



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avd. Kongsvinger  
Avdeling for Folkehelsefag  
4BACH

Erika Christine Jahr og Anne-Marie Østgård

Veileder: Anne With

BASYK 2012

## **Slekt følger slekters gang?**

Does psychiatry and substance abuse  
follow the family generations?

Bachelor i sykepleie

**2015**

**Antall ord: 13 323**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA X

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA X

NEI

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Vi anser det som en viktig sykepleieroppgave å ivareta barn som pårørende. Vi ønsket å se nærmere på hva arv og miljø gjør med mennesket og hvordan det påvirker oss til å bli den vi er.

Vi ønsker å få økt forståelse og kunnskap om samarbeid med barn som pårørende til psykisk syke. Vi ser at dette har stor overføringsverdi til andre pasientgrupper og ikke bare psykiatri.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie. Vi har fordypet oss i faglitteratur og forskning, samt kommet med erfaringer fra praksis.

**Teori:** Vi har sett på aktuelt lovverk og Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere. Vi har også sett på to ulike sykepleieteoretikere. For oss var arv og miljø en interessant vinkling og vi har innhentet litteratur og forskning som omhandler dette. I tillegg har vi sett på ulike måter for kommunikasjons- og relasjonsbygging i møte med barn. Vi har også tatt med fire ulike begreper som vi mener er viktige for ivaretagelse, forebygging og helsefremming i arbeid med barn som pårørende.

**Konklusjon:** Tidlig etablering av gode relasjoner med barn som pårørende er viktig, for at vi som sykepleiere skal kunne forebygge psykisk sykdom hos disse barna senere i livet.

***”Hvis jeg ikke passet på,  
ville hele systemet falle sammen”.***

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	6
1.2 HENSIKT .....	6
1.3 PRESENTASJON AV CASE .....	7
1.4 PROBLEMSTILLING .....	7
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING OG AVGRENSING .....	8
1.6 REDEGJØRELSE AV BEGREPER .....	8
1.6.1 Barn som pårørende .....	8
1.6.2 Psykisk lidelse .....	9
1.6.3 Rusmisbruk .....	9
1.6.4 Psykose .....	10
1.7 ANONYMISERING .....	10
<b>2. METODE</b> .....	<b>11</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	11
2.2 LITTERATURSØK .....	11
2.3 KILDEKRITIKK .....	12
2.3.1 Primærkilde, sekundærkilde, validitet og reliabilitet .....	12
2.4 SAMMENDRAG AV FORSKNING .....	12
2.4.1 Forskningsartikkel 1 .....	13
2.4.2 Forskningsartikkel 2 .....	13
2.4.3. Forskningsartikkel 3 .....	13
2.4.4. Forskningsartikkel 4 .....	14
2.4.5 Forskningsartikkel 5 .....	14
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>16</b>
3.1 LOVVERK OG RETNINGSLINJER .....	16
3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	16
3.1.2 Pasient- og brukerrettighetsloven .....	16
3.1.3 Helsepersonelloven .....	17
3.1.4 Spesialisthelsetjenesteloven .....	17
3.2 SYKEPLEIETEORETIKERE .....	18
3.2.1 Joyce Travelbee .....	18
3.2.2 Kari Martinsen .....	18
3.3 ARV OG MILJØ .....	19
3.3.1 Utviklingen .....	20
3.4 SALUTOGENESE, SENSE OF COHERENCE, EMPOWERMENT OG RESILIENS .....	22
3.4.1. Salutogenese og sense of coherence .....	23
3.4.2. Empowerment .....	23
3.4.3 Resiliens .....	23
3.5 RELASJONSBYGGING OG KOMMUNIKASJON MED BARN .....	24
3.6 AFFEKTOLERANSE OG AFFEKTBEVISSTHET .....	26
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	<b>28</b>
4.1 RELASJONSBYGGING OG KOMMUNIKASJON MED BARN .....	28
4.2 SALUTOGENESE, SENSE OF COHERENCE, EMPOWERMENT OG RESILIENS .....	33
4.3 DE ARVELIGE OG MILJØMESSIGE FAKTORENE .....	36
<b>5.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>40</b>

**LITTERATUR ..... 42**

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Bakgrunnen for valg av tema kommer fra pasientsituasjoner vi opplevde under psykiatripraksis og egen interesse for temaet. Vi traff flere pasienter som hadde med seg ”bagasje” hjemmefra, for eksempel overgrep, alkoholiserede foreldre eller depresjon, noe som var en påvirkende faktor til at de var på det stadiet i livet de var, og hadde psykiske og rusrelaterte problemer. Mange av pasientene vi møtte hadde vokst opp i et hjem preget av psykisk sykdom.

Vår erfaring sier at pårørende er en gruppe som er under stor belastning når pasienten er syk og mange pårørende føler seg glemt og at det er krevende. Ofte føler de pårørende at deres ressurser blir brukt opp før pasienten får den profesjonelle hjelpen. Noen ganger opplevde pårørende det som en trygghet at pasienten var innlagt og fikk hjelp, samtidig som de selv fikk et pusterom.

Barn er en spesiell gruppe, siden de er i en sårbar posisjon. De vil alltid ”stå midt i” situasjonene uten å vite hva som er rett og galt, eller hvor de kan søke hjelp.

Vi som sykepleiere er pliktige til å kartlegge om pasienten har barn og iverksette nødvendige tiltak (Helsepersonelloven, 1999).

Den personlige begrunnelsen for valg av tema er at vi begge føler psykiatri er utfordrende og at barn er en gruppe som ikke har hatt størst fokus før de siste 15-20 årene. Under praksis erfarte vi at de pårørende ofte er slitene og frustrerte over sin egen og pasientens situasjon. Ofte hadde pasientene vi møtte i praksis foreldre med psykiske lidelser eller de hadde vokst opp i vanskelige hjem der det var utfordrende å være barn.

Den faglige begrunnelsen er at vi som sykepleiere har ansvar for å kartlegge om pasienten har barn under 18 år som kan ha behov for hjelp og oppfølging når forelderen blir lagt inn for behandling. Vi ser det som en viktig del av vår yrkesutøvelse å ivareta de pårørende og de kan være en ressurs for pasienten, samt å forebygge skade og sykdom hos barnet.

### **1.2 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss kunnskap og ferdigheter om relasjonsbygging og kommunikasjon med barn, slik at vi i størst mulig grad kan forebygge at barna utvikler

psykiske lidelser og rusavhengighet. Vi ønsker at sykepleieren skal få et økt fokus på hvilket ansvar vi har for oppfølging av barn og ivaretagelse av deres rettigheter som pårørende.

### **1.3 Presentasjon av case**

Mia er 7 år og bor sammen med moren sin. Far er fraværende og har aldri vært en del av Mia sitt liv. Moren til Mia er oppvokst på et småbruk og er yngst av tre søsken. Mias mormor døde og morfaren fikk ansvar for tre barn under 12 år. Mias morfar ble etter konas død meget deprimert og fant trøst i alkohol.

Mias mor slet mye med tilpasningsproblemer i sosiale sammenhenger i ungdomstiden og fikk venner i et belastet miljø. Hun ble gravid med Mia som 17-åring.

Mias mor får økonomisk bistand av NAV. Barnevernet har fulgt opp familien i større eller mindre grad siden Mia ble født, på grunn av mors daværende vennekrets.

Etter at Mia ble født kom mor seg ut av det belastede miljøet for å gi Mia en trygg oppvekst. Det siste året har mor begynt å få kontakt med tidligere venner igjen og mer ute enn tidligere. På grunn av venner i det belastede miljøet har mor begynt å innta rusmidler.

Mia har hatt en nært og trygt forhold til tante og vært hos henne mye opp gjennom oppveksten. Da tante skal kjøre Mia hjem etter en hyggelig helg, finner de mor ruset og ute av stand til å ta vare på seg selv. Mor er forvirret, hallusinerer og er ikke adekvat. Hun har fått en akutt psykose. Tanten ringer 113. Ambulansen kommer og henter Mias mor. Når de skal ta henne med motsetter hun seg dette og politiet blir tilkalt. Hun blir tvangsinnlagt på psykiatrisk enhet i spesialisthelsetjenesten.

Mia blir med til tante og blir boende der inntil videre. Tanten blir oppført som nærmeste pårørende til Mias mor.

### **1.4 Problemstilling**

Vi jobber som sykepleiere i Barne- og ungdoms psykiatrien (BUP) og er barneansvarlige på avdelingen hvor vi skal møte Mia for samtaler og oppfølging.

*Hvordan kan vi som sykepleiere etablere et godt og tillitsfullt forhold til Mia slik at vi kan bidra til å forebygge de arvelige og miljømessige belastningene hun kan være utsatt for?*

## **1.5 Oppgavens oppbygging og avgrensing**

Oppgaven er bygd opp av en metode-, teori- og drøftingsdel. Den avsluttes med en konklusjon og har et kort sammendrag.

I metodedelen presenterer vi litteratursøk og sammendrag av forskningsartiklene vi har brukt. Søkemetode fremkommer før hver artikkel.

I teoridelen presenterer vi aktuell litteratur, sykepleieteoretikere, Yrkesetiske retningslinjer og lovverk som vi mener bidrar til å besvare vår problemstilling. I siste del trekker vi inn pasienteksempler fra praksis, som sammen med forskning og teori drøftes opp mot caset og problemstillingen.

Vi har valgt å dele drøftingen i tre hoveddeler og ingen underkapitler. Vi føler at sammenhengen i vår besvarelse kommer best frem uten ytterligere inndelinger.

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle Mia som pårørende og ikke mor som pasient. Lovverket vi har konsentrert oss om favner de pliktene vi som sykepleiere har i forhold til ivaretagelse av mindreårige pårørende. Vi har nevnt barnevernet i caset og barnevernsloven senere i oppgaven, men valgt å ikke skrive mer om deres rolle i omsorgen rundt Mia, da vi mener det ikke er relevant for besvare problemstillingen.

I begrepsavklaringen har vi valgt å definere psykose og rusmisbruk. Vi mener det er relevant i forhold til opplevelser Mia har vært utsatt for i oppveksten og inntrykk hun kan ha fått i situasjonen som er beskrevet i caset.

Da det kommer til samtykke og informasjon til mor, anser vi dette som avklart, siden Mia er henvist til BUP (Helsepersonelloven, 1999).

## **1.6 Redegjørelse av begreper**

### **1.6.1 Barn som pårørende**

Pårørende er den personen pasienten selv oppgir som pårørende eller nærmeste pårørende.

Hvis pasienten ikke er bevisst til å kunne oppgi pårørende selv, skal helsepersonellet ta utgangspunkt i en bestemt rekkefølge; ektefelle, registrert partner, samboer, barn eller søsken over 18 år eller de som har foreldreansvar. Besteforeldre, andre familiemedlemmer, verge eller fulltidsmektig på det personlige området er andre som kan føres som pårørende. Innenfor psykisk helse er det ved tvungen observasjon eller tvunget helsevern slik at vedkommende som har hatt varig og løpende kontakt med pasienten som vil være den nærmeste pårørende



etter psykisk helsevernlov, dersom ingen andre grunner taler i mot (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Dersom pasienten har mindreårige barn skal de ikke bli utpekt som pårørende, og de skal bli ivaretatt av barneansvarlig helsepersonell eller nær familie (Ytterhus, 2012).

