



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Sara Terese Osland		

Deltakar

Namn:	Helene Næss
Kandidatnr.:	5
HVL-id:	246519@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 9616 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



**Høgskulen
på Vestlandet**

Barn som pårørende

«Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til foreldre med bipolar lidelse?»

Mari Knagenhjelm Wilhelmsen

&

Helene Næss

Kandidatnr: 36 & 5

Bachelor i sykepleie, SK152

Avdeling for helsefag/ Høgskolen på Vestlandet/ Campus Førde

Desember 2017

Antall ord: 9616

Veileder: Sara Osland

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: Oppgaven handler om å ivareta barn som pårørende med en forelder som har bipolar lidelse (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012) forklarer at barn ikke er pårørende slik en voksen er som pårørende. Barna burde slippe oppgaver og ansvar som blir for store for dem, men at de likevel er unike og har viktige oppgaver i familien. Barna har et spesielt bånd med sine foreldre. De støtter dem i godt og vondt, men trenger gjerne hjelp til å mestre situasjonen i de står i.

Problemstilling:” Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til foreldre som har bipolar lidelse?”

Fremgangsmåte: Denne oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Dette for å kunne se hva som er praksis i dag.

Oppsummering: Gjennom det å drøfte litteraturen vi har med i oppgaven, ser vi at god kommunikasjon og relasjon med barnet er viktig for å kunne ivareta barnet. Det vi ser er at alle barn er forskjellige og man må tilpasse seg hvert enkelt barn for å se behovene de har og kunnskap om barnets utvikling i ulike aldre. Barnet trenger informasjon for å kunne forstå hva som skjer med mor eller far. Vi som sykepleiere må kunne veilede foreldrene så det kan bli enklere å få bedre kommunikasjon i familien. Familien skal ivareta barnet best mulig selv, samtidig som vi kan hjelpe til ved å støtte, informere og veilede dem underveis. Vi både ser og mener at det burde vært et større fokus på barn som pårørende innenfor psykisk helse i sykepleierutdanningen.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	2
1.3 Oppgavens disposisjon	2
2. Metode	3
2.1 Valg av metode	3
2.2 Søk og utvalgsprosessen for litteratur	3
2.3 Søk og utvalgsprosess forskning	4
2.4 Kildekritikk	4
3. Teori.....	5
3.1 Bipolar lidelse	5
3.2 Barn som pårørende.....	6
3.2.1 De oversette barna	7
3.2.2 Konsekvensene	7
3.3 Sykepleieteoretisk perspektiv	8
3.3.1 Kommunikasjon.....	8
3.4 Barn av foreldre med bipolar	10
3.4.1 Resiliens	10
3.5 Lovverk og andre offentlige føringer	11
4. Forskningsresultater	12
4.1 Studie 1	12
4.2 Studie 2	13
4.3 Studie 3	13
4.4 Studie 4	14
4.5 Studie 5	15
5. Drøfting.....	16
5.1 God relasjon skaper tillit.....	16
5.2 Barns opplevelse.....	18
5.3 Informasjon og samtale.....	20
5.4 Tverrfaglig samarbeid.....	22
6. Konklusjon.....	24
Bibliografi	26

Vedlegg 1

1. Innledning

Barn som vokser opp med psykisk syke, somatisk syke eller rusavhengige foreldre opplever bekymring og har høyere risiko for å utvikle psykiske, sosiale og atferdsmessige problemer enn andre barn. Barna har også større risiko for å oppleve konflikt med familien, dårligere foreldrefungering og omsorgssvikt. Foreldres sykdom eller rusavhengighet vil innvirke på foreldrerollen og barnas oppvekstmiljø. Barn som vokser opp i familier med bipolar lidelse kan klare seg bra til tross for risiko (Helsedirektoratet, 2017).

I følge Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2015), har 50 000 nordmenn alvorlige, kroniske psykiatriske tilstander, der 20 000 av de har varige behandlings og bistandsbehov. De syke har også foreldre, barn, kjærester og partnere, som ofte vil lide på grunn av andres lidelser.

I 2015 ga helsedirektoratet ut en rapport om "Barn som pårørende" på bakgrunn av en multisenterstudie. Mange barn som pårørende får ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå foreldrenes sykdom og konsekvenser av den. Studien handlet om barn som pårørende i forhold til den nye lovendringen som ble satt i 2010. Innholdet i multisenterstudiet bestod av informasjon om 534 familier, av de var det 199 i psykisk helsevern. Målet med studien var at barn med foreldre i spesialisthelsetjenesten skulle få ny kunnskap om situasjonen de levde i (Helsedirektoratet, 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vår psykiatripraksis var vi på en ungdomsavdeling. Vi hadde ingen erfaring om psykiatri fra tidligere av, men dette var noe som vekket vår interesse. Vi valgte å komme til samme avdeling i fordypningspraksis for å lære mer. På bakgrunn av våre erfaringer ønsker vi å fokusere på barn som pårørende og videre avgrense dette til at en av foreldrene har en bipolar lidelse. Bipolar lidelse er en sykdom som rammer mange mennesker. Vi har vært borti barn med denne sykdommen i praksis. Hvordan er det for pasienten å leve med en psykisk lidelse, og hvordan er det å være et barn som pårørende til den psykisk syke? Ved denne oppgaven ønsker vi å gå dypere inn på hvordan det er å være barn som pårørende.

1.2 Problemstilling med avgrensning

“Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til foreldre med bipolar lidelse?”

Psykiske lidelser hos barn og pårørende har et stort omfang, så det er nødvendig å avgrense problemstillingen. Vi har valgt å fokusere på barn i alderen 7-14 år som pårørende, der en av foreldrene har en bipolar lidelse. Barn i denne aldersgruppen har behov for informasjon på ulike måter, de mindre barna trenger gjerne informasjon som er lettere å forstå enn de større barna som gjerne har mer forståelse for det som skjer i hjemmet.

Vi som sykepleiere har ofte kontakt med hele familien, vi må se og ivareta både pasient og pårørende. Videre har vi valgt å ikke fokusere på om det er mor eller far som har bipolar lidelse grunnet muligheten for å finne mer relevant forskning. Vi har også valgt at begge foreldrene bor sammen med barnet, men at det er kun en av dem som er syk.

1.3 Oppgavens disposisjon

Under kapittel 2 presenteres metode, valg av metode, søk og utvalgsprosessen for litteratur og forskning, samt kildekritikk.

Kapittel 3 er teoridelen der vi har valgt å presentere det faglige ut ifra vår problemstilling. “Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til foreldre med bipolar lidelse”. Videre har vi valgt å presentere teori med tema: «Bipolar lidelse, barn som pårørende, de oversette barna, konsekvensene, sykepleieteoretisk perspektiv, kommunikasjon og informasjon, barn av foreldre med bipolar lidelse, resiliens, lovverket og andre offentlige føringer, samt forskningsresultater».

I kapittel 4 går vi gjennom forskningsartiklene som vi har valgt å bruke. Kapittel 5 består av drøfting, forskning og egne meninger som er relevant til oppgaven vår. Tilslutt har vi kapittel 6 som inneholder konklusjon der vi oppsummerer og svarer på problemstillingen.

2. Metode

2.1 Valg av metode

Metode sier noe om hvordan vi bør gå fram når kunnskap skal fremskaffes eller etterprøves. Det trengs ulike metoder til å få fram ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige og holdbare. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er fordi akkurat den metoden egner seg best til å belyse det spørsmålet eller problemstillingen vi har stilt på en best mulig måte (Dalland, 2017). Metoden hjelper til å samle inn informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. En metode kan bestå av kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter.

De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper, institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017). Vi har valgt å bruke kvalitative metoder og kvantitativ metode fordi vi ønsket å få bredt spekter av deltakelses meninger og opplevelser samt de målbare enhetene.

2.2 Søk og utvalgsprosessen for litteratur

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie, der oppgaven bygges på kunnskap som allerede finnes. Litteraturen er viktig for å kunne drøfte problemstillingen vår. Vi har funnet mange bøker og artikler som handler om barn som pårørende, blant annet "Barn som pårørende (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012), De usynlige barna (Gjertsen, 2013), Profesjonelle barnesamtaler (Gamst, 2001), Barn og ungdom som sørger (Bugge & Røkholt, 2009), Metode og oppgaveskriving (Dalland, 2017), Det barn ikke vet... har de vondt av (Glistrup, 2004), God dag, jeg er et barn (Sundfær, 2012), Resiliens (Borge, Resiliens, risiko og sunn utvikling, 2010), og Kommunikasjon i relasjoner (Eide & Eide, 2017). Vi har brukt bøker som blant annet er anbefalt av vår veileder.

Oppgaven vår bygger på forskningsartikler av kvalitative metoder, kvantitativ metode og faglitteratur. Ved hjelp av Oria som biblioteket på høyskolen anbefalte for oss, fant vi faglitteratur og litteratur som vi syntes var relevante til oppgaven vår. På helsedirektoratet fant vi rundskriv av barn som pårørende og støttetiltak for barn som pårørende. Vi har også brukt helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

2.3 Søke og utvalgsprosess forskning

Søkeord som vi har brukt i våre søk er: bipolar disorder, parents, children, mentally ill, mental health, nurses, invisible, childres as caregivers, disse søkeordene har vi satt sammen og søkt i Svemed + og academic search elite. Vi har brukt begrepene vi har nevnt tidligere i søkeprosessen vår, både på norsk og engelsk. Dette for å finne gode artikler og forskning. Vi avgrenset søket til tidsrommet mellom 2007 og 2017 for å få oppdatert kunnskap innenfor det feltet vi arbeider med. Vi ble også oppfordret til å gjøre dette på skolen. Databasene vi har brukt i søkene våre er Svemed+, Oria og Academic Search Elite. Her fant vi tre studier på engelsk som var relevant til vårt tema, disse er forklart nærmere i kapittel 4. Under vedlegg nederst i oppgaven finner man skjemaet vi har brukt for å vise resultat av søkene. Søkene ble gjort 16.10.2017, 19.10.2017 og 16.11.2017.

Vi søkte også spesifikk i sykepleien.no etter norske forskningsartikler. Her brukte vi søkeordene psykisk syke foreldre og research pårørende psykiatri. Da vi søkte på research pårørende psykiatri fikk vi opp 10 treff. Der fant vi en forskningsartikkel "Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien" (Kletthagen & Smeby, 2009). Da vi søkte på psykisk syke foreldre fikk vi opp 15 treff der vi valgte å bruke forskningsartikkelen "Familieperspektiv i psykisk helsevern" (Berg & Solberg, 2016).

2.4 Kildekritikk

Dalland (2017) forklarer kildekritikk som å vurdere og beskrive litteraturen man har funnet. Videre må en kunne redegjøre hvilke kriterier en har brukt og vise hvordan en har reflektert og relevansen for litteraturen en har brukt. Ved å være kritisk til kildene våre kan vi vurdere i hvilken grad teori og forskningsartikler kan brukes til problemstillingen vår. Vi har valgt å bruke litteratur som ikke er eldre enn 10 år når vi skulle gjøre våre søk. Da vi søkte i de ulike databasene våre avgrenset vi søket fra 2007-2017.

Vi har gjort noen unntak, da vi har brukt bøker som "Mellommenneskelige forhold i sykepleien" (Travelbee, 2001) Denne boken er over 10 år gammel, og dette kan være en svakhet. Vi har likevel valgt å se bort ifra årstall på denne boken, siden vi mener den er troverdig og relevant. Det heller ikke gitt ut en nyere versjon av denne boken. Vi har og brukt "Det barn ikke vet.. har de vondt av" (Glistrup, 2004). Denne boken er fra 2004. Da vi ikke fant noe nyere utgave av denne, ville vi likevel bruke den, da den har mye relevant litteratur som vi ønsket å bruke. Vi har også valgt å bruke Dalland sin bok om metodeskrivning både fra 2017 og 2007 og Borge sin om bok om resiliens fra 2003 og 2010, da vi fant relevant litteratur i den eldre boken som ikke stod i den nyeste.

For å kvalitetssikre forskningen vi fant på ulike databasene, så vi på om de ulike studiene var bygget opp etter det som kalles IMRAD struktur. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat, og diskusjon, den gjør det enklere å se hva som er forskning. Tre av forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven er skrevet på engelsk. En negativ side av dette kan være at vi har tolket feil i løpet av oversettingen (Dalland, 2017).

3. Teori

3.1 Bipolar lidelse

Bipolar lidelse er en av stemningslidelsene og blir delt inn i bipolar type 1 og bipolar type 2. Type 1 er den som er enklest å oppdage, dette grunnet at det går som oftest an å se på personen det gjelder at hun eller han er syk. Her er depresjonene alvorlige og når de er i maniene kan de miste realitetsforankringen. I manien blir det ofte lite søvn og de er overaktiv med ustoppelig energi. For at det skal kunne kalles en mani i en medisinsk- psykiatrisk forstand må denne var i minst en uke. Ved bipolar type to er ikke manien lik, de er mildere og kalles hypomanier, her kan personen ha like mye energi som type 1 men de mister ikke realitetsforankringen. Det både type 1 og type 2 har til felles er at depresjonene kan være like alvorlige (Hummelvoll, 2014).

Mani kommer fra det greske ordet Manía og betyr galskap eller raseri. Manien kan gi en følelse av at man er verdensmester og full av energi. Man kan oppleve å bruke penger på ting man til vanlig ikke ville brukt penger på og hvor mye mer penger enn ellers man bruker. Noen kan utsette seg for situasjoner som ødelegger forholdene til venner, familie og kollegaer. Personen får ofte en depresjon etter manien, der man kjenner på anger og fortvilelse (Hummelvoll, 2014).

Manien oppleves forskjellig, noen opplever mani og går inn i en depresjon rett etterpå, mens andre sliter i perioder kun med depresjonen. Når det gjelder depresjon er symptomene tristhet, pessimisme og lav selvaktelse, men i tillegg kan man føle seg kraftløs og føle at man ikke orker å gjennomføre daglige gjøremål. Mange kan ha en følelse av å ikke orke å bekjempe depresjonen, og føle seg håpløs. En person med depresjon kan også kjenne på kroppslige forandringer som nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag, menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt potens og sexlyst. Depresjonen kommer også i mild, moderat og alvorlig form (Hummelvoll, 2014).

Ved dype depresjoner kan en få selvmordstanker. Depresjonene kan komme i perioder, spesielt hvis en har opplevd en skuffelse, eller hvis en har hatt noen store påkjenninger. Det er viktig at en spør personen om selvmordstankene for å ta eventuelle forholdsregler. Enkelte er åpne og forteller om ønske om å dø, mens andre kan finne på å bruke det som en trussel (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015).

3.2 Barn som pårørende

Barn som pårørende er samlet i en gruppe basert på foreldre som har en av tre sykdommer; psykisk syk, rusmiddelavhengige eller somatisk syke. Sett bort i fra sykdomsgruppene trenger ikke barna ha noe til felles. De er ulike med tanke på alder, religion, utvikling, personlighet og hvordan de fungerer i hverdagen. Det er da viktig å tenke på at alle familier og barn må tas hånd om på ulike måter, og en må se i hvilken grad hver enkelt familie blir påvirket av sykdom og hvordan en skal hjelpe dem (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012).

Et "pårørende barn" forklares ikke likt når det kommer til jus i forhold til hverdagslivet. Ytterhus (2012) forklarer dette begrepet som både enkelt og vanskelig på samme tid. Juridisk sett er vi barn inntil vi fyller 18 år, men vi er likevel våre foreldres barn livet ut. I følge helsepersonelloven §10 a legges det til grunn for at mindreårige barn til pasienten skal bli ivaretatt og få oppfølging av helsetjenesten. Ved mindreårige barn mener de da barn som er under 18 år (Helsepersonelloven, 1999, §10a)

Vi forklarer ofte at man er barn til man har flyttet hjemmefra. Det varierer på når man velger å flytte ut, eller hva som er normal alder for dette. I pasientrettighetsloven § 1-3 går de inn på at det er pasienten selv som velger hvem som er nærmeste pårørende, men hvis pasienten ikke kan gjøre dette selv grunnet alvorlig tilstand, er det helsepersonell som velger pårørende. "De velger ut ifra en rekkefølge; ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står familien nær, verge eller hjelpeverge" (brukerrettighetsloven, 1999 §1-3b).

Når det gjelder barn kommer vi inn på helsepersonelloven § 10a som sier at helsepersonell er pliktig når det gjelder å ta vare på "mindreårige barn som pårørende". De skal blant annet behovet for informasjon og oppfølging. Mens på en annen side kommer pasientrettighetsloven § 1-3 b som sier at helsepersonell bare kan utpeke "myndige barn" som pasientens pårørende (Ytterhus, 2012).

Til slutt har vi også Helsedirektoratets rundskriv IS-5/ 2010: 4 som også sier noe om “barn som pårørende”, men helsedirektoratet skiller da mellom “mindreårige barn” som helsepersonell skal ta vare på ifølge den nye endringen, og “ungdom over 18 år” som skal ha sine rettigheter ut ifra pasientrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2010).

3.2.1 De oversette barna

Mennesker er sosiale vesener. Velvære og livskvalitet avhenger at man har relasjoner til andre mennesker og til det fellesskapet vi ønsker å være en del av. I følge Gjertsen (2013) vektlegger behovet for tilknytning, tilhørighet og mestring blant barn og unge. Barn trenger voksne som ser, aksepterer og verdsetter dem som individer. Mange barn opplever en usynlighet, der foreldre eller familie ikke gir dem omsorgen de trenger (Gjertsen, 2013).

Barn som blir overlatt til seg selv og påtar seg mer ansvar i hjemmet enn de burde, vil gjerne gjøre det som står i deres makt for å skjule dette misforholdet for omgivelsene. Barna synes det er best hvis foreldrenes manglende overskudd ikke oppfattes av andre. Barna forsøker ofte å framstå som lykkelig og ubekymret overfor omverden. Dette kan være vanskelig for de menneskene som møter barnet i det daglige (Glistrup, 2004).

Gjertsen (2013) skriver at det er sammenheng mellom psykiske lidelser og rusmisbruk. Barns opplevelser ligner på hverandre uavhengig om foreldrene er psykisk syke, har rusproblemer eller har somatisk sykdom. Han forklarer at usynlige barn kan handle om å ikke bli sett av egne foreldre, familie eller lærer. Det kan være usynlighet overfor sosiale systemer som skole, SFO og barneverninstitusjoner.

3.2.2 Konsekvensene

Moen (2012) forteller at det er belastende å vokse opp i et hjem med en forelder med psykisk lidelse. Noen barn vil lete etter mer trøst og nærhet og ikke minst varme enn andre, men at det kan på ny føre til krenkelse og lidelse. Det er ikke alle barn som vokser opp med en psykisk syk forelder, som får psykiske vansker selv i senere tid. Det kommer frem at en tredjedel av de som vokser opp i et hjem med foreldre som har psykiske lidelser, utvikler selv alvorlige psykiske lidelser. Videre er det en tredjedel som får moderate vansker og den siste tredjedelen får ingen symptomer på psykiske lidelser.

Det er viktig i en slik situasjon for barna, at hele familien blir ivaretatt. Dette for at barna ikke skal utvikle psykiske lidelser selv og ikke bare den i familien som betegnes som syk. Det blir ofte sagt at det barn ikke vet, har de ikke vondt av. Foreldre her tror at barna ikke vet eller ser hva som skjer i hjemmet. Barna får med seg mer enn de tror, det gjør igjen at barna har det vondt uten at foreldrene ser det (Moen, 2012).

3.3 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbees var psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. Hun hadde fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. I teorien var hun opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt, og ulikt alle andre. Mennesket er hele livet et individ i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 2001). Travelbee sin definisjon på sykepleie er *“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 2001, s. 29).

I følge Travelbee (2001) er ikke bare den syke selv som trenger hjelp til å finne mening i sykdommen. Familien rundt kan og trenge hjelp av den profesjonelle sykepleieren. Den syke er medlem av en familie, og det som skjer med den ene i familien, vil også innvirke på de andre. Sykepleiere betrakter syke menneskers slektninger og besøkende på ulike måter. En sykepleier som overser den sykes familie fordi hun *“ikke er ansatt for å ta seg besøkende, men for å ta seg av de syke”*, narrer seg selv. Alt som angår de pårørende, angår også den syke, og omvendt.

Kommunikasjon krever at det må foreligge en avsender, en mottaker og en mening som forstås av de involverte parter. Det er den prosess sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon, og det midlet den syke og hans familie bruker for å få hjelp (Travelbee, 2001).

3.3.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, gjøre noe delaktig og ha forbindelse med en annen. Kommunikasjon i relasjoner kan defineres som utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer. Begrepet relasjon betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I helse brukes relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Her brukes begrepet om helsepersonells forhold til andre personer, det kan være pasienter, brukere, pårørende, kolleger og andre.

Barn som opplever kriser, trenger hjelp til å mestre dem. Når en i familien der mor eller far blir syk, blir det en stor psykisk belastning. Barn og unge er svært forskjellige, det har med biologiske forutsetninger, livshistorier, utviklingsfaser, og sykdomssituasjoner og gjøre. Hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig, barn og unge befinner seg i sin egen utviklingsspiral og utfordrer vår evne til å kommunisere på den andres premisser, der barnet eller ungdommen befinner seg (Eide & Eide, 2017).

I hvert kontaktforhold er den enkelt utlevert til den andre. De er utlevert av voksne og deres evne til å skape omsorgsfulle og trygge omgivelser. Tilhørighet og tilknytning til omsorgspersoner og venner er avgjørende for barns livskvalitet. Derfor er det en viktig oppgave for sykepleieren å fremme og styrke gode relasjoner barn- barn og barn - voksne (Eide & Eide, 2017).

Barn i alderen åtte til elleve år begynner å se forskjell på fantasi og virkelighet og er stand til å se sosiale sammenhenger og hendelser uavhengig av seg selv. Rett og galt kan forhandles om og diskuteres. De viser større forståelse for andres reaksjoner. Barna har i denne aldersfasen en ganske klar forestilling om seg selv i forhold til andre, noe som gjør at de kan ha glede av å delta i grupper på nye måter, som i en sorggruppe eller en støttegruppe. I en gruppe kan barnet fortelle om seg selv, hobbyer og interesser, og dele tanker om familien og venner og hvem de selv er i forhold til ulike personer (Eide & Eide, 2017).

Barn fra tolv år og oppover kan forestille seg hvordan noe kan være, uten selv å ha opplevd det. De stiller ofte krav til seg selv, og de kan lett føle på at de ikke er flinke nok, eller ikke har oppført seg slik de skulle. Fortsatt er selvfølelsen sårbar, og bekreftelse søkes hos voksne og hos venner. De søker og finner seg selv, sin egen identitet. Mangel på bekreftelse og anerkjennelser kan lett føre til usikkerhet og rolleforvirring. Hjelp til selvstendig kontroll og mestring er viktig i denne aldersfasen. Informasjon er og viktig, fordi barna begynner å se store og voksne ut og har egne, ofte sterke meninger. Det kan lett stilles for høye forventinger til at de skal ordne opp selv. De er fortsatt også barn, og det er derfor viktig med aksept, støtte og hjelp. Ungdommer lærer også av hverandre, så andre ungdommers mestring og forslag til mestring har stor betydning. Grupper med tilbud kan være et godt tilbud (Eide & Eide, 2017).

Hos barn og unge kan det å fremme god kommunikasjon være med å skape mening i situasjonen som vil hjelpe barnet til å forstå det han eller hun har opplevd. La barnet beholde sin verdighet, selv om livssituasjonen er vanskelig. Det er viktig å anerkjenne barnet, godkjenne og akseptere den måten barnet er på. Å kommunisere med barn kan være utfordrende. De tenker og forklarer hendelser annerledes enn voksne. Barn har begrenset hukommelse og språkutvikling bidrar til at det kan oppstå misforståelser. På hvilken måte en tenker om og forstår hendelser, har stor betydning for mulighetene til å mestre (Ruud, 2011).

3.4 Barn av foreldre med bipolar

Barn av foreldre med bipolar lidelse kan binde barna i usunne relasjoner. Dersom foreldrene har langvarige og tunge depresjoner, samt invalidiserende angstlidelser, kan barna være utsatt. Foreldrene her klarer ikke å gi dem tilstrekkelig omsorg, fordi de fokuserer for mye på seg selv og for lite på barnet, eller fordi de mangler energi til å følge opp barnet. I depressive og maniske perioder kan barnet få ansvar og oppgaver i familien som de ikke er aldersmessig eller følelsesmessig modne for (Sundfær, 2012).

“Dype depresjoner eller alvorlige manier som følges av sterk forvirring eller psykoser kan være skremmende for barn i alle aldre. Det er viktig at barn får informasjon om sykdommen til forelderen, og at det settes inn støttetiltak for barnet” (Sundfær, 2012, ss. 28-29).

I følge Gjertsen (2013) blir relasjonene mellom foreldre og barn påvirket av sykdommen. Det kan føre til at barnet blir innadventt eller utagerende og forsøker å mestre situasjonen. Det avgjørende er om usynlige barn og unge blir synlige og selvstendige, noe som gir mulighet til vekst og utvikling, eller om de er passive mottakere av hjelp. Tverrfaglig samarbeid krever samtale og samhandling med barn og unge.

3.4.1 Resiliens

Resiliens handler om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer. Det kommer fram hos barn som viser effektiv og vellykket tilpasning til tross for kriser og truende omgivelser. Noe av det viktigste barn lærer gjennom oppveksten, er sosial tilpasning og sosial kompetanse. Mennesker er sosiale individ. Resiliente barn viser ofte varierende kompetanse på tvers av psykiske funksjoner. I følge Borge (2010) må et barn ha minimum fire av følgende risikofaktorer for å bli definert som et risikobarn. Dette kan være prenatalt stress, helseproblemer, medfødte misdannelser omsorgssvikt.

Sosial kompetanse deles ofte opp i tre undergrupper. Intellektuelle resiliens er tilstede hos risikobarn som mestrer skolen og oppnår gode resultater, selv om hjemmeforholdene og annen elendighet viser at de ikke skulle greie denne delen av hverdagen. Emosjonell resiliens er å føle seg trygg og fornøyd. Barn som er utsatt for ekstreme påkjenninger har problemer med dette. Det er derfor interessant å finne ut hvorfor noen barn, til tross for påkjenning i familien og nærmiljøet, utvikler resiliens og følgelig fungerer godt følelsesmessig. Atferdsmessig resiliens er til stede hos barn som har hatt problemer med oppførselen, men som forbedrer seg. Resiliens må alltid vurderes ut fra hvor alvorlig situasjonen barnet befinner seg i. Det er en prosess som varierer over tid og i forhold til erfaringer barna møter (Borge, 2003).

Løvetannbarn er risikobarn som tar i bruk egenskaper i sitt miljø. Barn som vokser opp i vanskelige forhold, kan ta ansvar for huslige plikter og passe søsken. Det er mange forhold i miljøet som må til for at barn, ungdom og voksne under påkjenninger skal utvikle seg og friskne til. Med ros og oppmuntring kan risikobarn tørre å møte nye påkjenninger, skuffelser og fare med fornyet styrke (Borge, 2010).

3.5 Lovverk og andre offentlige føringer

Stortinget vedtok endringer i 2009 i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesteloven. I 2010 skjedde endringene som handler om rettighetene mindreårige barn har som pårørende og hvordan de skal sikres (Helsedirektoratet, 2010).

Lov om Helsepersonell §10: *"Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand"* (Helsepersonelloven, Lov om helsepersonell m.v. 2 juli 1999 nr 64, 1999).

Lov om spesialisthelsetjenesten §3-7a: *"Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig syke eller skadde personer"* (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a).

Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging til mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, eller alvorlig somatisk sykdom. Formålet med bestemmelsen er å sikre at barna blir fanget opp tidlig og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder er syk. Bestemmelsene gjelder for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester (Helsedirektoratet, 2010).

Helsepersonell skal snakke med barn som pårørende om at de ikke er alene i den situasjonen de er i. Barn som pårørende bør få tilbud om grupper, møteplasser og arrangementer. Helsepersonell bør støtte barn i de ulike tilbudene som familieundervisningsdager, gruppetilbud, brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner. Mange har nytte og glede av å møte andre som har opplevd det samme (Helsedirektoratet, 2017).

4.Forskningsresultater

4.1 Studie 1

“Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study”.

Av: Angela Plass -Christl, Anne- Catherine Haller, Christiane Otto, Claus Barkmann, Silke Wiegand-Grefe, Heike Hölling, Michael Schulte- Markwort, Ulrike RavensSieberer og Fionna Klasen.

Publisert: 03.07. 2017

Denne forskningsartikkelen er en kvalitativ studie. Foreldres psykiske problemer er forbundet med økt risiko for psykiske vanskeligheter hos barna.

Hensikt: de ville finne ut var hva risikoen for at barn til foreldre med psykisk helseproblemer skulle bli syke selv. Det ble gjennomført et helseintervju og undersøkelse blant barn som har foreldre med psykiske helseproblemer i alderen 11-17 år, samt foreldrene.

Funn: I denne studien kom det fram at barn som har foreldre med psykisk helseproblemer, har to ganger høyere risiko for økt psykiske og utviklingsmessige vanskeligheter, enn barna som ikke har det. Foreldres psykiske helseproblem utgjør en betydelig risiko for barns mentale helse.

4.2 Studie 2

“Familieperspektiv i psykisk helsevern”.

Av: Monica Solberg og Geir Berg.

Publisert: 05.01.2016.

Oppdatert: 28.04.2016

Denne studien er en kvalitativ studie. Fem foreldrepar ble rekruttert, men kun fire som fullførte. Både foreldre og barna deltok på gruppesamlingene, men studien fokuserte kun på foreldrene, og det var de som ble intervjuet.

Hensikt: Hensikten var å kunne forstå menneskers opplevelser, erfaringer og ulike holdninger. Videre søke etter informantene sine oppfatninger av og erfaringene de hadde ut i fra å være med på parallelle gruppesamlinger.

Funn: Det som kom frem fra informantene i studien var at de omtalte gruppesamlingene som både unike og nyttige ikke bare for dem, men for hele familien. Informantene hadde ikke samme erfaring eller samme opplevelse i møte med psykisk helsevern, men alle ville ha mer informasjon og veiledning. Det hele ble konkludert med en positiv respons og opplevelse for familien, liten som stor, av å delta på parallelle gruppesamlinger. Det som også viste seg å være utrolig bra for familien var at gruppesamlingene for barna og foreldrene var på samme tidspunkt og sted, og at det var nyttig å dele erfaringer, tydeliggjøre roller og oppdage, lære og erkjenne.

4.3 Studie 3

“Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien”.

Av: Hege S. Klettehagen & Nina Aarhus Smeby

Publisert: 27.02. 2009

Oppdatert: 14.04.2007

Denne forskningsartikkelen er en kvalitativ studie.

Hensikt: de ville finne ut var hvilken informasjon de pårørende hadde fått ved førstegangsinnleggelse av et familiemedlem i en psykiatrisk avdeling og hvilke erfaringer har de med den informasjonen de har fått. Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med ti pårørende av pasienter innlagt i en psykiatrisk avdeling med ulike roller, blant annet barn som pårørende.

Funn: I denne studien kom det fram viktigheten for pårørende av å ha fått informasjon om diagnose, behandling, forløp og pasientens prognose. Pasientens endrede personlighet og atferd oppleves som skremmende og vanskelig å forholde seg til. Pårørende ønsket informasjon fordi de ville være til hjelp for pasienten og ikke for opplysningene sin skyld. De fleste av pårørende har mottatt noe informasjon slik som lov om pasientrettigheter og psykisk helsevern loven krever, likevel opplever de fleste den som mangelfull i forhold til å takle hverdagen.

4.4 Studie 4

“Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness».

Av: Kristianna Dam og Elisabeth O.C Hall.

Publisert: 13.01.2016.

I denne studien har de brukt Sandelowski og Barroso sin kvalitative forskningssyntese.

Hensikt: Det var 22 ulike rapporter som representerte 20 studier som ble gjennomført i ti land og kommer fra ulike felt som sykepleie, psykiatri, psykologi, sosiologi, sosialt arbeid og familierapi. Det var også variasjon når det kom til studieformer, her var det både intervju, fokusgrupper, vignetter og nettmeldinger.

Studien i seg selv går inn på barn av foreldre med en psykisk lidelse, den går inn på hvordan dette påvirker barna sin hverdag og viser til at barn kan bli “usynlige” i helsesystemet. I denne studien vil de belyse dette temaet og ut fra rapportene bevise disse problemene. Alle studiene omhandlet barn og disse var i alderen 5- 26 år. En studie hadde bare med små barn (9-11 år), mens i andre studier var fokuset på ungdommer, mens i siste rest av studiene, varierte alderen på barna.

Funn: Det som kom fram i denne studien var at barn av foreldre med en alvorlig psykisk lidelse har en uforutsigbar hverdag, der barna trer til og tar ansvar når foreldrene er innlagt. De både bekymrer og skammer seg og prøver så godt de kan å skjule familiens situasjon for å unngå blant annet mobbing. Dette med uforutsigbarhet i hverdagen er tidligere dokumentert, så nytt i dette studiet ble en metafor av et kompass. De beskriver et kompass som *“et følsomt instrument for planlegging, styring eller plotting av et skip, et fly, en rute gjennom skogen eller tur over fjellene”*. De sammenligner dette med barna og at den psykiske sykdommen til foreldrene gjør foreldrenes atferd uforutsigbar, og at barna da er kompassene som navigerer for å kunne unngå disse utbruddene av foreldrenes sykdom.

4.5 Studie 5

“Are the children of the clients’ visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey.”

av: Teija Korhonen, Anna- Maija Pietilä, Katri Vehviläinen- Julkunen.

Publisert: 12 Januar 2010.

Dette er en kvantitativ studie.

Hensikt: Med denne studien var hensikten å undersøke sykepleierne sin kontakt med barn av psykisk syke, sykepleierne jobbet på psykiatriske avdelinger. Forskningen gikk inn på hvor ofte informasjon om pasientens barn blir samlet inn og om disse sykepleierne kan garantere barnas sikkerhet. Det ble også sett på om de diskuterte med barna angående foreldrenes situasjon og om de tillot barnet å kunne fortelle om sin egen situasjon og hvordan de opplever hverdagen selv.

De ville videre i studiet se på hvilke faktorer som gjør at sykepleiere ikke tar godt nok vare på barna som pårørende. 608 spørreundersøkelser ble sendt på mail til sykepleiere mellom mai og oktober i 2005. Av disse var det kun 331 besvarelser som kom tilbake som tilsvarer 51%.

Funn: Det kom frem at sykepleierne samlet inn informasjon om pasienten sine barn, men ut ifra dette var det flere som ikke gjorde noe videre med dette som å det å møte disse barna regelmessig. Videre viste det seg at alder, kjønn, erfaring og det om de var foreldre selv hadde en betydning på hvordan de som sykepleiere tok hensyn til behovene barna hadde. Det var de sykepleierne som hadde mer videreutdanning, kunnskap eller erfaring yrkesmessig som viste seg å være mer omsorgsfull til pasientens barn. Studiens resultater viser at barna til pasienten ikke er helt usynlige for sykepleierne.

5. Drøfting

” Hvordan kan sykepleier ivareta barn av foreldre med bipolar lidelse”.

Psykisk lidelse er meget vanlig. 50 000 nordmenn har alvorlige, kroniske psykiatriske tilstander, der 20 000 med varige behandlings og bistandsbehov (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015). Som nevnt i teoridelen er bipolar lidelse en psykisk lidelse. Foreldre med bipolar kan ha maniske og depressive perioder. I disse episodene kan barnet få ansvar og oppgaver i familien som de ikke er aldersmessig eller følelsesmessig modne for (Sundfær, 2012). I følge Gjertsen (2013) blir relasjonene mellom foreldre og barn påvirket av sykdommen.

5.1 God relasjon skaper tillit

Selv om mange viser i media at de har en psykisk lidelse, kan det og være et tabubelagt tema hos andre. Ofte er psykisk sykdom hos foreldre en familiehemmelighet. Barn kan være usikre på hva en psykisk lidelse er, og usikker på om det “går an” å snakke om det. Mange barn som har psykisk syke foreldre, og får for lite informasjon om sykdommen, kan få forestillingsverdener eller fantasi (Bugge & Røkholt, 2009). I mange situasjoner kan det være en hjelp for barn og ungdom å snakke med voksne. Barn trenger samtalepartnere som lytter til dem og møter dem med respekt og ydmykhet. De trenger samtalepartnere som hjelper dem til å forstå det som skjer, og den situasjonen de er i (Ruud, 2011).

Gjertsen (2013) forteller at relasjon mellom foreldre og barn blir påvirket av sykdommen. Barnet kan bli innadventd eller utagerende og forsøker å mestre situasjonen. Relasjoner mellom barn og mor og far kan skape vansker med å uttrykke egne følelser og sette egne grenser. Forholdet til mor og far kan bli utsatt for stress, skyldfølelse og usikkerhet, samtidig avhengighet. Foreldres psykiske fungering og diagnose kan få ulike konsekvenser for barnet. Samspill, tilknytning og omsorg vil bli berørt av psykisk sykdom. Det kan føre til avvisning fra nettverk og andre personer som ikke forstår andre og uventede reaksjoner, noe som kan bli en tilleggsbelastning for barnet.

Eide & Eide (2017) forteller at i helse brukes relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Her brukes begrepet om helsepersonells forhold til andre personer som pasienter, brukere, pårørende, kolleger og andre. Vi som helsepersonell er i en profesjonell hjelperrolle og står overfor mennesker som trenger helsehjelp, og mange av de er spesielt sårbare. Å identifisere, reflektere og håndtere etiske problemstillinger, slik det forventes av sykepleiere, er viktig.

Det å få god relasjon med et barn er viktig, da det kan bli lettere å komme til deg om de lurer på noe eller om de er redd. Eide & Eide (2017) forteller å få tillit til et barn krever forskjellige metoder. Det er ikke godt å vite hvor barnets oppmerksomhet er, og heller ikke hva de trenger av støtte og hjelp.

Barn er ofte usikre og vil ikke uten videre åpne seg for fremmede. Tillit krever kontakt, og kontakt forutsetter et berøringspunkt, noe barnet er opptatt av, og vi som sykepleiere kan delta i. Det gjelder å lytte, hva de er opptatt av og hvor deres oppmerksomhetsfokus er, men ofte er tankene og følelsene deres uklare. Vi som helsepersonell kan hjelpe å rette oppmerksomheten til det barnet har interesse for, som leker, dyr, bilder, tegninger og fortellinger (Eide & Eide, 2017).

Ved å følge og delta i barnets lek og interesser, kan vi også snakke med barnet om deres bekymringer. På den andre siden bør vi tre varsomt, så man ikke tar over og blir for interessert. Da kan barnet lett trekke seg tilbake og lukke seg. Her gjelder det å følge med på barnet og ikke presse. Kanskje får vi god kontakt med barnet, eller blir kontakten brutt? Å tilpasse seg barnet og respektere deres langsomhet og hurtige skiftninger er veien til kontakt og tillit. Å dele den andres oppmerksomhet, uttrykker empati og respekt, gir grunnlag for tillit (Eide & Eide, 2017).

De store barna kan lettere fortelle om følelser, opplevelser og tanker. I følge Bugge & Røkholt (2009), er ungdommene mer opptatt av å være lik de andre på sin alder. De liker ikke å være annerledes og de kan være sårbare for andres kommentarer. Barn i denne aldersgruppen kan lett bli flau og trenger mye bekræftelse. I samtaler med barna er det viktig at vi som sykepleiere tar en aktiv rolle og er tydelige og sikre på seg selv. Vi som helsepersonell og møter barn som pårørende står overfor ulike utfordringer avhengig av hvem i familien som er syk, sykdommen, behandlingen og framtiden. Barn kan føle ubehag når en ukjent voksen person gir ut informasjon. Dersom barnet ikke forstår hva som blir sagt, kan det føre til misforståelse og enda flere spørsmål (Bugge & Røkholt, 2009).

På den andre siden kan det å få informasjon, bli hørt og få behov for tilhørighet være med å redusere barnets angst og usikkerhet. Vi kan forklare hvorfor vi ønsker å snakke med barnet, og at det er noe vi gjør når foreldre er alvorlig syke. Fortell at det ikke er noe galt med akkurat dette barnet. Kanskje barnet vet mer enn man tror? Noen vet mye, andre vet lite og flere vet ingenting om sykdommen. Det er viktig å få tak i hva barnet vet om sykdommen, hvordan han opplever situasjonene hjemme, og hvordan dette påvirker barnets liv (Bugge & Røkholt, 2009)

I studien til Berg & Solberg (2016) kom det frem at det hjalp å delta i parallelle gruppesamlinger, og de brukte ordene befriende og nyttige når de skulle fortelle hvordan de opplevde gruppesamlingene. På de ulike gruppesamlingene var fokuset på å bli både sett og hørt, kunne snakke, det å bli lyttet til og ikke minst å få råd og dele erfaringene sine. For eget utbytte av disse samlingene var det viktig å dele erfaringene, rådene og tipsene med de andre foreldrene som deltok. Hvordan de kunne snakke med barna og forklare de hva en psykisk lidelse var, slik at barna forstår det. I forkant av studien hadde mange opplevd frustrasjon over å ha en partner med en psykisk lidelse. Enkelte forklarte at de ikke visste hvordan de skulle forholde seg partneren sin og hva som var riktig og galt. De syntes sykdommen påvirket deres posisjon som pårørende i familiesammenhengen. Hvorfor opplever de denne frustrasjonen og hva er det som gjør det så vanskelig å snakke med barna?

Mange hadde lite kunnskap om psykiske lidelser, men gjennom samlingene hadde de blitt oppmerksom på at de ønsket at behandleren skulle snakke med dem om barna. Videre hadde de opplevd etter gruppesamlingene, andre måter å få barna til å forstå, og at informasjonen og erfaringene de delte med andre hjalp på når de skulle snakke og forklare barna. Det er tydelig at de ansatte i spesialisthelsetjenesten her må gi mer informasjon om hva en psykisk lidelse er, hvordan håndtere dette og det å være åpen om det.

5.2 Barns opplevelse

Bugge & Røkholt (2009) forteller at i noen familier er foreldrene åpne og trygge nok til å fortelle om sykdom og endringer. De har utviklet et følelsesmessig språk, er opptatte av barnas opplevelser og er åpne om og støtte i situasjonen som har oppstått. Noen familier har lite tradisjon for å snakke om følelser, og det blir heller ikke forventet noen store følelsesmessige reaksjoner på situasjonen. I andre familier kan det være konflikt som dominerer, og foreldrene kan være uenige om hvordan de skal informere barna. Noen familier er veldig opptatt av årsaker til sykdommen og skyld. Å søke etter årsaker og grunner kan ta mye oppmerksomhet og energi, og kan slite på familien.

I følge Moen (2012) kan det være tungt for et barn å vokse opp i et hjem med en forelder av bipolar lidelse. Noen barn vil lete etter mer trøst og nærhet og ikke minst varme, men at det kan også føre til ny krenkelse og lidelse. Sundfær (2012) forklarer at dype depresjoner eller alvorlige manier som følges av sterk forvirring eller psykoser, kan være skremmende for barn i alle aldre. Den voksne klarer ikke å gi god nok omsorg til barnet. Dette samsvarer med studien «*Parents with mental health problems and their children in a German population based sample*» som viser at barn som har foreldre med psykisk helseproblemer, har to ganger høyere risiko for økt psykiske og

utviklingsmessige vanskeligheter, enn barna som ikke har det. Foreldres psykiske helseproblem utgjør en betydelig risiko for barns mentale helse (Christl, et al., 2017).

Glistrup (2004) forklarer at noen barn blir for tidlig voksne, og at dette kommer av at de plutselig må påta seg et ansvar de egentlig ikke skal ha. Det er ikke noe svar på hvor mye ansvar som er sunt for barnet å ha uansett alder. Begrepet "de små voksne" kommer da som et svar på nettopp dette, at barna må ta det ansvaret foreldrene skulle hatt. Barna har en evne til å både se og observere foreldrene for å finne ut hva de trenger og ofte se når forelderen endrer tilstand. Denne "evnen" de har, kan være positivt for at det blir støttet opp mot barnets behov for å føle seg verdifull overfor den voksne. En annen ting som kan belyse denne delen positivt er det at "evnen" beskytter barnet mot det dagligdagse livet og de uforutsette hendelsene som eventuelt kan oppstå.

Hva skjer da med barnets egne følelser oppi det hele? Når barnet hele tiden står på for å ta det ansvaret den voksne skulle hatt, glemmes barnets behov. Dette fører til at barnet overser dets egne grenser og synet barnet har på seg selv svekkes betraktelig (Glistrup, 2004). Dette samsvarer med studien til (Dam & Hall, 2016) der det kom frem i funnene at barna hadde en uforutsigbar hverdag, og at det var barna som tok ansvar når forelderen ble innlagt. Barna kjente på følelser som skam og usikkerhet, og når de var blant andre så prøvde de så godt som de kunne å skjule familiens situasjon.

Moen (2012) skriver at det er viktig at barna i hele familien blir ivaretatt. Dette for at barna ikke skal utvikle psykiske lidelser selv og ikke bare den i familien som betegnes som syk. Det blir ofte sagt at det barn ikke vet, har de ikke vondt av, men det som egentlig skjer er at foreldre tror at barna ikke vet eller ser hva som skjer, og det igjen gjør at barna har det vondt. Det er også viktig å nevne at ikke alle som vokser opp med en psykisk syke forelder får psykiske vansker i senere tid.

I følge Borge (2010) må et barn har minimum fire av følgende risikofaktorer for å bli definert som et risikobarn. Dette kan være stress, helseproblemer, medfødte misdannelser, liten stabilitet i familien og omsorgssvikt. Barn kan ha motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer. Dette kommer fram hos barn som viser effektiv og vellykket tilpasning tross for kriser og truende omgivelser. Alle barn har egne måter å reagere på stress og risiko.

Sundfær (2012) forteller at det er viktig at barn får informasjon om sykdommen til forelderen, og at det settes inn støttetiltak for barnet. Vi som helsepersonell bruker kommunikasjon for å hjelpe den syke og deres familie. Vi kan være en ekstra omsorgsperson, selv om det er vår plikt som helsepersonell. Vi kan observere oppførsel til barnet, både det fysiske og psykiske. Hvordan atferd har barnet? Oppfører barnet seg annerledes? Er barnet tilbaketrukket, sint eller lei seg? Å sette i verk tiltak kan være med å hindre konsekvensene for barnet.

5.3 Informasjon og samtale

Hva kan vi som sykepleier gjøre for å ivareta barna? Sett ut ifra forskning, teori og egne erfaringer kan samtale være nødvendig for både barn og foreldre.

Å ha samtale med foreldre før barnesamtale, kan være en måte å finne ut hvordan vi skal snakke med barnet videre. Under samtale kan vi som sykepleiere observere både fysiske og psykiske tegn hos begge parter. Kanskje er den syke i familien så dårlig at hun eller han ikke klarer å være med på samtalen? For at dialogen skal få best mulig utbytte er det viktig at den ene friske av foreldrene er med og tar imot informasjonen. Her kan man stille spørsmål og kommunisere uten at den syke blir såret. Dette kan og hjelpe at barnet får den rette informasjonen den har krav på.

Fra vår egen erfaring i psykiatrien var samtalerommet tilrettelagt for barn. I vår praksis var det barn som var innlagt på avdeling. Foreldre og søsken som kom på samtale og besøk, ble skjermet fra resten av avdelingen. Samtalerommet lå ved hovedinngangen, slik at de ikke trengte å gå gjennom hele avdelingen. Rommet var innredet for samtaler med barn, og ikke som på et kontor. Rommet var med på å skape en avslappet og trygg følelse. Stolene stod mot hverandre og ga muligheter til blikkontakt, men også for en nødvendig avstand der blikket kunne rettes ut i rommet.

I studien til Klettehagen og Smeby (2009), kom det fram viktigheten for pårørende av å ha fått informasjon om diagnose, behandling, forløp og pasientens prognose. Pasientens endrede personlighet og atferd oppleves som skremmende og vanskelig å forholde seg til. Pårørende ønsket informasjon fordi de ville være til hjelp for pasienten og ikke for opplysningene sin skyld. De fleste av pårørende har mottatt noe informasjon slik som lov om pasientrettigheter og psykisk helsevern loven krever, likevel opplever de fleste den som mangelfull i forhold til å takle hverdagen.

I følge Travelbee (2001), er ikke bare den syke selv som trenger hjelp til å finne mening i sykdommen. Familien rundt kan og trenge hjelp av den profesjonelle sykepleieren. Den syke er medlem av en familie, og det som skjer med den ene i familien, vil også innvirke på de andre. Sykepleiere betrakter syke menneskers slektninger og besøkende på ulike måter. En sykepleier som overser den sykes familie fordi hun "ikke er ansatt for å ta seg besøkende, men for å ta seg av de syke", narrer seg selv. Alt som angår de pårørende, angår også den syke, og omvendt. Vi mener at mangel på kunnskap der barn er pårørende kan føre til at vi som sykepleiere kan være usikre i møtet med barnet. Derfor er det viktig å tilegne seg forståelse og kunnskap i arbeidet.

Eide & Eide (2017) skriver å gi informasjon på en god måte er å formidle kunnskap som pasienten har behov for, på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot og nyttiggjøre seg informasjonen. Kroppsspråket vårt er med på å formilde den informasjonen som gis. Det er ikke bare å gi barna informasjon uten videre heller, barna har ikke rett på å få informasjon om mor eller far sin sykdom, dette må foreldrene gi samtykke til. Som helsepersonell må vi dermed snakke med pasienten om barnet og behovet de har for å få informasjon, støtte og bli sett. Vi som sykepleiere kan dermed ikke bare overgå taushetsplikten vi har ovenfor pasienten og gi informasjon til barna uten samtykke til dette (Sundfær, 2012). Det blir da en rollekonflikt for oss som sykepleiere da vi på en side skal informere barna for å ivareta de, mens på den andre siden må overholde den taushetsplikten vi har ovenfor pasienten (foreldrene).

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kapittel 3.4, skal hensynet til pasienten prioriteres hvis det skulle oppstå en rollekonflikt mellom pårørende og pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). På en annen side kommer Helsepersonelloven § 33 inn. Den forteller om at hvis en som sykepleier har grunn til å tro at barnet blir utsatt for omsorgssvikt eller mishandling i hjemmet, så har vi som sykepleiere plikt å melde fra til barneverntjenesten og kan dermed overgå taushetsplikten til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, §33).

I studien til Korhonen, Pietilä & Julkunen (2010) kommer det frem at sykepleierne som har mer erfaring eller høyere utdanning, er flinkere på å samle informasjon om barna til de psykisk syke foreldrene. Sykepleierne samlet gjerne informasjonen, men sviktet i å gå videre ut ifra dette. Man skal heller ikke se bort ifra at studien også viste at vi som sykepleiere kan spille en stor rolle på en hel del områder. Selv om barna av psykisk syke foreldre, ikke møtte sykepleierne regelmessig, er de ikke helt usynlige i helsevesenet eller for de fleste sykepleierne som jobber i psykiatrien.

Sykepleiere er pliktige etter det kom ny lovendring i 2010, til å avklare om pasienten har barn og videre ivareta disse barna ved å gi de informasjon om foreldres sykdom og følge de opp (Helsepersonelloven, 1999). Lovendringene er viktig i forhold til både barn og foreldre, da vi erkjenner barns reaksjon og de behovene de har når en av foreldrene er psykisk syk. Vi som sykepleiere har dermed en sentral og viktig rolle, og det er å ivareta barna best mulig når vi yter helsehjelp til foreldre (Sundfær, 2012).

5.4 Tverrfaglig samarbeid

Som nevnt i teoridelen ble helsepersonelloven endret i 2010. Der var formålet med bestemmelsen at barna skulle bli fanget opp tidlig. Prosesser som setter barn og foreldre i stand til å håndtere situasjonen bedre, ble satt i gang. Helsedirektoratet (2010) nevner også at barn som pårørende, skal få tilbud om grupper, møteplasser og arrangementer. Her er det viktig at barneansvarlig drar inn helsesøster, skolen, barnevernet og noen ganger BUP for å kunne ha et godt støtteapparat rundt barnet. Barneansvarlig kan være helsepersonell, men også sosionomer eller andre yrkesgrupper. Gjennom drøftingen vil vi ha fokus på at det er sykepleier som er den barneansvarlige.

Helsesøster har en sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet om barnet. De har en viktig rolle når det kommer til å være tilstede for barna, og det krever mye tid før barna klare å åpne seg opp å fortelle om bekymringene de har. Ofte kommer de til helsesøster med plager som vondt i magen eller hodepine, da de ikke klarer å fortelle hva som er galt hjemme. De klarer ikke å sette ord på det. Barn prøver ofte å være mest mulig som alle andre og vil ikke skille seg ut, dette fører gjerne til at de ikke vil snakke med helsesøster (Sundfær, 2012).

Ungdommer som begynner å se store og voksne ut, kan lett stilles for høye forventninger til. De er fortsatt barn, og det er derfor viktig med aksept, støtte og hjelp. Helsesøster kan fylle en viktig rolle, som en voksen som barn kan snakke fritt med, og som også kan formidle kontakt mellom hjem og skole i situasjoner hvor det er aktuelt. Å lytte til barnet selv er avgjørende for å kunne gi god hjelp (Eide & Eide, 2017). Barneansvarlig og helsesøster må samarbeide godt angående barnet når en skal vurdere videre oppfølging. Her kan de samarbeide angående informasjon til barnet, forelderens psykiske sykdom, hvordan dette påvirker barnet, synet barnet har på seg selv og hvordan alt som skjer hjemme kan påvirke humøret (Sundfær, 2012). For sykepleiere er det viktig at vi som barneansvarlige har kommunikasjon med helsesøster. Oppstår det svikt her, kan det føre til at ikke alle barn blir sett i kommunene.

Skole og utdanning kan påvirkes av det som skjer i hjemmet. De fleste barn opplever trygghet og beskyttelse i hjemmet, for andre barn er hjemmet forbundet med utrygghet og uforutsigbarhet. Større barn som har foreldre med psykiske vansker har en dobbeltrolle. De har en oppvekst og utvikling som er preget av forelderens sykdom. De tar seg av forelderen og ansvaret i hjemmet.

Ved observasjon kan man se om barnet har alvorlige atferdsvansker, er urolig, stresset og ukonsentrert på skolen (Gjertsen, 2013). Det kan være utfordrende som lærer å sette seg inn i situasjonen og komme tett på barnet enn det klassekameratene gjør. En er heldig hvis en som lærer klarer å oppnå en kontakt og allianse med barnet. Det kan vise seg at hvis læreren har mye kunnskap om psykiske lidelser og om familien eller barnets egenskaper, kan det oppstå god kontakt mellom lærer og barnet. Barnet skjerner seg gjerne ikke like mye fra omverden som han eller hun pleier (Glistrup, 2004). Men hvorfor er det slik at ikke alle får hjelpen og samtalene de trenger?

Ifølge Glistrup (2004) er det er mange av barna som til tross for sykdom i hjemmet, klarer seg veldig bra på skolen. Alle barn reagerer ulikt på stress. Dette samsvarer med begrepet resiliens. Resiliens kan forklares ut ifra en positiv og en negativ side. På den ene siden finner man de barna som klarer seg bra, og vi kan dra frem at det er en god utvikling hos barnet. Andre barn reagerer motsatt og får en problemfylt utvikling, de havner da på den negative siden. Resiliens er i forhold til den positive og den negative siden, på den positive siden. Barna har her en positiv utvikling når det kommer til stress og elendighet (Borge, 2010).

Den som er barneansvarlig kan finne ut om barnet trenger barnepsykiatrisk utredning ut fra kartlegging av barnet og situasjonen. Når barnet har levd lenge i et hjem med foreldrenes sykdom, kan dette være en stor belastning og en henviser da ofte til BUP. Det er ikke bare barnet BUP kan hjelpe, de tilbyr også familiesamtaler og terapi. Dette er hvis det viser seg at barneansvarlig mener familien ikke klarer å snakke sammen angående sykdommen eller problemer som oppstår i familien (Sundfær, 2012). Barn som ofte blir behandlet i BUP, er ofte de barna med psykisk syke foreldre. Barna får symptomer på at noe er galt, selv om det er foreldre som er syke. Dette kan føre til feil fokus og feil behandling.

Når skal barnet meldes til barnevernet? Ifølge Gamst (2001) må en se opp mot lovverkets bestemmelser for meldeplikt, dersom en har mistanke om omsorgssvikt hos et barn. Ved observasjoner og samtale med barnet, kan vi følge med på om barnet er innesluttet, sint, urolig og tilbaketrukket. Ved observasjoner av det fysiske kan vi se etter blåmerker, kutt og sår på barnet, som igjen kan fortelle oss om det kan være tegn på omsorgssvikt i hjemmet? Ofte er ikke foreldre med bipolar voldelige, men viktig å ha det i bakhodet. Vi som helsepersonell har plikt å melde til barneverntjenesten når foreldre ikke klarer å ivareta barnet og gi god nok omsorg. Det er barnevernet som plasserer barnet ut fra hjemmet og inn i fosterfamilie eller på institusjon. Dette kan foreldrene gi samtykke til.

6. Konklusjon

Vi har gjennom innsamling av teori og forskning diskutert hvordan vi som sykepleiere kan ivareta barn som pårørende til foreldre med bipolar lidelse. Å finne et konkret fasitsvar har ikke vært lett, siden hvert enkelt barn er forskjellig. Likevel har vi funnet ulike måter å løse problemet på best mulig måte. Barn som pårørende har behov for informasjon og kunnskap om foreldres sykdom. Ved å gi fakta og informasjon til barn, er det viktig med kommunikasjon. Kommunikasjon skal tilpasses barnets alder og personlighet.

Hos noen barn vil det være best å ha med begge foreldre til samtale. For andre kan det å bare ha den friske tilstede gjøre at informasjonen blir god nok, og at den syke selv ikke blir såret. Hos noen barn kan det å være i samtale alene være det beste, dersom foreldrene samtykker til dette.

Relasjoner mellom barnet og forelderen kan skape vansker med å uttrykke egne følelser og sette egne grenser. Å bli hørt og få behov for tilhørighet kan være med å redusere barnets angst og usikkerhet. Vi som sykepleiere skal møte barna med respekt og ydmykhet. Vi skal være en samtalepartner som hjelper og forstår det som skjer i den situasjonen barnet befinner seg i.

I studien til Berg & Solberg (2016), kom det fram viktigheten for familier å delta i parallelle gruppesamlinger. Mange hadde lite kunnskap om psykiske lidelser, men gjennom samlingene hadde de blitt oppmerksom på at de ønsket at behandleren skulle snakke med dem om barna. Videre hadde de opplevd etter gruppesamlingene, andre måter å få barna til å forstå, og at informasjonen og erfaringene de delte med andre hjalp på når de skulle snakke og forklare barna. Det er tydelig at de ansatte i spesialisthelsetjenesten her må gi mer informasjon om hva en psykisk lidelse er, hvordan håndtere dette og det å være åpen om det.

Vi synes at sykepleiere må snakke med pasienten om barnet og behovet de har for informasjon og støtte. Vi kan ikke overgå taushetsplikten vi har ovenfor pasienten og gi informasjon til barna uten samtykke til dette. Vi mener økt fokus på kunnskap og trygghet kan være med på å ivareta barna på en enda bedre måte. Mangel på kunnskap der barn er pårørende kan føre til at vi som sykepleiere kan være usikre i møtet med barnet. Vi mener det er viktig å tilegne seg forståelse og kunnskap i arbeidet.

Ved å skrive denne oppgaven har vi sett på hvor viktig det er med god relasjon. Å ha god relasjon kan være til hjelp for god kommunikasjon og for å få barnets tillit. Alle barn er forskjellige og man må tilpasse seg hvert enkelt barn for å se deres behov. Barn trenger informasjon for å kunne forstå hva som skjer med mor eller far. Vi skal gi råd og veiledning til foreldre dersom de trenger det for å snakke med barna.

Tverrfaglig samarbeid bør styrkes mellom barneansvarlig, helsesøster, skole og BUP. Dette for at alle barn i kommunene skal bli sett og ivaretatt. Det er like viktig å ta vare på barnet som pårørende, som det er å ta hånd om pasienten.

Bibliografi

- Berg, G., & Solberg, M. (2016). Familieperspektiv i psykisk helsevern. *Sykepleien*, 10(4), ss. 372-378. doi:doi:10.4220/Sykepleienf.2015.55994
- Borge, A. H. (2003). *Resiliens; risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borge, A. H. (2010). *Resiliens, risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- brukerrettighetsloven, P. o. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter 2 juli 1999 nr 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Bugge, K., & Røkholt, E. G. (2009). *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Christl, A. P., Haller, A.-C., Otto, C., Barkmann, C., Grefe, S. W., Hölling, H., . . . Klasen, F. (2017). Parents with mental health problems and their children in a german pupilation based sample: results of the BELLA study. *PLOS one*, 7, ss. 1-14. doi:DOI:10.1371/journal.pone.0180410
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dam, K., & Hall, E. O. (2016). Navigatin in an unpredictable daily life: a metasyntesis on children`s experiences with a parent with severe mental illness. 3, ss. 442-457. doi:10.1111/scs.12285
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gamst, K. T. (2001). *Profesjonelle barnesamtaler - å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Gjertsen, P.-Å. (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet... har de vondt av*. Oslo: Pedagogisk Forum AS .
- Haugland, B. S., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Barn som pårørende - resultater fra en multisenterstudie*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20pårørende-IS-0522.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pårørendeveileder.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hummelvoll, J. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kletthagen, H., & Smeby, N. A. (2009). Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien. 2(1), ss. 16-24. doi:DOI: 10.4220/sykepleienf.2007.0022

- Korhonen, T., Pietilä, A.-M., & Julkunen, K. V. (2010). Are the children of the client's visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1, ss. 65-74. doi: doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x
- Moen, G. (2012). *Barns møte med psykisk lidelse*. Latvia: CAPPELEN DAMM AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Ruud, A. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken; sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2 juli 1999 nr 61. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et "pårørende barn". I B. S. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov, *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Vedlegg 1

Søkeord	Academic Serch Elite	Svemed +	Brukt
1.Bipolar disorder	24, 802	181	
2. Parents	291, 591	1986	
3. mentally ill	23, 834	797	
4. mental health	336, 199	2547	
5 children	1, 373, 952	11665	
6. caregiver	40, 451	675	
7. nurses	194, 869	9846	
8. invisible	18, 599	64	
9 childres as relatives	7, 617	10	
1+2	756	2	
1+3	698	11	
2+3	1,118	33	1
1+2+3	46	0	
1+4	5, 860	9	
2+4	15, 376	90	1
5+7	12, 934	442	
5+7+8	15	1	1