



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

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

Kandidatnummer: 189 _____

Eksamensnavn: SYBA3900 _____

Dato: 16.03.17 _____

Klasse: 3E _____

Kull: 2014 _____

Antall ord: 11149 _____

Barn som pårørende

Når mor eller far har en psykisk lidelse



(Maja-tegning, 2015)

Hvordan kan barneansvarlig sykepleier ivareta barn som har mor eller far med psykisk lidelse innlagt på institusjon?

SAMMENDRAG BACHELOROPPGAVE

Tittel på oppgaven:

Barn som pårørende

Sammendrag (abstract):

Bakgrunn :

Hvordan kan barneansvarlig sykepleier ivareta barn som har mor eller far med psykisk lidelse innlagt på institusjon?

Fremgangsmåte:

Litteraturstudie og 6 forskningsartikler funnet ved søk i ulike databaser.

Diskusjon, funn og konklusjon:

Forskning viser at flere barn som pårørende ikke føler seg ivaretatt av helsepersonell. Årsaker til dette kan se ut til å være at helsepersonell har for lite kunnskap om barn som pårørende og at de som får rollen som barneansvarlig sykepleier ikke har nødvendige ferdigheter og dermed at lovverk og retningslinjer ikke blir fulgt i praksis. Barnet har behov for tilstrekkelig informasjon om forelderens diagnose og konsekvensene av den, tilpasset barnets utviklingsalder og forståelse. Dersom barnet får god informasjon slik at det tilegner seg kunnskap ser det ut til at det blir lettere for barnet å forstå situasjonen og at de dermed kan føle seg tryggere. Kunnskap vil også kunne legge til rette for en refleksjonsprosess mellom barnet og barneansvarlig sykepleier for å sortere følelser, noe som har vist seg å være nyttig for barnet.

Nøkkelord:

Barn, pårørende, psykiatri, sykepleier, barneansvarlig sykepleier

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema.</i>	1
1.2	<i>Hensikt.</i>	1
1.3	<i>Problemstilling.</i>	2
1.4	<i>Sentrale begreper.</i>	2
1.5	<i>Avgrensning.</i>	3
1.6	<i>Oppbygning.</i>	3
2.0	TEORI	4
2.1	<i>Sykepleier.</i>	4
2.2	<i>Faser i interaksjonsprosessen.</i>	5
2.3	<i>Barneansvarlig sykepleier.</i>	6
2.4	<i>Barn.</i>	6
2.4.1	<i>Barns utviklingsfaser.</i>	7
2.4.2	<i>Barn som pårørende.</i>	8
2.4.3	<i>Når mor eller far har en psykisk lidelse.</i>	9
2.5	<i>Psykisk syke.</i>	10
2.6	<i>Voksenpsykiatrisk døgnenhet.</i>	11
2.7	<i>Lovverk og sentrale føringer.</i>	11
3.0	METODE	13
3.1	<i>Hva er metode?</i>	13
3.2	<i>Litteraturstudie som metode.</i>	13
3.3	<i>Søkehistorikk.</i>	15
3.4	<i>Kildekritikk.</i>	16
3.5	<i>Etiske vurderinger.</i>	17
4.0	FUNN	19
4.1	<i>Artikkel 1.</i>	20
4.2	<i>Artikkel 2.</i>	21
4.3	<i>Artikkel 3.</i>	22
4.4	<i>Artikkel 4.</i>	23
4.5	<i>Artikkel 5.</i>	24
4.6	<i>Artikkel 6.</i>	25
5.0	DRØFTING	26
5.1	<i>Forutsetninger for at barneansvarlig sykepleier kan ivareta barn som pårørende.</i>	26
5.2	<i>Barnets behov for informasjon.</i>	28
5.3	<i>Forholdet mellom barnet og barneansvarlig sykepleier.</i>	30
5.3.1	<i>Det innledende møtet.</i>	30
5.3.2	<i>Framvekst av identiteter.</i>	30
5.3.3	<i>Empati.</i>	32
5.3.4	<i>Sympati.</i>	33
5.3.5	<i>Etablering av gjensidig forståelse og kontakt.</i>	34
6.0	KONKLUSJON	35
	LITTERATURLISTE	37

1.0 INNLEDNING

Psykiske lidelser er et tema det stadig blir mer åpenhet rundt. Å være pårørende ved psykiske lidelser kan være svært utfordrende, og kan påvirke hele familiens hverdag i stor grad. I følge folkehelseinstituttet lever 450 000 barn i Norge i familier der enten mor eller far har en psykisk lidelse, og 260 000 barn har en foreldre med psykisk lidelse som kan påvirke daglig fungering (Folkehelseinstituttet, 2015). Det finnes i dag ulike kurs, støttegrupper og informasjonsmøter/ samtaler som kan hjelpe pårørende å være pårørende. Barn som pårørende har det de siste årene vært større fokus på. Hvordan barnet reagerer når mor eller far har en psykisk lidelse varierer i stor grad, og avhenger av barnets alder, sykdommens varighet og alvorlighetsgrad. Noen barn kan oppleve at mor eller far blir akutt syk, og noen har levd med syke foreldre hele livet.

Nyere lovverk (spesialisthelsetjenesteloven, 2009) sier at alle avdelinger i spesialisthelsetjenesten skal ha en barneansvarlig personell med ansvar for oppfølging av mindreårige barn med blant annet psykisk syke foreldre.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Jeg har valgt temaet barn som pårørende. Noe av årsaken til at valget falt på dette temaet er en god venninne som har vokst opp med en far som er alkoholiker. Først når hennes far flyttet fra familien fortalte hun det til sine venner. Dette har fått meg til å tenke på om situasjonen kunne vært annerledes dersom noen instanser hadde vært involvert, og om det for henne kunne blitt et mindre tabubelagt tema. På den måten kunne kanskje nære venner i hennes miljø gitt mer støtte og vist forståelse. Jeg er opptatt av viktigheten av å ivareta pårørende, både for pasienten og de pårørendes del, og ønsker dermed å tilegne meg kompetanse på dette området. Årsaken til at fokuset i oppgaven er på barn, er ønsket om å tilegne mer kunnskap for å kunne jobbe til beste for barnet.

1.2 Hensikt.

Pårørende flest etterspør informasjon om pasientens sykdom og prognose, og ønsker å bli møtt av helsepersonell på en profesjonell måte som gjør at de føler seg sett og forstått. Sykepleier møter barn som pårørende både i somatikken og psykiatrien. Jeg vil derfor

undersøke hvordan sykepleier kan bidra til at barn får være barn, og ikke tar på seg ansvaret voksne bør ha, og at de kan føle seg ivaretatt når mor eller far har en psykisk lidelse- til tross for at de som regel ikke etterspør informasjon.

1.3 Problemstilling.

På bakgrunn av nyere forskning, dagsaktualitet og egen interesse, ønsker jeg å utforske problemstillingen;

Hvordan kan barneansvarlig sykepleier ivareta barn som har mor eller far med psykisk lidelse innlagt på institusjon?

1.4 Sentrale begreper.

Sykepleie

Travelbee definerer sykepleie slik; ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (gjengitt etter Kristoffersen Nordvedt & Skaug, 2014, s. 216).

Barneansvarlig sykepleier

Barneansvarlig sykepleier er sykepleier som etter spesialisthelsesloven skal ha nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn som har forelder som er psykisk syk, rusmiddelavhengig, eller er alvorlig syk eller skadd (Spesialisthelsesloven, 2009)

Foreldre med psykisk lidelse

Begrepet psykisk lidelse benyttes der bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt (Folkehelseinstituttet, 2015) og kan påvirke tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Mor eller far omfatter omsorgsansvarlige for barnet. Biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og andre (Helsedirektoratet, 2010).

Psykiatrisk institusjon

Psykiatrisk institusjon, heretter kalt voksenpsykiatrisk døgnenhet, tar imot pasienter med psykiske lidelser til undersøkelse, behandling og opphold i sengeavdeling og tilbyr ulike typer behandling i form av medikamenter, samtaler og trening.

Barn

Begrepet *barn* brukes i FN's barnekonvensjon (1989) om ethvert menneske under 18 år.

Barn som pårørende

For å definere begrepet "barn som pårørende" har jeg valgt å støtte meg til Helsepersonelloven (1999) som beskriver det som barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig sykdom eller skade og omfatter barn under 18 år.

1.5 Avgrensning.

På grunn av oppgavens ordramme har jeg valgt å ikke ta for meg alle aldersgrupper under alle kapitler, men kommer heller med relevante eksempler ved de utviklingsfasene som kan kreve spesiell tilpasning. Årsaken til dette er fordi det i mye av forskningen og fagbøkene som finnes, brukes gjennomsnittsalder hos barn, eller at det ikke er spesifisert noen alder på barna. Psykiske lidelser er et bredt begrep, men i denne oppgaven vil det omtales som én lidelse, selv om jeg vet at det også kan innebære rus og forskjellige blandingsdiagnoser. Jeg går derfor kun inn på generelle symptomer og påvirkninger dette kan ha for familien og barnet. Jeg har valgt å gi en oversikt over de ulike utviklingsfasene til barn, men finner det ikke hensiktsmessig å gå i dybden på utviklingspsykologi eller konsekvenser det kan ha for barnet å ha en psykisk syk forelder. Mitt fokus vil heller være barneansvarlig sykepleiers rolle i møte med barnet og familien.

