. 26).

Barn kan ha resiliens, som handlar om barn sin motstandskraft mot å utvikle psykiske problem. Det kjem til syne hos barn som viser effektiv og vellykka tilpassing på tross av kriser og truande omgivnader (Borge, 2003, s. 14).

I samtale med barn kan ein nytte samtaleform som bygger på å vere bearbeidande, støttande og informasjonsgivande. Ei slik samtaleform har som hensikt å dekke barnet sitt augeblikkelege og langsiktige behov for å mestre og forstå sin eigen situasjon. Ein kan då hjelpe barnet i ein her-og-no-situasjon (Øvreeide, 2009, ss.168-169). For at barn skal formidle perspektivet sitt i samtale er det viktig å ha god kontakt og ein god dialog med barnet (Nordenhof, 2012, s.29). "Børneperspektivet er således de voksnes forsøg på at forså og sætte sig ind i de tanker og opfattelser, barnet har af sit eget liv" skriv Jan Kampmann (2000, s. 25).

I Barnekonvensjonen står det at barn har rett til å ha egne synspunkt og fritt utrykke sine synspunkt i forhold som angår dei, synspunkta til barn skal svarast på i samsvar med barnet sin alder og modnad. Barn som er åtskilt frå ein eller begge foreldre har rett til å oppretthalde kontakt med dei (FN-sambandet, 1989).

3.1.1 Utviklingsmessige særtrekk hos barn frå 6-12år

Arvelege faktorar bestemmer barn sitt potensial for utvikling, medan miljøfaktorar som til døme *fysiske- og psykologiske behov* bestemmer i kva grad dette potensialet blir utnytta. Psykologiske behov er behov for tryggleik, kontakt, gode rollemodellar og riktig utfordringar (Grønseth & Markestad, 2011, s.25). Særtrekk utviklingsmessig for barn i alderen 6-12 år kjenneteiknast ved at dei har utvikla ein del ferdigheter som at dei er meir sjølvstendige, evnar å sjå ting frå andre sitt perspektiv og skilje opplysningar frå viktig/ ikkje viktig. I denne alderen kan barna ha fått ein betre forståelse for kva sjukdom er, men 6-7 åringar kan framleis sjå på sjukdom som straff og få skyldkjensle som følgje av det (Grønseth & Markestad, 2011, ss. 58-59).

3.2 Lovverk

Lovverk som er aktuelle i denne oppgåva er valt ut frå at det har samanheng med barn som pårørande til forelder innlagt i DPS.

I Helsepersonelloven (1999) §10 a. står det at helsepersonell skal bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørande. Det inneberer informasjon og nødvendig oppfølging barn av pasientar med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengighet, alvorleg somatisk sjukdom eller skadde har behov for. Vidare står det i lova 3 ledd a) til b) at helsepersonell skal samtale med pasienten om barnet sitt informasjons- og oppfølgingsbehov og tilby rettleiing og informasjon om aktuelle tiltak. Helsepersonell skal handle innanfor rammene for teieplikt og innhente samtykke til å foreta eventuell oppfølging.

Helsepersonelloven (1999). §21 hovudregel om teieplikt er at helsepersonell skal hindre andre i å få tilgang til opplysningar som folk sine legems- eller sjukdomsforhold eller andre personlege forhold ein får vite i eigenskap av å vere helsepersonell.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-7 a. står det at helseinstitusjonar under spesialisthelsetenesta skal ha barneansvarleg personell som har ansvar for å fremje og koordinere helsepersonell si oppfølging av mindreårige barn av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatiske sjuke eller skadde pasientar.

3.2.1 Rundskriv og brosjyre

Helsedirektorartet (2010) har utarbeidd eit rundskriv som omhandlar lovendingane som blei vedtatt 19. Juni 2009 i Helsepersonelloven (1999) §10a. og Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-7a. for å sikre at helsepersonell skal kunne identifisere og ivareta informasjon- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørnde har. Endringane trådte i kraft 1. Januar 2010.

BarnsBeste (2017) har utarbeidd brosjyren "Til barneansvarlig helsepersonell" som er bygd på Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a. Brosjyren si hensikt er synleggjere kunnskap og informasjon om arbeid med å ivareta barn og familiar.