### **1.6.2 Psykisk lidelse**

Når man hører ordet ”psykiatri” tenker de fleste på galskap og personer som er utilregnelige. Det er forsøkt å gjøre flere definisjoner på psykisk helse, men i bunn og grunn kan psykisk helse defineres ut i fra hvilken kultur man tilhører (Hummelvoll, 2014).

Hummelvoll (2014) skriver om å bedre pasientens helse, styrke dens velvære, bidra til sunnhet og lindre lidelse, når han refererer til den psykiatriske sykepleierens oppgaver.

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2013) skriver at vi mennesker har den unike evnen til å føle, tenke og forholde oss til andre mennesker. Det at vi har et grunnlag for å føle og tenke, og hvordan dette utvikles, handler om opplevelser . De beskriver psykisk lidelse som fravær av sunnhet.

### **1.6.3 Rusmisbruk**

Rusmidler inneholder kjemiske stoffer som påvirker forskjellige deler av hjernen vår, da spesielt området som regulerer følelser, orientering og beslutninger. I tillegg oppfatter hjernen forskjellige rusmidler som stimuli og får oss til mene at rus er bra for. På grunn av disse forskjellige tolkningene fra hjernen, blir kommunikasjonen mellom nevronene i hjernen forandret og bevissthetstilstanden blir endret. Virkningen av rusmidlene er forskjellige fra person til person, samt mengde og kroppens evne til å fjerne stoffet (Håkonsen, 2011).

Etter en tid vil kroppen bygge opp en toleranse for rusmidlet og brukeren vil trenge større doser for å oppnå ønsket effekt. Det avhenger også av mengde og hvor ofte rusmidlet brukes. De fleste som misbruker rusmidler gjør det for å oppnå en fysisk velvære og kan utvikle andre symptomer dersom man ikke får rusen like ofte som man kan være vant til. Noen ønsker å dempe et annet problem, for eksempel angst og depresjon, for å fungere i hverdagen. Vi kan dele opp avhengighet i to grupper: fysisk og psykisk avhengighet (Håkonsen, 2011).

#### **1.6.4 Psykose**

Å være i en psykotisk tilstand vil sies å ha en realitetsbrist. Med det menes å ha et endret syn på virkeligheten og omgivelsene rundt seg. (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010).

De vanligste symptomene på en psykose er vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, hallusinasjoner, følelsesmessige endringer og negative symptomer. For pasienten oppleves vrangforestillingene virkelige, men de kan ikke bevises eller oppleves av utenforstående personer (Berge & Repål, 2010).

#### **1.7 Anonymisering**

Caset vi har laget er fiktivt. I besvarelsen har vi brukt erfaringer fra praksis som er anonymisert. Vi har overholdt §21 i Helsepersonelloven (1999) som omhandler taushetsplikten.

## **2. Metode**

I følge Dalland (2012) er en metode det som forteller oss fremgangsmåten for fremskaffelse eller etterprøvelse av kunnskap. Metoden benyttes som et verktøy for å komme frem til ulike løsninger på en problemstilling ved hjelp av datainnsamling.

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1985, s. 196).

I følge retningslinjer for bacheloroppgaven fra Høgskolen i Hedmark, har vi brukt relevant pensumlitteratur fra alle tre årene i utdannelsen og minst 400 sider med selvvalgt litteratur. I tillegg har vi funnet oppdatert forskning i ulike databaser. Selvvalgt litteratur er markert med \* i litteraturlisten.

### **2.1 Litteraturstudie som metode**

Retningslinjene til Høgskolen i Hedmark sier at bacheloroppgaven skal være en litteraturstudie.

En litteraturstudie tar utgangspunkt i skriftlige kilder og skal vurderes opp mot problemstillingen, slik at den blir besvart. En litteraturstudie skal baseres på utgitt litteratur som kan bidra til å formulere eller besvare en problemstilling. Vi har benyttet pensumlitteratur, aktuell forskning og selvvalgt litteratur. De forskningsartiklene vi har valgt å benytte, baserer seg på kvantitative metoder. Det vil si at de tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger blant informantene som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2012).

Vi har benyttet oss av biblioteket på Høgskolen i Hedmark Campus Elverum (HIHM) og søkt etter aktuell litteratur på internett.

### **2.2 Litteratursøk**

Ut i fra problemstillingen har vi kunnet finne pensum og selvvalgt litteratur som er relevant for vår oppgave. Pensum innen psykiatri vært aktuelt og bruke, samt litteratur som tar utgangspunkt i kommunikasjon og barn som pårørende.

Selvvalgt litteratur har vi funnet på biblioteket til HIHM og Kongsvinger Bibliotek.

For å komme frem til de aktuelle artiklene har vi brukt søkeord på norsk og engelsk. Der hvor vi fikk mange treff valgte vi å bruke mesh-termer eller andre søkeord for å kunne spesifisere og få enda flere relevante artikler. Mesh-termer vi brukte var: Family-relations, Caregivers og Psychotic disorders.

Artiklene vi har funnet er via søkemotorer i Helsebiblioteket. Gjennom bruk av IMRAD-prinsippet og kunnskapsbasert praksis har vi kunnet vurdert forskningsartiklene, samt brukt kritisk granskning.

## **2.3 Kildekritikk**

Hensikten med å bruke kildekritikk er at vi skal kunne gjenfortelle gyldigheten og relevansen litteraturen har for besvarelsen av problemstillingen, slik at leseren får et bedre bilde av refleksjonene som er gjort av litteraturen i oppgaven (Dalland, 2002).

”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet” (Dalland, 2002).

### **2.3.1 Primærkilde, sekundærkilde, validitet og reliabilitet**

Primærkilde er den opprinnelige kilden. For eksempel kan det være noe forfatteren selv mener og skriver. Dersom forfatteren henviser til en annen forfatter i teksten, blir det vi leser i boken en sekundærkilde (Dalland, 2002).

Med validitet menes at litteraturen skal være relevant og gyldig for oppgaven. Samtidig bør vi også undersøke om litteraturen har reliabilitet, det vil si om det vi leser er pålitelig (Dalland, 2002).

## **2.4 Sammendrag av forskning**

I følge retningslinjene for bacheloroppgaven skal vi ha med minimum fire forskningsartikler, to eller fler skal være på engelsk. I oppgaven har vi valgt å bruke to norske og tre engelske forskningsartikler.

### **2.4.1 Forskningsartikkel 1**

I søkemotoren CINAHL søkte vi på ”mental illness” og fikk 15532 treff. Vi la til søkeordet ”children” og fikk 1062 treff. Så la vi til ”mother” og fikk 52 treff. Artikkel nr. 14 var relevant for oss og vi har valgt å bruke denne i vår oppgave.

I forskningsartikkelen ”Mental illness in woman who have young children: current literature” (Craig, 2003) ønsker forskeren å se nærmere på hvilke konsekvenser og utfall psykisk sykdom kan ha for mødre med unge barn, barna og deres familie. Forskeren har tatt utgangspunkt i en gruppe mødre som har fått depresjon etter fødselen.

Forskeren finner ut at barn av kvinner med en psykisk lidelse får en negativ påvirkning fra mor, som får konsekvenser for den kognitive utviklingen. Spesielt gutter og sosioøkonomisk vanskeligstilte er ekstra utsatt. Dersom mor har blitt utsatt for overgrep i sin barndom, er sjansen for at dette påvirker mor-barn-forholdet stor.

Videre konkluderer forskeren med at kvinner som mottar hjelp tidlig for sin diagnose ofte blir bedre til å bry seg om barnet sitt.

### **2.4.2 Forskningsartikkel 2**

”Cohort profile: 1958 British birth cohort (National Child Development Study)” (Power & Elliott, 2005) fant vi tilfeldigvis et sammendrag av på forskning.no. Vi fant tittelen til studien og søkte på navnet i Google Scholar. Der kom artikkelen opp som nummer én.

Studien kom i gang i 1958 og intensjonen var å kartlegge helsen, utdanningen og sosiale faktorer av de 17000 barna, som ble født på én uke dette året. Underveis i studien fant forskerne ut at informasjonen de samlet også viste hvordan barna ble påvirket av arv og miljø under oppveksten, samt hvordan syke de ble eller hvilke ettervirkninger de fikk. Blant annet fant de ut at mange av barna arvet og utviklet sykdommer som var i familien. Et eksempel var at barn med mødre som røyket under svangerskapet, var lavere enn gjennomsnittet når de var 7 år og mest sannsynlig fikk en sykdom som førte til at de ble tungpustet etter fylte 16 år. Når de var unge voksne var de tykkere og hadde få kvalifikasjoner til høyere utdanning.

### **2.4.3. Forskningsartikkel 3**

Vi benyttet oss av søkemotoren CINAHL og søkte på ”prenatal drug exposure”. Vi kom frem til dette søkeordet gjennom forskningsartikkel nummer 1. Vi fikk 957 treff. Vi la så til

”children” og fikk 241 treff. Så la vi til ”addicted” og fikk 3 treff. Nr. 1 på lista var artikkelen ”Children of addicted woman”. Ved å trykke på DOI-link kom vi til fulltekst dokumentet.

Den engelske artikkelen ”Children of addicted Woman” (Lester & Lagasse, 2010) er en oppfølgingsstudie om barn i alderen 4-13 år som har vært eksponert for metamfetamin, kokain og opiater. Hvordan barnas oppførsel og utvikling under oppveksten var ble også omtalt. Forfatterne har samlet 42 studier som viser effektene av eksponeringen. De har lagt hovedvekten av artikkelen på adferds problemer, oppmerksomhet, språk og kognitiv funksjon.

#### **2.4.4. Forskningsartikkel 4**

Denne artikkelen fant vi i bacheloroppgaven ”Barn som pårørende” (Hagen & Halvorsen, 2014). Vi søkte deretter i sykepleien.no sitt arkiv og fant artikkelen i tidsskriftet.

”Det hjelper å snakke med barna” (Haukø & Stamnes, 2009) er en studie fra en psykiatrisk avdeling i Namsos. De har i flere år hatt som rutine å invitere til ”barnas time” for barn mellom 2 og 18 år, rett etter mor eller fars innleggelse på sykehuset.

Studien ønsket å finne ut om ”barnas time” hjalp barna og foreldrene til økt mestring av hverdagen, og om det kunne forbygge og redusere mulighetene for at barna utviklet symptomer på psykisk sykdom.

Under timen er det to veiledere og det undervises i generell psykisk sykdom og diagnosen til forelderen. Foreldrene deltok på timen sammen med barna og etter en liten stund gikk de ut, og barna kunne snakke med veilederen alene. Ofte fortalte barna mer når foreldrene ikke var til stede, dette av den grunn at de ikke ønsket å såre mor eller fars følelser når de hørte på.

Forskerne fant ut at de gjennom ”barnas time” kom tidligere inn i behandlingsbildet og bedre fikk kartlagt familien eller barnas behov for videre oppfølging.

Barna opplevde at de kunne kommunisere bedre med sin psykisk syke forelder og fikk økt forståelse for sykdommen. Foreldrene mente at kommunikasjonen og tryggheten til barnet ble bedre etter ”barnas time”. Dette ga også et godt grunnlag for mestring i hverdagen.

#### **2.4.5 Forskningsartikkel 5**

For å komme frem til denne forskningsartikkelen gikk vi inn på Sykepleien.no og søkte på ”tvangsinnleggelse”. Vi fant ingen resultater for valgt søkeord, men fikk 19 treff på innhold. Nr. 3 på listen var relevant for vår oppgave.

