



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

«Dei gløymde barna»

«The forgotten children»

Caroline Skilbrei Aven

Bachelorutdanning i sjukepleie, 15.06.20.

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Ole Tormod Kleiven

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, § 12-1.

Samandrag

Tittel:

«Dei gløynde barna».

Bakgrunn for val av tema:

Då eg starta på mi utdanning for å bli sjukepleiar, starta eg samstundes å arbeide på ein døgninstitusjon for rusmiddelavhengige. I løpet av dei tre siste åra har eg møtt mange menneske som slit med rusmiddelavhengigheit, men som har ei målsetjing om endring i livet. Nokre av disse har i tillegg barn som er ein viktig faktor for ønsket om endring, men erfaringar tilseier at barn er eit sårbart tema å snakke om. Eg ønsker av denne grunn å lære meir om korleis eg som sjukepleiar kan ivareta barn som pårørande og vidare implementere kunnskapen i framtidig yrkesutøving.

Problemstilling:

Korleis ivareta barn som pårørande når ein av foreldra er rusmiddelavhengig?

Metode:

Metoden som er brukt i oppgåva er litteraturstudie. Det er tatt føre seg funn i andre sin forskning, og ulik litteratur har blitt samla inn. I oppgåva er det blitt brukt relevant faglitteratur om rusmiddelavhengigheit og rusarbeid, med fokus på ivaretaking av barn som pårørande. Eigne erfaringar frå arbeid på døgninstitusjon for rusmiddelavhengige er også tatt med i oppgåva.

Oppsummering av funn og konklusjon:

Funn i denne litteraturstudien viser at barn som pårørande er lite i fokus gjennom sjukepleieutdanning og vidare arbeidsliv. Sjukepleiarar følger i liten grad opp med barne- og familiesamtalar. Dette ligg ofte til grunn i mangelfull kunnskap om det å ivareta barn som pårørande. Ulike studiar, teori og praksisbasert kunnskap viser at det er mange tiltak ein kan setje i verk for å sikre at barn som pårørande blir ivaretekne.

Nøkkelord:

Barn som pårørande, foreldre, alkoholavhengigheit, kunnskap, tillit

Summary

Title:

«The forgotten children».

Background:

When I started my education to become a nurse, I also started working at an institution for drug- and alcohol addicts. Over the past three years, I have met many people who struggle with alcohol abuse and have a goal of changing their lives. In addition, some of these people have children who are an important factor for the desire to change their lives, but I find that children are a vulnerable topic to talk about. For this reason, I want to learn more about how I, as a nurse, can safeguard children as next of kin and further implement the learned knowledge in future professional practice.

Issue:

How to safeguard children as next of kin when one of their parents are substance addicts?

Method:

The method used in this assignment is a literature study. Findings have been made in other's research, and various literature has been collected. Relevant literature on addiction and alcohol abuse has been used in this assignment, with a focus on safeguarding children as next of kin. Own experiences from work in day care facility for alcohol- and substance abuse are also included in this assignment.

Summary of results and conclusion:

Findings in this literature study shows that children as next of kin are of little focus trough education and working life. Nurses' follow up with children- and family conversations are to a small degree followed trough, but this is often caused by lack of knowledge about safeguarding children as next of kin. On the other hand, there are multiple measures that can be put to into practice, among other seek more education and guidance.

Key words:

Children as next of kin, parents, alcohol addiction, knowledge, trust

Innholdsliste

1.0 Innleiing	4
1.1 <i>Bakgrunn for val av tema</i>	4
1.2 <i>Problemstilling og avgrensing</i>	5
1.3 <i>Hensikt med oppgåva</i>	5
1.4 <i>Definisjon av omgrep</i>	5
2.0 Metode	6
2.1 <i>Litteraturstudie som metode</i>	6
2.2 <i>Søk- og utvalsprosess</i>	6
2.2.1 <i>Utvalde forskingsartiklar</i>	7
2.3 <i>Val av anna litteratur</i>	8
2.4 <i>Kjeldekritikk</i>	8
3.0 Teori	9
3.1 <i>Rus- og alkoholavhengighet</i>	9
3.2 <i>Barn som pårørende</i>	10
3.3 <i>Utviklingspsykologi</i>	11
3.4 <i>Rolle som sjukepleiar</i>	11
3.4.1 <i>Loverk og yrkesetiske retningslinjer</i>	11
3.4.2 <i>Terapeutisk tilnærming</i>	12
3.4.3 <i>Kommunikasjon med barn som pårørende</i>	13
4.0 Funn i forskning	13
4.1 <i>Kunnskaps- og informasjonsbehov</i>	13
4.2 <i>Familieperspektiv</i>	14
4.3 <i>Kunnskap og kompetanse hjå sjukepleiar</i>	14
5.0 Drøfting	15
5.1 <i>Barn som pårørende er også vårt ansvar</i>	15
5.2 <i>Barn som pårørende sine behov</i>	17
5.3 <i>Betyding av kunnskap og kompetanse</i>	19
6.0 Konklusjon	20
7.0 Kjeldeliste	21
Vedlegg	24
<i>Vedlegg 1 – Søkeprosessen</i>	24

1.0 Innleiing

Verdas helseorganisasjon fastslår at meir enn 3 millionar menneske i verda døydde som følge av skadeleg bruk av alkohol i 2016, og at skadeleg bruk av alkohol dermed forårsakar nesten 5% av den globale sjukdomsbyrda (WHO, 2018). Alkohol er dessutan det mest vanlege rusmiddel i Noreg, og nytast av omlag 90% av den norske befolkninga (Torvik & Rognum, 2011, s. 11). I dagens samfunn er alkohol lett tilgjengeleg, og det er vanleg at ein blir eksponert for dette rusmiddel i det daglege. Alkohol i form av øl, brennevin og vin er vanleg i ulike selskapsformer (Aarre et. al., 2009, s. 207).

Alkoholavhengigheit ser ein høgst i aldersgruppa 25-34 år (Haugland, 2012, s. 82). I denne aldersgruppa er det mange som gjennomgår ei fase i livet kor ein etablerer seg og blir foreldre. Berekningar tyder på at minst 90.000 barn under 18 år har foreldre som har oppfylt diagnostiske kriterier for alkoholavhengigheit, medan 65.000 av disse er barn av foreldre som får behandling for alkoholavhengigheit ved døgnavdelingar eller poliklinikkar (Torvik & Rognum, 2011).

FN sin barnekonvensjon understreker at barn har rett til å ha jamleg kontakt med begge foreldre, og dei har rett til å bli sett og hørt (Barnekonvensjonen, 2003). I opptrappingsplanen for rusfeltet står det at hjelpeapparatet ovanfor denne gruppa barn, skal ivareta foreldra sin situasjon samstundes følge opp barn sine behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Samspelet mellom barn som pårørande og helsepersonell viser seg likevel å være mangelfullt og ofte tilfeldig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I endring av pasient- og brukarrettslova og helsepersonellova var formålet at rettsstillinga til barn som pårørande skulle styrkast (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Tema kring pårørande opplevast lite belyst gjennom sjukepleieutdanninga og i praksis.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunn for val av tema er knytt til ønske om auka kunnskapsnivå. Då eg starta på mi utdanning for å bli sjukepleiar, starta eg samstundes å arbeide i spesialisthelsetenesta på ein døgninstitusjon for rusmiddelavhengige. Arbeidsstaden førte til at eg tidleg i utdanningsløpet fekk ei interesse for psykiatri, og då særleg knytt til rusmiddelavhengigheit. I løpet av dei tre siste åra har eg møtt mange menneske som slit med rusmiddelavhengigheit og som har ei målsetjing om endring. Nokre av disse har i tillegg barn som er ein påverkande faktor for ønsket om endring. Eg erfarer likevel at barn er eit sårbart tema for dei å snakke om. Eg ønsker av denne grunn å lære meir om korleis eg som sjukepleiar kan ivareta barn pårørande, og vidare implementere lærdomen i framtidig yrkesutøving.