3.3 Sjukepleieteori

Kari Martinsen er utdanna sjukepleiar, magister i filosofi og dr. Philos frå 1986 (Martinsen, 2003).

Martinsen omsorgsteori tar utgangspunkt i at omsorg er grunnleggjande for menneskeleg liv. Menneske er avhengige av andre menneske, og særleg når sjukdom eller lidning kjem til syne, kjem avhengigheit til andre fram. Omsorg er eit rasjonelt begrep som beskrive det eine menneske sitt svar på den andre sin avhengigheit (Kirkevold, 1998, s.169).

Martinsen (2003, ss. 67-68) beskriv omgrepet omsorg som vidt. Det kan blant anna vere å "ta hensyn til" og "hjelp". Omsorg er samansett av "om" og "sorg", men "sorg" betyr i dette tilfelle meir "å sørge for" enn "sørge". Martinsen tar utgangspunkt i at omsorg alltid forutsetter to partar.

Martinsen beskriv omsorg ved tre aspekt; omsorg som eit rasjonelt omgrep, omsorg som forbilde i praksis og omsorg som ei moralsk side:

1. Omsorg er eit rasjonelt begrep som her beskrivast som at vi er avhengige av kvarandre, men at det ikkje står i motsetning til å vere sjølvhjulpen.
2. Omsorg som forbilde i praksis tar utgangspunkt i prinsippet om ansvaret for svake. Det kan grunnjevast ut frå at alle kan komme i ein situasjon der ein har behov for hjelp av andre, og

at ein derfor bør handle slik at alle kan få same moglegheit til leve eit best mogleg liv som dei er i stand til.

3. Omsorg har ei moralsk side som handlar om korleis vi praktiserer omsorg. Omsorg må lærast ved å gjere seg erfaringar om korleis ansvaret for den svake skal praktiserast. Omsorgsmoral har også å gjere med korleis ein lærer å bruke makt i praksis. Prinsippet om solidaritet overfor den svake skal alltid ligge til grunn med tanke på korleis ein handtera makt (Martinsen, 2003, ss.14-17).

3.4 Forskingsartiklar

The response of children to the psychiatric hospitalisation of a family member.

Denne kvantitative forskingsartikkel er om barn av foreldre med psykisk sjukdom som var innlagt på psykiatrisk sjukehus. Artikkelen prøver å ta sikte på å identifisere kliniske kjenneteikn på angst/depresjon, spørsmål og uro som 49 mindreårige barn i alderen 7-17år har rapportert då forelder var innlagt på psykiatrisk sjukehus. Data var samla inn ved psykologiske testar om angst/depresjon og strukturerte spørsmål. Tilbakemeldingane frå barna var i hovudsak at dei var fornøgdde med å sjå sin forelder på sjukehuset og var ivrige til å samhandle med dei. Til slutt i artikkelen blir det diskutert ulike måtar å møte behova til desse barna. Dette kunne vere å gi barnet ekstra støtte, aldertilpassa informasjon og at helsepersonell skulle førebu forelderen på at barnet kom på besøk (Sivec, Masterson, Katz & Russ 2008).

Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review.

Dette er ein systematisk oversiktsartikkel av 26 artiklar som var valt ut etter eit systematisk litteratursøk i databasane MEDLINE, PsycINFO og CINAHL der det blei vektlagt 160 sjølvrapporterte opplevingar frå barn av foreldre med psykisk sjukdom. Føremålet var å finne styrken barn hadde rapportert å få av å handtere forelderen sin sjukdom, og ytre faktorar desse barna hevda hadde påverka bearbeidingsprosessen. I følgje utsegn beskreib barna seg sjølv som meir modne, sjølvstendige, empatiske og at dei hadde skaffa seg fleire ferdigheter enn jamnaldra barn som ikkje har foreldre med psykisk sjukdom. Ytre faktorar barn hevda kunne påverke bearbeidingsprosessen var støtte frå psykisk helseteneste, sosial støtte og informasjon. Oversiktsartikkelen skisserer også anbefalingar om sjukepleietiltak som kan støtte barn si evne til å takle psykisk sjukdom. Eit tiltak var at den ansvarlege sjukepleiaren for forelderen introduserte seg for barnet og spurte korleis barnet hadde det. Andre tiltak var å identifisere barn sine styrker, sjekke barn sin noverande status og trivsel, at psykisk helseteneste gav støtte og informasjon om sjukdom (Drost, Krieke, Systema & Schippers, 2016).

Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness.

I denne kvalitative forskingsartikkelen var målet å analysere behov, forventingar og konsekvensar av barn som lever med ein psykisk sjuk forelder, frå perspektivet til profesjonelle og familiane. Forskinga var eit samarbeid mellom England, Tyskland, Finland, Italia, Noreg, Skottland og Polen. Resultatet viste at dei viktigaste konsekvensane for desse barna var rollebytte; emosjonelle- og åtferdsproblem, manglande oppmerksomd frå foreldre og stigma. Dei viktigaste behova og forventningane til barna blei beskrive som emosjonell støtte, sikkerheit og tverrfagleg hjelp (Tabak et al., 2016).

Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Preception of staff.

Denne kvalitative forskingsartikkelen tar sikte på å presentere personale sitt perspektiv når barn besøker foreldre på psykiatrisk institusjon. Målet var å sjå behovet for forbetring i tenestetilbodet. Data blei samla inn gjennom intervju. Resultata viste at det ofte er sjukepleiarar som får ansvar for barn som besøker forelderen, at personale opplevde det som eit dilemma om barn skulle besøke foreldre som er innlagt i psykiatrisk institusjon og at det var hindringar for å gjennomføre familievennlege tenester. Likevell var personalet stort sett einige om at det var gunstig at barn kom på besøk, men at dei var noko usikker på deira rolle med barn og kjende seg dårleg rusta til å snakke med barn om psykisk sjukdom grunna manglande kunnskap om aldersmessige resursar. (O'Brien, Brady, Anand & Gillies, 2011).

4 Drøfting

Skulle eit familiemedlem bli ramma av psykisk sjukdom kan det vere ei påkjenning for barnet, særleg viss det er omsorgspersonen som vert ramma (Sølvberg, 2011, s. 18). Som tidlegare nemnd er det ikring 450 000 barn som pårørande til foreldre med psykisk sjukdom og/eller alkoholmissbruk i Noreg (Torvik & Rognmo, 2011). Er pasienten som er innlagt på DPS forelder til eit mindreårig barn, utløyser det eit ansvar som sjukepleiar har til å bidra til at barnet blir ivaretatt, jamfør Helsepersonelloven (1999) §10a. Sjukepleiar som skal samtale med barnet må innhente samtykke frå den psykisk sjuke forelderen til å samtale med barnet om teiepliktig informasjon, jamfør Helsepersonelloven (1999) §21a.

Drøftinga er ein diskusjon i lyset av faglitteratur, fire forskingsartiklar og eigne erfaringar frå praksis i ulike DPS. Fyrste punkt handlar om sjukepleiar i samtale med barn som besøker foreldre på DPS. Vidare blir det diskutert rundskrivet frå Helsedirektoratet (2010) om korleis det tilsynelatande har sett ut til at barneansvarleg har fungert i praksis.

4.1 Det pårørande barnet

Barnekonvensjonen fastslår at barn som er åtskilt frå ein eller begge foreldre har rett til å oppretthalde kontakt med dei (FN-sambandet, 1989). Når forelderen er innlagt i DPS blir barnet åtskilt frå dei. Ei moglegheit for at barnet får oppretthaldt kontakten med forelderen, er at barnet kjem på besøk. Sidan forelderen er innlagt for fyrste gong på DPS, kan det vere fyrste gong barnet er på ein slik institusjon.