I forskningsartikkelen ”Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon”, måtte alle de involverte ha erfaring med politiassistert tvangsinnleggelse av person i nær familie. Anmodningen om å delta ble sendt til et tilfeldig utvalg av totalt 133 pårørende. Informantene ble bedt om å skrive ned sine erfaringer rundt temaet på den måten de selv ønsket å formidle sine opplevelser. Eneste krav var total anonymitet. Resultatet ble 27 innsendte tekster (Pedersen, 2008).

Diagnosen som oftest ble nevnt var schizofreni, noen nevnte manisk depressiv sykdom og i en av tekstene var det omtalt rus og psykiatri.

Hoved essensen i tekstene, det som flesteparten av informantene skrev om var at pårørende føler de ikke er tilstrekkelige omsorgspersoner og at tvang blir den eneste utveien for at deres nære skal få den faglige hjelpen de trenger.

Flere forteller om sjokk og vantro i møtet med psykisk sykdom og beskriver vider et økt omsorgsansvar. I alle tekstene var den syke ikke villig til å oppsøke helsevesenet for å få hjelp.

Det blir fortalt om ulike situasjoner de pårørende har møtt når en av deres nære har blitt hentet av politiet for å bli tvangsinnlagt og i alle historiene beskrives det følelser som fortvilelse, hjelpeløshet, stigmatisering og maktesløshet. Nesten alle sier de føler seg sviktet av helsevesenet og at de føler de svikter sine nære når de må ta skrittet å få de tvangsinnlagt.

## **3.0 Teori**

### **3.1 Lovverk og retningslinjer**

I dette kapittelet vil vi kort nevne de lover og retningslinjer vi mener er aktuelle for besvarelse av vår problemstilling. De yrkesetiske retningslinjene er sentrale i vårt arbeid som sykepleiere og for vår case og besvarelse. Vi vil også oppsummere de ulike lovenes hensikt og referere til de paragrafer vi tenker er relevante for oppgaven.

#### **3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

Med bakgrunn i ICNs etiske regelverk og FNs menneskerettighetserklæring, ble de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere utviklet. Sykepleiere skal med respekt og verdighet utøve god sykepleie til mennesket som har behov for det (Yrkesetiske retningslinjer (YR), 2011).

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (YR, 2011).

Eide & Eide (2014) skriver om forventninger som er knyttet til yrkesutøveren, spesielt da sykepleieren. Pasienten har et behov og forventer en tjeneste av sykepleieren. Videre skriver de om at erfarne helsearbeidere har et trent blikk for hvilket behov pasientene og de pårørende har, og hva som kan være best faglig i de ulike situasjonene. De mener også at man best utøver sykepleie gjennom empati, fagkunnskap og målorientering.

#### **3.1.2 Pasient- og brukerrettighetsloven**

Formålet til pasientrettighetsloven er å kunne sikre landets befolkning rettigheter innenfor helse- og omsorgstjenester, ved at de har lik tilgang til helsetjenester og får kvalitetssikret behandling. Loven skal bidra til et tillitsforhold mellom helseutøveren og pasienten eller brukeren. Gjennom tillitt vil vi kunne ha grobunn for respekt, menneskeverd, integritet og sosial trygghet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Vi mener at §3-3 og §3-5 er relevante for denne oppgaven. Disse to paragrafene handler om informasjon til pasientens pårørende og hvordan informasjonen skal gis.



### **3.1.3 Helsepersonelloven**

Lovens hensikt er å bidra til sikkerhet for pasientene og for å fremme tillit til helsepersonell. Den skal sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder for helsepersonell og de som yter helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999).

Sett ut ifra vår problemstilling mener vi at §10 a er veldig sentral. Den omhandler den plikten vi som helsepersonell har til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Vi skal gi informasjon og ivareta behovet for oppfølging som vi anser nødvendig. Når vi yter helsehjelp til pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade skal vi avklare om pasienten har mindreårige barn. I loven står det beskrevet de ulike tiltakene som skal iverksettes når pasienten har mindreårige barn. Dette omhandler blant annet samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov. I loven står det også at vi skal bidra til at barnet og personer som har omsorgen for barnet gis informasjon om helsetilstanden til pasienten, behandling og muligheter for samvær. Denne informasjonen skal gis slik at taushetsplikten overholdes i henhold til Kap. 5 i Helsepersonelloven (1999).

§33 handler om å gi opplysninger til barneverntjenesten. Vi som yter helsehjelp skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til iverksettelse av tiltak fra barnevernets side. I vår case er barnevernet allerede involvert men vi vil allikevel trekke frem denne paragrafen som viktig for å ivareta barn som pårørende.

### **3.1.4 Spesialisthelsetjenesteloven**

Lovens formål er å forbygge sykdom og fremme folkehelse. Loven skal også bidra til at pasienter og brukere får et kvalitetssikret og likeverdig tjenestetilbud, som er tilpasset og tilgjengelig. Spesialisthelsetjenesteloven skal sikre at ressursene blir godt utnyttet til fordel for pasientene. Loven gjelder for alt helsepersonell innen spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Vi mener at § 3-7 a som omhandler barneansvarlig personell på avdelinger i spesialisthelsetjenesten er vesentlig i denne oppgaven, sammen med § 6.1 som omhandler taushetsplikten.

## **3.2 Sykepleieteoretikere**

Vi har valgt å sette oss inn i to ulike sykepleieteoretikere Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Disse valgte vi fordi vi synes de er relevante i forhold til vår problemstilling. Vi oppsummerer her kort hva de to teoretikerne sier.

### **3.2.1 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbees sykepleiedefinisjon er allment akseptert og velkjent. Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og at smerte og lidelse er en del av livet og ikke til å unngå. Travelbee sier at forholdet mellom sykepleier og pasient ikke skal preges av de ulike rollene vi har og at vi må etablere et ”menneske-til-menneske” forhold. Hun beskriver det som en mellommenneskelig prosess der sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å forebygge, mestre eller finne mening når han blir utsatt for sykdom eller lidelse.

Travelbee sier også at vi som sykepleiere skal bruke oss selv terapeutisk i samarbeid og samhandling med pasienten og etablere et likeverdig forhold. Vi skal bidra til at mennesket aksepterer sin sårbarhet og vi skal fremme og bevare håpet.

Nettopp håpet er en sentral og viktig del av Travelbees teori. Selv om mennesket er selvstendig og uavhengig, har vi en forventning om at vi vil motta hjelp fra andre dersom våre egne ressurser er utilstrekkelige. Hun sier at et menneske som har håp, har oppmerksomheten rettet mot fremtiden og mot endringer til det bedre.

Sett ut ifra pasientens situasjon mener Travelbee at mennesket blir en pasient da det søker hjelp fordi det befinner seg i en krise eller har et problem. Det er pasientens opplevelse av situasjonen og de tanker og meninger den selv har gjort seg rundt dette som er viktig å avdekke for sykepleieren.

### **3.2.2 Kari Martinsen**

Kari Martinsens teori om sykepleiefaget betegnes som en omsorgsteori og tar primært opp de grunnleggende spørsmålene som er knyttet til menneskelivets natur og livsvilkår. Hun tar også med hvilke konsekvenser dette synet har for sykepleie som yrkesvirksomhet. Martinsens teori fremstår som generell og overordnet. Hun tar avstand fra menneskesyn som fremhever enkeltmennesket og dets vekst på bekostning av fellesskap og den omsorgen som mennesker kan vise for hverandre. Hun legger vekt på en oppfatning om mennesket som bygger på mellommenneskelige relasjoner der felleskapet har en meget sentral plass.

Martinsens tenkning rundt sykepleiefaget betegnes som kritisk fordi hun tar avstand fra mye av de tidligere tankene rundt faget og yrket, men hun presenterer også et alternativ til disse

tankene. Hun mener at det tidligere har vært en positivistisk virkelighetsforståelse av sykepleiefaget og tar et oppgjør med den delen av kunnskapsutviklingen.

Martinsens teori bygger altså på at omsorg skal være et mål i seg selv, hvor grunnlaget er samhörighet med den som er svak. Hun tar også utgangspunkt i at en felles menneskelig verden og fagkunnskap skal gjøre sykepleieren i stand til å ta seg av pasienten på en omsorgsfull måte.

Hun ser pasienten ut ifra en situasjon hvor han ikke klarer å ta vare på seg selv og sykepleien rettes da i hovedsak mot de som er virkelig syke og den pasientgruppen som er mest pleietrengende. Konkrete mål for disse pasientene kan være å gjøre livet eller situasjonen så god som mulig, å tenke her-og-nå. Vi skal unngå å forverre, jobbe for å opprettholde et visst funksjonsnivå og å styrke og fremme motet.

### **3.3 Arv og miljø**

Helge A. Sølvsberg (2011) skriver i sin bok om at barn av en psykisk syk forelder, har større sannsynlighet til å utvikle en psykisk sykdom dersom forelderen har den. Han viser til en studie (Hales mlf. 2008) hvor det kommer frem at barn er spesielt utsatt for å utvikle alkoholisme, schizofreni eller bipolare lidelser. Forskningen viser også at ved psykisk lidelse hos en av foreldrene er man mer sårbar for psykisk sykdom generelt. Sølvsberg (2011) henviser i sin bok til studien til Mowbray mfl. (2008) hvor forskerne har funnet ut at 54% av barna til en mor med en alvorlig psykisk diagnose, utviser psykiske problemer, rusmisbruk eller kriminelle handlinger innen de når aldersgruppen 18-30 år.

”...vi mennesker formes både av de kroppslige egenskaper og forutsetninger som er genetisk nedlagt i oss, og av miljøet vi har hatt og har rundt oss. Vi har forskjellig utseende og kroppsbygning. Noen har bedre motoriske ferdigheter, bedre sanser og bedre evner enn andre. Vi er også mer eller mindre heldige med hva slags miljø vi har fått rundt oss. Rammene kan få våre arvelig nedlagte ressurser og svakheter til å blomstre eller visne hen, og livet kan gi utfordringer og påkjenninger som kan forelde oss eller få oss til å bryte sammen, gjøre oss handlingslammet og psykisk syke.” (Sølvsberg, 2011, s. 49).

Før 2010 hadde man som barn av somatisk eller psykiske syke forelder ikke rett til å få informasjon, oppfølging eller omsorg, da det ikke var noen i helsevesenet som hadde ansvar for det. Derfor kom det samme år en ny lovgivning som gav helsepersonell, da spesielt i spesialisthelsetjenesten, en plikt til å ha en barneansvarlig på avdelingen som bidro til at barna

fikk riktig informasjon og god oppfølging. Dermed fikk sykepleierne et økt ansvar ovenfor pasientene som hadde barn under 18 år (Hov & Jeppesen, 2015).

Barn som pårørende kan deles inn i tre grupper: psykisk syke, rusmiddelavhengige og somatisk syke. Selv om de faller inn i samme kategori, har alle barna forskjellig bakgrunn og behov (Ytterhus, 2012).

”De er ulike med hensyn til alder og utvikling og også med hensyn til personlighet og evner. De kommer fra ulike sosiale grupper, med ulik kulturell, etnisk og religiøs bakgrunn, har ulike familiemønstre, ulike rammebetingelser og er bosatt i ulike deler av landet”.

(Ytterhus, 2012, s.11).

Hov og Jeppesen (2015) skriver om når mamma eller pappa blir syk, vil som oftest hele familien bli berørt og det skjer en endring i livet. Ved endringer i livssituasjoner vil det bli utfordrende å ha god kommunikasjon og bekymring vil ta større del i hverdagen. Det blir utfordrende å ha en vanlig hverdag. De mener videre at de fleste barn vil utvikle depresjon, angst og forvirring. Noen barn vil også ha et økt sinne og utvikle atferdsproblemer.

Barn er mest utsatt for påvirkning de første årene de utvikler seg og hvem de omgås har betydning for hvem de blir. Mennesker er sosiale vesener og hvordan vi blir påvirket har mye å si for hvordan vi kan glemme vonde opplevelser. Personer vi omgås med har en påvirkningskraft som kan la oss glemme. Familiesamspillet er viktig for hvordan vi fungerer når enten en selv eller et familiemedlem blir psykisk syk (Sølvberg, 2011).

Haugland, Ytterhus og Dyregrov (2012) har i sitt søk etter perspektiver på et barns liv med en rusavhengig forelder, sett at barna vokser opp med vold og krangel i hjemmet. Forelderen er ofte involvert i krangelene og barnet vil kunne oppleve en utrygghet og mindre forutsigbarhet. De fant også ut at barna hadde større risiko for å bli rusavhengige, samt å få sosiale og utviklingsmessige problemer.

### **3.3.1 Utviklingen**

Endringer i livssituasjonen, dårlig kommunikasjon, reaksjoner og forståelse av situasjonen henger sammen med barnets modenhet og alder. Barn tenker abstrakt og kan derfor tenke at

det er dens skyld at forelderen blir syk. Tenåringer har økt oppmerksomhet rettet mot sykdommen og kan forstå mer av det som skjer enn yngre barn. Tenåringer viser bekymring over sykdommen (Hov & Jeppesen, 2015).

Aase Sundfær (2012) har skrevet om en oppfølgingsstudie om barn av kvinner med rusproblemer. Hun beskriver fem møter med 31 mødre og deres barn, samt skolepersonell, pårørende og fosterforeldre. Møtene finner sted for første gang da barna er under to år og siste møte når de er unge voksne i 20-årene.

Barn i familier med rusmisbruk eller psykisk sykdom, er utsatt for at foreldrene kommer til kort i følelser og reduserte bekræftelser når de uttrykker et behov, for eksempel trøst eller beskyttelse. Dette gjelder spesielt i spebarns fasen. Konsekvensene for avvisningen blir at barna sliter med tilknytning til mor eller andre senere i livet (Sundfær, 2012).

Sundfær (2012) viser til studien som forteller at skolestart og skolegang kunne være et lyspunkt i barnas hverdag. Her opplevde barna å bli sett og få støtte, slik at de kunne få utvikle seg i et fellesskap med struktur. Sju av de 24 barna hadde ved skolestart blitt overført til fosterhjem. Det var besteforeldre som i de fleste tilfellene hadde søkt hjelp hos barnevernet, hovedsakelig på grunn av rusmisbruket og at omsorgsansvaret ble for stort for mor.

Barn er sterkt knyttet til sine foreldre og viser de lojalitet. De lever i hverdagen og tenker at det de opplever i sin familie, er det som er normalt, og utvikler en evne til å anta hva som kommer til å skje i hjemmet. På grunn av dette blir barna ofte hemmelighetsfulle når de får spørsmål om sin familie og de røper veldig lite. Den "forsvarsmekanismen" kan sees på som en form for mestring.

Barna tilpasser seg mor eller fars levesett og lærer seg å se hva deres behov er. De utvikler et anlegg for omsorg, noe som de bruker mye blant annet på skolen. Det gjør de populære blant venner fordi de klarer å forutse hvilket behov vennen har før de andre klassekameratene.

Når barna kommer i tenårene strevde flere av dem med konsentrasjonsvansker og begynte å henge etter på skolen, dette gjaldt spesielt barna som fortsatt bodde med sine foreldre. De som hadde fått fosterforeldre eller ny omsorgsperson var mer åpne om hva de hadde opplevd og hvordan de hadde det. Mange av barna, spesielt jentene, hadde svingende selvtillit, var sårbare og i noen tilfeller utviklet de depresjon. Flere av barna hadde nå prøvd å ruse seg.

I denne tidsperioden kom det tydeligere frem at flere barn var traumatiserte av opplevelsene de hadde hatt og fortsatt hadde. De var utsatt for stress og hvordan de taklet dette var avhengig av tilknytningen de hadde til omsorgspersonene på daværende tidspunkt.

Ett av barna i studien forteller om at hun hadde flyttet flere ganger de siste årene, gått på flere skoler og hatt flere innleggelses sammen med mor og far på familieinstitusjon. Hun opplevde at begge foreldrene ble borte om kvelden og at mor låste seg inne på badet for å ruse seg. Hun var mye alene og slet med bekymring og redsel. De eneste gangene hun følte seg trygg var når foreldrene var innlagt til behandling. På dette tidspunktet hadde hun fått en ny omsorgsperson (Sundfær, 2012).

I begynnelsen av tjue-årene fortalte barna at de savnet et normalt hjem og var utslitt, noe som medførte dårlige prestasjoner på skolen og derfor hadde flere skulket og hang etter. De hadde fått venner i rusmiljøet og var lite sosiale. Halvparten av jentene som var med i studien hadde klart å slutte med rus på dette tidspunktet, kun én gutt var i fare for å utvikle et rusmisbruk. Tre var under behandling i psykisk helsevern og tre hadde vært i kontakt med politiet på grunn av kriminelle handlinger. Fortsatt fortalte barna, til tross for nye hjem og andre omsorgspersoner, at foreldrene var viktige for dem. Ingen av barna nevnte ansatte i offentlig system når de skulle tenke over hvem som gav dem støtte under oppveksten (Sundfær, 2012).

Ved studiens siste møte, da barna var i midten av tjue-årene, hadde av flere dem forskjellige måter å komme seg ut av rusmiljøet på. De andre begrunnet valget med at de ikke ville bli som foreldrene sine eller at de hadde venner som sluttet med rus og omsorgspersoner som støttet dem. Kun ett av barna hadde dødd av overdose.

Studien forteller at dersom barna vokste opp med stabile voksne over lang tid, klarte flere av barna å bryte med de negative opplevelsene sine. Flere av barna følte at de fikk hjelp for sent og at barnevernet skulle tatt dem ut av hjemmet tidligere. Barna fikk seg jobber og utdanning, men med forsinkelser på grunn av problemene i tenårene (Sundfær, 2012).

### **3.4 Salutogenese, Sense of coherence, empowerment og resiliens**

Vi har valgt å samle fire begreper som vi mener relevante for hvordan mennesket kan takle utfordrende livssituasjoner. Når vi arbeider som sykepleiere skal vi jobbe helsefremmende, hvilket disse begrepene kan bidra til.

### **3.4.1. Salutogenese og sense of coherence**

Aaron Antonovsky utviklet en modell som blir brukt til å fokusere på hvilke grader av helse som finnes og hva som kan skape høyere helse. Modellen kalles for den salutogenetiske modell. Salutogenese betyr ”opprinnelse til helse”. Antonovsky ønsket at fokuset skulle være et middel til å finne ut hvilke ressurser et menneske har, og hvilket fokus man bør ha for å skape god helse (Sletteland & Donovan, 2012).

Eva Langeland (2012) beskriver salutogenese som mest kjent for begrepet ”sense of coherence” (SOC). SOC handler om hvordan man opplever livet med begripelighet, mening og evne til å håndtere hendelser, slik at det fører til mestring, helse og velvære. For å møte kravene om håndtering og mening mener Antonovsky at ressurser bør være tilgjengelig for å kunne oppleve mestring. Indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål er fire fokus i et menneskets liv som bør være til stede for å ikke miste ressurser eller mening. Langeland mener at denne teorien er viktig for faktorer som er med på å skape helse og kan være et bidrag til helsefremmende sykepleie.

### **3.4.2. Empowerment**

Empowerment er et begrep som står veldig sentralt når det kommer til helsefremmende arbeid og handler om at mennesker skal klare å se sine egne problemer og selv finne løsninger på disse. Dette ut ifra de ressursene som finnes i samfunnet og i seg selv som individ. Mennesket må få mer kunnskap om forhold som påvirker helsen og i større grad kunne påvirke beslutningene som vil ha konsekvenser for den. Opplevelsen av å ha rimelig kontroll over eget liv vil bidra til økt selvfølelse og mestringsevne (Mæhland, 2010).

### **3.4.3 Resiliens**

Anne Inger Helmen Borge skriver i sin bok ”Resiliens, -risiko og sunn utvikling” (2005) at resiliens handler om ”normal utvikling under unormale forhold”. Hun henviser også til Rutter (2000) som beskriver resiliens slik: ”Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik”. Slike resiliensprosesser kan være langvarige og vedvarende, eller et engangsfenomen. Ofte benyttes begrepene gjenopprette, opprettholde og forbedre i sammenheng med resiliensprosesser. Resiliens er barnets iboende motstandskraft i møte med situasjoner som kunne ha ført til avvikende utvikling. Men det handler ikke bare om det som finnes ”i” oss, det handler også om de miljømessige faktorene som vi blir påvirket av (Helmen Borge, 2005).

Salutogenese og resiliens legger begge vekt på de prosessene som fører oss fremover mot psykisk velvære og friskhet. Disse prosessene er vedvarende og utvikles over tid. Et annet fellestrekk mellom salutogenese og resiliens er at de beskriver en sunnhet hos mennesker som har gjennomgått store belastninger og påkjenninger (Helmen Borge, 2005). Forskjellen på salutogenese og resiliens er at resiliens ser mer på de individuelle egenskapene, mens salutogenesen kan brukes til å forstå sammenhengen mellom sosiale ulikheter og helse (Helmen Borge, 2005).

### **3.5 Relasjonsbygging og kommunikasjon med barn.**

Det er viktig å huske at ingen barn er like, derfor er det ikke mulig å gi noen entydig oppskrift på hvordan man kommuniserer med dem. Som individer er de forskjellige og de befinner seg på ulike utviklingstrinn og dette må vi ta hensyn til i kommunikasjonen (Eide & Eide, 2012). Videre skriver Sundal (2001) henvist i Eide & Eide (2012) at det er viktig å huske på at en sykdomssituasjon fører til forandringer og kan ofte innebære en slags krise. Barna møter usikkerhet og endringer. Rutiner forandres og nye omsorgspersoner kan komme inn i bildet og for noen kan dette være vanskelig å takle og forholde seg til.

Det gis her eksempler på at små barn kan ha godt av samtaler som er korte og konsise, hvor man på en enkel måte prøver å forklare de tingene som har skjedd og skjer. Fysisk nærhet trekkes også frem som en viktig faktor. At tidsaspekt er vanskelig å forstå for små barn nevnes også (Eide & Eide, 2012).

Eide & Eide (2012) skriver om Bowlby og hans relasjonsteorier. Han refererer til to hovedtyper av tilknytningsmønstre og beskriver disse som ”trygg tilknytning” og ”utrygg tilknytning”. Videre deler han den utrygge tilknytningen inn i tre deler.

Et trygt tilknytningsmønster handler om at barnet føler en trygghet ovenfor foreldrefiguren, for at denne vil stille opp og beskytte barnet hvis noe skulle skje. I tidlig barndom er det ofte mor som er denne viktige foreldrefiguren, men også far eller andre omsorgspersoner kan ha denne rollen. Tryggheten barnet tilegner seg er med på å gjøre barnet modig og utforskende i eget liv.

En slik trygg tilknytning utvikles i de første leveårene og formes i kommunikasjon og samhandling med en rollefigur som er tilgjengelig for barnet. Omsorgspersonen er sensitiv og oppmerksom ovenfor de signaler som barnet sender ut og viser omsorg, respons og kjærlighet ovenfor barnet når det søker trøst og støtte (Eide & Eide, 2012).



Den utrygge tilknytningen deles videre inn i tre hovedtyper; utrygg og ambivalent, utrygg og unnvikende og utrygg og desorganisert.

Den ambivalente tilknytningen preges av at barnet er grunnleggende usikker på om foreldrefiguren vil være tilgjengelig og til hjelp hvis barnet skulle ha behov for det. Barnet ønsker sterkt kontakt men har en frykt for at ønsket ikke imøtekommes. Da vil resultatet bli separasjonsangst, usikkerhet og engstelse hos barnet også i videre utvikling i møtet med verden. Dette tilknytningsmønsteret utvikles når rollefiguren er tilgjengelig i perioder og utilgjengelig og uforutsigbar i andre perioder (Eide & Eide, 2012).

Utrygg og unnvikende tilknytning ser vi hos de barna som mangler tillit til at foreldrefiguren vil stille opp og gi støtte og beskyttelse når det er behov for det. Disse barna forventer å bli avvist fordi de aldri er vant til noe annet og de vil ofte ha en tendens til å unngå og å motsette seg kontakt (Eide & Eide, 2012).

Den siste formen for utrygg tilknytning som Bowlby beskriver handler om desorganisert tilknytning. Bowlby har her tatt utgangspunkt i Main og Westons forskning. Denne type tilknytning beskrives som langt mindre spesifikk enn de foregående. Barnet virker redd og kommunikasjonen er oppstykket og forvirrende. Kommunikasjonen preges av stadige brudd, endring av tema, uferdige setninger og plutselige stopp eller endringer i lek og samtale. Denne type tilknytning kan være et resultat av omsorgssvikt, mishandling og/eller seksuelt misbruk av barnet (Eide & Eide, 2012).

Å skape en god relasjon og å bygge et tillitsforhold til barn kan ofte være en tidkrevende og omhyggelig prosess. Vi må prøve oss litt frem og finne ut hvilke metoder som kan fungere og ikke. Ofte kan barn føle seg usikre og vil ikke åpne seg for fremmede uten videre. For at barna skal føle trygghet må de føle en viss form for kontroll. Trygge omsorgspersoner kan være til god hjelp i de situasjonene barna møter ukjente utfordringer (Eide & Eide, 2012).

For å skape de gode relasjonene med barna vi møter kan det vært lurt å la barnet holde på med noe det naturlig er interessert i. Ofte blir barnas følelser uttrykt gjennom lek, det blir en måte for dem å uttrykke seg på og for å dele disse opplevelsene med andre (Eide & Eide, 2012). Holmsen (2004) henvist i Eide & Eide (2012) sier at lekterapi har blitt benyttet av psykologer gjennom store deler av forrige århundre og baserer seg på bruk av lek, fortelling, tegning, bilder, musikk og lignende. Det vises til gode resultater i kommunikasjon med de barna som

befinner seg i vanskelige og utfordrende livssituasjoner. Videre henviser Eide & Eide (2012) til Aasgaard som sier at det kan være nødvendig med hjelpemidler i kommunikasjon med barn og unge, fordi ord og språk ikke har samme mening for barn som det har for voksne. Barn kan få hjelp til å uttrykke det de føler på måter som er naturlig for den aldersfasen de befinner seg i.

Eide & Eide (2012) skriver at ”å tilpasse seg barnet og respektere både dets langsomhet og dets hurtige skiftninger, er veien til kontakt og tillit”.

*Eide & Eide (2012) har skrevet om de ulike fasene i kommunikasjonen med barna. Vi velger her å bare ta med det som er aktuelt for vår case, nemlig aldersgruppen 4-8 år.*

Barn i 4-8 års alderen har begynt å utvikle en logisk forståelse. Tankegangen er konkret og de forholder seg til sannhet mer på linje med den voksne. Traumatiske og alvorlige opplevelser som barn i denne aldersgruppen utsettes for, er det viktig å snakke med dem om før det har gått for lang tid. Den moralske utviklingen har kommet lengre og barna er opptatt av konsekvenser, regler og at ting skal være rettferdig. (Eide & Eide, 2012).

Det er viktig å vite at små barn reagerer minst like sterkt som voksne da det kommer til tap og sykdom. Men de viser det ikke på samme måte, de har ikke de samme reaksjonene som en voksen så det kan være vanskelig for hjelperen eller foreldre å forstå. Eide og Eide (2012) skriver om familiesamtaler. I slike samtaler kan hele familien samles sammen med helsepersonell for å snakke om den situasjonen de befinner seg i. I slike samtaler er det åpent for at alle i familien kan fortelle om sine tanker og bekymringer, noe som bidrar til en mer åpen kommunikasjon og man kan lettere få forståelse for de andres situasjon.

### **3.6 Affekttoleranse og affektbevissthet**

Affektbevissthet betyr å være bevisst på hvilke følelser en har og aksepterer dem i jobben som sykepleier. Som sykepleier opplever vi ulike situasjoner i møte med pasienter og pårørende som gir uttrykk for følelsene sine. Hvis man er sine følelser bevisst, kan man lettere sette seg inn i hvordan den andre vil reagere. Er man ikke bevisst på dette, vil ens evne til å oppfatte andres følelser bli svekket (Eide & Eide, 2007).

Affekttoleranse er å oppleve andres følelser. Dette gjelder følelser man selv ikke er

komfortabel med, men må forholde seg til (Eide & Eide, 2007).

Hvis man er bevisst på affektbevissthet og affekttoleranse dannes grunnlaget for empati. Ved å forholde seg til disse følelsene, vil man få en bedre forståelse og innlevelse i pasientens eller pårørendes reaksjoner i situasjonene (Eide & Eide, 2007).

## 4.0 Drøfting

Vi har i løpet av praksisen i psykiatri og i jobbsituasjoner i helsevesenet møtt ulike pasienter med ulike behov for oppfølging og helsehjelp. Det vi har sett, er at de fleste som har behov for psykiatrisk bistand ofte har en eller flere i familien som har, eller har hatt, behov for hjelp på grunn av psykisk sykdom eller rus.

For å kunne besvare problemstillingen vil vi drøfte erfaringene vi har fra praksis og det vi har funnet gjennom forskning og litteratur, opp mot caset.

### 4.1 Relasjonsbygging og kommunikasjon med barn

Vi vet at Helsepersonelloven (1999) pålegger oss som sykepleiere å bidra til at Mia får nødvendig informasjon og oppfølging i forbindelse med at moren hennes ble innlagt på psykiatrisk institusjon. Mia har ingen lovpålagt rett til å få informasjon rundt morens helsetilstand og vi må derfor innhente samtykke fra mor for å kunne informere Mia, som tidligere beskrevet i kapittel 1.5, oppbygging og avgrensning av oppgaven.

Vi må også planlegge det vi skal si og ha tenkt igjennom ulike scenarioer vi kan møte på i samarbeidet med Mia.

I vårt første møte med Mia vil vi forsøke å legge til rette slik at vi kan skape et godt tillitsforhold mellom oss. Vi bør møtes på en arena der Mia kan få være barn, hvor det er leker og aktivitetsmuligheter tilpasset hennes utviklingsnivå og hvor vi kan være uforstyrret. Vi har i kapittel 3.5 skrevet om ulike måter vi kan skape relasjoner til barn, og vi ser helt klart viktigheten i dette. Barna som har opplevd at en eller begge foreldrene lider av en psykisk sykdom vil kunne være skeptiske til andre mennesker fordi de kanskje har hatt en utrygg og uforutsigbar oppvekst. Hvis vi har en tilnærming som ikke er på barnas premisser vil vi ha problemer med å skape tillit og de vil kanskje ikke tørre å fortelle og spørre om det de har opplevd. Mia har i sju år levd sammen med en mor som i større eller mindre grad har klart å holde problemene og sykdommen sin i sjakk. De erfaringene hun har gjort i livet sitt vil prege måten hun etablerer relasjoner til andre på.

Det er derfor viktig at vi er åpne og ærlige med Mia om hva som har skjedd med moren hennes. Vi må fortelle dette på en måte som Mia kan forstå. Hvis hun forstår, har hun mulighet til å stille spørsmål og å få svar på de bekymringene hun har. Vi må også huske på at barn er veldig lojale mot sine foreldre. Mia kan bli stående i en lojalitetskonflikt med seg selv og ovenfor mor, hvis vi ikke er flinke til å forsikre henne om at vi er der for å hjelpe både

mamma og Mia i den situasjonen de nå har kommet i. Vi har skrevet mer om lojalitet senere i dette kapittelet.

Ut ifra de ulike tilknytningsmønstrene som Eide & Eide (2010) refererer til, forstår vi det slik at barnets oppvekstmiljø og tidlig tilknytning til omsorgspersoner og foreldrefigurer, vil sette spor og prege barnet videre i livet. Dette understreker viktigheten av måten vi som sykepleiere møter og tilnærmer oss barnet og hvordan vi kommuniserer med det. Ut i fra Mias alder, ser vi at det er viktig at vi er konkrete og ærlige. Vi må følge opp de avtaler som vi gjør da rettferdighet og konsekvenser er viktig for barn på Mias alder.

Barna har helt andre måter å kommunisere på enn voksne, og forstår ting på et annet vis. Vi kan ikke sette Mia ved et bord og bare begynne å snakke. Hun har ingen forutsetninger for å forstå det vi vil formidle på en slik måte. Dette kan i stede føre til misforståelser og ytterligere bekymringer for Mia. Det er vår oppgave og plikt som sykepleiere å ivareta pårørende på best mulig måte (Helsepersonelloven, 1999 og Specialisthelsetjenesteloven, 1999).

Som tidligere skrevet har barna til psykisk syke foreldre vært en gruppe som ikke har vært viet veldig stor oppmerksomhet opp igjennom tiden. Det er først de siste 15-20 årene som dette har blitt et mer aktuelt tema og at fokuset har blitt rettet mot denne gruppen. I dag er det både bøker og filmer tilpasset barn i ulike aldersgrupper som kan brukes som verktøy i kommunikasjon med de barna som har opplevelser som ikke er så lette å snakke om eller som de har vanskelig for å forstå. I boken ”Pappa`n min er syk i tankene sine” (Bergem, 2013) blir det beskrevet en historie om Daniel som har en psykisk syk pappa. Det fortelles om møtet med en dame på et psykiatrisk sykehus som har samtale med Daniel og moren hans om farens sykdom. Boken illustrerer godt de tankene og følelser vi kan komme til å møte hos Mia i vårt første møte. Vi må vite at det er barnet som styrer samtalen, og at vi ikke må presse på hvis det gir uttrykk for andre ønsker og behov. Hvis Mia og tanten hennes er sammen med oss i et miljø hvor Mia føler seg trygg vil forholdet mellom oss ha en større forutsetning for å bli trygt og godt. Vi må vinne tillit og vise forståelse. Hvis vi bruker enkle ord og forklarer på en måte som Mia kan forstå, vil det bli lettere for henne å godta den informasjonen vi kommer med og tørre å spørre om ting hun lurer på.

I samtale med Mia, hvor hennes behov blir vektlagt, bør det tilrettelegges for at hun skal kunne uttrykke hva som er vanskelig og tabubelagt. Ved å hjelpe Mia til å forstå, må vi legge til rette for henne til å sette nye ord på situasjonen og opplevelsen. I artikkelen ”Det hjelper å

snakke med barna” (Haukø & Stamnes, 2009) har de som ledd i sin behandling en time hvor barna kommer til avtalt tid og møter sine foreldre. Der møtes først forelderen, barnet/barna og behandleren til time hvor barna og foreldrene kan snakke sammen. Deretter går foreldrene ut og barna blir igjen med behandleren, før de møtes igjen på slutten av timen. Haukø og Stamnes (2009) mener at de gjennom denne formen for terapi hjelper til med å styrke barna og de får satt ord på sykdommen til mor eller far. Barna får kunnskap om symptomer, samt at tanker og følelser kan få fritt spillerom. Vi forstår dette som om at hvis vi skal nå frem til Mia og bidra til at hun forstår, vil det være vesentlig at det avtales et møte med Mia og mor, der vi får se og høre hva som blir sagt mellom de to. Deretter snakke med Mia alene og høre hennes oppfatning av situasjonen.

Vi kan derfor avtale et møte med Mia og hennes mor tidlig i behandlingen, slik at de kan få snakket sammen og bruke hverandre som ressurser. En ulempe med at mor er til stede, er at Mia ikke forteller hva hun tenker og føler på grunn av sin lojalitet ovenfor mor og fordi hun ikke ønsker at mor skal bli såret (Sundfær, 2012). Haukø og Stamnes (2009) erfarer i sin studie at barna åpner seg mer når forelderen ikke er tilstede. Vi tenker at dette kan være på grunn av barnets lojalitet ovenfor sine foreldre. Mia kan også ha tanker som dette og være redd for å sette mor i et dårlig lys. Det er viktig at vi forsikrer Mia om at hun ikke har noen skyld i mors sykdom og at ved å fortelle om det hun har opplevd vil vi kunne hjelpe henne på best mulig måte. Vi bør ufarliggjøre situasjonen ved å få Mia til å forstå at vi vil hjelpe mor og Mia, slik at hun kan åpne seg under samtalene med oss.

Vi må være varsomme i kommunikasjonen med barn. De kan åpne seg opp og fortelle like fort som de lukker seg igjen. Skiftninger skjer fort og det gjelder å se de små åpningene for samtale og kommunikasjon gjennom lek og fellesskap. Vi ser her at det er viktig å utvikle ”menneske-til-menneske” forholdet som Joyce Travelbee (Kristoffersen & Nortvedt, 2012) omtaler for å kunne ha en likeverdig og åpen kommunikasjon. Vi underbygger dette med Kari Martinsens teori om at mellommenneskelige relasjoner og fellesskap har en sentral plass i hvordan vi mennesker oppfatter hverandre. Kari Martinsen sier at mennesker er avhengige av hverandre, og i vår situasjon er Mia avhengig av oss for å få profesjonell hjelp til å takle det hun har blitt en del av, samt å bearbeide inntrykk og opplevelser slik at hun kan fokusere på fremtiden (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Hun er også avhengig av tanten som nå er hennes nærmeste pårørende. Vi har skrevet mer om hvilken ressurs tanten til Mia kan være i dette kapitlet og kapittel 4.2.

Travelbee skriver om håpet og hvor viktig det er å bevare dette (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Vår jobb som sykepleiere er å få Mia til å ha tro på, og ikke miste håpet om at moren skal bli frisk og komme tilbake som en tryggere omsorgsperson enn det hun har vært tidligere. Ved å bevare håpet vil vi ha et fokus som er rettet framover, mot noe som skal bli bedre. Selv om Mia nå befinner seg i en fortvilet situasjon må vi fokusere på de tingene som ligger frem i tid slik at hun kan se at det finnes rom for endringer og mulighet for bedring. Her kan vi fokusere på empowerment, selv om Mia kanskje kan ha utfordringer med å klare å se sine egne problemer. Men hvis vi er flinke til å identifisere disse og å se Mias behov kan hun selv komme med ønsker for hvordan ting kan løses og vi kan dermed gjøre Mia til en del av sin egen behandlingsprosess.

Vår jobb er å trygge Mia i den situasjonen hun er i nå. Vi må ha et tett og godt samarbeid med tanten for å forsikre oss om at Mia blir ivaretatt hjemme. Vi bør ha en dialog med tanten rundt kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet for å forsikre oss om at Mia kan utvikle tillitt til oss og bevare sin tillitt til tanten. Samtidig er det utrolig viktig at vi får til et samarbeid med mor slik at de to får møte hverandre. I Helsepersonelloven (1999) står det at vi som sykepleiere skal informere om muligheter for samvær når omsorgspersonen er innlagt på psykiatrisk institusjon. Det er viktig for Mia at vi bidrar til samvær med mor, hvis hennes helsesituasjon tillater det fordi det vil fremme følelsen av tilhørighet og tillit hos Mia. Hvis mor blir friskere og de to kan møtes for å opprettholde en god relasjon, vil dette være positivt for Mias tilknytning til mor. Også her ser vi betydningen av de mellommenneskelige relasjonene som Kari Martinsen omtaler (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Vi har skrevet om de ulike tilknytningsmønstrene i kapittel 3.5 (Bowlby, henvist i Eide og Eide, 2010) og vi vil anta at Mia kan ha utviklet en utrygg tilknytning til mor, uten at vi kan gå inn på om den er ambivalent, unnvikende eller desorganisert. Siden det har vært litt ustabile hjemmeforhold i perioder, kan Mia ha fått følelsen av at mor ikke alltid har vært til stede og kan ha opplevd uforutsigbarhet. Vi kan også anta at Mia har en tryggere tilknytning til tanten sin, siden hun har vært en stabil og trygg omsorgsperson gjennom oppveksten. Trygg tilknytning vises gjennom at barnet stoler på at omsorgspersonen vil være der når det har behov for trøst, omsorg og ved å beskytte det når noe skulle skje. Vi tenker at det er viktig å utnytte den ressursen som tanten er, for å skape trygghet og forutsigbarhet for Mia i den situasjonen hun nå er i. Vi håper at tanten vil være der for Mia i fremtiden, slik at ikke Mia blir utsatt for enda et tillitsbrudd da det vil kunne påvirke utviklingen hennes i en enda mer

negativ retning. Vi anser at det er en risiko for at tanten vil kunne føle at situasjonen blir overveldende og får mye ekstra ansvar i forbindelse med at hun skal ha omsorgen for Mia. Det er usikkerhet rundt tidsaspektet for hvor lenge og i hvor stor grad tanten skal ha ansvar. Det avhenger av mors tilfriskningsprosess og i hvilken grad hun evner å ta seg av datteren sin. Vi bør vektlegge å ivareta tanten i opplegget rundt Mia for å forsikre oss om at hun vil fortsette å være tilstede. På den måten kan tanten bidra til resiliens for Mia.

Vi vet også at barn ofte kan føle skyld og være redde for at de har gjort ting som gjør foreldrene syke. Et annet skyldspørsmål som også kan dukke opp er i forhold til når foreldre blir tvangsinnlagt i psykiatrisk institusjon. I forskningsartikkelen til Pedersen (2008) fremkommer det tydelig at de involverte parter følte stor skyld når deres nære ble hentet av politiet for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten. Selv om Mia ikke var den som kontaktet helsetjenesten, observerte hun det som skjedde. Vi må huske på at slike opplevelser veldig ofte oppfattes som svært traumatiske og vi må snakke med Mia om dette. Hun kan ha tanker om at hun skulle gjort noe for mor, prøvd å hjelpe henne til å få bli igjen hjemme eller at hun skulle ha bidratt på andre måter. Disse tankene er veldig vanlige for de som står igjen etter at noen nær har blitt tvangsinnlagt. Vi mener en av våre oppgaver vil være å kartlegge, på et tidlig stadie, om Mia har skyldfølelse og hvilke tanker hun har (Pedersen, 2008).

Når vi da møter Mia for første gang er det viktig at vi finner litt ut av hvilke tanker hun kan ha rundt morens sykdom og sin egen situasjon. Ofte kan slike tanker og bekymringer hos barn komme fram gjennom lek og aktivitet. Det er viktig at vi legger til rette for dette uten å presse Mia til å snakke eller uttrykke seg før hun selv velger det. Tegning eller lek med dukker kan være aktiviteter hvor Mia kan uttrykke seg fritt og på egne premisser.

Vi må forsiktig komme inn på temaet og være sensitive på hvilke signaler Mia sender. Hvis hun uttrykker at hun ikke vil snakke om noe, så må vi respektere det og se hvilke andre innfallsvinkler vi kan bruke for å få i gang samtalen.



## 4.2 Salutogenese, sense of coherence, empowerment og resiliens

Vi har gjennom årene på sykepleierutdannelsen lært at vi skal finne pasientens ressurser gjennom å foreta en datasamling, enten fra pasienten selv eller pårørende, dersom pasienten selv ikke er i stand til å gi nødvendig informasjon (Pasientrettighetsloven, 1999).

Barn er ekstra utsatt for påvirkning de første årene de utvikler seg og hvem de omgås har stor betydning for hvem de blir og hvilke verdier de tar med seg (Sølvberg, 2011). Vi antar at Mia har blitt påvirket av mor og når hun har vært hos tanten sin. Samtidig vet vi at barn er sterkt knyttet til sine foreldre og viser de stor lojalitet. Derfor bør vi som sykepleiere lytte til Mias fortellinger dersom vi skal klare å fremme helsen hennes. For at Mia skal utvikle et godt forhold til mor i fremtiden er det viktig at hun får bekreftelser på at det er greit å være glad i mammaen sin, selv om hun ruser seg og er syk. Samtidig er det viktig at Mia får lov til å være sint, skuffet og frustrert, fordi det er naturlige følelser i en slik situasjon. Vi bør derfor finne en balanse for disse følelsene, da de er motstridene, slik at Mia klarer å akseptere situasjonen og at det er greit å slike følelser.

Raundalen & Schultz (2006) mener at gjennom å bidra til at barnet er aktiv i egen læring og styrke barnets erfaringer, skal man hjelpe barnet, gjennom ved å være en deltaker, til å oppnå selvforståelse. Vi forstår dette som at hvis vi klarer å tilpasse møtet til hvilket behov Mia har og lar henne delta aktivt, vil vi kunne få henne til å se sin egen situasjon. Som sykepleiere bør vi se Mias behov tidlig og tilrettelegge så fort som mulig for at hun skal få innsikt i egen situasjon. Vi bør ha i bakhodet at Mia er sju år og det kan være en utfordring å få henne til å forstå sin egen situasjon kun gjennom at hun får være deltaker i timen.

Siden Mia bare er 7 år, er det ikke sikkert hun forstår hvordan eller hva som skal til for at hun skal får bedre helse, slik som Antonovsky salutogenetiske modell (Langeland, 2012) omtaler det. Vår oppgave som sykepleiere blir enda viktigere dersom vi skal bruke denne modellen og finne de helsefremmende faktorene til Mia, for få henne til å forstå hvordan hun skal bruke dem. Vi mener at grobunnen for å få til dette er å danne et tillitsforhold til Mia som vil vedvare over tid.

Antonovsky mener at man gjennom bruk at den salutogenetiske modellen skal finne ut hvilke ressurser pasienten har og hva fokuset for å oppnå god helse bør være (Langeland, 2012). Vi vil ved å bruke Antonovskys modell, finne Mias ressurser og ha fokus på hva som kan gi

henne god helse. Vi ønsker her å trekke inn tanten til Mia, som hun har vært mye hos opp gjennom oppveksten og som vi oppfatter har vært en viktig støttespiller.

Sentralt i Antonovskys lære var begrepet Sense of coherence, som handlet om å bruke sine ressurser slik at man opplevde mestring. Ved å ha fokus på sine indre følelser, sosiale bånd, aktiviteter og eksistensielle spørsmål vil man kunne vedlikeholde ressursene sine og bidra til helsefrembringende tiltak (Langeland, 2012). Vi mener at vi i Mias sitt tilfelle bør bruke tanten som en ressurs for å utøve helsefremmende sykepleie og skape en helse. Men vi ønsker også under første time og vurdere om mor kan være en ressurs. Ut i fra hva vi har lest i ”Det hjelper å snakke med barna” (2009) kan vi gjennom en felles time med mor og datter finne frem til helsefremmende elementer for de begge, slik at de kan være ressurser for hverandre. Hvis det lar seg gjøre og mor blir en positiv ressurs for Mia, vil Mia ha to ressurser som kan hjelpe henne til å få ivaretatt de fire fokusene i livet – indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål. I tillegg er vi som sykepleiere en ressurs. Vi må tenke at Mia kan utvikle et negativt forhold til mor, fordi hun har påført henne lidelse i oppveksten og det kan resultere i at Mia ikke vil ha kontakt med mor. Det kan bli en ekstra belastning for mor og Mia når et familiebånd brytes. I boken ”Mammas svik” (2012), som er en biografi, forteller datteren om gjentatte episoder med seksuelt misbruk, vannskjøtsel, fysisk og psykisk terror gjennom hele oppveksten. Til tross for dette tilstreber hun hele livet å bli likt av mor og at mor skal vise henne kjærlighet. Hun har flere ganger som ung voksen prøvd å bryte forholdet til mor, fordi det er så destruktivt, men søken etter bekreftelse og anerkjennelse kommer tilbake til henne. Her ser vi et eksempel på hvilke konflikter disse barna møter i oppveksten når de har motstridene følelser for omsorgspersonen.

*Vi ser at skolen er en viktig ressurs i Mias hverdag og et velfungerende samarbeid et viktig å få til. På grunn av oppgavens størrelse og omfang, velger vi å ikke gå videre inn på samarbeid mellom skolen, hjemme og helsetjenesten.*

I kapittel 3.6 har vi skrevet om affekttoleranse og affektbevissthet. For at vi skal være trygge og gode ressurspersoner for Mia, må vi akseptere de følelsene hun uttrykker. Vi vil da lettere sette oss inn i Mias situasjon og lettere forstå måten hun reagerer på. I enkelte situasjoner vil vi kunne føle oss ukomfortable fordi det handler om et lite barn som har opplevd ting i livet som barn ikke skal være en del av. Vi må allikevel forholde oss til disse følelsene på en profesjonell måte. Ved å være disse følelsene bevisst, har vi dannet grunnlaget for empati (Eide & Eide, 2007). Ved å vise Mia empati, må vi kunne leve oss inn i hennes situasjon for å

kunne oppfatte hva hun føler. Ved å gi henne en bekreftelse på at vi forstår følelsene hennes, vil vi uttrykke respekt ovenfor Mia. Dette kan vi uttrykke verbalt, nonverbalt eller gjennom handlinger (Eide & Eide, 2007).

Som sykepleiere vil vi utføre vår profesjon i tråd med de Yrkes etiske retningslinjene. De sier at vi skal utøve sykepleie med respekt og verdighet til mennesket som har behov for det (YR, 2011). Det forventes også av oss at vi fremstår som profesjonelle og empatiske i yrkesutøvelsen og i møtet med mennesker. I møtet med Mia vil grunnlaget for all sykepleie være respekten for hennes liv og iboende verdighet.

I forskningsartikkelen ”Det hjelper å snakke med barna” (2009) mener forfatterne at helsepersonellet gjennom å forklare om forelderens situasjonen til barna og hjelpe de til å forstå, gi økt forståelse og bedre kommunikasjon mellom barna, forelderen og familien. Formålet var å forebygge stress, forvirring, usikkerhet og gi barna økt kunnskap om mor eller fars sykdom.

Under vårt første møte med Mia er det viktig å finne ut av hva hun vet om mors sykdom. Vi må tilpasse oss Mias nivå og kommunisere på en slik måte at hun forstår hva vi prøver å fortelle. Vi forstår også dette som at vi bør bruke noen elementer fra empowerment i samtalen med Mia. Men vi ser på det som en utfordring, da vi ved bruk av empowerment skal bidra til at pasienten skal finne løsninger og se sine egne problemer ut i fra samfunnets ressurser og se seg selv som individ. Vi anser at dette kan bli en utfordring hos Mia på grunn av hennes alder, men at det vil være noen av elementene i empowerment som vil bidra til at vi får en helsefremmende effekt og at hun kan bidra til å finne løsninger i sin situasjon. Vi må også huske på at Mia er mindreårig og ikke kan bestemme over seg selv, derfor må løsningene være tilpasset henne og hennes livssituasjon. Vi tenker at vi kan identifisere Mias problemer og i samhandling med henne forsøke å komme frem til løsninger. På den måten vil vi ta Mia med i prosessen rundt å fremme egen helse og vi må tilrettelegge i behandlingsløpet, for å imøtekomme noen av de ønskene hun har.

Vi antar at Mia var vitne til situasjonen når mor ble hentet av ambulanse og politi. For at vi ikke skal forsterke noen av Mias dårlige opplevelser, er det viktig at vi klarer å kommunisere godt med Mia for at hun ikke skal føle seg oversett og dermed utvikle negative følelser ovenfor hva hun har sett og opplevd hjemme.

I boken "Krisepedagogikk" (2006) skriver Raundalen & Schultz om terapeutisk kommunikasjon med barn. De mener at det vi skal fortelle barna, bør tilpasses alder, utviklingsnivå og informasjonen bør gis etter hvilket behov barnet har.

Terapeutisk kommunikasjon er hvordan vi bør kommunisere med barn gjennom å forklare, veilede og skape trygghet i krisesituasjoner. Dersom et barn ikke blir kommunisert med i en krisesituasjon, vil vi skape følelser hos barnet som mistenksomhet, angst og fortieelse (Raundalen & Schultz, 2006).

Vi mener at dersom vi skal klare og hjelpe Mia til å forbygge dårlig helse er vi nødt til å snakke med henne. Dersom vi velger å overse Mias behov vil hun bli ytterligere disponert for å utvikle psykiske lidelser. Vi vet at barn som har vokst opp i hjem med en mor eller far som er rusmisbruker, ofte opplever å ikke få bekreftelser på følelser eller behov (Sundfær, 2012). Sundfær (2012) mener at evnen til tilknytning dannes når vi er spebarn og dersom barnet opplever å bli avvist vil dette tydeliggjøres når barnet blir eldre og de får problemer med å forholde seg til andre mennesker.

Vi mener vi under samtalen bør kartlegge om dette kan ha skjedd med Mia. Dersom hun har fått bekreftelser på sine behov av tante, vil det være et godt grunnlag for å ikke utvikle tilknytningsproblemer senere i livet og forebygge stress og depresjon i tenårene. Tanten blir derfor en enda viktigere ressurs for Mia. Men dersom Mia ikke har fått bekreftelser hos mor, vil hun fortsatt ikke ha fått tryggheten og omsorgen hun trenger. Sundfær (2012) forteller at tilknytningen til omsorgspersonen, når barnet kommer i tenårene, er avgjørende for hvordan de takler utfordringer, som for eksempel dårlig selvtillit.

### **4.3 De arvelige og miljømessige faktorene**

Vi har både i praksis og gjennom jobb møtt pasienter som sliter psykisk. For de som ikke kjenner psykiatrien godt kan det virke meningsløst hvorfor alle sammen sliter med det "samme". Men som sykepleiere vet vi at det gjør de ikke. Selv om de kan ha samme diagnose, har de alle sammen forskjellige grunner til hvorfor det er som det er.

Ytterhus (2012) skriver om at pårørende er forskjellige mennesker. Både alder og hvor man kommer fra er to av faktorene som er med på å bestemme hvem vi er. Power & Elliott (2005) mener at hendelser i barndommen, som for eksempel sosial bakgrunn og foreldresituasjon, har påvirkning på hvordan man oppfører seg når man er voksen.

Vi forstår dette som at man er et produkt av arv og miljø. Det har noe å si hvor man vokser

opp og med hvilke omsorgspersoner man har. For Mia sin del vil hun i følge Haugland, Ytterhus & Dyregrov (2012) ha større risiko for å utvikle rusavhengighet eller få sosiale problemer. Med det forstår vi det som at Mia vil kunne være utsatt for utviklingsproblemer – både psykisk og fysisk. Ut i fra hva vi har tilegnet oss av kunnskap, forstår vi det slik at Mia er disponert for å utvikle psykiske lidelser på grunn av hva hun har arvet av gener fra sin mor og på grunn av de situasjonene hun har opplevd i hjemmet.

Kari Martinsen (Kristoffersen & Nortvedt, 2012) skriver om det hun kaller faglige skjønn og praktiske kunnskaper. Hun mener at de erfaringene sykepleieren har gjort er langt viktigere for måten vi utøver sykepleie på enn den teoretiske kunnskapen vi har. Vi mener derimot at vi vil ha stor nytte av den teoretiske kunnskapen hvis vi kan knytte den opp imot våre praktiske erfaringer.

Vi har erfart i praksis at det er arvelige og miljømessige faktorer som har bidratt til at mange av de har havnet i psykisk helsevesen eller har de psykiske plagene de har. Et eksempel vi husker godt fra praksis er en mann i 50-årene som er rusmisbruker. Han har misbrukt alkohol siden han var 7 år og begynte med narkotika senere. Grunnen til at han begynte å drikke når han var et barn, var fordi at en av besteforeldrene synes det var underholdene å se guttungen full. I følge Antonovsky (Langeland, 2012) har alle personer forskjellige helse. Dersom man skal utøve salutogen tilnærming skal sykepleieren ha fokus på pasientens historie og dens utfordringer for å bli behandlet riktig. Ut i fra dette pasienteksempelet ser vi at ytre påvirkninger eller miljømessige faktorer, i mange situasjoner kan ha mye å si. Ofte ser barna opp til omsorgspersonene sine og tilstreber å imøtekomme deres ønsker. Ofte kan mangel på bekreftelse og oppmerksomhet fra omsorgspersonen føre til at barna gjør utfører unormale handlinger på oppfordring fra dem. Grunnen til dette kan være at de opplever å få bekreftelser på noen av sine behov og følelser. Vi vet lite om Mias hjemmesituasjon, men vi ser at det kan være muligheter for at mors psykiske sykdom og rusmiddelavhengighet kan ha satt Mia i situasjoner som barn ikke skal oppleve.

Det er viktig at mor mottar hjelp for sin psykiske sykdom og få kontroll over rusmisbruket så tidlig som mulig. I forskningsartikkelen ”Mental illness in woman who have young children: current literature” (Craig, 2003) konkluderer forskeren med at desto tidligere mødre får hjelp for sin diagnose, desto bedre evner de seg til å bry seg om barnet sitt. Det fremkommer også at sosioøkonomiske vanskeligstilte er ekstra utsatt for at mødrene påvirker barna sine

negativt. Vi anser livssituasjonen til Mia og mor som anstrengt da det kommer til økonomi, siden mor kun mottar støtte fra NAV.

Et annet eksempel fra praksis er ei jente i 20-årene, som begynte med narkotika i tenårene. Da hun var liten ble hun sendt til et fosterhjem. Hun ble misbrukt, både seksuelt og psykisk, av fosterfar i flere år før det ble oppdaget. Hun var på det tidspunktet allerede traumatisert og hadde under oppholdet på avdelingen store problemer med å forholde seg til ansatte.

Lester & Lagasse (2010) skriver i sin artikkel om at mange av barna får problemer med oppførselen og kognitive vansker når de blir eldre, flere utforsket rusmidler og ble avhengig av det. Mange av barna fikk diagnosen ADHD. Vi erfarte i praksis at nesten alle rusmisbrukerne på avdelingen hadde ADHD eller utfordringer med å forholde seg til struktur. I dette pasienteksempelet ville Joyce Travelbees filosofi vært et godt verktøy. Ved å danne et likeverdig ”menneske-til-menneske-forhold” og ikke la rollene som pasient og sykepleier påvirke kunne man bidratt til å hjelpe pasienten til å forstå og finne mening.

Dette er noe vi også bør gjøre i relasjonen vi skal danne med Mia. Vår oppgave vil være å hjelpe Mia til å forebygge sykdom, mestre hverdagen og finne mening i situasjonen hun er i nå. Det er viktig at vi tar tak i Mias oppfattelse av situasjonen og tanker hun har rundt hva som skjer for at vi skal kunne forebygge sykdom.

Nylig hadde en av oss en opplevelse i et møte med en ung jente på 18 år. Hun fortalte at hun hadde alkoholisererte og rusavhengige foreldre og at hun ble flyttet i fosterhjem som seks åring. Hun hadde store tilknytningsproblemer opp igjennom oppveksten fordi hun aldri hadde opplevd at menneskene rundt henne holdt de avtaler som var gjort eller stilte opp når hun hadde behov for dette. Som 16 åring ble denne jenta gravid og når barnet var ca 6 mnd ble det flyttet i fosterhjem. Jenta hadde nå en time samvær med barnet, fire ganger i året. I møtet fortalte hun om store depresjoner opp igjennom årene og at hun trøstet seg med alkohol når ting ble ekstra vanskelig. Dette var hennes måte å komme seg igjennom problemene på, hun var aldri vant til noe annet. Alle tilbud om oppfølging gjennom kommunal psykisk helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten hadde hun avslått. Grunnen til dette sa hun var at hun ikke klarte å stole på at noen ville være der for henne over lengre tid slik at de fikk etablert en god og trygg relasjon. Hun fortalte også at hun ikke hadde noen familie å støtte seg til. I dette eksempelet ser vi at det meste som kunne gå galt har gjort nettopp det. Det er viktig at vi kan se slike eksempler i sammenheng med det vi kan møte av utfordringer hos Mia og dra nytte av disse erfaringene. Vi kan tenke oss at Mia kan ha problemer med å forstå at vi som

kommer inn som totalt fremmede mennesker i livet hennes ønsker å hjelpe henne til å unngå å falle i de samme mønstrene som moren og bestefaren. Det er viktig at vi setter noen mål for arbeidet vi skal gjøre og at vi følger opp disse målene. Det må være både kortsiktige og langsiktige mål som gjør at både Mia og vi sykepleiere ser fremgang og kan glede oss over den. Like viktig er det at vi er oppmerksomme når vi møter utfordringer i behandlings- og oppfølgingsløpet.

Fokuset er gjerne rettet mot de tilfellene det ikke går så bra. Men hvis vi ser mot resiliens forskningen og den kunnskapen vi kan hente der så viser den at mer enn halvparten av alle de barna som blir utsatt for risiko *ikke* utvikler psykiske problemer (Helmen Borge, 2005). Hvis vi ser på Mia sin situasjon så har hun, i følge Helmen Borge (2005), over 50% sjans for å klare seg bra her i livet til tross for de påkjenningene hun har vært utsatt for. Det er ikke nødvendigvis bare negative opplevelser med det Mia gjennomgår nå. Separasjonen fra mor vil kanskje føre med seg ulike følelser som savn og engstelse, men hvis vi ser situasjonen ut ifra et resiliens perspektiv kan også denne nye situasjonen bidra positivt for Mia. Økt oppmerksomhet fra tanten og trygghet om at hun kommer hjem til noe forutsigbart da skoledagen er over kan være positive elementer i Mias hverdag framover. Det er viktig å fokusere på disse positive opplevelsene og ikke bare se alle de negative konsekvensene en slik endring kan føre med seg. Vi som sykepleiere må fokusere på dette og bygge videre på det slik at Mia får tro på at hun kan få et godt liv til tross for sine erfaringer.

## 5.0 Konklusjon

Før vi begynte med oppgaven hadde vi en oppfatning om at barn som vokste opp i en familie hvor barnet var disponert for ulike utfordringer, at majoriteten av de barna fikk et vanskelig liv. I begynnelsen bekreftet forskningen vi fant også det (Lester & Lagasse, 2010, Power & Elliott, 2005), men da vi begynte å se på beskyttende faktorer, endret vår oppfatning seg.

Resiliens handler om å overleve, å ha en normal utvikling til tross for en unormal livssituasjon (Helmen Borge, 2012). Vi har en fellesbekjent som har vokst opp i en familie hvor far var alkoholiker. Hun har tre søsken og er selv yngst. Den eldste og den yngste av disse fire søsknene har, til tross for oppvekst under unormale og utfordrende forhold, klart seg veldig bra. De har gode utdannelse, egne familier og et godt nettverk rundt seg. De to andre søsknene har ikke klart seg så bra. Den ene er i dag rusmisbruker og den andre har gått bort på grunn av overdose.

Vår bekjent klarer ikke konkret å si hva grunnen til at hun har klart seg bra er. Men hun har noen tanker om at det handler om nettverk på skolen, som ikke var en del av rusmiljøet, og hun tror det er iboende ressurser og evner, som gjør oss til den vi er og som bidrar til de valgene vi tar. Det beviser for oss at de arvelige faktorene blir påvirket ut i fra det miljøet vi befinner oss i.

Vi opplever at forskningen har et fokus på de som ikke klarer seg så bra, men at det tross alt finnes veldig mange barn som står i mot presset og utvikler seg normalt under unormale forhold. Forskningen vi har funnet har stor majoritet på en gruppe som ikke har blitt ivaretatt og de konsekvensene det har for dem.

I drøftingsdelen skriver vi om ulike kommunikasjonsferdigheter og måter for relasjonsbygging som kan bidra til en tillitsfull relasjon til Mia. Vi ser at resiliensforskningen vektlegger trygge omsorgspersoner i oppveksten og at dette virker beskyttende og forbyggende for utvikling av psykisk sykdom.

Vi mener at vi som sykepleiere må etablere en god relasjon til barn som pårørende, så tidlig som mulig (Craig, 2003. Haukø & Stamnes, 2009). Fordi vi skal kartlegge ressurser og fremme helse, som gjør at de arvelige og miljømessig belastningene kan utnyttes til noe positivt i et resiliensperspektiv.



Barn som pårørende har fått et økt fokus de siste årene og våre praksiserfaringer beviser for oss at dette er en gruppe som trenger å bli ivaretatt på en bedre måte enn de har blitt. Mindreårige barn av foresatte innen psykisk helsevern er en spesielt utsatt gruppe (Helsedirektoratet, 2008). Vi ser at samfunnet har tatt tak i denne gruppen og det har de senere årene kommet ulike veiledere (Helsedirektoratet, 2008) og tiltaksplaner for pårørende til mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2006. Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri, 2005).

Vi hadde som hensikt med oppgaven å tilegne oss kunnskap om temaet, slik at vi kan benytte oss av det i vår jobb som sykepleiere. Vi ser helt klart stor overføringsverdi til alle pasientgrupper hvor pårørende skal bli ivaretatt. Dette beviser for oss at det finnes alltid et håp om at det skal gå bra. Det handler om å finne og å utnytte de faktorene som gjør at man klarer seg, til tross for motgang og utfordringer.

## Litteratur

\* Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. (3. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\* Bergem, A.K. (2013) *Pappa'n min er syk i tankene sine*. Bergen: Fagbokforlaget.

\* Craig, E. A. (2003) Mental illness in woman who have young children: current literature. *Australian Midwifery Journal*, 16(1), 5-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X\(03\)80009-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X(03)80009-0)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

\* Hagen, H.S. & Halvorsen, L.S. (2014). Barn som pårørende (Bacheloroppgave, Høgskolen i Hedmark). Lokalisert på:

[http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/195827/1/Hagen\\_Halvorsen.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/195827/1/Hagen_Halvorsen.pdf)

\* Haukø, B.H. & Stamnes, J.H.(2009) Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleieren*, 97(11), 32-35. <http://dx.doi.org/10.4220sykepleieres2009.0084>

\* Harsem, A. B. (2012) *Mammas svik*. Moss: Nova forlag.

\* Helmen Borge, A. I. (2012). *Resiliens –risiko og sunn utvikling*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs*. (IS-1512). Oslo: Direktoratet

\* Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2015).

\* Hov, L. & Jeppesen, E. (2015) *Nye fagprosedyrer om barn som pårørende*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/forskning/2015/03/nye-fagprosedyrer-om-barn-som-paorende>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, K. M. (2011) *Innføring i psykologi* (4. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1* (2. Utg.) (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS

\* Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) (2005). *Tiltaksplan for økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner til mennesker med psykiske lidelser*. Oslo: FFO- Trykk.

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid.

Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s.195-216). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\* Lester, B. M. & Lagasse, L. L. (2010) Children of Addicted Women. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 259-276. <http://dx.doi.org/10.1080/10550881003684921>

\* Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

\* Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2014).

\* Pedersen, L. K. (2008) Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon. *Sykepleien forskning* 3(2), 84-91. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0068>

\* Power, C. & Elliott, J. (2005). Cohort profile: 1958 British birth cohort (National Child Development Study). *International Journal of Epidemiology*, 35 (1), 34-41.

<http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi183>

\* Raundalen, M. & Schultz, J.H. (2006). *Krisepedagogikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F. Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2010). *Psykatriboken, sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\* Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser*. (IS-1349). Oslo: Direktoratet.

\* Spesialisthelsetjenesteloven LOV-1999-07-02-61. (2014).

Sundfær, Aa. (2012). ”Hvem skal passe på mamma hvis jeg flytter?”. Haugland, B. S. M., Ytterhus, B & Dyregrov, K. (Red.), *Barn som pårørende* (s. 107-130). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

\* Sølberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Ytterhus, B. (2012). Hva er et pårørende barn? Barnet 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 AS.