



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 48

Antall ord: 8732



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Barn som pårørende

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund 2015

Kull 2012

Antall ord:

8732

SAMMENDRAG

Tittel: Barn som pårørende

Bakgrunn: Helsepersonell er lovpålagte i å ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre. I Norge er det 260 000 barn som har forelder med alvorlig psykisk lidelse. Disse barna har økt risiko å oppleve vanskeligheter sammenlignet med andre barn. Likevel blir barna ofte glemt.

Problemstilling: «*Hvordan ivareta barnet, når mor eller far er innlagt på psykiatrisk avdeling?*»

Hensikt: Få kunnskap om, å sette søkelys på hvordan sykepleier kan ivareta barn, når forelderen er innlagt på psykiatrisk avdeling.

Metode: Oppgaven er utført som litteraturstudie, hvor relevant forskning og faglitteratur er benyttet for å svare på problemstillingen. Forskningen ble funnet etter søk i databasene CINAHL og SveMed+

Resultat: Barn av psykisk syke foreldre opplever skyld, frykt, ensomhet, og usikkerhet. Barna savnet informasjon og støtte fra personalet. De ønsket å bli sett. På en annen side kom det frem at helsepersonell opplevde usikkerhet knyttet til sin rolle.

Oppsummering: For å kunne ivareta disse barna tilstrekkelig, må praksisen endres. Helsepersonell trenger gode rutiner, prosedyrer, ressurser, kompetanseheving, et godt tverrfaglig samarbeid. Helsepersonell må vite hvordan de skal håndtere de ulike situasjoner de kan havne opp i.

Abstract

Title: Children as relatives

Background: Health care personnel are bidden by law to safeguard children who are next of kin to mentally ill parents. In Norway there are 260 000 children who have parents with severe mental illness. These children are at risk for experiencing difficulties in comparison with other children. Despite this, these children are often forgotten.

Question: «*How to safeguard the child, when the parent is hospitalized in a psychiatric ward?*»

Purpose: To gain knowledge and put a spotlight on how a nurse can safeguard a child that is next of kin to a parent who is hospitalized in a psychiatric ward.

Method: This research is completed as a literature study, where relevant research and course literature have been used to help answer the research question. The research was collected by systematic searches in the databases CINAHL and SveMed+.

Results: Children of mentally ill parents experience guilt, fear, loneliness and uncertainty. The children were missing information and support from the staff. They wanted to be seen. Furthermore, it became known that the staff were unsure of their role.

Summary: In order to safeguard these children, practice must be improved. Health professionals need good routines, procedures, resources, an enhancement of skills and a functional interdisciplinary collaboration. Health professionals must know how to handle different situations they may encounter.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Hensikt med oppgaven	6
1.3 Problemstilling	6
1.4 Avgrensinger	7
1.5 Begrepsavklaringer	7
2.0 Teori	8
2.1 Definisjon på sykepleie	8
2.2 Psykisk lidelse hos foreldre	8
2.3 Utvikling	9
2.4 Barn i risiko	11
2.5 Resiliens	11
2.6 Barn i krise	12
2.7 Kommunikasjon	13
3.0 Metode	15
3.1 Hva er metode?	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.3 Framgangsmåte	15
3.4 Kildekritikk og Metodekritikk	16
3.5 Etikk	17
4.0 Resultat	19
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	19
4.2 Kort oppsummering av hovedfunn	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Kommunikasjon	22
5.1.1 Hensyn i forhold til kommunikasjon med barna	22
5.1.2 Behov for informasjon og samtale	22
5.2 Tilrettelegging i og utenfor avdelingen	24
5.2.2 Organisatoriske forhold	24
5.2.3 Tilrettelegging utenfor avdelingen	27
6.0 Konklusjon	28
7.0 Referanseliste	29
Vedlegg I	32

1.0 Innledning

Antallet barn som har en eller to foreldre med psykiske lidelser, er 410 000 eller 37,3 % av alle barn (0-18år) i befolkningen. En del foreldre vil i midlertidig kvalifiseres for lette diagnoser, som er plagsomme for forelderen selv, men i liten grad går utover omsorgsevnen til barnet. Det er 260 000 barn som har foreldre med lidelser som er mer alvorlig, og som går utover daglig fungering (Torvik og Rognmo, 2011). Det har siden 1970-årene vært forskning om barna av psykisk syke, men det har ikke før det senere år blitt mer synlige for oss (Killen, 2008, s. 455).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Helsepersonelloven § 10 a (1999) har helsepersonell plikt til å bidra til ivaretagelse av mindreårige barn som pårørende. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av foreldrenes tilstand. I tillegg til loven har også de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fokus på dette tema. I følge NSF (2011) skal sykepleier vise respekt og omtanke for pårørende, og når et barn er pårørende skal sykepleieren bidra til ivaretagelse av deres særskilte behov.

Selv om barn med syke foreldre har lovbestemt rett til oppfølging, viser to nye studier derimot at mange barn ikke får den oppfølgingen de har krav på (Sletbak-Akerø, 2014). I følge Kufås, Lund & Myrvoll (2004) er det mange barn av foreldre med psykisk lidelse, som opplever å få mangelfull og for liten hjelp til å snakke om hvordan de har det. I litteraturen beskrives ofte denne gruppen barn som «de usynlige barna», og det er ikke uten grunn. Dette er en gruppe som lett kan bli glemt. I følge Kufås et al. (2004) har barn med psykisk syke foreldre, større risiko for å få emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser. En viktig oppgave vil være å forebygge dette.

For å kunne ivareta barn som pårørende trenger en kunnskaper om tema, hva barna har behov for og trenger i en slik situasjon. Jeg synes personlig vi har hatt for lite om tema i sykepleierutdannelsen, og synes derfor det er viktig å sette søkelys på dette.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om og sette mer søkelys barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Oppgaven vil få frem kunnskap om hvordan sykepleier skal ivareta barna som har forelder innlagt på psykiatrisk avdeling.

1.3 Problemstilling

«Hvordan ivareta barnet, når mor eller far er innlagt på psykiatrisk avdeling?»

1.4 Avgrensinger

Sykepleier kan møte barn som har foreldre med psykisk lidelser på ulike arenaer, avhengig av hvor han/hun arbeider. En kan blant annet møte barna i kommunale hjemmebaserte tjenester, på institusjon, sykehus og som helsesøster kan en også møte barna på skole. Denne oppgaven vil ha fokus på barna som har forelder som er innlagt på psykiatrisk avdeling.

Videre vil jeg avgrense oppgaven til å handle om barn/ungdom i alderen 10-18år. Barn over 18år regnes en som myndig og voksen i følge loven, samtidig er det begrenset forskning om de minste barna. Oppgaven kommer ikke til å ha fokus på en spesiell psykisk lidelse hos forelderen, dette for å få et bredere spekter, slik at det rommer flere barn.

1.5 Begrepsavklaringer

Ivareta: Helsepersonell har lovpålagt plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Ved å ivareta det behovet for informasjon og oppfølging barnet kan ha, som følge av foreldrenes tilstand (Helsepersonelloven, 1999). Denne oppgaven har fokus på barna av foreldre med psykisk sykdom som er innlagt på psykiatrisk avdeling og om hvordan disse barna kan bli ivaretatt gjennom informasjon og oppfølging.

Barn som pårørende: Barn som pårørende er en svært stor gruppe. Felles for barna er at foreldrene enten er psykisk syke, rusmiddelavhengige eller somatisk syke (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 11). Oppgaven vil som nevnt ta for seg barn av foreldre med psykisk sykdom. Juridisk sett er vi barn til vi fyller 18år, da blir en regnet som myndig og voksen. Når en er under 18år blir en regnet som mindreårig og ses da på som et barn. Juss og hverdagsliv henger ikke alltid helt sammen, fordi vi vil blant annet alltid ses på som våre foreldres barn uavhengig av alder (Ytterhus, 2012, s. 19). Denne oppgaven vil forholde seg til barn i alderen 10-18år, som er mindreårige, som Helsepersonelloven §10 omfatter.