Omsorg handlar om å sørge for den svake (Martinsen, 2003, ss. 67-68). Ein sjukepleiar kan sørge for at barnet blir ivaretatt på fleire måtar. Sjukepleiar kan møte barn sine behov ved å gje ekstra støtte, aldertilpassa informasjon om sjukdom, behandling og aktivitet forelderen vert tilbydd. Spesielt er dette viktig for barn under 13 år (Sivec et al., 2008). Forsking viser at det ofte er sjukepleiarar som får ansvar for barn når dei besøker forelder som er innlagt i psykiatrisk institusjon. I mange tilfelle har legar, psykologar og sosionomar kontortid på dagvakter og barn besøker forelderen til andre tider enn det. Derfor er det ofte sjukepleiarar som får den oppgåva ettersom dei er på arbeid (O'Brien et al., 2011). Barn ønskjer at dei som er nære i behandlingsforløpet til forelderen, som sjukepleiarar, skal introdusere seg for barnet og spørje korleis barnet har det (Drost et al., 2016). Det er dermed viktig at sjukepleiaren møter barnet på ein slik måte at det kjenner seg imøtekomen slik at sjukepleiaren kan komme i kontakt med barnet for å kunne ivareta det vidare. I slike tilfelle er det viktig å ha ei situasjonsforståing, det handlar om å ha innsikt i eit anna menneske sin livssituasjon, om kva moglegheiter og avgrensing som er i situasjonen (Martinsen, 2003, s.51). Når ein skal

tilbringe tid saman med barn er det gunstig at institusjonen har eit familievennleg besøksområde tilgjengeleg (O'Brien et al., 2011). I praksis såg det ut til at barn likte besøksrommet betre viss det var utforma slik at det gav moglegheit for både samtale og aktivitet. Når ein skulle samtale med barn om situasjonen verka det som mange barn likte å teikne når samtalen føregjekk. Kanskje fordi det gav barnet moglegheit til å sjølv velje når det skulle vere deltakande i samtalen eller å lytte til samtalen samstundes som å teikne.

Alle kan komme i ein situasjon der dei blir svake og kan ha behov for hjelp frå andre. Ein bør vise solidaritet ovanfor den svake med tanke på korleis ein utøver makt (Martinsen, 2003, s. 17). Barn er mindreårige og har ikkje dei same rettsstillingane som myndige har og kan ikkje påleggast noko ansvar for sin forelder (Ytterhus, 2012, s. 21). Dermed kan barn i mange situasjonar bli oppfatta som den svake. Barn har ikkje noko rett til informasjon som pårørande, dei er ikkje myndige og den eine omsorgspersonen deira er psykisk sjuk og meistrar kanskje ikkje å ivareta barnet som før.

Når ein går inn i samtale om ein situasjon kan det krevje tillit. Tillit kan ikkje skapast, ein må handle slik at ein er verdig tillit (Martinsen, 2003, s. 52). Gjennom handlingar sjukepleiar gjer kan han oppnå tillit frå barn. Barn likar best sjukepleiarar som snakkar vennleg til dei, er snille, rolege og avslappa, lyttar og tilbringer tid saman med dei (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Forsking viser at barn trenger å ha nokon som lytter til dei (Tabak et al., 2016). I praksis har eg erfart at sjukepleiarar som gjekk inn i ein samtale med fokus på lytte til det barn sa om situasjonen og gav rom for at barn fekk vere med å bestemme korleis samtalen skulle gå fram, ofte lykkast i at barn blir deltakande i samtale og blei kjent med kva det enkelte barnet ønske å samtale om. På den eine sida kan sjukepleiar meistre å vere i ein maktposisjon der han utøver rolla si slik at barn kjenner seg likeverdig i samtalen. På ei anna side kan barnet ta styring og leie samtalen vekk frå situasjonar det har opplevd som kanskje burde ha vore snakka om.

Om barn ikkje får snakka om korleis dei opplever forelderen sin psykiske sjukdom, kan det førkomme konsekvensar. Åtferdsproblem kan vere ein konsekvens, det kan syne seg ved at barn ikkje møter på skulen (Tabak et al., 2016). Å unngå å komme på skulen kan på den eine sida komme av at barnet har valt å isolere seg frå andre fordi det er uroleg for kva andre skulle tenke og meine om forelderen. På ei anna side kan det vere at barnet er uroleg for å la forelderen vere heime aleine. Når forelderen er innlagt på DPS tenker eg det er viktig at ein prøver å samtala om det barnet synes har vore vanskeleg den siste tida før og når forelderen er på DPS.

Foreldre sin depresjon kan verke inn på eit barn. Barn kan ha lett for å misforstå årsaksforhold og kan få skuldkjensle for å ha forårsaka den sjuke forelderen sin tilstand (Sølvberg, 2011, s. 84). Kor mykje

barn veit om sjukdommen til forelderen kan vere svært ulikt. I praksis erfarte eg at nokon barn kan ha foreldre som har unnløst å fortelle om den psykiske sjukdommen, andre kan ha fortalt det meste. Begge deler kan vere gunstig, sett alder og modnad i betraktning. På ei side kan skjerming hindre barnet i å bli inkludert i forelderen sitt "svarte hol" og kanskje ikkje merke noko endring hos forelderen, men barnet kan også bli uroleg. Ved å skjerme barnet kan barnet oppleve at noko er gale, men ikkje klarar å sette ord på det. Som nemnd tidlegare har barn lett for å kjenne skuld, og kan tru at forelderen er sinte på dei. Ved å fortelle barnet mykje om sjukdommen kan barnet kjenne seg involvert og forstå kvifor forelderen ikkje har det bra. Avhengighet til andre kan kjem særleg til syne ved sjukdom (Kirkevold, 1998, s.169). Den deprimerte forelderen kan bli avhengig av barnet som samtalepartner og dermed involvere barnet i for høg grad, slik at informasjonen blir overveldande.

Ved å velje samtaleform som har som formål å vere bearbeidande, støttande og informasjonsgivande kan det dekke barn sitt behov for å meistre og forstå sin eigen situasjon (Øvreide, 2009, s.168-169). Forsking viser at barn som besøker foreldre på institusjon for fyste gong, ikkje er så interessert i at nokon skulle fortelle om forelderen sin sjukdom, men at forelder skulle leike med dei, forelderen skulle fortelle kva den gjorde på institusjonen for å bli betre og forelderen skulle spørje korleis barnet hadde det (Sivec et al., 2008). At barn ikkje er så interessert i informasjon om sjukdom kan skyldast at forelderen har samtala om depresjonen før innlegging, kanskje føler barnet at det er mykje fokus på depresjonen til forelderen og heller ønskjer at forelderen skal gi barnet merksemd. Dette kan også ha samanheng med at barn har blitt lærd stigma, at den psykiske sjukdommen skal bli haldt hemmeleg for å unngå skam (Tabak et al., 2016). I praksis har eg erfart ei anna side, mange av barna var ivrige etter å få vite kvifor forelderen er sjuk og ikkje var heime. Kanskje spurte barn om sjukdommen i samanheng med at forelderen hadde prøvd å skjerme barnet.

For å forstå barnet sitt perspektiv må ein prøve å sette seg inn i tankar og oppfatningar barnet har (Kampmann, 2000, s. 25). Barn har rett til å ha egne synspunkt og å uttrykke dei, synspunkta til barn skal svarast på i samsvar med barnet sin alder og modnad (FN-sambandet, 1989). For at sjukepleiar skal kunne gi barn svar på spørsmål treng ein kunnskap om kjenneteikn på barn i alderen 6-12 år. Barn i denne aldersgruppa har utvikla ferdigheter som at dei er meir sjølvstendige, evnar å sjå ting frå andre sitt perspektiv og skiljer opplysningar frå viktig/ikkje viktig. Barna har også betre forståing for kva sjukdom er, men 6-7 åringar kan framleis sjå på sjukdom som straff og få skyldkjensle som følgje av det (Grønseth & Markestad, 2011, s. 58-59). I samtale med barn opplevde eg at dei hadde spørsmål og ønska svar. Ein gut fortalte meg og ein anna sjukepleiar noko den hadde høyrte om far sin sjukdom; "far din er sjuk i hode". Guten lurte på om dette stemde, for han opplevde det som sårande og usant, og blei enda meir uroleg for kvar forelderen eigentleg var sjuk. Når spørsmål om

kvar forelderen var sjuk svarte den andre sjukepleiaren "i tankane sine". Guten gav uttrykk for å synes at det var ei grei forklaring og vidare i samtalen brukte han omgrepet "depresjon". I ein studie av Tabak et al. (2016) uttrykte barn behov for å vite noko om korleis dei kan vere i stand til å lindre stress og angst. Ein måte kan vere å samtale med barnet om tankar og spørsmål. Ved at barn får stille spørsmål og sjukepleiar prøver å svare, kan det kanskje gjere til at barnet føler at ting blir oppklart og redusere stressnivået. På ei anna side bør kanskje sjukepleiar prøve å signalisere at ikkje alle spørsmål har eit klart svar, og at ein då kan prøve å snakke saman for å finne ut om kva dei moglege svara kan vere.

Arvelege faktorar bestemmer potensialet barnet har for utvikling, medan miljøfaktorar som psykologiske behov kan vere utslagsgivande i kva grad potensialet blir utnytta. Psykologiske behov er behov for tryggleik, kontakt, gode rollemodellar og riktige utfordringar (Grønseth & Markestad, 2011, s.25). Veks eit barn opp i ein familie med ein forelder som har psykisk sjukdom kan det gi barnet belastningar og spesielle utfordringar i oppveksten (Sølvberg, 2011, s. 18). Nokon barn kan oppleve det som dumt at forelderen er i psykiatrisk institusjon, andre kan synes det er bra at forelderen er innlagt og får hjelp av profesjonelle (Sivec et al., 2008). Viss forelderen til barnet er psykisk sjuk kan det vere at han ikkje reagerer hensiktsmessig på dei signala barnet sender ut og barnet kan oppleve å få forstyrningar i utviklinga og psykiske problem (Gammeltoft & Lier 1999, ss. 39-40). Forsking viser at barn av foreldre med psykisk sjukdom kan utvikle emosjonelle problem som kan vise seg ved at barn verkar usikre, viser teikn på angst og frykt og kjenner skyld og skam. Det kan komme av at barn kan ha tatt seg av forelderen og kanskje tatt på seg eit større ansvar for familien enn det alderen tilseier at barnet hadde (Tabak et al., 2016). Når forelderen var innlagt på DPS erfarte eg at barn sa dei sakna å ha foreldre heime. Samstundes uttrykte barn ein usikkerhet ovanfor forelderen. Ei jente fortalte at heime hadde mora på kort tid både vore sint, trist og plutselig glad. Jenta kan ha opplevd endra stemning i heimen som kan ha skuldast den deprimerte forelderen (Sølvberg, 2011, s. 84). På ei annan side syner forskning at barn også opplever styrker av å ha ein foreldre med psykisk sjukdom. I følge forskning har barn rapportert styrker dei har opplevd å få av å ha foreldre som er psykisk sjuke. Desse barna kjende seg meir modne, sjølvstendige, empatiske og at dei har skaffa seg fleire ferdigheter enn andre barn på same alder som ikkje hadde foreldre med psykisk sjukdom (Drost et al., 2016). Barn kan oppleve det som positivt å ha ein forelder med psykisk sjukdom då den har tileigna seg ein del styrker. Dette kan forklarast ut frå at barnet har tileigna seg resiliens (Borge, 2007, s. 14). Barn kan på tross av utfordrande situasjon med å ha ein deprimert forelder der barnet sjølv kan ha risiko for å utvikle psykiske problem, mestre den og finne styrker i situasjonen. På ei anna side kan styrkene bli for sterke, slik at barnet tar på seg eit ansvar for den psykisk sjuke forelderen, ei vaksenrolle (Nordenhof, 2012, s.26).

Når ein skal samtale med barn kan dei kjenne ein sterk avhengighet til forelderen, det er derfor viktig å gå forsiktig fram i samtale med barn for å unngå at det oppstår unødige belastningar for barnet (Øvreide, 2009, s. 17). I samtale opplevde eg at nokre barn sa at dei synes det var unødvendig at mor eller far ikkje kunne bu heime. Dei kjende sagn etter forelderen, og at dei hadde passa på og trøsta forelderen før. Det såg ut til at omsorga barn har for forelderen er stor, og at dei ønskjer å stille opp og hjelpe. Eg observerte at barn kom med trøystande ord til forelderen og gav klem når forelderen gråt. Det var utfordrande å fortelle barn at forelderen hadde behov for å få profesjonell hjelp, samstundes som ein ikkje skulle seie at barn ikkje gjorde ei god oppgåve med å trøyste forelderen sin. Her opplevde eg eit skilje i aldersgruppa 6-12 år. Dei yngste lurte på kva dei kunne gjere betre for forelderen, og verka noko nedfor for å ikkje hadde hjelpt forelderen nok, eit snev av skuldkjensle? Den eldre delen av barna verka litt letta, kanskje følte dei at dei kunne gje litt slepp på ansvaret og bekymringane dei kan ha hatt for forelderen. Dette kan ha samanheng med at barn har behov for å føle sikkerheit. Det at andre enn barnet kan ta over ansvaret for forelderen, slik at barnet slepp den overdrivne ansvarsfølelsen det kan ha for forelderen (Tabak et al., 2016). Dersom barn har kjent denne ansvarsfølelsen for forelderen og føler at sjukepleiaren no har ansvar for å hjelpe forelderen, kan barnet kanskje klare å fokusere på sin situasjon og samtale om kva den synes er vanskeleg eller utfordrande. Kanskje klarar barnet å sleppe kjensla av ansvar for forelderen og heller fokusere på å utrykke si rolle som barn i situasjonen.

4.2 Barneansvarleg i praksis

Å samtale med barn har mange gongar blitt oppfatta som vanskeleg, og dermed blitt unngått (Øvreide, 2009, s. 13). Forsking viser at sjukepleiarar etterlyser klare rettingslinjer om når barn kjem på besøk i institusjon (O'Brien et al., 2011). I Noreg er det blitt utarbeida eit rundskriv med lover som Helsepersonelloven (1999) §10a. og Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-7a. Rundskrivet er eit bidrag for å hjelpe helsepersonell til å ivareta mindreårige barn som pårørande (Helsedirektoratet, 2010). I praksis på ulike DPS møtte eg personell som var utpeikt som barneansvarleg. Eg observerte at det ofte var barneansvarleg som følgde opp barn og barna fekk ei tett oppfølging. I praksis deltok eg i oppfølging av fleire barn. Eg opplevde det som nyttig at det var profesjonelle som deltok i samtalen. Det verka også som ei trygghet for barna å bli følgt opp. Eg merka at personalet med ansvar for barn var nøyaktige med å dokumentere emne som hadde blitt samtala om. Ein nøyaktig dokumentasjon viste seg som nyttig reiskap om den blei brukt for sjukepleiar før samtale med barn for å friske opp minne frå tidlegare møte med barn.

Ein studie viser at sjukepleiarar var usikre på deira rolle med barn og på grunn av mangel på kunnskap om aldersmessige resursar fann dei det vanskeleg å snakke med barn om psykisk sjukdom

(O'Brien et al., 2011). I praksis observerte eg at andre sjukepleiarar enn den barneansvarleg i liten grad deltok i ansvaret om å følgje opp barn. Dette viste seg som sårbart i arbeidsmiljø på DPS når den barneansvarlige ikkje var på arbeid. Barn hadde ikkje kjennskap til andre frå personalet enn den barneansvarlege og dei andre sjukepleiarane måtte bruke tid på å finne ut korleis dei skulle gå inn i samtale sidan det var lenge sidan dei hadde arbeidd på den måten med barn. Barnsbeste (2017) skriv at barneansvarleg har ansvar for å koordinere og fremje helsepersonellet si oppfølging av barn, men ikkje eit ansvar aleine for ivaretaking av barn. Martinsen (2003, s. 17) seier noko om at det er gjennom erfaringar og handlingar ein lærer å praktisere omsorg til den svake. Som tidlegare nemnt kan barn bli sett på som svake i situasjonen. Så om sjukepleiarar får tildelt oppgåve med barn som pårørande, kan det gi sjukepleiar erfaringar slik at han lærer å praktisere omsorg til barn. Ved at barneansvarleg fordeler ansvar for oppfølging av barn i større grad over til andre sjukepleiarar så kan det gje moglegheit for at fleire sjukepleiarar kan bidra med å ivareta barn. Kanskje kan det også gi eit betre utgangspunkt for ivaretaking av barn, viss barnet ikkje lenger kjem overeins med ein sjukepleiar, så er det andre sjukepleiarar med kjennskap til barnet som kan ta over.

