



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 190

Eksamensnamn: SYBA3900

Dato: 16.03.2017

Klasse: 3A

Kull: H2014

Antall ord: 9931

SJÅ MEG!



Biletet er henta frå <https://www.flickr.com>

Barn som pårørande

*«Barnet græt ikkje fordi det er mørkt,
men fordi det trur det er åleine i mørket..»*

2017
Antall ord: 9931

SAMANDRAG

Bakgrunn for oppgåva

Som sjukepleiar vil ein møte barn på alle avdelingar; på barneavdeling, sysken av barn som er sjuke og på vaksenavdeling der barn er pårørande. I følgje Torvik og Rognmo (2011) var det i 2011 om lag 410 000 barn som levde med ein eller to foreldre med psykisk lidning. Av desse hadde 260 000 av dei foreldre med såpass alvorleg psykisk helseproblem at det fekk konsekvensar for omsorgssituasjonen til barna.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til å ivareta barn som pårørande på psykiatrisk avdeling?

Metode

Denne oppgåva er gjennomført ved bruk av litteraturstudium som metode. Litteraturstudiet er basert på seks artiklar. Fem kvalitative og ein kvantitativ.

Resultat

Det viser seg at barn som pårørande er sårbare og utsette. Først og fremst har dei behov for å bli sett og bli tatt på alvor. Dei har stort behov for samtale og informasjon, men får ikkje dekkja dette behovet. Det viser seg også at samtale med barn gir auka forståing for situasjonen dei står ovanfor.

Diskusjon

Resultata er diskutert opp mot litteratur og Kari Martinsen sin omsorgsetikk.

INNHALD

1.0	INNLEIING	1
1.1	Bakgrunn for val av tema og problemstilling	1
1.2	Avgrensing av problemstilling	2
1.3	Oppgåva si hensikt og sjukepleiefaglige relevans	2
1.4	Oppbygging av oppgåva	3
2.0	METODE	4
2.1	Kva er metode?	4
2.2	Søkeprosess	4
2.3	Presentasjon av forskning	5
2.3.1	<u>Artikkel 1</u>	5
2.3.2	<u>Artikkel 2</u>	5
2.3.3	<u>Artikkel 3</u>	6
2.3.4	<u>Artikkel 4</u>	7
2.3.5	<u>Artikkel 5</u>	7
2.3.6	<u>Artikkel 6</u>	8
2.4	Oppsummering av forskning	8
2.5	Kjeldekritikk	9
3.0	TEORI	11
3.1	Psykisk lidning	11
3.1.1	<u>Psykose</u>	12
3.2	Barn som pårørende	13
3.2.1	<u>Barnet blir den vaksne</u>	14
3.2.2	<u>Utvikling</u>	15
3.3	Sjukepleiar si rolle	15
3.3.1	<u>Omsorgsteori</u>	17
4.0	DRØFTING	19
4.1	Barna sine behov	19
4.2	Sjukepleiar sitt ansvar	21
4.3	Møte med barnet og relasjonsbygging	22
4.3.1	<u>Situasjonen til barnet</u>	24
4.4	Tilhøva på psykiatrisk avdeling	25
5.0	AVSLUTNING	27

LITTERATURLISTE 28

VEDLEGG 1..... 31

1.0 INNLEIING

I denne oppgåva tar eg for meg barn som pårørande av psykisk sjuke foreldre, og sjukepleiar si rolle i å ivareta dei. I følgje Torvik og Rognmo (2011) var det i 2011 om lag 410 000 (37,3%) barn i Noreg som levde saman med ein eller to foreldre med psykisk lidning. 260 000 (23%) av desse barna hadde foreldre med såpass alvorleg psykiske helseproblem at det går utover foreldra sin evne til å gi barna god nok omsorg (Torvik og Rognmo, 2011). Psykiske problem hos foreldre kan gjere barn sine oppvekstvilkår endå vanskelegare. Ved å identifisere desse barna tidleg, vil ein kunne redusere risikoen for negative konsekvensar (Hov og Jeppesen, 2015). Tidlegare var det ingen som hadde eit formelt ansvar for å gi desse borna informasjon, omsorg og oppfølging. Gjennom ny lovgiving frå 2010 blei barn som pårørande til somatisk og psykisk sjuke, og rusavhengige, sikra rett til informasjon og oppfølging. No er altså spesialisthelsetenesta pålagd å ha barneansvarleg personell i følgje spesialisthelsetenestelova § 3-7a, og helsepersonell har fått plikt til å gi barn som har behov for informasjon og oppfølging det dei treng i følgje helsepersonellova § 10a. Dette gir helsepersonell eit større ansvar for situasjonen til barn som pårørande (Hov og Jeppesen, 2015).

Som helsepersonell har ein i oppgåve å behandle og følgje opp skader, sjukdommar og andre helserelevante problem hos pasientar. Dersom ein pasient er forelder eller har omsorg for mindreårige barn, kan pasienten sin helsetilstand påverke barna. Barn som pårørande til pasientar med alvorlege helseproblem er sårbare og utsette (Helsedirektoratet, 2010). Omgrepet 'barn som pårørande' skal tolkast vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Denne lovendringa omfattar biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Det er mindreårige barn av pasienten som går under omgrepet 'barn som pårørande, som vil sei barn under 18 år (Helsedirektoratet, 2010).

1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling.

Ettersom eg er interessert i psykiatri og psykisk helsearbeid, har eg valt å ta for meg barn som pårørande til foreldre med psykisk lidning. Då eg var i psykiatripraksis, såg eg tilfelle der mor eller far var innlagd og hadde barn som pårørande. Dette fanga min oppmerksomheit og interesse. Det er eit svært viktig og spennande tema som eg vil lære meir om. Eg vil lære meir om kva eg som sjukepleiar kan gjere for å bidra til å ivareta barnet i ein vanskeleg situasjon,

og om kva som kan bli gjort annleis enn slik det blir gjort i dag. På bakgrunn av dette har eg valt problemstillinga; *Korleis kan sjukepleiar bidra til å ivareta barn som pårørande på psykiatrisk avdeling?*

1.2 Avgrensing av problemstilling.

For lettast mogleg å kunne identifisere kva barna har behov for, og korleis sjukepleiar kan ivareta desse borna, har eg valt å fokusere på barna sine synspunkt i tillegg til helsepersonellet sitt synspunkt. På grunn av oppgåva si omfang var det naudsynt å innskrenke oppgåva. Det var relevant å relatere oppgåva til vaksenpsykiatrien i spesialisthelsetenesta, då eg har erfaring derifrå. Eg har ikkje valt å fokusere på kjønnskildar på barna eller foreldra, sjølv om det vil vere naturlege, og andre ulikskapar på for korleis mor eller far opptre i sine roller som forelder. Det er til dømes som oftast ulikt for borna om mor eller far er sjuk, om begge er sjuke eller om det fins ein frisk forelder i heimen som kan ta vare på barnet (Aamodt og Aamodt, 2005). Grunnen til at eg ikkje har tatt kjønnskildane i betraktning, har si årsak i at dei fleste kjeldene ikkje skilte på dette. Når det gjeld alder og utviklingsnivå, har eg valt å fokusere på barn over 6 år. Eg vil med oppgåva finne ut korleis sjukepleiar kan etablere kontakt med barnet og skape tillit, for deretter å kunne gå vidare med oppfølging og informasjon. Med tanke på psykisk lidning, har eg valt å avgrense oppgåva til barn som pårørande til foreldre som er innlagd på grunn av psykose.

1.3 Oppgåva si hensikt og sjukepleiefaglige relevans.

Hensikta med denne oppgåva er få kunnskap om barn sine behov når dei har forelder eller foreldre med psykisk sjukdom, og korleis sjukepleiar kan skape kontakt og ivareta desse barna på best mogleg måte. Ved hjelp av forskning, teori og egne erfaringar skal eg sjå på korleis sjukepleiar kan møte desse barna og bli kjende med dei, slik at barnet føler seg tryggast mogleg. Målet mitt som sjukepleiar vil naturlegvis vere å gi best mogleg pleie til forelderen som er sjuk, men eg ser viktigheita med å ha gode kunnskapar om barna til pasientane og deira behov. Som sjukepleiar vil ein møte barn på alle avdelingar; på barneavdeling, sysken av barn som er sjuke og på vaksenavdeling der barn er pårørande. Dette siste punktet vil eg fokusere på.

1.4 Oppbygging av oppgåva.

Oppgåva består av seks delar. Innleiing, metode, teori, drøfting, avslutning og litteraturliste. Innleiingsvis har eg gjort greie for bakgrunn for val av tema, kva problemstilling eg har valt og avgrensing av denne. I metodedelen er det forklart kva metode er, val av metode, samt kritikk av kjelde. I tillegg inneheld den presentasjon av forskning relatert til tema. Vidare følgjer teoridelen. Her legg eg fram aktuell teori, knytt opp mot val av tema og problemstilling. Dette blir drøfta i drøftingskapittelet saman med forskning og erfaring som kjem etter teoridelen. Avslutningsvis kjem oppsummering og konklusjon. Heilt til slutt kjem ein oversikt over pensum- og sjølvvalt litteratur, samt artiklar og funn på internett som har vore med på å bygge opp om oppgåva.

2.0 METODE

I denne delen av oppgåva skal eg ta for meg kva metode er og kva for metode eg har brukt. Eg skal også presentere forskingsartiklane eg har brukt, og stille meg kritisk til desse og anna litteratur.

2.1 Kva er metode?

Ein metode blir sett på som ein framgangsmåte, noko som blir brukt til å løyse problem og komme fram til ny kunnskap. Kva som helst slags måte ein gjer dette på for å komme fram til dette formålet, høyrer med til ressursen av metodar (Dalland, 2014). Det er to ulike metodar som kan nyttast. Kvalitativ metode og kvantitativ metode. Kvantitativ metode gir data i form av målbare einheiter. Tala som kjem fram ved bruk av denne metoden gir ein moglegheit til å foreta rekneoperasjonar, om ein ynskjer å finne gjennomsnittleg inntekt i befolkninga, eller kor stor prosent av befolkninga som er avhengig av sosial hjelp. Kvalitativ metode gir data som fangar opp meining og opplevingar som ikkje lar seg talfeste eller måle. Begge desse metodane er med, på kvar sin måte, å gjere at ein får ei betre forståing av samfunnet vi lever i, og om korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2014). Når det gjeld val av metode, så vel ein den metoden ein meiner vil gi oss god data og belyse spørsmålet i oppgåva på ein fagleg interessant måte. I følgje Dalland (2014) er denne til hjelp for å samle inn data, altså den informasjonen ein treng til undersøkinga for oppgåva. Metoden fortel noko om korleis ein skal gå fram for å skaffe seg kunnskap til oppgåva (Dalland, 2014). Metoden som blir brukt i denne oppgåva er ein litteraturstudie. Eit litteraturstudie baserar seg i hovudsak på skriftlege kjelder som vert systematisert og vurdert fagleg ut i frå problemstillinga som skal svarast på. I ein litteraturstudie skal det ikkje hentast fram ny kunnskap, men det blir brukt litteratur som allereie er utgitt for å formulere og svare på problemstillinga (Dalland, 2014).

2.2 Søkeprosess.

I min søkeprosess ville eg finne artiklar som var relevant for mi problemstilling. Først og fremst ville eg finne artiklar som gjekk mest på synspunkt og erfaringar til barn og helsepersonell. Eg søkte for det meste i chinal, svemed+, helsedirektoratet.no og på sykepleien.no. Der brukte eg søkeorda «children of impaired parents», «parent-child relation», «visitors to patients», «mental health service», «barn som pårørande i psykiatrien»,

«kommunikasjon med barn som pårørende», «barn av psykiatriske pasienter» og «foreldre med psykisk lidelse». Ein av artiklane fann eg i litteraturlista på ei bok; Moen, Grethe Lillian (2012) *Barns møte med psykisk lidelse, en datters historie*. Cappelen Damm Akademisk. Artiklane eg fann synest eg gjekk ut på det eg var på leit etter, og passa til å svare på problemstillinga mi. Når eg valde ut artiklar tok eg utgangspunkt i synspunkta til barna og helsepersonellet, då eg ville fokusere på dette i mi oppgåve. Foreldra sine vurderingar av barna sine behov stemmer nødvendigvis ikkje med barna sine vurderingar, og eg har derfor mindre fokus på foreldra sine synspunkt. I og med at eg ville gå i djupna og legge vekt på opplevingar og erfaringar såg eg mest etter kvalitativ forskning.

2.3 Presentasjon av forskning.

I dette delkapittelet skal eg legge fram og presentere forskinga eg brukar i oppgåva mi.

2.3.1 Artikkel 1.

Camilla Lauritzen, Charlotte Reedtz (2013)

Support for children of service users in Norway.

Denne studien er basert på eit personale som jobbar ved ein psykiatrisk institusjon i Tromsø. Undersøkinga viser til at det er mange organisatoriske problem som til dømes manglande engasjement og støtte frå leiinga, mangel på kompetanse og stor arbeidsmengde blant personalet, motstand frå foreldre og mogleg barna, i tillegg til store geografiske områder. Av 219 tilsette svarte 183 på kva for faktorar dei meinte var viktige for å kunne tilby støtte til barn av psykisk sjuke. Faktorane som kom fram gjennom undersøkinga, var blant anna støtte frå leiinga, tid, økonomi, utdanning, kompetanse, tilstrekkeleg personell, identifisering av barn sine behov, barneansvarleg og tverrfagleg samarbeid. Resultata av denne studien understreker at sjølv om helselovgivinga er endra for å ivareta barn av foreldre med ein psykisk lidning, er det fortsatt behov for effektive strategiar for å arbeide vidare med dette.

2.3.2 Artikkel 2.

Charlotte Reedtz, Lisbeth Mørch, Camilla Lauritzen (2015)

Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal?

Resultata viste at i 2010 var det berre 4 % av totalt 5268 pasientar som var registrert med mindreårige barn, 5 % i 2011 av totalt 5599 pasientar og 7 % av totalt 5705 pasientar i 2012. I følgje analysane i denne studien viser sjansen for at psykisk sjuke vaksne i Noreg har barn er 33,5 %. Funna i denne studien tyder på at svært få av pasientane i den deltakingande klinikken der studien blei gjennomført hadde barn under 18 år i åra 2010-2012. Desse resultata står i skarp kontrast til Folkehelseinstituttet sine berekningar av at ein dryg tredjedel av barn og unge i Noreg lever saman med ein eller to foreldre som har diagnostiserbare psykiske lidningar og berekningane i studien som viser at sjansen for at psykisk sjuke vaksne har barn under 18 år er 35,3 %.

2.3.3 Artikkel 3.

Torleif Ruud, Bente Birkeland, Anne Faugli, Kristine Amlund Hagen, Anders Hellman, Marit Hilsen, Ellen Katrine Kallander, Elin Kufås, Maren Løvås, Gro Christensen Peck, Åshild Skogerbø, Bjørg Eva Skogøy, Kristin Stavnes, Eivind Thorsen, Bente M Weimand (2015)
Barn som pårørende, resultater fra en multisenterstudie

Studien viser at barn og unge vurderte si psykiske helse omtrent som barn og unge elles i befolkninga. Barna sine sosiale ferdigheiter vurdert av lærerar ligg omtrent på nivå med normalpopulasjonen for barn og unge i Noreg. Når det galdt sosiale ferdigheiter, skåra barn og unge seg sjølv noko høgare enn det deira foreldre og lærerar gjorde. Barn av psykisk sjuke foreldre rapporterer lågare livskvalitet enn normalbefolkninga. Foreldre trur at barna sin livskvalitet er betre enn barna sjølv beskriv. Barn og ungdom tar vesentleg meir omsorgsoppgåver og husarbeid enn vanleg. Dei brukar mykje tid på dette, og opplever stress og belastning på grunn av det. Barna blir overlatt mykje til seg sjølv og/eller får mykje ansvar for den sjuke forelderen. Dei ynskjer meir praktisk hjelp heime til sin forelder, for å kunne leve sitt eige liv med skule, vener og fritidsaktivitetar. Barn og ungdom har behov for å snakke om sin situasjon, men mange får ikkje tilstrekkeleg informasjon til å forstå sin foreldre sin sjukdom og konsekvensane av den. Studien viser også at spesialisthelsetenesta følgjer berre delvis opp lova om barn som pårørende. Det er mangelfull kartlegging og dokumentasjon og dermed udekka behov når det gjeld henvisningar av barn og informasjon til barn. Deler av spesialisthelsetenesta har mangelfulle ressursar, eller utnyttar ikkje ressursane

til å følgje opp lovendringa. Det er knytt størst utfordringar til leiinga av arbeidet, rettleiing av barneansvarleg, samt opplæring og rettleiing til helsepersonell. Helsepersonell i spesialisthelsetenesta har avgrensa kompetanse i familiefokusert praksis, og manglar fortsatt kompetanse om korleis foreldra sin sjukdom påverkar barna.

2.3.4 Artikkel 4.

Louise O'Brien, Patricia Brady, Melanie Anand, Donna Gillies (2011).

Children of parents with mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff
Australian College of Mental Health Nurses (Australia).

Studien viser at personalet var einige om at å la barna komme på besøk var ein god ting, uansett om det kunne oppstå dilemma. Fleire av personalet sa at det var viktig at barna kom på besøk då forelder-barn kontakta er svært viktig, og at det kan skape ein stressfaktor om dei ikkje får ha kontakt med kvarandre. Konklusjonen i denne studien er at psykisk helsevern må ha fokus på omsorg som inkluderer alle partar. Dei konkluderer også med at det er viktig å sikre at det er eit trygt miljø for barn som kjem på besøk, tilstrekkeleg personell, både i tall og når det gjeld kompetanse, for å kunne gi eit slikt tilbod.

2.3.5 Artikkel 5.

Grimsgaard, Cathrine (2008)

Jeg vet du bare vil det beste for barna dine

Tema for denne studien var kvinnelege helsepersonell sine opplevingar og erfaringar knytt til det å snakke med psykisk sjuke mødre om barna deira.

Korleis opplever kvinner tilsett i vaksenpsykiatrien at dei snakkar med psykisk sjuke mødrer om barna deira? Kva for erfaringar har dei gjort seg i tilknytning til slike samtalar?

Resultat av studien viser at helsearbeiderar ynskjer å snakke med psykisk sjuke mødrer om barna deira. Dei fleste gjer det i noko grad. Samtalane har i det store og heile anten preg av ein type kartleggingssamtale som helsearbeidarane gjennomfører ved første kontakt, eller ein meir uformell samtale, i den hensikt å bli betre kjent med mødrene. Nokon vidare samtale utover dette vert gjort berre i beskjeden grad. Intervjuobjekta seier dei oppfattar det som ein

naturleg del av si yrkesrolle å gjennomføre slike samtalar. Dei seier også at dei har kunnskap om at samtalaner er viktig, og at dei ynskjer å gjennomføre dei.

2.3.6 Artikkel 6.

Britt Helen Haukø, John H. Stamnes (2009)

Det hjelper å snakke med barna

Dette er ein studie som handlar om kommunikasjonsforholdet mellom pleiar, barnet og foreldre. Studien er føretatt i 10 familiar ved ein psykiatrisk avdeling i Namsos, der gjennomsnittsalderen på barna var 12 ½ år, og kor ein eller begge foreldra lidde av ein psykisk lidning. Metoden som er brukt er kvalitativ, der forskinga går i djupna blant familiare som deltok. I samtalaner med barn og foreldre fokuserte sjukepleiar og anna personell på at barnet skulle setje ord på følelsane og tankane sine. Målet for samtalegruppa var at barnet i samvær med 14 foreldre og helsepersonell skulle førebygge forvirring, usikkerheit, uvitenheit og redusere stress, då det å vere pårørande kan vere svært belastande, spesielt for eit barn. Resultat av desse samtalaner som blei gjort, var at barna fekk kjensle av ei auka forståing av sjukdom, og dei synst det blei lettare å kunne fortelje om dette til vener og andre rundt seg. Det var to av barna som sa dei hugsa at dei hadde lært noko om sjukdommen, symptom og behandling. To hugsa at «det er ikkje ungane si skuld at forelderen er sjuk». Sju av barna opplevde at dei forstod meir om kva som feila forelderen etter samtale, og alle forstod at mor eller far hadde behov for å vere på sjukehuset ei stund. Alle barna svarte på at dei hadde fått vite noko om behandlinga til forelderen.

2.4 Oppsummering av forskning.

Det er mykje som kan forbetrast for å ivareta barn som pårørande i psykiatrien. Barn og ungdom har behov for samtale og informasjon om kva som føregår med forelderen (Ruud, et al., 2015). Det viser seg også at det er viktig at det er trygt og godt tilrettelagt når barn kjem på besøk (O'Brien, et al., 2011). Helsepersonell syns det er ubehageleg og vanskeleg å snakke med pasientar om barna deira (Grimsgaard, 2008). Det blir også vist at det ikkje blir registrert at foreldre innlagd på psykiatrien har mindreårige barn, i den grad det burde (Reedtz, et al., 2015). Artikkane seier mykje det same: barn treng meir informasjon og samtale for å kunne forstå situasjonen dei står oppi. Både studien til Ruud et al. (2015) og studien til Lauritzen og Reedtz (2013) seier at det er organisatoriske problem som manglande engasjement frå leiing,

opplæring av tilsette og mangel på kompetanse. Alle artiklane, utanom ein, er frå Noreg. O'Brien et al. (2011) sin studie er frå Australia. Artiklane er skrivne ut ifrå helsepersonell og barn sine synspunkt. To av artiklane er skriva på engelsk, resten er skriva på norsk.

2.5 Kjeldekritikk.

Kjeldekritikk er ein metode som blir brukt for å kunne fastslå om ei kjelde er sann eller ikkje, og om den er relevant. Det betyr at ein må vurdere og karakterisere dei kjeldene som blir brukt (Dalland, 2014). Når eg har valt artiklar er det vektlagt studiar som undersøker ulike delar av problemstillinga. Dato for publikasjonen er relevant og artiklar med nyare dato er prioritert. I artiklar publisert før lovendringane i 2010 kan forhold som omhandlar helsepersonellet si rolle og ivaretaking av barnet vere noko forandra. Uavhengig av dette får artiklane fram følelsar, erfaringar og opplevingar som er relevant for problemstillinga i oppgåva. Eg har valt å bruke mest kvalitativ forskning. Grunnen til dette er at eg ynskjer å sjå meir i djupna for å kunne svare på mi problemstilling. Det kan vere ein svakheit at eg mister tal på kor stor eller liten problematikken rundt barn med psykisk sjuke foreldre er. På ei anna side syns eg det er viktig å gå i djupna, og sjå meir på erfaringar, opplevingar og følelsar for å svare på mi problemstilling.

(Reedtz, et al., 2015) er ein kvantitativ forskning, men eg har valt å ta den med. Grunnen til at eg har valt å ta den med i oppgåva, er for å sjå på viktigheita ved å registrere pasientane sine barn og kva som kan skje om dette ikkje blir gjort. Dette er ein del av kartlegging av pasientane, og noko som er viktig å få inn i journalen, slik at barna blir sett og tatt hand om av alle som jobbar med denne pasienten.

Studiane er gjort for det meste i Noreg, men den eine er frå Australia. Grunnen til at eg har tatt med studien frå Australia er fordi eg trur helsesystemet ikkje er så ulikt frå Noreg.

I studien til Ruud et al. (2015) har eg valt vekk opplevingane til foreldra av barna sin situasjon og deira eigen situasjon, men heller fokusert på barna sjølv sin situasjon og sine erfaringar, kor godt spesialisthelsetenesta er i stand til å identifisere barna og vurdere deira behov, og i kva for grad bestemmelsane i helselovgivinga om barn som pårørande er implementert. Dette fordi foreldra sine vurderingar av barna sine behov ikkje alltid stemmer med barna sine

vurderingar.

I teoridelen har eg brukt ein del pensumlitteratur, men også noko sjølvvalt litteratur. Den sjølvvalte litteraturen har eg funne på HiOA sitt bibliotek, og er frå søk eg har gjort gjennom bibliotekets Oria.

Det barnet ikke vet... har de vondt av (Glistrup, 2004) er gitt ut for meir enn ti år sida, men eg har likevel valt å ta denne med då eg syns den er relevant, og får fram viktige moment som er nyttig for oppgåva. *Øyet og kallet* (Martinsen, 2000) er også ei nok så gammal bok, eldre enn ti år. Eg har likevel valt å ta den med for å få med ei av primærkjeldene til Nordtvedt si bok, *Omtanke* (2014). Eg synest boka til Kari Martinsen, *Øyet og kallet* (2000), var litt vanskeleg å lese og forstå, men har tolka den på min måte. Derfor har eg valt å bruke ein del i frå Nortvedt si bok, *Omtanke* (2014), fordi eg synest den forklarar teorien til Martinsen på ein enklare måte.

3.0 TEORI

3.1 Psykisk lidning.

Psykiske lidningar blir sett på som symptom og plager som påverkar korleis ein tenkjer, føler, måten ein er på, åtferd og korleis ein omgåast med andre. I den norske befolkninga vil omtrent halvparten verte ramma av ein psykisk lidning i løpet av livet. Dei tre vanlegaste gruppene psykiske lidningar i den norske befolkninga er angstlidningar, depressive lidningar og alkoholavhengigheit/rusmisbruk. Psykiske lidningar er ofte kroniske med gjentekne episodar gjennom livet dersom ein ikkje vert behandla og opptrer som regel tidleg i livet (Mykletun og Knudsen, 2009). Det fins ein mengde risikofaktorar som kan føre til utvikling av psykiske lidningar. Som regel har kvar av desse risikofaktorane beskjeden betydning. Men dersom dei psykiske lidningane opptrer i fråvær av beskyttande faktorar, verkar saman med andre risikofaktorar, om faktorane oppstår under spesifikke periodar i livet, dersom dei er kroniske belastningar, eller dersom dei opplevast som svært belastande – kan dette få alvorlege følgjer for pasienten. Nokre menneske kan bli lettare påverka enn andre, og sårbarheit hos menneske er ulik hos alle. Dette sett opp mot utvikling av psykiske lidningar er delvis avhengig av genar. Fleire av risikofaktorane for psykiske lidningar kan også vere tilgjengeleg for førebygging. Sjølv om psykiske lidningar i seg sjølv ikkje alltid kan førebyggast, kan mange av konsekvensane av psykiske lidningar førebyggast i større grad enn det som blir gjort i dag (Mykletun og Knudsen, 2009).

I eit samfunn kor det ligg som ein klar verdi at ein skal klare å løyse eller takle eigne problem, vil det å bli pasient og hjelpetrengande verke inn på sjølvbildet. Det å gå inn i ei pasientrolle for første gong fører med seg utfordringar for dei fleste. Det krev justeringar av sjølvbildet og får gjerne konsekvensar for korleis ein er på seg sjølv (Hummelvoll, 2010, s. 35).

Hummelvoll (2010, s. 35) skriv vidare at om ein har kjempa aleine med vanskar over lengre tid utan at det er oppnådd nokon problemløysing, kan det å komme i ein behandlingssituasjon kjennast lettande, nettopp fordi ein ikkje lenger kjenner seg aleine. Då er det nokon andre som kjenner til situasjonen og som er villig til å dele problembyrda og smerten, og som er villig til å innføre håp i ein mørklagt og utrygg tilstand og situasjon.

3.1.1 Psykose.

I følge Hummelvoll (2010) seier Wilson og Kneisl (1996) at ein psykose er ein tilstand der personen sin mentale kapasitet til å oppfatte 'verkelegheita', kommunisere og forhalde seg til andre menneske er svekka. Dette verkar inn på personen sin evne til å møte dei krava som livet stiller.

Ein psykotisk tilstand er kjenneteiknet ved ein forstyrring av tenking, persepsjon og affekt, og inneber at pasienten har ein alvorleg forstyrring i sin verkelegheitsoppfatning. Psykose er det medisinske omgrepet som kjem nærmast den juridiske nemninga «alvorleg sinnsliding», der ein på visse vilkår blir gitt eit lovmessig grunnlag for bruk av tvang, det vil sei observasjon eller behandling utan samtykke (Snoek og Engedal, 2013).

Psykose pregast av hallusinasjonar, vrangførestillingar, tankeforstyrringar eller forvirring, og omfattar fleire sjukdomsgrupper. Dette gjeld akutte og forbigåande psykosar, stemningslidingar (manisk-depressiv liding), schizofreni og paranoide tilstandar (Hummelvoll, 2010). Hummelvoll (2010) skriv at psykose skapar bekymringar, usikkerheit og undring hos personar som er rundt pasienten. Pasienten lever i ein verkelegheit som er annleis enn den dei fleste erfarer. I og med at angst er betydeleg hos mange psykotiske menneske, må den verda dei opplever verke truande å leve i. Det må også kjennast einsamt når eins eigne oppfatningar og vurderingar av ulike situasjonar og hendingar ikkje delast med andre, men i staden blir møtt med «realitetsorientering». Det kan skape forvirring hos barn som har foreldre som er psykotiske og har vrangførestillingar eller hallusinasjonar. Det er stor forskjell på det den sjuke presenterer, det barnet observerer sjølv og det barnet opplever i verda utanfor heimen (Sølvberg, 2011).

Det er vanleg å skilje mellom positive og negative symptom. Positive symptom er hallusinasjonar og vrangførestillingar. Desse blir sett på som positive fordi dei oppfattast til å vere utanfor den 'normale' erfaring. Forståinga av dette er neppe heilt haldbar i og med at hallusinasjonar og vrangførestillingar er vanlegare fenomen enn det blei antatt tidlegare. Samtidig er desse symptoma framand for dei fleste. Negative symptom dreiar seg meir om fenomen som dei fleste kjenner til. Desse negative symptoma er manglande motivasjon, tap av interesser, konsentrasjonssvikt, utmatting og ei oppleving av at livet er eit slit. Når desse blir av stor betyding, vil det å fungere i dagleglivet bli vanskeleg (Hummelvoll, 2010).

3.2 Barn som pårørande.

Omgrepet «barn som pårørande» er enkelt, men likevel vanskeleg. Dette fordi jus og kvardagsliv ikkje alltid har same definisjonar. Vi er våre foreldre sine barn heile livet. Juridisk sett er vi mindreårige til vi fyller 18 år, og det er pasienten sine mindreårige barn helsepersonellova § 10a er meint å omfatte (Haugland, Ytterhus og Dyregrov, 2012).

Svekka foreldre – og familiefunksjon, og svekka kommunikasjon er viktige risikofaktorar som kan bidra til at det enkelte barnet reagerer med angst, depresjon, forvirring, sinne og åtferdsproblem. Dette kan gå utover skulegong og eit sosialt miljø. Korleis barnet opplever og forstår situasjonen, og korleis dei reagerer, heng mykje saman med kva for alder barnet har og barnet sin modenheit (Hov og Jeppesen, 2015). I følge Snoek og Engedal (2013) spelar familien sin fungering og det følelsemessige klimaet ein stor rolle både for barnet sin generelle utvikling og for utvikling av psykiske lidingar. Familien er den første sosiale gruppa eit barn må lære å forhalde seg til, og dette kan barnet blir prega av på godt og vondt. Nokre gonger må ein gå til det steget at ein må vurdere barnet sin omsorgssituasjon og foreldra sin omsorgsevne. Dette er ei oppgåve som ligg under barnevernet; å vurdere om støttetiltak er tilstrekkeleg, eller om barnet treng ein annan omsorgssituasjon. Barnevernet vil vere avhengig av den psykiatriske vurderinga for å fatte dei nødvendige vedtak. Psykiatrien har lovheimla opplysningsplikt til barnevernet etter nærmare forskrifter. I saker som dette skal alltid omsynet til barnet sitt beste stå i sentrum, sjølv om det kan vere ein tilleggsbelastning for ein allereie sterkt plaga mor eller far at andre må overta omsorga for barnet deira (Snoek og Engedal, 2013).

Skuldkjensle kan vere naturleg og normalt når ein har gjort noko som er galt. Men når skulda ikkje lenger er fornuftig eller naturleg, blir det ein irrasjonell skuld som forsterkar den negative opplevinga. Skamkjensle er ein intens negativ vurdering av ein sjølv. Skam følgjer saman med opplevinga av sjølvforakt, sjølvbebreiding og nedvurdering av eins egne evner og ferdigheiter, og fører til opplevinga av avmakt. Avmaktskjensle vil vi finne når menneske står ovanfor ein truande oppleving og har gjennomlevd kriser som overgår mestringsevna (Håkonsen, 2014). Skam er ein samansett pinaktig følelse, som er bunden saman med opplevinga av å kjenne seg flau, ofte i samband med nakenheit og seksualitet, samt det å ikkje kjenne seg god nok. Den typiske kroppslege reaksjonen kjem i form av rødme og eit ynskje om å vere usynleg eller å synke ned i jorda (Bjørnstad, 2009). Ein av dei vanlegaste

kriseutløysande faktorane er krenking eller trussel om krenking. Krenking kan komme av situasjonar som er prega av skam som angrip måten ein ser på seg sjølv (Hummelvoll, 2010). Barn som veks opp med foreldre med psykisk lidning, lever i ein livssituasjon som er belastande og dei er meir utsett for krenkingar (Moen, 2012).

Barn som pårørande kan ha ein tendens til å beskytte sin forelder og passe på at ingen uvedkommande trenger seg inn og står i tvil om forelderen sin evne til å ta seg av barnet. Som ein liten arbeidsbie set ikkje barna sine egne behov, sin eigen rett til integritet, eller sine egne kjensler i fokus. Heller tvert i mot. For barnet blir konsekvensen at det underkjenner sine egne kjensler og sitt eige behov for omsorg og merksemd. (Glistrup, 2004). Det kan verke skremmande for eit barn å komme inn på ei psykiatrisk avdeling. På ei avdeling bør ein sørge for at barne ikkje blir utsett for inntrykk som ikkje er ynskja, for eksempel andre alvorleg sjuke pasientar. Vidare må ein sørge for at barnet får hjelp til å forstå kva som føregår på eit sjukehus. På den måten kan ein forsøke å gi barnet tillit til at det er godt for forelderen deira å vere der (Glistrup, 2004).

Mange foreldre med barn som pårørande vil ha forholdsvis milde lidningar som ikkje fører til redusert omsorg og negative utfall for barna. Likevel ser vi at barna har ein høgare risiko for sjølv å utvikle psykiske lidningar, og høgare risiko for å bli utsett for vald eller seksuelle overgrep. At denne risikoen er høgare for barn som lever med ein psykisk sjuk forelder, er avhengig av fleire faktorar, som for eksempel kor alvorleg forelderen sin psykisk lidning er (Torvik og Rognmo, 2011).

3.2.1 Barnet blir den vaksne.

Barn som veks opp med foreldre som er alvorleg sjuke opplever ofte at rollene blir snudd på hovudet, og at barna blir «foreldre» til sine egne foreldre. Det er ei rolle som dei ikkje har føresetnad for å fylle, og mange slit med skuldkjensle og kjensla av å ikkje strekkje til (Skagestad, 2008). Parentifisering er eit ord som står sentralt hos barn som pårørande til psykisk sjuke. Det vil seie å belaste barn med ansvar som vanlegvis ligg hos ein vaksen. Barnet kan få mange positive tilbakemeldingar på mestringa si der og då, men slik parentifisering kan likevel medføre ein overbelastning som gir aukande risiko for at barnet sjølv utviklar psykiske lidningar på eit seinare tidspunkt (Snoek og Engedal, 2013).

3.2.2 Utvikling.

Utviklingsprosessen er noko som føregår heile livet, men det er utviklinga i barndommen ein tradisjonelt har vore oppteken av (Håkonsen, 2014). I følgje Håkonsen (2014) påpeiker Tetzchner (2012) at i barndommen skjer dei fysiske og psykologiske forandringane raskare, og er meir omfattande enn seinare i livet. Dei utviklingsprosessane som skjer i barndommen vil ha avgjerande betyding for ungdomsår, vaksenalder og alderdom.

I alderen frå sju til tolv år utviklast stadig barnet sin evne til å tenkje symbolsk og logisk. Barnet har utvikla ein evne til konservering og mister den begrensinga som egosentrisitet legg på tankeprosessane. I denne alderen har barnet også utvikla evna til å forstå årsak-verking-samanhengar (Håkonsen, 2014). Frå barnet er tolv til femten år blir han eller ho i stand til å tenkje både på konkrete og abstrakte hendingar, og barnet utviklar evna til å formulere hypotesar for å løyse problem. Dette er tankeprosessar som særpregar ein vaksen måte å bruke sine kognitive evner på (Håkonsen, 2014).

3.3 Sjukepleiar si rolle.

Som sjukepleiar må ein vere personleg også over for menneske ein ikkje kjenner frå før av. Ein må bygge opp tillit der det ikkje er tillit. Ein må kunne møte tragiske situasjonar når budskapen kan verke nådelaut og det å trøste kan vere vanskeleg (Kristoffersen og Nordtvedt, 2011). Ein må forhalde seg til fleire funksjonsområder som sjukepleiar. Blant anna må ein forhalde seg til lindring av pasientar og pårørande, og deretter undervise og rettleie dei. Det å lindre har som mål å redusere eller setje grenser for omfanget av ulike typar belastningar. Undervisning og rettleiing er funksjonar som handlar om å bidra til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen, et. al., 2011).

I følgje spesialisthelsetenestelova § 3-7a (1999) har helseføretak, private sjukehus og institusjonar som har avtale med helseføretak, plikt til å ha ei ordning med barneansvarleg personell. Denne løysinga er viktig organisatorisk for å kunne styrke den rettslege stillinga til barn av pasientar med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit, eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Kjernefunksjonen til det barneansvarlege personellet er at det skal sette arbeidet i system, halde helsepersonellet på avdelinga oppdatert og fremme barn sine interesser (Helsedirektoratet, 2010).

I følge Norsk Sykepleierforbund (2011) skal sjukepleiar forhalde seg til yrkesetiske retningslinjer. Sjukepleiar skal vise respekt og omtanke for pårørande. Det er også viktig å bidra til at pårørande sin rett til informasjon blir tatt vare på. Retningslinjene seier også at sjukepleiar bidrar til å ivareta barn som pårørande og deira særskilde behov, og samhandlar med pårørande og behandlar deira opplysningar med fortrulegheit. I tillegg skal omsynet til pasienten prioriterast dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørande og pasient.

Ein situasjon der mor eller far er sjuke inneberer ofte krise, der barnet lev i usikkerheit og er engsteleg. Dei rutinane som barnet er vande til, kan bli brotne, kontaktforhold endrast, og nye personar som hjelpearar kjem inn i bildet. Tryggleik og kontroll heng tett saman. Det er i trygge omgivelser barn og unge opplever kontroll, der barnet kjenner personane som er der og der dei veit kva som skjer (Eide og Eide, 2014). Barn har også behov for å bli skjerma når foreldre er alvorleg sjuke. Det er ikkje alltid nødvendig at barnet treng å møte forelderen, men dei treng informasjon og tryggleik på at mor eller far får den hjelpa dei treng, og dei ikkje har gjort, sagt eller tenkt noko som gjer at forelderen er blitt sjuk og innlagd. Det å få setje ord på eigne tankar og kjensler rundt det som skjer, er viktig for barnet (Moen, 2012).

Dersom ein vil etablere ein tillitsfull kontakt med barn som kjempar med lojalitetskonfliktar og ambivalente kjensler i forhold til foreldre, er det langt å føretrekkje å møte heile familien til å begynne med. Kanskje kan barnet tenke seg å snakke aleine med behandlaren etterpå. Faktisk er det ofte foreldra som skjønar at barnet kan trenge å snakke med ein annan vaksen. Når barnet opplever at det er eit tillitsforhold mellom den sjuke forelderen og behandlaren, og mor eller far har sagt ja til at barnet kan få snakke fritt om ting han/ho tenker på, blir det mykje lettare for barnet å kunne takke ja til samtale. Om den vaksne har dratt barnet aktivt inn i sine psykotiske førestillingar, er det ikkje tvil om at ein slik oppleving kan vere traumatisk for barnet (Glistrup, 2004). Tillit og mistillit er grunnleggande haldningar i eit menneske sin personlegdom. Tillit hjelper oss når vi skal utvikle kjennskap og nye relasjonar, då vi vil møte andre menneske med openheit og positive forventningar, og ikkje med mistru og mistenksamheit. Det å lære seg å kunne stole på omgivnadane og ein grunnleggande tru på seg sjølv er viktig for barn i ein tidlig fase (Håkonsen, 2014).

Det å la barnet få gjere noko som det er naturleg interessert i, kan vere ein god måte å skape

kontakt med barnet på. Gjennom for eksempel leik kan barnet utrykke seg kjenslemessig og vise opplevingar (Eide og Eide, 2014). For at barn skal få hjelp til å utrykke seg sjølv og vise kjenslene sine, kan det vere naudsynt å bruke hjelpemiddel slik at det skal bli enklare å utrykke seg på ein måte som er naturleg for aldersfasen barnet er i, då ord og språk ikkje har same meining for barn som for vaksne. Det er viktig å tilpasse seg barnet og respektere barnet sin langsamheit eller hurtigheit for å finne vegen til tillit og kontakt. Stikkord for å la barnet behalde føringa og initiativet er openheit, undring og aktiv lytting (Eide og Eide, 2014).

3.3.1 Omsorgsteori.

Omsorgsteoriar er teoriar om kva omsorg er, og noko som er særleg viktig i sjukepleien, rett og slett fordi sjukepleien er eit omsorgsyrke. Det å kunne sjå den etiske tydinga av omsorg og vere bevisst på viktige verdiar som empati og medkjensle i pleie og omsorgsarbeid er viktig. (Nortvedt, 2014).

Nortvedt (2014) refererer til Martinsen (2003) som seier at det moralske ansvaret er ulikt fordelt på den måten at sjukepleiaren har eit spesielt «ansvar for den svake». Med dette meiner ho ikkje at pasienten er svak, men at sjukepleiaren og sjukepleiartenesta skal vie spesiell merksemd både mot den enkelte, sårbare pasient og mot urettferda i samfunnet. Sjukepleiaren skal stå til teneste for dei mest utsette gruppene i samfunnet, dei med rus og sosiale problem, eldre, pasientar innanfor psykisk helsevern og barn. Det å bli moralsk prega er særlig sentralt i Martinsen sin forståing av etikk i sjukepleien (Nortvedt, 2014). Kari Martinsen (2000) seier at kvart liv kan og skal levast. Det å sjå likskap i ulikskap vil seie at sjukepleiaren har eit delaktande oppmerksamt auge. Det vil seie at sjukepleiaren «ser med heile kroppen», fantasifullt og variert, slik at pasienten kan komme til å vere seg sjølv. Det å sjå og bli sett på denne måten botnar i ein felles menneskeleg erfaring om liding, sårbarheit og håp, og om frigjering gjennom, i dette tilfellet, sjukepleiaren sin oppmerksame nærvær, som gir pasienten betyding, og som vil beskytte hans eller hennas sårbarheit (Martinsen, 2000). I følgje Nortvedt (2014) står betydinga av emosjonell forståing heilt sentralt i Martinsen sin omsorgsetikk. Som sjukepleiar må ein kunne føle bekymringar ved pasienten sitt ubehag og smerte, og omtanke ved pårørande si sorg. Martinsen seier også at «emosjonell berørtheit gir oss kunnskap om andre menneskers sinnstilstand, opplevelser og erfaringer. Det kan dreie seg om å forstå sinnstemningar hos den syke og/eller hans familie, tegn på smerte eller ubehag»

(Nortvedt, 2014, s. 57).

Martinsen seier også noko om pårørande i vanskelege situasjonar. Nokre gonger ynskjer verken pasienten eller pårørande å bli tatt ansvar for, mens andre gonger kan ein feiltolke non-verbale teikn og tru at ein pasient eller pårørande har eit behov for spesiell omtanke og hjelp som han eller ho ikkje ynskjer (Nortvedt, 2014).

Nortvedt (2014) viser til Martinsen sine tankar om relasjonen mellom pasient og sjukepleiar, og ho meiner at dette er sjølve fundamentet for moralsk ansvar. Martinsen er også opptatt av at sjukepleiar har eit ansvar for pasienten der pasienten ikkje har noko forplikting til å gi igjen (Nortvedt, 2014).

4.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil eg drøfte ut i frå teorien eg har lagt fram, forskning, egne erfaringar og egne meiningar om korleis eg synest sjukepleiar kan ivareta barn på ei psykiatrisk avdeling. Kapittelet består av fire underkapittel, barna sine behov, sjukepleiar sitt ansvar, møte med barnet og relasjonsbygging, og tilhøva på psykiatrisk avdeling. Eg drøftar ut i frå valt problemstilling; *Korleis kan sjukepleiar bidra til å ivareta barn som pårørande på psykiatrisk avdeling?*

4.1 Barna sine behov.

I praksis fekk eg med meg at barn kom som regel på besøk på kvelden. Om det var ein spesiell avtale om samtale med behandlar og pasienten sin primærkontakt, skjedde dette som regel på dagtid. Kvar av pasientane hadde ein sjukepleiar som primærkontakt som skulle følgje opp under behandlingsopplegget, og eventuelt barnet som pårørande. Når barnet kom på besøk på kvelden var som regel ikkje primærkontakt der, og då var det ikkje like lett å vite kven som skulle ta hand om barnet, eller om barnet følte seg trygg nok om det plutselig var ein ukjend pleiar som tok i mot han eller ho. Helsedirektoratet (2010) skriv at pasientar med alvorlege helseproblem kan ha barn som pårørande. Desse barna er sårbare og utsette, noko eg også har erfart. Eg tenkjer også at ein som sjukepleiar kan gjere seg eit inntrykk om korleis barnet ser ut når det kjem på besøk. Har barnet reine klede og rett klede til årstid og vær? Ser barnet ut til å få i seg nok mat? Slike observasjonar kan vere med på å lage seg eit inntrykk om korleis omsorgssituasjonen til barnet er, og om han eller ho har støttepersonar rundt seg.

Barn tenkjer kanskje; Kva har eigentleg skjedd? Er noko av dette mi skuld? Kan eg også bli sjuk? Kvifor klarer eg ikkje å sove? Kvifor har eg problem med å konsentrere meg? Blir mor/far sjukare om eg blir sint eller lei meg? Kven skal passe på mor/far når eg er på skulen? Kva skal eg sei til vener? Kvifor tenkjer eg annleis enn syskena mine? Dette er spørsmål barn og unge kan slite med når foreldre blir innlagd, noko dei grublar på, og som oftast grublar dei aleine. Er det fordi det er tabubelagt, flaut og vanskeleg å setje ord på? (Moen, 2012). Det er mange vonde og vanskelege spørsmål barnet kan slite med. I følgje Bjørnstad (2009) er den typiske reaksjonen på skam rødme og eit ynskje om å vere usynleg. Det kan derfor tenkast at barn av foreldre med psykisk lidning går og grublar aleine fordi dei nettopp vil vere usynlege.

Torvik og Rognmo (2011) skriv at barn av psykisk sjuke har ein høgare risiko for sjølv å utvikle psykiske lidingar. Det er fleire faktorar som spelar inn som gjer at denne risikoen er høgare for desse barna, for eksempel kor alvorleg forelderen sin psykiske liding er. Psykose er ein alvorleg psykisk liding, og det omgrepet som kjem nærmast «alvorleg sinnsliding» i følge den juridiske nemninga, og der ein på nokre vilkår kan bruke lovmessig grunnlag for bruk av tvang (Snoek og Engedal, 2013). Det kan dermed tenkast at barn av foreldre med psykose har ein høgare risiko for å utvikle psykiske lidingar seinare i livet, sidan det er ein såpass alvorleg sjukdom. Eg tenkjer også på bakgrunn av dette at det er svært viktig med tidleg relasjonsbygging for å tidlegast mogleg kunne førebygge eventuelle åtferdsproblem hos barnet og for å fremme mestring i ein slik vanskeleg situasjon.

Haukø og Stamnes (2009) fann sin studie ut at bruk av samtalegrupper fekk barna til å få ei kjensle av auka forståing av sjukdommen til foreldra. Dette gjorde det også lettare for dei å prate med andre, som vener og andre vaksne om situasjonen sin. Barna i studien til Ruud et al. (2015) seier også at dei har behov for å snakke om situasjonen dei står ovanfor, men føler dei ikkje får nok informasjon. Det kan derfor igjen tenkjast at barna ofte går rundt og grublar aleine på ting dei undrar seg på, ofte på grunn av at dei ikkje får nok informasjon til å forstå situasjonen. Det kan også tenkjast at om barnet er moden og stor nok til å stille spørsmål, er dei også store nok for å få svar.

Av erfaring har eg sett at barn som kjem på besøk på ei psykiatrisk avdeling har ulike behov. Alle barn er ulike, noko ein må ta med i vurderinga når møter barna i slike situasjonar. Nokre barn kan vere avvisande, mens andre kan vere svært kontaktsøkande. Dei lurar på ulike ting, men tør kanskje ikkje utrykke seg med ord, er redd for å sei noko feil, eller «avsløre» forelderen som er sjuk. Glistrup (2004) skriv at barn har ein tendens til å beskytte sine foreldre. Av erfaring har eg sett at barn er redde for å «avsløre» forelderen, og dermed seier minst mogleg, eller seier at alt er fint, sjølv om det ikkje alltid stemmer, nettopp for å beskytte sin forelder. Martinsen (2000) seier at ein som sjukepleiar skal kunne sjå med heile kroppen, slik at pasienten kan vere seg sjølv. Det kan tenkast at dette er viktig når ein skal få kontakt med menneske, spesielt barn.

O'Brien et al. (2011) viser til at personalet meinte at foreldre-barn kontakten var svært viktig, og derfor viktig at barna får komme på besøk. Men då er det også viktig å sikre eit trygt miljø

når dei kjem på besøk, og at det er tilstrekkeleg personell, både i tall og i kompetanse. Dette seier Glistrup (2004) også noko om, og støttar opp under dette. I følgje Glistrup (2004) må ein sørge for at barnet forstår kva som føregår på avdelinga, og at dette kan vere med på å gi barnet tillit til at det er godt for deira forelder å vere der og at dei får den behandlinga og pleia dei treng. Eg meiner at ein som sjukepleiar må vise varmheit og tålmodigheit når barnet er på besøk, og vise barnet at ein vil gi deira forelder den beste pleia. Det kan tenkast at det er viktig å ha ein god relasjon med pasienten for å vise barnet at ein som sjukepleiar vil deira forelder det beste.

Ruud et al. (2015) fann ut i sin studie at barn blir overlatt mykje til seg sjølv. Dei overtar ofte rolla som den vaksne i heimen, og dette går ut over eige sosialt liv og skulegang. Snoek og Engedal (2013) støttar opp under dette, og skriv at parentifisering er eit ord som står sentralt hos barn som pårørande. Skagestad (2008) skriv også at dette er ei rolle som barn ikkje har føresetnad for å fylle, og at det kan vere årsak til at mange slit med skuldkjensle og kjensle av å ikkje strekkje til. Det kan også i følgje Snoek og Engedal (2013) føre til overbelasting som gir aukande risiko for at barnet utviklar psykisk lidning sjølv.

4.2 Sjukepleiar sitt ansvar.

I ein travel kvardag kan det vere lett å gløyme at mange av dei psykiatriske pasientane også er foreldre, og at deira barn har særskilte behov. Det kan vere mange av pasientane som er bekymra for om barna tar skade av sjukdommen deira, eller om den er arveleg. Eit slikt tema kan vere vanskeleg for pasienten sjølv å ta opp. For dei fleste vil det kanskje vere lettast om personalet startar ein samtale om barna og korleis dei har det i denne situasjonen (Snoek og Engedal, 2013). Det er viktig å hugse på at pasientane også er forskjellige, og at nokre kan vere enklare å samarbeide med enn andre. Når eg ser på studien til Grimsgaard (2008) ser det ut til at fagfolk i vaksenpsykiatrien er usikre i forhold til å snakke med pasientar om foreldrerolla. Dei verkar også usikre på korleis dei skal snakke med barna og korleis gå fram.

I følgje Snoek og Engedal (2013) vil barnevernet vere avhengig av den psykiatriske vurderinga for å fatte dei nødvendige vedtak. Psykiatrien har lovheimla opplysningsplikt til barnevernet etter nærmare forskrifter. Når helsepersonell har plikt til å følgje opp barn sine behov for informasjon og oppfølging etter helsepersonellova § 10a, må helsepersonell også

dokumentere at denne plikta blir følgt opp med dokumentasjon (Reedtz et al., 2015).

Sølvberg (2011) seier at gjennom empati, innleving og forståing, kan ein setje seg inn i kva pasienten sitt barn ynskjer å vite. Informasjon om fakta er viktig og fortener opne og ryddige svar. Informasjonen som styrkar kjærleik og lindrar skuld, blir sjeldan direkte formulert, men det er viktig å vere bevisst på nødvendigheita av dette for eit barn. Dette gjeld også stadfesting på livshendingar, slik at ein kan skilje mellom fantasi og verkelegheit for barn som lever med ein psykotisk forelder (Sølvberg, 2011). Av erfaring gjennom praksis har eg sett tilfelle der mor eller far er innlagd på grunn av psykose. Det eg merka meg var at barn ikkje alltid skjønar kva som er verkelegheit og kva som er fantasi av det dei blir fortalt av sin forelder. Blir eit barn fortalt at det står ein ulv utanfor døra, og at døra må bli låst så fort det lar seg gjere, kan dette verke skremmande, men samtidig realistisk.

I følgje Nortvedt (2014) påpeiker Martinsen (2003) at sjukepleiar har «ansvar for den svake», og då meiner ho dei mest utsette gruppene i samfunnet. Under dei mest utsette gruppene nemner ho barn og pasientar innanfor psykisk helsevern. I følgje yrkesetiske retningslinjer skal sjukepleiar bidra til ivaretaking av barn sine særskilde behov (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Martinsen seier at sjølv fundamentet for moralsk ansvar er relasjonen mellom pasient og sjukepleiar (Nortvedt, 2014). Dette antar eg er like så viktig i møte med pårørande. Når ein som sjukepleiar har plikt til å ivareta barn som pårørande i følgje helsepersonellova § 10a, står ein ovanfor eit moralsk ansvar. Relasjonen mellom sjukepleiar og barnet ser ut til å vere viktig for å skape kontakt.

4.3 Møte med barnet og relasjonsbygging.

Snoek og Engedal (2013) refererer til Hubble, Duncan og Mille (1999) som seier at den mest verksame enkeltfaktoren i psykoterapeutisk behandling ikkje er korleis ein legg opp behandlingsopplegget, men relasjonen som utviklast mellom pasient og terapeut, og at det er dette som kan skaper grunnlaget for forandring. Eg tenkjer dette er like så viktig i møte med pårørande, at relasjonen som blir skapt mellom sjukepleiar og barnet er det som kan gjer til at barnet kan opne seg og snakke om erfaringar og kjensler.

Ut i frå egne erfaringar har eg sett at det er viktig å skape kontakt med barnet, samt at barnet får tillit til helsepersonellet før ein byrjar med samtale og informasjon. Det kan tenkast at å skape god kontakt med barnet kan vere med på å gjere barnet tryggare. Tryggleik heng saman med kontroll (Eide og Eide, 2014). Det kan vidare tenkast at når barnet får kjensle av kontroll, kan det vere lettare for barnet å snakke meir opent om egne følelsar og erfaringar. Håkonsen (2014) skriv at tillit hjelper til når ein skal utvikle kjennskap og nye relasjonar, og at det er viktig at barn lærer seg å kunne stole på omgivnadane. Det støttar igjen studien til O'Brien et al. (2011) opp under med å seie at det er viktig med eit trygt miljø når barnet kjem for å besøke sin forelder, samt fokus på omsorg som inkluderer alle partar, som eg tolkar vil seie barnet, den psykisk sjuke og eventuelt den friske forelderen. Glistrup (2004) seier også at ein må sørge for at barnet får hjelp til å forstå kva som føregår, og at dette kan vere med på å gi barnet tillit til at det er godt for deira forelder å vere der, og at mor eller far får den behandlinga og pleia det er behov får. Eg går ut i frå at det har av stor betydning at barnet ser at mor eller far får den hjelpa dei treng, og får vite at dei blir behandla og pleia godt. Noko som kan vere med på å skape kontakt med barn, er å la det gjer noko som det er naturleg interessert i (Eide og Eide, 2014). Ein svekka familiefunksjon kan gjer at det går utover skulegong og sosialt miljø for barnet. Alder og modenheit på barnet har mykje å seie for korleis det reagerer og forstår situasjonen (Hov og Jeppesen, 2015), og noko eg meiner er viktig å hugse på når ein skal skape kontakt med barnet.

Tillit blir antatt å vere ein god nøkkel til kommunikasjon. Sjukepleiar bør spele ein støttande og hjelpande rolle der det skal skapast tillit og byggast relasjon. Noko som kan vere aktuelt når barnet kjem på besøk, kan vere å gje barnet aleinerom, der barnet kan ta initiativ til samtale. Ein bør også vise barnet at det er normalt å vere redd og usikker i ein slik situasjon, noko som igjen kan bygge opp relasjonar. Ein må tenke på at barnet kan ha vore uheldig med tidligare opplevingar i møte med helsevesenet, og som kan gjer det vanskelegare å stole på sjukepleiar. Difor må ein som sjukepleiar ta stilling til at barna er ulike, og at det kan vere ei rekkje med moglegheiter for kvifor barnet ikkje ynskjer kontakt, eller kvifor det treng det sårt.

Kari Martinsen (2000) seier det er viktig som sjukepleiar å sjå med «hjartets auge». Eg forstår dette slik at ein skal kunne sjå kvart enkelt menneske, og føle på seg og sjå kva kvar enkelt treng av omsorg og pleie. Å sjå med «hjartets auge» og bruke følelsane sine går eg ut i frå

også kan vere med på å skape tryggleik. Det kan tenkast at om ein som sjukepleiar er trygg i møtet med barn og veit korleis ein skal gå fram kan skape tryggleik for barnet. Det kan tenkast at tryggleik smittar. Det blir også antatt at ein må kjenne seg fram for å skape relasjon, og ikkje trenge seg på, men ta det i tempo med barnet, og bruke kjenslene sine godt.

Eg tenkjer meg at det er viktig å snakke med barnet om ufarlege ting når han eller ho kjem på besøk. Som for eksempel, kor kjekt at du ville komme. Eg kan bli med deg inn til mamma, eller eg kan sjå om det passar for mamma eller pappa at du kjem inn no. Har du lyst på noko medan du ventar? Dette tenkjer eg kan vere med på å skape tryggleik for barnet.

4.3.1 Situasjonen til barnet.

Ut i frå helsepersonellova (1999) §10a har helsepersonell som sagt plikt til å ivareta barn som pårørande. Etter ein har kartlagd om pasienten har mindreårige barn og fått kontakt med barnet, kan det vere aktuelt å finne ut korleis barnet sin omsorgssituasjon er og skaffe seg kunnskap om barnet sitt behov for informasjon og oppfølging.

Spesialisthelsetenestelova (1999) § 39 seier at alle som yt helsehjelp har plikt til å journalføre. Same lova (1999) § 40 seier at journalen skal innehalde alle relevante og naudsynte opplysningar om pasienten og helsehjelpa til pasienten, samt dei opplysningar som er naudsynte for å oppfylle meldeplikt. Ein må avklare om pasienten har mindreårige barn. Dette står i strid med Reedtz et al. (2015) sin studie, som har funne ut at det blir registrert alt for lite i DIPS om pasientar innlagd på psykiatrisk avdeling har mindreårige barn. Dette kan skape problem når det kjem til å ivareta barna. Det er stor sannsynlegheit for at det er viktig å kartleggje om pasienten har barn, for i det heile tatt kunne få kontakt med barnet. Dette støttar studien til Ruud et al. (2015) som også seier at det er mangelfull kartlegging og dokumentasjon. Korleis ivareta og skape kontakt med barn ein ikkje veit eksisterer?

Helsedirektoratet (2010) nemner fleire moment som kan vere med på å kartleggje situasjonen til barnet. Desse er:

- o Er foreldra i stand til å ivareta og hjelpe barnet med dei problem og belastningar barnet har?
- o Korleis er dagliglivet for barnet organisert og ivaretatt med omsyn til reglar, struktur og rutinar?

- o Korleis fungerer barnet på skule med tanke på trivsel, skuleprestasjonar, konsentrasjon og frávær?
- o Har barnet overskot til å vere saman med venner eller til å ta med venner heim?
- o Viser barnet teikn på at han/ho er redd, usikker eller alvorleg bekymra?
- o Er barnet i kontakt med hjelpeapparatet?
- o Har barnet nokon å snakke med som veit om og forstår situasjonen?
- o Opplever barnet tilstrekkelig følelsmessig støtte og oppfølging?

Om ein får kartlagd desse momenta kan det gi eit intrykk i korleis barnet har det, og om det har behov for vidare oppfølging. Det er viktig også å vere oppmerksom på ”dei flinke barna” som kan sjå ut til å meistre situasjonen godt, men som likevel kan ha ulike behov (Helsedirektoratet, 2010).

Av erfaring såg eg at det er svært viktig å finne ut om det er sentrale omsorgspersonar som står barnet nærme. Som ein frisk forelder, besteforeldre, tantar og onklar, eller naboar. Når ein så har kartlagd det ein treng og fått den informasjonen ein treng for å kunne forstå omsorgssituasjonen, og om den er uavklart, tenkjer eg det er viktig å varsle akutt-teneste i barnet sin kommune, som barnevern.

4.4 Tilhøva på psykiatrisk avdeling.

Forsking viser at helsepersonell i spesialisthelsetenesta har for lite kompetanse om korleis foreldre sin sjukdom påverkar barna (Ruud, et al., 2015). Dette meiner eg Grimsgaard (2008) sin studie støttar då den viser at kvinnelege tilsette snakkar for lite med mødrane om barna deira. Då tenkjer eg at dette kan vere på grunn av at dei ikkje har god nok kompetanse om situasjonen til barna og korleis situasjonen til barnet påverkar mor som er sjuk.

Haldninga blant leiinga må endrast i følgje studie. Lauritzen og Reedtz (2013) viser til at rutinar er ein utfordring, men at den etablerte kulturen i vaksenpsykiatrien er den viktigaste utfordringa. Dei skriv også i sin studie at dårlege haldningar blant leiinga skapar ein dominoeffekt, og fører dermed til ein ukultur i vaksenpsykiatrien. Kulturen kan sjåast ut som å vere at helsepersonell i vaksenpsykiatrien ikkje skal blande seg inn og at det ikkje er deira ansvar (Lauritzen og Reedtz, 2013). Dette støttar studien til Ruud et al. (2015) som seier at

nokon av dei største utfordringane ligg hos leiinga, arbeidet deira, rettleiing av barneansvarleg og opplæring av personalet med tanke på barn som pårørande.

Grimsgaard (2008) fann i sin studie ut at kvinnelege helsepersonell snakkar for lite med mødrer om barna og deira oppleving av situasjonen dei står ovanfor. Det er blir tatt hand om i nokon grad, men ikkje i den grad det burde. Dei snakkar med mødrene om barna deira når det gjeld kartlegging, men verkar ikkje som det blir følgt opp i ettertid av kartlegginga. På ei psykiatrisk avdeling skal ein ha ordning med barneansvarleg personell, i følgje spesialisthelsetenestelova § 3-7a (1999). Desse skal sørge for at ingen tilsette gløymer pasientane sine barn. Barneansvarlege skal bli lært opp til å snakke med barn, til å stille dei rette spørsmåla, tørre å vere direkte og å snakke om tabukjensler som skuld og skam rundt forelderen sin sjukdom (Helsedirektoratet, 2010). Då eg var i praksis på ei psykiatrisk avdeling snakka eg med ei som hadde fått oppgåva som barneansvarleg. Eg hugsar ho sa; «vi som er barneansvarleg har ikkje moglegheit for å vere den som skal ta oss av alle pasientane som har barn, og at alle tilsette må kartlegge og følgje opp barn. Sjukepleiarar må sørge for at alle barn får oppfølging». Ho sa også «eg føler meg som ei vaktbikkje som må passe på at andre gjer det dei skal, men eg syns det burde vere like opplagt for alle at ein skal følgje opp barna til pasientane». Dette seier eg meg einig i, og meiner at det burde vere like opplagt for alle sjukepleiarar å følgje opp barn og deira behov.

5.0 AVSLUTNING

Gjennom innsamla teori og funn av forskning har eg drøfta korleis sjukepleiar kan bidra til å ivareta barn som pårørande på psykiatrisk avdeling. Eg har lært meir om kor viktig sjukepleiaren sin kunnskap og funksjon er når ein går i møte med desse barna. Det kan verke skremmande og uvant for eit barn å vere på eit sjukehus. Det er då viktig at sjukepleiar kan legge til rette så godt det lar seg gjere, slik at barnet får ein kjensle av tryggleik og kjenner seg ivaretatt. Barn treng å bli sett, og treng informasjon når mor eller far er innlagd på grunn av psykose. Etter lovendring i 2010 har sjukepleiar blitt pålagt å sørge for at barn får tilstrekkeleg informasjon, oppfølging og blir ivaretatt. Forsking viser likevel at barn ikkje får tilstrekkeleg informasjon, men har behov for samtale. Det viser seg også at samtale med barn gir auka forståing for situasjonen dei står ovanfor.

Som sjukepleiar har ein ei utruleg viktig oppgåve og ein god moglegheit når det gjeld å ivareta barn som pårørande på ei psykiatrisk avdeling. Eg ser det er viktig å skaffe seg god kunnskap om barnet sin utvikling, for å deretter kunne forstå barnet sine reaksjonar og hjelpe barnet med å bearbeide følelsar han eller ho sit inne med. Forsking viser at helsepersonell fortsatt manglar kunnskap, opplæring og tryggleik til å ivareta barna. Det viser seg også at barneansvarleg føler dei har mykje ansvar, og meiner at det skal vere like opplagt for alle sjukepleiarar å følgje opp barna til pasientane.

Etter ha skrive denne oppgåva ser eg kor viktig ein god relasjon er for å kunne kommunisere og få barnet sin tillit. Det blir vanskeleg å finne eit fasitsvar då alle menneske er forskjellige, men eg meiner at helsepersonell som møter barn som pårørande må bruke både auge og øyrer. Ein må kunne høyre det som ikkje blir sagt og sjå det som ikkje synast. Desse barna må sleppe å vere vaksne, og derfor må nokon andre vere det for dei. Eg meiner det er like så viktig å ivareta barna til pasienten, som pasienten sjølv, både får pasienten og barnet sitt beste.

LITTERATURLISTE

Aamodt, G., & Aamodt, I. (2005). Tiltak for barn med psykisk syke foreldre [Interventions for Children of Mentally Ill Parents]. *RBUP Øst/Sør: Report*.

Bjørnestad, L. (2009). *Skam og skyld: sentrale tema i depresjon og terapi* (Master's thesis, The University of Bergen).

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet ... har de vondt av*. Oslo: Pedagogisk Forum.

Grimsgaard, A. C. (2008). *Jeg vet du bare vil det beste for barna dine: Kvinnelige helsearbeideres opplevelser og erfaringer i tilknytning til å snakke med psykisk syke mødre om barna deres* (Master's thesis).

Haugland, B.S.M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Haukø, B. H., i Namsos, S., Stamnes, J. H., & Opplæringscenter, N. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien*, 11(09), 32.

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Hummelvoll, J. K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. J. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 83-133). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2013). Support for children of service users in Norway: Despite an amendment in the law making it mandatory for mental health practitioners to provide follow-up care, a study has shown that clinical practice has been slow to change, say Camilla Lauritzen and Charlotte Reedtz. *Mental Health Practice*, 16(10), 12-18.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moen, G. L. (2012). *Barns møte med psykisk lidelse, en datters historie*. Cappelen Damm Akademisk
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- O'brien, L., Brady, P., Anand, M., & Gillies, D. (2011). Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff. *International journal of mental health nursing*, 20(5), 358-363.
- Reedtz, C., Mørch, L., & Lauritzen, C. (2015). Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal?. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(01), 36-45.
- Skagestad, T. (2008) *Se meg! Å vokse opp med syke foreldre*. Oslo: Noras Ark.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2013). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.).

Oslo: Akribe.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Henta frå

<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html>

Sølvberg, H. A. (2011). Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende. Samtalegruppen som frigjørende redskap. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E., Weimand, B. M. (2015) *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Rapport, Akershus universitetssykehus HF, Lørenskog. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>

Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Edited by: Folkehelseinstitutt, (2011).

VEDLEGG 1

	Dato	Database/Nettstad	Søkeord og kombinasjonar	Antall treff	Utvalgt artikkel	Kvifor var denne artikkelen relevant?
Artikkel 1	08.02.17	Chinal	Mental health services AND Children of impaired parents	51 treff → Research article → 24 treff	Treff nr 2: Support for children of service users in Norway	Denne synest eg var relevant fordi den fekk godt fram synspunkta til tilsette på psykiatrisk avdeling.
Artikkel 2	10.02.17	SveMed+	Barn av psykiatriske pasienter OG Foreldre med psykisk lidelse	2 treff	Treff nr 1: Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal?	Denne synest eg var relevant då dette er svært viktig og helsepersonell er lovpålagt til å dokumentere og følgje opp barn som pårørande.
Artikkel 3	08.02.17	Helsedirektoratet.no	Barn som pårørande	Ca. 420 treff	Treff 3: Barn som pårørande, resultater fra en multisenterstudie	Eg kom fort over denne sjølv om det var mange treff, den vekka oppmerksomheit og eg begynte å lese. Eg synest den var omfattande, men hadde mange gode moment. Resultata synest eg var gode å ha med i oppgåva mi. Det var ein stor studie der eg har valt å plukke ut nokre moment. Eg synest den var relevant med tanke på at eg fekk tak i barn og helsepersonell sine synspunkt.

Artikkel 4	11.02.17	Chinal	Children of Impaired Parents OR Parent-Child Relations AND Visitors to Patients	30 treff → Research article → 10 treff	Treff nr 1: Children of parents with mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff	Denne synest eg var relevant då den fekk fram gode synspunkt frå helsepersonellet. Eg synest resultatane viste noko eg har erfart sjølv i praksis.
Artikkel 5	05.02.17	Litteraturlista i boka; Moen, Grethe Lillian (2012) <i>Barns møte med psykisk lidelse, en datters historie.</i> Cappelen Damm Akademisk			Jeg vet du bare vil det beste for barna dine	Denne synest eg var relevant då det viste seg at tilsette i psykiatrien synest det er vanskeleg å snakke om barn som pårørende med mødre. Eg valte å ta den med sjølv om den gjekk meir på å snakke med mødrene, fordi eg tenkte at dette er ein viktig start for å kunne skape kontakt med barnet.
Artikkel 6	10.02.17	Sykepleien.no	Kommunikasjon med barn som pårørende	69 treff → Innskrenka til forskning og fagutvikling → 51 treff	Treff nr 18: Det hjelper å snakke med barna	Denne synest eg var relevant då den fekk fram at kommunikasjon er viktig, sjølv om eg ikkje legg vekt på dette. Det viser godt i resultatane at barna har behov for informasjon for å forstå ein slik situasjon, og dette synest eg var viktig å få med.