1.2 Problemstilling og avgrensing

«Korleis ivareta barn som pårørnde når ein av foreldra er rusmiddelavhengig?»

Problemstillinga er avgrensa til barn frå 12-15 år som er pårørnde til foreldre som er avhengig av alkohol. Bakgrunnen for val av spesifikt rusmiddel hjå foreldre er knytt til kva rusmiddel som er mest vanleg. Undersøkingar viser at misbruk av alkohol er ti gongar meir vanleg enn misbruk av andre rusmiddel (Torvik & Rognum, 2011). Pasientar som er opiatavhengige og pasientar under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) vil derfor ikkje bli gjort greie for. Avgrensinga gjeld vidare frivillig behandling, der arena er døgninstitusjon i spesialisthelsetenesta. Oppgåva vil ikkje legge vekt på spesifikt kjønn til foreldre eller barn.

1.3 Hensikt med oppgåva

Hensikta med denne oppgåva er å belyse problemstillinga ved hjelp av oppdatert forskning og aktuell litteratur. Oppgåva skal bringe fram kunnskap, erfaring og innsikt innanfor sjukepleiefaget. Lesaren skal få ein forståing av kunnskapen som er etterspurt og skal samstundes sjå korleis kunnskapen er henta fram. Barn som pårørnde er eit viktig tema som bør belyst i sjukepleierket, då ein har eit stort ansvar for å ivareta både pasientar og pårørnde. Overordna hensikt er å finne ut korleis sjukepleiar kan ivareta barn som pårørnde på ein måte som gjer at dei kan føle seg sett og hørt, og samstundes oppleve eit håp for familien si framtid.

1.4 Definisjon av omgrep

Barn som pårørnde: Barn av foreldre som har definerte sjukdomstilstandar innan tre kategoriar: psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og somatisk sjuke (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 11).

Foreldre: Dei menneska som skal utøve foreldreansvar ut i frå barnets behov og interesser.

Foreldreansvar er den rett og plikt foreldre har til å ta avgjerder for barnet i personleg forhold (Likestilt foreldreskap, 2017, § 5-30).

Rusmiddelavhengighet: Kjenneteiknast ved eit sterkt ønske om å bruke rusmiddel og vanskar med å kontrollere bruken. Vedkomande opprettheld bruken til trass for konsekvensar, og prioriterer inntak av rusmiddel framfor andre aktivitetar og plikter (Folkehelseinstituttet, 2019).

2.0 Metode

Metode er eit reiskap i møte med noko ein ønskjer å undersøkje (Dalland, 2017, s. 52). Thidemann (2015) beskriver metode som ein systematisk framgangsmåte ein nyttar seg av for å samle inn informasjon og kunnskap som ein treng for å belyse ei problemstilling. Formålet med metodebeskriving er at det skal være mogleg å etterprøve undersøkingane som er blitt gjort, og kome fram til same konklusjon (Thidemann, 2015, s. 76). Det fins både kvalitative og kvantitative metodar. Kvalitativ metode fangar opp erfaringar og opplevingar som ikkje er mogleg å talfeste, medan kvantitativ metode innhentar data i form av målbare einingar slik at ein til dømes kan finne gjennomsnittet eller prosentdel i ei befolkning knytt til eit gitt tema (Dalland, 2017, s. 52).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgåva er litteraturstudie valt som metode. Årsaka til valet er at det er tidsmessig forsvarleg samanlikna med til dømes kvantitativ studie med spørjeskjema og analysing. Litteraturstudie er ein metode som skal systematisere kunnskap frå eksisterande kjelder, noko som inneberer å samle inn litteratur for vidare å kritisk analysere og tolke funn i forskning og avslutningsvis summere opp (Thidemann, 2015, s. 79). Den metodiske reiskapen ein bruker i litteraturstudie er vurdering av dei eksisterande kjeldene. Kjeldekritikk er av den grunn viktig, og omhandlar å finne fram litteratur som er relevant for problemstillinga og deretter gjere greie for den litteraturen som er brukt. Kjeldegrunlaget må beskrivast for at oppgåva blir truverdig og fagleg (Dalland, 2017, s. 152).

2.2 Søk- og utvalsprosess

For å finne relevant forskning vart det gjort søk i databasene Embase, Academic Search Elite og SveMed+. Det vart også gjort søk i biblioteket sin e-ressurs Oria og på helsebiblioteket.no. I forkant av søkeprosessen vart ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier definert. Inklusjons- og eksklusjonskriterier bidrar til å tydeleggjere litteratursøket og avgrense mengde litteratur og dermed gjer at ein stiller seg kritisk til kva forskingsartiklane skal innehalde (Thidemann, 2017, s. 84). Inklusjon- og eksklusjonskriterier er valt ut i frå type publisering, språk, land, publiseringsdato, kjelde og struktur. Inklusjonskriterier for type publisering var fagfelleverderte artiklar som inneheld anten kvalitativ eller kvantitativ metode. Når det gjaldt publiseringsdato var inklusjonskriterier å finne artiklar som var publisert mellom 2010-2020, ettersom det bringer fram oppdatert forskning. Eksklusjonskriterier bidrar til å luke ut artiklar som ikkje er av relevans for oppgåva. Det er valt å ekskludere artiklar som ikkje følger IMRaD-struktur, som ikkje er publisert av relevante tidsskrifter, som er gjennomført utanfor Europa, som er publisert før 2010 og som er publisert på andre språk enn norsk og engelsk.

Ved bruk av PICO-skjema som hjelpemiddel, vart det valt ut relevante søkeord i søkeprosessen. PICO-skjema er eit hjelpemiddel som gjer problemstillinga tydeleg og presis, slik at ein oppnår struktur i utvalet for litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016a). I søkeprosessen vart det tatt i bruk både engelske og norske søkeord. Norske søkeord som «barn», «foreldre», «familie» vart brukt tidleg i prosessen då dei var av relevans for problemstillinga. Vidare vart det ordet «barn som pårørande» kombinert med orda «alkohol» og «rus» med ønske om meir spesifikk tematikk. Engelske søkeord som «nurse», «relative or family», «alcohol or alcohol abuse», «child or human or preschool child», «children as next of kin» og «parents or caregivers or mother or father or parent» vart brukt som synonym for dei norske søkeorda. Etter gjennomført søke- og utvalsprosess, er det valt ut 5 forskingsartiklar som er av relevans til problemstillinga. Sjå vedlegg 1 for meir detaljert søkeprosess.

