

”De usynlige barna”

På hvilken måte kan sykepleiere vise omsorg til barn som besøker mor eller far på psykiatrisk institusjon.



Bacheloroppgave 13.03.2008.

Kull 2005.

Kandidatnummer : 822 og 830.

Høgskulen Stord /Haugesund avd. Stord.

Veileder: Sylvi Haavik.

Antall ord: 8608

DOROTHY LAW NOLTHE OM BARN:

*Når et barn blir møtt med kritikk,
lærer det seg å fordømme.*

*Når et barn blir møtt med fiendtlighet,
lærer det seg å slåss.*

*Når et barn blir møtt med latterliggjøring,
lærer det å gjemme seg bort.*

*Når et barn blir skammet ut,
lærer det seg å føle skyld.*

*Når et barn blir møtt med toleranse,
lærer det seg tålmodighet.*

*Når et barn blir møtt med oppmuntring,
lærer det seg tillit.*

*Når et barn blir møtt med ros,
lærer det seg å påskjønne.*

*Når et barn blir møtt med rettferdighet,
lærer det seg å vurdere.*

*Når et barn blir møtt med trygghet,
lærer det seg tiltro.*

*Når et barn møter påskjønnelse,
lærer det å holde av seg selv.*

*Når et barn møter aksept og vennskap,
lærer det seg å finne kjærlighet i verden.*

Dorothy Law Nolthe.

Sammendrag.

Oppgaven har fokus på barn som har psykisk syke foreldre som er innlagt på psykiatrisk institusjon. Ut fra det har vi kommet frem til følgende problem stilling:

På hvilken måte kan sykepleiere vise omsorg til barn som besøker mor eller far på psykiatrisk institusjon?

Formålet med oppgaven har vært å få kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan vise omsorg til barn av psykisk syke mennesker som er innlagt i en psykiatrisk institusjon.

Oppgaven er et litterærstudie som er bygget opp av den kvalitative metode.

Vi har brukt Kari Killen og Kari Martinsen sin teori.

Vi har valgt å ta med en historie fra virkeligheten som psykiatrisk sykepleier Torild S.

Sommerseth forteller. Personen som forteller har vi gitt et fiktivt navn: "Maren".

Oppgaven har en teoridel og en drøftingsdel. I den teoretiske delen presenteres en aktuell teori som omhandler omsorg, krise og mestring, kommunikasjon og samtale. Denne teorien blir i den andre delen drøftet opp mot problemstillingen.

Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

Innholdsliste:

1.0 Innledningsdel:

1.1 Innledning	5
1.2 Avgrensning av problemstilling:.....	6
1.3 Formål med oppgaven.....	6

2.0 Metode:

2.1 Hva er metode.....	7
2.2 Begrunnelse for valg av metode.....	7
2.3 Framgangsmåte.....	8
2.4 Metode og Kildekritikk.....	8

3.0 Teori del

3.1. Omsorg i et barneperspektiv.....	9
3.1.1. Kari Killen.....	9
3.1.2. Sykepleie og omsorgsteori.....	11
3.2. Sykepleieprosessen og de yrkesetiske retningslinjer.....	13
3.3. Lovverk.....	14
3.4. "Marens" fortelling.....	15
3.5. Krise.....	16
3.6. Mestring.....	17
3.6.1 Resilience og resilience grupper.....	18
3.7. Kommunikasjon og samtale.....	18
3.7.1 Kommunikasjon.....	18
3.7.2 Kommunikasjon og kontaktetablering med barn.....	19
3.7.3 Familieterapi.....	20

4.0 Resultat / funn.....

5.0 Drøftingsdel.....

5.1 Hvordan kan vi som sykepleiere møte barna.....	23
5.2 Hvordan kan institusjonen tilrettelegge for møtet med barna.....	28

6.0 Refleksjoner.....

7.0 konklusjon.....

8.0 Litteraturliste.....

1.0. Innledningsdel:

1.1 Innledning:

Trolig lever ca 100 000 barn i en familie med psykisk sykdom. Noen kan få god omsorg under disse vilkårene, men mange forteller som voksne om en barndom som gikk ”tapt” på grunn av store praktiske byrder, uforutsigbarhet, forvirring, redsel, nedstemthet, skam, skyld, frykt og skuffelser uten at noen rundt dem oppdaget deres problem og behov (Dahl 1998). De blir ofte kalt de ”usynlige barna”, da de ikke blir fanget opp av noen hjelpeinstanser. Når mor eller far er innlagt i psykiatrisk institusjon viser sykepleier omsorg til pasienten, men i de senere år har fokuset blitt mer rettet mot relasjonene til hele familien. Sykepleier har en viktig rolle med hensyn til å snakke med mor og far, men også å fange opp barnas behov og problemer.

På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

På hvilken måte kan sykepleiere vise omsorg til barn som besøker mor eller far på psykiatrisk institusjon?

:

1.2 Avgrensning av problemstilling:

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til å gjelde barn som kommer på besøk til mor eller far som er innlagt på psykiatrisk institusjon. Som sykepleier vil vi gi barna omsorg og ”møte de der de er” i sin situasjon, og skape tillit i relasjonen, noe som er grunnleggende for å få til samhandling og kommunikasjon med barna. Som sykepleiere må vi også se problemstillingen i et tverrfaglig samarbeid med skole/helsesøster, fastlege og sosionom. På grunn av ordrammen i oppgaven, kommer vi ikke nærmere inn på det tverrfaglige samarbeidet.

1.3 Formål med oppgaven:

Formålet med oppgaven er å finne ut og få en forståelse for hvordan vi som sykepleiere kan tilegne oss kunnskaper om hvordan barn av psykisk syke foreldre kan bli påvirket av den situasjonen de er i. Og deretter hvordan sykepleiere kan bidra med kompetanseheving og omsorgstiltak i møte med disse barna.

2.0 Metode:

2.1 Hva er metode?

”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 til arsenalet av metoder” (Dalland, 2007 s. 81)

Det deles inn i to ulike metoder innen forskning: Kvalitativ og kvantitativ.

Kvalitativ metode: Denne metoden tar sikte på å undersøke små grupper der en går i dybden for å anskaffe seg svarene på det en undersøker. En leter etter meninger og opplevelser som en må tolke og forstå for å fremme sammenhenger og helhet. Den nye kunnskapen en innhenter seg kan ikke tallfestes eller måles (Dalland, 2007).

Kvantitativ metode: Denne metoden brukes ved større undersøkelser der en går i bredden og søker få opplysninger om mange undersøkelsesgrupper og former informasjonen om til målbare grupper, som en igjen kan bruke til å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Resultatene kan la seg tallfeste og måle i form av statistikker og søylediagram (Dalland, 2007).

2.2 Begrunnelse for valg av metode:

Vi har i denne oppgaven valgt å fordype oss i hvordan vi som sykepleiere kan gi omsorg til barn av psykisk syke. Vi har jobbet utfra følgende problemstilling: *På hvilken måte kan sykepleiere vise omsorg til barn som besøker mor eller far som er innlagt på psykiatrisk institusjon.* For å få svar på problemstillingen valgte vi å bruke litteraturstudium som er en kvalitativ metode. Vi brukte pensumbøker, andre faglitteraturbøker, forskningsartikler, uformelle samtaler med psykiatrisk sykepleier, sosionom, og egne erfaringer på det området vi har valgt å skrive om. Vi valgte denne metoden da vi hadde ønske om å få mer kunnskap utfra problemstillingen

2.3 Framgongsmåte:

Vi har bygget oppgaven på kunnskap fra ulike bøker, artikler, uformelle samtaler med psykiatrisk sykepleier, sosionom og egne erfaringer. Vi har brukt BIBSYS for å finne noe av litteraturen. Søkeordene vi har brukt er: Kommunikasjon, samtalegrupper, omsorg, mestring, pårørende, barn, og resilience. Vi har kombinert disse både på norsk og engelsk. Vi har også søkt på de samme søkeordene på norart, medline, svemed, psykisk helsetjeneste og sykepleien.no.

2.4 Metode og Kildekritikk:

Ved å bruke litteraturstudie som metode vil vi fordype oss i eksisterende litteratur på område. Ulempen kan være at resultatet kan bli av noe generell karakter. Vår oppgave blir å gå gjennom litteraturen og gjennom kritisk refleksjon drøfte teorier ut fra egne vurderinger og oppfatninger. Vi ser det også som en svakhet at vi må velge å tro på det forfatteren skriver, men samtidig har vi erfart gjennom lesing av teorien at det er de samme hovedelementene som kommer igjen i det meste av litteraturen. Fordelen med denne metoden er at det gir mulighet til å være oppdatert på ny forskning.

3.0 Teori del

3.1. Omsorg i et barns perspektiv:

Vi har valgt å bruke Kari Killen sin teori som bygger på omsorgsbegrepet i et barneperspektiv og hvordan vi som helsepersonell kan møte barna og gi barna omsorg. Grunnen til det er at hun skriver om hvordan barn kan bli preget av sin psykisk syke mor eller far. Hun sier at barn av psykisk syke er i en risikogruppe, og hevder at erkjennelsen av at det kan foreligge omsorgssvikt stiller oss som faggruppe overfor store personlige og faglige utfordringer, og at det berører oss følelsemessig (Killen, 2004).

Dette gjør at vi heller ikke kommer utenom Kari Martinsen sin omsorgsteori som sier at sykepleiere må være følelsemessig engasjert for å kunne vurdere og forstå hvordan den andre har det. Omsorg er et sentralt begrep i sykepleien, det er, og må være, sykepleiens verdigrunnlag, ifølge Kari Martinsen.

3.1.1 Kari Killen:

Kari Killen sier at barn av foreldre med psykiske lidelser med rette er blitt kalt ”de usynlige”, da psykiske lidelser har vært tabubelagt ved at det ikke snakkes om, hverken hjemme eller ute. Dette tabuet er nå i ferd med å slippe taket, og håpet er at barnet skal bli sett bedre, og få hjelp på et tidlig tidspunkt av de ulike arenaer som møter barna, blant annet sykepleiere i voksenpsykiatrien (Killen, 2004).

Barn av psykisk syke foreldre er i en høyrisikogruppe for omsorgssvikt, og deres utvikling kan være i alvorlig fare. Det foreligger et stort ansvar hos helsepersonell i voksenpsykiatrien å forebygge omsorgssvikt ved å erkjenne at den tar bedre vare på pasienten ved også å ta vare på deres barn (Killen, 2000).

I følge Killen handler det om å ta ansvar for det vi ser og hører, og som sykepleiere må vi ofte gjennom en vurderingsprosess med hensyn til grunnlaget for bekymring, men også med våre egne følelser og holdninger. Killen mener vi må våge å slippe innpå oss barnets smerte, og være i stand til å leve oss inn i foreldrenes situasjon. Vi må ta en helhetsvurdering for å forstå hva som foregår, og har foregått i familien, og behandling og tiltak må rette seg mot hele familien (Killen, 2004).

Kontaktetablering med foreldrene allerede på bekymringsstadiet vil være av betydning, og ifølge Killen er ofte faggrupper som sykepleiere i voksenpsykiatrien i den posisjonen at de møter familiene på et relativt tidlig tidspunkt. Derfor vil åpenhet og samarbeid med foreldrene være sentralt, og kan være avgjørende for om familien får god nok hjelp i tide. Dette gir foreldrene mulighet til å snakke om sin situasjon, og gir mulighet for å begynne å arbeide med problemene på et tidlig tidspunkt. Kontaktforholdet må være preget av en atmosfære av imøtekommende personlig interesse, der barn og voksne kan føle seg trygge samtidig som vi må beholde en viss grad av formalitet. Dette vil være et viktig grunnlag for det videre arbeidet (Killen, 2004).

I følge Killen er det behov for samtaler med foreldrene, og familiesamtaler. Dette gir også sykepleieren mulighet til å observere samspillet mellom barn og foreldre.

Blant helsepersonell hersker det likevel en del tvil om hvordan en skal kommunisere med barn og om hva en skal snakke med barnet om (Killen,2004).

Når det gjelder barnets mestring og overlevelsestrategi sier Kari Killen at vekst og læring setter barnet i stand til å tilpasse seg miljøet, men at dersom belastningene i omgivelsene blir for store og vedvarende, hemmes barnets modning, og barna bruker mye krefter på å mestre og overleve. Mestringsbehovet til barnet kommer sterkt til syne der hvor det er åpenbar fare for omsorgssvikt. Barn av psykisk syke er kognitivt belastet, de opplever at foreldrene endrer adferd, noe som oppleves skremmende. Tabuet gjør at barna tildekker hvor dårlig det står til hjemme. Barna lever med kronisk bekymring for det uforutsigbare, de lærer seg til å tolke ansiktsuttrykk og adferd, og lever i engstelse for å bli som den syke foreldereren (Killen,2004).

3.1.2 Sykepleie og omsorgsteori.

I følge Kari Martinsen er omsorg et moralsk spørsmål, hvor moralen utspiller seg i det konkrete, i livet, i de menneskelige relasjonene. Omsorgsbegrepet er kjennetegnet ved tre fundamentale kvaliteter: Det relasjonelle, det praktiske og det moralske. Når omsorg er et **relasjonelt** begrep, menes det som omfatter et nært, åpent forhold mellom to eller flere personer, hvor gjensidighet, felleskap og solidaritet står i fokus. Det grunnleggende i de menneskelige relasjonene mener Kari Martinsen er de spontane livsytringene, barmhjertighet, åpenhet, og tillitt. Omsorg er også en **praktisk handling**, hvor praksishandlingen vurderes ut fra kvaliteten i relasjonen, og handlingene kan knyttes til dagligdagse gjøremål. Den **moralske** dimensjonen i omsorgen viser seg i måten vi er til stede på i relasjonen og måten vi utfører handlingene på (Bø, 1996).

Kari Martinsen sier at å være en god sykepleier er å våge å være opptatt av situasjonen mer enn av resultatet. Det eneste vi skylder den andre, er å ta vare på den andres livs muligheter uavhengig av resultater (Heggdal, 2004).

Videre sier hun at vi som sykepleiere må våge oss frem for å gå inn i situasjonen. Vi må gi av oss selv samtidig som vi gir tillit til at den andre vil ta oss imot. Å gi tillit er grunnleggende for å gi god omsorg. Vi må ha fokus på vår egen holdning, både på det verbale og det nonverbale. Kari Martinsen sier at et målende blikk er en angrepsholdning. Når barnet blir utsatt for et målende blikk, setter det seg i forsvar og situasjonen låser seg, man klarer ikke å oppnå en god omsorgsrelasjon (Bø, 1996).

Kari Martinsen sier at tilliten er det fundamentale, og mistillit oppstår av mangel på tillit. Møter vi tilliten med noen annen holdning enn imøtekommenhet, slår den om til mistro. Vi som sykepleiere må huske at et barn i utgangspunktet møter verden og menneskene med tillit. Den ødelegges først og fremst gjennom negative erfaringer med andre mennesker. De behøver ikke nødvendigvis være av en fiendtlig karakter, de kan liksom gjerne vise seg som likegyldighet, reservasjon og avvisning (Bø, 1996).

I følge Martinsen er omsorg etikk, og etikken og moralen viser seg i relasjonene mellom mennesker. Martinsen avviser ikke moralske regler, normer og prinsipper, men mener at dette er noe vi kan støtte oss til når vi er oppe i en krevende og vanskelig situasjon.

Estetikk og etikk handler om det samme, men kan betraktes ut fra forskjellige synsvinkler.

Det estetiske har med omsorgens uttrykks form å gjøre, hvordan omsorgen viser seg i praksis, og hvordan den oppfattes av den som omsorgen er rettet mot. Det er dette som knytter estetikken og etikken/moralen i sammen. For at sykepleier kan utøve omsorg preget av estetikk er det nødvendig både å dyktiggjøre seg i den metodiske siden av faget, og arbeide grundig med egne følelser og reaksjoner (Bø, 1996).

Sykepleierens holdninger og handlinger har betydning for at situasjonen skal bli god. Etikken og moralen til sykepleieren kommer til uttrykk via hennes væremåte og kroppsspråk. **Empati** har med mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon å gjøre. I det profesjonelle møtet må sykepleier bruke følelsene for å forstå og leve seg inn en annens situasjon. Empati blir blant annet brukt for å skildre en nødvendig fordel for å oppnå en fruktbar terapisisituasjon, og er en nøkkel til å forstå og få kunnskap om den indre verden hos pasienten. Sykepleieren må være i stand til å opprette et menneske til menneske forhold til pasienten, for å kunne forstå hvordan han oppfatter og opplever sykdommen sin, og hvilke betydninger og konsekvenser det har for hans familie. (Martinsen, 1995)

Fysisk nærhet, praktisk hjelp og en empatisk holdning, kan bidra til å gjøre en angstfylt og vanskelig tilværelse noe lettere å holde ut. Kanskje kan det også minske følelsen av mindreverd hos pasienten, alle er sårbare i en slik situasjon (Bø, 1996).

3.2. Sykepleieprosessen og de yrkesetiske retningslinjer:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse. Pasienten og familiens behov er fokus og utgangspunkt for planleggingen og utføringen av sykepleien. Sykepleieprosessen er en ordnet systematisk måte å finne frem til pasientens problem, planlegge løsningen av den, iverksette tiltak, og evaluere om tiltakene har vært effektive. Hensikten er å flytte fokus bort fra medisinske diagnoser, til fokus på pasientens reaksjon på sykdom og konsekvenser for dagliglivet. Målet med sykepleieprosessen er å finne frem til pasientenes individuelle behov og tilpasse sykepleien til den enkelte. Problemløsninger i sykepleie krever tekniske, kognitive og interpersonlige evner, og innebærer at pasienten og sykepleieren samhandler. Sykepleieprosessen er brukt som ramme for utfyllinger i pasientjournalen, og det er derfor viktig å kjenne til de ulike fasene i sykepleieprosessen (Heggdal, 2004).

Sykepleiere har lovverk og yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Retningslinjene skal hjelpe sykepleiere til å utføre gode og moralske handlinger. Verdien som ligger til grunn for de yrkesetiske retningslinjene er barmhjertelighet, omsorg, og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Yrkesetiske retningslinjer er en form for prinsippbasert etikk og pliktetikk. Disse pliktene og rettighetene kommer også igjen i gjeldende lovverk og samsvarer i stor grad (Brinchmann, 2005).

Av de yrkesetiske retningslinjene er det nr 2 ”Sykepleieren viser respekt og omsorg for pårørende” som er mest aktuell i denne oppgaven (Aakre, 2007).

3.3. Lovverk:

I følge pasientrettighetsloven § 3.3 første ledd skal pårørende ha informasjon dersom pasienten samtykker til det. I denne oppgaven må forelder gi sitt samtykke for at barna skal kunne bli informert om tilstanden og behandlingsopplegg.

I helsepersonelloven § 33 står det at uten hinder av taushetsplikten § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at barnet lider under former for omsorgssvikt i hjemmet.

3.4. "Marens" fortelling:

Thorild Helen S. Sommerseth (1) gjenforteller her en venninnes opplevelse av sin barndom. *Hver dag jeg våknet tenkte jeg på hvordan jeg skulle komme meg gjennom denne dagen. Kom pappa til å være i godt humør eller ville han bare ligge på sofaen og ikke ønske å snakke med meg. Jeg visste at det var avhengig av hans tilstand hvilken stemning mamma ville være i. Jeg følte at hele vår tilværelse var avhengig av hvordan pappa hadde det. Hadde han det bra hadde mamma det bra, og det igjen medførte at jeg kunne ha det forholdsvis bra. Selv om den engstelsen for hvor tid pappa ble dårlig igjen alltid lå der som en konstant klump i magen. Jeg husker spesielt en søndag da pappa var i godt humør og han spurte om han og jeg skulle gå en tur og så kunne han kjøpe is til meg. I de siste dagene hadde han vært kjempeglad, og han hadde pusset opp hele stuen, malt nesten hele huset utvendig, selv om det bare var i mars måned. Jeg husker han hadde blitt lett irritert på meg de siste dagene, og var derfor overlykkelig over at han ville gå tur med meg. Det som skjedde på den turen står enda for meg som det skulle vert i går. For at vi skulle komme oss til kiosken måtte vi krysse en togovergang. Da vi kom dit blinket det rødt for at det skulle komme et tog, og mens vi stod der og ventet på å komme over, la pappa seg ned på togskinnen uten forvarsel. Han ropte at han var Gud og kunne til og med overleve at et tog kjørte over han. Jeg husker at jeg så vidt klarte å dra han av togskinnen før toget kom, og den tutingen av toget er i ørene mine enda. Etterpå oppdaget pappa hva han hadde gjort, og han lå og gråt som et barn i fanget mitt. Jeg føler enda den fortvilelsen, skammen, skyldfølelsen og redselen jeg følte på da jeg satt der og trøstet han, det var jeg som måtte oppføre meg som en voksen. Det som skjedde etterpå var at pappa måtte reise bort, jeg fikk aldri vite hvor han skulle. Det at han reiste skjedde ofte i min barndom. Jeg forstod etter hvert at han ble innlagt på psykiatrisk, men det var aldri noen som fortalte meg det. Jeg husker at jeg var redd for at han var død, hadde flyttet eller at det var min skyld at han reiste bort. I tilfellet på togskinnen tenkte jeg at dette ikke hadde skjedd dersom han ikke måtte gå tur med meg. Når jeg tenker tilbake på da jeg var liten føler jeg at jeg aldri fikk været et barn slik nabobarna var det, med lek og moro.*

Slike konsekvenser er det trolig for mange barn som vokser opp med foreldre som er psykisk syke. Denne sanne historien er med og bygger under på de konsekvenser barna får, slik forskning viser.

(1) Thorild Helen S. Sommerseth, psykiatrisk sykepleier . Samtale 20.02.08.

3.5. Krise.

Krise er en indre tilstand som kan utløses ved trussel om tap, reelle tap av stor verdi for den som rammes, eller av utfordringer med hensyn til vekst, mestring og overlevelse. Kriser karakteriseres ved at den indre likevekten bryter sammen.