5 Konklusjon

I denne oppgåva har eg prøvd å svare på korleis sjukepleiar kan ivareta barn som pårørnde til ein forelder med depresjon gjennom samtale på DPS. Eit klart svar for korleis ein skal ivareta barnet er vanskeleg å gje, då alle barn er ulike individ med ulike behov. Likevel ønskje eg å fremje nokre moment eg meiner er viktig for ivaretaking av barn ut ifrå teori og funn i oppgåva. Når sjukepleiar inngå i ein samtale med barnet, er det viktig at barnet har ein viss tillit til sjukepleiar. Sjukepleiar må respektere at barn har ulike behov for å bli lytta til og lytte til andre i samtale. Informasjon som blir gitt bør vere tilpassa barnet på bakgrunn av alder og modnad. Det bør vektleggast at barn ikkje er skuldig for at forelderen er deprimert og ikkje har noko ansvar for forelderen. Forhåpentlegvis kan sjukepleiar sitt bidrag med ivaretaking av barn føre til at barn kjenner seg sett og høyrte, slik at barn ikkje bærer på vanskelege tankar aleine. Kanskje kan samtalen vere eit bidrag for å minske risikoen for at barnet sjølv utviklar psykisk sjukdom. Samtalar på DPS kan vere starten på ei vidare oppfølging som kan vere nødvendig i nokre situasjonar, då gjerne i eit tverrfagleg samarbeid med lærarar og helsesyster.

Eg vil også vektlegge at det blir organisert bra med barneansvarlig, men at det likevel kan vere nødvendig at fleire sjukepleiarar tileignar seg kunnskapar om barn og gjer seg erfaringar til å vidareutvikle sin kompetanse om barn som pårørnde. Eg trur også det vil vere ein fordel at barneansvarlig koordinerer oppgåver i høgare grad over til andre sjukepleiarar enn å ta for mykje ansvar for oppgåvene sjølv. Samstundes er det viktig at sjukepleiarar gjev tilbakemelding til leiarar i avdelinga dei arbeider viss dei meiner at dei manglar kompetanse, kva som er utfordrande og kva dei kan bidra med av erfaring om barn som pårørnde til fellesskapet.

Bibliografi

- BarnsBeste. (2017). *Til barneansvarlig helsepersonell*. [Brosjyre]. Oslo: BarnsBeste
- Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Drost, L. M., Krieke, L. V. D., Systema, S., & Schippers, G. M. (2016). Self-expressed strenght and resourcec of children of parents with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 102-115. doi: 10.1111/inm.12176
- FN-Sambandet. (1989). *Barnekonvensjonen- barn rettigheter*. Henta 15 mai 2017 frå <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen-barns-rettigheter>
- Gammeltoft, M., & Lier, L. (1999). Spæd- og småbørn med psykisk syge mødre. I P. Holm, B. Møller, & B. Perlt (Red.), *Når mor eller far er psykisk syg 2* (ss. 35-45). København: Socialt Udviklingscenter SUS
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (rundskriv IS-5/2010). Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parerende-IS-5-2010.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Kampmann, J. (2000). Børn som informanter og børneperspektiv. I P. S. Jørgensen, & J. Kampmann (Red.), *Børn som informanter* (s. 23-53). København: Børnerådet
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Kunnskapssenteret (2017). *Sjekklistor for vurdering av forskingsartikler*. Henta 30. April 2017 frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Oslo: Fagbokforlaget
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. M., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe

O'Brien, L., Brady, P., Anand, M., & Gillies, D. (2011). Children of prents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions og staff. *International Journal og Mental Health Nursing*, 20, 358-363. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00740.x

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Sivec, H. J., Masterson, P., Katz, J. G., & Russ, S. (2008). The response of children to the hospitalisation of a family member. *Australian e-journal for the advancemnet of mental health*, 7(2), 121-129. Henta frå <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=e9b62486-b786-48d3-af13-14c4be9bf386%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4207&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105704600&db=cin20>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykisk lidelser hos nære pårørende*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tabak, I., Zablocka-Zytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganó, ... Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences of children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 319-329. doi: 10.1111/inm.12194

Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykisk lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (Nasjonalt folkehelseinstitutt-rapport nr. 04/11). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Ytterhus, B. (2012). Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. M. Haugland., B. Ytterhus., & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 18-43) . Oslo: Abstrakt forlag

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