

Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie

Ann-Kjærsti Svalheim og Anne Kjersti Myhre Steffenak

Ann-Kjærsti Svalheim, Helsesøster Løten kommune, Master i psykisk helsearbeid, ann.svalheim@gmail.com

Anne Kjersti Myhre Steffenak, Førsteamanuensis Høgskolen i Hedmark, Avdeling for Folkehelse. E-post: anne.myhre@hihm.no

Abstract

Child-responsible role, related to children as caregivers of parents with mental illness - a phenomenographic study

Children as caregivers of parents with mental disorders are a vulnerable group. They have been invisible to service providers until recent years. These children have an increased risk of developing behavioral problems and impaired psychosocial functioning. In 2010, law amendments require that special health have child-responsible personnel, to ensure children and their families proper measures. There is little knowledge of how this role works. The purpose of this study is to uncover the perceptions child-responsible personnel have of their own role. The study is qualitative with a phenomenographic approach. Child-responsible personnel have a special interest in working with young caregivers. They act as "watchdog" for colleagues and they provide guidance for parents. Follow-up of children is random where responsibilities are added to therapists. Child-responsible personnel collaborate with municipality, and public health nurse is specifically mentioned. There is still a way to go before the role works as intended.

Keywords / nøkkelord

Child-responsible personnel; young caregivers; parents with mental health disorders; barneansvarlig; barn som pårørende; foreldre med psykiske lidelser

Referee *

<http://dx.doi.org/10.7557/14.3771>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Innledning

Mange barn har uformelle omsorgsroller hvor de påtar seg ansvar for foreldre som er syke. Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser bidrar ofte med emosjonell omsorg til foreldrene (Dearden og Becker 2004). Dette er omsorgsoppgaver som anses å være særlig belastende fordi de er lite konkrete og barna i mindre grad opplever å få bekreftelse og støtte på det de gjør (Haugland 2006). I Norge opplever mellom 50 000-130 000 barn belastende omsorgsoppgaver (Kallander og Vallesverd 2015).

Forskning fra Storbritannia, USA og Australia har fra begynnelsen av 2000-tallet hatt fokus på unge omsorgsgivere. I Storbritannia har kunnskapsutviklingen bidratt til tydelige helsepolitiske strategier, rutiner og god praksis i arbeid med barn som er pårørende (Aldridge 2006; Becker 2007; Maybery og Reupert 2009).

Uavhengig av hvilket land barn bor i, eller hvor velutviklet velferdssystemene er, har barn med omsorgsroller for syke foreldre mye til felles, og det er behov for anerkjennelse av unge omsorgsgivere som sårbare barn (Becker 2007).

I Norge har barn som har foreldre med psykiske lidelser nærmest vært usynlige for kommune- og spesialisthelsetjenesten inntil de siste årene (Ytterhus 2012). I 2010 kom det endringer i spesialisthelsetjeneste- og helsepersonelloven som skal sikre oppfølging av barn som er pårørende. Lovendringene påla spesialisthelsetjenesten å ha minst ett barneansvarlig personell på hver avdeling (Helsepersonelloven 1999; Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

Bakgrunn

Barn som er pårørende omfatter barn i alderen 0-18 år som bor med sine biologiske foreldre, adoptivforeldre, steforeldre, eller fosterforeldre (Helsedirektoratet 2010). I 2011 levde 260 000 barn sammen med foreldre med alvorlig psykisk lidelse som gikk ut over dagliglivets gjøremål, og 70 000 barn levde med foreldre med alvorlig alkoholmisbruk (Torvik og Rognmo 2011).

Ulike forhold påvirker barns omsorgsrolle og hvordan de håndterer hverdagen som omsorgsgiver, blant annet i hvilken grad familien får støtte, samt hvor godt foreldrene fungerer som foreldre (Aldridge 2006; Kallander 2010). Det er ikke den psykiske lidelsen i seg selv om er skadelig for barnet, men hvordan foreldrene mestrer foreldrerollen (Aldridge 2006; Alnes 2011). Særlig uheldig er det hvis barna ikke får den følelsesmessige og praktiske støtten de trenger (Aldridge 2006). Det ses en sammenheng mellom foreldres psykiske lidelser og barns adferdsvansker (Griffiths, Boland, Gilliland, McKernan og Shields 2007) og nedsatt psykososial fungering (Korhonen, Pietila og Vehvilainen-Julkunen 2010). Barna som er mest utsatt bor i familier hvor foreldrene har alvorlig psykisk lidelse, og hvor de voksne har udekkede behov fra helse- og omsorgstjenester. Disse familiene har ofte mangelfullt sosialt nettverk og prøver å skjule de psykiske lidelsene for omverdenen. Mangel på støtte fra venner og øvrig familie kan være en risikofaktor som bidrar til å øke barns rolle som omsorgsgiver (Becker 2007). Mange barn får belastende oppgaver med å få hverdagen til å fungere. Barn vil slippe dette ansvaret, og ønsker seg mer hjelp hjemme og forebyggende tiltak (Kallander 2010).

Barneansvarlig personell er knyttet til spesialisthelsetjenesten i offentlig eller privat regi, og det er ikke krav om spesielle kvalifikasjoner for dem som skal inneha rollen. Barneansvarlige har flere funksjoner; lage system for oppfølging av barn og deres familie, holde helsepersonell

oppdatert om ny viten og fremme barnas interesser. Det er virksomhetens ansvar å legge til rette for tid, ressurser og kompetanseheving slik at de barneansvarlige kan utføre arbeidet på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet 2010).

Lovendringen har fungert i fem år, og det er lite forskning om hvordan ordningen fungerer i Norge. Studier fra andre land viser at familiefokuserte intervensjoner bidrar til at barna blir ivaretatt og kan påvirke foreldrenes bedringsprosess positivt (Maybery og Reupert 2009). Foreldrestøttende arbeid i familier med psykiske lidelser har positiv effekt på både barna og foreldrenes lidelser (Griffiths et al. 2007).

Det kan ha betydning for behandlernes yrkesutøvelse om behandlerne har et familieperspektiv i sin utøvelse av tjenestene. Forutsetninger hos behandlere som gir god samhandling med barn som pårørende er lang erfaring, utdanning innen familiearbeid, at de selv har barn og at familiefokusert omsorg praktiseres i avdelingen (Korhonen et al. 2010).

I følge Helsedirektoratet (2010) er koordinering og samhandling av tjenester områder som omfatter barneansvarliges oppgaver. Med tanke på oppfølgingstiltak og forebygging av psykiske vansker hos barn, bør de ha kunnskap om hvordan førstelinjetjenesten er organisert (Helsedirektoratet 2010). Undersøkelser viser manglende samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste og manglende oppfølging av barna i kommunene. Dette til tross for at veiledning og langvarig oppfølging bør skje i kommunen hvor barna bor (Kallander, Brodal og Kibsgård 2012).

Denne studiens hensikt er å undersøke: Hvilken oppfatning barneansvarlige har av egen rolle knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

Metode

Det er benyttet en kvalitativ metode med en fenomenografisk tilnærming i studien. Tilnærmingen er eksplorativ med et deskriptivt sluttprodukt. Hensikten med en fenomenografisk tilnærming er å få kvalitativt forskjellige beskrivelser i oppfatninger av et fenomen, som i denne studien er barneansvarliges rolle. Dette er basert på en forståelse av at mennesker er forskjellige med ulike meninger og erfaringer om fenomener i sin verden (Alexandersson 1994).

Tilnærmingen ble utviklet av en gruppe svenske forskere ved Universitetet i Gøteborg, og har sine røtter i innlæringspsykologien (Uljen 1989). I forbindelse med at gruppens forskningsområde skulle beskrives, introduserte Marton i 1981 fenomenografi (Alexandersson 1994).

Fenomenografi ser på første og andre ordens perspektiv. Med første ordens perspektiv forstås *hva som kan observeres*. Dette aspektet kan omfatte både materielle og ikke-materielle ting. Andre ordens perspektiv forstås med *hvilken oppfatning man har av hva som observeres, fenomenet*. Disse to aspektene må ses i sammenheng med hverandre. «Hva-aspektet» må avklares før man kan si noe om hvordan oppfatningen av et fenomen er. Begrepet «oppfatning» er sentralt i fenomenografien og er abstrakter fra virkeligheten, formulert på ulike måter (Barnard, McCosker og Gerber 1999).

Utvalg

I tradisjon med fenomenografisk tilnærming, hvor det ønskes deltakere med variert bakgrunn, ble utvalget strategisk valgt. Fra to ulike fylker ble atten personer som arbeidet som barneansvarlige på psykiatriske sykehus og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) valgt. Det var tretten kvinner og fem menn mellom trettitre og sekstifire år (gjennomsnittsalder 46,33). De var utdannet vernepleiere (2), sykepleiere (2), psykiatriske sykepleiere (7), sosionomer (3), klinisk sosionom (1), psykiatrisk hjelpepleier (1), vernepleier med psykisk helsearbeid (1) og sosionom med psykisk helsearbeid (1). Ti arbeidet på døgnavdeling, tre på poliklinikk, to på DPS døgnavdeling og tre på DPS poliklinikk. Deltakerne hadde arbeidet fra tre måneder til ti år som barneansvarlige. I avdelingene hvor de arbeidet, varierte det fra en til fire ansatte som hadde en rolle som barneansvarlig.

Deltakerne ble rekruttert via sine avdelingsledere. Disse ble kontaktet via telefon og fikk etter avtale tilsendt et informasjonsskriv om studien på e-post. En avdelingsleder avsto tilbudet og to avdelingsledere ga ingen tilbakemelding etter de hadde mottatt informasjonsskrivet. Deretter ble barneansvarlige kontaktet av sine avdelingsledere med spørsmål om de var villige til å delta. Alle barneansvarlige som ble spurt om å delta takket ja.

Intervju

Det ble gjennomført atten av tjue, avtalte intervjuer. To intervjuer ble ikke gjennomført på grunn av sykdom hos deltakerne. Alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass, enten på deres kontor eller på et besøksrom. De valgte selv hvor intervjuet skulle gjennomføres. Intervjuet ble lagt opp som en uformell samtale hvor intervjueren bevisst unngikk å styre samtalen. Deltakerne fikk snakke fritt ut fra sin oppfatning. Intervjuene varte fra 15-45 minutter.

Intervjuet inneholdt to spørsmål. Hvert intervju startet med en avklaring for å sikre at samtalen dreide seg om samme tema og at det var en lik forståelse av hva samtalen skulle omhandle, derfor ble intervjuet innledet med et «*hva*»-spørsmål: *Hva er din oppfatning av rollen knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?*

Dette ble fulgt opp av hovedspørsmålet som skal belyse hvordan innholdet av fenomenet, her forstått som «*oppfatning av egen rolle som barneansvarlig*», prosesseres av den enkelte deltager: *Hvilken oppfatning har du av egen rolle knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?*

Oppfølgingsspørsmål ble stilt ut fra deltakernes uttalelser og kunne være: Kan du utdype det litt mer? Kan du gi eksempel på det?

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker og skrevet ordrett av. Samtlige intervjuer ble transkribert enten umiddelbart eller senere samme dag av førsteforfatteren (AKS).

Analyse

Den første tolkningen av et intervju begynner allerede under selve intervjuet. Her kan intervjueren få et inntrykk av hva som formidles og på hvilken måte. En ytterligere forståelse skjer under transkriberingen (Alexandersson 1994).

Analysen er gjennomført etter Alexanderssons (1994) fire trinn. Deltakerne kalles heretter barneansvarlig.

Bli kjent med, og få en oversikt over dataene

Intervjuene ble lyttet til for å forsikre at de var skrevet av riktig. De skrevne dataene ble lest flere ganger i tråd med Alexanderssons trinn en (Alexandersson 1994). Dette ga en oversikt over dataene, og forfatterne kunne danne seg et helhetsinntrykk. Deretter startet arbeidet med å søke etter meningsbærende utsagn, hvor hensikten var å avdekke kvalitative forskjeller i barneansvarliges beskrivelser av rollen som barneansvarlige.

Finne likheter og ulikheter i utsagnene

I trinn to ble ulike utsagn kontrastert mot hverandre. Alexandersson beskriver dette som en pendling mellom innenfra og utenfra perspektivet. Det handler om å forstå innholdet i det enkelte utsagn på egne vilkår, samtidig som man prøver å konstruere sammenhengende mønstre og beskrivelser som ses opp mot andre utsagn (Alexandersson 1994). Meningsbærende utsagn ble trukket frem fra datamaterialet og markert. Disse beskriver barneansvarliges ulike oppfatninger av egen rolle. Da de meningsbærende utsagnene var identifiserte ble de gruppert ut i fra innhold under foreløpige overskrifter, og samtidig makert med hvilket av intervjuene de kom fra. Under dette arbeidet ble det stadig gått tilbake til den opprinnelige teksten for å forstå utsagnene. Oppgavens hensikt og problemstilling var tilgjengelig under hele prosessen for å holde riktig fokus i analysearbeidet.

Kategorisere oppfatninger i beskrivelseskategorier

Når det ikke fremkommer nye tolkninger av innholdet, kan man anta at det er kommet en metning i analysen (Alexandersson 1994). I trinn tre begynner kategoriseringen av beskrivelsene i ulike beskrivelseskategorier. Disse skal være kvalitativt forskjellige fra hverandre i hvordan de fremstår og forstås, og ikke overlape hverandre (Alexandersson 1994). Beskrivelseskategoriene er en beskrivelse av forskerens forståelse av innholdet gjennom forskerens abstraksjon (Larsson og Holmström 2007). Dette arbeidet ble gjort ved at de meningsbærende utsagnene ble kodet i ulike fargekoder. I starten ble det mange ulike kategorier som deretter ble kondensert til tre atskilte kategorier med to-tre deskriptive underkategorier. Tre kvalitativt ulike kategorier som beskriver hvordan barneansvarlig personell oppfatter egen rolle, knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser (Tabell I).

Avdekke underliggende strukturer i kategorisystemet

Utfallsrommet er hovedresultatet i en fenomenografisk undersøkelse. Det gir en sammenfatning av beskrivelseskategorier som omfatter distinktive grupperinger av oppfatninger av fenomenet, og hvordan de forholder seg til hverandre (Alexandersson 1994). Transkripsjonene ble igjen gransket for å se om de samsvarte med de oppfatninger som kategoriene viser.

Etikk

Barneansvarlige fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien og at det var frivillig å delta. De kunne når som helst uten videre forklaring trekke seg fra studien. Skriftlig samtykke fra samtlige barneansvarlige ble gitt før intervjuet. Godkjenning av studiet er gitt av Norsk Samfunnsmedisinske Datatjeneste (NSD) før de barneansvarlige ble kontaktet (41933).

Resultat

Den fenomenografiske analysen resulterte i tre kvalitativt forskjellige, deskriptive kategorier: «Spydspiss», «Vaktbikkje» og ivaretagelse av barna. De er likeverdige, står i relasjon til hverandre og er ikke overlappende (Tabell I). Underkategoriene beskriver meningsinnholdet i kategoriene.

Tabell I. Barneansvarliges oppfatning av egne roller knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser

«Spydspiss»	«Vaktbikkje»	Ivaretagelse av barna
I front på fagutvikling	Påse at lovpålagte oppgaver blir utført	Forebyggende perspektiv
Kollegaveiledning og internundervisning	Unnlatelse og vegring hos behandlere	Foreldrearbeid
"Ildsjel"		Samarbeid med kommunale instanser

«Spydspiss» viser at barneansvarlige har tilegnet seg kompetanse om barn som pårørende. Kunnskap formidles til avdelingen, både ved kollegaveiledning og internundervisning. Barneansvarlige er «ildsjeler» som er spesielt interessert i å arbeide med barn som er pårørende.

I rollen som «Vaktbikkje» påser barneansvarlige at de lovpålagte oppgavene blir utført, og passer på at kollegaene utfører oppgavene de skal i følge lovverket. Barneansvarlige beskriver at noen kollegaer unnlater eller vegrer seg for å gjøre arbeid relatert til barna.

Siste kategori, «ivaretagelse av barna», omhandler flere ting. Barneansvarlige samarbeider med foreldre og kommunale instanser og har et fokus knyttet til å forebygge psykiske lidelser hos barna.

«Spydspiss»

Barneansvarlige beskriver at de skal ha kunnskap om barn som pårørende, formidle denne kunnskapen videre til sine kollegaer samt være en pådriver med barnefokus på avdelingen. De beskriver seg selv som en «spydspiss».

Vi er litt sånn «spydspisser», motivatorer og inspiratorer og har faglige oppgraderinger for våre kollegaer, det er det vi skal bidra med. Mandatet vårt er faktisk å være litt i forkant og ha fokus på barn som pårørende av psykisk syke (Ba 11).

I front på fagutvikling

Barneansvarlige er opptatt av egen kompetanse. De deltar på kurs og seminarer spesielt rettet mot barneansvarlige. De deltar også på nettverksmøter med andre barneansvarlige fra ulike avdelinger.

Vi deltar på en del kurs for å kunne holde oss oppdatert. Kurs om lovverk, det å snakke med barn, meldeplikt til barnevernet og samarbeidsrutiner mellom sykehus og kommuner, hvordan det er å være barn som pårørende og hva det gjør med utviklingen til barnet. Innimellom trenger vi litt påminnelse om hva vi driver med, da får vi ny kunnskap og litt mer fokus (Ba 3).

Barneansvarlige ønsker seg mer tid, og enkelte mener de ikke er flinke nok i rollen som barneansvarlig. De ønsker mer kunnskap om barn som pårørende og hvordan de skal snakke med barn i ulik alder. På avdelinger med flere barneansvarlige blir kunnskap utviklet ved at de møtes og diskuterer ulike problemstillinger. I tillegg deltar de i nettverksmøter.

Kollegaveiledning og internundervisning

Barneansvarlige gir faglig oppdatering i kollegiet gjennom internundervisning og kollegaveiledning. De har fokus på barna til pasientene i behandlingsmøter og avdelingsmøter.

Som barneansvarlig skal jeg passe på å gi informasjon om alt nytt og holde internundervisning (Ba 12).

Kollegaveiledningen kan være planlagt eller mer uformell ut fra kollegaenes behov.

«Ildsjel»

Barneansvarlige er spesielt interessert i arbeid med barn som pårørende, og har selv ønsket seg rollen som barneansvarlig.

Jeg ble veldig glad når jeg ble spurt om å være barneansvarlig. Jeg har en veldig stor interesse for feltet (Ba 9).

Barneansvarlige oppfatter rollen som spennende, lærerik og meningsfull. En barneansvarlig uttrykte det slik: «rollen som barneansvarlig er vel litt ildsjelopp-gave» (Ba 1). En barneansvarlig uttrykte et ønske om å overlate rollen til en annen for å få rullering i rollen som barneansvarlig.

«Vaktbikkje»

Barneansvarlige beskriver at de påser at lovpålagte oppgaver blir ivaretatt, enten av dem selv eller av kollegaene. Rollen blir derfor å være «vaktbikkje». De ser kollegaer som vegrer seg eller unnlater å utføre arbeid knyttet til barna av pasientene i avdelingen.

Påse at lovpålagte oppgaver blir utført

Barneansvarlige beskriver at de ser det som sin oppgave å påse at kollegaer kartlegger om pasientene har barn og om de gir eventuelle barn nødvendig oppfølging. Blir ikke dette ivaretatt av kollegaene, gjør de dette arbeidet selv.

Jeg føler at det er mitt ansvar å sørge for at folk husker på det, så jeg blir nok ei slik vaktbikkje i forhold til kartlegginga og det å følge opp (Ba 7).

Barneansvarlig beskriver denne delen av arbeidet sitt som «helt grei», selv om de mener det medfører mye ansvar.

Unnlatelse hos kollegaer

Rollen som «vaktbikkje» synliggjør at en del kollegaer vegrer seg mot å snakke med foreldrene om barna, eller selv snakke med barna. Dette medfører at barneansvarlig utfører oppgavene, eller at barna ikke får oppfølging.

Det er fortsatt mye å jobbe med når det gjelder behandlers unnvikelse, eller behandlers ønske om å prøve å finne gode grunner til ikke å bekymre seg (Ba 11).

Barneansvarlige forteller om kollegaer som uten videre godtar at foreldrene ikke ønsker å involvere barna. De uttrykker et ønske om at alle i personalgruppen har mer fokus på barna og tar mer ansvar for pasientenes barn.

Ivaretagelse av barna

Barneansvarlige er opptatt av å forebygge psykiske lidelser hos barna, gi foreldreveiledning og samarbeide med kommunale instanser.

Forebygge psykiske lidelser hos barna

Barneansvarlige beskriver et forebyggende perspektiv i tiltakene for å sikre at barna blir ivaretatt. Barneansvarlige ser sammenhengen mellom å vokse opp med foreldre med psykisk sykdom og utvikle psykiske lidelser selv. Som en sa: «vi ser jo her at de færreste pasientene har hatt en bra barndom og oppvekst, det er mange pasienter her som er barn av psykiske syke foreldre» (Ba 7).

Samtaler med barna ble nevnt som et viktig tiltak i det forebyggende arbeidet. Det blir vektlagt i samtalene å skape trygghet hos barna ved å gi god informasjon knyttet til forelderens sykdom, unngå stigma og skam ved å alminneliggjøre og skape åpenhet om psykiske lidelser.

Vi må få kartlagt dette og få fokus på det for å forebygge hos videre generasjoner. Vi ser jo at dette er mye arv, det hører vi av historiene deres. Det viktigste er å få forebygget videre, begynne så tidlig som mulig. Vi er kanskje de første som får kontakt med barna (Ba 8).

Foreldrearbeid

Mange foreldre er klar over at barna kan ha det vanskelig i forbindelse med at de selv er innlagt på sykehus. Barneansvarlig legger til rette for, og deltar i familiesamtaler hvor det tas

opp temaer relatert til barnas trivsel, hverdag og forelderens situasjon. I noen tilfeller ønsker ikke foreldrene at barna skal involveres. Barneansvarlige har samtaler med foreldrene om viktigheten av at barna får oppfølging og mulighet for å komme til samtale på avdelingen.

Vi hjelper foreldrene til å skjønne hva som er hensikten med barnesamtaler, og de fleste foreldre sier det er greit, de ønsker sine barns beste. Jeg snakker med foreldrene før samtalene slik at jeg kan kartlegge litt sammen med foreldrene. Da kan jeg bli litt kjent med barnet først (Ba 10).

Barneansvarlig sier at i de tilfellene foreldrene ikke gir samtykke, har ikke barneansvarlig mulighet til å handle på egen hånd.

Samarbeid med kommunale instanser

Barneansvarlige samarbeider med kommunale instanser i den hensikt at barna skal bli ivaretatt i hverdagen, og trekker blant andre helsesøster frem som en viktig person som kan følge opp barna i kommunen.

Det er gode tilbud for barna i kommunen, tilbud som man kan knytte opp til både barna og familier som trenger hjelp. Helsesøster er en som har tillit hos de fleste, og alle har jo en helsesøster. Mitt inntrykk er at helsesøster er rask til å komme på banen og tilby samtaler (Ba 8,9).

Barneansvarlige hadde en gjennomgående positiv holdning til, og gode erfaringer med å samarbeide med kommunale instanser. En uttrykte mistillit til kommunens psykiatritjeneste. Barnevernstjenesten ble nevnt som en viktig samarbeidspartner.

Jeg har vel opplevd at vi og barnevernet har stått veldig langt fra hverandre, men etter mange samarbeidsmøter, opplever jeg at vi har en bedre forståelse for hverandre. Vi kan ta en litt uformell telefon, undre oss litt i stedet for bare å melde. Med en gang vi nevner barnevern til pasientene, tenker de: nå kommer de og tar ungene mine...(Ba 2).

Diskusjon

Resultatene i studien beskriver ulike oppfatninger barneansvarlig har av egen rolle, knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. «Spydspissen» som holder fokuset på barn oppe i avdelingen, «Vaktbikkja» som påser at de lovpålagte oppgavene blir utført og ivaretagelse av barna, hvor samarbeid og det forebyggende perspektivet er fremtredende. De tre kategoriene danner utfallsrommet; tre horisontale, likeverdige kategorier som ikke overlapper hverandre, men som står i relasjon til hverandre.

«Spydspiss»

«Spydspissen» fremstår som genuint interessert i arbeidet med barn som pårørende. Barneansvarlige viser et engasjement i arbeidet med disse barna. Halså og Kufås (2012) viser til at mange avdelinger har valgt å gi rollen til personer som er spesielt interessert i arbeidet med barn. Barneansvarlige i foreliggende studie beskriver en oppfatning av egen rolle som å

være i front på fagutvikling og et ønske om å ha den nyeste kunnskapen om barn som pårørende.

«Spydspissen» implementerer rollen som barneansvarlig i sin arbeidshverdag. Noen har stor arbeidsbelastning ved siden av arbeidet som barneansvarlig. Dette gir variasjon i hvilken grad kollegaveiledning og internundervisning gis. Barneansvarlige som jobber som behandlere i poliklinikker har ofte fulle pasientlister, og oppgavene relatert til oppfølging av barna er derfor lagt til den enkelte behandler. Oppfølgingen av barna kan derfor bli tilfeldig, og er avhengig av den enkelte behandlers tid, kunnskap og interesse for barna. Barneansvarlige har ulike profesjoner, noe som kan medføre at arbeidsoppgavene som utføres løses ulikt. Dette kan gi ulikheter i hvilken grad barna blir ivaretatt. Yngre helsepersonell med middels høy utdanning, som sykepleiere, er mer positive til de nye oppgavene som følge av lovendringen i helsepersonelloven enn de med lavere eller høyere utdanning. De har mer kunnskap om barn, og er heller ikke så engstelig for at pasient-behandlerrelasjonen skal bli påvirket negativt om de snakker med foreldrene om hvordan deres psykiske sykdom kan påvirke deres foreldrefunksjoner (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum og Martinussen 2015). En årsak kan være at sykepleierutdanningen innehar et større barne- og familieperspektiv enn de andre yrkesgruppene. En annen forklaring kan være at helsepersonell med høyere utdanning utdannet seg i en tid hvor fokus på barn og deres utviklingsbetingelser ble mindre vektlagt (Reedtz og Lauritzen 2015).

Resultatene i foreliggende studie beskriver også at ledelsens holdninger til barn som pårørende har betydning for hvor stort fokus det er på barn i avdelingen. Det oppleves vanskelig for barneansvarlige å opprettholde fokus på barn i kollegagruppen hvis det ikke anses som viktig av ledelsen. Studien viser at barneansvarlige gjennomfører internundervisning og kollegaveiledning på avdelingen i varierende grad. En studie utført av Thorbjørnsen mfl. (2014), viser at internundervisning og kollegaveiledning som er lagt opp med refleksjon over egen praksis, er egnet til kompetanseheving og holdningsendringer. Med tanke på behandleres unnvikelse på grunn av manglende kunnskap, kan internundervisning og kollegaveiledning være nyttig, relatert til oppfølging av barna. De avdelingene hvor barneansvarlige ikke, eller i liten grad gir internundervisning, kan miste muligheten til økt kunnskap om barn som pårørende. Barneansvarlige fremstår som «ildsjeler» med stort fokus på barna.

Det er ikke avsatt ekstra tid til utførelsen av oppgavene knyttet til rollen. De lovpålagte oppgavene utføres derfor i tillegg til de vanlige oppgavene barneansvarlig har som behandler. Barneansvarlige sier de ønsker mer tid for å kunne få gjennomført oppgavene bedre. For å lykkes i arbeidet med å ivareta pårørende barn med foreldre med psykiske lidelser, fremheves tid som en absolutt forutsetning (Reedtz og Lauritzen 2015). Tiden som leder avsetter til oppfølgingen av pårørende barn, kan ha sammenheng med leders syn på dette arbeidet. Avdelinger som har flere barneansvarlige har mer tid til rådighet enn avdelinger med en barneansvarlig. Dette gir ulik oppfølging av barna. En studie av Halså og Kufås (2012) viser at arbeidet med barn som pårørende oppleves tidkrevende. Det tar tid å etablere en god relasjon til den innlagte forelderen og å komme i posisjon for å kunne jobbe med barna (Myrvoll 2013). I denne studien beskriver barneansvarlige som jobber i akuttavdeling hvor pasienten er innlagt i kort tid, at dette er særlig utfordrende.

Roller som barneansvarlig beskrives som meningsfull, og ses i sammenheng med den særlige interessen barneansvarlig har for barn som pårørende. Denne genuine interessen antas å bidra til at barneansvarlig evner å flette oppgavene knyttet til rollen inn i en ellers travel hverdag.

Noen barneansvarlige mener selv de ikke er flinke nok i rollen sin, og ønsker mer opplæring for å utvikle seg.

Barneansvarlig som vaktbikkje

En del av rollen som barneansvarlig innebærer å påse at de lovpålagte oppgavene blir gjennomført. Barneansvarlige beskriver at de ivaretar mange av disse oppgavene selv, men at de også påser at kollegaer gjør de oppgavene de skal, relatert til barna. Denne «vaktbikkjerollen» oppleves grei for de fleste, også fra de andre i avdelingen, som synes det er greit å bli minnet på i en travel hverdag.

Noen barneansvarlige påpeker at hver enkelt behandler skulle ta dette ansvaret selv uten påminnelse. Barneansvarlige beskriver noen kollegaer som unnvikende. Vegring hos behandlere bidrar til ulik praksis relatert til oppfølging av barna. Barn som ikke får nødvendig oppfølging kan utvikle adferdsforstyrrelser og psykososiale vansker (Helsedirektoratet 2010; Killén 2013). Myrvoll (2013) sier at behandlere som har sin faglige forståelse ut fra en biomedisinsk modell, ofte har individfokus og mener andre bør ivareta barna til pasientene. En ny studie viser at mange barn av pasienter i psykiatrisk poliklinikk ikke blir registrert (Reedtz, Mørch og Lauritzen 2015). Dette samsvarer med funn i denne studien, som viser at oppfølging av barn av pasienter i poliklinikk er tilfeldig. Det kan føre til at noen barn og foreldre mister muligheten til å få den oppfølging de har behov for. Halså og Kufås (2012) viser til barneansvarlige som sier det er vanskelig å vite hvilken oppfølging barna får av kollegaene. Resultater fra foreliggende studie viser at behandlere unngår å snakke med pasientene om barna, av redsel for at alliansen til pasienten blir skadet og at pasienten dermed uteblir fra avtaler.

Systemer som implementerer de nye rutinene og prosedyrer kunne bidratt til å gi flere pårørende barn og deres familier bedre oppfølging. Dette er en del av de barneansvarliges rolle (Helsepersonelloven 1999), men er ikke nevnt fra de barneansvarliges side i foreliggende studie. Tilrettelegging for systemarbeid er et ledelsesansvar (Helsepersonelloven 1999). Barneansvarlige beskriver også ledere som formidler til ansatte at det er best å unngå konflikt med pasienten, og at «barn faktisk tåler en del». Dette kan gi alvorlige konsekvenser for barna. Barn som lever med store belastninger har risiko for utvikling av psykiske- og atferdsvansker (Korhonen et al. 2010; Rutter og Quinton, 1984).

Killén og Olofsson (2003) skriver at arbeid med pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan oppleves følelsesmessig belastende. Ved å distansere seg fra barna, kan behandlere beskytte seg selv mot ytterligere følelsesmessige påkjenninger. Det kan være enkelt å bagatellisere barns situasjon, eller tenke at barn er tilpasningsdyktige og tåler en del.

Dette kan ses i sammenheng med manglende kunnskap om barns utviklingsbetingelser, mangel på tid og redsel for å ødelegge relasjonen til pasienten. På den annen side har barn som pårørende rettigheter som er lovpålagt, noe som er et ledelsesansvar å påse blir etterfulgt. Ved mistanke om omsorgssvikt har helsearbeidere plikt til å melde bekymring til barnevernstjenesten (Helsepersonelloven 1999). Kommunale instanser er ikke alltid klar over situasjonen i hjemmet, og barn kan derfor leve i omsorgssituasjoner som ikke er bra nok over tid. Med gode samarbeidsrutiner mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten, kan dette bedres. Dette er en av oppgavene som barneansvarlig skal ivareta (Helsepersonelloven 1999). Barneansvarlige samarbeider med barnevernet, men opplever at kollegaer kvier seg for å ta kontakt når de bekymrer seg over barns omsorgssituasjon. Denne unnvikelsen kan føre til at barn ikke får den oppfølgingen de har behov for, og i verste fall lever i en

omsorgssviktsituasjon. Kollegaenes holdninger vil også kunne påvirke foreldrenes holdninger til barnevernet på en negativ måte. Mange pasienter har vært eller er i kontakt med barnevernstjenesten, og har ulike erfaringer. Barneansvarlige forteller at pasienter er redd for at de skal bli fratatt barna sine.

Barneansvarlige beskriver at mangel på kunnskap og erfaring i å prate med barn, bidrar til vegring mot å snakke med pasientene om barna eller snakke med barna selv. Internundervisning og kollegaveiledning relatert til egen praksis kan bidra til økt kompetanse hos behandlere (Torbjørnsen et al. 2014).

Ivaretagelse av barn

Barneansvarlige beskriver rollen sin som viktig, knyttet til ivaretagelse av barn. Barnesamtaler er et av de tiltakene barneansvarlige tilbyr foreldrene og deres barn for å forebygge psykiske vansker hos barna. Samtalens hensikt er blant annet å skape trygghet hos barna, skape åpenhet rundt psykisk helse og sørge for nødvendig oppfølging. Dette er i tråd med retningslinjer fra Helsedirektoratet (2010). Barneansvarlige i denne studien beskriver at samtalen har et barneperspektiv, og foregår med barnet alene eller sammen med foreldrene i en familiesamtale. Samtalene har fokus på trivsel, følelser og vanskelige tanker, alminneliggjøring av psykiske lidelser og oppfølging fra kommunale instanser. Barneansvarlige sier de har erfaring med at familiesamtaler bidrar til å skape trygghet hos barna og åpenhet rundt sykdommen.

Familiesamtaler som har fokus på barna, er forebyggende på utvikling av psykiske vansker hos barn (Beardslee, Gladstone, Wright og Cooper 2003). Helgeland (2012) sier det er viktig at barna får foreldrenes uttalte støtte til å delta i samtaler uten foreldrene. Barn er veldig lojale overfor sine foreldre og kan komme i lojalitetskonflikt om samtalen foregår uten foreldrenes støtte. Foreliggende studie viser at gjennomføringen av samtaler med barna og foreldrene praktiseres ulikt på de forskjellige avdelingene. På avdelinger hvor behandlerne selv skal ivareta dette, blir oppfølgingen tilfeldig. Der er det opp til den enkelte behandler om de tilbyr samtale. I avdelinger med flere barneansvarlige er arbeidet satt mer i system, og de barneansvarlige utfører i større grad samtalen selv. Dette viser betydningen av utarbeidede rutiner som er forankret i systemet i avdelingen.

Barneansvarlige initierer kontakt med kommunale instanser med tanke på oppfølging av barna i kommunen hvor de bor. Samhandling med andre instanser er en av oppgavene barneansvarlig skal ivareta (Helsepersonelloven 1999). Nasjonale føringer relatert til barn og psykisk helsearbeid, viser til viktigheten av samordnede tjenester mellom etater og behandlingsnivåer, relatert til oppfølging av barna (Helsedirektoratet 2007, 2010, 2014). Mahony (2010) viser til en økning i barn som lever med foreldre som lider av psykisk sykdom, og at helsesøster i økende grad møter barn med problemer relatert til psykiske lidelser. Det er et ønske om anerkjennelse av økningen i problemstillinger relatert til psykiske lidelser, samt behovet for riktig utdanning og støtte for oppfølging og ivaretagelse av barna. Barneansvarlige som ikke samarbeider med kommunale instanser i særlig grad, har negative erfaringer og liten tro på at kommunale instanser følger opp. Manglende samarbeid kan føre til at barna ikke får oppfølging i egen kommune.

Helsesøster beskrives av barneansvarlige både som en viktig person for barna og en god samarbeidspartner for dem selv. Helsepersonell skal, ifølge Helsepersonelloven (1999), samarbeide med annet personell for å ivareta barns beste. Barneansvarlige beskriver

helsesøster som en person de fleste har tillit til. Helsesøster skal, ifølge Helsedirektoratet (2004), være spesielt oppmerksom på barn og unge i sårbare situasjoner, samt forebygge psykiske plager og lidelser (Helsedirektoratet 2007). Helsesøstertjenesten omfattes av taushetsplikten. Denne er likevel ikke til hinder for meldeplikten til barnevernstjenesten ved mistanke om omsorgssvikt (Helsepersonelloven 1999). Noen familier kan oppleve at tilliten svekkes når helsesøster melder bekymring til barnevernstjenesten. Denne meldeplikten bør helsesøster være åpen om i møte med barn og familier med ulike vansker. Helsesøster bør omtale barnevernstjenesten som en samarbeidspartner i kommunen. Bekymringsmeldingen kan, ofte med fordel, skrives sammen med foreldrene.

Et samarbeid mellom voksenpsykiatrien og førstelinjetjenesten, skole/barnehage kan bidra til økt støtte i barnas hverdag, og er et uutnyttet potensiale. Dette er fagpersoner som naturlig bør følge opp barnet og familien videre (Osen 2015).

Halsa (2012) skriver at tidlig intervensjon, riktig og langsiktig oppfølging bidrar til å forebygge utvikling av adferds-, sosiale- og psykiske vansker hos barn som pårørende. Dette er oppgaver helsesøstertjenesten skal bidra med (Helsedirektoratet 2007), og som barneansvarlige skal bidra til at skjer (Helsedirektoratet 2010).

Metodiske betraktninger

Det ble brukt en fenomenografisk tilnærming i studien, da hensikten var å avdekke de ulike oppfatningene barneansvarlige har av egen rolle, knyttet til barn som pårørende. I fenomenografien handler troverdighet, nøyaktighet og gyldighet om utfallet i beskrivelseskategoriene som representerer deltakernes oppfatninger av det fenomenet studien undersøker.

I fenomenografiske studier benyttes et strategisk utvalg for å skape forutsetninger for å få en variasjon i hvordan et utvalg oppfatter samme fenomen. Analysen er gjennomført og beskrevet i tråd med Alexandersson's (1994) fire trinn og troverdigheten ble prøvd ivaretatt ved variasjon i utvalget; kjønn, alder, erfaring, ulike arbeidsplasser og antall barneansvarlig i avdelingen. Føsteforfatterens erfaring som helsesøster og arbeid med barn kan ha medvirket til å få rikere data fra deltakerne. Wilhelmsen (2010) sier det er en risiko ikke å anerkjenne forutinntattheter som bringes inn i forskningsarbeidet. Ulike faktorer som kan påvirke resultatet bør nøye overveies så ikke viktige aspekter av fenomenet går tapt.

Det er også viktig at forfatterne erkjenner at egen forforståelse og erfaring kan være en risiko i forhold til påvirkning av studiens troverdighet. Troverdigheten kan opprettholdes ved at forskeren er bevisst på nærhet/distanse mellom egen praksis og forskning, og har en refleksiv holdning gjennom hele arbeidet med studien (Sundet 2014). Forfatterne har diskutert og forsøkt å ivareta både den personlige og epistemologiske refleksiviteten gjennom hele forskningsprosessen.

Påliteligheten er ivaretatt ved at samme person gjennomførte alle intervjuene og åpnet alle intervjuene med samme spørsmål til deltakerne. Dette til tross, kan oppfølgingsspørsmålene være påvirket av at intervjueren etter flere intervjuer kan ha fått ny kunnskap som kunne påvirke oppfølgingsspørsmålene. Alle trinnene i forskningsprosessen er beskrevet og et representativt utvalg av uttalelser (sitater) fra deltakerne er vist for at leseren kan følge forskernes resonnement i kategoriseringen av uttalelsene. For å sikre troverdigheten

ytterligere har medforfatter lest intervjuer og deltatt i analysen, og hvert trinn er diskutert. Forfatterne kan likevel ikke forbeholde seg retten til å si at funnene representerer alle varianter av oppfatninger som barneansvarlig har av egen rolle.

Konklusjon

Barneansvarlig er spesielt interessert i barn som pårørende og holder barnefokusset oppe i avdelingen. De har kunnskap om barn som pårørende og holder seg oppdatert på temaet. Denne kunnskapen formidles gjennom internundervisning og kollegaveiledning i avdelingen. Barneansvarlig passer på at de lovpålagte oppgavene, knyttet til barn, blir utført. De er opptatt av å forebygge psykiske lidelser hos barn og ha et samarbeid med foreldrene og kommunale instanser. Ivaretagelse av barn som pårørende har ulik praksis på forskjellige avdelinger. Forhold som påvirker utøvelsen av rollen er tid, hvor mange barneansvarlige det er på avdelingen, mangel på utarbeidede rutiner og systemer og hvilke holdninger ledelsen har til arbeid med barn som pårørende. Barneansvarlig ser at noen behandlere ikke følger opp ansvaret de har for pasientenes barn. Summen av disse forholdene gjør at det er tilfeldig hvilken oppfølging barna og familien får.

Relevans for klinisk praksis

Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser har økt risiko for å utvikle vansker, og spesielt utsatt er barn som lever i en belastende omsorgssituasjon over tid. Disse barna må ses og følges opp.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør samordne tjenestene til familier med barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Tiltak og tjenester bør samordnes så tidlig som mulig, og det bør være mulighet for langsiktig oppfølging til de familiene som har behov for det.

Familiefokuserte intervensjoner, som har forebyggende effekt på utvikling av problemer hos barn og som styrker foreldrekompetansen, må tilbys familiene.

Det er viktig at utdanningsintitusjoner som utdanner helsepersonell som skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser, har fokus på betydningen av familieperspektivet i møte med, og behandling av *alle* pasienter. Det er også viktig at de vektlegger betydningen av samarbeid og samordnede tjenester.

Litteratur

- Aldridge, J (2006) The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, 15(2), 79-88. <http://dx.doi.org/10.1002/car.904>
- Alexandersson, M (1994) Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Starrin, B og Svensson, P G (red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Holmbergs i Malmö AB, s. 111-136
- Alnes, N (2011) Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(16), 541-542. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1428>
- Barnard, A, McCosker, H og Gerber, R (1999) Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative health research*, 9 (2), 212. <http://dx.doi.org/10.1177/104973299129121794>
- Beardslee, W R, Gladstone, T R G, Wright, E J og Cooper, A B (2003) A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change *Pediatrics*, 112 (2), e119. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>
- Becker, S (2007) Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family: Research and Policy on 'Young Carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*, 7 (1), 23-50. <http://dx.doi.org/10.1177/1468018107073892>
- Dearden, C og Becker, S (2004) *Young Carers in the UK: The 2004 report*. London: Carers, UK
- Griffiths, H Boland, V, Gilliland, D, McKernan, B og Shields, L (2007) An Evaluation of the Child and Parent Support Service within the Magherafelt and Cookstown Area *Child Care in Practice*, 13 (2), 125-135. <http://dx.doi.org/10.1080/13575270701201193>
- Halsa, A (2012) Foreldre som velferdsaktører - forebyggende arbeid for barn i risiko. I Haugland, B S M, Ytterhus, B og Dyregrov, K (red). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Halsa, A og Kufås, E (2012) De nye vaktbikkjene: barneansvarlige i helseforetak. I Haugland, B S M Ytterhus, B og Dyregrov, K (red). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Haugland, B S M (2006) Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 43 (3) s. 211-220
- Helgeland, A (2012) Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I Haugland, B S M, Ytterhus, B og Dyregrov, K (red). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (Oppfølging av born som pårørende)* (Ot.prp. nr. 84, 2008-2009) Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-84-2008-2009-/id560342/>
- Helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.* (IS-1154) Oslo: Direktoratet
- Helsedirektoratet (2007) *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.* (IS 1405) Oslo: Direktoratet
- Helsedirektoratet (2010) *Barn som pårørende.* (IS-5/2010) Oslo: Direktoratet
- Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.* (IS-2076) Oslo: Direktoratet
- Helsepersonelloven (1999) *LOV-1999-07-02-64. § 10a (2014)*
- Kallander, E K (2010) Skjulte unge omsorgsgivere: helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid (trykt utg.)*

- Kallander, E K, Brodal, L og Kibsgård, H (2012) *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007-2010*. (IS-2011) Oslo: Direktoratet
- Kallander, E K, Vallesverd, V U (2015) Unge omsorgsgivere – barn og unge som har betydelige omsorgsoppgaver. I Haugland, B S M, Bugge, K E, Trondsen, M V, Gjesdahl, S (Red.) *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Fagbokforlaget, Bergen, s. 79-90
- Killén, K (2013) *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar* (3. utg. utg.) Oslo: Kommuneforlaget
- Killén, K og Olofsson, M (2003) *Det Sårbare barnet : barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget
- Korhonen, T, Pietila, A-M og Vehvilainen-Julkunen, K (2010) Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x>
- Larsson, J og Holmström, I (2007) Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(1), 55-64. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v2i1.4945>
- Lauritzen, C, Reedt, C, Van Doesum, K og Martinussen, M (2015) Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*. Vol. 24(4) Apr. 2015, pp. 864-871. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9895-y>
- Mahoney, L. (2010) Children living with a mentally ill parent: the role of public health nurses. *Nursing praxis in New Zealand inc*, 26(2), 4
- Maybery, D og Reupert, A (2009) Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>
- Myrvoll, L R (2013) "Tidstyvene", barn som pårørende; en kvalitativ studie av hvordan behandlere ved en psykiatrisk avdeling forstår og handler for å ivareta mindreårige barn som pårørende. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer
- Osen, N L (2015) «Medvindsfaktorer» for barneansvarligarbeidet i voksenpsykiatrien. I Haugland, B S M, Bugge, K E, Trondsen, M V, Gjesdahl, S (Red.) *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Fagbokforlaget, Bergen, s.213-226
- Reedt, C og Lauritzen, L (2015) Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. *Scandinavian Psychologist*, 2015;2(e10)1-18
- Reedt, C og Lauritzen, L (2015) Å se og ivareta barn av psykisk syke foreldre. *Utfordringer i psykisk helsevern*. I Haugland, B S M, Bugge, K E, Trondsen, M V, Gjesdahl, S (Red.) *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* Fagbokforlaget, Bergen, s. 229-237
- Reedt, C, Mørch, L og Lauritzen, C (2015) Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(01)
- Rutter, M og Quinton, D (1984) Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological medicine*, 14(04), 853-880. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700019838>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *LOV-1999-07-02-61. § 3-7a. (2014)*
- Sundet, R (2014) Forsker og terapeut – Sammenfletting av roller som grunnlag for en forskende klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (01)
- Torbjørnsen, A B E, Strømstad, J V, Aasland, A M K og Rørtveit, K (2014) Relasjonens

- betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (04)
- Torvik, F A og Rognmo, K (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (Rapport 2011:4) Oslo: Folkehelseinstituttet
- Uljens, M (1989) *Fenomenografi: forskning om oppfatninger*. Lund: Studentlitteratur
- Wilhelmsson, N (2010) *From Basic Science Knowledge to Clinical Understanding*. Stockholm: Karolinska institutet
- Ytterhus, B (2012) Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B S M, Ytterhus, B og Dyregrov, K (Red.) *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS