



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avd. Folkehelse

4BACH

**Sara Melbøe Sandberg og Annicka Sørлие Utgaard**

Veileder: Else Berit Steinseth

## **Foreldre med psykiske lidelser**

### **– hva med barna?**

Parents with mental illness  
- what about the children?

Antall ord: 11 636

Bacheloroppgave

**2015**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA x NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA x NEI

# Sammendrag

**Tittel:** Foreldre med psykiske lidelser – hva med barna?

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å sette oss inn i hvordan vi som sykepleiere kan ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre, i hjemmet. Hovedfokusset ligger på barn mellom åtte og ni år.

**Problemstilling:** Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta barn som pårørende av foreldre med psykisk lidelse?

**Metode:** Litteraturstudie, basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning og erfaringer gjort i praksis.

**Teori:** I teoridelen vil vi ta for oss ulike temaer, som er nødvendige for å svare på problemstillingen vi har valgt. Relevant er sykepleierteoretikerne Kari Martinsen, Florence Nightingale og Joyce Travelbee. Vi har satt oss inn i barn som pårørende, lovverk og retningslinjer vi som sykepleiere må forholde oss til, samt kommunikasjon.

**Konklusjon:** Mange barn av psykisk syke foreldre føler seg redde og ensomme. Det er derfor viktig at sykepleierne involverer barnet i situasjonen i hjemmet, med tilpasset informasjon, i forhold til alder og utvikling. Vi som sykepleiere trenger derfor kunnskap om lovverk, barnets utvikling, og risikofaktorer for at barnet selv skal utvikle psykisk sykdom.

## Forord

*«Som barn lærte vi i skolen hvordan kroppen vår var bygget opp, og hvordan den fungerte. Vi lærte om skjelett og muskulatur, indre organer og kretsløp. Vi lærte dette for å kunne forstå, og for å forebygge sykdom blei vi satt inn i hva kroppen trengte. Men at vi hadde et sinn som kunne trenge og tas vare på, og stimuleres positivt, det blei glemt. «Farlige» lidelser som angst blei forbigått i stillhet. I det vesentlige blei alt som hadde med følelser å gjøre fortiet. Nervøse lidelser blei glemt, og det kommer antagelig av at lærerne ikke hadde kunnskaper nok om dette. I tillegg blei det kanskje ikke betraktet som nødvendig lærdom fordi en ikke anså slik i å være allmenngyldig. Eller en kunne bli for opptatt av det. Altså en slags fare for smitteeffekt.»*

(Storfjord & Storfjord, 1989, s. 14)

# Innhold

<b>Sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1 Problemstilling.....	6
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	6
<b>2 Metode .....</b>	<b>7</b>
2.1 Litteraturstudie.....	7
2.2 Kildekritikk.....	7
2.3 Søkemetoder .....	8
2.3.1 Søkemodell.....	9
2.4 Personlig relevans.....	10
<b>3 Teori.....</b>	<b>11</b>
3.1 Barn som pårørende.....	11
3.1.1 Utviklingsteori.....	12
3.1.2 Barns møte med psykisk lidelse .....	13
3.1.3 Risikofaktorer.....	14
3.1.4 Resiliens – mestrings- og beskyttelsesfaktorer .....	16
3.1.5 Artikkel 1.....	17
3.1.6 Artikkel 2.....	17
3.1.7 Artikkel 3.....	17
3.1.8 Artikkel 4.....	18
3.2 Sykepleie til barn som pårørende .....	19
3.2.1 Lover og retningslinjer .....	19
3.2.2 Sykepleieteorier.....	21
3.2.3 Kommunikasjon .....	24
<b>4 Diskusjon .....</b>	<b>26</b>
4.1 Hvorfor er barn med en psykisk syk forelder sykepleierens ansvar? .....	26
4.2 Sykepleierens kunnskap om barnets rolle som pårørende av psykisk syke foreldre.....	27
4.3 Sykepleierens forebygging av skade hos barnet.....	29
4.4 Når ivaretagelse av barnet ikke er mulig – hva da?.....	32
4.5 Sykepleierens mulighet til å ivareta barn som pårørende.....	34
4.6 Konklusjon.....	36
<b>5 Litteratur .....</b>	<b>38</b>
5.1 Pensumlitteratur.....	38
5.2 Selvvalgt litteratur .....	39

**Vedlegg 1 – Forskningstabell**      il! Bokmerke er ikke definert.

# 1 Innledning

I en rapport gjort av folkehelseinstituttet i 2011 blir det anslått at det i 2010 var 410 000 barn, altså 37 % barn som hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse. Rapporten sier også at det er vanlig å ha en forelder med en psykiatrisk diagnose – på like linje som en somatisk sykdom. Ikke alle disse barna opplevde vansker knyttet til foreldrenes tilstand – rapporten viste til at barn som foreldre med mer alvorlige lidelser og funn viste at 260 000 barn, altså 23 % barn har foreldre med en psykiatrisk diagnose og lidelse som kan gå utover daglig fungering. Mange av barna som lever med en eller flere psykisk syke foreldre klarer seg bra – også de med alvorlig psykisk syke foreldre (FHI, 2011).

Psykiske lidelser omfatter alt fra fobier, lettere angst og depresjonslidelser, til alvorlige og omfattende tilstander. Begrepet ”psykiske lidelser” brukes kun når bestemte kriterier er oppfylte for å diagnostisere. Felles for psykiske lidelser er at de påvirker oss på veldig mange måter; tanker, følelser, atferd, væremåte og sosialt liv. Andelen av befolkningen i Norge som utvikler en eller flere psykiske lidelser i løpet av livet varierer mellom 25-52% (FHI, 2011).

Vår egen forståelse er bygget opp på teoretiske kunnskaper fra sykepleierstudiet – og erfaringer fra praksis. Ut i fra det vi har erfart og lest har mange barn av psykisk syke foreldre en hverdag fylt av mange sammensatte problemer. Vi har også sett og opplevd at disse barna ikke alltid får den bistanden og hjelpen de trenger – og har behov for.

Vi har underveis i oppgaven valgt å ta kontakt med personer med relevant utdanning og erfaring. Vi har blant annet snakket med ledere i kommunehelsetjenesten og avdelingssykepleier på en psykiatrisk boenhet, hvor vi begge jobber. Vi har også vært i kontakt med psykologspesialist Ole Christer Lund, som jobber på en psykiatrisk akuttpost, og holder foredrag og underviser om barn som pårørende. Vi har via kommunehelsetjenesten blitt introdusert med barne- og familieteamet i kommunen vi arbeider i.

## **1.1 Problemstilling**

Hensikten med denne oppgaven er å sette oss inn i hvordan vi kan ivareta barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Vi har valgt følgende problemstilling:

**Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta barn som pårørende av foreldre med psykisk lidelse?**

## **1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling**

### **Barn av en psykisk syk forelder**

Vi har valgt å avgrense oppgaven vår til å gjelde barn i alderen åtte-ni år, som bor hjemme med sine to foreldre, hvor en forelder er psykisk syk.

### **Foreldrene i denne oppgaven**

I oppgaven har vi valgt å bruke betegnelsen ”psykisk syke foreldre”. Dette omfatter foreldre med en langvarig psykisk lidelse, enten en eller to psykisk syke foreldre. Vi har tatt utgangspunkt i at det kun er en psykisk syk forelder.

### **Psykiske lidelser**

Vi velger i oppgaven å ikke gå inn på ulike typer psykiske lidelser, men heller å fokusere på det samlede begrepet. Det må påpekes at dette er en gruppe mennesker med mange forskjellige type lidelser.

### **Arena**

I denne oppgaven er vi som sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten. Vi tar utgangspunkt i at vi er i hjemmet til den psykisk syke forelder.

### **Omsorg**

Vi er i hjemmet to ganger daglig for å dosere/administrere medisiner til den psykisk syke voksne.

## **2 Metode**

Metode er en fremgangsmåte som er systematisk. Metode skal bidra til å komme frem til ny kunnskap og løse problemer. Metoden skal hjelpe oss til å samle inn nødvendig data, i forhold til vår problemstilling. Innen metode finner vi både kvalitative og kvantitative metoder.

Kvalitativ metode går i dybden på et smalt felt, og viser ofte egne opplevelser og erfaringer, mens kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter (Dalland, 2012). Dette kan for eksempel være hvor mange psykisk syke som bor i hjemmet.

### **2.1 Litteraturstudie**

Oppgaven vår er basert på skriftlige kilder, som vurderes faglig ut ifra problemstillingen vi har valgt, altså et litteraturstudie. Vi har i oppgaven vår overvekt av kvalitativ metode, for å få frem barnas egne opplevelser og erfaringer. Men vi har også benyttet oss av kvantitative studier for å finne statistikk. Vi vil benytte oss av pensumlitteratur, men også litteratur utenfor vår pensumliste. Dette velger vi å gjøre for å mer variasjon og bredde i kildene våre, noe som styrker oppgaven. Vi velger gjennom studie å benytte oss av relevante eksempler og erfaringer vi har gjort oss gjennom forskjellige praksisperioder på sykepleierstudiet, samt arbeidserfaringer.

Vi vil gjennom oppgaven støtte oss til Kari Martinsen sin omsorgsteori. Kari Martinsen ser på menneskelige relasjoner og setter det menneskelige fellesskapet i sentrum (Martinsen, 2007). Vi vil også se på den mellommenneskelige prosessen som Joyce Travelbee beskriver, der sykepleieren gir pasienten, eller i vår tilfellet; barnet, hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse hos sin psykisk syke forelder (Travelbee, 2011). Vi har også tatt med kort om Florence Nightingale, ettersom vi ser at helhetlig sykepleie er viktig. Vi vil i forhold til sykepleierteorier se pasienten og barnet i ett. For å drøfte i oppgaven vår trenger vi både kunnskap, forskning og erfaringer fra praksis – og knytte dette opp mot relevant teori, for så å komme frem til en konklusjon.

### **2.2 Kildekritikk**

Dalland (2012) sier at kildekritikk er metoder som brukes for å slå fast om en kilde er sann eller ei. Kildekritikk skal være et filter for at vi skal kunne skille mellom god og dårlig litteratur. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er avgjørende for å finne litteratur som belyser

vår valgte problemstilling. Kildekritikk er metoder som benyttes for å konkludere at en kilde er sann eller ei (Dalland, 2012). Vi er klar over viktigheten av å være kritisk til resultatene i et søk etter forskningsartikkel; ved å se at de oppfyller kravene til en forskningsartikkel. En forskningsartikkel inneholder introduksjon, metode, resultater og diskusjon/konklusjon.

I oppgaven vår har vi tatt utgangspunkt i følgende inklusjonskriterier. Artikkene vi har søkt på har hovedsakelig vært fra det siste tiår, men vi har også benyttet oss av litt eldre litteratur for å belyse hvordan ting var før. Grunnet lite forskning på vårt tema; hvordan ivareta barn av psykisk syke, på norsk, har vi også valgt å søke på svensk, dansk og engelsk. Vi har også valgt å kun søke på artikler i fulltekst for å få et helhetlig bilde av studien.

Vi har valgt å se nærmere på en studie av Aalbæk og Glistrup, fra 1997. Til tross for at denne studien er så gammel har vi valgt å bruke den – fordi vi finner veldig mye relevant i forhold til vår oppgave, og den er blitt referert til i flere bachelor- og masteroppgaver, samt i nyere studier. Vi har benyttet oss av en studie av Maybery og Rupert, fra 2009. Denne tar for seg utfordringene vi som sykepleiere har i forhold til å ivareta barn og familie av den psykisk syke, til tross for lovendringen i helsepersonelloven § 10a i 2009. Dette fordi vi fortsatt anser studien som relevant.

### **2.3 Søkemetoder**

Vi har brukt forskjellige søkemotorer; Oria, Bibsys, Cinahl og pubmed. Vi har også gjort søk i helsebibliotekets pyramidsøk. Vi har i søkene benyttet oss av forskjellige MESH-ord, både på norsk og engelsk. Dette er eksempler på relevante MESH-ord for vår oppgave; ”Barn, pårørende, psykisk, psykisk sykdom, foreldre, parents, children, child, mental health, mental issue, mental illness, nursing, adult, mental disorders, adult children, parenting, mentally ill, psychiatric nursing, childhood, Adolescent”.



### 2.3.1 Søkemodell

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall valgte artikler	Tittel på artikkel for videre gransking
21/1-15	Cinahl	Adult, child, mental disorders, adult children. Fulltext. 2010-2014	220	11	1	<i>“You’d think this roller coaster was never going to stop”:</i> Experience of adult children of parents with serious mental illness (Foster, K. 2010).
21/1-15	Pubmed (Medline)	Adult, adolescent, child, depressive disorder, family relations, parents	119	6	1	<i>Childrens View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family</i> (Ahlström, Skärsäter, & Danielson, 2011).
10/2-15	Cinahl	Children of impaired parents, mental disorders. Fulltext. Academic Journals. 2009-2014.	85	4	1	<i>Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children.</i> (Maybery, D. & Reupert, A. 2009.)
10/2-15	Cinahl	Children of impaired parents, psychiatric nursing	9	2	1	<i>Are the children of the clients’ visible or invisible or nurses in adult psychiatry? – A questionnaire survey.</i> (Korhonen, T., Pietilä, A. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2010).
10/2-15	Helsebiblioteket pyramide-søk	Children of impaired parents, psychiatric nursing	54	8	0	

## **2.4 Personlig relevans**

Vi har hatt stor interesse for feltet barn og psykisk helse gjennom hele studieløpet. Grunnen til dette er til dels også grunnet egne erfaringer i praksis. Derfor har vi også valgt å se nærmere på hvordan foreldrenes psykiske lidelse kan påvirke familiens samspill og barns fungering, og hvordan vi som sykepleiere kan ivareta barn av en psykisk syk forelder. Begge jobber også innenfor kommunehelsetjenesten og på en psykiatrisk boenhet.

## 3 Teori

### 3.1 Barn som pårørende

”Barn som pårørende” er et begrep som er både enkelt – men vanskelig, fordi jus og hverdagsliv ikke alltid har samme definisjoner. Vi er våre foreldres barn hele livet, men juridisk sett er vi mindreårige til vi fyller 18 år – og det er barnet til den psykisk syke, helsepersonelloven § 10a er ment å omfatte. Etter fylte 18 år er vi ment som myndige – og har ikke de samme kravene som før fylte 18 år (Ytterhus, 2012).

Felles for barn som pårørende er at de har foreldre med definerte sykdomstilstander innenfor en av de tre brede kategoriene; psykisk syke, rusmiddelavhengige og/eller somatisk syke. I oppgaven velger vi å fokusere på psykisk syke. Selv om mange barn som vokser opp med psykisk syke foreldre klarer seg bra i voksen alder, kan en lovpålagt plikt være med å bidra til at enda flere barn som er pårørende får en bedre oppvekst – og klarer seg bedre. I kommunehelsetjenesten er det en svakhet; kommunehelsetjenesten omfattes ikke av lovbestemmelsen om å ha en barneansvarlig (Ytterhus, 2012).

Barna har et behov for informasjon om forelderens sykdom eller skade og konsekvensene dette har for barna selv, foreldrene og familien. Viktigheten av å ta tak i og respondere på barnas spørsmål og tanker vektlegges også. Dette er for at barnas forestillinger kan korrigeres, følelsene deres kan bekreftes og at de får hjelp til å finne mestringsstrategier og bedre måter å leve i hverdagen på. Manglende informasjon kan gi grobunn for tabu, ensomhet og følelsesmessig isolasjon. Det kan også bidra til at barnet plasserer ansvaret for den psykisk syke forelderens problemer hos seg selv (Ytterhus, 2012).

Berge og Repål (2010) belyser også barnas opplevelse av å leve med en psykisk syk forelder. Foreldrene føler ofte sterk skyld ovenfor barna i en slik situasjon. De er redd for at ivaretagelsen av barna ikke er tilstede – og at de føler at de ikke bidrar nok. Dette kan trigge den psykiske helsen enda mer på en negativ måte. Mange voksne barn av foreldre med psykiske lidelser forteller hvordan opplevelsene har preget de i ettertid. Disse barna har høy risiko for å selv utvikle psykiske problemer. Man skal ikke ta for gitt at psykiske lidelser gir dårligere foreldrefungering, men man ser at det er tilfellet ofte. Hvis foreldre greier å forholde

seg sosialt til barna, vise interesse og glede seg over dem, kan mange av problemene forebygges (Berge & Repål, 2010).

### **3.1.1 Utviklingsteori**

Utvikling skjer gradvis. Utvikling er en jevn og gradvis prosess – men det er allikevel vanlig å beskrive utvikling i stadier eller nivåer. I de forskjellige stadiene lærer barnet nye ferdigheter og kunnskaper. Hvert stadium har dermed visse kjennetegn som gjør at vi kan uttale oss om barnets utviklingsnivå. Et barn kan ikke hoppe over – eller bytte om på rekkefølgen på stadiene, ettersom alle barn går gjennom de samme stadiene i samme rekkefølge (Håkonsen, 2009).

Jean Piaget var en sveitisk biolog som studerte barns utvikling. Piaget hevdet at barn har på ulike stadier ulik evne til å ta imot informasjon og forstå informasjonen som blir gitt. Piaget delte opp stadiene for barn i fire ulike stadier, sensomotorisk stadium (ca 0-1,5 år), preoperasjonelt stadium (ca 1,5-7 år), konkretoperasjonelt stadium (ca 7-12 år) og formaloperasjonelt stadium (ca 12-15 år). I denne oppgaven er det konkretoperasjonelt stadium vi vil fokusere på, ettersom barnet vi har fokus på er i åtte-niårsalderen (Håkonsen, 2009).

Det konkretoperasjonelle stadiet innebærer at barnet er i stand til å overføre kunnskap fra en sammenheng til en annen. Barnet utvikler også bedre forståelse for ”tid og rom”, samt at tenkingen er preget av konkrete tankeprosesser. Barnet har utviklet evnen til å forstå komplekse årsak-virkning-sammenhenger. Piaget hevder også at barnet i det konkretoperasjonelle stadiet har vansker for å tenke på hypotetiske muligheter i en situasjon (Håkonsen, 2009).

Psykologen Erik Erikson plasserte åtte-niåringen i stadiet ”kreativitet versus underlegenhet (6-14 år ca.)”. Erikson hevdet at det er i denne fasen barnet er opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter, og i denne fasen barnet vil oppleve konflikten mellom å være skapende og å være underlegen. I denne fasen sammenligner barnet seg med venner og skolekamerater – og bruker disse som ”målestokk” for sin egen utvikling. Erikson sier også at

det er gunstig at barn utvikler kompetanse og ferdigheter til å fungere på ulike områder i livet, i denne fasen (Håkonsen, 2009).

Abraham Maslow, psykolog, tar utgangspunkt i et hierarki av behov i sin behovspyramide. Nederst i pyramiden finner vi de grunnleggende fysiologiske behovene, som for eksempel mat, væske og søvn. Deretter kommer trygghetsbehovet; behovet for beskyttelse og stabilitet. Etter dette kommer kontaktbehovet som for eksempel tilhørighet og bekreftelse. Nest øverst kommer behovet for respekt, fra andre og for seg selv. Øverst på Maslows behovspyramide finner vi selvaktualisering. Med dette menes det at de grunnleggende fysiologiske behovene må være dekket for at trygghetsbehovet kan bli dekket. For at man skal oppnå tilhørighet og bekreftelse, må trygghetsbehovet være dekket. Alle stegene i pyramiden må være dekket for at man skal nå opp til det høyeste nivået – selvaktualisering (Håkonsen, 2009).

### **3.1.2 Barns møte med psykisk lidelse**

Hele familien rammes av forelderens psykiske lidelse, også de minste barna som er så små at de ikke forstår noen ting – og de unge som har nok med seg selv. Barn er aldri så små at de ikke forstår at noe er galt, og ungdom er aldri så tøffe at de ikke berøres når mor eller far er syke. Det er ikke alltid de forstår hva som skjer, men de fornemmer at noe er galt, og jobber hardt med å forstå verden rundt seg. De forstår at noe er galt, men vet som regel ikke hva. Barnet bruker mye av sin energi på å forstå virkeligheten ved å lese atferden til den voksne. De oppfører seg ofte slik de tror den voksne ønsker at de skal være, i håp om at situasjonen skal bli bedre. Dette gjelder helt fra spedbarnsalder (Moen, 2012).

Eldre barn blir som små hjelpere og legger egne behov til side i håp om at forelderen blir glad, sånn at hjemmet fylles med latter og at det kommer mat på bordet. Ikke minst bruker de energi på at ingen må få vite hvordan det er hjemme hos dem. Barna blir eksperter på å tolke omgivelsene og velger å ikke ha med venner hjem i frykt for at de skal avsløre hvordan de har det hjemme. Dette resulterer i at barna er på vakt, og som ikke kjenner etter på egne behov, men blir veldig tilpassningsdyktige i forhold til det de tror andre ønsker og forventer av dem (Moen, 2012).

Hva skjer med pappa? Er det min feil? Kommer han hjem igjen? Hva skjer når han kommer hjem? Kan det skje igjen? Kommer han til å bli frisk igjen? Kan jeg bli smittet? – Dette er noen av mange spørsmål som barn og unge kan slite med når foreldrene blir innlagt. Spørsmål de grubler på – og som oftest alene. Grunnen til dette er forbi det er tabubelagt, et vanskelig tema og nærmest umulig å sette ord på. Det blir heller ikke bedre når mediene bruker beskrivelser som «gjerningsmannen var en psykiatrisk pasient». Hva gjør det med barn og unge som vet at deres mor eller far er eller «har vært» psykiatrisk pasient, hvis ingen voksne forklarer dem hvilken sykdom foreldrene har, og hvem som har ansvar for at de får den hjelpen de trenger? (Moen, 2012).

Forskning og erfaring viser at barn som lever med psykisk syke foreldre kan utvikle en overdreven tilpasning – hvor de passer på at mor eller far har det bra ved å forsøke å glede de. Barna kan utvikle en passiv og innadventd atferd – hvor de er «usynlige» og ikke lager problemer for andre, men bærer på innvendig smerte, kaos og sorg. Utagerende atferd kan også oppstå, ved at barna opptrer aggressivt uten synlig grunn, både overfor dyr, mennesker eller andre ting – dette som følge av ubearbeidede traumer. Barna kan også utvikle en kløvnerolle for å avlede. Bak disse strategiene finner vi de samme følelsene av forvirring, hjelpeløshet, angst, sorg, aggresjon og tomhet (Killén 2004).

### **3.1.3 Risikofaktorer**

Aalbæk & Glistrup (1997) gjennomførte en studie som viser at genetiske og miljømessige forhold kan øke risikoen for å utvikle psykososiale forstyrrelser. Det er varierende faktorer som spiller inn om barna selv utvikler psykisk sykdom. Eksempler på disse faktorene kan være hva slags lidelse foreldrene har, lidelsens varighet, barnas alder og om den voksne er alene om omsorgsansvaret for barnet eller ikke. Barn kan reagere på foreldrenes sykdom på forskjellige måter, og mange barn vil også fungere i hverdagen – og heller ikke vise tegn på psykososiale forstyrrelser. Det vises også til resultater av undersøkelser som forteller at oppmerksomhetsvansker hos barn av psykisk syke foreldre forekommer. Det er blitt gjort forskning på foreldreevnen hos den psykiske syke. Resultatet viser at psykisk sykdom påvirker forelderatferd og foreldreevnen (Aalbæk & Glistrup 1997).

Resultater i studien viser også at en del barn har en utrygg tilknytning, er ofte redde, triste og har nedsatt impuls kontroll. Denne studien ble gjennomført på små barn, men det kan også se ut til at en stort andel barn opplever emosjonelle vansker når de blir eldre (Aalbæk & Glistrup 1997).

Psykiatriske diagnoser kan variere fra mild, forbigående, moderat, kronisk, eller alvorlig. Forskning viser at barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser har økt risiko for selv å utvikle sosiale og emosjonelle problemer. Men konsekvensene for barn med en psykisk syk forelder har selvfølgelig sammenheng med den psykiske lidelsen til mor eller far. En forbigående, lett depresjon trenger nødvendigvis ikke å påvirke foreldrefunksjonen. Studier viser at barn som ikke får informasjon om forelderens lidelse kan bli engstelige og redde. Barna har behov for å forstå hva som skjer i familien. Barn kan reagere med overinvolvering, noe som innebærer at de tar et stort ansvar for det emosjonelle og det praktiske i familien, mens noen kan reagerer ved å være likegyldige eller tilbaketrekning (Helgeland, 2012).

Det vises i forskning at risikoen for å oppleve alvorlige følger ikke er lik for alle som er utsatt for denne risikofaktoren, men at det også varierer ut i fra andre viktige faktorer. Resultatet varierer om mor eller far har størst effekt som risiko for barnet. Risikoen er også spesielt høy dersom begge foreldrene har psykiske lidelser, og aller høyest dersom begge foreldre har alvorlige lidelser. Det viser seg altså at det å ha én frisk forelder kan ha en positiv virkning. Det viser seg også at enkelte barn er mer sårbare enn andre generelt, og vil derfor kunne oppleve større konsekvenser. Man ser også at det er stor variasjon i hvilke konsekvenser barna opplever, blant de med foreldre med de alvorligste lidelsene. Forklaringen på dette kan være både miljøbettinget og genetisk bettinget. Både gener og miljø deler barn med sine foreldre, og det viser seg at begge faktorene påvirker barnas psykiske utvikling. Biologisk miljø, som alkoholbruk under svangerskap viser seg også å ha innvirkning på barnet (Dean, Stevens & Mortensen, 2010).

En internasjonal studie med over 50 000 deltakere fra 21 land undersøkte samme tema. Resultatene viste at barn av foreldre med psykiske lidelser hadde 2,4 ganger høyere risiko for å få en psykisk lidelse selv – i alderen 4 år - 12 år. Risikoen var 1,9 ganger høyere i alderen 13 år - 19 år. Den høyeste risikoen finner man når begge foreldrene har alvorlig psykisk lidelse (Kessler, McLaughlin, Green, Gruber, Sampson & Zaslavsky, 2010).

### 3.1.4 Resiliens – mestrings- og beskyttelsesfaktorer

Livet vil for alle kunne innebære dramatiske og følelsespregede begivenheter som kan skade eller utløse psykisk sykdom. Men man har sett at de samme uheldige eller dramatiske forhold virker forskjellig fra menneske til menneske. Både i og rundt hver enkelt av oss finnes det faktorer som gjør oss mer eller mindre motstandsdyktige. Tenkning og forskning rundt hvilke faktorer som gjør oss i stand til å fungere godt til tross for påkjenninger, «resiliens» - har fått mye oppmerksomhet og betydning i mange deler av helsevesenet de siste tiårene (Waaktaar, Torgersen, Christie, 2007).

Beskyttende faktorer har en stor betydning for at barnet skal utvikle seg normalt når mor eller far har en psykisk lidelse – her er noen eksempler; faktorer som barnets medfødte personlighet og egenskaper, fleksibilitet – at det er robust og tåler påkjenninger – samt barnets alder. Sosial kompetanse - at barnet har evne til å skaffe seg venner, i tillegg til et støttende familiemiljø i øvrig familie og nettverk. Barnets evne til å omstille seg i ulike situasjoner, og at det er fleksibelt og kan takle endringer. En viktig faktor kan være at barnet har en frisk forelder som ivaretar barnet og gir det positiv oppmerksomhet. At relasjonen mellom foreldrene er god, og at eldre søsken er gode rollemodeller. Søsken er viktig i utviklingen av identitet, ansvarsfølelse og selvstendighet. Det er også viktig at barnet får hjelp til å ventilere sine følelser – snakke om det som skjer, og dermed få støtte fra andre (Sølvberg, 2011).

Sølvberg (2011) skriver også at psykisk sykdom angår ikke bare den psykisk syke. Den sykes tilstand vil nødvendigvis gi belastninger for de nærmeste, og virke inn på deres helse og utvikling. Sølvberg sier også at helsevesenet har hatt lett for å glemme dette. Forebyggende tiltak ovenfor barn og ungdom i sårbare utviklingsår er især viktig å iverksette. Videre sier han at barn av psykisk syke ikke er lette å se, og at de er med på å skjule uheldige forhold i hjemmet – og den psykisk syke forelderens fanger alles oppmerksomhet. Blodets bånd er sterkt, sier Sølvberg. Hans erfaringer i møte med psykisk syke foreldre sier at det ikke er noen tvil om at de er glad i sine barn, selv om de ikke alltid klarer å vise det (Sølvberg, 2011).

En stor andel av «barn av psykisk syke» har selv vært i kontakt med helsevern for sine egne psykiske problemer. Man ser altså at psykiske lidelser her store muligheter for å forplante seg over generasjonene (Sølvberg, 2011).



### **3.1.5 Artikkel 1 - You`d think this roller coaster was never going to stop: experiences of adult children of parents with serious mental illness, 2010**

Resultatene fra studien til psykolog Kim Foster viser at det var fire temaer som preget opplevelsen av å være barn av forelder med psykisk lidelse i voksen alder. 1) Å være usikker; "Man skulle tro at denne karusellen aldri stopper". 2) Sliter med å holde kontakten; "Vi hadde kjempegod kontakt, men nå har vi ikke det lenger". 3) Det å være ansvarlig; "jeg tror jeg vokste opp for fort.", 4) Å søke balanse; "Jeg måtte ha kontroll over situasjonen, så ikke noe fælt skulle skje" (Foster, 2010).

Studien konkluderer med at det å være barn av en forelder med psykiske lidelser, i voksen alder, kan innebære et kaotisk familieliv der de "voksne barna" føler de må overta rollen som omsorgsperson i familien. Relasjonen mellom foreldre og barn i voksen alder kan bli veldig anstrengt. Støtte fra andre, inkludert helsepersonell, kan styrke barnas motstandsdyktighet og evnen til å takle disse utfordringene (Foster, 2010).

### **3.1.6 Artikkel 2 – Childrens View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family, 2011**

Resultatet i Ahlström, Skärsäter og Danielson sin studie viser at barna kjente på angsten for at foreldrene skulle ta livet sitt. De kjente også på det å være en "frustrert observatør" og at de måtte være oppmerksomme og hensynsfulle ovenfor den syke forelder. De følte at livet deres vekslet mellom ansvarsrolle og ensomhet. De følte at de ikke hadde noen å snakke med – og det kom tydelig frem i studien at nettopp disse barna trengte støtte (Ahlström, Skärsäter, & Danielson, 2011).

### **3.1.7 Artikkel 3 - Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children, 2009**

Resultatet i studien viser at en fremtredende utfordring for å ivareta familien og barn av psykisk syke, var mangel på retningslinjer for å kartlegge familien til den psykisk syke. Tid

og ressurser var også en utfordring. Spørsmålet om penger ble dratt opp; og økonomi ble sett på som en utfordring. Studier viser også at kulturen og holdningene på arbeidsplassen kan påvirke sykepleierens evne til å fokusere på hele familien. Det kom også frem at ”barna er ikke vårt ansvar, det er den voksne som er vår bruker”, var en holdning som gikk igjen. Usikkerhet og manglende kunnskaper om overgrep og omsorgssvikt. Flere ansatte er usikre på hvordan de skal handle i en situasjon hvor de mistenker omsorgssvikt – spesielt hvordan de skal handle rundt den psykisk syke forelderen. Studien viser at i stedet for å vurdere et barns alder til å være et hinder for å gripe inn, trenger sykepleiere opplæring og støtte for å ivareta barn i alle de forskjellige utviklingsnivåene (Maybery & Reupert, 2009).

En ytterligere påvirkning kan være at vi som sykepleiere møter motvilje hos foreldrene; de vil ikke involvere barna eller andre familiemedlemmer i behandlingen sin. Studien forteller at foreldre noen ganger ble for opptatt med å fokusere på sine egne behov, og ikke fokuserte på sine barn. Det er heller ikke alltid at den psykisk syke forelderen ser at lidelsen påvirker barna på en negativ måte. Mens andre ganger ble familieinvolveringen verdsatt (Maybery & Reupert, 2009).

### **3.1.8 Artikkel 4 - Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey, 2010**

Er barna synlige for sykepleierne? Studien viser at barn i familier som er rammet av psykiske lidelser har en økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser, emosjonelle problemer og atferdsproblemer. Sykepleieren kommer ofte i kontakt med pasienter og deres familie, og er i en unik posisjon til å vurdere barnas situasjon – ofte før problemer oppstår. Flesteparten av sykepleierne møtte ikke barna av klientene sine regelmessig, men det var rapportert at informasjon om pasientenes barn ble samlet inn på enhetene (Korhonen, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, 2010).

Denne studien kom fram til at sykepleiernes personlige karakter, som kjønn, alder, sivilstatus og om de hadde egne barn – var faktorer som spilte inn i deres evne til å ta hensyn til barn av sine klienter. Sykepleierens yrkeserfaring, ytterligere utdanning og bruk av familiesentrert omsorg ved enheten øker også samhandling med barn av deres pasienter. Resultatet av studien viser at klientenes barn ikke er helt usynlige for de fleste sykepleierne i voksenpsykiatrien.

Den belyser også viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om risiko for utvikling av psykiske problemer hos disse barna og kunnskap om iverksetting av forbyggende tiltak (Korhonen, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, 2010).

### **3.2 Sykepleie til barn som pårørende**

En utfordring vi som sykepleiere møter er hvordan tid, ressurser og goder bør fordeles. Som sykepleiere vil vi daglig oppleve at man på prioritere mellom pasienter, behandling og retningslinjer. Ofte blir rettferdighet sett på som å behandle alle likt – men nettopp fordi alle er forskjellige og i forskjellige situasjoner er det ikke rettferdig å behandle alle likt. Rettferdighet blir derfor et spørsmål om rimelighet. Ettersom det sjeldent er et entydig svar på hva som er rimelig i hver enkelt situasjon er også etisk refleksjon viktig (Eide & Eide, 2013).

En annen utfordring vi møter er hvordan vi som sykepleiere kan tenke etisk i praksis. Dette innebærer å tenke gjennom en rekke spørsmål, som for eksempel: ”Hvem blir berørt? Hva sier lovverket og de etiske retningslinjene? Hvilke konsekvenser kan det tenkes at oppstår? Hvordan bør ulike hensyn veies opp mot hverandre?” – og sist men ikke minst hvordan beslutningen bør gjennomføres (Eide & Eide, 2013).

#### **3.2.1 Lover og retningslinjer**

Situasjonen til barn med psykisk syke foreldre bør vurderes fortløpende – og helsepersonell bør samarbeide og snakke med andre aktører hvis det oppstår tvil om situasjonen. Som helsepersonell har vi mulighet til å drøfte saker anonymt med barnevern eller helsestasjon. I småkommuner kan det også være nødvendig å rådføre seg med en nabokommune. Helsepersonell skal ha barna i fokus. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-2015).

Helsepersonell skal sørge for at behovet for informasjon og oppfølging som mindreårige barn av psykisk syke er ivaretatt. Det er også helsepersonellens jobb å skaffe informasjon om en pasient har mindreårige barn, og da eventuelt skaffe oversikt over omsorgssituasjon og innhente samtykke til videre oppfølging. Ved mistanke om at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt er det sykepleirens plikt å melde i fra til kommunens barnevernstjeneste (Helsedirektoratet, sammen om mestring, 2014).

Formålet med helsepersonelloven § 10a er å sikre at barn blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang tiltak for å forebygge problemer hos barn og foreldre. Disse bestemmelsene er gjeldende for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester. Helsepersonelloven § 25, tredje ledd skal legge til rette for at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørende. Den går også ut på at taushetsbelagte opplysninger kan gis til andre samarbeidende helsepersonell, da det er nødvendig for ivaretagelse av pasientens barn – unntak hvis pasienten selv motsetter seg dette (Lovdata, 2009).

Helsepersonelloven § 10a ble i 2009 endret – og kan nå bidra til at barna får tilstrekkelig informasjon. For å formidle nødvendig informasjon må man tilpasse både formidlingen og informasjonen til barnas alder, utviklingsnivå og modenhet (Lovdata, 2009). Det er også viktig å huske på at barn som har levd i vanskelige omsorgssituasjoner, kan ha nedsatt funksjonsnivå i forhold til alderen (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2011).

*”Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.”*

Helsepersonelloven § 33 (Lovdata, 2001).

Yrkesetiske retningslinjer punkt tre tar for seg sykepleierens respekt og omtanke for pårørende, og at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt. Sykepleieren skal bidra til ivaretagelsen av barnas særskilte behov, som pårørende (NSF, 2011).

FN's barnekonvensjonen, artikkel 3, punkt 1 og 2 sier som følger:

*1. Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn (FN, 1989).*

*2. Partene påtar seg å sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel, idet det tas hensyn til rettighetene og forpliktelsene til barnets foreldre, verger eller andre enkeltpersoner som har det juridiske ansvaret for ham eller henne, og skal treffe alle egnede, lovgivningsmessige og administrative tiltak for dette formål (FN, 1989).*

Ofte kan det oppstå en lojalitetskonflikt for behandlere av psykisk syke. Dette fordi pasienten ofte har et eget ønske – men at behandlere alltid skal ta hensyn til pasientens helse, fare for andre og eventuelle barn. Slike forhold blir regulert av psykisk helsevernlov, helse- og omsorgstjenesteloven og barnevernsloven. Barnevernsloven sier tydelig at barnas behov skal gå foran den voksne pasientens behov når behovene veies opp mot hverandre.

Behandlingsmotivasjonen til pasienten er som oftest utgangspunkt for behandlingen han eller hun skal motta, men dette prinsippet vil i noen tilfeller måtte vike, med tanke på barnas beste (Helsedirektoratet, 2012).

### **Pårørendes rett til informasjon**

Kjellevold (2008) har skrevet en artikkel om «påførende i psykisk helsearbeid». Hensikten med artikkelen er å tydeliggjøre påførendes rett til informasjon og medvirkning i det psykiske helsearbeidet. Kjellevold beskriver bakgrunnen for at hun tar opp temaet - på den ene siden er det klare helsepolitiske mål om involvering av påførende, men på en annen side trekker hun inn opplevelser fra flere hold om påførende som opplever å bli møtt med argument om taushetsplikt når de ber om informasjon. I tillegg mener påførende at det i liten grad blir lagt til rette for dialog mellom påførende og personell (Kjellevold, 2008).

### **3.2.2 Sykepleieteorier**

#### **Kari Martinsen – omsorgsteori**

Begrepet omsorg er forbundet med å hjelpe og ta hånd om andre. Det handler om nestekjærighet, og at vi skal være mot andre slik vi vil at de skal være mot oss. Man skal bry seg om den andre, og legge egosentrisiteten til side. Omsorg er et rasjonelt begrep som tar utgangspunkt basert på et menneskesyn – med utgangspunkt i at vi er avhengige av hverandre (Martinsen, 2007).

Det er kvaliteten i den menneskelige relasjonen som er vesentlig. Vår omsorgsmoral må læres gjennom erfaring og oppdragelse til godhet. Prinsippet om ansvaret for psykisk syke og deres barn må læres gjennom praksis. Vi må handle ut fra noe annet enn egeninteresse – ut i fra solidaritet med den svake, i vårt tilfelle; barnet. Solidaritet er mer enn sympati og sentimental omsorg, da det er handlinger basert på engasjement. Man må som sykepleier kunne identifisere seg med den andre (Martinsen, 2007).

Sykepleien tar utgangspunkt i den felles menneskelige dagligverden og i fagkunnskap som gjør sykepleieren i stand til å sørge for pasienten og barnet på en omsorgsfull måte. Det er den situasjonen pasienten er i, som er utgangspunktet – og omsorg er et mål i seg selv. Man vil unngå forverring, opprettholde ett visst funksjonsnivå og styrke pasientens og barnets livsmot (Kristoffersen, 2011).

Sykepleierens metode og rolle innebærer aktiv handling til beste barnet i dagligdagse situasjoner. Vi som sykepleiere handler ut i fra vår faglige forståelse på en måte som gagnar barnet mest mulig – svak paternalisme. Sykepleierens omsorg omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering (Kristoffersen, 2011).

Kari Martinsen ser på menneskelige relasjoner, og setter det menneskelige fellesskapet i sentrum. Hun har en verdioppfatning om at menneskene er avhengige av hverandre – alt beror på menneskenes relasjoner til hverandre. Spesielt tydelig kommer menneskets avhengighet av hverandre fram ved funksjonstap, skade eller sykdom. Barn er avhengige av foreldrene, og når foreldrene ikke strekker inn; må vi som sykepleiere strekke til og bygge en relasjon til barnet. Omsorg til barnet blir et mål – hvor man tar utgangspunkt i barnets situasjon (Martinsen, 2007).

### **Florence Nightingale – behovsteori**

Nightingale regnes som grunnleggeren av helhetlig sykepleie. Å tenke helhetlig i forhold til pasienten, eller i vårt tilfelle, barnet, vil innebære å ikke bare behandle fysiske behov, men også se på problemer som stammer fra miljø, sosiale, emosjonelle eller mentale problemer. Dette vil for oss innebære å se hele situasjonen, både pasienten, den friske forelderen, og barnet (Kristoffersen, 2011).

## **Joyce Travelbee – interaksjonsteori**

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom eller lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene»*

(Travelbee, 2011, s. 29).

I følge Travelbee er sykepleierens rolle å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med barnet. Sykepleierens metode går ut på å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold – ved å gi barnet hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske, og bevare håp. Et menneske-til-menneske-forhold etableres i følge Travelbee gjennom en interaksjonsprosess over flere faser – det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2011, Travelbee, 2011).

Det innledende møtet kjennetegnes ved at sykepleier og barnet ikke kjenner hverandre. Begge parter vil derfor basere seg på generelle og alminnelige oppfatninger når de møtes. Sykepleieren forholder seg til barnet som en hvilken som helst person, mens barnet forholder seg til sykepleieren ut fra sine forventninger til sykepleiere generelt. Begge parter får et førsteinntrykk av hverandre. Her er utfordringen for sykepleieren å bryte ut av sine oppfatninger av barnet, og kunne se slik han/ hun er som person. Interaksjonen mellom barnet og sykepleier utvikler seg, og begges identitet trer fram – et kontaktforhold begynner å etablere seg (Kristoffersen, 2011, Travelbee, 2011).

For Travelbee er empati evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den personen der og da. I situasjoner der en har empati med et annet menneske, opplever man nærhet og kontakt. Sympati er en innstilling eller holdning – en måte å tenke og føle på. Når sykepleieren uttrykker sympati overfor en barnet, viser man at man er engasjert i barnet som person og bryr seg om hvordan han/hun har det. Sympatiformidler dette både verbalt og non-verbalt gjennom måte og væremåte. Den siste fasen i etableringen av et menneske-til-menneskeforhold er en nær og gjensidig forståelse mellom barnet og sykepleieren. Dette er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonen i de tidligere fasene (Kristoffersen, 2011, Travelbee, 2011).

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et godt menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Gjennom

kommunikasjonsprosessen formidler man sine tanker og følelser til hverandre (Kristoffersen, 2011, Travelbee, 2011).

### **3.2.3 Kommunikasjon**

Eide og Eide (2013) sier at etisk bevissthet er en forutsetning for at vi som sykepleiere kan yte god omsorg – og kommunisere både godt og hensiktsmessig. Etisk bevissthet får oss til å oppfatte hva som står på spill, samt reflektere over hvordan vi som sykepleiere – og som representant for en yrkesgruppe og arbeidssted bør forholde oss til situasjonen. For å oppnå en god kommunikasjon må man ha nettopp denne evnen; evnen til å reflektere over moralske spørsmål, og normer og verdier som man konfronteres med i praksis – og gjennom de etiske retningslinjene vi møter (Eide & Eide, 2013).

Tillit og trygghet er avgjørende når man kommuniserer med barn. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere lytter til barnet. En fin huskeregel er at det er barnet som skal føre samtalen, og sykepleieren er åpen, undrende og en aktiv lytter. På denne måten bygger man også relasjon til barnet, og som oftest utøver man empati og respekt. Begge deler er avgjørende for å skape tillit til barn. Ofte trenger barnet hjelp til å sette ord på følelser; dette kan være for eksempel lek, musikk eller tegning. Utviklingsteorien forteller oss at barns tankegang er annerledes enn voksnes, og at evnen til å oppfatte og forstå også er annerledes. Når man kommuniserer med barn er det viktig å huske på at det å ha en psykisk syk forelder kan virke inn på evnen til å oppfatte og forstå (Eide & Eide, 2011)

Eide og Eide (2011) sier blant annet at barn i alderen seks-ni år er selvsentrerte. Dette medfører at barn i denne alderen lett påtar seg skyld for noe som har skjedd. Men på en annen side har de utviklet rettferdighetssans. Når ett barn kommer opp i åtteårsalderen har det utviklet en forestilling om seg selv – og kan fortelle om interesser og hva det er opptatt av; det er nå de klarer å skille mellom fantasi og virkelighet. Barnet stiller store krav til seg selv i denne alderen, og det er i denne alderen aksept, støtte og hjelp er viktig, samt bekreftelse fra voksne er derfor viktig. Når mor eller far er psykisk syk kan bekreftelser av den typen bli fraværende. Dette kan igjen føre til usikker og forvirring hos det aktuelle barnet. Støtte og informasjon til barn med en psykisk syk mor eller far har vist seg å være viktig, og mistrivelse og symptomer relatert til sorg kan reduseres med god kommunikasjon (Eide og Eide, 2011).



Man må også huske på å tilpasse informasjonen barnet får, til barnet. Dette gjelder blant annet språk. En åtte-niåring forstår ikke alt en voksen sier; språket må derfor tilpasses til en åtte-niåring. Det vil være nyttig å la barnet bestemme tempoet i samtalen. Det å hjelpe barnet å sette ord på følelser og opplevelser, samt reflektere sammen med han eller henne, vil også være hensiktsmessig (Eide & Eide, 2011).

Pårørendesamtaler med barneperspektiv har i følge Helgeland (2012) forebyggende effekt i utvikling av psykiske lidelser hos barn av psykisk syke. Studiene viser hvor viktig det er at den psykisk syke får hjelp til å forstå barnas perspektiv, i forhold til hvordan den psykiske lidelsen påvirker barna. Hensikten med pårørendesamtalene er å hjelpe familien til å snakke sammen – og bryte det eventuelle tabuet rundt den psykiske lidelsen (Helgeland, 2012).

Disse samtaler blir som oftest gjennomført ved at man først har en samtale med foreldrene alene for å forberede samtalen med barna. Temaet er forståelse av egen lidelse, samt kartlegging av barna og informasjon som skal gis. Deretter kommer det som oftest en samtale med barna uten foreldre til stede. Her gir man informasjon om forelderens psykiske lidelse, og lytter til barnas historier. Hensikten er å formidle en forklaring av forelderens psykiske lidelse som barna kan forstå. Til slutt er det en samtale med både barn og foreldre til stede. Hensikten nå er å hjelpe familien til å snakke sammen om situasjonen de er i – og hvordan hvert enkelt individ opplever situasjonen. Det er også viktig å fokusere på hva barna og familien trenger av hjelp videre (Helgeland, 2012).

Berge og Repål (2010) peker også på hvordan helsepersonell bør forholde seg til deprimerte med barn. Vi bør snakke med foreldrene om barna – og hvordan de kan legge til rette for barnas trivsel og utvikling. Dette kan for eksempel være tips til aktiviteter de kan gjøre sammen med barna – eller hvordan de skal snakke med barna om den psykiske lidelsen.

## 4 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi se på sammenhengen mellom teori og det vi opplever i praksis. Vi skal på bakgrunn av presentert teori finne svar på problemstillingen:

Hvordan ivareta barn som pårørende av psykisk syke?

### 4.1 Hvorfor er barn med en psykisk syk forelder sykepleierens ansvar?

Helsepersonelloven § 10a har med formål å sikre at barn blir fanget opp tidlig, og at det blir iverksatt tiltak som skal forebygge problemer, både hos barnet og foreldrene. Denne paragrafen skal også bidra til at barn får tilstrekkelig informasjon (Lovdata, 2009). Til tross for lovverket om tilstrekkelig informasjon, skriver Kjellevold (2008) at mange pårørende blir møtt med argumentet om taushetsplikt når de etterspør informasjon. Videre skriver han at mange pårørende opplever at det ikke blir lagt til rette for dialog mellom pårørende og helsepersonell. Begge av oss har i praksis vært i kontakt med pårørende som føler at de ikke får nok informasjon. Dette viser at det fortsatt er et reelt problem. Punkt tre i yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren skal bidra til ivaretagelsen av barnas særskilte behov, som pårørende (NSF, 2011).

Helsepersonelloven § 25, tredje ledd, går ut på å kunne legge til rette for at helsepersonell skal ha mulighet til å følge opp barn som pårørende (Lovdata, 2009). Helsepersonelloven § 33 gjør det lovpålagt å melde ifra til barnevernstjenesten ved mistanke om omsorgssvikt (Lovdata, 2001).

FN's barnekonvensjon sier også noe om dette. Den sier blant annet at ved alle handlinger som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Videre sier den at partene påtar seg å sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel, mens det samtidig tas hensyn til rettigheter og forpliktelsene til barnets foreldre (FN, 1989). Vi forstår ut fra lovverket og retningslinjene at det er lovbestemt at sykepleiere har ansvar for å ivareta barn av psykisk syke. Kari Martinsen sier også at sykepleierens grunnlag er solidaritet og ansvar for den svake, som i vårt tilfelle er barnet (Kristoffersen, 2011).

## **4.2 Sykepleierens kunnskap om barnets rolle som pårørende av psykisk syke foreldre**

Moen (2012) skriver at barna ikke alltid forstår hva som skjer; de forstår at noe er galt, men forstår ikke alltid hva. De bruker mye energi på å forstå den voksne og oppfører seg ofte slik de tror at den voksne ønsker, i håp om at situasjonen skal bli bedre. Barna er hele tiden på vakt og blir eksperter på å tilpasse seg andres ønsker og forventninger, men glemmer sine egne behov. Eide og Eide (2011) skriver at barn i alderen seks-ni lett påtar seg skyld for ting som har skjedd, men at de har en utviklet rettferdighetssans.

I psykiatripraksis som sykepleierstudent møtte en av oss et barn som hadde mange spørsmål rundt sin mammas sykdom. Barnet var åpent, og turte faktisk å spørre. Dette barnet spurte blant annet; ”Hva er galt med mamma?, skal mamma dø?, hvorfor sier mamma stygge ting?” Som sykepleierstudent undret jeg meg over hva disse tankene gjør med barnet, og tanker om at dette barnet måtte føle seg ensomt og redd slo meg. Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) bekrefter dette når de sier at manglende informasjon kan gi en grobunn for tabu, ensomhet og følelsesmessig isolasjon. De sier også at manglende informasjon om sykdommen til forelderen kan bidra til at barnet plasserer ansvaret for den psykisk syke forelderens problemer over på seg selv. Sølvsberg (2011) sier at det er viktig at barn får hjelp til å ventilere sine følelser og snakke om det som skjer; altså få støtte fra andre.

Jeg snakket med barneansvarlig på avdelingen om tankene jeg gjorde meg når barnet stilte meg nevnte spørsmål. Det ble derfor avtalt en barnesamtale, hvor vi hadde samtale både alene med barnet, og sammen med den syke forelderen. Under samtalen gav vi informasjon til barnet om mors sykdom; for eksempel at mor har vanskelige tanker i hodet, at det ikke er farlig, og at det ikke er barnets feil. Både moren og barnet gråt, og det var et møte med mye følelser i spill. Etter samtalen gav begge to uttrykk for at møtet hadde vært nødvendig – og at de var takknemlig for det. Faren til dette barnet gav oss senere tilbakemelding på at barnet viste mindre bekymring, og større forståelse for mors sykdom. Ahlström, Skärsäter og Danielsson (2011) bekrefter nødvendigheten av støtte og informasjon. De sier også at barn som ikke fikk informasjon følte at livet deres vekslet mellom ansvarsrolle, ensomhet og at de ikke hadde noen å snakke med.

Korhonen, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen (2010) understreker at barn i familier som er rammet av psykiske lidelser har en økt risiko for å selv utvikle psykiske lidelser, emosjonelle problemer og atferdsproblemer. En dansk studie gjort av Dean, Stevens og Mortensen (2010) viser at risikoen for å oppleve alvorlige følger av å ha foreldre med psykisk lidelse er ulik fra person fra person, og varierer ut ifra ulike risikofaktorer. Hvis begge foreldrene har psykiske lidelser er risikoen høyere for selv å utvikle følger av dette, enn hvis bare en forelder er psykisk syk. Hvis begge foreldrene har psykiske lidelser er risikoen høyere for å selv utvikle følger av dette, enn hvis bare en forelder er psykisk syk. Noen barn er mer sårbare enn andre, og kan derfor oppleve større konsekvenser enn de mindre sårbare barna. Forklaringen på dette kan ligge i både gener og miljø; både gener og miljø påvirker barnets psykiske utvikling, og begge deles også med foreldrene (Dean, Stevens & Mortensen, 2010). Dette konstaterer også en studie av Kessler, McLaughlin, Green, Gruber, Sampson & Zaslavsky gjort i 2010.

På en annen side sier Berge og Repål (2010) at man skal ikke ta for gitt at det å ha en psykisk lidelse gir dårlig foreldrefungering, men man ser at dette ofte er tilfellet. Hvis foreldrene klarer å forholde seg sosialt til barna, vise interesse og glede seg over dem kan mange av problemene med foreldrefungering forebygges. Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) skriver at konsekvensene for barn med en psykisk syk forelder har sammenheng med lidelsen til en mor eller far. For eksempel trenger ikke en forbigående depresjon nødvendigvis å påvirke foreldreevnen.

Ytterhus og Dyregrov (2012) skriver at barna ofte tar et stort ansvar for det emosjonelle og det praktiske i familien, mens noen barn velger å spille likegyldig og trekke seg unna. Killèn (2004) beskriver også dette. Hun forteller også at barn kan utvikle en utagerende atferd, ved at de kan opptre aggressivt ovenfor både dyr, mennesker og tung, samt at de kan tre inn i en klovnerolle for å avlede og skjule det indre kaoset og smerten. Aalbæk og Glistrup (1997) understreker at en del barn er mye engstelige, triste og har dårlig impuls kontroll, og føler en utrygg tilknytning, hvis de lever med en psykisk syk forelder. Dette er undersøkelser som er gjennomført på mindre barn, men det viser seg at barna kan vise tegn på emosjonelle problemer når de blir eldre.

I praksis har vi selv snakket med voksne barn av psykisk syke som forteller om en vanskelig barndom. De forteller blant annet om en mor som aldri så de, eller en far som aldri smilte – og hvordan de måtte passe på småsøsken når forelderen aldri strakk til. Flere av de vi har snakket med har hatt en frisk forelder, lærer eller tante som så de, forstod de og ivaretok de. Det som derimot kommer frem i disse samtale, er at disse voksne barna forteller at de ikke fikk noe informasjon om sykdommen til mor eller far - det ble ikke snakket om. Det eneste de fikk var ett trist blikk i ny og ne og at deres forsøk på spørsmål om hva som egentlig foregikk ble vennlig hysjet ned. Disse barna ble sett og forsøkt ivaretatt av en voksen, men forteller allikevel om en utrygghet og manglende forståelse for hva som foregikk i hjemmet, når ingen fortalte de om det. Stordfjord og Stordfjord (1989) beskriver hvor lite belyst temaet var i skolen på slutten av femtitallet, mens lovverket har blitt mer belyst rundt dette temaet i løpet av de siste årene.

Kim Foster (2010), psykolog innenfor sykepleie, tar for seg den subjektive opplevelsen av å vokse opp med en forelder som lider av en psykisk lidelse. Barna i voksen alder hevder at deres hverdag som barn var preget av opplevelsen av å være usikker, de følte at de vokste opp for fort; de fikk for mye ansvar. De søkte også balanse i livet, de følte et sterkt kontrollbehov. Barna i voksen alder sliter nå med å holde kontakt med foreldrene. Fra arbeidslivet har vi begge sett hvordan voksne barn av psykisk syke har det i dag. Det som går igjen er at de voksne barna tar avstand fra forelderens liv, ikke orker kontakt, samt at flere av de har opplevd psykisk sykdom i sitt voksne liv. Teori understreker at en stor andel av barn, av psykisk syke, selv har vært i kontakt med helsevern for sine psykiske problemer. Man ser altså at psykiske lidelser har store sjanser for å forplante seg over i generasjoner (Sølvberg, 2011).

### **4.3 Sykepleierens forebygging av skade hos barnet**

For å kunne utøve helhetlig sykepleie, som Florence Nightingale jobbet for, vil vi benytte oss av både Travelbees intraksjonsteori og Kari Martinsens omsorgsteori. Travelbee sier noe om å skape et menneske til menneske forhold, mens Martinsen har fokus på at omsorg er forbundet med å hjelpe, og ta hånd om hverandre, samt at vi mennesker er avhengige av hverandre (Kristoffersen, 2011). Ut ifra disse teoriene tenker vi at det er nødvendig med helhetlig sykepleie for både barnet og foreldrene, for å kunne forebygge forverring og behandle av den psykiske lidelsen hos den syke forelderen.

Som sykepleierstudent i praksis møtte en av oss en mor som var svært bekymret for hvordan hun var som mor for sitt barn. Det var en dyktig sykepleier på avdelingen som klarte å trygge mor på at barnet ble ivaretatt og at det ville bli informert om situasjonen på en forståelig måte. Resultatet var at mor etter hvert slo seg til ro, og klarte å konsentrere seg om sin egen behandling. Vi ser at denne sykepleieren hadde kunnskaper om betydningen av hele denne kvinnens livssituasjon, og at det var morens fokus på barnet som gjorde at hun ikke klarte å ta imot hjelpen hun hadde behov for. Berge og Repål (2010) bekrefter dette i sin teori når de beskriver at psykisk syke foreldre ofte er bekymret for at ivaretagelsen av barnet ikke er god nok, og at foreldrene føler at de ikke bidrar nok for barnet. Dette kan også trigge den psykiske lidelsen mer, som igjen vil føre til vondt verre for både barnet og den syke (Berge & Repål, 2010).

Videre støttet sykepleieren denne moren på at hun var en god mor som elsket sitt barn, selv om hun var psykisk syk. Hun hjalp moren til å finne aktiviteter som hun ville klare å mestre sammen med sitt barn. Sykepleieren understreket viktigheten av at mor ikke gapet over for mye, men gjorde hyggelige ting sammen med barnet som hun ville klare å fullføre, som for eksempel en runde med Yatzy.

Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) sier at for å forebygge problemer hos barnet er det viktig å støtte foreldrene. Dette kan innebære tiltak for å bedre foreldrefunksjonen og styrke forelderens evne og overskudd til å se barnet. Berge og Repål (2010) påpeker også at vi som sykepleiere bør snakke med foreldrene om barna og om hvordan de kan legge til rette for barnas trivsel og utvikling. Det kan for eksempel innebære å snakke med barna om den psykiske lidelsen, og for eksempel å gi tips om aktiviteter foreldrene kan gjøre med barna for å opprettholde et godt familiemiljø (Berge & Repål, 2010).

Uheldige og dramatiske forhold virker forskjellig fra menneske til menneske, og vi har alle sammen faktorer rundt oss som gjør oss mer eller mindre motstandsdyktige. Resilens handler om evnen til å håndtere stress og katastrofer – at et barn viser seg motstandsdyktig ovenfor psykisk problemer (Waaktaar, Torgersen, Christie, 2007). Barnets medfødte personlighet, egenskaper og fleksibilitet – bidrar til at det er robust og tåler påkjenninger. Barnets alder er også en viktig beskyttelsesfaktor. En annen viktig beskyttelsesfaktor er at

barnet eventuelt har en frisk forelder som ivaretar barnet, samt gir det positiv oppmerksomhet (Sølvberg, 2011).

I praksis møtte en av oss ett barn som hadde to psykisk syke foreldre. Det var tydelig at dette barnet hadde nedsatt motstandsdyktighet ovenfor psykiske problemer, og at dette påvirket barnets evne til å håndtere situasjonen det var i, fordi den ikke hadde en forelder å støtte seg til. Barnet viste blant annet utagering mot foreldrene, frustrasjon, engstelse og følelsesmessig isolasjon.

Kessler, McLaughlin, Green, Gruber, Samson og Zaslavsky (2010) sier at risikoen for at barnet skal utvikle negative følger hvis begge foreldrene lider av psykiske lidelser. Gjennom dette forstår man hvor viktig det er for et barn med en eller to psykisk syke foreldre å ha en trygg omsorgsperson han eller hun kan stole på. Vi forstår med dette at den trygge omsorgspersonen er avgjørende for barnets motstandsdyktighet og utvikling. Hvis barnet ikke har denne beskyttelsesfaktoren kan barnet selv utvikle atferdsproblemer, emosjonelle problemer, og i verste fall psykiske lidelser (Korhonen, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, 2010).

Barn i alderen seks-ni år har store krav til seg selv – og aksept, støtte og hjelp er viktig (Eide & Eide, 2011). Sølvberg (2011) understreker viktigheten av at barn får muligheten til å ventilere sine følelser og snakke om det som skjer i hjemmet; altså få støtte fra andre. Støtte fra andre, inkludert helsepersonell, kan bidra til at barnet får økt motstandsdyktighet og større evne til å takle utfordringene i hjemmet. Mangel på støtte, aksept og hjelp kan føre til usikkerhet og forvirring hos barnet (Eide & Eide, 2011). Her ser vi nødvendigheten av at vi som sykepleiere har kunnskap om risiko for utvikling av psykiske lidelser hos barn – og vår rolle i forebyggende arbeid. Barnet i eksempelet over viste blant annet mindre aggresjon mot foreldrene etter at helsepersonell ivaretok barnet i form av informasjon, aktiviteter og henvisning videre til samtaler hos helsesøster. Eide og Eide (2011) skriver at støtte og informasjon til barn med en psykisk syk mor eller far har vist seg å være viktig, og mistrivsel og symptomer relatert til sorg kan reduseres med god kommunikasjon. Videre skriver Eide og Eide (2011) om viktigheten av tilpasset informasjon i forhold til barnets utvikling, dette gjelder især språk. En åtte-niåring er ikke utviklet til å forstå alt en voksen sier. Det vil også være nyttig å la barnet styre tempoet i samtalen (Eide & Eide, 2011).

Sølvberg (2011) sier at psykisk sykdom ikke bare angår den psykisk syke; men påvirker de nærmeste. Han sier videre at helsevesenet har hatt lett for å glemme dette; og at forebyggende tiltak ovenfor barn i sårbar alder er viktig å iverksette. Han sier også at disse barna er vanskelige å se; og at de kan være med på å skjule uheldige forhold i hjemmet. Sølvberg (2011) sier også at blodets bånd er sterkt. Dette innebærer at mange barn prøver å skjule hvordan realiteten er i hjemmet. Moen (2012) sier at barn unngår å ta med seg venner og bekjente hjem, for å holde hjemmesituasjonen skjult.

I psykiatrisk praksis på en akuttpost opplevde en av oss at ett åtte år gammelt barn ikke var ærlig til å begynne med. Faren til dette barnet led av en alvorlig depresjon, og gav selv uttrykk for at han hadde vært mye sint i hjemmet og at det hadde gått utover sønnen. Det ble derfor avtalt en barnesamtale, hvor en av oss, barneansvarlig på avdelingen og sønnen til den syke deltok. Til å begynne med var åtteåringen bastant på at det ikke var noe galt med pappa, men når barneansvarlig stilte spørsmål som: ”Har pappa vært mye sint i det siste? Har pappa kjeftet mye på deg? Har pappa sluttet å leke med deg? Har mamma og pappa vært mye sinte på hverandre i det siste?” begynte barnet å gi etter. Han fortalte da at pappa hadde vært sint og kjeftet, samt at han ikke lenger ville leke med sønnen.

Vi ser altså at mange barn prøver å skjule sannheten om den syke forelderen og situasjonen i hjemmet, men med den rette støtten er det større sjanse for at barnet velger å åpne seg for oss som sykepleiere.

#### **4.4 Når ivaretagelse av barnet ikke er mulig – hva da?**

Når en av oss kom inn i et hjem for å levere medisiner til en psykisk syk mor, oppdaget jeg et barn i samme rom som mor. Dette var på dagtid, og jeg undret meg over hvorfor ikke barnet var på skolen. Barnet satt i et hjørne i en sofa og fulgte nøye med på det som ble sagt, uten selv å si noe. Barnet holdt i en brusflaske, mens det lå sjokolade og potetgullposer på bord og gulv. Jeg kunne ikke se tegn til mat. Mor kunne ikke gi noen god begrunnelse for hvorfor barnet var hjemme. Når jeg senere ved flere anledninger opplevde det samme, hadde jeg en samtale med mor om hva hun tenkte om sin egen situasjon og om barnet i denne situasjonen. Mor avfeide umiddelbart i en aggressiv tone at jeg ikke hadde noe med hennes barn å gjøre, at barnet hadde det langt bedre enn mange andre barn og lignende.



Maybery og Reupert (2009) bekrefter dette ved å skrive at en ytterligere påvirkning kan være at vi som sykepleiere møter motvilje hos foreldrene; de vil ikke involvere barna eller andre familiemedlemmer i behandlingen sin. Studien forteller at foreldre noen ganger ble for opptatt med å fokusere på sine egne behov, og ikke fokuserte på sine barn. Det er heller ikke alltid at den psykisk syke forelderen ser at lidelsen påvirker barna på en negativ måte (Maybery & Reupert, 2009). Ut fra mine kunnskaper om risiko for senskader hos barn av psykisk syke, valgte jeg å snakke med min kontaktsykepleier om det jeg hadde opplevd. Hun tok tak i situasjonen, og det ble etter nærmere undersøkelser og gjentakende forsøk på å få mor «med på lag» uten hell, sendt en bekymringsmelding til barnevernet.

Helsepersonelloven § 33 sier at den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side (Lovdata, 2001). Til tross for et tydelig lovverk; forteller barnevernansatte at kommunehelsetjenesten sjelden melder bekymring knyttet til pasientens barn. Tvert i mot blir det presset på for at foreldrene skal ha samvær med spesielt de yngste, uavhengig av den sykes fungering. Argumentasjon for dette kan være at «mor blir dårligere hvis hun ikke får være med barnet sitt», eller at man ikke kan melde fra til barnevernet fordi «familien har nok å slite med som det er». Men hvem skal det tas hensyn til? (Moen, 2012).

En av oss opplevde også flere etiske refleksjoner på vaktrommet i hjemmetjenesten. Alle var enige om at det var veldig vanskelig å sende bekymringsmelding til barnevernet. Jeg opplevde at en av de hyppigste grunnene til dette var redselen for å miste tilliten og mulighetene for å nå inn hos pasienten i etterkant av en bekymringsmelding. Jeg forsto raskt at å melde en bekymring til barnevernet var noe mange foreldre satte seg sterkt imot, i redsel for å miste sitt barn. Jeg opplevde aldri at personalet var i tvil om de skulle melde fra eller ikke, de var klar over at de har en meldingsplikt til barnevernet ved bekymring og barnevernsloven påpeker at det skal sørges for at barnas behov skal gå foran den voksne pasientens behov, når behovene veies opp mot hverandre (Helsedirektoratet, 2012).

I praksis på avdelingen en av oss var, hadde de løst dette på følgende måte. De brukte en annen person på avdelingen som tok seg av bekymringsmeldingene, enn den som var hovedkontakt, i de situasjonene hvor forelderen ikke ønsket kontakt med barnevernet. På den måten kunne «skylden» legges over på denne personen, og kontaktpersonen til den pasienten kunne fortsette å ivareta videre behandling og pasientkontakten. Denne prosessen ble

gjennomført ved samtaler med forelderen, hvor forelderen ble informert om at denne personen hadde hovedansvaret for barneperspektivet i avdelingen, og vurderinger som var gjort og lignende. Pasienten var hele tiden involvert, informert og ivaretatt på best mulig måte. I de fleste tilfeller klarte personalet ved denne metoden å ivareta både barnet og den syke forelderen. Men ved et tilfelle opplevde jeg at forelderen motsatte seg mer behandling på bakgrunn av bekymringsmelding til barnevernet, noe som gjorde at pasienten etter hvert ble så syk at den senere måtte legges inn ved tvang.

Ofte kan det oppstå en lojalitetskonflikt for behandlere av psykisk syke. Dette fordi pasienten ofte har et eget ønske – men at behandlere alltid skal ta hensyn til pasientens helse, fare for andre og eventuelle barn. Behandlingsmotivasjonen til pasienten er som oftest utgangspunkt for behandlingen pasienten skal motta, men dette prinsippet vil i noen tilfeller måtte vike, med tanke på barnas beste (Helsedirektoratet, 2012).

#### **4.5 Sykepleierens mulighet til å ivareta barn som pårørende**

Sykepleiere er i en unik posisjon til å vurdere barnas situasjon før problemer oppstår, fordi vi kommer i kontakt med den psykisk syke og dens familie, sier Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2010).

Maybery & Reupert (2009) sier at i stedet for å vurdere at et barns alder skal være til hinder for å gripe inn, trenger sykepleiere opplæring og støtte til å ivareta barn i de ulike utviklingsnivåene, som Erikson og Piaget beskriver. En av oss var som tidligere skrevet på en psykiatrisk døgnet i psykiatripraksisen vi har hatt i sykepleierstudiet. Der kom den ene av oss i prat med barneansvarlig på avdelingen. Hun fortalte om hvor vanskelig hun hadde opplevd det å gripe inn i en situasjon, som hun anså som nødvendig å gripe inn i. Hun fortalte videre at det var usikkerhet og mangel på kunnskaper om hvordan sykepleier skal ivareta barnet som gjorde at hun opplevde dette så vanskelig – og at nettopp dette var grunnen til at hun tok kurs og utdanning for å bli barneansvarlig på avdelingen. Hun fortalte hvordan opplevelsen hennes av å gripe inn i en situasjon hadde forandret seg etter at hun fikk mer kunnskaper om barnet og hvordan man skal gripe inn. Hun sa blant annet at hun følte seg mye tryggere på at hun gjorde det som var rett, ovenfor barnet og den psykisk syke, samt at hun hadde fått mer innsikt i barnets opplevelse og viktigheten av å gripe inn.

I studien til Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen (2010) kom fram til at sykepleiernes personlige karakter, som kjønn, alder, sivilstatus og om de hadde egne barn – var faktorer som spilte inn i deres evne til å ta hensyn til barn av sine klienter. Sykepleierens yrkeserfaring, ytterligere utdanning og bruk av familiesentrert omsorg ved enheten øker også samhandling med barn av deres pasienter. Resultatet av studien viser at klientenes barn ikke er helt usynlige for de fleste sykepleierne i voksenpsykiatrien. Den belyser også viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om risiko for utvikling av psykiske problemer hos disse barna og vår kunnskap om iverksetting av forbyggende tiltak (Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen, 2010).

Denne sykepleieren fortalte også at hun selv har barn, og føler et personlig engasjement. Hun har dermed egenerfaring med barn og deres sårbarhet, noe som gjør at hun har en ekstra interesse for barn. Studien til Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen (2010) bekrefter at sykepleiernes personlige karakter, som kjønn, alder, sivilstatus og om de hadde egne barn – er faktorer som spiller inn i deres evne til å ta hensyn til barn av sine klienter. I tillegg bekrefter også Martinsen sin sykepleierteori dette ved å si at sykepleierens omsorg omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering, skriver Kristoffersen (2011).

Studien til Maybery og Rupert (2009) anbefaler sykepleiere i psykiatrien en fremgangsmåte for å identifisere brukerens barn. Dette innebærer å kartlegge familiemedlemmer; inkludert barn, vurdere forelderen og barnas og familiens grunnleggende behov, tilby undervisning og informasjon til hvert familiemedlem om den psykiske lidelsen som har rammet familien og ha klare prosedyrer på videre oppfølging. Vi har selv erfart i praksis at det kan være veldig nyttig med pårørendesamtaler, hvor barn kan få informasjon og innsikt i hva som foregår. I tillegg til dette har vi også sett hvordan foreldrene påvirkes av slike samtaler. Det vi har sett er at foreldrene ofte ikke er klar over hvordan barna føler det – og at de blir mer motivert for en endring.

Barn trenger støtte til å håndtere situasjoner i hjemmet hvor en forelder er psykisk syk, mestre ansvar og ensomhet. Det er vår jobb å sørge for at dette skjer i praksis – gjerne via pårørendesamtaler. Dette er også relevant i kommunehelsetjeneste og i skolehelsetjenesten (Ahlström, Skärsäter, & Danielson, 2011). Vi har også erfart at situasjonen i hjemmet kan være vanskelig for den friske forelderen, at den ikke klarer å ha fullt fokus på barnet. Eller at forelderen ikke har nok kunnskaper til å klare å se når barnet trenger å snakke eller hvordan

det skal snakke med barnet. Sykepleiere som har behandlingsansvaret for den syke forelderen har ofte ikke nok kapasitet til å ivareta barnet i familien i stor nok grad.

Vi har via kommunehelsetjenesten blitt introdusert for kommunens eget barne- og familieteam. I Barne- og familieteamet arbeider det kvalifisert personell, som er et gratis lavterskeltilbud, hvor barnet får komme til samtaler. Der lærer barnet hvordan det skal sortere følelser og tanker, de har en trygg samtalepartner som forstår og som har kunnskaper om hvordan barn av psykisk syke kan oppleve hverdagen. Barne- og familieteamet ser hele familien, med fokus på barnet. Vi så at barn som ble henvist til barne- og familieteamet bedre kommuniserte og at foreldrene kunne slappe av noe mer da de visste at barnet ble ivaretatt av en profesjonell. I tillegg så vi at foreldrene følte mer trygghet ved at barne- og familieteamet ikke er det samme som barnevernet. Allikevel har barne- og familieteamet tett kontakt med blant annet skolene / barnehagene, PPT, BUP og barnevernet, og de henviser videre når de ser det er behov for videre utredning eller behandling. Vi tenker at vi som sykepleiere må tørre å se våre egne begrensninger, og søke hjelp og råd hos kvalifisert personell.

## **4.6 Konklusjon**

Konklusjonen i denne oppgaven er knyttet opp til hensikten. Hensikten med oppgaven var å sette oss inn i hvordan sykepleiere kan ivareta barn som pårørende av en psykisk syk forelder, i hjemmet. I konklusjonen vil vi komme med forslag til tiltak og forbedring.

Det kommer frem gjennom oppgaven at mange sykepleiere føler seg usikre og utrygge i situasjoner hvor de møter barn av psykisk syke foreldre i hjemmet. Dette kommer av manglende kunnskap og støtte, og konsekvensen av dette kan føre til at det praktiske arbeidet vi som sykepleiere utfører ikke er i tråd med helsepersonelloven § 10 a, som skal sørge for at disse barna skal bli involvert og ivaretatt (Lovdata, 2009).

Mange barn av psykisk syke foreldre føler seg redde og ensomme, samt at de føler at de ikke har noen å snakke med. For å unngå dette er det viktig at sykepleieren involverer barnet i situasjonen i hjemmet, da med tilpasset informasjon, undervisning og veiledning, i forhold til alder og utvikling.

For å kunne oppnå dette må vi som sykepleiere ha kunnskap om lovverk, barnets utvikling, konsekvenser av å leve med en psykisk syk forelder, samt risikofaktorer for at barnet selv skal utvikle psykisk sykdom. Våres personlige erfaringer og opplevelser spiller også en stor rolle, det samme gjør miljøet og retningslinjene på arbeidssstedet.

I praksis har vi sett en fremgangsmåte som bidrar til å ivareta barn av psykisk syke foreldre, dette ble dog opplevd på en psykiatrisk døgnenhet, men er like relevant for kommunehelsetjenesten. Dette innebærer å kartlegge familiemedlemmer; inkludert barn, vurdere forelderen og barnas og familiens grunnleggende behov, tilby undervisning og informasjon til hvert familiemedlem om den psykiske lidelsen som har rammet familien og ha klare prosedyrer på videre oppfølging, som også inkluderer vurdering av henvisning videre.

Vi har i praksis også sett at spesialhelsetjenesteloven § 3-7a om kravet til barneansvarlig er svært nyttig og effektivt. Den barneansvarlige skal fremme og koordinere de andre ansatte på arbeidsplassen, med tanke på oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke foreldre. Vi ser at ivaretagelsen av barn av psykisk syke foreldre i kommunehelsetjenesten ville blitt mindre utfordrende om spesialhelsetjenesteloven §3-7a også gjaldt kommunehelsetjenesten.

## 5 Litteratur

### 5.1 Pensumlitteratur

Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. (3. utg.) (s.48-93). Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4 utg.) (s. 63-80, 111-122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Haugland, B. S.M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum – hva vil vi løfte frem? Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende* (s. 9-17). Oslo: Abstrakt forlag

Helgeland, A. (2012) Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende* (s. 185-201). Oslo: Abstrakt forlag.

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). (s. 31-52, 73-94). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J.(2011).Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (red). *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg.) (s.207-270). Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert, 19.01.15 på [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Ytterhus, B. (2012) Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag

## 5.2 Selvvalgt litteratur

\* Aalbæk T, og S. Glistrup. 1997. *Børn af psykisk syge forældre – en undersøgelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling*. Århus: Psykologisk Studieskriftserie; vol.1, No.1. Aarhus Universitet

\* Ahlström, B. H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2011). *Childrens View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family*. *Mental Health Nursing*, 32(9):560-567. DOI: 10.3109/01612840.2011.579689

\* Dean, K., Stevens, H., & Mortensen, P. (2010). *Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder*. *Archives of General Psychiatry of general psychiatry*. 67(8), 822-829. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.86

\* FN-sambandet (1989). *Barnekonvensjonen*, art. 3 og 4. Lokalisert 14.01.15 på: <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>

\* Folkehelseinstituttet, (2011). *Psykiske plager og lidelser hos voksne – faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert, 24.01.15, <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>

\* Foster, K. (2010). *You`d think this roller coaster was never going to stop: experiences of adult children of parents with serious mental illness*. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3143-3151. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x

\* Helsedirektoratet, (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (s. 32-37). Lokalisert 20.01.15 på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

\* Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring* (s.14-24). Lokalisert, 13.02.15 på:  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Publikasjoner/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne.pdf>

\* Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2015). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Meld. St. 16 (s. 57-70). Lokalisert 20.01.15 på:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

\* Kessler, R.C., McLaughlin, K. A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A.M., et al. (2010). *Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys*. The British Journal of Psychiatry, 197(5), 378-385. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.080499

\* Killén, Kari (2004). *Sveket – omsorgssvikt er alles ansvar*. 3.utgave (17 sider). Oslo: kommuneforlaget AS

\* Kjellevold, A. (2008) *Pårørende i psykisk helsearbeid* (s. 355-365). Tidsskrift for psykisk helsearbeid

\* Korhonen, T., Pietilä, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). *Are the children of the clients' visible or invisible or nurses in adult psychiatry? – A questionnaire survey*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24(1):65-74 DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x

\* Lovdata, (1999). *Helsepersonelloven § 10a, 25 & 33*. Lokalisert, 03.02.15 på:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

\* Martinsen, Kari (2007) *Omsorg sykepleie og medisin* (s. 14-80). Oslo: Universitetsforlaget.



\* Maybery, D. & Reupert, A. (2009). *Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16(9):784-791 Doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x

.

\* Moen, G. L. (2012) *Barns møte med psykisk lidelse – en datters historie* (s. 13-63). Oslo: Cappelen Damm AS

\* Storfjord, E., M. & Storfjord, P. (1989). *Angst – årsak og virkning* (s.11-19). Kristiansund: Th. Blaasværs forlag, Kristiansund

\* Sølvsberg, Helge (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende* (s. 17-90). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\* Torvik, F. A. og Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk, rapport 2011:4*. (s. 14-26) Lokalisert, 12.02.15 på:  
<http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>

\* Travelbee, Joyce (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 27-48, 133-166, 169-217, 219-259). Oslo: Gyldendal akademisk

Waaktaar, T., Torgersen, S., Christie, H. (2007). Resiliens og intervensjon. Borge, A. I. H (red.). *Resiliens i praksis: teori og empiri i et norsk perspektiv* (s. 119-126). Oslo Gyldendal Akademisk

## Vedlegg 1 – Forskningstabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>Foster, K. 2010</p> <p><i>You'd think this roller coaster was never going to stop: Experience of adult children of parents with serious mental illness.</i></p>	<p>Undersøke hvordan det oppleves å ha en psykisk syk forelder – samt se konsekvensene av dette. Se på opplevelser og erfaringer – og hvordan dette takles.</p>	<p>Kvalitativ studie. Muntlige intervjuer som senere blir skrevet ned.</p>	<p>I studien deltok ti personer i alderen 26-57 år. Disse ble valgt ut fordi de hadde vokst opp med en psykisk syk forelder.</p>	<p>Sju av ti deltakere hadde utviklet angst og depresjon. Resultatet viser at det er fire temaer som fremhever seg; Usikkerhet, lite tilhørighet, ansvarlighet og søk etter balanse i livet. Samtlige ti hadde vært ensomme og slitt med å knytte relasjoner.</p>
<p>Ahlström, B.H. &amp; Skärsäter, I. Danielson, E. 2011</p> <p><i>Children's View of a Major depression affecting a parent in the family</i></p>	<p>Hensikten var å la barn fortelle om sine opplevelser av familielivet, med en psykisk syk forelder.</p>	<p>Kvalitativ studie med intervjuer. Barna kunne snakke fritt om sine opplevelser uten at foreldrene var tilstede. Foreldrene fikk informasjon.</p>	<p>Åtte barn mellom 6-26 år, alle hadde en psykisk syk forelder.</p>	<p>Barna følte på redselen for at forelderen skulle ta sitt eget liv. Det kom frem at depresjonen styrte livet til barna. Barna følte også på skylds-følelse og dårlig samvittighet. Barna var ensomme og følte at de ikke hadde noen å snakke med. Det kom også frem at disse barna trengte støtte.</p>
<p>Steig, M. &amp; Andersen A.J.W. 2013</p> <p>Erfaringer med bruk av kartleggingsskjema for å styrke barneperspektivet</p>	<p>Hensikt er å avdekke barns belastning og risiko på et tidlig tidspunkt, der en eller begge foreldre har rusproblemer.</p>	<p>Artikkelen utforsker fagfolks erfaringer med bruk av kartleggingsskjema, og bygger på kvalitative intervjuer med fagpersoner ansatt i</p>	<p>Fire fagpersoner og to representanter for Voksne for Barn leste gjennom kartleggingsskjema og ble intervjuet sammen om</p>	<p>Studien viser at en systematisk kartlegging av barnas situasjon når en eller begge foreldrene har rusproblemer, kan gjøre pasientene mer oppmerksomme på barnas behov og styrke et familieperspektiv i tjenestene. Samtidig pekes det på</p>

i spesialisthelsetjenesten		spesialisthelsetjenesten og med representanter for organisasjonen Voksne for Barn.	deres synspunkter og vurderinger av kartleggingskjemaet. Totalt besto utvalget derfor av seks personer.	begrensningene og farene ved å tallfeste barns belastning og risiko, og studien gir også grunn til å stille spørsmål ved om bruk av kartleggingskjema nødvendigvis fremmer barnas perspektiv.
Korhonen, T., Pietilä, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010).  Are the children of the clients' visible or invisible or nurses in adult psychiatry? – A questionnaire survey. Scandinavian Journal of Caring Sciences	Hensikten er å beskrive samspillet mellom sykepleiere og barna til de psykisk syke. Målet er at sykepleierne som arbeider i psykiatritjenesten har fokus på barna til de psykisk syke.	Kvantitativ studie.	I 2005 ble sendt et spørreskjema til alle registrerte psykiatriske sykepleiere (373 stk) og praktiserende sykepleiere i psykiatrien (235), som arbeider i voksenpsykiatri risiko døgnenheter og psykiatrisk poliklinikk tilhørende fem forskjellige finske universitetssykehus. Den totale svarprosenten var 51%.	Resultatet av studien viser at klientenes barn ikke er helt usynlige for de fleste sykepleierne i voksenpsykiatrien. Den belyser også viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om risiko for utvikling av psykiske problemer hos disse barna og vår kunnskap om iverksetting av forbyggende tiltak
Maybery, D. & Reupert, A. 2009.  <i>Parental mental illness: a review of barriers and</i>	Målet med studien er å gi en oversikt over utfordringer og problemer for de som arbeider i psykiatrien,	Oppsummert forskning. Problemidentifisering, litteratursøk, datavurdering, dataanalyse og presentasjon		Studien viser at tid og ressurser er en utfordring for de som arbeider i psykiatrien. Kultur og holdninger påvirker også sykepleierens evne til å se hele familien. Manglende kunnskaper og usikkerhet spilte også en stor rolle, samt

<p><i>issues for working with families and children.</i></p>	<p>som reduserer eller hemmer deres evne til å støtte barn og familier hvor en av foreldrene har en psykisk lidelse</p>			<p>opplæring og kunnskaper om barnas utvikling og vtilpassing av informasjons-formidling. I noen tilfeller vil ikke foreldrene at barna skal involveres. Studien tar også for seg løsninger som viser at de vanskelige utfordringene blir enklere om de utfordringene som er lettere allerede er løst.</p>
--	---	--	--	--