2.0 Teori

Nedenfor blir sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin definisjon på sykepleie kort presentert, hun vil også bli brukt senere i oppgaven. Travelbee har ikke direkte fokus på barn, likevel blir hun brukt i oppgaven da mange av hennes teorier også er sentrale i møte med barn. Videre i teoridelen vil psykisk lidelse og dens påvirkning bli presentert. Deretter vil utvikling hos barn bli belyst, og konsekvenser og risiko ved å ha en forelder med psykisk lidelse. Barn i krise blir også presentert, da barn kan oppleve det som en krisesituasjon når en forelder blir innlagt på psykiatrisk avdeling. Jeg velger også og belyste teori om kommunikasjon, da dette er sentralt for å ivareta behovet barnet kan ha for informasjon.

2.1 Definisjon på sykepleie

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som vektlegger etablering av et menneske til menneske forhold, hun definerer sykepleie slik: *«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 1999, s. 29).

2.2 Psykisk lidelse hos foreldre

I følge Helgeland (2012, s. 186) kan psykisk lidelse defineres som tilstander som oppfyller kravene for en psykisk diagnose. Disse vil variere over et bredt spekter, fra mild, forbigående grad av depresjon eller angst, til moderate eller tyngde depresjoner og/ eller angst, psykoser og personlighetsforstyrrelser. På en annen side kan en også se bort i fra medisinske diagnosesystem for å definere psykisk sykdom. I følge Brøyn (sitert i Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 36) er en person psykisk syk når han eller hun ikke mestrer forventede oppgaver, har problemer med å ha et nært forhold til andre, ikke klarer å utføre arbeidet sitt, forstyrrer eller truer andre og har en subjektiv opplevelse av mistriivsel.

I dag er det trolig flere relativt milde tilstander som kvalifiseres som diagnose, enn hva det ble gjort før i tiden. Diagnosemanualene DSM og ICD har vokst i takt med økt interesse, innsats og kunnskap. Det var 106 diagnoser i 1952, og i 1980 var det 300. Denne tredoblingen i diagnoser, gjør at flere tilstander og adferdsmønstre nå fyller kriteriene for en diagnose. Reduksjon i stigma, og bedre og mer tilgjengelig behandling kan også ha bidratt til at flere folk søker hjelp for plager nå enn tidligere. Mellom 30 % og 50 % av befolkningen vil

kvalifisere for psykiatrisk diagnose en eller flere ganger i løpet av livet, som dermed også gjør at flere barn har foreldre som kvalifiseres for en diagnose nå enn før (Torvik og Rognmo, 2011).

I følge Kvello (2010, s. 252) vil foreldrenes personlighet være av stor betydning for barnets utvikling og hvordan de gir barnet omsorg. Viktige personlighetstrekk er blant annet ansvarlighet, grad av og kvalitet av deres mentalisering (forståelse av seg selv og andre), sensitivitet, kontaktbehov og kontaktevne, tillit til andre, krenkbarhet, frustrasjonssterkel, reaksjonsstyrke, impuls kontroll, stabilitet i emosjonene, avhengighet, identitet, selvbilde, selvfokus. Alle disse trekkene er sentrale i omsorgsutøvelsen, og mange av disse egenskapene rammes ved psykiske lidelser (Kvello, 2010, s. 252). Observasjoner av foreldre med moderate og alvorlige former for psykiske lidelser viser at de i samspill med barna oftere kan være negativistiske, lite responderende og lite hensiktsmessige i dekking av barnets behov enn foreldre uten psykiske lidelser (Kvello, 2010, s. 252). I følge Singleton (2007) har familien stor innvirkning på barnas utvikling, hvor barnet lærer sosialisering, kommunikasjon og hvordan å forholder seg til andre. Alt dette læres primært gjennom foreldre-barn-forholdet. Psykisk lidelse kan svekke foreldrenes evne til å relatere seg til barnet, som kan få konsekvenser for barnets utvikling (Singleton, 2007).

2.3 Utvikling

«Utvikling er forandring av strukturer og funksjoner over tid som følge av modning vekst og læring» (Kvello, 2010, s. 78). I følge Grønseth og Markestad (2011, s. 25) kan barnets utviklingstakt og utviklingsmuligheter ses på som et resultat av samspillet mellom arv og miljø. Hvor de arvelige faktorene bestemmer barnets potensial for utvikling, mens miljøfaktorene, som blant annet: påvirkning i svangerskap, det å få dekket fysiske behov for ernæring, søvn, hvile, og lekemuligheter og psykologiske behov for trygghet, kontakt, gode rollemodeller og riktige utførelser, bestemmer hvorvidt dette potensialet blir utnyttet.

2.3.1 Emosjonell utvikling & tilknytning

Emosjonell utvikling dreier seg om utviklingsmessige endringer i forståelse og bruk av emosjonsuttrykk. Emosjoner kan ses på som en måte å kommunisere følelser, behov og lyster på (Renolen, 2008, s. 66). I følge Renolen (2008, s. 68) vil det å knytte seg til andre mennesker være viktig for den emosjonelle og sosiale utviklingen. Den prosessen som

beskriver barnets evne til å danne emosjonelle bånd og sosiale relasjoner til andre kalles tilknytning.

Alle barn knytter seg til sine omsorgspersoner uansett hvordan de blir behandlet (Renolen, 2008, s. 70), men de vil tilknytte seg ulikt, avhengig av det følelsesmessige samspillet mellom omsorgsgiveren og barnet (Killen, 2013, s. 51). Killen (2013, s. 66) beskriver at barn med sensitive foreldre som er tilgjengelige, som ser barna, og som er positivt engasjert i dem, utvikler trygg tilknytning. Barna med trygg tilknytning vil være mer positive, empatiske og har lettere for å utvikle vennskap. På en annen side kan også barnet utvikle en utrygg tilknytning og tilknytningsforstyrrelser. I slike tilfeller har ikke barnet opplevd følelsesmessig tilgjengelighet, sensitivitet og trygghet (Killen, 2013, s. 51). Barn med tilbaketrukne, utilgjengelige, avvisende, invaderende, krevende og/eller uforutsigbare foreldre utvikler utrygg tilknytning. Det tilknytningsmønsteret barnet utvikler, kan si oss noe om hvordan barnet er blitt behandlet. Barn med en trygg tilknytning vil sannsynlig være bedre rystet mot belastninger i oppveksten, samt senere i livet (Killen, 2013, s. 66). Forskning om barns utvikling har tydelig vist at de trenger trygghet for å modnes og bli sunne, ansvarlige voksne. Barnet opplever trygghet når han/hun er trygg på at noen vil trøste, beskytte og hjelpe dem. Barn som ikke opplever trygghet, vil til en viss grad være sårbare resten av livet (Skagestad, 2008, s. 112).

2.3.2. Kognitiv utvikling

Kognitiv utvikling kan ses på som en utvikling av måten å forstå seg selv og omgivelsene på, som vil si evne til å tenke, vurdere og løse problemer (Jerland, sitert i Renolen, 2008, s. 91). I følge Kvello (2010, s. 117) omfatter kognitiv psykologi prosesser som, sanseoppfatning, oppmerksomhet, forestillingsevne, hukommelse, begrepsdanning, språk, bedømming, resonnering og problemløsning.

Renolen (2008, s. 95) beskriver at det skjer et sprang i barnets kognitive utvikling i seksårsalderen. Barnet kan da utføre logiske handlinger på indre plan. Tenkningen er fremdeles preget av abstrakte fenomener knyttet til handlinger eller situasjoner. I 12-15års alderen er ikke barnet lengre avhengig av konkrete ting for å forstå abstrakte fenomen. I denne alderen kan barnet forstille seg ting som ikke har skjedd, eller som muligens kan skje (Renolen, 2008, s. 95). Samspillet mellom barn og omsorgspersoner påvirker sterkt utvikling

av barnets sentralnervesystem, og hjerne. Barn har behov for adekvat omsorg og ernæring, særlig i de første leveårene, dette for å sikre normal hjerneorganisk og nevrologisk utvikling. Hvis hjerneceller og områder blir lite brukt i denne perioden pga. lite stimuli, leder det til at hjerneceller lukes ut og forbindelseslinjer mellom de gjenværende utvikles dårlig. Dette kan føre til senere utvikling av funksjonsnivå og utviklingspotensial i områdene. Barn som har blitt svakt stimulert de første leveårene har færre forbindelseslinjer i hjernen. Barn som blir utsatt for omsorgssvikt, kan dermed utvikle forsinket kognitiv utvikling (Kvello, 2010, s. 208).

2.4 Barn i risiko

I følge Singleton (2007) har barn som har foreldre med psykisk lidelse, økt risiko for å utvikle atferdsmessige, sosiale, emosjonelle og kognitive problemer. Dette er også noe Torvik og Rognmo (2011) beskriver, hvor barn med psykisk syk foreldre om lag dobbel risiko for å oppleve forskjellige uheldige utfall, sammenlignet med andre barn. Barna har forhøyet risiko for å få det vanskelig og oppleve negative utfall, som blant annet psykiske lidelser i barndom og ungdom, omsorgssvikt, mishandling, seksuelle overgrep og tidlig død. I følge Kvello (2010, s. 202) har en del foreldre som omsorgssvikter sine barn psykiske lidelser.

Omsorgssvikt handler om tre forhold, barnet får for lite omsorg, for lite beskyttelse og for lite, for ensidig, for uegnet og/eller for skadelig stimulering (Kvello, 2010, s. 200). I følge Skagestad (2008, s. 117) handler omsorgssvikt om at omsorgsgiveren mangler kunnskap, krefter eller vilje til å se og ivareta barnets behov. Og alle formene for omsorgssvikt, som fysisk og emosjonelt, kan være påvirke barnas utvikling negativt.

Hvor stor risikoen for negative utfall avhenger av en rekke andre faktorer, som type lidelsen og om en eller begge foreldrene er syke, samt som det avhenger av genetiske og miljømessige forhold (Torvik og Rognmo, 2011). I følge Kvello (2010, s. 254) er det noen psykiske lidelser som kan være ekstra sterkt knyttet til en fare for å streve med omsorgsutøvelsen, disse omfatter personlighetsforstyrrelser, depresjon og psykoser. Likevel vil omsorgsutøvelsen være avhengig av mer enn diagnosen for å forklare barnens situasjon og utvikling.

3.5 Resiliens

Resiliens kan forklares som en positiv utvikling under vanskelige forhold. Og man kan se på resiliens som summen av ens beskyttelsesfaktorer (Kvello, 2008, s. 227).

I følge Torvik og Rognmo (2011) kan det å ha en psykisk syk forelder også oppleves som belastende for barnet, uten at det utvikler seg til varige problemer. Det fleste barn viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bar på sikt selv om det er vansker i familien. Kvello (2008, s. 227) beskriver at noen barn og unge utvikler seg godt tross for betydelige risikofaktorer, dette handler om resiliens. Begrepet «løvetannbarn» er blitt brukt om barn som har greid seg bra, på tross av vanskelige oppvekstforhold (Ruud, 2011, s. 85).

I følge Ruud (2011, s. 83-85) er de flere faktorer som spiller inn på om et barn utvikler seg til å bli resilient, som blant annet individuelle, familiemessige, samt nettverket. I forhold til individuelle faktorer, kan dette dreie seg om grad av robusthet, temperament, kognitiv kapasitet, selvstendighet, samt opplevelse av sammenheng og mening. I følge Sølvsberg (2011, s. 62) spiller aldersrelaterte egenskaper en viktig rolle, en er ikke sårbar for de samme forholdene når man er spebarn, førskolebarn, grunnskolebarn, tenåring eller voksen. Derfor vil tidspunktet i livet når den aktuelle belastningen eller krisen skjer være av betydning. Sølvsberg (2011, s. 63) beskriver også at det vil viktigste faktoren for resiliens at man har mennesker i nærheten som en har tillit til. Ruud (2011, s. 84) beskriver at den andre forelderens rolle er av stor betydning, da det ligger stor grad beskyttelse i å ha en frisk forelder. Da det å ha en frik forelder, kan kompensere for det barnet ikke får hos den syke (Ruud, 2011, s. 186). De vil også være viktig med andre i nærheten slippes til, som besteforelder, slektning eller personer fra det offentlige, spesielt da viss begge foreldrene strever (Ruud, 2011, s. 85).

2.6 Barn i krise

Når et familiemedlem blir psykisk syk er det ikke bare pasienten som blir påvirket, men hele familien. Det kan utløse en krise i familien, som er dårlig. Med den psykiske krisen følger gjerne overreaksjonene, ufornuften, desperate handlinger eller handlingslammelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010, s. 33). I følge Eide og Eide (2007, s. 358) kan en krise i familien, påvirke barnet negativt ved at barnet føler usikkerhet og engstelse, ved blant annet at rutiner og kontaktforhold endres, foreldrene kan oppføre seg annerledes og nye personer som helsepersonell komme inn i bildet.

Krise kan ses på som noe som opptrer når en livshendelse blir så overveldende at den overstiger individets evne til å møte utfordringen på en passende måte (Hummelvoll, 2012, s.

503). I følge Renolen (2008, s. 163) vil alle mennesker i løpet av livet gjennomgå små eller store kriser. En krise utløser reaksjoner som viser seg i tanker, følelser og atferd. Umiddelbart etter en krise har skjedd, vil de fleste oppleve et følelsesmessig kaos. Følelser som tristhet, depresjon, skyld, sinne, meningsløshet, frykt, angst kan dukke opp. Støtte har vist seg å ha stor betydning for å takle dette (Renolen, 2008, s. 164) og behovet for å snakke om følelser og opplevelser kan være stor hos mange (Renolen, 2008, s. 171).

2.7 Kommunikasjon

I følge Travelbee (1999, s. 136) kan kommunikasjon ses på som et verktøy som gjør sykepleier i stand til å etablere menneske til menneske forhold. Gjennom kommunikasjonen formidles tanker og følelser. Sykepleier bruker kommunikasjonen til å få og gi informasjon og det er den metoden den syke og dens familien bruker for å få hjelp (Travelbee, 1999, s. 137). I følge Grønseth og Markestad (2011, s. 81) er god kommunikasjon sentralt for å bli kjent med og for å skape tillitsforhold til barn. Kommunikasjonen med barn bør være preget av forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting. I tillegg må helsepersonell anerkjenne væremåten, tankene og følelsene til barn og unge, og møte de på emosjonelt og kognitivt plan. Dette for at de skal oppleve respekt og få sin integritet ivaretatt (Grønseth og Markestad, 2011, s. 83).

Kommunikasjon er en toveisprosess der budskap sendes frem og tilbake mellom sender og mottaker. For å møte den andre der han/hun er, må partene i samtalen ha innsikt i hverandres virkelighetsoppfatning og jevnlig kontrollere at de forstår budskapet likt (Grønseth og Markestad, 2011, s. 83). I følge Eide og Eide (2007, s. 362) er barnets alder en viktig faktor for hva og hvordan barn og ungdom forstår, og er noe en må ta hensyn til når vi som helsepersonell bruker ord, begreper og nonverbal kommunikasjon i kontakt med barn og unge. Det er også andre faktorer å ta hensyn til hos barnet, som medfødte egenskaper, sosial trening og stress og belastning i forbindelse med en sykdomssituasjon. Noen er tidlig utviklet andre er sent. Noen er vant med å sette ord på ting, andre er ikke. Følelser av usikkerhet, engstelse og sinne kan også i høy grad påvirke evnen til fornuftig og logisk tenkning (Eide og Eide, 2007, s. 362).

2.7.1 Nonverbal kommunikasjon

En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal (Eide og Eide, 2007, s. 198), som kan formidles gjennom ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråket, stemmens klang, berøring og stillhet (Eide og Eide, 2007, s. 202).

Nonverbal kommunikasjon er viktig i kommunikasjonen med barn. I følge Grønseth og Markestad (2011, s. 81) vil manglende samsvar mellom nonverbal og verbale signaler hemme kommunikasjonen i negativ retning. Barn er veldig vare for sykepleierens toneleie og nonverbale signaler. Det kan kategorisere helsepersonell som «snille» eller «slemme», basert både på hva helsepersonell sier, men også i stor grad på hvordan de opptrer. Barn liker best sykepleier som snakker vennlig til dem, som er snille, rolige og avslappet, som lytter og tilbringer tid sammen med barna, og som gjerne setter seg ned slik at de kan ha øyenkontakt med dem. Fysisk og psykisk tilstedeværelse er viktig for at barnet skal få tillit til sykepleieren (Grønseth og Markestad, 2011, s. 82).

2.7.2 Kommunikasjon med skolebarn og ungdom

Barn i alderen 8-11 år begynner å se forskjell på fantasi og virkelighet og er i stand til å se sosiale sammenhenger og hendelser uavhengig av seg selv. Det viser også større forståelse for andres reaksjoner (Eide og Eide, 2007, s. 372). Barn/ ungdom i alderen 12 år og oppover kan i store trekk følge en «voksen» verbal dialog. De kan tenke hypotetisk og abstrakt, ved forestille seg hvordan noe kan være uten å ha opplevd det (Eide og Eide, 2007, s. 372).

Barn og unge i alderen 12 år og oppover stiller ofte store krav til seg selv (Eide og Eide, 2007, s. 372). I tillegg er det i ungdomstiden nye utfordringer og situasjoner som krever mestring. Store forandringer preger ungdomstiden i forhold til kropp, rollen i familien, forholdet til venner, i tillegg til det er større krav til skolepresentasjoner. Alle disse forandringene medfører stress, og når det i tillegg er sykdom i nær familie kan livssituasjonen lett bli vanskelig å mestre (Blindheim og Thorsnes, 2011, s. 189). Selvfølelsen er utsatt i aldersgruppen 12 år og oppover, og mangel på bekreftelse og anerkjennelse kan lett føre til usikkerhet og rolleforvirring (Eide og Eide, 2007, s. 372). Flere studier tyder på at kommunikasjon mellom helsepersonell og barn og unge kunne vært bedre. Helsepersonell har ofte følelse av å være usikker om hvordan å møte barnet (Eide og Eide, 2007, s. 373).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

I følge Dalland (2012, s. 111-112) vil metoden fortelle oss om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metode er redskapet vårt i møte med det vi vil undersøke, og som vil hjelpe oss til å samle inn informasjonen vi trenger. Det finnes forskjellige måter å definere metode. Jeg velger å trekke frem Vilhelm Aubert sin definisjon på 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 i arsenalet av metoder*» (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

Man skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metoder. Kvalitative metoder tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative metodene har den fordel at den gir data i form av målbare enheter, som gir muligheter for å finne prosent eller gjennomsnitt (Dalland, 2012, s. 112). I følge Dalland (2012, s. 112) vil både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler.

3.2. Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie. I følge Støren (2013, s. 37) vil metoden i en litteraturstudie gå ut på å søke vitenskapelige originalartikler i relevante databaser, det vil være viktig å vurdere artiklene kritisk. Ved å bruke litteraturstudie systematiserer man kunnskap, det vil si at en søker den, samler den, vurderer den og sammenfatter den (Støren, 2013, s.17). Litteraturstudier skal bestå av bakgrunn, formål, spørsmålstillinger, og innsamlingsmetode, samt en drøftingsdel, hvor innsamlingslitteraturen settes i dialog med bakgrunns litteraturen (Olsson og Sørensen, 2003, s. 91).

3.3 Framgangsmåte

Metode kan også beskrives som det å følge en viss vei mot et mål. Forskeren utfordres til å beskrive denne veien og redegjøre for de valgene som er tatt underveis mot målet. I en oppgave der det ikke er brukt en slik spesifikk metode (som intervju, observasjon eller spørreskjema), gjøres det rede for fremgangsmåten (Dalland, 2012, s. 114).

For å finne litteratur om tema startet søke med å se gjennom pensumlitteratur og anbefalt litteratur fra studie. Det ble benyttet en del selvvalgt litteratur, da det var manglende litteratur om tema i pensum. Biblioteket på høyskolen ble benyttet for å finne relevant litteratur i form av bøker om tema, søkedatabasen Oria på bibliotekets nettside var et godt hjelpemiddel til dette. Internett ble også benyttet for å innhente informasjon og teori om tema, rapport, lovverk og retningslinjer ble blant annet brukt. Det ble søkt i ulike databaser for å finne relevante forskningsartikler. Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er funnet gjennom databasen CINAHL, men SveMed+ ble også brukt. CINAHL er en database som har stort utvalg av sykepleieforskning, som gjør den til en relevant og egnet database for å finne relevant sykepleieforskning. Suggest subject terms på CINAHL og SveMed+ ble brukt til hjelp for å finne relevante søkeord.

Søkeord som ble brukt i søkeprosessen var «Children of Impaired Parents», «Parents, Disabled», «nurs*», psychiatric facilities*, living with a mentally ill parent» «norway», søkeordene ble brukt i ulike søk. Artiklene skulle være av nyere dato, derfor ble søk avgrenset med å gjelde artikler publisert etter 2005. Sammendraget ble lest på de artiklene som virket relevant. Det ble også sett på om artiklene var fagfellevurdert og etisk godkjent, før hele artikkelen ble lest. Det ligger vedlegg bakers i oppgaven om søkeprosessen.

3.4 Kildekritikk og Metodekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å forstå om en kilde er sann. Kildene som benyttes blir vurdert og karakterisert (Dalland, 2012, s. 67). Det er to sider ved kildekritikk, den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse din problemstilling, den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, 2012, s. 68).

Det var ønskelig å ha den nyeste litteraturen i forhold til barn som pårørende til foreldre med psykisk lidelse, derfor blir det som nevnt brukt forskningslitteratur fra nyere dato, den eldste artikkelen er fra 2008. Artiklene hadde også krav om at det var etisk godkjent og fagfellevurdert. I følge Dalland (2012, s. 78) betyr en fagfellevurdering at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet, det stilles blant annet bestemte krav om innhold og form. I tillegg til de kravene som nevnes ovenfor, var det viktig at artikler med

barn, tok hensyn til dem som en sårbar gruppe, dette blir beskrevet grundigere senere i oppgaven.

IMRaD modellen ble benyttet for å se på strukturen og kvalitet på artiklene, i tillegg ble denne strukturen også brukt i oppgaven. I følge Støren (2013, s. 15) skal en vitenskapelig artikkel ha en fast og gjennomtenkt struktur, slik at resultater lett kan gjøres kjent. IMRaD-strukturen bygger på ulike spørsmål, som beskriver under de ulike delene i oppgaven. Innledning, teoretisk perspektiv, metode, resultatdel, diskusjon skal være med. For å vurdere artiklenes kvalitet ble også sjekkliste brukt fra kunnskapssenteret. Sjekklisten ble ikke fylt ut direkte, men ble brukt som et verktøy i arbeidet med artiklene.

I forhold til artikkelsøk, var det ønskelig å finne artikler som hadde fokus på barnas opplevelser og erfaringer. Det var også ønskelig å finne artikler som hadde andre innfallsvinkler, ved å finne artikler om personalets side. Ulike innfallsvinkler vil gjøre at en får bedre forståelse for tema, med å se de fra ulike sider. Tema og problemstillingen for oppgaven, gjorde at kvalitative forskningsartikler ble mest relevant, da det er en god metode for å få frem opplevelser. I følge Dalland (2012, s. 113) går kvalitative metoder mer i dybden, forskeren har et innenfra perspektiv og har fokus på nærhet. Metoder som hører til kvalitative studier er blant annet intervju, fokusgrupper, casestudier, observasjon og ned skrevende fortellinger/dokumenter/tekster (Olssen og Sørensen, 2003, s. 83).

3.5 Etikk

Forskningsetikk er et område av etikken som handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater (Dalland, 2012, s. 96). Og det er etablert forskningsetiske komiteer for å ivareta enkeltpersoner og samfunnets interesser innen forskning. Komiteens oppgave er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier (Dalland, 2012, s. 98).

I følge Helsinkideklarasjonen (sitert i Olsson og Sørensen, 2003, s. 184-186) er det enkelte grupper, personer er mer sårbare enn andre for forskning, disse har behov for særlig beskyttelse. Barn er en sårbar gruppe i forskning. Barn er ikke myndige og kan derfor ikke selv gi et rettslig forpliktende samtykke. En må ved forskning på barn innhente samtykke fra

de nærmeste pårørende, i tillegg til å få en godkjenning fra barnet. I følge Dalland (2012, s. 96) skal ikke forskning skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Artiklene brukt i denne litteraturstudien med barn, har samtykke fra foreldre, og informert samtykke fra barna, i tillegg til det er fokus på å etablere trygge omgivelser for barna. På grunn av mange hensyn å ta stilling til er det mange som heller da forsker på voksne.

Som student skal også vi forholde oss til en rekke kriterier. En skal følge retningslinjer i forhold til akademisk skriving og kildebruk. I tillegg skal oppgaven ha en oversiktlig struktur. Oppgaven skal ikke være plagiat, alle bacheloroppgaver blir elektronisk kontrollert for plagiat. I følge Dalland (2012, s. 80) betyr plagiat å utgi andres arbeid som om det er ens eget, dette regnes som fusk.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

4.1.1 Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation (2008) Av: Margareta Østman (Sverige)

Introduksjon: Forskeren ville med denne studien undersøke barn i alderen 10-18 år sine opplevelser og erfaringer med å ha en mor eller far med alvorlig psykisk lidelse.

Metode: Studien er kvalitativ og det ble brukt intervju for å samle inn datamateriale. Det var 8 barn i alderen 10-18 år som deltok, fem av barna var jenter. Studien er etisk godkjent og tar hensyn til barna som en sårbar gruppe.

Funn: I studien kom det frem både positive og negative sider ved å ha en psykisk syk forelder. Temaene som gjald kjærlighet, modenhet og ansvar ble ofte beskrevet av barna som positive konsekvenser ved å ha en forelder med psykisk lidelse. Temaene om samtale, frykt, skyld, ensomhet, og stigma derimot ble oftest beskrevet som negative konsekvenser.

Barna savnet noen de kunne snakke med. Det var ensomt og ikke hadde noen å dele følelsene og tankene sine med. Alle barna hadde opplevd frykt, hvor endringen hos den psykisk syke forelder og frykt for at forelderens skulle begå selvmord kom frem. Skyld var også noe som kom frem. Barna følte skyld for forelderens psykiske lidelse, for at de ikke håndterte situasjonen, og for at de ikke hjalp til nok. Barna følte at deres familie ble stigmatisert av andre, ved at de ikke ble sett på som en «normal» familie. På en annen side uttrykket barna at det var glad i sin forelder uavhengig av sykdom. Det kom også fram at barna følte at det ble mer modne av å ha en forelder med psykisk lidelse (Østman, 2008).

4.1.2 You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness (2010) Av: Kim Foster (Australia)

Introduksjon: Forskeren ville med denne studien undersøke opplevelser voksne barn hadde som følge av å ha en forelder med alvorlig psykisk lidelse, og hvordan de hadde taklet det.

Metode: Studien er kvalitativ og bygger på deltakernes opplevelser av å ha vokst opp med en psykisk syk forelder. 10 personer, inkludert forskeren selv deltok i studien, det var 8 kvinner og 2 menn i alderen 25-57 år. Det ble benyttet intervju for å samle inn data, som ble skrevet ned og sendt tilbake til deltakerne for godkjenning og evt. retting. Studien er etisk godkjent.

Funn: I studien kom det frem at 7 av deltakerne hadde utviklet angst og depresjon. 8 hadde opplevd emosjonell, fysisk og/eller seksuelt misbruk av den psykisk syke forelderens. Av opplevelser deltakerne hadde erfart, var det 4 temaer som gikk igjen. De hadde opplevd

usikkerhet, kjempet for tilhørighet, påtatt seg ansvar for familien og vært opptatt av å søke balanse i livet. Erfaringene deltakerne hadde opplevd hadde preget mange i voksenlivet. Mange hadde hatt vansker med å etablere relasjoner med andre, noen hadde også hatt problemer med dette i forhold til sine egne barn. På dette området vil forebyggende arbeid være viktig, med tidlig indentifisering og ivaretagelse av informasjon og støtte. Støtten disse barna får, vil kunne styrke deres resiliens og evne til mestring (Foster, 2010).

4.1.3 Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff (2011) Av: Louise O'Brien, Patricia Brady, Melanie Anand & Donna Gillies (Australia)

Introduksjon: Forskeren ønsket å få en bedre forståelse av erfaringer, utfordringer og behov barn, foreldre, foresatte og personal har når barn besøker sin forelder på psykiatrisk avdeling, i håp om å kunne bedre praksis. Denne artikkelen bygger på personalets sitt syn om tema.

Metode: Kvalitativ metode ble brukt, hvor dataene ble hentet gjennom intervju. 9 ansatte ved en psykiatrisk avdeling deltok i studien, flertallet var sykepleiere. Studien er etisk godkjent.

Funn: I studien kom det frem at personalet opplevde å være i et dilemma når barn besøkte forelderen sin på den psykiatriske avdeling. Personalet uttrykket manglende prosedyrer, retningslinjer, verktøy og kunnskap, dette førte til at mange var usikre i sin rolle i møte med barna. Det kom også frem utfordringer knyttet til å være en familievennlig avdeling, som blant annet var knyttet til manglende besøksområder på avdelingen hvor barn og familien kunne oppholde seg når det var på besøk (O'Brien, Brady, Anand & Gillies, 2011a).

4.1.3 Support for children of service users in Norway (2013)

Av: Camilla Lauritzen og Charlotte Reedtz (Norge)

Introduksjon: Forskerne ville med denne studien undersøke hvordan den nye lovendringen følges opp, hvor de blant annet ville undersøke om negative holdninger blant personalet eller organisatoriske hindringer kunne være årsaker til manglende oppfølging.

Metode: Studien er kvalitativ, deltakerne jobbet i det psykiske helsevernet i de største regionale sykehusene i Nord-Norge. Det var 242 som deltok. 58 hadde svart på spørsmål om utfordringer i møte med barn av psykisk syke forelder, og 184 om hvordan praksisen kunne forbedres. Dataene ble samlet via internett og analysert vha. kvalitative metoder.

Funn: Det kom frem flere utfordringer for å kunne identifisere og følge opp barn som pårørende, som hovedsakelig gjaldt organisatoriske problemer, som mangel på tid, ressurser, opplæring, lederstøtte, økonomiske ressurser og verktøy. Pga. manglende kompetanse var det mange som var usikre i møte med barna. Det kom også frem at mange ansatte var redde for å

blande seg inn i barnas situasjon, i frykt for å bryte tilliten de hadde med klienten sin. Problemer tilknyttet personals holdninger kom også frem, da noen opplevde ansattes manglende interesse og engasjement som utfordrerne. De som deltok i studien uttrykket behov for opplæring, kompetansehevning, rutiner, prosedyrer og et godt tverrfaglig samarbeid, som nødvendige tiltak for å bedre kunne ivareta disse barna. Viss ikke organisasjonen og ansatte blir bedre forberedt og rustet på området vil ikke praksis kunne endres (Lauritzen og Reedtz, 2013).

4.5 Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children (2011) Av: Louise O'Brien, Melanie Anand, Patricia Brady & Donna Gillies (Australia)

Introduksjon: Med denne studien ville forskerne undersøke opplevelser barn i forhold til når de skal besøke sin forelder på psykiatrisk avdeling. Denne studien bygger på barns, foreldre og foresattes syn på tema.

Metode: Studien er kvalitativ hvor det ble brukt intervju som innsamlingsmetode. 13 personer deltok i studien. 8 var foreldre som hadde vært innlagt, 3 var foresatte som hadde omsorg for barnet og 5 barn i alderen 8 -15år. Studien er etisk godkjent, og tok hensyn til barna i studien.

Funn: Det kom frem flere utfordringer knyttet til det å ta barnet med på avdelingen. Foresatte med omsorg for barnet var usikre på om det var bra og ta med barnet, de savnet råd om dette. De voksne uttrykte at personalet tok for lite hensyn til barna når det kom på besøk, det var mangel på besøksområdet, og for lite støtte fra personalet. Barna i studien uttrykket at de ønsket å besøke forelderen, det ønsket å bli involvert. Barna følte seg lite sett av personalet, det savnet kontakt og informasjon. Besøksområdet var en utfordring for alle partene i studien, manglende områder, førte til bekymring. Og barna opplevde den psykiatriske avdelingen skremmende. Deltakerne opplevde sykehusbesøkende som vanskelige, mye var knyttet til den manglende støtten de fikk av personale (O'Brien, Anand, Brady & Gillies, 2011b).

4.2 Kort oppsummering av hovedfunn

Barna mangler støtte, kontakt, og informasjon fra personal. De har behov for å ha noen å snakke med og de har behov for informasjon om forelderens psykiske lidelse. Støtten barna kan bidra til å styrke deres resiliens og evne til mestring. På en annen side kom det frem at personellet var usikre i sin rolle i møte med barna, de uttrykket blant annet manglende kunnskap, rutiner, ressurser og prosedyrer for å ivareta barna.

5.0 Diskusjon

5.1 Kommunikasjon

5.1.1 Hensyn i forhold til kommunikasjon med barna

Som nevnt tidligere er kommunikasjon viktig for å kunne bli kjent med og for å etablere relasjon med barn (Grønseth og Markestad, 2011, s. 81). Sykepleier på psykiatrisk avdeling kan møte barnet i ulike situasjoner, eksempel når barnet kommer på besøk, eller kommer på avdelingen til planlagte samtaler. Kommunikasjon vil være viktig i møte med barnet, og her er det ulike ting en må ta hensyn til. Vi må blant annet kommunisere på en slik måte at barnet forstår. Som nevnt er det derfor viktig å ta hensyn til barnets utvikling, dermed barnets alder (Eide og Eide, 2007, s. 358). Barn og unge i alderen 12 år og oppover kan i store trekk følge en «voksen» verbal dialog. Men de er fortsatt barn, som trenger aksept, støtte og hjelp (Eide og Eide, 2007, s. 372). Travelbee legger vekt på menneskets unikhhet. Hver enkelt menneske er annerledes enn andre på sin egen unike måte. I tillegg til arv og miljø, vil det ha sammenheng med livserfaringene. Mennesker vil reagere ulikt på sine erfaringer (Travelbee, 1999, s. 57). Derfor vil vært enkelt barn reagere forskjellig på sine erfaringer og opplevelser av og ha en psykisk syk forelder. I følge Moen (2012, s. 38) vil sykdommens alvorlighetsgrad, relasjonen barnet har til den syke, barnets personlighet og alder, ha betydning på hvordan de vil reagere. For å forstå barnets reaksjoner og opplevelser, må en snakke med barnet og kjenne til sykdomsbildet til forelderen og hvordan den arter seg. Det vil være viktig å møte de enkelte barnet der de er (Moen, 2012, s. 38).

5.1.2 Behov for informasjon og samtale

Som nevnt er helsepersonell pliktig i å bidra til å ivareta barnas behov for informasjon og oppfølging (Helsepersonelloven, 1999). Studier viser at barna savner informasjon og noen de kan snakke med (O`Brian et al., 2011b), (Foster, 2010), (Østman, 2008). På en annen side kommer det frem fra studier at helsepersonell føler seg usikre i sin rolle i møte med barna (Lauritzen og Reedtz, 2013) og (O`Brian et al., 2011a).

I følge Ruud (2011, s. 189) er informasjon viktig for at barnet skal knytte mening til det de opplever og for å mestre situasjonen. Men hvilken informasjon ønsker barna? I studien O`Brian et al. (2011b) kom det frem at barna ønsket informasjon og forklaring på situasjonen, og hvorfor forelderen var blitt innlagt. Foster (2010) beskriver at pga. manglende informasjon og dermed manglende forståelse trodde mange at forelderen og sykdommen var en og den samme. Uten å vite at forelderen hadde en psykisk lidelse var mange ute av stand til å skille

mellom sykdom og person. Studien av Østman (2008) kom det frem at barna var redd endringen som skjedde med forelderen sin, noe som var knyttet til at de manglet forståelse. Studiene viser at barn trenger informasjon for å kunne forstå og mestre situasjonen. Men selv om det vil være nødvendig å dekke barnets behov for informasjon, må vi også forholde oss til taushetsplikten. Helsepersonell må innhente samtykke fra forelderen (pasienten) for å gi barnet informasjon. Forelderen kan selv bestemme hva som skal gis av informasjon og hva som ikke skal gis. Dette kan føre til at en kommer i et dilemma i forhold til å gi barnet informasjon om forelderens tilstand viss ikke forelderen ønsker at de skal vite noe (Helsedirektoratet, 2010).

I tillegg til informasjon, viser studier at barna har behov for å få snakket om situasjonen. I følge Ruud (2011, s. 187) kan det å ha noen å snakke med både være godt og nødvendig. Taushet og at ingen orker å dele eller lytte øker belastningen på barnet med psykisk syk forelder. Dette bekreftes i studien til Østman (2008), hvor barna uttrykte behov for å få snakket om sine opplevelser. Det var positivt å ha noen å snakke med, det lettet situasjonen. Likevel var det mange som hadde få å snakke med i hverdagen. Dette førte til at mange av barn ble forlatt med sine tanker og følelser, uten at noen lyttet og forklarte. Barna kan sitte med ulike opplevelser av å ha en psykisk syk forelder, som de kan ha behov for å snakke om. Det kan være opplevelser av skyld, ensomhet, frykt og stigma, som kom frem i studien til Østman (2008). I tillegg kan barna slite med følelsen av usikkerhet som kom frem i studien til Foster (2010).

Att barn med psykisk syke foreldre kan oppleve skyldfølelse bekreftes både av Ruud (2011, s. 191) og Kufås et al. (2004). I tillegg til skyld for sykdommen, uttrykket også noen barn skyld for at de ikke hjalp til nok (Østman, 2008). Som nevnt stiller barn i alderen 12 år og oppover ofte store krav til seg selv. De føler ofte at de ikke er flinke nok eller har oppført seg slik de skulle (Eide og Eide, 2007, s. 372). Når en møter barn og unge som strever med skyldfølelse, er det viktig å først møte barnet på den måten de tenker, for senere å justere seg inn mot mer hensiktsmessige tenkemåter (Ruud, 2011, s. 39).

Men hvorfor blir ikke barnets behov for informasjon og samtale ivaretatt? I følge Moen (2012, s. 27) finnes det mange forklaringer på hvorfor fagfolk ikke har snakket med barna, hvorfor det ikke anser det som sin oppgave. Usikkerhet og behov for mer kunnskap om barns utvikling, og om hvordan de skal snakke med barna om vanskelige tema er noen eksempler. I Studie av Lauritzen og Reedtz (2013) uttrykket helsepersonell behov for kompetanseheving

og opplæring, da mange følte seg lite kompetente i møte med barna. Dette bekreftes også i studien til O`Brian et al. (2011a) hvor ansatte manglet kunnskap og aldersrelaterte verktøy for å møte barna. Pga. usikkerhet knyttet til rollen i møte med barna, var de mange som ble passive i møte med dem. Killen (2013, s. 205) beskriver at kompetansehevning både er et faglig etisk ansvar og en utfordring for den enkelte uøver og profesjon, for utdanningsinstitusjonene og for arbeidsgiver. Samfunnet har det overordnede ansvaret. Kunnskap er nødvendig for å kunne se og forstå.

5.2 Tilrettelegging i og utenfor avdelingen

5.2.2 Organisatoriske forhold

I følge Helsedirektoratet (2010) vil det være viktig å avgrense hvem som skal ta initiativ ovenfor foreldre og barn, her bør virksomheten lage retningslinjer om arbeidsoppgavene og rutinene rundt det å ivareta barn som pårørende. Foster (2010) beskriver at sykepleiere er i en unik posisjon til å gripe inn tidlig, og gi informasjon og støtte til barn og familier hvor forelder har psykisk lidelse. På en annen side rapporteres det i studier av Lauritzen og Reedtz (2013) og O`Brian et al. (2011a) utfordringer knyttet til å ivareta barna, helsepersonell manglet blant annet prosedyrer og rutiner på dette.

Som nevnt tidligere har barn av psykisk syke foreldre økt risiko for å oppleve uheldige konsekvenser som omsorgssvikt og psykisk lidelse (Torvik og Rognmo, 2011). Dette bekreftes i studien til Foster (2010), hvor 7 hadde utviklet psykisk helseproblemer og 8 hadde opplevd omsorgssvikt. Det er nødvendig med gode prosedyrer for hvordan håndtere situasjoner med omsorgssvikt. Helsepersonell må vite hvilke kanaler de skal benytte for å få videre med en bekymring (Skagestad, 2008, s. 120). Men i studien til Lauritzen og Reedtz (2013) beskrev helsepersonell at de manglet prosedyrer, og var derfor usikre på hvordan de skulle gå frem. Lauritzen og Reedtz (2013) avdekket også at helsepersonell var redd for å blande seg inn i barnets situasjon i redsel om å ødelegge forholdene de hadde med pasienten. Og de ønsket som nevnt opplæring og kompetanse. I følge Moen (2012, s. 27) kvier ofte ansatte i hjelpeapparat seg for å melde ifra til barnevernet, av frykt for at barna skal bli tatt ut av hjemmet. På en annen side er helsepersonell lovpålagt til å melde i fra viss det er mistanke om at barnet blir mishandlet hjemme eller at barnet blir utsatt for andre former for omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2010). I studien av Lauritzen og Reedtz (2013) kom det frem at helsepersonell ønsket å jobbe sammen i grupper, for å støtte hverandre og for å kunne tilegne

kunnskap fra hverandre. De ønsket å være i grupper med engasjert og motiverte personell. I følge Skagestad (2008, s. 120) er et godt tverrfaglig samarbeid avgjørende for å ivareta barna. Likevel kom de frem i studie av Lauritzen og Reedtz (2013) at det tverrfaglige samarbeidet kunne vært bedre. Tverrfaglig samarbeid blir tatt opp også senere i oppgaven.

I forhold til organisatoriske forhold vil jeg også trekke frem barneansvarlig personell. I spesialheletjenesten er de lovpålagt å ha barneansvarlig personell (Helsedirektoratet, 2010), Norge er det eneste nordiske landet som har denne lovpålagte ordningen (Halsa og Kufås, 2012, s. 205). Barneansvarlig personell skal bidra til at barna blir ivaretatt, ved å sette arbeid i system, holde helsepersonell oppdatert og fremme barnets interesser (Helsedirektoratet, 2010). Denne ordningen krevet at institusjonene sikrer nødvendig kapasitet, kompetanse og tid til dem som har dette ansvaret (Halsa og Kufås, 2012, s. 205). Likevel kommer det frem i studie av Lauritzen og Reedtz (2013) at det var for få ansatte i denne stillingen. Det barneansvarlige personellet følte seg utslitt i arbeidet, de manglet tid og ressurser. De ønsket at det skulle vært flere i stillingen, da de ofte følte seg alene med ansvaret. I følge Lauritzen og Reedtz (2013) kom det også frem at noen manglet motivasjon og interesse for å ha denne rollen. På en annen side opplevdes det også som utfordrende å være en «vakthund», det var krevende å sørge for at de andre gjorde det de skulle (Lauritzen og Reedtz, 2013).

På besøk

Det er i dag fortsatt avdelinger som har strenge regler for hvem som kan komme på besøk, samt manglende rutiner for hvordan ivareta barna når foreldre blir innlagt. Forklaringer kan være mange, som at det ikke er egnet besøksrom, barna er for unge, eller pasienten må skjermes (Moen, 2012, s. 32). Men hva med barnet? I følge studien av O`Brian et al. (2011b) ønsker barna å besøke sin innlagte forelder, de beskrev det som viktig for dem å besøke forelderen. Likevel kom det frem ulike utfordringer knyttet til besøket. I følge Ruud (2011, s. 187) vil det for mange barn være godt å få se avdelingen der mor eller far er innlagt og få møte personalet. Når barna kommer på sykehuset, vil tabuet kunne brytes ned, og fantasier og forestillinger som barnet eventuelt har, kan bli mindre skremmende.

På en annen side vil det være viktig å skjerme barnet mot sterke inntrykk når de er på besøk (Ruud, 2011, s. 187). I studien av O`Brian et al. (2011b) kom det frem at barna opplevde den psykiatriske avdelingen som skremmende, de var redde for de andre pasientene som var innlagt. På en annen side var det ingen som uttrykket at de var redd sin psykisk syke forelder, eller følte seg utrygg i forelderens nærvær. I følge Moen (2012, s. 33) vil det være viktig med

egne besøksrom når barna kommer på besøk. Likevel viser studier at familievennlige besøksrom er manglende, og det er noe barn, foresatte og personal har uttrykket som en utfordring, og en bekymring i forhold til at barnet da kunne bli utsatt for støy og bisarre inntrykk (O`Brian et al., 2011a) (O`Brian et al., 2011b).

Det vil være viktig med tilrettelegging viss barnet skal komme på besøk. Det må legges til rette når det gjelder tid, sted, mulighet for å trekke seg tilbake, til å få avsluttet besøket når de selv ønsker, at det er mulig å leke, se i en bok og lignende (Moen, 2012, s. 33). I tillegg vil det også være viktig å forberede barnet før besøket (Ruud, 2011, s. 187). Likevel kom det frem i studien til O`Brian et al. (2011b) at foresatte og barna opplevde lite støtte fra personalet når de kom på besøk. Foresatte savnet blant annet råd om hvordan forberede barnet til besøket og når det var best å komme. I tillegg kom det frem at barna følte seg lite sett av personalet, de var ingen som pratet med dem. Barna ønsket kontakt med personalet. I tillegg uttrykket barna at besøkene var kjedelige, da det ikke var aktiviteter for dem. Barna ønsket et tilrettelagt besøksområde med aktiviteter (O`Brian et al., 2011b). Ansatte følte at de var i et dilemma når barnet kom på besøk, de var usikre på sin rolle, med manglende retningslinjer og rutiner, samtidig som det var en utfordring ved at avdelingen ikke var familievennlig (O`Brian et al., 2011a).

Familiesamtaler

I følge Foster (2010) vil det være viktig å trekke inn familien når det er snakk om barn av foreldre med psykisk lidelse. Støtte til familien kan hjelpe med å opprettholde relasjonene innad i familien, samtidig som det støtter familien som helhet. På en annen side kom det frem i studie av Lauritzen og Reedtz (2013) at helsepersonell synes det var vanskelig å vite hvordan de skulle tilnærme seg familien, og hvordan de skulle etablere tillit til dem.

Familiesamtaler er et eksempel på familiefokusert støtte. I følge Helgeland (2012, s. 187) har familiesamtaler en forebyggende effekt når det gjelder å forebygge utvikling av psykisk lidelse hos barn som har en forelder med psykisk lidelse. Familiesamtaler er derfor viktig for å ivareta barnet. I følge Helgeland (2012, s. 188) er målet med samtalene å gi barnet og voksne informasjon om den psykiske lidelsen, samtidig som det gir mulighet for familien til å snakke sammen om situasjonen. Dermed kan også tabuet blir brutt (Helgeland, 2012, s. 188).

Som nevnt tidligere påvirkes ikke bare pasienten av sykdommen, men hele familien vil bli påvirket (Skårderud et al., 2010, s. 33). Foster (2010) hevder at å ha en psykisk syk forelder kan føre til et kaotisk familieliv. Det bør legges vekt på familien. Det er ikke bare den syke

selv som kan trenge hjelp, men også familien. Sykepleier bør ha fokus på å bli kjent med familien, ved å vise oppmerksomhet, snakke og lytte til dem (Travelbee, 1999, s. 259).

5.2.3 Tilrettelegging utenfor avdelingen

Som tidligere nevnt er det viktig at barn med psykisk syke foreldre har mennesker i nærheten som de har tillit til. Noen som ser hvordan de har det og som kan formidle trygghet til barnet (Sølvberg, 2011, s. 63). Dette bekreftes i studien av Østman (2008), hvor barna beskrev det sosiale nettverket utenfor familien som viktig. En plass hvor de kunne føle seg vell. Foster (2010) hevder at støtte fra andre kan styrke barnets resiliens og evnen til å takle situasjonen.

Helsepersonell bør skaffe informasjon om lokale samarbeidspartene som kan følge opp barnet, som helsestasjonen, skole, barnevern. Samarbeid med andre har mye og si for at barnets behov skal kunne dekkes på en god og langsiktig måte (Helsedirektoratet, 2010). Selv om det tverrfaglige samarbeidet blir beskrevet som viktig for ivaretagelsen av barnet, kom det frem i studie at det tverrfaglige samarbeidet kunne vært bedre (Lauritzen og Reedtz, 2013). Det kom blant annet frem at helsepersonell var redde for å trenge seg inn på andres arbeidsområder, som f.eks. barnevern. I tillegg kom det frem at det ikke alltid ble rapport når det skulle, i redsel for å ødelegge relasjonen de hadde til pasienten (forelderen) (Lauritzen og Reedtz, 2013). I følge Killen (2013, s. 214) er det viktig å sette ord på de ulike utfordringene, før det har blitt en belastning for samarbeidet. Samtidig vil kompetanseheving og respekt for hverandres profesjoner være avgjørende.

Når det gjelder støtte utenfor hjemmet, kan gruppetilbud bli benyttet, hvor barnet får møte andre barn i samme situasjon. I følge Ruud (2011, s. 193) er det flere steder i landet gruppetilbud til barn med foreldre som har psykisk lidelse. Og mange barn uttrykker det som positivt å få treffe andre som er i samme situasjon. På en annen side kan det være utfordrende å få ungdom med på dette, da de ofte verger seg for å delta på arrangementer der de ikke kjenner noen (Blindheim og Thorsnes, 2011, s. 188).

6.0 Konklusjon

Det er ikke bare den syke forelderen som blir påvirket av den psykiske sykdommen, men også familien, og dermed blir også barna påvirket. I forskning kommer det frem at barna kan oppleve ensomhet, frykt, skyld og usikkerhet. I forhold til disse barna er det viktig med tidlig identifisering og oppfølging. Fra forskning vises blant annet at disse barna får manglende informasjon. Barna trenger informasjon og kunnskap til å forstå hva som skjer. Samtidig kom det frem at barna hadde behov for å snakke om situasjonen. Familiesamtaler kan være et tiltak som dekke det behovet. Sykepleiere på psykiatrisk avdeling er i en unik posisjon, til å tidlig identifisere og følge opp barna, noe som er et viktig forebyggende arbeid. Likevel viser det fra studiene at barna ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, blant annet fordi helsepersonell er usikre på hvordan de skal gå frem.

Selv om det er lovpålagt å ivareta disse barna, ser det ut som det er en vei å gå før dette blir tilstrekkelig utført i praksis. Praksis må endres. Helsepersonell trenger gode rutiner, prosedyrer, ressurser, kompetanseheving, og et godt tverrfaglig samarbeid. Helsepersonell må vite hvordan de skal håndtere de ulike situasjonene. Helsepersonell og organisasjonen må være tilstrekkelig rustet og klar.

7.0 Referanseliste

- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, Konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blindheim, K., & Thorsen, S. L. (2011). Ungdom som pårørende- læring og mestring. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s.185-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 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- 219). Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag
- 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.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv IS-5/2010). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2.juni 1999 nr 64*. Hentet 11. Januar 2015 fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W., & Eide, B. (2006). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe
- Killen, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.

- Killen, K. (2008). Omsorgssvikt og barnemishandling. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst: om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (side 445-469). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(21/22), 3143-3151. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x
- Kufås, E., Lund, K., & Myrvoll, L. R.(2004). Foreldre med psykiske problemer – Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*,1(3), 35 -48.
- Kvello, Ø. (2008). Transaksjonsmodellen: Mennesker og miljø utvikler hverandre. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst: om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (s. 203 -231). Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2013). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16(10), 12-18.
- Moen, G. L. (2012). *Barns møte med psykisk lidelse: en datters historie*. Cappelen Damm Akademisk.
- NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Hentet 14. Januar 2015 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- O'Brien, L., Anand, M., Brady, P., & Gillies, D. (2011b). Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20(2), 137-143. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x
- O'Brien, L., Brady, P., Anand, M., & Gillies, D. (2011a). Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20(5), 358-363. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00740.x
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Singleton, L. (2007). Mental health. Parental mental illness: the effects on children and their needs. *British Journal Of Nursing*, 16(14), 847-850.
- Skagestad, T. (2008). *Se meg!: å vokse opp med syke foreldre*. Oslo: Noars Ark.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – Kropp – Samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sletbak-Akerø, T. (2014, 10. Februar). *Barn får ikke oppfølging de har krav på*. Hentet fra: <http://www.nrk.no/livsstil/-tar-ikke-barna-pa-alvor-1.11492639>
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende: samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk*. (Folkehelseinstituttet Rapport nr 4, 2011) Oslo: Folkehelseinstituttet
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «Hva er et pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B.S.M. Haugland., B. Ytterhus., & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s.18 – 43). Oslo: Abstrakt forlag.
- Østman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mentall illness – Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62(5)354-9.

Vedlegg I

Fremgangsmåte for søkeprosessen

CINAHL	Søkeord	Avgrensing	Treff
1	«Children of Impaired Parents» OR «Parents, Disabled»,	Ingen	5527
2	«Children of Impaired Parents» AND «nurs*»,	Ingen	109
3	«Children of Impaired Parents» AND «nurs*»,	Fra 2005 <	66

Artikkel: Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff

Artikkel: You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness

CINAHL	Søkeord	Avgrensing	Treff
1	Children of Impaired Parents AND psychiatric facilities*	Ingen	4

Artikkel: Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: Perspectives of parents, carers, and children.

CINAHL	Søkeord	Avgrensing	Treff
1	children of impaired parent AND Norway	Ingen	8

Artikkel: Support for children of service users in Norway.

SveMed+	Søkeord	Avgrensing	Treff
1	children of impaired parent		118
2	children of impaired parent	2005<	79

Artikkel: Interviews with children of persons with a severe mental illness—Investigating their everyday situation.