2.2.1 Utvalde forskingsartiklar

«Affected family member coping with a relative with alcohol and/or other drug misuse: A cross-sectional survey questionnaire» (McCann, Stephenson & Lubman, 2018). Dette tverrsnittstudie vart gjennomført ved hjelp av spørjeskjema der 90 deltakarar deltok etter rekruttering gjennom sosiale media. Studien har som målsetjing å undersøke korleis alkohol og andre rusproblem påverkar pårørande, og ulike mestringsstrategiar familiemedlemmane tok i bruk.

«Barn i familier med alkoholproblemer og skam – Barn i familier er ofte bærere av skam. Hva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag?» (Delås, 2015). I denne kvalitative intervjustudia har vaksne informantar deltatt. Felles for deira bakgrunn var at dei hadde hatt ein oppvekst der foreldre har vore avhengig av alkohol. Målsetjinga var å undersøke kva årsaka til skamkjensle hos barn kan være når dei veks opp i slike situasjonar.

«Differences in implementation of family focused practice in hospitals: a cross-sectional study» (Skogøy et. al., 2018). Denne tverrsnittstudia har hovudfokus på rolla som helsepersonell. Målet med studia var å undersøke korleis endringar i norsk lov og helsepolitikk knytt til ivaretaking av barn med psykisk- eller fysisk sjuke eller rusproblem blir følgt opp av helsepersonell. Undersøkinga vart gjort ved fem ulike sjukehus.

«Familieperspektiv i psykisk helsevern» (Solberg & Berg, 2015). Denne kvalitative studia nytta seg av eit eksplorativt deskriptivt design med en fenomenografisk tilnærming. Fire ulike foreldrepar vart intervjuet to gongar kvar. Studia hadde som mål å beskrive foreldre og barn sine oppfatningar og erfaringar med å delta i parallelle gruppesamlingar når ein av foreldra har ein psykisk lidning.

«Foreldreskap og rus – den tause skammen» (Wangensteen, Jansen & Halså, 2019). Denne studien er basert på kvalitativ metode der sju pasientar og 18 barneansvarlige helsepersonell i tverrfagleg spesialisert rusbehandling vart intervjuet. Målsetjinga var å undersøkje i kva grad barn blir invitert til familiesamtalar når ein av foreldra er i behandling for rusmiddelavhengigheit.

2.3 Val av anna litteratur

Pensum i sjukepleiestudie er relevant litteratur som er brukt i oppgåva. Litteratur frå emne om psykisk helsearbeid/helsevern er særleg av relevans, derav «Helsehjelp til personer med rusproblemer» (Biong & Ytrehus, 2018), «Psykisk helsearbeid» (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009), «Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag» (Renolen, 2015) og «Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse» (Hummelvoll, 2012). Pensum frå andre emne er også tatt i bruk ettersom sjukepleiefaget krev ei heilheitleg forståing.

På døgninstitusjonen for rusmiddelavhengige der eg arbeidar, fant eg mange bøker som er aktuelle for problemstillinga: «Barn som pårørende» (Haugland et. al., 2012), «Pårørende» (Bøckmann & Kjellebold, 2015) og «Med barnet i sentrum» (Brandt & Grenvik, 2010). Rapport av helsedirektoratet, helsepersonellova, spesialisthelsetenestelova, pasient- og brukarrettslova, barnelova og yrkesetiske retningslinjer legg grunnlaget for teori. Her er det også teoriar utvikla av Abraham Maslow, Jean Piaget og Joyce Travelbee sentrale. For oppgåvetekniske retningslinjer og metodeorientering, er bøker om akademisk skriving også blitt anvendt, derav «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2017) og «Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving» (Thidemann, 2015).

2.4 Kjeldekritikk

Å være kritisk til innhaldet i teori og forskning er av særleg betydning for det å skrive akademisk. Det å bestemme relevans, styrke og avgrensingar i informasjonen ein samlar inn, er hensikta med å gjere kritiske vurderingar (Thidemann, 2015, s. 27). For å kunne forsikre at dei valte forskingsartiklane er til å stole på, er sjekklister for kritisk vurdering henta frå Helsebiblioteket, og brukt ut i frå kva type artikkel det var (Helsebiblioteket, 2016b).

Ein fordel med forskingsartiklane nytta i denne oppgåva er at ingen av dei er eldre enn 5 år og dermed presenterer oppdatert og aktuell forskning. Forskingsartiklane følger også IMRaD-struktur. Fordelen med å velje ut forskingsartiklar som følger ein slik struktur, er at forskinga primært blir publisert i fagfelleverderte tidsskrifter og gjer at grad at overføringsevne blir styrka. Det er ikkje teori

i slike forskingsartiklar, noko som set krav til utval av anna litteratur for å få ei heilskapleg forståing av faget (Dalland, 2017, s. 164). Utvalsprosessen har det også vore fokus på primærkjelder. Fordel med å bruke primærkjelder er at det er den opphavlege utgåva av ein tekst (Dalland, 2017, s. 162).

Forskningsartiklane er både på norsk og engelsk. Det var ønskeleg å finne forskingsartiklar som gjennomførte sine studiar i Europa og som var skrivne på engelsk eller norsk. Bakgrunn for valet er at studiar i Europa lettare kan relaterast til norske forhold. Det kan være ei svakheit å ta i bruk artiklar som er skrivne på engelsk, då konteksten kanskje ikkje stemmer heilt med norske forhold. Det vart opplevd i sjølve søkeprosessen. Her var det utfordrande å finne eit engelsk søkeord som var tilnærma ordet «pårørende». På engelsk finnes det mange ord som slekter til ordet «pårørende». Her vart det forsøkt med både «next of kin», «relatives» og «dependants».

3.0 Teori

3.1 Rus- og alkoholavhengighet

Omgrepet rus blir brukt om ein generell tilstand av eufori, å være oppstemd, og skyldast mellom anna kjemiske stoffer, musikk, sterk naturoppleving eller forelsking (Nesvåg, 2018, s. 22). Verknaden av rus like etter inntak kan gi ei kjensle av velvære, svekka konsentrasjon, nedsett innlæringssevne og hukommelse, nedsett evne til kritisk vurdering og auka impulsivitet. Rusmiddel delast også inn i tre kategoriar; lovlige handelsvarer som alkohol og tobakk, reseptbelagte legemiddel som morfin og benzodiazepin og til slutt ulovlege narkotiske stoffer som heroin, kokain og amfetamin (Brandt & Grenvik, 2010, s. 23).

Det er vidare eit skilje mellom avhengigheit og misbruk. Misbruk definerast som skadeleg bruk av rusmiddel og som kan medføre problem av både psykisk eller fysisk art. Avhengighet gjer at ein får ein sterk eller uimotståelege trong til å bruke rusmiddelet (Aarre et. al., 2009, s. 202-203). Bruken av alkohol forårsakar dei fleste skadar og sjukdomar som er relatert til rusmiddelbruk. Dersom alkohol blir inntatt i store doser, kan det være giftig for alle typar kroppsceller. Kroppens viktige funksjonar som balanseevne, taleevne, koordineringsevne og kognitive funksjonar blir svekka med aukande doser (Skjøtskift, 2018, side 92). Hos alkoholavhengige er det også vanleg å ha andre psykiske vanskar i tillegg til avhengigheit. Dei vanlegaste er angst, depresjon og personlegdomsforstyrningar. Når det er slike diagnoser i tillegg kan det være vanskeleg å behandle problematikken med avhengigheit (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 157)

3.2 Barn som pårørende

Barn som pårørende er ein svært stor gruppe. I helsepersonellova avgrensast barn som pårørende til mindreårige barn av foreldre med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Barn som pårørende er likevel ulike med omsyn til alder, utvikling, personlegdom og evner (Haugland et. al., 2012, s. 11). I forordet til boka «Barn som pårørende» beskriver Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov at barn skil seg frå vaksne i rolla som pårørende. Barn skal avstå frå omsorgsoppgåver og belastningar i kvardagen som blir for store, fordi dei er særeigne menneske med sine eigne rettigheitar og ressursar (Haugland et. al., 2012, s. 5).

Å vakse opp i ein heim med alkoholavhengigheit kan gjere til at barn finn det utfordrande å forstå foreldra sin åtferd og samstundes handtere sine eigne kjensler (Helsedirektoratet, 2015). Når ein av omsorgsgivarane rammes av ein alvorleg sjukdom, vil barn oppleve dramatiske endringar. Barn vil oppleve fråvær av nærleik og mangel på kontroll når ein i foreldra må opphalde seg på sjukehus eller institusjon (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 255). Sjukdom og behandling vil kunne medføre distansering frå dei menneske ein står nær, og for barn kan det være særleg være vanskeleg å skulle handtere denne distanseringa (Renolen, 2015, s. 96). Endringar i sosiale relasjonar vekker ein rekkje kjensler hjå barn som kan være vanskelege å handtere (Helsedirektoratet, 2015). Kjensler som sinne, fortvilning, redsel og skam er vanleg. Sinne er ofte spesifikt retta mot bruken, medan fortvilning kjem til uttrykk når den avhengige tek dårlege val. Redsel er ofte knytt til åtferda til den alkoholavhengige. Nokre barn opplever også skam over å ha ein rusmiddelavhengig i familien (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 157).

Barnelova presiserer at barn ikkje skal bli behandla på ein måte som gjer at deira fysiske eller psykiske helse blir utset for skade eller fare, jf § 30 (Barnelova, 1981). Barn av rusmiddelavhengige har ein høgare risiko for å kunne utvikle psykiske helseproblem, mellom anna kognitive, emosjonelle eller somatiske vanskar (Torvik & Rognum, 2011). Barn som pårørende vil også eksponerast for langvarige konsekvensar. Opplevingar av at foreldre kan bli mindre opptekne av dei og kva dei gjer på skule eller fritid kan oppstå. Dei kan i tillegg oppleve at den rusmiddelavhengige er deprimert (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 274).

3.3 Utviklingspsykologi

Psykologen Abraham Maslow utvikla ein kjend motivasjonsteori som la vekt på mennesket sin personlige vekst. Maslow lagde ein behovspyramide beståande av fem områder, og han meinte at denne kunne bidra til å forklare vår åtferd og motivasjon (Renolen, 2015, s. 70). Det første nivået består av grunnleggande behov som vi treng for å overleve, som til dømes respirasjon, sirkulasjon, søvn, ernæring og eliminasjon. På nivå to omhandlar det behov for tryggleik, sikkerheit og stabilitet. Sosiale behov finn ein på nivå tre, og inkluderer fellesskap, vennskap, kjærleik og ei oppleving av å bli akseptert. Når dei tre øvste nivåa er oppfylt, etablerast behov på nivå fire; sjølvrespekt, verdsetjing, sjølvtilitt, verdigheit og status. Det øvste nivået dreier seg om behov for sjølvrealisering (Eriksen, 2015, s. 891).

Innan teori om kognitiv utvikling er Jean Piaget (1896-1980) ein av dei mest anerkjende. Piaget utvikla ein utviklingsteori som la vekt på kognitive prosessar hjå barn fordelt inn i fire aldersbestemte fasar (Renolen, 2015, s. 109). Alder frå 12-15 år vart kalla «Formell-operasjonell fase». I denne fasen blir barn i stand til å lage seg teoriar om kva som kan skje og er ikkje lenger avhengig av konkrete ting for å forstå abstrakte fenomen. Barnet viser evne til å tenkje kritisk, tenkje på verdier og ha eigne meiningar. I følge Piaget er denne fasen særleg viktig for utviklinga av personlegdom (Paulsen, Grønliid & Hårberg, 2018).

Det er ulike faktorar som spelar inn i oppveksten til barn. Faste omsorgspersonar vil kunne bidra til kontinuitet i oppveksten og vil gjere verda meir føreseieleg ettersom rutinar og vanar stadig blir gjentekne. Som omsorgsperson er det viktig å være sensitiv for behova til barna og korleis ein best mogleg kan tilfredsstille ulike behov (Grønseth & Markestad, 2017, s. 131). Dette vil seie at ein har evna til å identifisere, differensiere og tolke barn sine signal knytt til behov og ønsker. Det inneberer også å sjå barn som menneske med eigne kjensler og intensjonar ved å tolke barn sin åtferd som uttrykk for underliggande ønsker (Brandt & Grenvik, 2010, s. 78).

3.4 Rolle som sjukepleiar

3.4.1 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det at sjukepleiar skal syne respekt og omtanke ovanfor pårørande, samt understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2014). Vidare skal sjukepleiar halde seg oppdatert om forskning og bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis, samt bidra til etisk refleksjon i kvardagen. Sjukepleiar har eit ansvar

for at eigen praksis er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg og skal følgeleg kjenne grenser for eigen kompetanse og søkje rettleiing i vanskelege situasjonar (Norsk sykepleierforbund, 2014).

Helsepersonell har teieplikt jf. §22 som handlar om å hindre at andre får kjennskap til opplysningar om pasienten (Helsepersonelloven, 1999). Teieplikta er likevel ikkje til hinder dersom pasienten sjølv samtykker til at informasjon blir gitt til andre (Helsepersonelloven, 1999, §22). Dersom pasienten tillater det skal pasientens næraste pårørnde ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, jf. §3-3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I samråd med desse reglane, skal sjukepleiar også informere om moglegheit for samvær, jf. §10a (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonelloven §10a understreker vidare at helsepersonell skal kartlegge om rusmiddelavhengighet har konsekvensar for mindreårig barn (Helsepersonelloven, 1999). Dersom det er nødvendig å ivareta det mindreårige barnet til pasienten, skal helsepersonell setje i verk tiltak som omhandlar samtale med pasienten og oppfølging av barn sine behov for informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Denne paragrafen må også sjåast i samheng med spesialisthelsetenestelova. Der understrekast det at helsepersonell i spesialisthelsetenesta i nødvendig utstrekning skal utnemne barneansvarlig helsepersonell. Dette personellet skal ha nødvendig kompetanse som har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonell sin oppfølging av mindreårige barn av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige, alvorleg somatiske sjuke eller skadde pasientar (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a).

3.4.2 Terapeutisk tilnærming

Joyce Travelbee (1926-1973) var ein spesialsjukepleiar som var opptatt av dei mellommenneskelege forholda i sjukepleie; korleis ein kunne finne mening i sjukdom og liding. I følge Travelbee vart den profesjonelle sjukepleiaren kjenneteikna ved evna til å bruke seg sjølv terapeutisk (Travelbee, 1999). Det å ha ei terapeutisk tilnærming som sjukepleiar i psykiatri, handlar om å bidra til endringar i åtferd på både individ-, familie- og samfunnsnivå. Familienivå er relatert til samspel, støtte og undervising medan samfunnsnivå er relatert til å fremme psykisk helse hos barn og unge (Hummelvoll, 2012, s. 577). Terapeutisk tilnærming handlar også om å vise samkjensle og respekt for å kunne skape tillit i relasjonar (Aarre et. al., 2009, s. 23). Familiesamtalar med perspektiv retta mot barnet viser seg å ha førebyggjande effekt i forhold til utvikling av psykiske lidingar hjå barn (Helgeland, 2012, s. 187).

3.4.3 Kommunikasjon med barn som pårørende

Barn og unge har ofte lite kunnskap om sjukdom og lidning, og dei treng av den grunn behov for informasjon av vaksne. Når sjukdom rammar, er det vaksne sitt ansvar å skape samanheng i tilvære til barn (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 278). I Helsedirektoratet sin «pårørandeveileder» står det at helsepersonell bør sørge for at barn som pårørende får tilbod om samtale der pasienten ikkje er tilstades, så sant pasienten samtykker til det (Helsedirektoratet, 2019). I slike samtalar må sjukepleiar vite at barna sit med viktig kjennskap til korleis alkoholavhengigheit påverkar deira liv og familiesituasjon (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 69). Sjukepleiar må bruke ord som barnet forstår, gi barnet moglegheita til å snakke fritt om sine erfaringar, lytte aktivt og bidra til å setje ord på kjensler (Helsedirektoratet, 2019).

4.0 Funn i forskning

Etter gjennomgang av forskingsartiklane er det nokre felles områder som er av særleg relevans for problemstillinga. Resultata i studiane viser at *kunnskaps- og informasjonsbehov, familieperspektiv og kunnskap og kompetanse hjå sjukepleiar* utmerker seg særskild hos kvar enkelt forskingsartikkel.

4.1 Kunnskaps- og informasjonsbehov

I studia til (Delås, 2015) viser det seg at foreldre med alkoholavhengigheit sjeldan snakka med barn om sine problem. I oppveksten følte informantane at dei vart pålagt av foreldra sine om å ikkje snakke med andre menneske om foreldra sin alkoholavhengigheit. Dei fann det også vanskeleg å beskrive kjenslene sine når dei var barn, og beskrev det som eit «fysisk ubehag» i kroppen når tema alkoholavhengigheit vart tatt opp. I studia til (Solberg & Berg, 2015) ga både foreldre og barn uttrykk for at dei trengde meir kunnskap og forståing om psykisk helse, og korleis dette kunne påverke dei ulike medlemmane i familien. Det var viktig for dei å føle seg sett og hørt, snakke og lytte, få tips og råd og få støtte og aksept. Foreldra trengde råd og tips til kva dei kunne fortelje barna sine, og på korleis måte dei skulle forklare kva utfordringar dei hadde, slik at barna kunne forstå.

4.2 Familieperspektiv

I studien til (Wangensteen et. al., 2019) opplevde foreldre skam over å ikkje strekke til som foreldre, noko som førte til at barn var eit vanskeleg tema å snakke om. Det mest betydelege funnet i studien til (McCann et. al., 2019) er at 79,8% av informantane indikerte at rusmiddelavhengighet i familien hadde uheldig effekt på deira psykiske helse og påverka evna til å sosialisere seg med andre. I studien til (Delås, 2015) kjem det også fram at barn opplevde at foreldra oppførte seg annleis enn andre foreldre i oppveksten deira. Dei kjende seg uverdige som barn ettersom foreldra ikkje deltok i aktivitetar på same måte som andre foreldre. Som barn opplevde dei også skam, og det var særleg knytt til situasjonen heime der foreldra var påverka av alkohol når andre var til stades. Oppveksten var prega av angst og redsel for at nokon skulle oppdage korleis dei hadde det heime. Sinne var ei kjensle som var retta særleg mot alkoholavhengigheita, men også til dei som ikkje var til hjelp i familiesituasjonen.

I studien til (Solberg & Berg, 2015) kjem tydeleggjering av roller i familien fram som ein viktig faktor for å føle seg trygge på kvarandre. Eit anna funn var at parallelle gruppesamlingar vart beskrivne som unike og nyttige for heile familien. Bakgrunn for dette var at heile familien vart inkluderte fordi gruppesamlingane gjekk parallelt for både foreldre og barn. Å møte andre foreldre og deira barn var givande ettersom ein kunne dele erfaringar med andre som var i likande situasjonar som dei sjølve. I studien til (Wangensteen et. al., 2019) kjem det fram at foreldre hadde nytte av å ha fokus på barna deira, særleg knytt til rettleiing i forbindelse med samvær. Foreldra hadde i liten grad ønske om å ha med barn i samtalar, ettersom dei frykta at barnevernet skulle bli kontakta.

4.3 Kunnskap og kompetanse hjå sjukepleiar

Funn i studien til (Solberg & Berg, 2015) viser til at pårørande og pasientar har ulike opplevingar og erfaringar i møte med psykisk helsevern, og at helsepersonell i liten grad tar opp barn som tema. Kvar og ein ønska meir informasjon og rettleiing. I studien til (Wangensteen et. al., 2019) kjem det fram at barn som har foreldre i rusbehandling vart i liten grad invitert til barne- og familiesamtalar. Ingen av foreldra hadde erfaring med at helsepersonell i rusbehandling hadde foreslått å ha med barn i samtalar. I studien til (Wangensteen et. al., 2019) viser det seg at barrierar knytt til både behandlarar, pasientane og organisatoriske forhold var årsaka til at barna i liten grad vart invitert til slike samtalar. Barneansvarleg helsepersonell hadde rutinar for å kartlegge om pasientane hadde barn, og dette vart ført i journal. Oppfølging av barna gjennom barne- og familiesamtalar var i liten grad gjennomført. Årsakar til dette var knytt til at dei trudde andre tok vare på barna sine behov for

informasjon og oppfølging. Funna til Wangensteen et. al. (2019) viser at informantane opplevde det krevjande å motivere pasientane til å samtykke at sjukepleiar kunne invitere barn til samtale.

I studien til (McCann et. al., 2019) kjem det fram at pårørande bør bli støtta av helsepersonell til å bruke tilpassa mestringsstrategiar for å minske skadelege utfall i deira støttedigivande roller. Viktige funn i studien til (Skogøy et. al., 2018) er at dei fem undersøkte sjukehusa viste betydelege ulikheiter når det kom til undervising på arbeidsplassen, kunnskap, ferdigheiter og familiestøtte. Det kjem fram at det var mange ulikheiter på helsepersonellet når det kom til bakgrunn og erfaring. Helsepersonell kjende seg trygge på arbeide med familiar og barn, men dei sakna opplæring (Skogøy et. al., 2018). Funna i studien viste også at sosialarbeidarane fekk meir rettleiing på samtalar med barn enn det sjukepleiarane gjorde. Dei yngre og mindre erfarne sjukepleiarane fekk oftare avslag på samtalar med barn som pårørande. Etter lovendringane hadde alle sjukehusa gjort endringar i datasystema sine for å registrere om pasientane hadde mindreårige barn, og hadde til ei viss grad forbetring når det kom til å støtte barn som ville besøke foreldra sine når dei var i behandling.

5.0 Drøfting

For å svare på problemstillinga «Korleis ivareta barn som pårørande når ein av foreldra er rusmiddelavhengig?», vil eg i denne delen trekke fram praksisbasert kunnskap samt erfaring frå døgningstusjon for rusmiddelavhengige, og drøfte dette opp i mot teori og funn i forskning som er presentert tidlegare i oppgåva. For å strukturere drøftinga, har eg valt å bruke delkapittel med namn «Barn som pårørande er også vårt ansvar», «Barn som pårørande sine behov» og «Betyding av kunnskap og kompetanse».

5.1 Barn som pårørande er også vårt ansvar

Jamfør helsepersonelloven (1999) og spesialisthelsetenesteloven (1999) er sjukepleiar pliktig til å kartlegge om rusmiddelavhengigheit har konsekvensar for mindreårige barn. Erfaring frå døgningstusjon for rusmiddelavhengige tilseier at kartlegging av mindreårige barn er ei hovudprosedyre som blir gjort tidleg i behandlingssløpet til pasienten. På denne måten får sjukepleiar og andre helsepersonell oversikt over situasjonen til foreldre og barn. Dette blir også journalført i etterkant. På den andre sida har eg i liten grad erfart at det blir gjennomført vidare samtalar med barna. Dette er i samsvar med studien til Wangensteen et.al. (2019) kor det kjem fram at sjukepleiar og anna helsepersonell har rutinar for kartlegging, men at det i liten grad blir følgt opp i form av barne-og familiesamtalar. Wangensteen et. al. (2019) underbygger dette med at helsepersonell hadde tankar om at andre støtteapparat tok seg av informasjon og oppfølging til barnet, og at det av

den grunn ikkje vart gjennomført vidare oppfølging av barn som pårørande. Eg har erfart at sjukepleiar er trygg på å gjennomføre disse barnekartleggingane, men vidare oppfølging opplevast mangelfullt. Dette står i motsetning til Helse- og omsorgsdepartementet (2015) sin opptrappingsplan for rusfeltet som presiserer at ein har ansvar for å ivareta både pasient og barn som pårørande.

Spesialisthelsetenestelova (1999) presiserer at helsetenestar skal utnemne eit barneansvarlig helsepersonell som sit med nødvendig kompetanse om det å ivareta barn som pårørande. Erfaring tilseier at det er i liten grad opplyst kva rolle barneansvarlig helsepersonell har i institusjon, og kva ansvar denne rolla berer med seg. Denne erfaringa står i motsetnad til spesialisthelsetenestelova (1999) som understreker at den som har dette ansvaret, skal også bidra til å fremme og koordinere andre helsepersonell si oppfølging av barn som pårørande. Slik eg forstår det, skal også andre sjukepleiarar følge opp barn som pårørande når behovet oppstår, sjølv om det finnes eit barneansvarlig helsepersonell. Sjukepleiar bør av den grunn søke tydelege rolleavklaringar på arbeidsplassen kring kva det inneberer å være barneansvarlig helsepersonell, og i tillegg etterlyse meir rettleiing og undervising frå det barneansvarlige helsepersonellet. Dette er i samsvar norsk sjukepleiarforbund (2014) sin definisjon på yrkesetiske retningslinjer som understreker at sjukepleiar bør søkje rettleiing når ein situasjon blir utfordrande. Erfaring viser at døgninstitusjon for rusmiddelavhengige inngår i eit viktig tverrfagleg samarbeid som sjukepleiar bør dra nytte av. Samarbeid med andre helsepersonell som til dømes legar, psykologar, sosionomar og gruppeleiarar kan bidra til at sjukepleiar finner ut korleis ein skal gå fram for å sikre vidare oppfølging.

I følge Joyce Travelbee (1999) er sjukepleiar kjenneteikna ved evna til å bruke seg sjølv terapeutisk. Dette kan ein sjå i samheng med Hummelvoll (2012) sin definisjon på terapeutisk tilnærming som inneberer at sjukepleiar støtter, underviser og fremmer psykisk helse hos barn og unge. Erfaring tilseier at det er ulikt i kva grad alkoholavhengige pasientar har nær kontakt med barna sine når dei er i behandling. Nokon er gift og har framleis omsorgsansvar for barna sine, nokon har delt omsorgsansvar medan andre ikkje har hatt omsorgsansvar eller hatt kontakt med barna sine på ei stund. Denne erfaringa sett i lys av Travelbee sin teori, får fram viktigheita av at sjukepleiar skapar ein trygg og tillitsfull relasjon til pasienten. I relasjon vil det være verdifullt at sjukepleier ser pasienten bak alkoholavhengigheita, nettopp det at pasienten også er ein forelder. Ein trygg relasjon vil ofte ta tid, og det krev at sjukepleiar blir kjend med pasienten og viser openheit, omsorg og støtte. Dette samsvarar med Aarre et. al. (2009) sin definisjon som viser at sjukepleiar må vise samkjensle og respekt ovanfor pasienten for å skape tillit i relasjonar.

Praksisbasert erfaring tilseier at når tema kring barna til pasienten blir belyst, er det også varierende i kva grad pasientane sjølv også ønsker å snakke utdjupande om det. Studien til Delås (2015) viser også at foreldre sjeldan snakkar med barna om sine utfordringar, og at barn kjende seg pålagt om å ikkje snakke med andre om foreldra sin alkoholavhengigheit. Dette kan ein sjå i samanheng med studien til Wangensteen et. al. (2019) som belyser at ein av grunnane til at foreldre i liten grad har lyst å snakke om barna sine, er at dei frykta involvering av barnevernet. Barnevernet er ofte stigmatisert i dagens samfunn, men det er viktig å formidle at barnevernet vart etablert for å verne barnet og hjelpe foreldre i vanskelege situasjonar. Sjukepleiar bør av den grunn sørgje for å tilbakekalle frykta pasientane har om barnevernet.. For å ivareta barn som pårørande, vil det likevel være viktig for sjukepleiar å ha ein dialog med andre instansar rundt pasienten og barna. Dette kan til dømes være skuler, psykiatritenesta i kommunen og andre personar som er rundt barna og veit korleis situasjonen er. Sett i lys av Travelbee sin teori bør sjukepleiar trygge pasienten på at ivaretaking av barn som pårørande inneberer eit ønskje om eit tettare samspel med dei som er rundt barna.

Studien utført av Skogøy et. al. (2018) viser at det generelt er betydelege ulikeheitar på sjukehus når det gjeld undervising, kunnskap, ferdigheitar og familiestøtte. Skogøy et. al. (2018) trekker fram at sjukepleiarar kjende seg trygge på å snakke med familiar og barn, men dei sakna ein del undervising og opplæring knytt til det å ivareta barn som pårørande. Erfaring frå døgninstitusjon tilseier at når pasientane kjem i behandling, blir hovudfokuset lagt på pasienten sitt behandlingssløp og pasienten sin veg mot avrusing, stabilisering og rehabilitering. Barn som pårørande er eit tema som er lite i fokus gjennom behandlingssløpet til pasienten. Dette samsvarar også med studien til Solberg og Berg (2015) som trekker fram at helsepersonell i liten grad tek opp barn som tema når pasienten er i behandling. Erfaring tilseier at sjukepleiarar treng meir kunnskap og rettleiing om det å ivareta barn som pårørande når dei er ute i arbeidslivet. Mine tankar er at sjukepleiar har eit breitt spekter av læringssituasjonar, og det finnes mange tiltak ein kan gjere for å tileigne seg meir kunnskap. I arbeidslivet ser eg stor verdi i å etterspør kurs eller fagdagar om barn som pårørande.

5.2 Barn som pårørande sine behov

I følge Eriksen (2015) sin definisjon på Maslow's behovspyramide, utviklar barn etter kvart behov for stabilitet, tryggleik og sikkerheit i kvardagen. Dette underbyggast av Grønseth & Markestad (2017) kor faste omsorgspersonar blir belyst som ein faktor for kontinuitet i oppveksten. På den andre sida belyser studien til McCann et. al. (2019) at rusmiddelavhengigheit har uheldig effekt på barn sin psykiske helse. Dette kan ein sjå i samanheng med studien til Delås (2015) som trekk fram at det var vanskeleg for barn å beskrive kjenslene når alkoholavhengigheit vart eit samtaleemne, og «fysisk ubehag» i kroppen var beskriving av kjenslene som kom til uttrykk. Dette underbyggast også av

definisjonen til Bøckmann og Kjellevoid (2015), som beskriver at barn kan oppleve sinne, fortviling, redsel og skam når ein av foreldra er i behandling. Studien til Delås (2015) underbygger dette ved at sinne også er retta mot dei som ikkje hjelper til i familiesituasjonen. Slik eg forstår det, bør barn i denne alderen få utvikle seg som eineståande individ utan å bli engsteleg for korleis det går med foreldra. Barn som pårørande er dessutan ikkje slik som vaksne pårørande. Haugland et. al. (2012) støtter meg i dette ved at barn skal få avstå frå omsorgsoppgåver og belastningar som blir for store. På den andre sida ser eg særleg nytte av at sjukepleiar sørger for at barn får informasjon ut i frå deira egne behov, dersom dette skulle være ønskeleg frå barn og foreldre.

Sett i lys av Maslow's behovspyramide og studiane, forstår eg det slik at sjukepleiar bør involvere barn som pårørande for å sikre barn deira behov. Dette underbyggast av studien til Solberg og Berg (2015) som setter fokus på at barn treng meir kunnskap og forståing for alkoholavhengigheita, og korleis dette påverkar dei ulike medlemmane i familien. Bøckmann og Kjellevoid (2015) sin definisjon beskriver at barn ofte har for lite kunnskap om sjukdom og lidning, og av den grunn er det vaksne sitt ansvar å skape samanheng i tilvære til barna. Helgeland (2012) belyser at familiesamtalar med perspektiv retta mot barn har førebyggjande effekt knytt til utvikling av psykiske lidningar hjå barn. Eg ser verdien i at sjukepleiar legg til rette for samtalar der både forelder og barn er saman, slik at dei kan få støtte frå sjukepleiar som har kunnskap om alkoholavhengigheit.

I følge norsk sjukepleiarforbund (2014) sin definisjon på yrkesetiske retningslinjer, skal sjukepleiar syne respekt og omtanke for pårørande. Dette samsvarar også med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som understreker at næraste pårørande skal ha informasjon om pasientens helsetilstand, dersom pasienten tillater det. Dette underbyggast dessutan av helsepersonelloven (1999) som definerer at sjukepleiar skal setje i verk tiltak som omhandlar samtale med barn som pårørande. Erfaring tilseier at barn i alderen 12-15 år er i ei sårbar fase i livet. Dei er på vei inn i puberteten, og blir meir og meir opptekne av kva andre meiner om dei og deira familie. Denne erfaringa kan relaterast til Paulsen et. al. (2018) sin definisjon på Jean Piaget sin utviklingsteori kor barn i denne aldersgruppa viser større evne til å kritisk tankegang og det å ha egne meiningar.

Barn i alderen 12-15 år har ein større tendens til å være usikre og halde sine tankar for seg sjølv. Av den grunn ser eg verdien av at sjukepleiar også tilbyr samtalar med barnet åleine. På denne måten kan barn fortelle fritt om korleis dei har det, og få fram sine egne meiningar om situasjonen. Helsedirektoratet (2019) støtter meg i dette sin pårøranderettleiar og belyser viktigheita av at sjukepleiar tilbyr barn samtaler kor foreldre ikkje deltar i samtalen. I samtalar med barn som pårørande ser eg viktigheita av at sjukepleiar kommuniserer med bruk av forståelige ord, aktiv

lytting, hjelp til å setje ord på kjensler og bruke av tid, slik Helsedirektoratet (2019) belyser.

Sjukepleiar bør skape tillit til barnet for at barnet skal kunne tørre å fortelje om sine kjensler. Det vil være av stor betydning å tilpasse samtalar ved å sjå barn som unike individ. Alle barn reagera ulikt og handlar på ulike måtar. Sjukepleiar bør anerkjenne at pårørande sit med viktige ressursar som gir sjukepleiar nyttig informasjon om pasienten og situasjonen i familien, og av den grunn vise respekt for det barnet har å formidle. Bruk av tid vil dessutan være eit godt hjelpemiddel for sjukepleiar.

Helsepersonelloven (1999) trekk fram at sjukepleiar også skal motivere for og vidareformidle moglegheitene for samvær. Dette underbyggast av studien til Wangensteen et. al. (2019) der foreldre hadde nytte av å ha fokus på barna deira når det var knytt til rettleiing i forbindelse med samvær. Definisjonen til Renolen (2015) beskriver at behandling vil kunne medføre at barn blir distansert frå dei menneske dei står nær. Av denne grunn ser eg at sjukepleiar bør legge til rette for at barn som pårørande får besøke foreldre når dei er i behandling. Det vil være av nytte å motivere pasientar til å sjå barna sine, og samstundes fortelje at det å vise barna korleis ein har det styrkar forståing for barn. Barnet vil forstå at mor eller far har det bra, og at dei er i trygge omgivadar. Sjukepleiar bør i samværet legge til rette for eit rom der familien kan samlast. Ulike spel eller sosiale aktivitetar vil kunne skape ei open tilvære og ei kjensle av håp for at familien blir styrka.

5.3 Betyding av kunnskap og kompetanse

Eg ser stor verdi i sjukepleiar si rolle når det gjeld ivaretaking av pasientar, men pårørande må også bli tatt vare på. Studien til Delås (2015) trekker fram at barn opplever sinne over dei som ikkje er til hjelp i familiesituasjonen. Denne studien kan ein sjå i samanheng med Helse-og omsorgsdepartementet (2015) som belyser at helsepersonell har eit manglande samspel med barn som pårørande. Erfaringar tilseier at dette kan ligge til grunn i manglande kunnskap og opplæring tilbake i sjukepleieutdanninga. Dette er i samsvar med studien til Skogøy et. al. (2018) som trekk fram at sjukepleiarar sakna opplæring om det å ivareta barn som pårørande.

Gjennom utdanningsløpet har eg erfart at det er for lite fokus på psykiatri og det å ivareta pårørande. Eg erfarer også at sjukepleiarar i liten grad les forskning etter utdanningsløpet er over. Dette står i motsetnad til Norsk sjukepleiarforbund (2014) sin definisjon på yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar som trekker fram at sjukepleiarar skal halde seg oppdatert om forskning for vidare å bidra til at tillært kunnskap blir brukt i kvardagen. Ut i frå erfaring gjennom dei tre siste åra, stiller eg med dels kritisk til om sjukepleiarar faktisk har tileigna seg tilstrekkeleg med kunnskap knytt det å ivareta barn som pårørande. Mine tankar er at kommunikasjon med pårørande er eit viktig tema som burde vektleggast meir, då sjukepleieyrket består av mange fleire aspekt enn læra om det somatiske.

Å være sjukepleiar inneberer samtalar, motivering, og ikkje minst formidling av informasjon. Barn som pårørande er ei sårbar gruppe med barn som har for lite kunnskap om alkoholavhengigheit, og dei har ofte sterke behov for informasjon, oppfølging og støtte for å kunne forstå.

6.0 Konklusjon

Hensikta med denne litteraturstudien var å undersøke korleis sjukepleiar kan ivareta barn som pårørande på ein måte som gjorde at dei kunne føle seg sett og hørt, samstundes som dei kunne oppleve eit håp for framtida. Funna i denne litteraturstudien har vist at barn som pårørande til rusmiddelavhengige, er for lite i fokus både gjennom sjukepleieutdanning og på ulike institusjonar og sjukehus, men at mangel på kunnskap og opplæring ofte ligg til grunn.

Gjennom denne litteraturstudien kjem viktigheita av å skape ein tillitsfull relasjon til pasienten fram, slik at pasienten blir trygga på at sjukepleiar vil hjelpe. Vidare kjem det fram at sjukepleiar bør gjer ei barnekartlegging tidleg i behandlingssløpet, men også følge opp deretter. Det er også viktig at sjukepleiar søker rettleiing når situasjonar blir vanskeleg, og drar nytte av det store tverrfaglege samarbeidet som er essensielt på ein døgninstitusjon for rusmiddelavhengige. Tydelege rolleavklaringar knytt til barneansvarlig helsepersonell vil dessutan sørge for kontinuitet i oppfølging av barn som pårørande. Ved mangel på kunnskap, bør sjukepleiar etterspør rettleiing og undervising om barn som pårørande, då gjerne i form av kurs og fagdagar.

Bruk av tid kjem fram som ein sentral faktor for ein god samtale med barna, ettersom barn i alderen 12-15 år ofte kan halde tankane sine for seg sjølv. I samtalar med barn er det viktig at sjukepleiar skapar tillit og lyttar aktivt på det barnet har og fortelje. Gjennom behandlinga bør sjukepleiar være open om moglegheita for samvær, ettersom dette kan bidra til å styrke samhaldet i familien.

7.0 Kjeldeliste

- Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Barnekonvensjonen. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barnelova. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Biong, S. & Yttrhus, S. (Red.). (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Cappelen Damm.
- Brandt, A. E. & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum: Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bøckmann, K. & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: En klinisk og juridisk innføring* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Delås, G. M. (2015). Barn i familier med alkoholproblemer og skam. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(4), 298-306. Henta frå [https://www.idunn.no/file/pdf/66818956/barn i familier med alkoholproblemer og skam - barn i famil.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66818956/barn_i_familier_med_alkoholproblemer_og_skam_-_barn_i_famil.pdf)
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (s. 887-907). Oslo: Cappelen Damm.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 6. desember). Rusbrukslidelser i Norge. Henta 20. april 2020 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/?term=&h=1>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Haugland, B. S. M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 82-106). Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum – hva vil vi løfte frem?. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 9-17). Oslo: Abstrakt forlag.
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 185-201). Oslo: Abstrakt forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova, m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse-og omsorgstenester m.m.)*. (Prop.

- 75 L (2016-2017)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/a287f905cb214229830382a6bab9dae0/nn-no/pdfs/prp201620170075000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020)*. (Prop. 15 S (2015-2016)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016a, 5.mai). PICO. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/249198.cms>
- Helsebiblioteket. (2016b, 5.mai). Sjekklistor. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2015). *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer – en kvalitativ levekårsstudie*. Henta frå www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2019, 28.januar). Pårørandeveileder. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvoll, J.K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Likestilt foreldreskap. (2017). Lov om endringer i barnelova (LOV-2017-03-31-13). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-03-31-13>
- McCann, T. V., Stephenson, J. & Lubman, D. I. (2019). Affected family member coping with a relative with alcohol and/or other drug misuse: A cross-sectional survey questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 687-696. <https://doi.org/10.1111/inm.12567>
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 21-42). Oslo: Cappelen Damm.
- Norsk sykepleierforbund. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, T. M., Grønli, G. N. & Hårberg, G. B. (2018, 15. november). Kognitiv utvikling. Henta frå <https://ndla.no/nb/subjects/subject:24/topic:1:183771/topic:1:184796/resource:1:16864>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 90-112). Oslo: Cappelen Damm.

- Skogøy, B. E., Maybery, D., Ruud, T., Sørgaard, K., Peck, G. C., Kufås, E., . . . Ogden, T. (2018). Differences in implementation of family focused practice in hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of mental Health System*, 12(77). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0256-5>
- Solberg, M. & Berg, G. (2015). Familieperspektiv i psykisk helsevern. *Forskning*, 4(10), 372-378. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55994>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport nr. 4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wangensteen, T., Jansen, S. D. & Halså, A. (2019). Foreldreskap og rus – den tause skammen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(1), 5-15. <http://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-02>
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Genève: World Health Organization.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Søkeprosessen

Database	Søkeord	Publisering	Treff	Publisert	Metode
«Affected family member coping with a relative with alcohol and/or other drug misuse: A cross-sectional survey questionnaire» (McCann, et. al., 2018).					
EMBASE	Nurse Relative or family Alcohol or alcohol abuse Child or human or preschool child	Publikasjonstype: Scholarly journals Publiseringsdato frå: 2015-2020	10	International Journal of Mental Health Nursing	Kvantitativ metode (tverrsnittstudie med spørjeskjema)
«Barn i familier med alkoholproblemer og skam – Barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam. Kva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag?» (Delås, 2015).					
Oria	Barn Foreldre Familie Alkohol	Publiseringsdato frå: 2015-2020	17	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	Kvalitativ metode (intervjustudie)
«Differences in implementation of family focused practice in hospitals: a cross-sectional study» (Skogøy et. al., 2018)					
Academic Search Elite	Children as next of kin Parents or caregivers or mother or father or parent	Publikasjonstype: Scholarly journals Publiseringsdato frå: 2015-2019	11	International Journal of Mental Health Systems	Kvantitativ metode (tverrsnittstudie)
«Foreldreskap og rus – den tause skammen» (Wangensteen et. al., 2019).					
SveMed+	Barn Foreldre Familie Rus	Publiseringsdato: frå: 2015-2019	1	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	Kvalitativ metode (intervjustudie)
«Familieperspektiv i psykisk helsevern» (Solberg & Berg, 2015).					
Helse- biblioteket	Barn som pårørende Foreldre Familie	Publikasjonstype: Artiklar.	4	Sykepleien.no	Kvalitativ metode



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Ole Tormod Kleiven		

Deltaker

Navn:	Caroline Skilbrei Auen
Kandidatnr.:	345
HVL-id:	573430@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	25		
Antall ord *:	6993		
Sett hake dersom besuarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei