



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Løvetannbarn

Karoline Elise Stefansson

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie Førde

Veileder: Solveig Nelly Sægrov
Innleveringsdato: 01/06-18

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Sammendrag

Tittel: Løvetannbarn

Bakgrunn for valg av tema: Misbruk og avhengighet av alkohol er blant de hyppigst forekommende psykiske lidelsene i Norge (Kringlen et al., 2001). Pårørende barn blir ofte glemt og oversett.

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å innhente mer kunnskap om barn som pårørende av alkoholmisbrukende foreldre, slik at jeg som sykepleier kan bli sikrere på hvordan jeg kan ivareta, hjelpe og fremme mestring hos barn.

Problemstilling: «Hvordan kan jeg som sykepleier fremme mestringsstrategier hos barn som pårørende til alkoholmisbrukere?»

Metode: En litteraturstudie som baseres på litteratur og forskning.

Funn: Barna fikk liten støtte og hjelp fra det offentlige. De ønsker og trenger mer informasjon og støtte rundt rollen som pårørende. Problem- og emosjonsfokuserede mestringsstrategier ble brukt, og å distansere seg fysisk fra var en vanlig mestringsstrategi. Det ble rapportert om både gode og dårlige opplevelser ved å oppsøke hjelp. Helsepersonell trenger tydeligere rammer og mer tid avsatt til arbeidet med barn som pårørende (Templeton et al., 2009; Hoel & Geirdal, 2016; Werner & Malterud, 2016; Holmlia et al., 2010; Hjelmseth & Aune, 2018).

Konklusjon: Å skape trygghet og tillit i samtale med barn er viktig for å danne en god relasjon og for at barnet skal våge å snakke om de vonde følelsene (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27). Barns mestring avhenger av om barnet føler seg støttet, og om de har kunnskap om forelderens sykdom og hvordan de kan håndtere vanskelige situasjoner (Nordenhof, 2012, ss. 129-130).

Barn, mestringsstrategi, pårørende, alkoholmisbruk

Innholdsliste

1.	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing	2
1.4	Begrepsavklaring	2
1.5	Oppgavens oppbygning.....	3
2.	Metode	3
2.1	Litteraturstudie som metode	3
2.2	Søke- og utvalgsprosess	3
2.2.1	Søk etter forskningsartikler.....	3
2.2.2	Søk etter bøker og annen litteratur.....	4
2.3	Kildekritikk.....	4
2.3.1	Kildekritikk av forskningsartikler.....	4
2.3.2	Kildekritikk av bøker.....	5
3.	Teori.....	6
3.1	Barns utvikling	6
3.1.1	Barn 6-10 år	6
3.1.2	Barn 11 – 15 år	6
3.2	Barneansvarlig.....	7
3.3	Mestring og mestringsstrategi	8
3.4	Kommunikasjon og relasjon	9
4.	Resultat/funn.....	10
4.1	“Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: ‘No-one has ever asked me how I feel in any of this’” (Templeton, Velleman, Hardy, & Boon, 2009).	10
4.2	“How can professionals carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study” (Werner & Malterud, 2016).	10

4.3	“Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12–18 years with problem drinking parents” (Holmlia , Itäpuisto, & Ilva, 2010).	11
4.4	«Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende» (Hjelmseth & Aune, 2018)..	11
4.5	«Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse» (Hoel & Geirdal, 2016)..	12
5.	Drøfting	12
5.1	Skape tillit	12
5.2	Barneansvarlig.....	13
5.3	Samtale.....	15
6.	Konklusjon	17

Bibliografi

Vedlegg

1. Innledning

En rapport fra Folkehelseinstituttet anslår at mellom 160 000 – 230 000 barn i Norge lever i en livssituasjon der en eller begge foreldrene misbruker alkohol. Det finnes ingen reelle tall på hvor mange disse barna er (Torvik & Rognmo, 2011). Barn av alkoholisererte foreldre viser en overhyppighet av ulike psykiske vansker. De har blant annet økt risiko for å utvikle atferdsproblemer, emosjonelle problemer, kognitive vansker og problemer på skolen (Poon, Ellis, Fitzgerald, & Zucker, 2006; Loukas, Fitzgerald, Zucker, & Eye, 2001; Christensen & Bilenberg, 2000).

Risikobarn som har blitt utsatt for betydelige belastninger, men som likevel klarer seg bra til tross for store påkjenninger, kalles løvetannbarn. Under ugunstige betingelser og hendelser fungerer barna godt psykososialt, og har utviklet en form for kompetanse selv etter stressfylte og sterkt traumatiske opplevelser. Dette kalles å være resiliert, å fungere normalt under unormale forhold ved en positiv tilpasning i en vanskelig situasjon (Gamst, 2017, s. 122). De sammenlignes med løvetann og dens evne til å sprengte seg gjennom asfalten, og likevel overleve og blomstre til tross for å ha vokst opp under vanskelige forhold.

Barn er avhengig av omsorg fra foreldrene for å utvikle en trygg tilknytning. Bowlbys tilknytningsteori tar utgangspunkt i at det å ha trygge og sterke bånd til andre er et grunnleggende behov gjennom hele barndommen og frem til tidlig voksen alder (Eide & Eide, 2017, ss. 369-370). Kari Martinsen forklarer ordet omsorg som noe som er forbundet med å ta vare på og hjelpe (Martinsen, 2003, s. 14). Brudd på disse båndene kan det føre til psykiske plager og kommunikasjonsmønstre helsepersonell må lære å gjenkjenne, slik at man kan forholde seg konstruktivt til dette. Det er derfor viktig at helsepersonell opptre som en stabil og trygg person i møte med barn som pårørende for å kunne hjelpe de til å mestre (Eide & Eide, 2017, s. 369). Mestring er atferd eller strategier man bruker for å møte utfordringer og for å tilpasse seg kravene omgivelsene stiller (Dyregrov, 2000, s. 83).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om barn som pårørende til alkoholisererte foreldre og deres mestringsstrategier grunnet egne erfaringer, og fordi jeg mener temaet fortjener å belyses mer, tas mer på alvor og for å fjerne det tabubelagte. Området vokser stadig, og i mange tilfeller blir barna glemt, oppdaget for sent, eller ikke oppdaget i det hele tatt. I tillegg trenger helsepersonell og annet profesjonelt personell økt kunnskap om hvordan de skal gå frem og hjelpe barnet. Misbruk og avhengighet av alkohol er blant de hyppigst forekommende psykiske lidelsene i Norge (Kringlen, Torgersen, &

Cramer, 2001). Alkoholmisbruk blir definert ved at det sees et mønster av negativt alkoholforbruk som har vart over en måned, og som gir negative konsekvenser sosialt, både ovenfor venner og familie, men også i forhold til arbeid (Haugland, 2012, s. 82).

Økt kunnskap om samspill i familier med alkoholmisbruk vil derfor kunne øke sykepleiers forståelse av hvorfor barna får egne problemer, gi innsikt i hvilke belastninger foreldres rusmisbruk representerer for barna, og gjøre oss bedre forberedt på å hjelpe barna og deres foreldre. Det er stor forskjell mellom familier med tanke på hvordan de fungerer og i hvilken grad alkoholmisbruket påvirker familien og barnas oppvekstmiljø. Derfor vil ulike familier ha ulike behov med tanke på type og omfang av hjelp og støtte (Haugland, 2012, ss. 82-83).

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan jeg som sykepleier fremme mestringsstrategier hos barn som pårørende til alkoholmisbrukere?»

1.3 Avgrensing

I denne oppgaven ønsker jeg å skrive om barns mestringsstrategier og hvordan jeg som sykepleier kan være med på å fremme disse ved blant annet tillitsskapende tiltak gjennom kommunikasjon. Sykepleieren møter det pårørende barnet på sykehus der den alkoholiserte foreldren er innlagt og har et kjent alkoholmisbruk. Jeg har avgrenset temaet til å handle om pårørende barn og ungdom til alkoholmisbrukende foreldre i aldersgruppen 6 – 18 år.

1.4 Begrepsavklaring

I forhold til problemstillingen er det noen begreper jeg ønsker å avklare

Mestringsstrategi: En måte å finne ut av hva som hjelper for å møte problemer og å utvikle egne måter eller «verktøy» for å håndtere helseproblemer (Hummelvoll, 2012, s. 57). Det finnes i følge Lazarus og Folkman to typer mestringsstrategier; problemfokusert- og emosjonsfokusert mestringsstrategi (Renolen, 2015, s. 169).

Barn som pårørende: I følge Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven avgrenses barn som pårørende til barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og somatisk syke og skadde foreldre (Helsepersonelloven, 1999, §10a; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a).

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 blir oppgavens metodedel gjort rede for. Videre i kapittel 3 presenteres teori jeg ser på som relevant for å belyse ulike sider av problemstillingen. I kapittel 4 redegjør jeg for forskningsartiklene og funnene som kommer frem. I kapittel 5 drøftes ulike sykepleiertiltak ved hjelp av teori, funn av forskningen og egne erfaringer. Kapittel 6 består av konklusjon.

2. Metode

Metode blir beskrevet som et hjelpemiddel i en fremgangsmåte som sier oss noe om hvordan man skal tilegne seg og etterprøve kunnskap. En problemstilling kan best besvares ved å velge en relevant metode hvor metoden gir best mulig data og interessante faglige begrunnelser (Dalland, 2017, ss. 51-52).

2.1 Litteraturstudie som metode

Et litteraturstudie er basert på skriftlige kilder, som systematiseres og vurderes faglig ut ifra problemstillingen som skal besvares. Det skal ikke fremskaffes nye kunnskaper i en litteraturstudie, men brukes tidligere utgitt litteratur for å formulere og besvare en problemstilling (Dalland, 2017, s. 207). Det er derfor tatt hensyn til at innsamlingen av data i søkeprosessen skal være relevant til problemstillingen, slik at oppgaven skal besvare problemstillingen på best mulig måte. For å svare på oppgavens problemstilling har jeg benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning. Ved kvalitativ forskning er hensikten å få frem den enkeltes erfaringer og opplevelser gjennom å observere eller intervju. Kvantitativ forskning gir data i form av enheter som gjør seg målbare og kan telles (Dalland, 2017, ss. 52-53).

2.2 Søke- og utvalgsprosess

Søkestrategi går ut på å bestemme emneord/søkeord og kombinere disse til søk i ulike databaser. Emneordene beskriver hva artiklene inneholder og fungerer som søkeord i databasene (Thidemann, 2015, s. 87). I denne oppgaven har jeg anvendt Svemed+ for å finne emne- og søkeord.

2.2.1 Søk etter forskningsartikler

Jeg har søkt etter forskningsartikler i databasene Academic Search Elite inklusiv Cinahl og Medline. Søk ble avgrenset til engelskspråklige artikler i tidsperioden 2008-2018. Jeg har også gjort søk på Sykepleien.no der jeg valgte å avgrense tidsperioden til 2015 – 2018, og kun søke i forskningsartikler. Tabellen i Vedlegg 1 viser både hvilken database som er brukt for å finne de ulike forskningsartiklene, hvilke søkeord og kombinasjoner som er blitt brukt, antall treff, og antall leste abstrakt og inkluderte

artikler i oppgaven. I de store databasene som Academic Search Elite, Cinahl og Medline brukte jeg engelske ord, mens på Sykepleien.no ble det brukt norske ord.

2.2.2 Søk etter bøker og annen litteratur

For å finne relevant faglitteratur ble aktuell pensumlitteratur gjennomgått. Skolebiblioteket og Oria ble brukt for å finne aktuell faglitteratur. Det ble tatt hensyn til kriterier som viser om kilden er holdbar og gyldig. Hva dette innebærer blir beskrevet senere i oppgaven. Lovdata er blitt brukt for å innhente lovverk som regulerer yrkesutøvelse for sykepleie og forebygging av problemer hos barn av foreldre med alvorlige helseproblemer. En rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt ble anvendt for å innhente tall over hvor mange barn som bor med alkoholmisbrukende foreldre. Jeg velger her å presentere faglitteraturen som blir mest anvendt i oppgaven. «Kommunikasjon i relasjoner» skrevet av Eide & Eide (2017) har et kapittel som omhandler barn og kommunikasjon, og har en grunnleggende innføring i kommunikasjons- og relasjonsteorier. «Familier i motbakke» (Haugland, Trondsen, Gjesdahl, & Bugge, 2015) er inspirert av forskernettverket BarnsBeste, og har med bidrag fra barn som har vokst opp med rusavhengige foreldre. Boken skal inspirere til utvikling av tiltak for å støtte barna og foreldrene. I «Pårørendesamtaler med barn og unge» (Nordenhof, 2012) beskrives virkelige samtaler og historier om hvordan man kan jobbe med utsatte barn. Boken omhandler teorier om mestring og kommunikasjon. «God dag, jeg er et barn» (Sundfær, 2012) omhandler barn i familier der foreldrene har en psykisk sykdom og/eller er rusavhengige. Kapitlene er delt inn i ulike alderstrinn, slik at man kan «følge» barnet, og få forståelse for hvordan barn i den spesifikke aldersgruppen reagerer.

2.3 Kildekritikk

Ordet kildekritikk kan beskrives som en metode hvor kildene blir vurdert og karakterisert. Hensikten er å kunne fastslå om kilden er sann (Dalland, 2017, ss. 152-153). Det bør derfor stilles visse kriterier med tanke på relevans for oppgavens problemstilling når litteraturen skal vurderes. I tillegg er det viktig å kartlegge kildens gyldighet og holdbarhet ved å blant annet kartlegge forfatter, formål, utgivelsesår og sjanger (Dalland, 2017, s. 159).

2.3.1 Kildekritikk av forskningsartikler

For å velge relevant forskning fulgte jeg IMRAD-prinsippet. Dette er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat (and) diskusjon. De aller fleste artikler har et sammendrag i innledningen. Resultat- og diskusjonsdelen blir i noen tilfeller slått sammen, spesielt i artikler som rapporterer fra studier med kvalitativ metode (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 69). I tillegg

valgte jeg å legge vekt på artikkelens sykepleierrelevans – om funnene kom fram til tiltak jeg som sykepleier kan utføre for å fremme barns mestringsstrategier. I forskningsartiklene som blir presentert i denne oppgaven, har deltakerne av studiene et vidt aldersspenn. Noen forskningsartikler har brukt voksne deltakere som har fortalt om deres barndom og hvordan dette har påvirket de. I andre studier er deltakerne 12-18 år og står midt oppi situasjonen. I tillegg omhandler den ene studien helsepersonells erfaringer med arbeid med barn som pårørende. Det kan stilles spørsmål om den utenlandske forskningen direkte kan la seg overføre, med tanke på forskjeller i helsetjenestene, lovverk og helsepersonellens opplæring.

Forskningsartiklene som er inkludert i litteraturstudiet er fagfellevurdert. At artiklene er fagfellevurdert vil si at det har blitt brukt en vurderingsprosess som har kontrollert kvaliteten og viktigheten av publikasjonene (Nortvedt et al., 2012, s. 197).

2.3.2 Kildekritikk av bøker

Bøkene som er brukt inneholder både primær- og sekundærkilder. Ved bruk av pensumlitteratur og annen faglitteratur har jeg prøvd å holde meg til primærkildene, men grunnet manglende tilgang på noen av kildene har jeg anvendt sekundærkilder (Dalland, 2017, s. 171). Jeg ser på fagbøkene som relevant for oppgavens problemstilling, teori og drøfting, da litteraturen omhandler blant annet barns utvikling, barn som vokser opp i rusbelastede hjem, mestring, kommunikasjon, relasjon. Etter søket i Oria og skolebiblioteket opplevde jeg at det finnes lite samlet litteratur om temaet, og jeg har derfor anvendt flere fagbøker.

3. Teori

3.1 Barns utvikling

Kognitive prosesser omhandler blant annet barnets hukommelse, forståelsen av seg selv og andre, oppmerksomhet, språk og begrepsoppfattelse, forestillingsevne, samt evnen til å resonnerer og vurdere. Det er viktig å vite om de generelle trekkene ved utviklingen, samt ha kunnskap om individuelle variasjoner hos hvert alderstrinn. Treåringer og tiåringer er ulike i sin personlighet, behov, og sin erfaringsbakgrunn. Kunnskap om kognitive fellestrekk for ulike aldre kan derfor gjøre det enklere å forstå hva som er realistisk å forvente (Gamst, 2017, ss. 66-67).

Erik Eriksons teori om personlighetsutvikling deles inn i åtte faser. Det oppstår en utviklingskrise i begynnelsen av hver fase, og utfallet av krisene vil være med på å prege personens personlighet. Dersom behovene blir dekket tilfredsstillende, dannes en grunnleggende positiv holdning. Dersom behovene ikke blir dekket tilstrekkelig, dannes en negativ grunnholdning (Renolen, 2015, s. 106).

3.1.1 Barn 6-10 år

Hos barn i aldersgruppen 6-10 år som lever i en familie med rusmisbruk, avhenger barnets utvikling av varighet og intensiteten av vanskene hjemme, og om barnet har andre nære personer å søke støtte og omsorg hos. Barnet vokser opp med uforutsigbarhet og skiftende omsorg, og kan være understimulert og forvirret (Sundfær, 2012, s. 107). Erikson beskriver ferdighetsfasen som en fase der barnet enten har en følelse av å være kompetent, eller en følelse av mindreverd (Renolen, 2015, s. 107). Barn i denne aldersgruppen kan gå inn i foreldrerollen. Ved å gjøre dette får barnet annerkjennelse, men å overta såpass viktige roller som de aldersmessig ikke er modne til, er en stor belastning for barnet. Barna er lojale mot foreldrene, og setter ofte dem framfor seg selv. De kan føle seg skyldig i foreldrenes vansker, og gjør derfor alt de kan for at de skal ha det så godt som mulig. Barn trenger å bli kjent med, og trygg på å uttrykke egne følelser. Dersom følelser ikke blir inntonet, kan barnet føle at dets opplevelser og erfaringer ikke er viktige. Dette kan videre være med på at barnet ikke får hjelp til å forstå seg selv eller hjelp til å regulere egne følelser (sitert i Sundfær, 2012, ss. 111-112). Erikson forklarer at dette kan føre til mindreverdighetsfølelse hos barnet (Renolen, 2015, s. 107).

3.1.2 Barn 11 – 15 år

Når barnet er 11-15 år, er det i en prosess hvor de skal finne egne veier, frigjøres, og være selvstendige. For ungdom er det viktig å bli hørt og tatt på alvor. Krav til prestasjoner på skolen øker, og faren for å falle ut av skolen øker. Barna trenger fortsatt at foreldrene engasjerer seg og viser

kjærlighet. Det er viktig å bli stilt krav til, men det er også viktig for barnas identitets- og selvstendighetsutvikling at de får delta i utformingen av disse og bli hørt (Sundfær, 2012, ss. 135-136). I følge Erikson (2015, s. 108) utvikles grunnholdningen egoidentitet eller rolleforvirring i denne fasen. Egoidentitet er å vite hvem du er og hvordan du passer inn i samfunnet, du har et helstøpt selvbilde. Rolleforvirring er å ikke klare å skape en klar identitet. Dette er et uttrykk for utrygghet overfor sin egen rolle og identitet. Barnas lojalitet til foreldrene, omsorgen og ansvaret de føler på, hemmer dems egen utvikling. I puberteten øker sjansen for å utvikle psykiske lidelser (sitert i Sundfær, 2012, s. 136).

3.1.3 Ungdom 16 – 18 år

I ungdomstiden (16-18 år) har venner utenfor familien en stor betydning, og å finne sin egen identitet blir viktig. Fremdeles er støtte fra foreldre og andre voksne viktig. Unge som har opplevd å måtte ta mye ansvar og omsorgsansvar hjemme, utvikler en stor omsorgskompetanse, samtidig som egne behov har blitt tilsidesatt. Selvom omsorgskompetansen er stor, kan selvfølelsen være lav. Over tid kan påkjenningene ha ført til egne plager, atferdsvansker og psykologiske belastningsskader. Tap av fremtidshåp er en vanlig reaksjon på traumer og krevende belastninger hos de unge. Unge som lever med alkoholiserede foreldre ønsker å ha et «vanlig hjem», få være som de andre (Sundfær, 2012, ss. 161-162).

3.2 Barneansvarlig

I 2010 kom det nye bestemmelser i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven som blant annet omhandler at barn av rusmiddelavhengige har rettigheter som pårørende. I helsepersonelloven §10a pålegges helsepersonell plikt til å bidra med å dekke behovet for informasjon og nødvendig oppfølging av mindreårige barn av pasienter med blant annet rusmiddelavhengighet som kan trenge informasjon og oppfølging som følge av foreldrenes tilstand (Helsepersonelloven, 1999, §10a). I spesialisthelsetjenesteloven står det at helseinstitusjoner i nødvendig utstrekning skal ha barneansvarlig personell. Det er ingen formelle kvalifikasjonskrav for hvem som kan være barneansvarlig, men de skal ha ansvaret for å fremme og koordinere oppfølgingen helsepersonell gir til blant annet pårørende mindreårige barn av rusmiddelavhengige (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a).

Disse lovbestemmelsene har som formål å forebygge problemer hos barn av foreldre med alvorlige helseproblemer. Dette skal skje gjennom å sikre barna tidlig hjelp og sette familiene i bedre stand til å mestre situasjonen. Helsepersonell er pliktet til å avklare om pasienten har mindreårige barn. At

helsepersonell er pliktet til å ivareta barn som pårørende konkretiserer behovet for kunnskap og erfaringsutveksling for hvordan man møter barnas og familiens behov for informasjon, hjelp og støtte (Haugland et al., 2015, s. 14).

3.3 Mestring og mestringsstrategi

Barn som vokser opp i hjem med alkoholiserede foreldre kan som tidligere nevnt også komme seg godt ut av situasjonen. Dette kalles motstandsdyktighet eller resiliens, og henger sammen med en rekke forhold i familien, hos barnet selv, i familiens og barnets nettverk, og i samfunnet. Likevel kan barnet være i en risikogruppe, og forebyggende og behandlende tiltak må derfor settes i gang (Haugland et al., 2015, ss. 13-14). Når et barn opplever at forelderen er syk, er informasjon nødvendig for at barnet skal forstå og mestre situasjonen (Bugge, Røkholt, & Aamotsmo, 2015, s. 47).

Mestring er evnen man har til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overstiger hverdagslige utfordringer. Det beskriver hvordan mennesker møter problemer, stress og utfordringer (Lode, 2016, ss. 40-41). Dyregrov (2000, s. 83) beskriver mestring som fremmende eller hemmende. Fremmende mestring er det som fremmer håndteringen eller tilpasningen til en situasjon. Hemmende mestring vil si det som over tid øker muligheten for negative konsekvenser for barnets utvikling. Det kan være bra for barnet på kort sikt å for eksempel klare å holde smerten på avstand, men på lang sikt kan dette være skadelig og minske sjansene for bearbeiding. For tidlig eller for sen bruk av mestringsstrategier, for stor eller for liten bruk, eller bruken av for få mestringsstrategier kan sammen virke inn på hvordan barnet vil takle traumet på lang sikt.

Problemfokuserte mestringsstrategier er tiltak som fokuserer på problemløsning, man prøver å løse problemet ved å gjøre noe aktivt. Det kan være å søke hjelp eller støtte. De *emosjonsfokuserede mestringsstrategiene* regulerer følelsesmessige reaksjoner, og kan være nyttig å bruke når det ikke er så mye man får gjort med situasjonen. Barn som lever i rusbelastede hjem kan kjenne på sinne og sorg. For å regulere disse reaksjonene kan de emosjonelle strategiene være med på å holde tilbake følelser når det er det mest hensiktsmessige, eller å dele de vonde følelsene (Lode, 2016, s. 42).

Gjennom stressmestring er målet å redusere fysiologiske forandringer som kan ha oppstått etter de traumatiske opplevelsene barnet har opplevd, og for å lære barnet å håndtere stressreaksjoner som kan oppstå i forbindelse med påminnelse av traumet (Jensen, 2017, s. 143).

3.4 Kommunikasjon og relasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «communicare», som betyr «å gjøre felles». Gjennom kommunikasjon skaper, utveksler og avdekker vi mening (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 215).

Barn og ungdom utvikler seg kontinuerlig, utviklingsperspektivet er derfor sentralt. Kjennskap til normalutvikling hjelper den voksne til å vurdere barnet utviklingsmessig, tone seg inn der barnet og ungdommen er, og skape et felles utgangspunkt for å skape kommunikasjon. Å finne den enkeltes ståsted utviklingsmessig og følelsesmessig er viktig i samtale med barn og ungdom som har det vanskelig. Den kognitive utviklingen og hukommelsen påvirker om og hvordan barnet forstår det som blir sagt, noe som igjen avgjør om barnet føler seg kompetent i samtalen (Eide & Eide, 2017, ss. 48-49). Når barnet er 6-12 år, har det evnen til å systematisere erfaringer på en kvalitativt annen måte enn før. Barnet kan se situasjonen fra en annen synsvinkel, og tenkingen er mer uavhengig av det som skjer her og nå. Barnet holder lenger på oppmerksomheten, og skiller mellom sentral og perifer informasjon. Når barnet er 12-18 år begynner tankegangen å likne en voksens. Ungdommen tenker abstrakt og prøver ut ulike hypoteser. Alikevel kan de mangle evnen til å se konsekvenser over tid, og mange opplever at egosentrisk tenkning oppstår igjen. Ungdom kan være var for hvordan de blir oppfattet, og liker ikke å bli snakket til som et barn (Eide & Eide, 2017, s. 67).

Måten man tenker på og forstår hendelser, har mye å si for muligheten til å mestre (Ruud, 2011, s. 20). For å bli kjent med og skape tillit hos barn er god kommunikasjon viktig. Å utvikle et tillitsforhold til små barn kan være tidkrevende og utfordrende fordi de ofte er skeptiske til nye mennesker (sitert i Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). For å få tillit er sykepleieren nødt til å like og respektere barn/ungdom, vise interesse, bli kjent med barnet, involvere seg, og gi av seg selv. I tillegg er det viktig at sykepleieren utvikler et tillitsforhold til foreldrene og er ærlige med barna.

Kommunikasjonen bør være preget av forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting. For at barnet skal oppleve og føle at det blir respektert, er sykepleieren nødt til å anerkjenne væremåten, tankene og følelsene deres (sitert i Grønseth & Markestad, 2011, s. 83).