1.6 Oppbygning.

Innledningsvis har tema og problemstilling blitt presentert fulgt opp av avgrensninger jeg har gjort for å begrense oppgavens omfang. Deretter redegjørelse sentrale begreper. Teori som er relevant for problemstillingen vil så bli presentert. Deretter blir metode og min metode for oppgaven bli presentert, med søkehistorikk for forskningsartiklene jeg har valgt å benytte meg av. Funn fra disse forskningsartiklene blir så presentert. Problemstillingen drøftes så ut ifra teori og funn fra forskningsartiklene. Siden jeg selv ikke har erfaring med barn som pårørende

blir det her brukt eksempler fra Moens (2012) bok ”Barns møte med psykisk lidelse- En datters historie”. Til slutt svarer jeg på problemstillingen så godt det lar seg gjøre i en konklusjon.

2.0 TEORI

I dette kapittelet blir det teoretiske grunnlaget presentert. Først sykepleieteori, deretter interaksjonsprosessen til Travelbee. Rollen til barneansvarlig sykepleier vil så bli vektlagt. Deretter presenteres barns utvikling, barn som pårørende og deres opplevelse av situasjonen med en forelder med psykisk lidelse. Til slutt vil relevant lovverk og sentrale føringer beskrives.

2.1 Sykepleier.

Travelbee sin definisjon av sykepleie fokuserer på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om mennesker, uansett syke eller friske individer, deres familie, besøkende, personale eller medlemmer av de andre gruppene av helsearbeidere. Begrepet prosess symboliserer at det er erfaringer i tid eller rom, eller en eller flere hendelser som inntreffer mellom sykepleier og ett eller flere individer som har behov for hjelp fra sykepleier, og at dette er noe som alltid er under utvikling. Det som skiller Travelbees definisjon fra andre sykepleieteorier er at den har større fokus på pårørende. Hun mener sykepleier bør bli kjent med, og vise forståelse for påkjenningen til den sykes familie. Ved å hjelpe pårørende, hjelper også sykepleier den syke, da familiemedlemmenes måte å reagere overfor sykdommen vil kommuniseres til den syke (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014).

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finner mening i disse erfaringer” (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014, s. 216).

For å oppnå sykepleiens mål mener Travelbee det må etableres et menneske- til menneskeforhold mellom pasient og sykepleier. Hun mener dette etableres gjennom en interaksjonsprosess med flere faser; det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Det Travelbee definerer som

pasienten, vil i denne sammenhengen være barnet som pårørende (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014, s. 219).

2.2 Faser i interaksjonsprosessen.

Det innledende møtet er møtet mellom sykepleier og barnet når de ikke kjenner hverandre. De vil basere seg på stereotypiske oppfatninger og ser på, og forholder seg til hverandre ut ifra forventninger, som roller. De danner seg et førsteinntrykk av hvem den andre er som person, basert på observasjoner av væremåte, handlinger og språk (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014, s. 220).

Sykepleier har så en utfordring, som danner den andre fasen, å bryte ut av denne forutinntatte oppfatningen av barnet, for å kunne se mennesket. Barneansvarlig sykepleier vil da kunne skille barnet fra andre barn, og barnet vil se på sykepleier som en særegen person. *Framvekst av identiteten* til begge parter vil så skje etter hvert som interaksjonen utvikler seg, og et kontaktforhold vil etableres (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014 s. 220).

Neste fase handler om *empati*. Ifølge Travelbee er dette ”evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da” (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014 s. 135-136). Sykepleier må samtidig evne å holde sitt eget liv atskilt fra pasientens ved å være personlig men ikke privat. Pasienten kan ved at sykepleier viser empati oppleve nærhet og kontakt (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014 s. 135-136).

Mens empati handler om å oppfatte den andres ubehag, handler den sympatiske prosessen om å føle den andres ubehag. Dette dannes ved at sykepleier har et ønske om å hjelpe pasienten på grunnlag av den innsikten og forståelsen hun har utviklet i empatifasen. Dette er en måte å tenke og føle på som sykepleier formidler til pasienten, fordi hun blir rørt av den andres ubehag, og ønsker å gjøre noe aktivt for å avhjelpe eller lette tilstanden. Å uttrykke sympati, verbalt eller nonverbalt, er en måte å vise at en er engasjert i personen og bryr seg om hvordan han har det. Dersom pasienten opplever at sykepleieren uttrykker empati og viser støtte, kan dette gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon. Slik kan en se at sympati er et resultat av den empatiske prosessen (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014, s. 220).

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt mellom pasient og sykepleier er den siste delen av utviklingen av et menneske- til- menneske- forhold. Dette er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonene i de tidligere fasene, og forutsetter at sykepleier har vist både forståelse for, og ønske om, å hjelpe pasienten til å få det bedre- og faktisk hjelper ham. Sykepleier må dermed ha både ønske om å hjelpe og ha de kunnskaper og ferdigheter dette krever. Dersom sykepleier gjennom sine handlinger viser seg for pasienten å være en han kan stole på, vil de kunne opparbeide et tillitsfullt forhold (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014, s. 221).

2.3 Barneansvarlig sykepleier.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier; ”Når barn er pårørende bidrar sykepleieren til ivaretagelse av deres særskilte behov” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 9). Å ha rollen som barneansvarlig personell krever ingen spesielle kvalifikasjoner. Rollen er knyttet til spesialisthelsetjenesten i offentlig eller privat regi og innebærer å ha ansvar for å lage system for oppfølging av barn og deres familie, å holde helsepersonell oppdatert om ny viten og å fremme barnas interesser. Virksomheten har ansvaret for å legge til rette for tid, ressurser og kompetanseheving for at de som har rollen som barneansvarlig kan utføre arbeidet på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2010).

Moen (2012) har erfaring både privat og som fagperson på hvordan pasientens barn blir fulgt opp. Hun beskriver hvordan voksenpsykiatrien i Norge fortsatt har en lang vei å gå før de kan si at de har rutiner som fungerer, til tross for at det finnes veiledere, forskrifter, nyere lovendring, og at det er større fokus og større prosjekter på gang som handler om dette temaet. Hun viser så videre til undersøkelser gjort av Aamodt og Aamodt (gjengitt etter Moen, 2012 s. 24) som viser at det er tilfeldig og varierende om barna får nødvendig hjelp og informasjon og at en i praksis er avhengig av at avdelingen i spesialisthelsetjenesten har *ildsjeler*. Moen viser til et gammelt notat hun skrev under en forelesning hvor foreleser mente følgende egenskaper kreves i møte med foreldre og barn når det snakkes om vanskelige og sårbare tema; *varme, respekt, ydmykhet, høflighet og finfølelse* (Moen 2012, s 100).

2.4 Barn.

Barn kan ikke forholdes til som ”små voksne”. De har særegne behov og preges av umodenhet, rask vekst og utviklingsmuligheter. Kunnskap om normal vekst og utvikling er

nødvendig for sykepleier å tilegne seg for å kunne opprette tillitsforhold til barn og å kommunisere med dem på deres premisser (Grønseth og Markestad, 2016). Videre skal vi se nærmere på barns utviklingsfase, hva barn som pårørende er og hvordan det er for barnet når mor eller far har eller får en psykisk lidelse.

2.4.1 Barns utviklingsfaser.

Barn tenker annerledes enn voksne, og har normalt ikke evne til å tenke abstrakt før det er på vei inn i tenårene. Barns utviklingsalder har derfor stor betydning i tilnærmingen til barn, fordi det er stor variasjon for hva og hvordan barn og ungdom forstår. Piaget er mest kjent for å kategorisere den kognitive utviklingen i en serie av stadier eller faser. Fasene ble valgt for å forstå sammenhengen i barns utvikling fra spedbarnsalder, barndom, og frem til ungdomsalder som er fra 11 år og oppover. Piaget deler fasene inn som det sensomotoriske (0-2 år), det preoperasjonelle (2-7 år), det konkrete operasjonelle (7-11 år) og det formelt operasjonelle stadiet (Fra ca. 11 år og fremover) (Gjengitt etter Eide & Eide, 2007 s. 362).

Med Piagets teori til grunn, og på bakgrunn av kliniske litteraturstudier (Øvreeide 2000, Arnold og Boggs 2003, Bugge et al. 2003 og Bugge 2006) har Eide og Eide (2007) gjengitt hovedtrekkene i fasene. Fasene er ikke kategoriske og kan flyte noe over i hverandre.

Fra barnet er 0-2 år opplever det kontakt og fellesskap. De utvikler evnen til følelsesmessig synkronisering og får etter hvert evnene til å ha oppmerksomhet på et ytre fokus. Barnet kommuniserer etter hvert gjennom symboler og språk (Gjengitt etter Eide & Eide, 2007 s. 363).

Barn fra 2 til 4 år er ”her- og nå- orientert”. Ordene kan for barnet ha et litt annet innhold enn hva det har for en voksen. Barnet viser gjenkjennelsesassosiasjoner og har god hukommelse. I denne fasen klarer sjeldent barnet å fortelle en historie sammenhengende, og opplevelsene er gjerne påvirket av fantasier. Barnet er her impulsstyrt og tenker ikke på konsekvensene av det de gjør. I tillegg er et kjennetegn i denne alderen at barns tenkning preges av det en kaller magisk tenkning. Dette betyr at barnet kan tro ting skjer som en følge av det det selv har tenkt, følt eller ønsket (Gjengitt etter Eide & Eide, 2007, s. 363).

Fra barnet er 4 år til det er omtrent 8 år utvikles barnas kapasitet for en mer logisk forståelse. Barnet er fortsatt selvsentrert, men klarer i større grad å forstå sammenhenger, som ved konsekvenser og regler. Barnet kan streve med å fortelle hendelser fra fortiden, det er derfor viktig å snakke om det som skjer kort tid etter hendelsen (Gjengitt etter Eide & Eide, 2007, s. 364-365)

Når barnet er mellom 8 og 11 år, mestrer de å skille mellom fantasi og virkelighet. I denne utviklingsfasen trenger barn hjelp og støtte i handlinger da en positiv utvikling hos barn vil kunne motivere barn til for eksempel å ha større arbeidslyst (Gjengitt etter Eide & Eide, 2007, s. 372).

I ungdomsårene, fra 12 årsalderen følger det en stor utvikling. I store trekk ser en her at ungdommene kan følge en verbal dialog slik voksne gjør. De kan tenke hypotetisk og abstrakt, stiller gjerne store krav til seg selv, og har lett for å føle at de ikke har oppført seg slik de skulle eller ikke er flinke nok. For å unngå rolleforvirring og usikkerhet er bekreftelse og anerkjennelse viktig, samt hjelp til selvstendig kontroll og mestring og dermed informasjon (Gjengitt etter Eide & Eide, 2007, s. 372).

2.4.2 Barn som pårørende.

Kristoffersen (2014) hevder at pårørende er en viktig støttespiller for pasienten, og at helsetjenesten derfor vil ha stor nytte av å samarbeide med pasientenes nærmeste pårørende som i første rekke gjelder ektefelle og samboer, barn, søsken og/ eller foreldre.

Begrepet ”barn som pårørende” brukes i følge helsepersonelloven (1999) om mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig sykdom eller skade og omfatter barn under 18 år (Helsepersonelloven, 1999) som bor med biologiske foreldre, fosterforeldre, adoptivforeldre eller steforeldre (Helsedirektoratet, 2010). Til tross for nyere lovendringer og større fokus på barn som pårørende, viser undersøkelser at barn av psykisk syke ikke føler seg ivaretatt av helsepersonell (Moen, 2012).

Sykepleier kan ved å møte barnet med oppmerksomhet og å legge opp til at barnet får dele erfaringer og opplevelser, hjelpe barnet i mestringsprosessen. Holmsen (Gjengitt etter Eide & Eide, 2007, s. 360) hevder ulike terapeutiske metoder basert på bruk av lek, tegning, fortellinger, bilder, musikk o.a. anvendes med gode resultater i kommunikasjon med barn i

vanskelige livssituasjoner. Slik får barnet uttrykket sine følelser på måter som er naturlige for deres aldersfase og det vil bli mer naturlig å ta opp temaer barnet er bekymret for som en del av leken. Det er viktig å tilpasse seg barnet og respektere dets langsomhet og dets hurtige skiftninger ved å la barnet beholde føringen. Åpenhet, undring og aktiv lytting slik at en uttrykker empati og respekt vil kunne føre til kontakt og tillit med barn (Eide & Eide, 2007).

I følge Rutter (Gjengitt etter Sølvberg, 2011, s. 62) er det forskjellige faktorer som påvirker hvordan barnet blir møtt av andre og hvordan det utvikler strategier for mestring av krise når mor eller far blir alvorlig eller kritisk syk. Disse faktorene er tidspunktet i livet, eller alder, og medfødte egenskaper som fysikk, temperament og evnemessige ressurser. Egenskaper som selvtillit og tillit til andre, evnen til å skape positiv mening i det som skjer og erfaringer vil dessuten ha vesentlig betydning. At barnet har en person å føle seg trygg på og har tillit til, og som ser hvordan man har det viser seg å være den viktigste faktoren for hvordan barnet mestrer situasjoner med store påkjenninger, som ved når mor eller far er psykisk syk (Gjengitt etter Sølvberg, 2011, s. 62).

2.4.3 Når mor eller far har en psykisk lidelse.

Barn som lever tett på, og vokser opp i hjem hvor mor eller far har en psykisk lidelse, misbruker alkohol eller er voldelig, beskrives ofte som *de usynlige barna* (Moen, 2012, s. 17). I følge Moen (2012) er dette barn som bruker tid og energi på å være usynlige og som heller ordner opp selv istedenfor å kreve noe av de voksne. Hun mener barna holder på et stort ansvar og en stor hemmelighet som ingen må få vite om og at de derfor ikke tør å vise hvem de er eller hvordan de har det, og at andre ofte beskriver de som *umulige* (Moen, 2012, s. 17).

Kristoffersen (2014) påpeker at barn vil kunne trenge særskilt tilrettelegging av tilbudet helsetjenesten kan gi, når mor eller far blir syk. Alvorlige og vanskelige livshendelser kalles ofte for kriser. I en krisesituasjon hvor mor eller far har fått en psykisk lidelse er det ulikt hvordan barn reagerer. Barnet vil føle det med en gang når det er noe galt i familien. Derfor er det bedre for barnet å vite hva foreldrene er lei seg for og hva de bekymrer seg for, enn at det skal gå rundt å fantasere om hva det kan være (Eide & Eide, 2007). For foreldrene kan åpenhet være en belastning. På den andre siden kan mangel på åpenhet kan være en større belastning for barnet (Bøckmann og Kjellvold, 2010).

Mange barn som blir eksponert for risiko og stress, som ved at mor eller far er psykisk syk, utvikler likevel ikke alvorlige psykiske problemer selv. *Løvetannbarn* er et annet begrep på disse motstandsdyktige barna. Disse barna har ifølge Borge utviklet resiliens; god psykososial fungering til tross for opplevelse av risiko (Borge, 2010).

Antonovskys (1987) begrep ”Sense Of Coherence” (SOC) eller *opplevelse av sammenheng* betegner en psykisk tilstand som delvis bestemmes av individets posisjon i den sosiale strukturen, og delvis av erfaringer med helse og sykdom. Begrepet kan knyttes opp mot resiliens. I følge Borge (2010, s. 10) er det flere faktorer som påvirker barnets resiliens. Dette støttes også av Antonovsky (1987) om SOC. Elementene *håndterbarhet, mening og forståelse* er det han mener har påvirkning for hvordan vi opplever sammenheng (Borge, 2010 s. 17).

2.5 Psykisk syke.

”Psykisk helse er ikke å være uten lidelse og smerte. Psykisk helse er å kunne møte den lidelsen og smerten- og de gledene- som ethvert normalt liv gir” (Gjengitt etter Sølvberg, 2011, s. 63).

Fravær av tydelige symptomer på psykiske lidelser hos foreldrene blir av Sundfær (2012, s. 27) kategorisert som ”normalitet” og er én av de fire hovedgruppene av psykisk fungering hos foreldre og konsekvenser det har for barna. Foreldereren har da en nyansert og realistisk forestilling om seg selv og omverdenen og har i hovedsak god omsorg for sine barn.

Affektive lidelser- angst og depresjon, som omfatter foreldre preget av engstelighet og ulik grad av depresjon og bipolar lidelse, er den andre hovedgruppen. Foreldre med depresjon eller mani, spesielt dersom det innebærer langvarige og tunge depresjoner og invalidiserende angstlidelser, kan ifølge Kvello i større grad enn andre foreldre fokusere for mye på seg selv og for lite på barnet slik at barnet blir innviet i usunne relasjoner, voksentema eller overinvolvere seg følelsesmessig (Gjengitt etter Sundfær, 2012, s. 28).

Personlighetsforstyrrelser er en annen pasientgruppe det for barn vil være vanskelig og utfordrende å forholde seg til. Mennesker med personlighetsforstyrrelser har en forringet selvinnsikt og vansker med å foreta realistiske vurderinger av samspill med andre. Typiske symptomer er svingende humør, krenkende samspillmønster, fremprovoserende

avvisningsreaksjoner, dårlig tilpasningsevne, uforutsigbar atferd og dårlig utviklede mestringsstrategier. Dette kan gjøre det vanskelig for forelderen å dekke grunnleggende behov hos barnet. Hos foreldre med personlighetsforstyrrelse blir det ofte avdekket omsorgssvikt og mishandling (Sundfær, 2012, s. 29)

Psykososer som er et samlebegrep for en rekke alvorlige sinnslidelser, er den siste gruppen. Ifølge Kringlen (Gjengitt etter Sundfær, 2012, s. 30) er typiske symptomer formelle tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner, følelsesmessige forandringer med sosial tilbaketrekning og redusert arbeidsevne. Barn av foreldre med psykososer påvirkes ofte av dårligere kognitiv, sensomotorisk og nevrologisk utvikling (Gjengitt etter Sundfær, 2012, s. 30).

Akutt psykotiske foreldre greier ikke å møte barnets behov og krav og foreldre og barn må da skjermes fra hverandre for å unngå at barnet inngår i foreldrenes psykotiske vrangforestilling (Sundfær, 2012).

2.6 Voksenpsykiatrisk døgnet.

Psykiske lidelser behandles helst poliklinisk. Ved akutte tilfeller eller situasjoner der pasienten ikke kan bo hjemme under utredningen eller behandlingen kan innleggelse i voksenpsykiatrisk døgnet, være aktuelt (Diakonhjemmet sykehus, udatert).

2.7 Lovverk og sentrale føringer.

I følge helsepersonelloven §10 a kapittel 2 (1999) har helsepersonell plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende ved å bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som følge av foreldrenes tilstand. Helsepersonell skal søke og avklare om pasienten har mindreårige barn, og når det er nødvendig:

- a) Samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikt skal helsepersonellet også tilbyd barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale.

- b) Innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig.
- c) Bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjon skal gis i en form som er tilpasset mottakeres individuelle forutsetninger (Helsepersonelloven, 1999, §10a)

Spesialisthelsetjenesteloven (2009) §3-7a om barneansvarlig helsepersonell sier:

”Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter” (Spesialisthelsetjenesteloven, 2009, §3-7a).

Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) skal sykepleier fremme åpenhet og gode tverretatlige samarbeidsforhold. Helsepersonelloven (1999) viser til det tverrfaglige samarbeidet sykepleier har med barnevernstjenesten, et samarbeid som kan være aktuelt dersom barn er pårørende.

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernstjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter §21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf lov om barnevernstjenester §4-10, §4-11 og §4-12 (Helsepersonelloven, 1999, §32)

3.0 METODE

I dette kapitlet skal jeg presentere hva metode er og den metoden jeg har benyttet meg av i prosessen av denne oppgaven. Deretter vil søkehistorikken bli presentert i et skjema. Så kommer det et kapittel om kildekritikk og avslutningsvis etiske vurderinger ved forskning.

3.1 Hva er metode?

Dalland (2012) hevder metode forteller noe om hvordan vi kan gå frem for å skaffe eller utprøve kunnskap og er det redskapet vi bruker i møte med noe vi vil undersøke. Uansett hvilken type metode som benyttes, vil det bidra til å gi en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan forskjellige miljø handler og samhandler.

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Gjengitt etter Dalland, 2012, s. 111)

Man skiller gjerne mellom to hovedformer innen samfunnsvitenskapen; kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, med tall som gir mulighet til å foreta regneoperasjoner for å for eksempel finne prosentandel. Kvalitative metoder fokuserer på informasjon som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012). Alle forskningsartiklene jeg har valgt å presentere i neste kapittel er gjort helt eller delvis ved kvalitativ metode.

3.2 Litteraturstudie som metode.

Ved å benytte et litteraturstudie studerer man det som allerede er undersøkt og skrevet om virkeligheten, altså allerede eksisterende kunnskap presentert i artikler som er hentet ved å søke i ulike databaser (Støren, 2013). Litteraturen er det som danner grunnlaget for drøfting av problemstillingen. Derfor er det viktig å utføre et systematisk søk i litteraturen, og å reflektere over *hvorfor* litteraturen blir valgt, og *hvordan* innhenting av litteraturen har foregått (Dalland, 2012).

For å finne litteratur fant jeg hovedemnet ved problemområdet; *sykepleie, barn som pårørende og psykiatri*. Jeg så først etter fagbøker i pensumlitteratur om emnet, men på grunn

av liten fokus på dette i studiet, og at det sjeldent er tilstrekkelig å bruke kun pensumlitteratur i en større oppgave (Dalland, 2012), brukte jeg også tips fra bekjente som arbeider innen faget samt gjorde søk etter forskningsartikler i søkemotorene Google Scholar, Cinahl, PubMed, sykepleien.no, helsedirektoratet og svemed+.

I min oppgave ønsker jeg å undersøke nærmere hva barneansvarlig sykepleiers rolle er, og se på hvilke faktorer som kan være medvirkende til at rollen skal være tilfredsstillende for barnet. Jeg ønsker å gå i dybden og gjøre rede for ulike faktorer som kan ha betydning for barn som pårørende, og da synes jeg det er viktig med menneskelig erfaring og å høre ”barnas stemme”. Jeg prøver så å danne min egen oppfatning av hvordan sykepleier kan bidra, noe som gjør at min oppgave blir hermeneutisk. «En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer» (Thagaard, 2013 s. 41). Dette betyr at det er et samspill mellom det som er skrevet og min egen tolkning for å søke etter en helhetlig innsikt (Befring, 2015). Hermeneutisk tilnærming er viktig når man forbereder seg på å arbeide med mennesker. Det handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens, og å stille spørsmål som ”hvordan har pasienten det egentlig bak den kjekke fasaden?” (Dalland, 2012).

3.3 Søkehistorikk.

Søkebase	Søkeord	Tittel	Artikkeltype og Søketreff	Årstall
Sykepleien	”Barnas time” Avgrensning: Fag	<i>Det hjelper å snakke med barna</i>	Kvalitativ, fagartikkel 24	2009
Helsedirektorat et	”barn som pårørende”	<i>Barn som pårørende</i>	Kvalitativ 418	2015
Svemed+	”barneansvarlig”	<i>Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser- en fenomenografisk studie</i>	Kvalitativ 1	2016
Google scholar	”kommunikasjo n med barn som pårørende” og ”sykepleier” ”etter 2012”	I litteraturlista til bacheloroppgaven ”Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos barn som pårørende?” fant jeg denne artikkelen; <i>Barn og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft</i>	Systematisk tilnærming 2650	2016
Cinahl	”Parents”, ”communication ”, ”children of impaired parents”, ”skandinavisk+ engelsk” ”after 2012”	- Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust	Kvalitativ 21	2015

I tillegg anvender jeg *Barn som pårørende* (2014) som jeg ble tipset om.

3.4 Kildekritikk.

Ifølge Dalland (2012) må en kilde etter at den er funnet, vurderes i forhold til dens kvalitet og relevans til arbeidet den skal brukes til. Derfor ser jeg meg nødt til å gjøre rede for litteraturen som har blitt benyttet som grunnlag for teorien. Jeg har kun benyttet litteratur skrevet av andre forfattere, og har ikke brukt så mye pensumlitteratur på grunn av lite fokus på barn som pårørende i studiet. Ifølge Befring (2015) er en svakhet ved litteraturstudier er at de tar utgangspunkt i subjektiv skjønn når det kommer til utvalg og vurdering av tilgjengelig forskning.

Flere av bøkene er anbefalt av bekjente med kompetanse innen temaet og litteraturen er skaffet til veien gjennom utdanningsenhetens bibliotek. Det finnes mye litteratur på temaet, men med forskjellige innfallsvinklinger og fokus; barn som pårørende fra forelderens ståsted, fra barnets ståsted og fra helsepersonells ståsted. Dette kan styrke oppgaven ved at det gir en større bredde av kritiske kilder. Jeg har prøvd å vurdere den litteraturen som var mest relevant for min problemstilling samt med fokus på gyldighet og holdbarhet. Søkemotorene jeg har benyttet meg av for å finne relevant litteratur blir ansett som pålitelige av utdanningsenheten. Alle forskningsartiklene jeg har benyttet meg av har også gjennomgått en fagfellevurdering.

I størst mulig grad har jeg prøvd å benytte meg av primærkilder. Primærkilde er den opprinnelige kilden (Dalland, 2012). Likevel vil det i noen tilfeller bli brukt sekundærkilder, men da hovedsakelig fra litteratur som er på utdanningens pensumliste da jeg anser disse som pålitelige kilder.

En av sekundærkildene som er benyttet er Piagets kognitive utviklingsteori. Denne stiller jeg meg kritisk til, til tross for at den er en del av pensum da han omtaler store aldersgrupper under en og samme fase. Dette gir et uklart bilde, da det er stor forskjeller på for eksempel en 4-åring og en 8-åring. Likevel gir det en oversikt som er enkel å forholde seg til, og kan gi et inntrykk av hva som skjer i barns utvikling.

Jeg har i størst mulig grad brukt litteratur med fokus på barn som pårørende med foreldre i psykiatrien. Noe av litteraturen, som artikkelen *Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust* er en god illustrasjon på hvordan barn opplever alvorlig/ kritisk sykdom hos foreldrene. Dette vil da være brukt som overført materialet for så å sette det inn i

en situasjon med forelder med psykisk lidelse. Den samme artikkelen er på engelsk, noe som ikke er mitt førstespråk, noe som kan føre til at jeg har mistet viktige elementer.

Ifølge Dalland (2012) skal man være sin førforståelse bevisst, da man ikke kan unngå at den påvirker oppgaven. Tranøy (Gjengitt etter Dalland, 2012, s. 117) sier man kan prøve å møte en fenomen så forutsetningsløst som mulig, men aldri unngå å ha tanker om det på forhånd. Historier, kunnskap og holdninger kan påvirke hvordan man tolker og bearbeider data (Dalland, 2012).

Selv om jeg ikke har direkte erfaring med barn som pårørende, har jeg på forhånd dannet meg et bilde at hvordan jeg mener barn som pårørende skal ivaretas. Likevel vil noe av min førforståelse være basert på min venninnes oppvekst, men da fra en annen vinkel enn hva jeg ser det fra i denne oppgaven. For henne har jeg rollen som venn, her ser jeg på det gjennom barneansvarlig sykepleiers og barnets øyne. Derfor har jeg i størst mulig grad prøvd å holde hennes historie på avstand. For å sikre en helhetlig forståelse av fenomenet er det viktig å distansere seg fra egne erfaringer, og prøve å se problemstillingen uavhengig av dette (Thagaard, 2013).

3.5 Etske vurderinger.

”Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater” (Dalland, 2012, s. 94). Tranøy (Gjengitt etter Dalland, 2012) sier forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre.

I en litteraturstudie er det viktig å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene under rapportering. Målet må være at forskningsdeltakerne ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2012). I forbindelse med en studieoppgave påtar man seg ansvar overfor enkeltpersoner, institusjoner og samfunnet. Det er etiske kontrollspørsmål som kan måtte besvares og tas hensyn til under veis; ”Er prosjektets mål og metoder innenfor fagets normer og begrensninger?”, ”Er informert samtykke fra deltakerne (intervjupersonene) innhentet på forsvarlige måte?”, ”Er det klart at det ikke foreligger avhengighetsforhold som kan tenkes å påvirke intervjupersonenes

”samtykke?” ”Er alle persondata tilstrekkelig anonymisert?” og ”Hvilke rettigheter til de berørte parter- deltakerne, undersøkeren og samfunnet som helhet- kan bli berørt av undersøkelsen?” (Gjengitt etter Dalland, 2012, s. 109).

Etiske retningslinjer (Gjengitt etter Dalland, 2012, s. 109) er til for å unngå at deltakerne blir påført skade eller unødvendige belastninger. Ifølge Halvorsen gjelder også i forskning hvor barn deltaer, men da i større grad fordi barn er mer sårbare enn voksne. Samtidig som barns deltakelse i forskning er viktig, må de også beskyttes og forsørges (Hauge, 1999 s.30).

FN's barnekonvensjon artikkel 3 sier; ”Ved alle handlinger som omhandler barn, og som foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal det først og fremst tas hensyn til hva som gavner barnet best” (Halvorsen, 1999, s.33). Barnets skal sikres vern og omsorg som er nødvendig for at det skal trives. For at forskning gjort med barn som informanter skal være gyldig må den samtykkende være kompetent og samtykket må dekke sin gjenstand- vedkommende må vite nok om hva som samtykkes til. Forelderen, eller annen verge kan delta i beslutningen med barnet, men når barnet har fylt 12 år har det rett til å si sin egen mening før det blir gjort avgjørelser på bekostning av barnet (Halvorsen, 1999, s 39).

4.0 FUNN

Her blir resultater og funn av artikler jeg har valgt å benytte som en del av det teoretiske grunnlaget på grunn av artikkelens relevans til min problemstilling presentert. Artikkelen har ført til innspill i drøftingen, samt å gi bedre forståelse og innsikt i hva rollen som barneansvarlig sykepleier går ut på og hvordan barn opplever å være pårørende når mor eller far har en psykisk lidelse. Den første artikkelen er nok den som har vært mest nyttig for meg i prosessen med denne oppgaven da den viser til det konkrete prosjekt som faktisk har vært hensiktsmessig for både barn som pårørende og deres foreldre.

4.1 Artikkel 1.

Tittel: *Det hjelper å snakke med barna*

Forfatter (år): Britt Helen Haukø og John H. Stamnes (2009)

Relevans:

Artikkelen er relevant i forhold til min problemstilling fordi den har bakgrunn fra et kurs som blir brukt i familier hvor mor eller far er psykisk syk.

Introduksjon:

Studien ble gjort for å finne ut hvilken betydning ”barnas time” har hatt for kommunikasjon mellom foreldre og barn som har deltatt i timen, og om denne timen bidro til bedre mestring av hverdagen for foreldre og barn.

Metode:

Studien er kvalitativ, gjort ved intervju av både barn og foreldre i familier som deltok på ”barnas time” seks måneder før intervjutidspunktet. Ti familier ble forespurt å delta på undersøkelsen, åtte sa ja. I fem av disse familiene var det barn over 10 år, og kun disse barna, fire gutter og fire jenter med en gjennomsnittsalder på 12,5 år ble intervjuet. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd og senere skrevet ned. Intervjuet ble gjort med fokus på timens organisering og hvordan det bidro til kommunikasjon, trygghet og kunnskap.

Resultat:

Resultatet viser at barnas time hjelper for barnet fordi de ved å snakke om vanskelige temaer blir tatt opp, lettere åpner seg for andre. Flere uttrykker også at de har lært nye strategier for å snakke med foreldre og venner om sykdommen og behandlingen samt at de har større forståelse for forelderens lidelse.

Diskusjon:

Resultatene viser at ”barnas time” har ført til bedre kommunikasjon og mestring for både foreldre og barn.

Styrker og svakheter:

Det er få informanter med i undersøkelsen. Dette gir et tynt grunnlag for resultatet.

4.2 Artikkel 2.

Tittel: *Barn som pårørende*

Forfatter (år): 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)

Relevans:

Denne artikkelen ble benyttet fordi den kan gjøre det lettere å sette seg inn i situasjonen til familier med psykisk sykdom, og viser eksempler på hvilket behov de har.

Introduksjon:

Studien har som mål å gi ny kunnskap om situasjonen til barn med foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten ved å se på barnets og forelderens opplevelse av situasjonen, hvordan den påvirker dagliglivet, hvilke utfordringer som har eller kan oppstå, hjelpen de har fått og hvor god spesialisthelsetjenesten er i stand til å identifisere barn og vurdere deres behov.

Metode:

Kvalitativ, som en tverrskjenningsstudie med et utvalg familier fra fem helseforetak. 534 familier fordelt på 202 i somatikken, 199 i psykisk helsevern og 133 i tverrfaglig spesialisert rusbehandling deltok i studien ved å besvare spørreskjema på nettbrett eller pc.

Resultat:

Barn av psykisk syke foreldre rapporterer lavere livskvalitet enn normalbefolkningen, men at foreldrene tror at barnas livskvalitet er bedre enn det barnet selv beskriver. Det kommer fram at det er mangel på tilstrekkelig informasjon til å forstå sin forelders sykdom og konsekvensene av den, og at barn og ungdom flest har behov for å snakke om sin situasjon. Familiene gir uttrykk for behov for nærhet og forutsigbarhet i situasjonen og ønsker en familiekontakt, for både foreldre og barna, som følger dem over tid.

Diskusjon:

Studien viser at barn, foreldrene og familiens situasjon i stor grad blir påvirket av sykdom og at nærhet. Både barn og foreldre har behov informasjon og følelsen av nærhet og forutsigbarhet for å mestre situasjonen bedre. Å ha en familiekontakt kan dermed være en god støtte for hele familien.

Styrker og svakheter: Trolig skjevt materiale fra alle tre tjenestene da det er underrepresentert materiale fra familier med alvorlig sykdom.

4.3 Artikkel 3.

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

Forfatter (år): Ann-Kjærsti Svalheim og Anne Kjersti Myhre Steffenak (2016)

Relevans:

Denne artikkelen ble benyttet fordi den viser hvordan barneansvarlige ser på sin rolle slik at den viser hvordan rollen blir tolket nå, opp mot andre funn som viser behovet barnet faktisk har.

Introduksjon:

Hensikten med studien gjort i *Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser* (2016) er å undersøke hvilken oppfatning barneansvarlige har av egen rolle knyttet til barn som pårørende når forelder har en psykisk lidelse.

Metode:

Kvalitativ metode. 18 barneansvarlige, utdannet sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og sosionomer (noen med spesialutdanning innen psykiatrien), fra psykiatrisk sykehus og distriktskykiatrisk senter i to ulike fylker deltok. 13 kvinner og 5 menn. Det ble gjennomført et intervju på deltakerens arbeidsplass og stilt spørsmålet; ”Hva er din oppfatning av rollen knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?”, fulgt opp med; ”Hvilken oppfatning har du av egen rolle knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser?”. Det ble gitt oppfølgingsspørsmål individuelt til hver deltaker for å få utdypet svarene. Intervjuene ble tatt opp som lydopptak og senere skrevet av ordrett.

Resultat:

Undersøkelsen førte til tre forskjellige kategorier som forklarer hvilken rolle barneansvarlige synes de har. ”Spydspiss” sier noe om at de har kompetanse om barn som pårørende og formidler denne videre til avdelingen. ”Vaktbikkje” fordi de påser at lovpålagte oppgaver blir utført og at lovverket følges, og ”ivaretagelse av barna” som omhandler flere ting men i hovedsak at barneansvarlig samarbeider med foreldre og kommunale instanser og at fokuset ligger på barnet, og å forebygge psykiske lidelser.

Diskusjon:

Undersøkelsen viser at barneansvarlige har flere viktige roller i møte med barn som pårørende.

Styrker og svakheter:

En styrke ved denne artikkelen er at det er såpass mange deltakere ved en kvalitativ metode.

4.4 Artikkel 4.

Tittel: Barn som pårørende- En undersøkelse i Sykehuset Innlandet

Forfatter (år): Gorm Winterberg, Jørgen Korum, Hilde Vold og Tina Wilberg (2014)

Introduksjon:

Barn som pårørende (2014) tar for seg hvordan sykehuset innlandet HF ivaretar barn som pårørende av alvorlig somatisk syke pasienter, og hvordan de tar for seg det lovpålagte arbeidet for den samme gruppen. Det er gått i dybden på helsepersonellens kjennskap til Lov om helsepersonell, interne prosedyrer og tilhørende oppfølging av barn som pårørende. Informantene ble i tillegg intervjuet og da spurt etter konkrete forslag til hvilke forbedringer som kan gjøres i arbeidet med barn.

Metode:

Kvantitativ og kvalitativ metode

Resultat:

Oppfølgingstiltak som bekymringsmelding til barnevern og samtykke til samarbeid med andre faggrupper er dokumentert mangelfullt. Det kommer fram at over halvparten av informantene mener avdelingen de er ansatt i, har liten eller bare en viss kjennskap til det systematiske arbeidet med barn som pårørende. Flere av respondentene mener at gjennomføringen av tiltak til en viss grad fungerer, men at de ikke nødvendigvis blir gjort etter lover og prosedyrer. Likevel kommer det frem i statistikken, at mange vurderer gjennomføringen av ivaretagelsen av barn som pårørende som ikke god nok. Respondentene mener det i stor grad blir lagt til rette for besøk på avdelingen, men ikke nødvendigvis i fysisk forstand. Men, det blir gjort umiddelbare tiltak når det er nødvendig, selv om ikke rutinene blir fulgt i detalj. Å tilpasse informasjon til barn viser seg å bli gjort i mindre grad

Diskusjon:

Det kommer fram at det er for liten kunnskap om lovverk og prosedyrer, men at tiltak i forhold til barn som pårørende i stor grad blir gjennomført i praksis.

Styrker og svakheter:

Denne artikkelens styrke er at det er benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode noe.

4.5 Artikkel 5.

Tittel: Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft

Forfatter (år): Berit Hofset Larsen og Monica Wammen Nortvedt (2011)

Relevans:

Denne artikkelen har forelder med kreftsykdom i fokus. Den belyser barn og ungdoms informasjonsbehov når forelder er alvorlig syk på en god måte.

Introduksjon:

Hensikten med artikkelen er å utdype og konkretisere barn og ungdoms behov for informasjon når mor eller far får kreft.

Metode:

Systematisk søk etter relevant forskningslitteratur. 11 enkeltstudier og én oversiktsartikkel ble inkludert.

Resultat:

Studiene til sammen viser barn og ungdoms informasjonsbehov innenfor de seks aspektene; barnets forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse.

Diskusjon:

Det kommer frem at barna ønsker ærlig og konkret informasjon og at foreldrene er barnas viktigste informasjonskilde.

Styrker og svakheter:

En styrke ved denne forskningsartikkelen er at den har stor bredde og får frem barneperspektivet.

4.6 Artikkel 6.

Tittel: Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust

Forfatter (år): Gillan Murphy, Kathleen Peters, Lesley Wilkes & Debra Jackson (2015)

Relevans: Artikkelen belyser følelser barnet kan ha i oppveksten med en psykisk syk forelder.

Introduksjon:

Intervju av voksne som har hatt en oppvekst med psykisk syk forelder/ foreldre for å finne ut hvordan deres erfaring av sin oppvekst og hvordan erfaring de i dag har med å være forelder.

Metode:

Kvalitativ

Resultat:

Undersøkelsen viser at følelsen av frykt er noe som går igjen hos flere som har vokst opp med psykisk syk forelder. I hvor stor grad, og om det er frykt for forelderen eller sin egen sikkerhet varierer ut ifra hvordan forelderens sykdom vises på utsiden, og hvordan de selv kommuniserer om den. Kommunikasjon viser seg derfor å være et viktig verktøy for hvordan barnet opplever situasjonen. Resultatet viser at helsearbeidere kan være en viktig person for å gi ekstra støtte og utforske sosial integrasjon da dette kan redusere sannsynligheten for frykt og isolasjon, og kan bidra til å bygge opp tillitt i familier med psykisk sykdom.

Diskusjon:

Kommunikasjon ser ut til å være en viktig faktor for å redusere frykt hos barn. Det fører til større tillitt i familier med psykiske lidelser.

Styrker og svakheter:

At intervjuet er gjort på voksne kan være både en styrke og en svakhet. Det kan gi resultat som ikke er realistiske i dag, da det har skjedd en utvikling for ivaretagelse av barn og fokus på psykisk helse. Samtidig kan resultatet si noe om hva de som barn følte de manglet, og gi et svar på hva barn av psykisk syke trenger fra helsepersonell i dag.

5.0 DRØFTING

I drøftingen skal jeg se på hvordan barneansvarlig sykepleier kan ivareta barn som har mor eller far med psykisk lidelse og er innlagt i psykiatrisk døgnenhet.

For å vise dette kommer jeg til å vise eksempler fra funn i forskningsartiklene og understøtte drøftingen med teori. Jeg vil først se på hvilke forutsetninger barneansvarlig sykepleier står ovenfor for å kunne ivareta barn som pårørende. Deretter, basert på at det viser seg å være stort fokus på kommunikasjon og informasjon i kunnskapsfeltet, se på hvordan den barneansvarlige sykepleieren best mulig kan kommunisere med barn og hvilket behov barnet har for informasjon. Til slutt kommer jeg til å ta utgangspunkt fasene i Travelbees interaksjonsprosess for å vise hvordan disse fasene kan påvirke hvor godt barnet føler seg ivaretatt av barneansvarlig sykepleier (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014).

5.1 Forutsetninger for at barneansvarlig sykepleier kan ivareta barn som pårørende. Til tross for nyere lovendringer og større fokus viser det seg fortsatt at barn av psykisk syke ikke føler seg ivaretatt av helsepersonellet (Moen, 2012). Aamodt og Aamodt (2005) hevder avdelingen er avhengig av *ildsjeler* for at jobben blir tatt på alvor og at barnet blir ivaretatt, og at det kan se ut som det er tilfeldig om barnet får nødvendig hjelp og informasjon om forelderens psykiske lidelse.

Retningslinjene i det nye lovverket viser seg i Winterberg et.al (2014) og Moen (2012) å bli fulgt i liten grad i praksis. Det kan dermed tyde på at barneansvarlig sykepleier kan møte utfordringer for å kunne ivareta barnet.

Svalheim & Steffenak(2016) viser i sin undersøkelse at barneansvarlige selv ofte ser på sin rolle som ”spydspiss”; en med kompetanse om barn som pårørende, ”vaktbikkje”; en som påser at lovpålagte oppgaver blir utført og at lovverket følges, og at de definerer sin oppgave som ”ivaretagelse av barna” som blant annet omhandler samarbeidet barneansvarlig sykepleier har med foreldrene og kommunale instanser. Alle disse definisjonene på rollens oppgaver passer inn under hva lovverket sier rollen går ut på.

”Spydspiss” fordi den som har denne rollen bør ha kompetanse på barn, barns utviklingsfase, hvordan kommunisere med barn, hva barnet bør vite om forelderens diagnose og væremåte osv. ”Vaktbikkje” viser til at barneansvarlig sykepleier bør ha kompetanse om lovverket rundt

ivaretagelse av barn, og har evnen til å følge dette i praksis. Det siste punktet, ”ivaretagelse av barna”, kan det være rimelig å si at er barneansvarlig sykepleiers praktiske oppgave i sin helhet ved å bistå med det som er barnets individuelle behov.

I følge helsepersonelloven §10a kapittel 2 (1999) må helsepersonellet samtale med pasienten, herav foreldrene, om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov. En forutsetning for at barnet skal kunne få taushetsbelagt informasjon om forelderens tilstand er dermed samtykke fra den syke forelder. Uten dette vil helsepersonalet heller ikke kunne kontakte andre instanser som barnevern eller skolehelsetjenesten. Dette kan derfor føre til utfordringer for å møte barnet med den informasjonen som kan være nødvendig for at det skal forstå, og å samtidig holde taushetsplikten fordi det oppstår en rollekonflikt og det vil være vanskelig for barneansvarlig sykepleier å ivareta både forelder og barnet uten samtykke fra forelder.

En annen forutsetning for at barneansvarlig sykepleier skal kunne ivareta barn som pårørende når forelder er innlagt i psykiatrisk døgnenhet er at avdelingen har et besøksrom som er tilpasset barn. Dette kan være med for eksempel tegnesaker, leker, bøker- et miljø som det føles naturlig for barnet å være i.

Moen (2012) forteller om et møte med en 12 år gammel jente som sammen med sin mor hadde blitt truet av kniv av sin egen far. Hennes far ble tvangsinnlagt i et halvt år. Jenta fortalte at hun ikke fikk besøke faren den tiden han var innlagt, fordi man måtte være over 18 år for å komme inn på avdelingen. Det var heller ingen som hadde snakket med henne om det som hadde skjedd. Dette er ikke det eneste tilfellet hun har vært bort i, hvor barnet ikke har fått besøke forelder sin på psykiatrisk døgnenhet. Forklaringene hun har fått er at pasientens barn er for unge, at avdelingen ikke har egnede besøksrom, at pasienten må skjermes osv. Samtidig som det kan være mulig å møte barnet utenfor den psykiatriske døgnenheten kan det tenkes at dersom barnet får se hvor forelder er vil øke sin forståelse. Det er mulig det kan være betryggende for barnet å se at forelder er i trygge omgivelser og blir ivaretatt. Ved å vite dette kan barnet kanskje unngå å føle dårlig samvittighet for at det ikke er ”snill nok” eller ”flink nok” til å tilpasse seg og å ta vare på forelder hjemme.

5.2 Barnets behov for informasjon.

At barn som pårørende har behov for informasjon er noe som gjentar seg som fokus i undersøkelsene. Derfor velger jeg å identifisere hva dette behovet innebærer for barnet.

Tilstrekkelig informasjon for å forstå forelderens lidelse og konsekvensene av den viser seg i Ruud et al. (2015) å være noe flere barn av psykisk syke savner. Larsen & Nortvedt (2011) hevder at barna har behov for informasjon tilpasset de seks aspektene; barnets forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse.

Ifølge Haukø & Stamnes (2009) er det ikke uvanlig av barna føler skyld for forelderens lidelse og tar på seg ansvar for det forelderer ikke klarer. Ifølge Mevik og Trymbo (2002, i Sundfær, 2012) er det viktig at den voksne, i dette tilfellet barneansvarlig sykepleier, prøver å finne ut hva barnet faktisk føler skyld for ved å tilnærme seg barnet og lar barnet åpne seg om sine indre tanker og følelser i sitt eget tempo. Deretter må barneansvarlig sykepleier utforske med barnet om det er rimelig å føle skyld for dette. Det holder ikke å si ”det skal du ikke ha skyldfølelse for”. Med grunnlag i Mevik et.al. (2002) kan det tenkes at det kan være hensiktsmessig om barnet får vite årsaken til at forelderer har de symptomene den har, og at de følelsene barnet har- er en følelse flere barn i samme situasjon kjenner på. En slik refleksjonsprosess vil gi barnet en mulighet til å forstå at det den føler skyld for er utenfor dens påvirkningsevne (Sundfær, 2012).

Moen viser til et eksempel av Raundalen (Gjengitt etter Moen, 2012) hvor han viser hvordan han ved å tegne, forklarer barna om forelderens *tankesykdom*, og hvordan han bruker tankene som blader, og at de trenger lys og varme. Dette kan tenkes å være en god måte for barneansvarlig sykepleier å gi barnet kunnskap om forelderens psykiske lidelse, men også ta bort skyldfølelsen det kan tenkes barnet kjenner på.

Når man får en tankesykdom som heter depresjon, blir det mørkt og kaldt der inne hvor tankene skal vokse og gro, da begynner de å visne. (...) Mens jeg snakker om dette, bruker jeg brunfargen og viser hvordan tankene faller sammen og visner.

Samtidig benytter jeg anledningen til å si at ingen med tankesykdommer kan få hjelp

av barn. De må få hjelp av doktor eller psykolog som har gått på mange skoler og lært om tankesykdommer (Raundalen, *Suicidologi* 2000, årg. 5, nr. 2).

Å kjenne på følelser som dette kan ut ifra utviklingsfasen til Piaget være ekstra krevende for barn fra 12 år og oppover da de ofte stiller høye krav til seg selv. I tillegg har barn i denne alderen ofte behov for bekreftelse og anerkjennelse, noe de da kan få gjennom en slik refleksjonsprosess. Barneansvarlig sykepleier kan bekrefte overfor barnet at de følelsene det har er helt normale, at de ikke gjør noe galt men også anerkjenne barnets måte å forholde seg til situasjonen på (Eide & Eide, 2007).

Følelsen av frykt for både forelderens og sitt eget liv er ifølge Murphy et al. (2015) også noe barn av psykisk syke ofte kjenner på. Forskning viser at barnet ønsker kunnskap og informasjon for å forstå sin forelders sykdom og konsekvensene av den (Ruud et al., 2015; Haukø & Stamnes 2009; Larsen & Nortvedt, 2011; Murphy et al., 2015). Informasjon for å øke barnets kunnskap kan ifølge Haukø & Stamnes(2009) bidra til at barnet føler seg tryggere. Samtidig vil det kunne føre til økt forståelse for barnet slik at det blir lettere å snakke med venner og familie om det (Haukø & Stamnes, 2009). Dermed ser det ut til at informasjon til barnet vil kunne føre til at det får økt kunnskap, som igjen vil føre til at det lettere forstår forelderens situasjon og kanskje føler seg tryggere og unngår følelsen av skyld. Dette kan da forsterke det Mevik et. al (2002) hevder; at det vil være hensiktsmessig å gjennomføre en refleksjonsprosess sammen med barnet for å sortere følelser.

Lovverket (Helsepersonelloven §10 a) poengterer at informasjonen skal tilpasses mottakers individuelle forutsetninger. Ifølge Larsen & Nortvedt (2011) kan manglende informasjon føre til misforståelse og bekymring, og for stor informasjonsmengde kan føre til forvirring. Særlig dersom den ikke er tilpasset barnets modenhet. Å gi informasjon krever derfor at barneansvarlig sykepleier har kompetanse på hvordan å kommunisere med barn.

Kommunikasjon med barn må tilpasses barns utviklingsalder for at informasjonen skal bli forstått. Å bruke lek, tegning, fortellinger, bilder, musikk o.a. slik at barnet får uttrykt sine følelser på måter som er naturlige for deres aldersfase har vist seg å være nyttig. Dette vil muligens være mer relevant for barn under 12 år som fortsatt lever i en "fantasiverden".

Dersom barnet for eksempel tegner familiesituasjonen, vil det bli lettere for barneansvarlig sykepleier å ta opp temaer som angår familien som en del av leken. Dette fordi da får barnet beholde føringen og kan fortelle og gi mer informasjon om tanker og følelser når det selv føler seg klar for det (Eide & Eide, 2007).

5.3 Forholdet mellom barnet og barneansvarlig sykepleier.

Travelbees interaksjonsfaser (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014) belyser områder ved kommunikasjon og tilnærmingen ved barn det kan være hensiktsmessig for barneansvarlig sykepleier å ha kunnskap om. Videre vil jeg belyse hvordan barneansvarlig sykepleier kan danne et menneske- til- menneske- forhold med barnet ved å gå fokusere på de ulike fasene i interaksjonsprosessen; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

5.3.1 Det innledende møtet.

Barneansvarlig sykepleier vil under det innledende møtet med barnet danne seg et førsteinntrykk av barnet ut ifra alder, kjønn, utviklingsfase, ,væremåte, handlinger og språk. Det vil derfor være hensiktsmessig for barneansvarlig sykepleier å på forhånd tilegne seg kunnskap om barns utvikling for å vite hvordan man for eksempel tilnærmer seg den stereotypiske 5-åringen (Grønseth, 2016; Sjøberg 1998, i Eide & Eide, 2007).

Det kan tenkes at det første møte mellom barneansvarlig sykepleier og barnet er betryggende for barnet dersom det har en person det allerede har tillitt til der. En som det kan støtte seg til slik at det ikke blir en skremmende opplevelse. Spesielt kan dette være viktig for barn mellom 2år og 4 år, da de har gjenkjennelsesassosiasjoner. Dersom de husker forrige besøk som en skummel opplevelse, vil det nok ikke ønske å komme tilbake.

5.3.2 Framvekst av identiteter.

Når barneansvarlig sykepleier har gjort seg kjent med hvem pasienten, i dette tilfellet barnet, er, ut ifra stereotypiske trekk basert på alder, kjønn og førsteinntrykk må hun gjøre seg kjent med hvem dette barnet er for å danne et kontaktforhold (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014). Dette vil være hensiktsmessig for å finne barnets individuelle behov.

Selv om virksomheten har ansvar for å legge til rette for tid, ressurser og kompetanseheving for å ivareta barn som pårørende har ikke myndighetene sørget for bedre bemanning til at det i en hektisk hverdag blir tid til å bruke mer tid på hver enkelt pasient. Mangel på tid og ressurser kan dermed være en av utfordringene for barneansvarlig sykepleier for å danne menneske- til menneske forhold til pasienten, noe som er sentralt i Travelbees sykepleieteori (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014). Oppgaven barneansvarlig sykepleier har vil dermed være lite hensiktsmessig uten nok tid. Det kan tenkes at dersom møtet ved flere anledninger blir avbrutt av andre, at barnet kan føle seg usikker på barneansvarlig sykepleiers prioritering, og føle seg til bry. Dette igjen kan hindre barnet i å åpne seg og dele sine tanker og følelser. Spesielt dersom barnet er vant til å være av de ”usynlige barna”, som typisk gjør det de kan for å takle situasjonen på egen hånd, kan tid være en viktig faktor for at barneansvarlig sykepleier klarer å formidle til barnet at det ønsker å bli kjent med det og hva hun kan bidra med- for barnets beste (Moen, 2012).

”Barnas time” holdes ved Sykehuset i Namsos (Haukø og Stamnes, 2009) for barn mellom to og 18 år sammen med foreldrene dersom en av foreldrene er innlagt ved psykiatrisk døgnet. Målet er å forebygge forvirring, usikkerhet, uvitenhet og redusere stresset mange barn opplever i slike situasjoner. I første del av timen har de både barna og foreldrene inne til samtalen for å forsøke å bryte tausheten rundt det vanskelige og tabubelagte. En veileder hjelper dem å sette ord på sykdom, symptomer, tanker og følelser. Deretter snakker veileder med barna alene. Haukø & Stamnes(2009) sin erfaring fra ”barnas time” er at barna forteller og spør mer uten foreldrene tilstede. Dette hevder også Moen (2012). Det kan dermed tenkes at et viktig steg i dannelsen av menneske- til- menneske- forhold er å få til en samtale med barnet uten forelder/ foreldrene tilstede (Haukø og Stamnes, 2009). Det kan se ut til at metoden som brukes under ”barnas time” er en god måte å bli kjent med hele familien, men spesielt barnet. Ved å bruke en slik metode kan det tenkes at barnet kan unngå å sitte med tanker som Moen (2012) forteller om i sitatet under.

Vi var på to familiesamtaler med psykologen og den andre psykiatriske sykepleieren.

Det var vanskelige samtaler der det var umulig å sette ord på hvordan jeg hadde det inni meg. Umulig fordi mamma var sammen med oss. Umulig fordi vi ikke snakket

om følelser hjemme. Umulig fordi de ikke brukte nok tid å bli kjent med oss (Moen, 2012, s. 84).

5.3.3 Empati.

Ifølge Travelbee handler empati om å ta del i, og forstå hvordan en annen person har det der og da. Hun mener dette kan gjøre at pasienten, barnet, opplever nærhet og kontakt (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014).

...hørte en mild stemme si at hun hadde sett at jeg hadde det vanskelig. Tre år etter innleggelsen var det en sykehusansatt som så meg. I løpet av ett sekund var jeg blitt sett. Syv små ord som gjorde underverker. Syv små ord som 20 år etter fortsatt sitter igjen som en god erfaring. Det gjorde godt, og det gjorde en forskjell (Moen, 2012. S. 88).

Eide & Eide (2007) beskriver også noen av de samme aspektene som viktig for å uttrykke empati og respekt; åpenhet, undring og er en aktiv lytter. Eide og Eide (2007) legger til at det også vil bygge opp tillit mellom partene. Nærhet og kontakt kan dermed være avgjørende for hvor god tillitt partene, barneansvarlig sykepleier, og barnet, kan bygge opp. Med grunnlag i de teoretiske funnene, vil tillitt igjen være svært viktig for å få mest mulig ut av oppfølgingen av barn som pårørende, da det kreves at barnet har tillitt til den barneansvarlige sykepleieren for at det skal åpne seg og fortelle om sine tanker og følelser. God tillitt vil dermed være viktig for å kunne kartlegge individuelle behov barnet har. Moen (2012) støtter Travelbees i å ha fokus på empati. Hun hevder at dersom sykepleier uttrykker varme, respekt, ydmykhet, høflighet og finforståelse vil det for barnet vise empati og respekt (Moen, 2012). Dermed kan det se ut til at barneansvarlig sykepleier kan uttrykke empati ved å vise barnet at hun er interessert i hvordan barnet har det. Dette kan gjøres ved å gi et smil slik at barnet føler seg anerkjent. Det kan tenkes at det også vil være hensiktsmessig å stille åpne spørsmål slik som ”trenger du noe?” slik at barnet oppfatter at barneansvarlig sykepleier vil en vel.

På en annen side kan utdraget på neste side vise hvordan det kan oppleves for barnet dersom helsepersonell ikke viser empati overfor barn som har en forelder med psykisk lidelse. Barnet

føler seg ikke sett, og blir usikker på hva som egentlig skjer. Dersom barneansvarlig sykepleier hadde spurt hvordan det gikk, forklart at de følelsene de kjente på var helt normale og gitt informasjon om deres mammas lidelse, kunne nok mye av den dårlige samvittigheten Moen kjente på vært unngått.

Vondt å ikke vite hva jeg skulle si, hva jeg skulle gjøre. Vondt å ikke kunne hjelpe henne og ikke kunne ta henne bort fra smerten og fortvilelsen. Vondt å gå derfra uten at noen spurte hvordan det var med meg, med lillesøster. Vondt at ingen forklarte hva som skjedde, hvordan svingningene hang sammen, hva som ventet oss (Moen, 2012, s. 74).

5.3.4 Sympati.

Den neste fasen, sympatifasen, er ifølge Travelbee et resultat av den empatiske fasen (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014). Den barneansvarlige sykepleieren har nå vist overfor barnet at hun har evnen til å forstå situasjonen den er i, og for å fortsette prosessen med å danne et menneske- til- menneske- forhold bør hun også ha evnen til å føle det eventuelle ubehaget barnet kjenner på. Dersom barneansvarlig sykepleier viser støtte, og er engasjert og bryr seg kan det bidra til at barnet mestrer situasjonen bedre. Denne ekstra støtten kan ifølge Murphy et al. (2015) redusere sannsynligheten for frykt og isolasjon og kan bidra til å bygge opp tillit i familier hvor en av foreldrene har en psykisk lidelse. Å vise sympati vil derfor være svært hensiktsmessig spesielt fra barnet er omkring 8 år, når behovet for anerkjennelse og mestring blir større (Gjengitt etter Kristoffersen, 2014)

Barneansvarlig sykepleier kan vise empati ved å uttrykke for barnet at det vil hjelpe familien og barnet å takle situasjonen best mulig. Ved å stille åpne spørsmål som ”Hva tenker du om at mamma skal være her i en uke til?” kan det tenkes at barnet føler seg sett samtidig som det oppfatter at barneansvarlig sykepleier ønsker det beste for hele familien. Å gi barnet følelse av mestring anses som en viktig del av ivaretagelsen av barn som pårørende også av Rutter (1985 i Sølvsberg 2011). Hun hevder at dersom barnet har en person å føle seg trygg på og har tillit til, som også ser hvordan man har det, kan det bidra til at barnet mestrer situasjoner med store påkjenninger bedre. Dette bekrefter hvor viktig de foregående fasene er for å bygge opp

tillit, og hvordan det kan bidra i det videre forløpet. Dette støttes av Ruud et al. (2015) som hevder at følelsen av nærhet bidrar til mestring.

5.3.5 Etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Å etablere gjensidig forståelse og kontakt er den siste delen av utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Dette er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonene i de tidligere fasene. Å komme til dette punktet vil forutsette at barneansvarlig sykepleier har møtt barnet, dannet et kontaktforhold, og vist empati og sympati. Dette krever at barneansvarlig sykepleier har både kunnskaper og ferdigheter. Det kan dermed tenkes at en med interesse for å tillegge seg kunnskap om barn som pårørende, og en som har ferdigheter i å håndtere barn er bedre egnet for å være barneansvarlig sykepleier.

Svalheim & Steffenak (2016) viser i sin studie at flere barneansvarlige sier at manglende kunnskap og erfaring i å prate med barn gjøre at mange unnlater å gjennomføre samtale med barna om den syke forelderen. Dette samsvarer med funn i spørreundersøkelsen av Ruud et al. (2015) hvor flere peker på at helsepersonalet føler seg utrygge på hvordan de skal ta snakke med foreldrene om foreldrerollen, og hvordan de skal gå fram i samtale med barn. Mangel på kunnskap kan dermed se ut til å være en av årsakene til at det er mangelfull oppfølging av barn som pårørende. Som sykepleierstudent har jeg erfart at det er lite fokus på barn som pårørende i utdanningen. Det kan tenkes at dette kan være noe av årsaken til at det flere vurderer at de har for liten kunnskap om barn som pårørende. En annen faktor kan være noe Ruud (2015) kommer fram til i multisenterstudien; mangel på ressurser for å delta på kurs som fører til at mange er redde for å gjennomføre samtalene som igjen fører til mangel på mengdetrening.

6.0 KONKLUSJON

I denne oppgave har jeg forsøkt å svart på spørsmålet i problemstillingen, hvordan barneansvarlig sykepleier kan ivareta barn som har mor eller far med psykisk lidelse innlagt på institusjon, så godt det lar seg gjøre.

Nyere lovendringer fra 2010 sier at helsepersonell skal gi barn som pårørende støtte og informasjon. Forskning viser at dette i praksis likevel blir gjennomført i liten grad. Den barneansvarlige sykepleier bør være en med kompetanse, en som følger lovverk og en som kan å ivareta barna. Det kan dermed tyde på at man faktisk er avhengig av det som Aamodt og Aamodt (gjengitt etter Moen, 2012 s. 24) kaller en ”ildsjel”, spesielt i dag som det er tydelig at ikke retningslinjer og rutiner ikke fungerer godt nok til at barn som pårørende føler seg godt nok ivaretatt.

For at barneansvarlig sykepleier skal kunne ivareta barn som pårørende på best mulig måte er man avhengig av samtykke fra forelderen til å gi ut taushetsbelagt informasjon. Samtidig vil det være hensiktsmessig dersom den psykiatriske døgnenheten har besøksrom som er tilpasset barn, med muligheten til å tilpasse informasjonen ved å bruke lek og tegning, også for at barnet skal føle seg vel og ikke til bry.

Barnet har behov for tilstrekkelig informasjon tilpasset barnets forståelse og utviklingsalder. Informasjonen bør gis for å øke barnets kunnskap om forelderens lidelse, for at det lettere skal kunne forstå symptomer og situasjonen. Informasjon vil kunne gjøre at barnet føler seg tryggere og unngår skyldfølelse, noe som er vanlige følelser blant barn som pårørende. Det vil også bidra til at barnet lettere snakker med andre om temaet.

For å danne et menneske-til-menneske-forhold med barnet ser det ut til å være hensiktsmessig dersom barneansvarlig sykepleier først har et møte sammen med barnet og en person det har tillitt til for å danne et førsteinntrykk. Deretter å danne et kontaktforhold for å kartlegge barnets individuelle behov. Barneansvarlig sykepleier bør deretter vise empati for å danne nærhet og kontakt og tillitt ved å vise sin interesse. Dette kan gjøres ved å være en aktiv lytter og å vise åpenhet og undring, og sympati ved å vise sin støtte og engasjement (Eide & Eide, 2007). God kommunikasjon med barn krever kvalifikasjoner som varme, respekt, ydmykhet, høflighet og finforståelse (Moen, 2012).

Dersom barneansvarlig sykepleier benytter disse strategiene for å danne et tillitsfullt forhold til barnet vil de kunne etablere gjensidig forståelse kontakt. Barneansvarlig sykepleier kan da bli en viktig støttespiller for barn som har forelder innlagt i psykiatrisk døgnerhet, og kan dermed bidra til at barnet føler seg ivaretatt.

LITTERATURLISTE

- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap (Vol. 1)*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Borge, A., I., H. (2010). *Resiliens - Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Bøckmann, K. og A. Kjellevoid. (2010) *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Kap. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Diakonhjemmet Sykehus (Udatert) *Velkommen til voksenpsykiatrisk avdeling vindern*. Hentet fra: <http://online.anyflip.com/tcbr/edei/mobile/index.html#p=1>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- FN-sambandet (1989) *Barnekonvensjonen- barns rettigheter*. Hentet fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen-barns-rettigheter>
- Folkehelseinstituttet (2015) *Barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol*. Hentet 10/1/2017 fra <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/nyheter/barn-med-foreldre-som-har-psykiske/>
- Folkehelseinstituttet (2015) *Psykiske plager og lidelser hos voksne- hvordan forstår tallene for forekomst*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Grønseth, R., Markestad, T. (2016) *Pediatric og pediatrik sykepleie* 3. Utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Halvorsen, M. (1999) Samtykke til forskning på barn- hva skal til for at det er gyldig?. I R. Bugge (Red.) *Etikk og forskning med barn. (S. 39-49)* Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer
- Hauge, T. (1999) Etikk og forskning med barn. I R. Bugge (Red.) *Etikk og forskning med barn. (S. 30-38)* Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer
- Haukø, B.H, Stamnes, J.H. (2009) Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien.no*, 97(11)(32-35) Doi: 10.4220/sykepleiens.2009.0084.
- Helsedirektoratet (2010) *Barn som pårørende* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>

- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Kristoffersen, N. (2014) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug, (red) (s.207-280) (2.utg.) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Larsen, B. H., Nortvedt, M.W. (2011) *Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft* 6(1)(70-77) Doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0068
- Maja-tegning (2015) Hentet fra:
<https://barnsbesteblogg.com/2015/05/04/10-onsker-fra-et-parorende-barn-i-mote-med-helsepersonell/>
- Moen, G. L. (2012) *Barns møte med psykisk lidelse- en datters historie.*(2. Utg) Oslo: Cappellen Damm
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., Jackson, D. (2015) *Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust* Doi: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2014.971385>
- Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Hentet fra
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M. ... Weimand, B. (2015) Barn som pårørende- resultater fra en multisenterstudien. *Helsedirektoratet.* (IS-0522), 1-204. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2009). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier.* Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn : om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien.* Bergen: Fagbokforlag
- Svalheim, A.K., Steffenak, A.K.M. (2016) *Barneansvarliges rolle, knytt til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser- en fenomenografisk studie* Hentet fra:
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3771/3678>
- Sølvberg, H., A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende – Samtalegruppen som frigjørende redskap.* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode.* (4. Utg.) Bergen: Fagbokforlaget

Winterberg, G., Korum, J., Vold, H., Wilberg, T. (2014) *Barn som pårørende: En undersøkelse i Sykehuset Innlandet* Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/226185>