



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

|                       |   |                        |                                      |
|-----------------------|---|------------------------|--------------------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 24-02-2020 09:00                                      | <b>Termin:</b>         | 2020 VÅR                             |
| <b>Sluttdato:</b>     | 22-04-2020 14:00                                      | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave |                        |                                      |
| <b>SIS-kode:</b>      | 203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND                |                        |                                      |
| <b>Intern sensor:</b> | (Anonymisert)   |                        |                                      |

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 358

### Informasjon fra deltaker

|                          |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|
| <b>Tittel *:</b>         | Ikke usynliggjør meg - Barn som pårørende         |   |   |
| <b>Antall ord *:</b>     | 8495  |   |   |
| <b>Engelsk tittel *:</b> | Don't make me invisible - Children as next of kin |   |   |
| <b>Egenerklæring *:</b>  | Ja  | <b>Inneholder besvarelsen<br/>konfidensielt materiale?:</b> | Nei   |
|                          |   |   | <b>Jeg bekrefter at jeg har<br/>registrert oppgavetittelen<br/>på norsk og engelsk i<br/>StudentWeb og vet at<br/>denne vil stå på<br/>vitnemålet mitt *:</b> |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Ikke usynliggjør meg - Barn som pårørende

Don't make me invisible - Children as next of  
kin

**Kandidatnummer: 358**

Bachelor i Sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering: 22.04.2020 kl.14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

**Bakgrunn for valg av tema:** Barn er sårbare og trenger ekstra omsorg og omtanke når deres foreldre lider av alvorlig psykisk sykdom. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan de kan bidra til at de blir ivaretatt på best mulig måte.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten ivareta barn som pårørende til mor/far med alvorlig psykisk lidelse?»

**Hensikt:** Å få økt kunnskap i sykepleierrollen om barns behov og hvordan en ivaretar barn som pårørende som har en forelder med alvorlig psykisk lidelse. Med dette håper jeg å få en innsikt og kunnskap som jeg kan benytte i rollen som sykepleier.

**Metode:** Litteraturstudie som baserer seg på forskningsartikler, selvvalgt litteratur og pensumlitteratur.

**Funn:** Kommunikasjon og relasjon er essensielt for å kunne ivareta barn som pårørende. God relasjon og tillit er viktig for at barn skal føle seg trygge i samtale med sykepleier, barn ønsker informasjon og kunnskap som kan være forebyggende i utviklingen av psykiske lidelser hos barnet selv. Tverrprofesjonelt samarbeid er viktig. Sykepleiere får ikke definert tidsramme, og hvor mye tid de kan avsette til ivaretagelsen av barn.

**Oppsummering:** Oppgavens drøfting av litteratur og forskning viser at det ikke er nok å se pasienten, men en må se familien rundt, dette har vært et viktig utgangspunkt gjennom hele oppgaven. Familier er ulike og unike, noe som gjør at en må kunne tilpasse seg den enkelte. God relasjon og tillit til hele familien er fundamentalt for å kunne hjelpe barna. Som sykepleier må en kunne forstå familiens situasjon, og vite hva en skal gjøre for å hjelpe barn som pårørende, og ha kunnskap om hvordan en kan bidra til at foreldre kan ivareta barn. Jeg mener en burde ha et større fokus på barn som pårørende i utdanningsløpet, og ute i praksis for å forberede sykepleierstudenter med kunnskap som kan møte barnet og familiens behov. I tillegg handler det om å tilrettelegge for tid, ha klare rammer og tydeligere tverrprofesjonelt samarbeid.

**Nøkkelord:** Sykepleier, barneansvarlig, barn som pårørende, ivaretagelse av barn, foreldre med alvorlig psykisk lidelse.

## Abstract

**Background:** Children are vulnerable and need extra care and consideration when their parents suffer from severe mental illness. It is fundamental that nurses possess the required knowledge of the ways in which they can contribute towards taking care of such children in the best way possible.

**Research question:** « How can nurses in specialist health service take care of children whose mother/father have severe mental illness? »

**Aim:** Gain increased knowledge of the nurse's role in relation to caring for children whose parents have a severe mental illness. With this I hope to gain an insight and knowledge that I can use in my role as a nurse.

**Method:** Literature study based on research articles, self-selected literature and syllabus literature.

**Findings:** Communication and the ability to build strong relationships are both essential in order to care for children whose parents suffer from severe mental illness. By building strong relationships, children are more inclined to have conversations with nurses. Within such conversations, nurses can impart information and knowledge which can help to prevent the children developing mental disorders themselves.

Cross-professional collaboration is important. Nurses are not given a defined timeframe about how much time they should spend caring for the children.

**Summary:** The thesis's discussion of literature and research shows that it is not enough to only see the patient, one must see the family in its entirety. This has been an important starting point throughout the thesis. Families are different and unique, which means that one must be able to adapt to the individual. Good relationships and trust in the family are fundamental in helping the children. As a nurse one must be able to understand the family's situation, know what to do to help the young caregiver, and have knowledge of how to help the parents take care of children. I think that throughout the educational process, a greater focus should be applied to learning about how to care for the child. This way, nurses will have improved knowledge of how to meet the child and parent's needs. In addition, it is about facilitating time, clear frameworks and clearer cross professional collaboration.

**Keywords:** Nurse, child responsible personnel, young caregivers, caring for children, parents with severe mental illness.

## Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| <b>1.0 Innledning</b> .....                                  | 5  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema .....                          | 5  |
| 1.2 Problemstilling med avgrensning.....                     | 6  |
| 1.3 Hensikt.....   | 6  |
| <b>2.0 Teori</b> .....                                       | 8  |
| 2.1 Joyce Travelbees mellommenneskelige sykepleierteori..... | 8  |
| 2.2 Barn som pårørende .....                                 | 9  |
| 2.3 Alvorlig psykisk lidelse .....                           | 10 |
| 2.4 Den friske forelderen.....                               | 10 |
| 2.5 Helsetjenestens perspektiv.....                          | 10 |
| 2.5.1 Spesialisthelsetjenesten.....                          | 10 |
| 2.5.2 Lovverk.....   | 11 |
| 2.5.3 Helsepersonells rolle.....                             | 11 |
| <b>3.0 Metode</b> .....                                      | 13 |
| 3.1 Litteraturstudium som metode .....                       | 13 |
| 3.2 Kvalitativ metode.....                                   | 13 |
| 3.3 Strategiske søk .....                                    | 13 |
| 3.4 Kildekritikk & metodekritikk .....                       | 15 |
| 3.5 Forskningsetikk.....                                     | 16 |
| <b>4.0 Presentasjon av artikler</b> .....                    | 17 |
| 4.1 Martinsen, Weimand, Pedersen & Nordvoll, (2019).....     | 17 |
| 4.2 Hjelmseth & Aune, (2018). .....                          | 17 |
| 4.3 Svalheim & Steffenak, (2016). .....                      | 18 |
| 4.4 Dam & Hall, (2016).....                                  | 19 |
| <b>5.0 Drøfting</b> .....                                    | 21 |
| 5.1 Foreldrenes vegring i å informere barn .....             | 21 |
| 5.2 Bygge tillit gjennom god relasjon .....                  | 23 |
| 5.3 Informasjon og kunnskap gjennom familiesamtaler .....    | 24 |
| 5.4 Tverrprofesjonelt samarbeid .....                        | 26 |
| 5.5 Disponering av tid for å ivareta barn.....               | 28 |
| <b>6.0 Konklusjon</b> .....                                  | 30 |
| <b>7.0 Litteraturliste</b> .....                             | 31 |
| <b>Vedlegg 1: Søk</b> .....                                  | 34 |

## 1.0 Innledning

Barn er sårbare og trenger omsorg og omtanke av voksne omsorgspersoner og er avhengig av at de ivaretar deres behov i oppveksten. De skal få være barn hvor ansvar og bekymringer ikke skal være mer enn hva de kan håndtere. Dette er dog ikke alltid noe omsorgspersonene klarer i enkelte tilfeller. Hva om en av foreldrene blir alvorlig syk og ikke kan fylle omsorgsrollen som normalt? Når dette blir tilfellet oppstår som regel forandringer i familiedynamikken, og barn kan komme i en situasjon hvor de føler de må ta mer ansvar, holde familiens situasjon hemmelig, og hvor bekymring og skyldfølelse kan bli noe som gjør at de legger barndommen bak seg for å ta på seg ansvar i hjemmet. Barn blir lett usynlige for helsepersonell i en travel arbeidshverdag. Barn trenger både privat og offentlig støtte, utviklingsomsorg og oppdragelsesomsorg. De har behov for tilknytning til personer og må kunne utvikle egen identitet. Dette har usynlige barn en begrenset mulighet til, men kan kompensere for manglende synlighet fra de nærmeste, private og den offentlige omsorgen ved å bli sett, anerkjent og inkludert. Ved å føle en tilhørighet fra andre omsorgspersoner, systemer og institusjoner (Gjertsen, 2013, s.9). Helsepersonell har en viktig funksjon i dette.

Ivaretagelsen av barn som pårørende har siden 2010 vært lovfestet. Dette innebærer at en som helsepersonell har et ansvar for disse barna når deres ene eller begge foreldre har behov for helsetjenester. Helsepersonell skal avklare om pasienten har mindreårige barn eller søsken, og kartlegge barnets behov for informasjon og eventuelt oppfølging (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a.).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt tematikken barn som pårørende til mor/far med alvorlig psykisk lidelse på bakgrunn av egen mangel på kunnskap og nysgjerrighet for temaet. Under praksis i spesialisthelsetjenesten var dette noe jeg fikk lite innsikt i som student, og satt igjen med mange ubesvarte spørsmål. Det ble krysset av i journal om pasienten hadde omsorg for barn under 18 år, samt på en tavle for trygg pleie i avdelingen. Ved etterspørsel om mer informasjon fikk jeg vage svar på hvorfor en gjør dette samt hva en skal med denne informasjonen. Det må tydeliggjøres at dette ikke var avdelinger eller sengeposter som hadde ren psykiatri eller psykiske lidelser som hovedfelt. Personlig erfaring med å være barn som pårørende, spiller også en stor rolle i nysgjerrigheten for tematikken. Da jeg var 12 år

opplevde jeg at mamma ble syk og innlagt over natten uten å vite hvorfor eller hva som skjedde. Dette skulle vise seg å forandre livet mitt, fra å være et barn uten bekymringer, til å bli et barn med bekymringer og til dels mye ansvar over en periode. Ansvarer kom ikke fra de voksne jeg hadde rundt meg, men var noe jeg påla meg selv. På den tiden savnet jeg informasjon fra familie eller helsepersonell om hva som hadde skjedd og hvordan jeg kunne hjelpe.

Min antakelse om at barn som pårørende er en del av sykepleierens funksjon og kunnskap er dermed blitt noe jeg ønsker å finne svar på. Hvilken rolle har en som sykepleier når barn som pårørende er involvert under behandlingsforløpet? Hvilken kunnskap skal vi etterstrebe og ikke minst, hvordan tilnærmer en seg barn i sårbare situasjoner hvor taushetsplikt, primæromsorg, tidsbegrensninger og etiske overveielser for den syke må tas i med i beregning. Dette er et sårbart område hvor en er nødt til å ha god kunnskap for å kunne utøve god sykepleie.

## 1.2 Problemstilling med avgrensning

«Hvordan kan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten ivareta barn som pårørende til mor/far med alvorlig psykisk lidelse?»

Problemstillingen avgrenser seg til spesialisthelsetjenesten og retter seg inn mot sykehus. Oppgaven tar for seg alvorlig psykisk sykdom, som vil si diagnoser som alvorlig depresjon, bipolar lidelse og schizofreni osv. Dette er sykdommer som må behandles over tid og som ikke er enkelttilfeller. Med psykisk sykdom ser en ofte en sammenheng med rusproblematikk, hvor den psykiske lidelsen er tilstede i forkant av rusproblematikken (Gjertsen, 2013, s.82). Her vil jeg presisere at rusmisbruk ikke kommer til å være en del av oppgaven. Oppgaven kommer ikke til å avgrense spesifikk alder hos barn, men har en vid tilnærming til barn under 18 år. Å skulle ha en konkret aldersgruppe ville avgrenset oppgaven til å kun kunne ivareta denne aldersgruppen.

## 1.3 Hensikt

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap i sykepleierrollen om barns behov og hvordan en ivaretar barn som pårørende som har en forelder med alvorlig psykisk lidelse. Med dette håper jeg å få en innsikt og kunnskap som jeg kan benytte i rollen som sykepleier. Jeg ønsker

å være godt rustet i møte med barn, slik at de får den hjelpen de har behov for.



## 2.0 Teori

### 2.1 Joyce Travelbees mellommenneskelige sykepleierteori

Det teoretiske perspektivet i oppgaven vil benytte Joyce Travelbees mellommenneskelige sykepleierteori, hvor essensen blir hennes tilnærming til den syke og familien rundt. Teorien er opptatt av at en skal imøtekomme både den syke og dens familie på en måte som gjør at de føler seg ivaretatt og hørt.

Hennes måte å se pasienten som unik vil være sentral i måten en ivaretar barn som pårørende. Travelbees interaksjonsteori mente at sykepleierens oppgave var å utvikle et menneske til menneske forhold slik at en kan møte behovene til pasienten, pårørende og andre involverte og dermed oppfylle sykepleiens hensikt (Eide & Eide, 2008, s. 135). Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren skal gi pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved lidelse eller sykdom. Pasienten er i en situasjon hvor en opplever et problem eller krise hvor ulike grader av lidelse kan beskrives som forbigående ubehag, angst eller stor grad av fortvilelse og apatisk likegyldighet. I slike situasjoner er sykepleierens rolle å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten og hans familie, og dermed etablere et menneske til menneske forhold (Kristoffersen, 2017, s.26-35).

Menneske-til-menneske-forhold sett i kontekst til sykepleiesituasjoner er virkemidlet som gjør muligheten for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe en familie eller et individ med å forebygge eller mestre lidelse og sykdom og å finne mening med disse erfaringene (Travelbee, 2003, s.170-171). Et menneske til menneske forhold dreier seg altså om å etablere en god og trygg relasjon. Denne relasjonen og god, den er konstruktiv og den sykes behov blir ivaretatt (Travelbee, 2003, s.173).

Travelbee (2003, s. 259) poengterer at det ikke bare er den syke selv som trenger hjelp i å finne en mening i sykdommen. Familien kan også trenge hjelp av en profesjonell sykepleier. Det som skjer med den ene i familien, vil også ha innvirkning på de andre medlemmene som hører til familien. Hun uttrykker også at enkelte sykepleiere dessverre kan oppfatte de pårørende som nødvendige onder som må tolereres, eller som et irritasjonsmoment som plager dem med spørsmål. Videre understreker Travelbee at en sykepleier som overser familien til den syke fordi hen mener at deres jobb ikke er ansatt for å ivareta pårørende, men kun den syke er en person som narrer seg selv. Det som angår de pårørende, angår også den syke, og omvendt (Travelbee, 2003, s. 259).

Sykepleieren bør gjøre seg kjent med den sykes familie, og gjøre seg tilgjengelig i tilfeller hvor et familiemedlem har ønsker om å drøfte eventuelle sider ved sykepleien til den syke. Sykepleieren har kunnskap om hvilke tilbud som eksisterer i nærmiljøet, og kan om det er nødvendig formidle dette til de pårørende. Enkelte familiemedlemmer kan også ha vondt for å forstå hvorfor den syke har blitt syk, og kan gi uttrykk for urettferdighet. Sykepleierfunksjonen blir da svært viktig for at sykepleieren skal kunne hjelpe pårørende med å finne mening (Travelbee, 2003, s. 259).

## 2.2 Barn som pårørende

Hva mener vi med barn som pårørende? Bergem (2018, s. 18) forklarer at et barn er pårørende når en forelder eller annen nær omsorgsperson eller søsken blir syk. Begrepet barn som pårørende juridisk sett er barn under 18 år, fra og med fylt 18 år er en ut fra loven regnet som myndig og regnes ikke lengre som barn. Jus og hverdagsliv gjør dog dette begrepet noe vanskelig, da hverdagslivet ikke alltid har samme definisjon. I hverdagslivet omtales en gjerne som barn fram til en flytter ut, noe som ikke nødvendigvis tilsvarer 18 år.

Begrunnelsen for at voksne pårørende (myndige) ikke lengre regnes som barn som pårørende, er fordi det allerede er klare lovfestede rettigheter i pasientrettighetsloven (Ytterhus, 2012, s. 19). Barn som pårørende er utsatt og sårbar. Det er viktig å poengtere at de ikke er pårørende slik voksne er. Et barn skal ikke ha plikter, omsorgsoppgaver eller belastninger som er større enn det de klarer å hankses med (Gjertsen, 2013, s. 81-82).

Tidligere med god intensjon har det å skulle beskytte barn fra informasjon om foreldrenes tilstand dominert. Dette har dog vist seg at kan føre til at barn blir engstelige og redde. Barn har behov for å forstå hva som skjer innad i familien. Barn er engstelige for at forelderen skal dø eller kan være redde for at mor eller far aldri skal bli frisk igjen. De kan bære på savn etter foreldrenes tilstedeværelse og være sensitive for foreldrenes tilstand. Endringene i helsepersonelloven som ble utarbeidet i 2009 kan derfor være med på å minske engstelsen og redselen barn kan oppleve (Helgeland, 2012, s. 187). Barn har rett til å bli hørt i situasjoner som angår dem, deres synspunkter skal tillegges passende vekt i forhold til modenhet og alder (Kinge, 2012, s.29). I slike situasjoner er det viktig å ha barnets alder i mente. En skal ta hensyn til alderen med individuell tilnærming, utviklingsnivå og modenhet fordi det spiller stor rolle i den individuelle tilnærmingen til barnet (Helgeland, 2012, s. 187).

## 2.3 Alvorlig psykisk lidelse

Psykisk lidelse er en samlebetegnelse for sykdom og tilstander som påvirker tanker og følelsesaspektet. Psykiske lidelser kan ofte medføre nedsatt funksjonsevne i hverdagen og skape et ubehag som reduserer ens livskvalitet. Samlebetegnelsen er svært omfattende og dekker et vidt spekter av tilstander (Malt & Aslaksen, 2019). I kontekst til sykehusinnleggelse er det viktig å påpeke at dette dreier seg om alvorlig psykisk lidelse. Malt & Aslaksen (2019) hevder at mer alvorlige tilstander og hvor det kreves spesialisert diagnostikk, henviser en de som er syke til spesialisthelsetjenesten.

## 2.4 Den friske forelderen

I ivaretagelsen av barn må en ikke glemme at de fleste barn har en frisk forelder. Å håndtere den psykiske lidelsen til sin partner og samtidig ivareta barna kan være til dels utfordrende. De utsettes for omfattende stress og store følelsesmessige belastninger. Det vil derfor være viktig å opparbeide et godt og tillitsfullt samarbeid mellom helsepersonell og den/de pårørende for å redusere den psykiske påkjenningen de har. Pårørende som har partnere med sykdommer og lidelser over tid har økt risiko for å utvikle egen helsesvikt. (Bøckmann & Kjellehold, 2015, s.57-55.)

## 2.5 Helsetjenestens perspektiv

### 2.5.1 Spesialisthelsetjenesten

Velferdsstaten Norge skal garantere samfunnets medlemmer hjelp om de skulle oppleve helsesvikt, hvor en gjennom offentlige ordninger har organisert ulike helse- og omsorgstjenester i ulike sektorer (Christensen & Berg, 2019). Innad i spesialisthelsetjenesten skal personell ha spesialistkompetanse for å undersøke og behandle mennesker. Spesialisthelsetjenestens ansvarsområde er i korte trekk spesialistpoliklinikker og drift av sykehus, i tillegg til dette består det også av ambulansetjenester, laboratorievirksomhet og finansiering av visse privatpraktiserende lege- og psykologspesialister (Braut, 2018). Spesialisthelsetjenesten har også distriktpsikiatriske senter som består av ulike typer tilbud og tjenester. Her har de flere definerte behandlinger innen psykiske lidelser og blant annet opplæring av pasienter og pårørende (Malt, 2020).

Hvor lenge en pasient med alvorlig psykisk lidelse blir innlagt i spesialisthelsetjenesten varierer, en vet at liggetiden har blitt kortere og kortere. Om pasienten blir lagt inn på tvungen observasjon kan ikke observasjonen vare mer enn ti dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig kan fristen forlenges 10 dager etter samtykke fra kontrollkomisjonens leder (Psykisk helsevernloven, 1999).

### 2.5.2 Lovverk

I 2010 ble barn som pårørende implementert i Norsk lov. Helsepersonell ble da pliktig til å bidra i å ivareta behovet for informasjon og oppfølging som mindreårige barn som følge av barnets forelder eller søsken med blant annet psykisk sykdom (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a.). Om nødvendig skal helsepersonell blant annet ha samtale med pasienten om barnets informasjonsbehov eller oppfølgingsbehov og tilby veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor taushetspliktens rammer skal helsepersonell tilby barnet og andre som har omsorg for barnet å ta del i slike samtaler. Dersom den syke samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal den sykes nærmeste pårørende ha informasjon om hens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

I spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-7) står det at helseinstitusjoner skal ha barneansvarlig personell om nødvendig. Den eller de barneansvarlige skal ha ansvaret for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barn under 18 år som er pårørende barn eller søsken av psykisk syke.

### 2.5.3 Helsepersonells rolle

Som lovverket sier skal en tilskrive helsepersonell rollen som barneansvarlig på avdelinger hvor det er nødvendig. Barneansvarlig personell er et systemansvar som institusjoner er pålagt (Halsa & Kufås, 2012, s.205). Barneansvarlig personell skal ha god kunnskap om barn som pårørendes behov og situasjon. De bør også være rådgiver for barn som pårørende arbeidet, organisere opplæring og veiledning samt utvikle oversikt over tiltak og hjelpeinstanser. Barneansvarlige skal koordinere og fremme arbeidet i egen enhet, veilede og informere kolleger slik at de kan delta i arbeidet. Helseforetakene bør utnevne koordinatorene for barneansvarlig personell. Koordinatorene bør være overordnet organisert og rapportere til ledelsen for å kunne tilpasse ansvar og oppgaver. (Helsedirektoratet, 2018).

Barneansvarlige skal sikre at en ivaretar og overholder lovens intensjoner. Enten ved at en del av disse oppgavene utføres på egenhånd, eller ved tilretteleggelse av oppgaver og oppfølging, slik at profesjonsutøverne som arbeider nærmest pasientene, følger lovens intensjoner (Halsa & Kufås, 2012, s.205).

Barneansvarlig innebærer altså mange roller og krever en spesiell kunnskap og kompetanse.

Dette er en funksjon som ofte blir tilegnet sykepleiere, eller annet relevant helsepersonell.

Den barneansvarlige må samarbeide med pasientens behandler slik at det oppnås samtykke til kontakt med barn som er involvert. For å komme et skritt på veien til å gjøre pasientens barn synlige for den enkelte aktuelle behandler, og få lov til å etablere kontakt med barna (Sundfær, 2012, s. 18).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudium som metode

Oppgaven benytter litteraturstudium som metode. Denne metoden innebærer at en systematiserer, kritisk vurderer og sammenfatter de utvalgte skriftlige kildene om tematikken (Thidemann, 2015, s. 79-80). Materialet innhentes fra allerede eksisterende kunnskap fra lærebøker, databaser, tidsskrifter og vitenskapelige artikler (Støren, 2013, s.17). Målet med denne metoden er å samle kunnskap som eksisterer om tema som problemstillingen representerer, og kan bidra til å finne svar på hvordan en har kommet fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

### 3.2 Kvalitativ metode

Thidemann (2015, s. 78-79) beskrives kvalitativ metodetilnærming som en metode som baseres på den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen. Hensikten med denne metoden er å skaffe kunnskap om menneskelige egenskaper, som eksempelvis meninger, opplevelser, erfaringer, forventninger, holdninger, motiver og å få frem nyanser. En kan også utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, helhet og bevegelse.

Denne tilnærmingen handler om å finne meningssammenhenger, og datasamlingen foregår ved: intervju, feltarbeid, observasjon og dokumentanalyse. Dybdekunnskap er et kjennetegn, noe som vil si at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78-79).

### 3.3 Strategiske søk

I forberedelsen av litteratursøket har jeg definert inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier i forkant av søk i databasene, og har i den sammenheng også sett på innledende søkeord som kan være aktuelle og eventuelt ikke aktuelle. Innledende litteratursøkingen har som mål å gi et bilde av hva som allerede er skrevet om temaet (Dalland & Trygstad, 2017, s.153).

Søkeordene er tatt ut fra problemstillingen, og må kunne overføres til engelsk og ha samme betydning som de har på norsk. Inklusjonskriterier som er benyttet er språk jeg forstår, hvor jeg har selektert ut norsk, svensk, dansk og engelsk. Eksklusjonskriteriet som er benyttet er at jeg ikke ønsker publikasjoner som er utdaterte, hvor jeg derfor har satt grense fra 2010-2020, dette vil føre til at jeg får tilgang til oppdatert kunnskap etter at lovendringen ble satt som kan

svare på problemstillingen. Det er også viktig at jeg ikke inkluderer studier som ikke kan overføres til norske forhold, dette er da en ser store forskjeller i andre land når det kommer til ivaretagelse av barn. Jeg har derfor vært nøye med å lese gjennom studiene i forkant, for å sikre at dette kan overføres til norske forhold.

Videre i forberedelsen har jeg også sett på hvilke databaser som kan være relevant satt opp mitt tema, hvor jeg har funnet Cinahl, Svemed+ som nyttige.

Det må presiseres at i søket på relevante vitenskapelige originalartikler har vært noe utfordrende, ved bruk av de ulike databasenes emneord har det vært et altfor vidt gap på hvilke artikler som dukker opp, ofte har det vært helt uten kontekst til hva jeg har ønsket å finne. Jeg har derfor brukt lang tid på å finne de rette emneordene for hver database.

Avgrensningen på åpne emneord har gjort det mulig å selektere ut forskningsartikler som går mer i dybden på problemstillingen jeg har valgt. Ved å søke og gå gjennom en eliminering av søkeord har jeg kommet fram til disse søkeordene og emneordene: *Next of kin, mental health, children, law, health personnel, hospital, Severe mental illness, children's experiences, child of impaired parent* m.m. Disse har jeg benyttet i ulike databaser for å få en oversikt over hvor mye forskning det finnes rettet mot dette temaet.

I databasen Cinahl har jeg benyttet flere emneord (major headings) relatert til problemstillingen som for eksempel: *Hospital, Family, Children, og Mental illness*. Disse søkene har ført til stor variasjon i antall artikler og svært lite relevante artikler i kontekst til problemstillingen.

Jeg valgte derfor å benytte emneordet *Children* og kombinere dette med søkeordet *Next of kin*, dette resulterte i 57 treff. Ved bruk av inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene resulterte det deretter i 38 treff. Likevel var det en stor variasjon av artikler, mange av dem var ikke direkte knyttet til problemstillingen. I gjennomgang av artiklene fant jeg likevel en som var relevant for problemstillingen: «*The silent world of young next of kin in mental healthcare*», jeg har benyttet sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie for å kritisk vurdere studien, hvor den gikk gjennom alle kriteriene og anses som godkjent.

Jeg gjorde et nytt søk i Cinahl hvor jeg benyttet *Children's experiences, parent, severe mental illness*. Dette resulterte i åtte treff, hvor jeg derfor valgte å ikke benytte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Gjennom dette søket fant jeg en mentasyntese «*Navigating in an unpredictable daily life*». Som gikk gjennom kritisk vurdering ved å benytte sjekklister.

Svemed+ databasen har vært den mest relevante satt opp mot problemstillingen, dette fordi denne databasen tar for seg for den en stor prosentdel av norske forskningsartikler som er

publisert. I denne databasen har jeg benyttet MESH (emneord) som «*\*Child welfare*», *Child of impared parents*, *Health personnel*, *Hospital*. Når en benytter disse alene kommer det opp hundrevis av artikler. Ved et kombinert systematisk søk med bruk av «*\*Child welfare*», *Child of impared parents*, *health personnel* reduseres disse til mer relevante funn, hvor jeg totalt sett har fått fem treff. Her fant jeg flere artikler som er relevant for problemstillingen. Hvor jeg har benyttet «*Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende*» og «*Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykisk lidelse*». Gjennom kritisk vurdering, med bruk av sjekklisten for vurdering av en kvalitativ studie gikk begge gjennom alle kriteriene, og anses som godkjent.

### 3.4 Kildekritikk & metodekritikk

Dalland & Trygstad (2017, s.158) forklarer kildekritikk som både det å vurdere og karakterisere den litteraturen en benytter. En må kunne redegjøre for hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen. Hensikten med bruk av kildekritikk er at leseren skal kunne ta del i refleksjonene en har gjort seg opp om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i belysningen av problemstillingen. Ved å være kritisk i bruk av mine kilder, vil jeg kunne vurdere hvilken teori og forskningsartikler som kan benyttes opp mot problemstillingen.

I utgangspunktet ønsket jeg ikke å benytte litteratur som var mer enn ti år, for å sikre at jeg ikke implementerer utdatert kunnskap i oppgaven. Jeg har her måttet gjøre noen unntak. Grunnet Corona epidemien som foregår i Norge per dags dato, har biblioteket vært stengt, og jeg har hatt begrenset tilgang til ny revidert litteratur. Jeg har derfor måttet benytte noe sekundærlitteratur. De bøkene jeg har benyttet som er eldre, mener jeg likevel er relevante, hvor jeg har undersøkt om jeg kan finne oppdatert litteratur andre steder og benyttet den om bøkene er utdatert. Bøkene jeg har benyttet som er eldre er av Eide & Eide fra 2008, denne inneholder god kunnskap om relasjon og kommunikasjon som ikke forandrer seg i det grunnleggende over tid.

I kvalitetssikring av forskningen jeg har benyttet har jeg sett på hvordan de ulike studiene er bygget opp. Jeg har brukt IMRAD strukturen for å raskt kunne sjekke om dette er forskning. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2015, s. 31). Videre har jeg benyttet kunnskapsbasertpraxis.no sin sjekkliste for å kritisk vurdere de vitenskapelige artiklene. Gjennom sjekklister kan en enklere vurdere den metodiske kvaliteten i studiene en ønsker å benytte (Helsebiblioteket, 2016).



Når det gjelder metodekritikk har jeg valgt å benytte en metasyntese studie i oppgaven som da ikke er primærstudie, grunnen til dette er fordi den viser viktige funn jeg ønsker å ha med. Hadde jeg valgt å benytte noen av primærstudiene som refereres til i oppgaven ville jeg ikke fått med helheten.

Studien Martinsen, Weimand, Pedersen & Nordvoll fra 2019 ser på unge pårørende i alderen 14-22 år. Når en fyller 18 telles en ikke lengre som barn. Jeg har likevel valgt å ta med denne studien da en kan få mer voksne erfaringer med. Selv om de nå er over 18 har de med seg erfaringer som barn som blir relevant for å besvare problemstillingen.

### 3.5 Forskningsetikk

Forskningsetikk omhandler å vurdere forskning i kontekst til samfunnets verdier og normer. Vurderingen skal omfatte alle sider ved forskningen, fra planleggingen og valg av problemstilling til hvilke metoder en benytter, samt hvordan resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres. Ikke minst omhandler forskningsetikk å ivareta personvern og sikre at deltakerne ikke påføres skade eller unødvendige belastninger. Vinning av ny kunnskap og innsikt gjennom forskningen skal ikke skal ikke gå ut over integriteten og velferden til enkelte personer som deltar (Dalland, 2017, s. 236). For at deltakere skal kunne delta i forskning skal det foreligge samtykke til deltakelse, for at dette skal være gyldig skal det være frivillig, uttrykkelig og informert. Opplysninger skal anonymiseres hvor det ikke er mulig å knytte enkeltpersoner til opplysningene (Dalland, 2017, s. 239-240).

Mine etiske overveielser i oppgaven er å fokusere på akademisk redelighet. Dalland og Trygstad (2017, s.164) beskriver akademisk redelighet som det å gi leseren del i refleksjonene en gjør seg opp om valgt litteratur og hva de ulike kildene har bidratt med. I tillegg er studiene jeg har med som er skrevet på engelsk noe jeg selv har oversatt, dette kan ha gjort at jeg har oversett nyanser i oversettelsen. Jeg har benyttet ordbok om jeg har vært usikker på betydningen av et ord, for å sikre at jeg ikke feiltolker informasjon i oppgaven. Jeg har også vært oppmerksom på at oppgavens innhold ikke er støtende.

## 4.0 Presentasjon av artikler

### 4.1 Martinsen, Weimand, Pedersen & Nordvoll, (2019).

**Hensikt:** Hensikten var å undersøke unge pårørendes (14-22 år) trang for informasjon og involvering, i de ulike måtene pårørende håndterte situasjoner hvor tvangs relatert behandling av deres pårørende var nødvendig, og identifisere etiske dilemmaer.

**Metode:** Kvalitativ studie basert på semi-strukturerte individuelle intervjuer.

**Resultat:** Funn og resultat i studien fra ungdommens ståsted var hovedsakelig:

- Ønsket mer informasjon, uttrykket et behov for økt samhandling med sine syke pårørende på sykehuset.
- De slet med å holde forholdet til sin slektning intakt, og beskrev kommunikasjonsproblemer i familien. Tvangs behandling ble oppfattet på en negativ måte.
- Alle informantene mente de fikk lite til ingen informasjon fra helsepersonell om familiemedlemmets sykdom og diagnose, samt at de ikke visste hva som foregikk på sykehuset.

**Relevans:** Studien er relevant da den viser hvordan barna oppfatter å bli ivaretatt når mor/far er innlagt på sykehuset, noe som er nødvendig for å kunne svare på problemstillingen.

### 4.2 Hjelmseth & Aune, (2018).

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten opplever og erfarer arbeidet med barn som pårørende. Pårørende her gjelder både barn av psykisk syke eller rusmisbrukende pasienter.

**Metode:** Studien benyttet et kvalitativt forskningsdesign, gjennom dybdeintervju. Data ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Fem av informantene hadde rollen som barneansvarlig, mens resterende informanter hadde tidligere erfaring fra arbeid med barn som pårørende.

**Resultat:** Resultatene fra studien synliggjorde ulike praktiske utfordringer, og presenteres tematisk:

- Mangel på informasjon rettet mot tidsbruk.

- Foreldre som vegret seg for å søke hjelp.
- utfordringer i samhandling med andre hjelpeinstanser.
- Ansatte mangler klare rammer.

**Relevans:** Studien er relevant fordi en får svar på utfordringer helsepersonell anser i ivaretagelsen av barn som pårørende.

#### *4.3 Svalheim & Steffenak, (2016).*

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvilken oppfatning barneansvarlige har av egen rolle knyttet til barn som pårørende til foreldre med psykisk lidelse.

**Metode:** Kvalitativ – fenomenografisk studie. Utvalget i denne studien er atten personer som har vært barneansvarlige på psykiatrisk sykehus og distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Studien mener at rollen barneansvarlig som spesialisthelsetjenesten skal ha, er noe ny og at en har lite kunnskap om hvordan denne rollen fungerer.

**Resultat:** I resultatene kategoriserer de barneansvarlige 3 ulike roller som viser deres oppfatning av rollen som barneansvarlig, hvor:

- «Spydspiss»
  - Holder fokus på barn oppe i avdelingen.
- «Vaktbikkje»
  - Påser at lovpålagte oppgaver blir gjennomført.
- «Ivaretagelse av barn»
  - Opptatt av å forebygge psykisk lidelse hos barn, tilrettelegge for foreldreveiledning og samarbeide med kommunale instanser.

**Relevans:** Rollen barneansvarlig spiller en sentral rolle i spesialisthelsetjenesten knyttet opp mot ivaretagelsen av barn som pårørende, studien vil derfor være relevant for å kunne besvare hvordan en skal ivareta barn som pårørende.

#### 4.4 *Dam & Hall, (2016)*

**Hensikt:** Hensikten med metasyntesen var å fremme kunnskap om hvordan barn av foreldre med psykisk sykdom opplever sitt hverdagsliv og viser til hvordan barn kan bli «usynlige» i helsevesenets system.

**Metode:** Kvalitativ forskningssyntese. Gjennom 22 ulike rapporter som representerer 20 studier gjennomført i ti land og som kommer av fra ulike yrkesfelt som sykepleie, psykologi, sosiologi, psykiatri, familieterapi og sosialt arbeid. Studieforskningene er godt variert og innebærer både vignetter og nettmeldinger, intervju og fokusgrupper. Alle studiene som er tatt med omhandler barn hvor alderen har et spenn fra 5-26 år. Noen har varierende alder på barna, mens en av studiene hadde fokus på ungdom, hvor en fokuserer på småbarn i alderen 9-11 år.

#### **Funn:**

- Å være en ansvarlig og bekymret omsorgsperson.
  - Tok på seg ansvar.
  - Gjorde oppgaver i hjemmet.
  - Hengiven kjærlighet og bekymring.
  - Skyldfølelse.
- La skjul på sykdommen.
  - Holdt sykdommen hemmelig.
  - Følte på skam og sorg.
  - Stigma og mobbing.
- Mestring.
  - Trengte informasjon og kunnskap.
  - Ulike mestringsstrategier for å forstå sykdommen.
  - Ha ønsker og trengsel.

**Relevans:** Metasyntesen er relevant fordi den gir en innsikt i hvordan barna har det i hjemmet, og gir svar på hvor viktig det er å få informasjon og kunnskap.

#### 4.5 Oppsummering av funn

For å sortere hovedfunn i drøftingskapitlet har jeg analysert funnene i de fire valgte forskningskapitlene og sortert dem i kategorier. Samlet viser hovedfunnene at foreldrenes vegrer seg for å informere barn, en må bygge tillit gjennom relasjon, informasjon og kunnskap er viktig for barna og er viktig å gi gjennom familiesamtaler, tverrprofesjonelt samarbeid er sentralt og disponering av tid for å ivareta barn er viktig og utfordrende.

## 5.0 Drøfting

Når en skal ivareta barn som pårørende er det flere elementer som må være til stede. Disse skal jeg gjennom drøftingen ta for meg trinnvis. Hovedelementet her er at det er behov for at familien er åpen for at helsepersonell kan få bidra i ivaretakelsen av barn. Ansvar for å skape et samarbeid ligger hos den barneansvarlige og helsepersonell som har fått oppgaven på den enkelte avdelingen (Sundfær, 2012, s. 17).

### 5.1 Foreldrenes vegring i å informere barn

Den syke er medlem av en familie, det som skjer med den ene, vil også ha innvirkning på de andre i familien (Travelbee, 2003, s.259). Å informere barn i hva som skjer mener jeg etter egen erfaring er essensielt for å ivareta dem. Ved å gi dem informasjon og oppfølging kan mange bekymringer forebygges og dempe den indre uroen. Barn av foreldre med alvorlig psykisk lidelse er avhengig av et godt støtteapparat rundt seg for å kunne bearbeide og legge fra seg negative følelser rundt situasjonen. Barn trenger informasjon og kunnskap. Dam & Hall (2016) legger frem funn om hvordan barn ønsker å beskytte og respektere foreldrene sine eller at foreldrene forteller dem at sykdommen skal holdes hemmelig. På den andre siden beskriver de at barn har en trang til å snakke med fagpersoner innad i psykisk helsevern, når de mottar informasjon beskriver de det som mest nyttig. Dette hjelper dem å mestre familiens situasjon.

Det første trinnet for å skulle informere barna er gjennom behandleren og foreldrene. Sundfær (2012, s. 25) mener at å bruke tid til å lytte er essensielt for å få samtykke til familiesamtaler. Den syke i familien må selv godkjenne at informasjon blir lagt fram, da en har taushetsplikt ovenfor pasienten. Barn har ikke rett til informasjon om foreldres sykdom. Foreldrene må samtykke for at de skal få informasjon og oppfølging (Sundfær, 2012, s. 16).

Flere av artiklene viser funn med utfordringer når det kommer til å slippe barna inn i situasjonen som angår forelderen. Svalheim & Steffenak (2016) skriver at de barneansvarlige hevder at mange foreldre er bevisst om at barna kan oppleve det som vanskelig at sin omsorgsperson er innlagt på sykehus. Hvor da noen foreldre ikke ønsker at barna skal involveres. Hjelmseth og Aune (2018) beskriver samme utfordring hvor de møter hindringer fra foreldre som engster seg for å kommunisere om barna og deres egen foreldrerolle. En av grunnene kunne være at mange foreldre ikke har kunnskap om og forståelse for hvordan egen

lidelse påvirker barna. En av informantene forklarte det slik: «De tror ofte at barn ikke skjønner, eller at barna ikke vet noe om situasjonen. Men barn vet jo mer enn vi tror.» (Hjelmseth & Aune, 2018). Foreldre kan ha et ønske og en tro om at barna ikke vet om foreldrenes sykdom. De kan også ha en oppfatning om at det vil skade barnet om de får vite om det (Sundfær, 2012, s. 19).

Å oppnå en allianse med foreldrene om at barnet har behov for hjelp og oppfølging er en viktig oppgave som barneansvarlig (Sundfær, 2012, s. 19). Her blir det viktig å presisere at det som regel vil være en frisk forelder i bildet. Hvor sykepleieren bør finne en måte å samarbeide med hen på for å finne den beste måten å få mulighet til å involvere og informere barnet. Som sykepleier må en være ærlig om viktigheten av å følge opp barna, og forklare hensikten med barnesamtaler og få mulighet til å ha samtale på avdelingen (Svalheim og Steffenak, 2016). Et annet viktig poeng å poengtere for foreldrene er å informere om forebygging av psykisk lidelse som kan oppstå hos barna om de ikke blir ivaretatt. Barneansvarlige i Svalheim og Steffenak (2016) beskriver at forebyggende perspektiv i tiltakene er å sikre ivaretakelsen av barn. Informantene så sammenheng mellom å vokse opp med foreldre med psykisk sykdom, hvor en så at barna kunne være utsatt for å utvikle psykisk lidelse selv. Helsepersonell må motivere foreldre til å få forståelse av at dersom barn ikke får informasjon om sykdommen, mister barna mulighet for å få kontroll og kunnskap om sykdommen og hva de kan forvente. Samtidig skal en ikke presse eller overbevise foreldrene om at dette er nødvendig, det skal være et tilbud hvor en legger frem et budskap i tilbudet. En skal ta pasientens betenkelighet på alvor, da de kan ha gode grunner til å reservere seg. Sykepleier skal vise at en har kompetanse og gode intensjoner å skape en «ikke-hierarkisk-relasjon» som preges av samarbeid, varme og forståelse (Sundfær, 2012, s. 26).

I situasjoner hvor en ikke klarer å bygge en allianse med foreldrene til videre oppfølging av barnet, må en likevel koble inn andre instanser om en ser at det er nødvendig (Sundfær, 2012, s. 17). Dette er noe jeg vil komme tilbake til under tverrprofesjonelt samarbeid.

## 5.2 Bygge tillit gjennom god relasjon

I ivaretagelsen av barn er tillit og god relasjon essensielt. Selv om samfunnet nå snakker mer åpent om psykisk sykdom, er det ikke dermed sagt at det er noe alle ønsker å åpne seg om. Innad i familien kan sykdommen anses som en hemmelighet som skal bevares. For å kunne være åpen for å ta imot hjelp må en ha tillit og en relasjon til den som tilbyr hjelpen. Barn har behov for å føle seg trygge om de skal tørre å åpne seg opp om sine bekymringer. Travelbee hevder at menneske til menneske forhold ikke kommer «av seg selv». All kontakt mellom sykepleieren og den en har omsorg for, vil kunne være et skritt nærmere dette forholdet. Det bygges dag for dag mens sykepleieren samhandler med familie og den syke. Sykepleieren må derfor være bevisst og ha kunnskap om hva hun tenker, føler, gjør og erfarer (Travelbee, 2003, s. 171). Dette vil være essensielt for å skape grunnlaget for den gode relasjonen mellom sykepleier og barnet.

Studien til Dam & Hall (2016) legger frem at barna skjuler den mentale sykdommen fordi de oppfatter foreldrenes atferd negativt, og at de kjenner på skam og er flau. Martinsen, Weimand, Pedersen & Nordvoll (2019) viser tilsvarende funn hvor informantene rapporterte ambivalens og skyld i forbindelse med den ufrivillige sykehusinnleggelsen. En informant uttrykte at han følte skyldfølelse da faren hans ble medisinerert mot sin vilje fordi han hadde ringt legen og mast på dem om hjelp.

Gjertsen (2013, s.95) Forteller at barn i situasjoner hvor en av foreldrene er syke, kan føre til at barn blir innadvendt eller utagerende i forsøk på å mestre situasjonen. Barn kan sette opp vegger rundt seg for å beskytte seg fra å bli såret og at dette påvirker relasjonen. Som sykepleier må en ha god kunnskap og tillit om den gode relasjonen for å vite hvordan en skal tilnærme seg barnet. Dette må bygges både hos den syke og hos familien. Travelbee (2003, s. 259) hevder at en må ivareta familien som helhet, at en må gjøre seg kjent og tilgjengelig for dem. Martinsen, Weimand, Pedersen & Nordvoll (2019) legger fram hvordan noen informanter med foreldre som var tvangsinnlagt på sykehus opplevde at personalet sjeldent var tilgjengelig og at de virket fjerne. De fikk så vidt et «hei» av personalet når de kom til avdelingen. Dette skapte uro og usikkerhet knyttet til omsorgen deres syke familiemedlem fikk. På den ene siden sier seg selv at en med dette utgangspunktet ikke får mulighet til å bygge tillitt og relasjon med barna. Tillit forutsetter kontakt, og kontakt forutsetter et berøringspunkt, noe barn er opptatt av at hjelperen kan delta i (Eide & Eide, 2007, s.359).



På den andre siden er dette noe en som sykepleier bør kjenne til og ha kunnskap om. Eide & Eide (2007, s.359) legger vekt på at det å bygge tillit til et barn er som regel ikke gjort på et blunk. En må ofte prøve seg fram med forskjellige metoder. På forhånd er det ikke godt å vite hvordan en skal få barnets oppmerksomhet, og heller ikke hva det trenger av støtte og hjelp. Barns oppmerksomhet er ofte springende. De føler ofte på en usikkerhet og vil ikke uten videre åpne seg for fremmede (Eide & Eide, 2007, s.359).

Gjennom å la barnet gjøre noe som faller naturlig for dem, kan en i dialogen finne en fin måte å skape kontakt på. I dialogen er det viktig å ha i mente at det ikke kun er den verbale dialogen som teller. En må kunne la samtalen spille seg naturlig ut gjennom inntoning, aktiv lytting, samtale, nonverbal kommunikasjon og samhandling som lek og spill (Eide & Eide, 2007, s.360). Med andre ord kan en trenge ulike hjelpemidler og kommunikasjonsformer for å skape trygge rammer i dialogen med barna. Ved å gjøre dette kan en gjennom leken eller spillet snakke om andre ting barnet er opptatt av som for eksempel bekymringer (Eide & Eide, 2007, s.261). Dette er som sagt ikke gjort på et blunk, en god relasjon og tillit vil være noe som bygges over tid, noe som kan være utfordrende å få til i spesialisthelsetjenesten. Her er det derfor viktig at helsepersonell har god kompetanse og kunnskap om ivaretagelse av barn i situasjoner hvor en møter barn som pårørende.

### 5.3 Informasjon og kunnskap gjennom familiesamtaler

I ivaretagelsen av barn er informasjon og kunnskap om sykdommen kanskje noe av det viktigste for barna selv. Travelbee hevder at en skal ivareta familien på lik linje som den syke, bør en snakke med dem og lytte til dem. Sundfær (2012, s. 24) trekker fram Beardslees metode for familieintervensjon, som vektlegger å behandle familien som helhet og søke integrering av de ulike opplevelsene som hvert familiemedlem har. Her er målet å redusere følelser av angst, skyld og skam hos barna samt utvikle andre viktige relasjoner for barn utenfor hjemmet. Kunnskap gjør smertefulle følelser mindre intense, reduserer følelser av isolasjon og øker følelser av nærhet og åpenhet i familien (Dam & Hall, 2016).

Familiesamtaler med barneperspektiv kan ha en forebyggende effekt i kontekst til utvikling av psykiske lidelser hos barn av foreldre med psykisk lidelse. Familiesamtalene har en målsetting om å gi både barn og voksne informasjon om den psykiske sykdommen, hvor familien samtidig får hjelp til å snakke om sin situasjon (Helgeland, 2012, s.187-188). Barneansvarlig tilrettelegger og deltar i familiesamtaler hvor temaer relatert til barns trivsel, hverdag og

foreldrenes situasjon tas opp (Svalheim & Steffenak, 2016).

Familiesamtalene eller familieintervensjonen vil foregå i flere deler. Først vil en ha en samtale med foreldrene alene for å forberede samtalen med barna (Helgeland, 2012, s. 188). Her får barneansvarlig hjelpe foreldrene til å forstå hva som er hensikten med barnesamtaler. Hvor en prøver å kartlegge situasjonen sammen med dem, slik at de kan bli litt kjent med barnet i forkant (Svalheim og Steffenak, 2016). Her spør blant annet den barneansvarlige om hva de tror barnet har forstått av situasjonen innad i familien og den sykes sykdom og plager (Sundfær, 2012, s. 27). Deretter vil en involvere barna i en ny samtale hvor de kan være alene eller med foreldrene. Her vil de få informasjon og kunnskap om sykdommen samt få rom til å fortelle om sine opplevelser. Videre er det viktig å ha fokus på hva barna og familien føler de trenger hjelp med videre, hvor en kan tilby nettverksmøte hvor de da får mulighet til å invitere familie, naboer, skole eller barnehage for å informere å skape et sikkerhetsnett rundt barna. En kan også tilby videre henvisning til andre behandlingstiltak for voksne og barn hvor de eksempelvis kan delta i gruppesamtaler for barn med psykisk syk forelder (Helgeland, 2012, s. 188-189). I løpet av disse samtalene er det viktig at sykepleieren sjekker hva barnet og foreldrene har forstått, og roser barn når de forteller om sine opplevelser (Sundfær, 2012, s.27).

Ved å benytte familiesamtaler kan barna som sagt få uttrykke sine opplevelser rundt situasjonen hjemme. Dam & Hall (2016) beskriver hvordan barna tar på seg en rolle som omsorgsperson for den syke og for yngre søsken. Hvor de prøver å redusere familiestress ved å dele humor, hjelpe til i hjemmet og gi støtte til den syke uten å være belastende. Imidlertid ligger deres kjærlighet og omsorg i en konstant bekymring og ambivalens grunnet uforutsigbarheten til sykdommen forelderen har. Dette er noe foreldrene mest sannsynlig er klar over til en viss grad, hvor de ser at barnet tar på seg mer ansvar i hjemmet. Det kan på en måte tenkes at dette er noe den friske forelderen setter pris på da det kan være mye å skulle få gjort, som de kanskje ikke klarer å utføre på egen hånd. På den andre siden er det ikke sikkert de forstår eller klarer å sette seg inn i følelsesaspektet som barnet har. Dette vil da være noe familiesamtalen med sykepleier kan være hjelp i å få åpenhet om og som igjen bidrar i ivaretagelsen av barna. Målet er jo at barna skal kunne komme fra samtalen å være litt klokere og litt tryggere, da vet en at det har vært nyttig for dem (Sundfær, 2012, s. 25).

Svalheim & Steffenak, (2016) belyser hvordan samtaler med barna ble nevnt som et viktig tiltak i det forebyggende arbeidet. Det blir vektlagt i samtalene å skape trygghet hos barna ved å gi god informasjon knyttet til foreldrenes sykdom, unngå stigma og skam ved å

alminneliggjøre og skape åpenhet om psykiske lidelser. Gjennom samtalene får en også kartlagt barnet, og får en innsikt i hva hen kan ha behov for av hjelp og videre oppfølging. Dette er viktig. Ut fra kartleggingen kan en videre være med på å forebygge utvikling av psykiske lidelser hos barnet selv, og en får muligheten til å begynne så tidlig som mulig. Dette kan være den første kontakten barnet har med helsevesenet (Svalheim & Steffenak, 2016).

På den andre siden kan en se at dette ikke alltid blir gjort. Ser en på funn fra studien til Martinsen, Weimand, Pedersen & Nordvoll (2019) fortalte alle informantene om følelsen av å motta lite til ingen informasjon av helsepersonell på avdelingen angående familiemedlemmenes sykdom eller diagnose, og de visste lite om hva som foregikk under innleggelsen. Hvorfor dette skjer er ikke lett å si, og det kan være flere årsaker. En av dem kan være fordi foreldrene ikke ønsker å involvere barna som vi tidligere har sett, en annen kan kanskje være rettet inn mot tid?

#### 5.4 Tverrprofesjonelt samarbeid

I teorikapittelet har helsepersonelloven blitt introdusert. I 2010 endret de loven med et formål og bestemmelse om at barn nå skulle fanges tidlig opp. For å hjelpe barna og gi foreldrene mulighet til å håndtere situasjonen de sto ovenfor bedre. Når pasienter er innlagt på sykehus er det over en kort periode, dette betyr at en ikke har mulighet til å følge opp pasientene over lengre tid. Som nevnt i teorikapittelet spesialisthelsetjenesten en plikt i å kartlegge barn som pårørende og sikre oppfølging om nødvendig. Dette innebærer da at en sikrer at barna får videre oppfølging utenfor oppholdet.

Ser en på funn fra studiene ser en at det er to sider når det kommer til ivaretagelsen av barn i tverrfaglig kontekst. På den ene siden ser en at dette byr på utfordringer. Hjelmseth & Aune (2018) beskriver hvordan barneansvarlige hadde et minimalt samarbeid med andre instanser om hjelpearbeidet for barn som pårørende, og føler de har lite innsikt i hvordan det fungerer utenfor avdelingen. Dam & Hall (2016) uttrykker på den andre siden at for at barn skal oppleve mestring og bearbeide situasjonen har de en trang til å snakke med skolelærere og andre fagpersoner innad i psykisk helsevern, da de opplever dette som nyttig og at det hjelper familien å mestre situasjonen. Dam & Hall (2016) hevder at barn føler de kan fraskrive seg ansvarsrollen hjemme når den sykes tilstand stabiliserer seg. Dette betyr likevel ikke at alt er bra igjen. Det de har opplevd er komplekst og kan være traumatisk over tid, de kan oppleve en

engstelse for at dette kommer til å skje igjen, og sitte igjen med en følelse av at de ikke blir sett. Så hvem skal en kontakte eller henvise barnet til?

Helsesykepleiere har en sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet når det kommer til barnet, og kan være en samarbeidspartner for barneansvarlige hvor en kan undersøke behovet for videre oppfølging (Sundfær, 2012, s.155). De kan være til stede for barn i skolekontekst eller gjennom helsestasjon når oppfølging av barnet er nødvendig. En inngangsport her vil kunne være å invitere helsesykepleieren til nettverksmøte med barnet alene eller med familien, om den syke samtykker til det. Helsesykepleierens rolle er å gi barnet rom for å bli lyttet til og gi dem en forståelse for plagene deres. For dem er det også viktig å oppnå tillit slik at barnet kan bli trygg på at det er rom for andre fortellinger også. Helsesykepleieren vil også få hjelp av barnet til å forstå foreldrenes sykdom og hvordan dette oppleves gjennom å snakke om en «vanlig dag hjemme» (Sundfær, 2012, s.155). Dette vil kunne være en måte å sikre at barnet blir ivaretatt når oppholdet i spesialisthelsetjenesten er over.

Det kan tenkes at en kommer i en situasjon hvor en opplever at det er noe som ikke stemmer, hvor barnet virker engstelig. Hjelmseth & Aune (2018) skriver at barneansvarlige opplevde at foreldre ofte var redde for at barnevernet skulle kontaktes, mange foreldre kunne si at barna hadde det bra. I disse tilfellene hvor foreldre var korte og forklarte at alt var bra, viste det seg ofte å være langt i fra, og at barna hadde opplevd mye. Så når må en tenke at barnevernet skal involveres?

I følge Helsepersonelloven (1999, § 33) skal den som yter helsehjelp i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak av barneverntjenesten. Om det er grunn til å tro at barnet blir mishandlet, eller utsatt for alvorlige mangler i den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt, skal helsepersonell uten hinder fra taushetsplikt etter § 21 melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold. Sundfær (2012, s. 34) skriver at om en observerer at barn avviser mor/far og viser tilbaketrekning på vitalitet samt virker engstelig og skvetten, skal en som helsepersonell vurdere om det er nødvendig med videre henvisning av foreldre og barn til barnevern og eller andre instanser. Om en får inntrykk av at foreldre ikke klarer å ha omsorg for barn, eller strever med relasjonen i familien som kan gi tilstrekkelig omsorg, må barnevernet varslet, og en må finne en alternativ omsorg for barnet. Det oppstår fort et etisk dilemma hvor uavhengig av hva en gjør så vil det kunne få konsekvenser. Foreldrene skal vite hva en informerer barneverntjenesten om, hvor en bør gjennomgå meldingen med pasient og eventuelt den andre forelderen. Dette kan føre til uenighet mellom pasient og behandler som

vil melde bekymring, hvor alliansen blir satt på prøve. Barns ivaretagelse er viktigst uavhengig om alliansen brytes (Sundfær, 2012, s. 20).

### 5.5 Disponering av tid for å ivareta barn

Noe som inngår i alt jeg har drøftet til nå og som ikke kan unngås å ta med, er tid. For å ivareta barn må en disponere god tid.

Funn i Hjelmseth & Aune (2018) mener at størst av alt i arbeidet med barn som pårørende, er mangel på tid til å fullføre lovpålagte oppgaver. Å skulle ivareta barn på en faglig forsvarlig måte er tidkrevende, og kan tenkes å være vanskelig å skulle gjøre i tillegg til andre arbeidsoppgaver. Å skulle ivareta barn hvor de ikke er pasienten som skal behandles, men er pårørende kan sies at ikke er en helsepolitisk prioritering selv om det er lovfestet. Hadde det vært en prioritering ville en jo avsatt tid for de barneansvarlige som de kunne benytte til nettopp dette arbeidet?

Hjemseth & Aune (2018) uttrykker i sine funn at de barneansvarlige ikke hadde noen form for reduksjon i de ordinære arbeidsoppgavene. De fikk heller ikke veiledning om forventet tidsbruk på oppgavene de hadde som barneansvarlig personell. Dette gir store prioriteringsutfordringer, hvor en kan forstå at det vil være noe tilfeldig om et barn blir ivaretatt. Spesielt de ansatte på sengepost følte seg presset på tid. Ansatte i poliklinikk følte i større grad at de fikk tid til å snakke med sine egne pasienter om barna deres. Men de påpekte at det var en utfordring at de ikke hadde oversikt over andre enn sine egne pasienter, og at det var vanskelig å få til møter med andre barneansvarlige (Hjelmseth & Aune, 2018). Sundfær (2012, s. 25) skriver at de som har foreldre som er innlagt akutt på sykehus vil det ofte være knapt med tid for barneansvarlig å gjennomføre en optimal kontakt med foreldre for å få tillatelse til å snakke med barn. Her er det derfor vesentlig at også akuttavdelinger har prosedyrer som ivaretar hele familien og ikke bare den som er innlagt. Er det prosedyrene som da mangler?

Når jeg undersøker dette nærmere finner jeg ikke fram til konkrete prosedyrer som forteller noe om tidsbruk. Det jeg finner i litteraturen som går igjen er at det tar tid. Pårørende trenger tid for å ta innover seg informasjon, de trenger tid til å våge å spørre om det som oppleves som fremmed og uforståelig, de trenger tid til å forstå hva behandling innebærer for den syke og for dem selv (Sundfær, 2012, s.23). Tillit og relasjon hos barn har vi også sett at er noe som ikke gjøres på et blunk. Dette kan også være grunnen til at funn i Martinsen, Weimand,

Pedersen & Nordvoll (2019) finner at unge pårørende ikke føler seg sett, og ikke får informasjon, hvor de satt igjen med mange ubesvarte spørsmål angående sykdom og oppfølging av sitt familiemedlem. Tiden stekker kanskje ikke til. Sundfær (2012, s.17) påpeker at i en travel arbeidshverdag kan det oppleves som krevende for helsepersonell å skulle sørge for samtykke fra pasient til å inkludere barn med hensyn til å gi informasjon til barn, informere barn og videre følge dem opp der det er nødvendig (Sundfær, 2012, s. 17). Selv sitter jeg igjen med en følelse av at dette kan være hovedproblemet i ivaretakelsen av barn. Om det ikke er tydelige rammer rundt disponering av tid, og om de lovpålagte oppgavene barneansvarlige får ikke blir avsatt tid til vil det være nærmest umulig å sikre at alle barn blir ivaretatt når de er pårørende til alvorlig psykisk syk forelder.

## 6.0 Konklusjon

Gjennom oppgaven har jeg forsøkt å finne og tydeliggjøre sykepleierens rolle i ivaretakelsen av barn som pårørende til mor/far med alvorlig psykisk lidelse. Funnene viser sentrale faktorer om hvor viktig sykepleierens funksjon er når det kommer til å hjelpe familien og barna med å forstå sin nye situasjon, og hvordan sykepleieren som barneansvarlig kan bidra til å få foreldrene til å forstå hvordan de skal ivareta barna. Hvem som blir prioritert og plukket opp virker nærmest tilfeldig, noe som gjør det vanskelig for helsepersonell å hjelpe dem. Her er det et stort forbedringspotensial. For å kunne utøve forsvarlig sykepleie og hjelpe barn som pårørende er sykepleieren avhengig av å ha nok tid. Jeg ser et behov for klarere prosedyrer og utvidet undervisning om hvor tidskrevende det kan være å bygge en trygg og helsefremmende relasjon til barn. Lovverket er der, men sykepleieren må tildeles nok ressurser til å gjennomføre lovpålagte oppgaver. Ivaretakelsen av barn som pårørende bør også implementeres mer i sykepleierutdanningen gjennom praksis og undervisning, da det er såpass komplekst og krever høy kompetanse og forståelse.

## 7.0 Litteraturliste

- Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braut, G. S. (2018). Spesialisthelsetjenesten. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 23. Mars. 2020. fra <https://sml.snl.no/spesialisthelsetjenesten>
- Bøckmann, K., & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. (2.utg., s.43- 63). Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Christensen, J. & Berg, O. T. (2019, 04. september). Velferdsstat. Hentet fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Etske overveielser og personvern. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s.235-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s.149-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dam, K. & Hall, E. O. C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 442–457. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12285>
- Eide, H. & Eide, T. (2008). Relasjonsteorier. I H. Eide & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning og etikk*. (2. utg., s. 129-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjertsen, P-Å. (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget
- Halsa, A., & Kufås, E. (2012). De nye vaktbikkjene: Barneansvarlige i helseforetak. I B.S.M. Haugland., B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s.202-2019). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B.S.M. Haugland., B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s.185-201). Oslo: Abstrakt Forlag AS.



Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklister. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2018, 18. Januar). Helseforetak skal ha barneansvarlig personell. Hentet

fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte/helseforetak-skal-ha-barneansvarlig-personell>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10a>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§33>

Hjelmseth, M., & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som

pårørende. *I Sykepleien Forskning*, 13(e-65521), 1-

21. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521>

Kinge, E. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytt og en åpen fremtid. I

B.S.M. Haugland., B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s.18-43).

Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Kristoffersen, N. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N.J. Kristoffersen., F.

Nortvedt., E-A. Skaug., G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie 3 – Sykepleie*

– *pasientfenomener, samfunn og mestrings* (3 utg., s. 15-64). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malt, U. (2020). Distriktpsikiatrisk senter. I *Store norske leksikon*. Hentet 10. april 2020 fra

[https://sml.sn.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.sn.no/psykiske_lidelser)

Malt, U., & Aslaksen, P. (2019). psykiske lidelser. I *Store norske leksikon*. Hentet 11. mars

2020 fra [https://sml.sn.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.sn.no/psykiske_lidelser)

Martinsen, E. H., Weimand, B. M., Pedersen, R., & Norvoll, R. (2017). The silent world of

young next of kin in mental healthcare. *Nursing Ethics*, 26(1), 212–223. [https://doi-](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733017694498)

[org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733017694498](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733017694498)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-

07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-3>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62/§3-2>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-2019-12-20-103). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-7a>

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2.utg.) Oslo: Cappelen Damm AS.

Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Svalheim, A. K., & Steffenak, A. K. (2016). Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser - en fenomenografisk studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1), 1-17. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3771>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

## Vedlegg 1: Søk

| Artikkel (dato)               | Søkeord   | Database | Antall treff Og inklusjons- eksklusjonskriterier   | Navn på artikkel   | Metode     | Kritisk vurdering godkjent (x) |
|-------------------------------|---|----------|--|--|------------|--------------------------------|
| <b>1</b><br><b>(10.10.19)</b> | *child welfare and Child of impaired parents and health personnel | Svemed+  | Treff: 5<br>Språk: Engelsk, Norsk, dansk<br>Konkrete søkeord.<br>År publisert: 2010-2019<br>= 4 treff    | “Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende”                                | Kvalitativ | x                              |
| <b>2</b><br><b>(25.02.20)</b> | Children and next of kin  | Cinahl   | Treff: 57<br>Språk: Engelsk, norsk, dansk,<br>Konkrete søkeord.<br>År publisert: 2010-2019<br>= 38 treff | “The silent world of young next of kin in mental healthcare”                                   | Kvalitativ | x                              |
| <b>3</b><br><b>(24.02.20)</b> | *child welfare and Child of impaired parents and health personnel | Svemed+  | Treff: 5<br>Språk: Engelsk, Norsk, Dansk<br>Konkrete søkeord.<br>År publisert: 2010-2019<br>= 4 treff    | «Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser» | Kvalitativ | x                              |
| <b>4</b><br><b>(10.03.20)</b> | Children’s experiences and parent and severe mental illness       | Cinahl   | 8  | «Navigating in an unpredictable daily life»  | Kvalitativ | x                              |