Når det skal skapes kontakt med ungdom, er det viktig å tenke på at de kan oppleve det som meningsløst å snakke om foreldrenes drikking når de selv snart er voksne. Ungdommen kan være redde for å måtte grave i gamle sår som de har prøvd å distansere seg fra. De kan derfor oppleves som at de ikke ønsker kontakt eller hjelp, og blir derfor oversett (Sundfær, 2012, ss. 181-182). En god

relasjon avhenger av en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27).

4. Resultat/funn

4.1 “Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: ‘No-one has ever asked me how I feel in any of this’” (Templeton, Velleman, Hardy, & Boon, 2009).

Formål: Undersøke ungdommens erfaringer med å vokse opp med foreldrenes alkoholmisbruk og vold.

Metode: Strukturerte intervju med standardiserte spørreskjemaer og åpne spørsmål. De kvalitative intervjuene er grunnlaget for studien. Det var åtte unge i aldersgruppen 12-18 år som deltok. Et av kriteriene for studien var at foreldrene skulle hatt et aktivt alkoholproblem de siste 12 månedene og være under behandling da deltakerne ble rekrutert. Om deltakerne hadde lærevansker eller psykiske problemer ble de ekskludert.

Funn: Deltakerernes liv var fulle av inkonsekvenser, usikkerhet og forvirring. De brukte ulike strategier for å takle situasjonen, og syntes det var vanskelig å vite hvordan de skulle håndtere det på best mulig måte. Fysisk- og emosjonell diastansering fra den alkoholrelaterte konflikten var en vanlig mestringsstrategi. De opplevde modenhet og styrke ved å takle vanskene, men satt igjen med følelsen av å ikke mestre situasjonen. De har «akseptert» at foreldrenes alkoholforbruk vil vedvare, og at det ikke er noe de kan gjøre med det. Ungdommen følte på en generell følelse av isolasjon og å ha håndtert det hele med liten støtte. At de rundt var forståelsesfulle, lyttet, og å snakke med noen med samme erfaring, var faktorer de pårørende så på som positive. De profesjonelle må være tilgjengelige og vite hvordan de skal hjelpe. Ungdom som hadde søkt hjelp fortalte at det ble enklere av å snakke om det.

4.2 “How can professionals carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study” (Werner & Malterud, 2016).

Formål: Utforske hvordan uformell støtte fra voksne oppleves av barn med foreldre med alkoholproblemer for å forstå hvordan fagpersoner kan vise anerkjennelse på en lignende måte.

Metode: Kvalitativt intervju med retrospektive historier fra ni voksne som vokste opp med alkoholiserede foreldre. Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensasjon. Goffmans konsept "rammen" tilbød et objekt for å studere hvordan støttende situasjoner ble definert, og for å forstå muligheter og grenser for tilpasning av anerkjenneshandlinger og holdninger til faglige

sammenhenger.

Funn: Ved at en voksen anerkjente og så problemene men forble stille, følte barna seg forrådt. Å føle trygghet ga de følelsen av å være normal. Å trekke seg unna og være med venner og deres familier, ble sett på som viktig for barna. De opplevde anerkjennelse når en voksen tilbød å løse problemene og viste respekt og verdighet. Helsepersonell er nødt til å vise disse barna anerkjennelse og informere om blant annet deres tilgjengelighet og taushetsplikt.

4.3 “Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12–18 years with problem drinking parents” (Holmlia, Itäpuisto, & Ilva, 2010).

Formål: Øke forståelsen av mestringsstrategier barn av alkoholiserede foreldre bruker.

Metode: Kvalitative data ble samlet inn ved hjelp av et anonymt og internettbasert spørreskjema bestående av 16 spørsmål der det var ferdige svaralternativer og mulighet for å svare med egne ord. Deltakerne var barn og ungdom mellom 12-18 år. De fikk inn 101 spørreskjema. De valgte å ekskludere 31 av skjemaene, da disse var ufullstendig utfylt eller åpenbart useriøse.

Funn: Mestringsstrategier som kom frem var å: søke hjelp, unngå, fortelle foreldrene hva de følte, selvskading og jobbing med egne oppfatninger og følelser rundt utfordringene. Det ble fortalt om både gode opplevelser ved å oppsøke hjelp, og at det ble vanskelig grunnet følelsen av sosial stigmatisering, skamfullhet, og situasjonen hjemme. Å være hjemmefra i perioder kunne bidra til å gjøre livene deres enklere.

4.4 «Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende» (Hjelmseth & Aune, 2018).

Formål: Undersøke hvordan helsepersonell med ansvar for barn som pårørende opplever og erfarer arbeidet med dette.

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Det ble gjort dybdeintervjuer, og dataene ble analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering. Det var sju informanter med i studien, der fem av de hadde rollen som barneansvarlige, og to av de hadde erfaring fra arbeid med barn som pårørende.

Funn: Deltakerne synliggjør praktiske utfordringer i arbeidshverdagen. De har vanskeligheter med å få foreldre til å innse hvordan deres psykiske tilstand påvirker barna. Utfordringene er store i arbeidet med barn som pårørende, og mangel på tid til å gjennomføre lovpålagte oppgaver kommer frem som en sentral faktor. Helsepersonell trenger tydeligere rammer i arbeidet og mer tid satt av til arbeidet med barn som pårørende.

4.5 «Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse» (Hoel & Geirdal, 2016).

Formål: Undersøke grad av belastning, bruk av mestringsstrategier og psykisk helse, og sammenhengen mellom disse hos pårørende til rusmisbrukere.

Metode: Det ble gjennomført en kvantitativ tverrsnittstudie. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om demografiske og rusrelaterte forhold, belastning, psykisk helse og mestring. Det var 47 deltakere i studien, og gjennomsnittsalderen var 50 år, og gjennomsnittlig antall år som pårørende var 15 år.

Funn: 79% av deltakerne opplyser at de selv har fått hjelp grunnet sin situasjon som pårørende. 24% av deltakerne var barn av misbruker. Problem- og emosjonsfokuserede mestringsstrategier ble hovedsakelig brukt. Økt belastning viste sammenheng med økte psykiske symptomer og mer planlegging, mens større grad av akseptering hadde sammenheng med færre psykiske symptomer. Når hjelpeapparatet møter pårørende, burde det fokuseres på å gi støtte, informasjon og bistand slik at det kan tas bevisste valg av hensiktsmessige mestringsstrategier hos de pårørende. Funnene bekrefter at det er en sammenheng mellom vedvarende belastning og svekket helse hos pårørende til rusmisbrukere.

5. Drøfting

5.1 Skape tillit

Barn av alkoholmisbrukere kan ha opplevd alvorlige tillitsbrudd og svik gjennom barndommen, og har derfor vanskeligheter med å bygge tillit (Sundfær, 2012). Erfaringsmessig vet jeg at barn har et ønske om å kunne stole på den alkoholmisbrukende, og kan gang på gang tro at drikkingen en dag skal ta slutt. De ender opp med å miste håpet ved at løftene brytes. Å stole på og få tillit til andre mennesker blir derfor vanskelig å bygge opp.

Barn er lojale mot sine foreldrene, og trenger derfor at foreldrene støtter dem i samtale med sykepleier. Barnet kan likevel ha vanskeligheter med å uttrykke sine følelser, og kan ha mistet håpet om at noe kan forandres (Sundfær, 2012). I forskningen til Tempelton et al. (2009) kommer det frem at barnet aksepterer at drikkingen vil fortsette, og dermed mister håp om at forandring kommer til å skje. Det er derfor tidkrevende å arbeide med barn, ettersom tillit må bygges opp. Håpet er sentralt for mestring, og sykepleieren er en viktig kilde til håp. Sykepleieren kan derfor ta seg tid til å snakke, gi informasjon, vise respekt og være omtenksum (Renolen, 2015, s. 174).

Sykepleier kan skape trygghet og tillit gjennom affektiv avstemming og nonverbal kommunikasjon. For å skape tillit og god kontakt med barn og ungdom kan man tone seg inn på deres

oppmerksomhet og finne et felles område for oppmerksomhet og interesser. Man kan også bruke bøker, brosjyrer og leker som hjelpemiddel. Det er viktig at sykepleieren lytter aktivt, responderer og bekrefter, både verbalt og nonverbalt. Sykepleieren skal ikke presse barnet til å fortelle, men heller følge og respektere barnets tid og oppmerksomhetsskifter (Eide & Eide, 2017). Forskningen til Werner & Malterud (2016) beskriver at barnet satt pris på at en voksen ønsket å hjelpe uten å bli presset til videre kommunikasjon. Å tilpasse seg og respektere barns langsomhet og dets hurtige skiftninger, er nøkkelen til kontakt og tillit. I tillegg er det viktig å vise at man ser barnet, setter ord på bekymringer, følelser og erfaringer, og gir barnet informasjon tilpasset alder. Man skal lytte til barnets respons før man går videre, og det skal anvendes enkle ord og uttrykk i samtalen (Eide & Eide, 2017). Deltakerne i studien til Tempelton et al., (2009) bekrefter dette som positive faktorer i samtalen.

I kontaktetablering med ungdom er det viktig å gå forsiktig frem. Man skal bruke god tid på å lytte til historien og sammen med ungdommen søke etter ulike perspektiv og dermed gi historien mening og utvidet perspektiv. Ungdommen kan være skamfull over hva som skjer hjemme, og det kan derfor bli viktig å få frem den unges historie og gyldiggjøre og kanskje omskrive eller redefinere den i et nytt perspektiv for å kunne forstå hvorfor ting ble som de ble (Sundfær, 2012). Ungdommen kan være rolleforvirret og usikre slik Erikson (Renolen, 2015) beskrev det i sin teori om personlighetsutvikling. Forskningen til Tempelton et al., (2009) beskriver ungdommen som usikre, forvirret og at de føler de ikke mestrer hjemmesituasjonen. Ved å fjerne skam og skyld og hjelpe de unge til å forstå at de har gjort så godt de kunne, støttes en positiv selvutvikling. Det blir også viktig for sykepleieren å sette grenser for omsorgen og ansvaret for foreldrene (Sundfær, 2012).

5.2 Barneansvarlig

Ved å anvende en barneansvarlig vet man at barnet blir sett og tatt vare på. Når barneansvarlig på sykehus møter barna til pasientene, må man huske på at barna til de syke foreldrene først og fremst er barn, og foreldrene er foreldre og ikke pasienter. Barneansvarlig må samarbeide med pasientens behandler for at det skal oppnås samtykke til kontakt med barnet. Dette er viktig for å gjøre pasientens barn synlig for den enkelte behandler og få samtykke til å etablere kontakt med barnet. Når barneansvarlig er opptatt av å bli kjent med barnet som et barn, og ikke barn av foreldrene med en sykdom, blir man i bedre stand til å bli kjent med barnet på barnets egen grunn. I tillegg er det viktig at den barneansvarlige har kunnskap om hvordan ulike situasjoner og sykdommer påvirker foreldreomsorgen. Den ansvarlige trenger også kunnskap om hvordan barn reagerer ut ifra alder

med tanke på de kognitive prosessene som blant annet omhandler barnets hukommelse og forståelsen av seg selv (Sundfær, 2012; Gamst, 2017).

I et utvalg av forskningsartiklene jeg tidligere har presentert og selv har erfart, kommer det fram at barn av alkoholiserede foreldre ofte føler seg utelatt, ikke blir sett, og at de synes det er vanskelig å oppsøke hjelp grunnet skamfullhet og sosial stigmatisering (Templeton et al., 2009; Holmlia et al., 2010). Ved at helsepersonell får økt kunnskap om samspillet i familier der alkohol misbrukes, kan forståelsen av hvorfor barna selv får problemer øke, og man kan få en innsikt i hvilke belastninger barna kan få av foreldrenes alkoholmisbruk. Dette kan føre til at helsepersonell er bedre rustet til å hjelpe både barn og foreldre (Dyregrov, 2000).

Det er derfor viktig at barneansvarlig som møter barn som pårørende på et sykehus har et åpent sinn og understøtter mestringen. Dette kan blant annet gjøres ved å bekrefte deres betydning i familien og betydningen av hva de gjør for både den syke og familien sin. Barna opplevde modenhet og styrke når de taklet den vanskelige situasjonen hjemme, men satt likevel igjen med følelsen av å ikke mestre. Å føle at man ikke strekker til, kan føre til mindreverdsfølelse hos barnet. Det er også viktig å understreke viktigheten av å snakke om situasjonen med noen de stoler på, og dele kunnskap om barn og unges vanlige reaksjoner i den situasjonen de befinner seg i. I tillegg er det viktig å snakke om hva som kan hjelpe dem når de opplever det vanskelige, og om hva de selv kan gjøre for å hjelpe seg selv (Bugge et al., 2015; Renolen, 2015; Templeton et al., 2009).

Barneansvarlig kan bidra med kunnskap om beskyttende faktorer, og kan derfor utvide barnets og forelderens perspektiv og bedre grunnlaget for å kunne handle og foreta valg. Beskyttelsesfaktorer er de forholdene som beskytter barna mot å selv utvikle psykiske problemer eller sykdom (Nordenhof, 2012). Hoel & Geirdal (2016) beskriver en sammenheng mellom vedvarende belastning og svekket helse hos pårørende til rusmisbrukere. En beskyttelsesfaktor kan blant annet være å ha kontakt med en voksen som ikke er involvert i problemer hjemme. Det kan være kunnskap om sykdommen og evne til å distansere seg fra sykdommen eller problemene hjemme, slik vi kunne lese i forskningen til Holmlia, Itäpuisto, og Ilva (2010) der barna fortalte at det var godt å distansere seg fra hjemmet og være hos for eksempel venner en liten periode. Samtidig har de alltid bekymringer for hvordan det går med den alkoholiserede foreldren hjemme. Det kom også frem i forskningen til Templeton et al., (2009) at barna brukte fysisk og emosjonell distansering som en mestringsstrategi. Ved at sykepleieren deler kunnskapen om disse faktorene med familien, kan man bringe en likeverdighet inn i samtalen. Dette skal bidra til å fremme barnets og foreldrens aktive medvirkning i sitt eget liv.

Samtalen får derfor en anerkjennende innfallsvinkel, noe som er med på å fremme familiens mestring (Nordenhof, 2012).

Stressmestring er med på å gi barnet følelse av kontroll, og er med på å dempe uro og minske uungåelsesatferd. Sykepleieren må forklare hvorfor barnet opplever stress, og hvorfor det kan være positivt å lære stresshåndtering. Sykepleier må koble metodene til plagene, slik at barnet kan oppleve at øvelsene er relevante. Metodene kan blant annet være kontrollert pusting og muskelavslapning, si beroligende ord til seg selv, meditere, eller bruke musikk og lese en bok for å slappe av (Jensen, 2017).

Vi må tillate at barnet og ungdommen har funnet egne strategier for mestring, da det kan være med på å møte de ut fra det de har mestret og klart. På denne måten blir selvrespekten til barna og ungdommene støttet. Det å få troen på at andre voksne kan være betydningsfulle, kan være en tidkrevende og lang prosess (Sundfær, 2012). Aron Antonowski mener at en person som har en sterk opplevelse av sammenheng, vil oppleve stimuli og stressfaktorer som mindre problematiske. Det handler om hvordan vi begriper begivenheten, hvordan den blir håndtert, og om vi finner livet meningsfullt og verdt å satse på. Det vil dermed si at barns mestring og opplevelse av sammenheng avhenger av om barnet føler seg støttet, om de har kunnskap om forelderens sykdom, og om de har kunnskap om hvordan de kan håndtere vanskelige situasjoner (Nordenhof, 2012, ss. 129-130). Forskningen understøtter disse faktorene som viktige for muligheten til å mestre og oppleve sammenheng. Barna ønsker blant annet at helsepersonell skal være tilgjengelige og vite hvordan de kan hjelpe gjennom å støtte, gi kunnskap ved å gi informasjon, og å gi bistand til å anvende hensiktsmessige mestringsstrategier (Hoel & Geirdal, 2016).

5.3 Samtale

Pårørendesamtaler med barn har fokus på barna, og ikke på den voksnes sykdom eller problem. Disse samtalene foregår for det meste som familiesamtaler, der hele familien deltar. Ved innledning av samtalen bør man først og fremst henvende seg til den voksne til å begynne med. Dette er viktig for at barnet skal se at foreldrene aksepterer temaet som tas opp, og dermed forstår at det er akseptabelt å prate om. Ved å starte samtalen med å stille barnet spørsmål, kan man risikere å sette barnet i en lojalitetskonflikt. Ved å innledningsvis skape en tydelig struktur for samtalen, vil dette skape trygghet både for barnet og den voksne (Nordenhof, 2012). Pårørende barn av alkoholmisbrukende foreldre kan få liv som er fulle av inkonsekvenser, usikkerhet og forvirring (Templeton et al., 2009), og det er derfor viktig å prøve å skape trygghet i samtalen. Trygghet skaper

en oppfatning av å være som andre, å være «normal». Kommunikasjonen skal være preget av respekt og forståelse (Werner & Malterud, 2016; sitert i Grønseth & Markestad, 2011). Som sykepleier er ikke min oppgave å gjøre noe av mestringsarbeidet for barnet, men medvirke til at barnet lykkes med sitt «mestringsprosjekt». Det kan være å gi praktisk bistand, informere og gi ny kunnskap, men mest av alt å motivere barnet til å komme i gang og gjennomføre det daglige mestringsarbeidet. Motivasjon og mestring henger sammen, og å stimulere den andres motivasjon handler for det meste om kommunikasjon (Eide & Eide, 2017).

Ved pårørendesamtaler med barn er samtalen hovedsakelig informasjonsgivende, støttende og avdekkende (Nordenhof, 2012). Disse samtalene kan brukes som problemfokuserede mestringsstrategier, da man gjør noe aktivt for å prøve å løse problemet. Forskingen sier som tidligere nevnt at de pårørende har behov for både støtte og informasjon (Hoel & Geirdal, 2016). Informasjonen blir tilpasset barnets alder og modenhet. Like viktig er det å avklare om barnet ønsker informasjon om foreldrenes alkoholproblem. For enkelte barn er det så uvant å snakke om foreldrenes problemer at de føler denne informasjonen blir ubehagelig å få (Nordenhof, 2012). Ved emosjonsfokuserede mestringsstrategier kan barnet undertrykke sine egne opplevelser. Forskingen viser at barna kunne føle seg isolert og ignorert av helsepersonalet. Barna forteller at å snakke med noen om problemene og at helsepersonell anerkjenner og støtter dem, er positive faktorer for de pårørende (Templeton et al., 2009; Werner & Malterud, 2016). At jeg som sykepleier oppdager en bekymring og viser at jeg forstår, kan lette byrden barnet sitter inne med. Dette er med på å øke mestringsevnen, og det er derfor viktig å hjelpe barn og unge med å finne måter de kan dele det de har på hjertet (Eide & Eide, 2017). Helsepersonell ønsker mer tid avsatt til arbeidet med barn som pårørende (Hjelmseth & Aune, 2018).

Det er viktig for sykepleieren å prioritere hvilken informasjon barnet får, da barn i ulike aldre får med seg ulik mengde av det som blir sagt grunnet den følsomme situasjonen og barns kognitive utvikling. Barna sitter igjen med mange inntrykk, og det er derfor viktig å tilby en oppfølgingssamtale senere. Informasjonen som blir gitt på sykehuset, skal helst gis med foreldrene til stede, eller av foreldrene selv, da foreldrene bekrefter opplysningene og det legges til rette for at familien kan fortsette samtalen hjemme. Hos barn av foreldre med langvarige problemer, bør det holdes informerende samtaler med barna jevnlig grunnet endringer i foreldrenes problemer, og grunnet barnets utvikling av kompetanse til å forstå de kompliserte sammenhengene (Nordenhof, 2012).

Ved gjennomføring av samtaler med barn, bør det alltid inneholde et støttende element. Disse samtalene skal gi et bekreftende, gyldiggjørende og normaliserende svar på opplevelsene og

reaksjonene barnet kjenner på (sitert i Nordenhof, 2012). I følge Werner & Malterud (2016) trengte barna å føle tygghet for å føle seg «normal». De har kanskje aldri fortalt hvilke tanker de sitter igjen med, og kan derfor ha egne feilaktige tolkninger som de på grunn av manglende informasjon og hjelp ikke har hatt mulighet til å forstå. De kan ha forestillinger om at de selv er ansvarlig for foreldrenes alkoholproblem. I tillegg er det å være pårørende barn til alkoholisererte foreldre fortsatt et tabubelagt tema, og det blir derfor lite snakket om. Barnet kan føle seg unormal og utenfor fordi det føler at det er den eneste personen som opplever noe slikt. Det er derfor viktig at sykepleieren hjelper barna til å forstå hendelsene på en slik måte at de gir mening og brukbare handlingsmuligheter. Dersom foreldrene ikke uttrykker anerkjennelse og forståelse for barnets ytringer, er det min oppgave som sykepleier å formidle min forståelse, slik at barnet kjenner på en sosial gyldiggjøring av sine opplevelser og erfaringer (Nordenhof, 2012).

De avdekkende samtaler gjør sykepleieren i stand til å hjelpe barnet i den konkrete situasjonen ved hjelp av den informasjonen hun/han får. Samtalen skal avdekke om foreldrenes problemer har eller har hatt konsekvenser for barnet, som det trenger hjelp til, slik det blir beskrevet i Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999. §10a; Nordenhof, 2012). Denne informasjonen har betydning for om vi kan hjelpe barnet videre med blant annet samtaler, råd og veiledning, eller om vi må underrette kommunen vår bekymring for barnet (Nordenhof, 2012).

6. Konklusjon

I denne oppgaven er det blitt diskutert hvordan jeg som sykepleier kan være med på å fremme mestringsstrategier hos barn som pårørende til alkoholisererte foreldre. Både forskning og teori viser at barna ofte blir oversett og ikke får den hjelpen de trenger og har rett på. Dersom barn ikke får bearbeidet reaksjonene og mestret sin situasjon, kan det gi konsekvenser senere.

Helsepersonelloven §10a beskriver helsepersonells plikt til å dekke behovet for informasjon og nødvendig oppfølging av barn av rusmismiddelavhengige. Barns kognitive utvikling er hele tiden i endring, og sykepleieren må derfor ha kunnskap om hvordan man kommuniserer med tanke på barnets utviklingsivå, alder og modenhet. For å skape en god relasjon med barn, er det viktig å først og fremst skape tillit. Dette er en tidskrevende prosess da barna har erfart utallige tillitsbrudd fra foreldrene. Barnet skal ikke presses til å fortelle. Det kan være et godt tiltak å anvende en barneansvarlig som har tid til, og erfaring med å snakke med barn. Pårørendesamtaler med barn er hovedsakelig informasjonsgivende, støttende og avdekkende. Forskningen bekrefter samtaler som nyttige. Håp er sentralt for mestring, og sykepleieren er en viktig kilde til håp. Barna bruker ulike mestringsstrategier, og helsepersonell er nødt til å anerkjenne at barnet muligens allerede har funnet

sine mestringsstrategier. Fysisk-, problem-, og emosjonsfokuserte mestringsstrategier var blant de som ble brukt. Sykepleieren må kartlegge barnets behov og forutsetninger for å mestre. Først da kan sykepleieren forme mestringsstrategier som er tilpasset det enkelte barnet og se til at det blir ivaretatt på en ideel måte. Barna har et ønske om å kunne føle seg som andre, være normal. Det er viktig at jeg som sykepleier både støtter og bekrefter barnas betydning i familien og det de gjør for både den syke og familien sin, for å understøtte mestringen. Jeg valgte tittelen «Løvetannbarn» da jeg ikke har hatt noe spesielt fokus på om disse barna har kommet sterkere ut av situasjonen eller ikke, men fordi oppgaven baserer seg på hvordan jeg som sykepleier kan bidra til at barna klarer å mestre livene sine på best mulig måte, og dermed er løvetannbarn.

Bibliografi

- Bugge, K. E., Røkholt, E. G., & Aamotsmo, T. (2015). En tiltakskjede for ivaretagelse av barn som pårørende. I B. S. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen, & S. Gjesdal(red), *Familier i motbakke* (ss. 45-64). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Christensen, H. B., & Bilenberg, N. (2000, 10). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, ss. 219-226. doi:<https://doi.org/10.1007/s007870070046>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dyregrov, A. (2000). *Barn og traumer* (3. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gamst, K. M. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Haugland, B. S. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I B. S. Haugland, B. Ytterhus, & K. (. Dyregrov, *Barn som pårørende* (ss. 82-106). Abstrakt forlag AS.
- Haugland, B. S., Trondsen, M. V., Gjesdahl, S., & Bugge, K. E. (2015). På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. I B. S. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen, & S. Gjesdahl(red), *Familier i motbakke* (ss. 13-25). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Henta fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hjelmseth, M., & Aune, T. (2018, 02 09). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien Forskning*. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521>
- Hoel, T. L., & Geirdal, A. Ø. (2016, 12 22). Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. *Sykepleien Forskning*. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59839>
- Holmlia, M. J., Itäpuisto, M., & Ilva, M. (2010, 10 05). Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12–18 years with problem drinking parents. *Drugs: Education, prevention and policy*, ss. 179-186. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.3109/09687637.2010.493168>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - Ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jensen, T. K. (2017). Behandling av traumatiserte barn og ungdom: Traume-fokusert kognitiv atferdsterapi. I J. Kjøbli, H. Eng, S. K. Ertesvåg, & I. Frønes(red), *Å mestre det vanskelige* (ss. 134-156). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001, 07 01). *The american journal of psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. Heggestad, & U. Knutstad(red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., ss. 40-55). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Loukas, A., Fitzgerald, H. E., Zucker, R. A., & Eye, A. v. (2001, 04). Parental Alcoholism and Co-Occurring Antisocial Behavior: Prospective Relationships to Externalizing Behavior Problems in their Young Sons. *Journal of Abnormal child psychology*, ss. 91-106. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1005281011838>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Otta: Univeritetsforlaget.
- Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Poon, E., Ellis, D. A., Fitzgerald, H. E., & Zucker, R. A. (2006, 05 30). Intellectual, Cognitive, and Academic Performance Among Sons of Alcoholics During the Early School Years: Differences Related to Subtypes of Familial Alcoholism. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, ss. 1020-1027. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb04645.x>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. Henta fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E., & Boon, S. (2009, 08 13). Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: 'No-one has ever asked me how I feel in any of this'. *Journal of substance use*, ss. 139-150. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/14659890802624287>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Torvik, F. A., & Rognum, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Henta frå <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Werner, A., & Malterud, K. (2016, 11 30). How can professionals carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, ss. 42-49. doi:<https://doi.org/10.1177/1403494816680802>