(Killen, 2004, s.213)

I følge Killen opplever alle kriser. Hun sier at det er noe som hører livet til. Hun sier videre at vi har fått en stadig større forståelse av hvilken betydning kriser har for oss. Det innebærer at man bedre kan forstå samspillet mellom foreldre og barn når omsorgen er god nok, når den er truet, og når vi står overfor omsorgsvikt.

Kriseforløp er en betegnelse Killen bruker for å betegne et forløp som innledes med en faretruende hendelse som medfører en sårbar tilstand. Den indre likevekten trenger ikke bryte sammen med en gang eller senere, men den trues. Et slikt forløp kan løses ved integrasjon, med det menes at den angst og konfliktfylte opplevelsen bearbeides og etter hvert integreres i barnets personlighet (Killen, 2004).

Som sykepleiere må vi være bevisst på det at å få mor eller far innlagt på institusjon er en krise for barnet. Vi må bruke vårt kliniske blikk for å observere barnets tilstand og symptomer, i et slikt samspill kommer Kari Martinsen sin omsorgsteori i fokus. Hun sier at i en helhetlig omsorg må vi som sykepleiere tenke på både det relasjonelle, praktiske, og det moralske.

3.6 Mestring

Det er enda ulike moment i mestringsprosessen som ikke er kjent eller forstått, men Sommerchild har laget en modell som kan være med å skape en forståelse og sammenheng. Den modellen har som hovedpunkt, tilhørighet og kompetanse. Videre sier den noe om dyaden, altså tilhørigheten, det å ha minst en fortrolig er en stor ressurs for mennesker, det å vite at noen bryr seg om en kan være nok for en harmonisk vekst av barnets indre liv. Videre sier Sommerchild noe om familien, og ord som er beskrevet i den sammenheng er forutsigbarhet, bekreftelse og tilhørighet. Dette er element som er med å bygge opp motstandskraften gjennom den tryggheten familien kan gi. Noe som igjen kan føre til at barnet får følelse av å være til nytte, å få og ta ansvar. Det er ikke bare familie som kan bidra til disse forutsetningene, også andre voksne stabile mennesker. Nettverket er og en viktig del i mestringens vilkår. Det med felleskap i verdier og sosial støtte er med til å kunne få utfolde sin nestekjærlighet og møte/ mestre motgang. Har barnet disse elementene rundt seg er det med å skape et godt egenverd som igjen hjelper barnet til å opprette motstandskraft (Gjærum m/ fl. 2003).

Det er minst to hovedtyper av mestringsstrategier overfor stress, det er den aktiviserende og den emosjonelle. Den aktiviserende strategien går ut på å finne ulike strategier som er å prøve å gjøre noe med situasjonen for å gjenopprette balanse i systemet. Den emosjonelle mestringen derimot går ut på at personen prøver mange ulike måter å tilpasse seg sin situasjon i stedet for å endre situasjonen (Waaktaar og Christie, 2004).

Egostøttende metoder beskrives som en pedagogisk påvirkning av personligheten, som har til mål å hjelpe til med å mestre sin tilværelse på en bedre måte. De har fokus på å forsterke og utvikle de Jeg- ressursene barnet har, ved å styrke de delene av personligheten som svikter, og som gjør det vanskelig for individet å leve selvstendig, velge å handle (Bø, 1996).

3.6.1 Resilience :

Ordet resilience er tatt fra fysikkfaget og betyr et objekts evne til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært strukket eller bøyd. Overfører vi betydningen til barn, menes det at barn som har vært utsatt for en eller annen form for stor belastning i livet sitt, likevel synes å komme tilbake til utgangspunktet uten varige men. Det er til og med noen av disse menneskene som har vokst på, eller blitt styrket av det de har vært gjennom. Resiliensen hos barn kan stimuleres ved fokus på økt forståelse av sykdom i familien, at barn har nære relasjoner til mennesker utenom familien, og at barn deltar i aktiviteter utenom hjemmet. (Waaktar og Christie, 2004). Resiliencegruppe er et tiltak for belastede barn og ungdom som ikke har klart på egenhånd å gjøre seg nytte av resiliencefaktorene mestring, kreativitet, fellesskap og kontinuitet.

3.7. Kommunikasjon og samtale:

3.7.1 Kommunikasjon:

Det er av stor betydning at sykepleier er bevisst på hvordan hun kommuniserer, både verbalt og nonverbalt, med pasienten og de pårørende. For å oppnå tillitt og troverdighet til det som bli sagt må det være en kongruens (samsvar) i det verbale og nonverbale (Eide og Eide, 2002).

3.7.2. Kommunikasjon og Kontaktetablering med barn

Kari Killen har utarbeidet noen sentrale prinsipper i kontaktetablering med barn. Hvor vi må møte barnet der det følelsemessig befinner seg, og skape tillit hos barnet ved å ikke gå for fort frem. Dette fordi barnet ofte har en mistillit til de voksne på grunn av erfaringer det har opplevd i forhold til den syke forelderen. Barnet må videre få mulighet til å gjøre en vurdering av oss som helsepersonell, for å finne ut hvem vi er og hvorfor vi er der for barnet, da vi ofte oppleves som en trussel for barnet. Å ta vare på foreldrene er av betydning for barnet, da barnet har lojalitet overfor foreldrene. Til slutt sier Killen at vi må hjelpe barnet til å formidle seg. Barnet skal ikke utspørres, det uttrykker seg bedre gjennom lek og tegning (Killen, 2004).

Kari Killen har videre utarbeidet noen metoder i hvordan vi kan arbeide i kontaktetableringen. Direkte formidling av forståelse av barnets opplevelse forutsetter at vi konsentrerer oss og lever oss inn i de følelsene barnet strever med. I følge Killen identifiserer barnet seg lett med skikkelser i eventyr og historiefortellinger, og at dette kan være hensiktsmessig for å få kontakt med barnet. Barn uttrykker seg ofte lettere gjennom tegning og lek, og det barnet kommuniserer gjennom lek og tegning kan ha større pålitelighet enn det de sier med ord. Barnet har ofte en dukke eller en teddybjørn å snakke med, og gjennom disse kan en demonstrere ulike roller og adferd.

3.7.3 Familieterapi:

I følge Killen (2004) er det behov for familiesamtaler. Dette gir gode muligheter for å observere samspillet mellom forelder og barn.

Den pedagogiske funksjonen til sykepleier innebærer å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. Dette innebærer ulike vurderinger og valg, og må sees i sammenheng med hvem målpersonene er, hva som skal utvikles, læres eller mestres. Er målpersonen et barn er det mest hensiktsmessig å ha en samtale på barnets premisser, med en kombinasjon av undervisning og veiledning. Tveiten har utarbeidet en undervisningsprosess som er til hjelp for å planlegge undervisningen. Der legges det vekt på hva situasjonen er og hvem målgruppen er. Hva som er den konkrete hensikten, og hva innholdet skal være. Hva som kan påvirke personen eller situasjonen, og hva som kan fremme eller hemme læring. Tidsaspektet og hvor undervisningen skal finne sted må det tas stilling til (Tveitan, 2005).

Barn med psykisk syk forelder lever med usikkerhet, angst, bekymring og frustrasjon. De har behov for noen å snakke med for å få hjelp til å forstå, bearbeide og håndtere situasjonen. Barn trenger informasjon og undervisning for å få kunnskaper om hva psykisk lidelse er, og hvordan lidelsen virker inn på den syke forelderens oppførsel, og måter å reagere på. Samtidig åpner det for en åpenhet innen familien, og kan bidra til at tabuet blir brutt (Blinkenberg, 2003). Dette krever planlegging fra sykepleierens side, hvor hun må sette seg inn i situasjonen og temaet. Hun må på forhånd ha planlagt hvor undervisningen skal finne sted og hvordan den skal foregå (Tveitan, 2005).

Å veilede menes å lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysninger, anwise, forklare og orientere. Sykepleier skal veilede med utgangspunkt i den enkeltes ressurser og legge til rette for oppdagelse og læring hos den enkelte som er i fokus. Et viktig poeng er å møte barnet der det er, og finne ut hva det er opptatt av. Meningen er å oppnå tillitt og ut fra dette skape et grunnlag for veiledning. Sykepleiers holdninger og handlinger må være troverdige fra første øyeblikk. Holdningen må være preget av at jeg er her for å hjelpe deg - du er i gode hender, noe som viser seg gjennom kroppen, ansiktet, og ordene som blir brukt (Tveitan, 2005).

Det er av betydning at vi tar imot barna og familien på den rette måten, og i de rette omgivelsene. Dette da det kan være skremmende for barna å komme inn på en psykiatrisk avdeling, og de kan ha laget seg et bilde av hva dette innebærer (Glistrup, 2004).

Det er mye som kan påvirke personen eller situasjonen under samtalen, både på det fysiske og psykiske plan. Pasienten og barna kan være preget av angst, noe som vil være av betydning for hvor mottagelige de er for informasjon. Fysiske forhold som sult og tørste kan påvirke situasjonen. Derfor er det viktig å legge til rette for at læringsmiljøet er best mulig. Det kan være at det er ro i situasjonen, at grunnleggende behov er tilfredstilt, og at det er satt av nok tid for samtalen. Sykepleier må være bevisst på å bruke ord som er forståelige for hele familien (Tveitan, 2005).

4.0. Resultat / funn

Artikler:

Med mor eller far på psykiatrisk avdeling er en artikkel skrevet av Gunn Henny Dahl (1998) som viser at foreldre med psykiske lidelser kan ha problemer med å gi, fremfor å ta imot, de kan ha liten evne til oppmerksomhet overfor andre menneskers behov, liten evne til empati, mindre evne til å knytte nære bånd til barna på grunn av egne barnslige behov. Trolig lever ca 100 000 barn i en familie med psykisk sykdom. Noen kan få god omsorg under disse vilkårene, men mange forteller som voksne om en barndom som gikk ”tapt”, på grunn av store praktiske byrder (parentifisering), uforutsigbarhet, forvirring, redsel, nedstemthet, skam, skyld, frykt og skuffelser, uten at noen rundt dem oppdaget deres problemer og behov.

”De usynlige barna” er en artikkel skrevet av Tormod Rimehaug (2006), der det kommer frem at barn til psykisk syke ofte blir kalt de ”usynlige barna” nettopp på grunn av at de ofte blir oversett av hjelpeinstansene. I vurderingen av forskningsartikkelen kom det frem at det er behov for å utvikle og ta i bruk mer systematiske rutiner for å fange opp barna, både med tanke på forebyggingspotensialet og andre individuelle tiltaksbehov.

Artikkelen ”Og barna har det bare bra?” skrevet av Sissel Knibe, Anne Aashamar og Marian van der Mejde (2006), viser at det er svært viktig med kartleggingsarbeid. Den sier at det er et forbedringspotensial når det gjelder kartlegging av barna til psykisk syke. Dårlig kartlegging kan være årsak til at barna ikke blir involvert. Videre sier den at sykepleierne brukte de samme forsvarsmekanismene som foreldrene til å forsvare seg mot smerten i familiens situasjon: benekting, bagatellisering, tilbaketrekking og flukt. De hadde også lett for å overidentifisere seg med foreldrene.

Artikkelen ”Barnetimen for det vanskelige”, skrevet av Britt Helen Haukø (2006), beskriver viktigheten av informasjon til barna, og at dersom vi ikke tar barna på alvor og informerer dem om foreldrenes sykdom, så fratar vi dem muligheten til å bli sett og hørt.

”Den gode intensjonen”, er skrevet av Kirsten Jæger Fjetland (2000), hun sier noe om hvordan holdningene våre og vår evne til empati spiller en viktig rolle dersom vi skal lykkes i å gjøre endringer i forhold til barn som pårørende.

5.0 Drøftingsdel:

På hvilken måte kan sykepleiere vise omsorg til barn som besøker mor eller far på psykiatrisk institusjon?

Vi har valgt å drøfte hvordan vi som sykepleiere kan møte barn som har mor eller far innlagt på voksenpsykiatrisk institusjon når de kommer på besøk, og hvordan institusjonen kan tilrettelegge for at vi kan møte barna.

5.1. Hvordan kan vi som sykepleier møte barna?

Sykepleier, kommunikasjon og etikk

I følge Kari Martinsen er omsorg etikk, og etikken og moralen viser seg i relasjonene mellom mennesker. Martinsen avviser ikke moralske regler, normer og prinsipper, derimot mener hun at dette er noe vi kan støtte oss til når vi er oppe i en krevende og vanskelig situasjon. Samtidig har sykepleiere yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til hvor det står at sykepleier skal vise respekt og omsorg for pårørende (Bø, 1996). Barna er pårørende på lik linje med andre, og som sykepleier skal vi yte omsorg på lik linje som andre pårørende. Dette betyr at vi må vise barmhjertighet, respekt og omsorg til barna.

Innenfor omsorgens moralske side er tillit det mest grunnleggende i følge Kari Martinsen (Bø, 1996). Tillitten må være til stede for å kunne oppnå konstruktiv kommunikasjon og samhandling med barna. For å oppnå dialog med barna må vi først bli tillitten verdig, og som sykepleier må vi våge å involvere oss i barna, i håp om at barnet vil ta imot oss. Som sykepleiere er det viktig at vi "ser" barnet når vi møter dem, og at vi møter de "der de er". Etter uformell samtale med en sosionom som har arbeidet med barn i en slik situasjon, sier han at det viktigste i den fasen er å se og lytte til barnet. Han sier videre at barna ofte har opplevd så mye uforutsigbarhet og skuffelser at det tar lang tid å få bygget opp et tillitsforhold. Han har snakket med flere barn etter at de ble voksne og de uttaler seg om at de husker best de sykepleierne som virkelig brydde seg og viste nærhet. De forteller også at de hadde utviklet en evne til å lese kroppsspråk og uttrykk i øynene til andre mennesker på grunn av at forelderen var så uforutsigbar, de lærte seg til å oppføre seg etter "mor/fars tilstand".

Mennesket møter hverandre med en grunnleggende tillitt. Barn som vokser opp med en psykisk syk forelder kan ha brist på tillitten til voksne på grunn av mye frustrasjon, utrygghet, svik og skyldfølelse. For å bli tillitten verdig og få troverdighet, må sykepleier ha en kongruens (samsvar) mellom det verbale og nonverbale språket, da moralen til sykepleier kommer til uttrykk gjennom hennes væremåte og kroppsspråk. Vi må nærme oss barna forsiktig med et vennlig vesen og vise med hele hjertet at vi bryr oss. Dette krever tid, og vi må gå frem forsiktig og på barnas premisser.

På den andre siden viser forskning at fagfolk er redd for å involvere seg i barna til pasienten, da de er redd sine egne reaksjoner (Dahl, 1998). Det kan være ulike årsaker til at sykepleier er redd for å involvere seg. Sykepleier kan ha personlige erfaringer som gjør at hun ikke orker å involvere seg i barnas smerte, samtidig kan hun føle at hun ikke har nok kunnskaper om hvordan hun skal gå frem for å samhandle med barn. Forutsetningen for å involvere seg er å ta innover seg barnets smerte, noe som innebærer at sykepleier må ta en runde med sine egne følelser og holdninger. Dette for at innvolvingen ikke skal bli halvhjertet. Som sykepleiere har vi også lovverk å forholde oss til som sier at vi er pliktet til bry oss dersom vi er bekymret for barnets omsorgssituasjon. Ifølge helsepersonell loven § 33 er sykepleiere pliktet til å melde fra til barnevernet når det er grunn til å tro at barnet lider. Ifølge forskning (Knibe, Aashamer og Mejde, 2006) sitter en slik bekymringsmelding hos sykepleiere langt inne på grunn av redsel for å miste allianse, og pasientens tillit.

Informasjon og samtaler med barn og familien

Krise er en indre tilstand som kan utløses ved trussel om tap, reelle tap av stor verdi for den som rammes, eller av utfordringer med hensyn til vekst, mestring og overlevelse (Killen, 2004).

Det å få en forelder innlagt på psykiatrisk institusjon kan være en krise for et barn da foreldrene er av stor verdi for barna. Når mor eller far blir innlagt er det oftest usikkert hvor lenge de blir værende. Det at barna ikke får et konkret svar på når mor/far kommer hjem kan være med å skape ytterligere utrygghet. Av erfaring er det av stor betydning at vi som sykepleiere forteller barna når de er på besøk til den syke, at mor/far er trygge hos oss og at vi skal passe godt på slik at de har det bra den tiden de er hos oss, og at de kommer hjem senere. Det å betrygge barnet med at den syke har det godt og at de kommer hjem igjen, ser ut til å ha god innvirkning på barna. På den andre siden er det viktig å ikke gi falske forhåpninger, som sykepleiere må vi holde oss til fakta og kontrollere at barna har oppfattet det vi har sagt.

Av egne erfaringer ser vi at sykepleiere kan være usikre på hvordan de skal samtale med barn når de kommer på besøk til mor eller far. På den andre siden har sykepleiere pedagogiske kunnskaper fra grunnutdanningen som hun kan bruke i samtalene (Tveitan, 2005).

Mange barn er involvert i forelderens sykdom på en måte som skaper følelser som skyld og skam. Det kommer også frem der "Maren" forteller om den fortvilelsen, skammen, skyldfølelsen og redselen hun følte da hun satt ved togskinne og trøstet sin far.

Ifølge lovverket må sykepleier ha samtykke fra forelder for å informere barna. Den første samtalen kan være gunstig å ta sammen med hele familien, så sant den syke forelder er i stand til dette, noe som også kan føre til åpenhet innad i familien og en bryter tabuet.

Barn trenger informasjon om hva psykisk lidelse er og hvordan den virker inn på den syke forelderens oppførsel (Tveitan, 2005). I følge forskning (Haukø, 2006) er det av stor betydning at barna får undervisning og informasjon om de ulike sider av psykisk sykdom, da barnet observerer foreldrenes humørsvingninger, merkelige utsagn og adferd. Dette oppleves skremmende og helt uforståelig for barn, men ved å få kunnskaper om sykdommen kan barnet bedre forstå familiesituasjonen og den sykes uforutsigbarhet. Det kan også bidra til at barnet kan fortelle hvordan han opplever situasjonen, noe som kan medføre at barnet føler mindre

parentifisering (Dahl, 1998). ”Maren” forteller at hun som barn savnet informasjon, hun visste aldri hvorfor faren var, hvorfor han var slik eller hvorfor han måtte reise bort i perioder. Det er nærliggende å tro at god informasjon kunne hjulpet henne til å forstå situasjonen bedre. ”Maren” forteller også at hun måtte dra faren av togskinnen, han lå og gråt som et lite barn i hennes fang. Ved bedre forståelse for farens situasjon kunne kanskje ”Maren” unngått den parentifisering hun opplevde.

Av egen erfaring har vi sett at barna tar på seg en slags maske der de sier og gjør det de tror blir forventet, det fordi de er lojale overfor foreldrene. Denne masken kan være vanskelig å komme gjennom. Kan det være en slags mestringsstrategi å ha en slik maske? Kan det tenkes at det er en slags virkelighetsflukt for barnet? At bak masken kan barnet ha sin egen ”verden” der ting er trygt og godt? Uansett har barnet krav på å bli møtt med respekt og likeverd. Det er av betydning at sykepleier fremstår som en person med ekte følelser hvis hun skal kunne ha en følsom kommunikasjon med barnet

Det finnes to hovedtyper av mestringsstrategier overfor stress, det er den aktiviserende og den emosjonelle (Waktaar og Christie, 2004). Av egen erfaring bruker oftest guttene den aktiviserende, de prøver å finne aktiviteter som for eksempel fotball og lignende der de kan få bruke masse energi slik at de slipper å tenke for mye på det som er vanskelig. De som ikke klarer det kan få en aggressiv og utagerende holdning. Guttene gir uttrykk for at de ikke skal gråte, ingen store gutter gråter. Jentene derimot prøver å finne metoder for å takle sine følelser og tanker. De isolerer seg lettere og føler oftere skyld og skam. ”Maren” forteller om engstelsen hun hadde for at faren skulle bli dårlig, og den konstante klumpen hun hadde i magen. Slik reaksjon ser vi ofte hos jenter. Som sykepleiere må vi se hvert enkelt barn og hjelpe det ut fra deres ståsted. Kari Martinsen snakker om den moralske handlingen vi utfører i omsorgen. For å utføre det på en hensiktsmessig måte er det viktig at vi har kunnskap om de ulike reaksjonsmønstrene barna kan ha, og å kunne se ressursene hos den enkelte.

Barn av psykisk syke foreldre er i en høyrisikogruppe for omsorgsvikt, og deres utvikling kan være i alvorlig fare (Killen, 2000). Forskning viser at parentifisering (Dahl, 1998) er den vanligste negative konsekvensen for barna. Av egen erfaring er det mange barn med psykisk syk forelder som overtar ansvar og oppgaver for foreldrene både med tanke på omsorg og praktisk arbeid i familien. De føler skam og skyld for at mor eller far er syk.

På den andre siden skal vi ikke glemme at det faktisk er en del barn som klarer seg bra tross en vanskelig barndom. I denne sammenheng snakker man om resiliens. Som tidligere nevnt (Waaktar og Christie, 2004) er det mennesker som har vært gjennom store vanskeligheter og likevel klarer seg bra, noen kommer også styrket ut av det. Man kan stille seg spørsmålet hvorfor klarer noen seg bedre enn andre? Det er nærliggende å tro at det kan være flere faktorer. Kan det være medfødt at noen barn klarer seg bedre enn andre? Personligheten til barn er varierende, noen er mer positive og blide enn andre, mens noen barn har mer vilje og stahet i seg enn de mer usikre og redde barna. Kan dette være faktorer som kan ha innvirkning på barnas reaksjonsmønster når mor eller far er psykisk syk?

Mestringsmodellen, basert på tilhørighet og kompetanse, viser at bare å ha en nær tilknytting til et annet menneske er en stor ressurs. På den andre siden beskriver modellen viktigheten av familie der det skapes forutsigbarhet, bekreftelse og tilhørighet, det er ofte element som mangler hos de som har en psykisk syk forelder. Der råder ofte uforutsigbarhet, ignorering og forvirring. Noe som også kommer frem der "Maren" sier at faren i de siste dagene hadde vært så glad. Han hadde malt huset og pusset opp stuen, samtidig som han lett ble irritert på henne. Det fortelles om barn med psykisk syk forelder som vokser opp med store praktiske byrder, uforutsigbarhet, forvirring, redsel, nedstemthet, skam, skyld, frykt og skuffelser. Når barnet ikke får nærhet og tilknytting klarer det heller ikke å opparbeide seg en bra egenverdi, noe som er med å opprette motstandsdyktighet i livets ulike faser. Kan det være slik at dette har blitt en mer aktuell problemstilling i dag? Før bodde man i storfamilier der flere generasjoner levde sammen, i dag har man kjernefamilien og flesteparten av naboer og familie arbeider. Kan det være at noe av den tryggheten man hadde i storfamiliene er borte?

Dersom belastningene er store og vedvarende for barnet, forsøker ”jeget” å beskytte seg fra de overveldende omgivelsene og sin kaotiske indre verden. Som sykepleiere har vi da som mål å hjelpe til med at barna kan mestre sin tilværelse på en bedre måte. De egostyrkende metodene (Bø, 1996) har som fokus å forsterke og utvikle de – Jeg ressursene- barnet har, ved å styrke de delene av personligheten som svikter, og som gjør det vanskelig for barnet å leve selvstendig,- velge å handle. På den andre siden må vi kjenne vår egen kompetanse på området, det er viktig å kartlegge hvilke ressurser barnet har og hva som bør prioriteres å bygge videre på. Kari Martinsen sier at vi som sykepleiere må ønske den andre vel, det tolker vi til at i arbeid med barn av psykisk syk forelder må alltid det å ville barnet vel, være selve bærebjelken i arbeidet. Og gjøre det vi kan for at barnet skal få det så godt som mulig.

5.2. Hvordan kan institusjonen tilrettelegge for møte med barna?

Sykepleiefaglig vurdering.

Kari Killen (2004) sier at vi i voksenpsykiatrien må våge å se, høre, og involvere oss i barna til de psykisk syke, og at vi som jobber i voksenpsykiatrien ofte er de som først kommer i kontakt med disse barna. I følge forskning er god kartlegging et viktig element (Knibe, Aashamar og Meijde, 2006). Her ligger det et forbedringspotensial når det gjelder involvering av barn, og dette er viktig for å kunne bedømme om barna til pasienten trenger hjelp. Av egne erfaringer ser vi at institusjonene har egne kartleggings skjema for å kartlegge om pasienten har barn. Dette er noe som kommer frem ved innkomstsamtalen, men hva blir gjort etter det? Forskning viser at sykepleierne savner egne prosedyrer på den videre oppfølgingen. Det hadde vært mye lettere om det var faste prosedyrer og retningslinjer på den videre oppfølgingen. På den andre siden viser en nyere forskningsstudie (Knibe, Aashamar og Meijde, 2006) at det er produktiviteten som vektlegges, og at prioriteringer og vurderinger vedrørende involvering av barn ikke er forankret i systemet.

I uformell samtale med psykiatrisk sykepleier kom det frem at hun opplevde at man registrerer om pasienten har barn, men at det derfra er svært individuelt hva som blir gjort. Det er også et dilemma mellom krav og kapasitet, og så lenge involvering av barn ikke er forankret i systemet, men hviler på de ansatte blir det ikke skikkelig kontinuitet på dette området. Hun sier videre at det er et tema som stadig blir snakket om, da sykepleierne føler seg "maktesløse". De ser problemstillingen, men får sjelden gjort noe særlig.

Gjennom sykepleieprosessen vil sykepleieren ha et redskap for pleien til pasienten, hvor en kan inkludere barna. Det første leddet i sykepleieprosessen er innsamling av data. Dette kan være vanskelig i forhold til barn da de gjerne har problem med å uttrykke seg verbalt. Men ved å gjøre dette i samarbeid med forelderen samtidig som sykepleier observerer barnet og dets kroppsspråk, kan hun hele tiden sammenligne subjektive og objektive data.

Når en har gjort datainnsamlingene må en analysere dataene for å identifisere de problemene og behovene som er tilstede hos forelderen og barna. Når disse er fastsatt vil en kunne utforme de mål som skal være for den sykepleien som utføres. Ved å utarbeide en pleieplan kan det sees på som en del av den dokumentasjonen som bli gjort med en sykehusinnleggelse. Ved å utarbeide en pleieplan vil det kunne gi kontinuitet i sykepleien som blir gitt til både pasienten og barnet.

Kari Killen (2002) har utarbeidet prinsipper og metoder i kontaktetableringen med barn. Som sykepleiere må vi være kreative i kontaktetableringen og i samtaler med barn, og vi må bruke fantasien for å finne løsninger som er tilpasset den enkelte og dens familie. Barn liker ofte å tegne og leke rollespill. Vi sykepleiere kan få mye nyttig informasjon fra barnet ved å legge til rette for slik aktivitet. Vi må og være bevisst hvordan vi stiller spørsmål, de bør være fokusert og direkte. Spør vi: "er alt bra?" vil vi sannsynligvis bare få "ja det er det" til svar. Spør vi derimot "er det noe som er vanskelig for dere i denne situasjonen?" vil trolig svaret bli annerledes. Barnet må få anledning til å snakke om følelsene sine, følelsene hos barn kan være som vondt i magen, klump i magen og lignende. Ut fra "Marens" fortelling hadde også

hun mange vonde følelser (redsel, skam, skyld osv). Trolig ville det vært til stor hjelp for henne om hun hadde hatt noen å delt tankene og følelsene med.

Vi må være klar over at det kan være skremmende for et barn å komme inn på en psykiatrisk avdeling (Glistrup, 2004). På den andre siden viser forskning at det kan være gunstig for barnet å se avdelingen og mor eller far sitt rom, dette for at de ikke skal danne seg et bilde basert på fantasien (Dahl, 1998). Dette kan være med på å hjelpe barnet til å se at mor eller far blir godt ivaretatt på institusjonen. Av erfaring ser vi her at sykepleieren må bruke sitt skjønn, og dersom det ikke finnes besøksrom må en vurdere om en kan ta med seg et barn inn i en avdeling dersom det er mange syke pasienter der, dette vil og komme i strid med sykepleierens taushetsplikt. Da må sykepleieren bruke sin kreativitet og se mulighetene for å samtale med barnet og familien i for eksempel hjemmet, eller finne et annet rom på sykehuset. Det kan være aktuelt å gå en tur, gjerne sammen med en sykepleier visst de ønsker det, eller kanskje sitte på et rom og se en film sammen. Det er viktig at familien får gjøre noe som er naturlig å gjøre sammen. Pleier de ikke å gå tur til vanlig kan det bli kunstig for de å gjøre det nå. Et annet alternativ kan være at sykepleier blir med til treningskjøkkenet der de kan bake boller og koke kakao sammen. Det er og ting de kan gjøre sammen i sin hverdag. Intensjonen til sykepleieren må være å legge til rette på en måte som kan skape gode relasjoner for familien også etter at mor eller far har kommet hjem.

Det er ikke traumene eller belastningen i seg selv som avgjør hvor mye oppfølging barnet trenger, men hvilke mestringsstrategier barnet har utviklet for å håndtere vanskene. Som et videre arbeid og i samarbeid med voksenpsykiatrien kan det utbygges resilience grupper. I dag finnes det egne resilience grupper for barn som går ut på å bygge på de ressursene barnet har. Tilbudet innebærer en mulighet til å lære noe om sitt forhold til andre og samtidig utøve og lære mer innenfor en ferdighet deltakeren er interessert i. Som sykepleiere er det viktig å kjenne til slike tilbud slik at vi kan hjelpe barna til å få være med dersom vi ser at behovet er til stede.

Resiliencegruppe er et tiltak for belastede barn og ungdom som ikke har klart på egenhånd å gjøre seg nytte av resiliencefaktorene mestring, kreativitet, fellesskap og kontinuitet. Metoden karakteriseres av 6-8 deltakere i hver gruppe, og gruppen møtes på fast sted hver gang, til faste tider og med samme deltakere og gruppeledere hver gang. Tilbudet innebærer en mulighet til å lære noe om sitt forhold til andre og samtidig utøve og lære mer innenfor en ferdighet deltakeren er interessert i. Målgruppen er barn som har vært eller er eksponert for psykososiale risikofaktorer og traumer der problemene har vart over tid, og som har utviklet dysfunksjonelle måter å håndtere problemene på, men som likevel har mestringsstrategier og ressurser (Waaktaar og Christie, 2004). Resiliencegruppene må sees som et supplement til det eksisterende behandlingstilbudet. Man kan stille spørsmål hvilke aktiviteter som er hensiktsmessig å drive i dette tilbudet. Barn liker aktivitet, og hvis det ligger til rette for at man kan være ute i naturen vil det mest sannsynlig ha god effekt. Barna kan leke og gjerne ha en "lavo" med gruve der en kan lage enkel mat sammen. Det at barna kan få kjenne på fellesskapet og få en følelse av å fungere sammen med andre barn er viktig. Av erfaring kan man få gode samtaler ute i naturen. Kanskje kan det være en løsning at barna selv kan få være med å bestemme hvordan man skal legge opp møtene? Vi sykepleiere må bruke vår kreativitet og fantasi. Det er av stor betydning at barna får utvikle de sterke og gode sidene ved seg selv, de skal få erfare at de mestrer noe og at de har evnen til å lære. Samtidig skal de forstå at det de har inni seg kan uttrykkes på mange måter, ikke bare gjennom ord men også gjennom kreative aktiviteter

6.0 Refleksjoner:

Etter å ha jobbet med denne oppgaven og satt oss inn i ulike teorier og forskning, mener vi at det er i ferd med å skje en endring innen psykisk helsearbeid. Det har vært mye forskning rundt temaet, staten har laget opptrappingsplan, og vi mener at det generelt er i ferd med å bli et mindre tabubelagt tema, og at fagfolk har sett viktigheten i dette arbeidet. Vi mener det også handler om forebygging. 40 % av de barna som vokser opp med en psykisk syk forelder får selv psykiske lidelser, og forskning viser at selv om en ikke får ”problemer” som barn, vil nesten alle få en eller annen form for reaksjon senere i livet.”Maren” klarte seg forholdsvis bra i sin barndom, men går i dag til psykiater. Hun har selvmordstanker, er i perioder depressiv og er redd for å bli avvist, videre sier hun at redselen for å få samme sykdom som faren alltid har preget henne som person.

Forbedringspotensialet ligger i å iverksette konkrete tiltak for å fange opp barna. Og at institusjonen legger til rette for å inkludere barna, noe som er en forutsetning for at vi skal kunne gå inn og gi omsorg til barna.

Ut fra den kunnskap vi har fått gjennom arbeidet med oppgaven stiller vi oss spørsmålet: Kan ting endres ved å gi mer kunnskap om temaet i vår grunnutdanning og er tiden inne for å skape tradisjoner for å fange opp barna og gi de omsorg i psykisk helsearbeid?

7.0 Konklusjon:

Ut fra oppgaven der vi ønsket å få mer kunnskap om hvordan vi kan gi omsorg til barn som kommer på besøk til mor eller far som er innlagt i psykiatrisk institusjon, har vi kommet frem til at det er en krise for barnet, og det er en vanskelig situasjon for hele familien.

Ved å lese litteratur, artikler, og gjennom samtaler, har vi kommet frem til at det er samsvar mellom de ulike forfatterne, forskningen, og det som oppleves på psykiatriske institusjoner. Vi opplever at det er slik vi hadde tanker om før vi startet å skrive oppgaven, det at man vet hvor ”skoen trykker”. Det er å iverksette konkrete tiltak det mangler på,- slik vi ser det. Vi opplever at ting er i ferd med å bli bedre og tabuet rundt psykisk helse er i ferd med å endres. Vi ønsket å skrive om dette temaet på grunn av at det er noe vi har savnet i grunnutdanningen vår. Vi har en hypotese om at hadde vi hatt mer undervisning om temaet ville vi følt oss tryggere i møte med barn av psykisk syke, og våget å gå mer inn i de ulike situasjoner.

Vi har lært underveis at nøkkelementene i denne sammenheng er informasjon, kommunikasjon, åpenhet, mestring og gode holdninger, og at dette er noe vi som sykepleiere må ha kunnskaper om for at vi skal kunne gi omsorg til barn som kommer på besøk til sin psykisk syke mor eller far.

8.0 Litteraturliste:

- Blinkenberg, Søren. (2003) *Når barn lever sammen med psykisk syge forældre*, Copyright Psykiatrifonden.
- Brinchmann Støre, Berit. (2005) *Etikk i sykepleien*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bunkholdt, Vigdis. (2003) *Psykologi*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Bø, Aud Kirsti. (1996) *Omsorgens ansikt*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Dalland, Olav. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Oslo, Gyldendal Norsk forlag AS.
- Eide, Hilde og Eide, Tom. (2005) *Kommunikasjon i relasjoner*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gjørum, B, Grøholt, B & Sommerchild, H. (2003) *Mestring som mulighet*, Universitetsforlaget.
- Glistrup, Karen. (2004) *Det barn ikke vet...har de vondt av*, København, Pedagogisk Forum.
- Heggdal, Kristin. (2004) *Sykepleiedokumentasjon*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Killen, Kari. (2000) *Barndommen varer i generasjoner*, Oslo, Kommuneforlaget AS.
- Killen, Kari. (2004) *Sveket, omsorgssvikt er alles ansvar*, Kommuneforlaget AS.
- Martinsen, Kari. (1995) *Den omtenkssomme sykepleier*, Otta, Engers Boktrykkeri A/S.
- Nylenna, Magne. (2004) *Medisinsk ordbok*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Tveitan, Sidsel. (2005) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, Bergen, Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjørke AS.
- .Waaktaar, T & Christie, J.H. (2004) *Styrk sterke sider*, Oslo, Kommuneforlaget AS.

NETTSIDER:

Aakre, M. (2007) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/Norsk%20Sykepleierforbunds%20NSFs%20Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> [lest 13.02.08]

Dahl, G.H. (1998) Med mor eller far på psykiatrisk avdeling *sykepleien*, nr 18. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=304> [lest 17.01.08]

Fjetland, J. K. (2000) den gode intensjonen, *sykepleien*, nr 21. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=543> [lest 15.02.08]

Haukø, B.H. (2006) Barnetimen for det vanskelige, *sykepleien*, nr 1. Tilgjengelig fra <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1304> [lest 16.02.08]

Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell m. v* Paragraf 33. [Internett] Tilgjengelig fra: Lovdata [lest 13.02.2008]

Knibe, S. M. Fl. (2006) Og barna har det bare bra?, *sykepleien*, nr 07. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=2051> [lest 16.02.08]

Pasientrettighetsloven (2001) *Lov om pasientrettigheter*, Paragraf 3.3 første ledd. [Internett] Tilgjengelig fra: Lovdata [lest 13.02.2008]

Rimehaug, T. M. Fl. (2006) De usynlige barna, *Tidsskrift den norske legeforening*, nr 11. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1385512 [lest 10.02.08]

