

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Yrja Mikkelsen Omsland og Hege Marie Olsen

## Bacheloroppgave i sykepleie

«Å se de usynlige»

- Sykepleie til barn som er pårørende

To see the invisible - nursing for children of mentally ill parent

BASY2015

2018

Antall ord: 11 306

Veileder: Ann-Grete Dybvik Akre

---

## Innhold

<b>NORSK SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.3 SENTRALE ORD OG BEGREPER .....	7
1.4 AVGRENSNING .....	7
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	8
<b>2. TEORI</b> .....	<b>9</b>
2.1 SYKEPLEIETEORETIKER: JOYCE TRAVELBEE.....	9
2.2 HVA ER PSYKISKE LIDELSER?.....	10
2.3 PSYKOLOGISK UTVIKLING HOS BARN .....	10
2.4 «DE USYNLIGE BARN» .....	12
2.5 KOMMUNIKASJON MED BARN.....	14
2.6 SAMTALE MED BARN .....	15
2.7 SYKEPLEIERENS VERDI, PLIKTER OG ANSVAR .....	17
<b>3. METODE</b> .....	<b>19</b>
3.1 VALG AV METODE .....	19
3.2 LITTERATUR OG LITTERATORSØK .....	19
3.3 KILDEKRITIKK.....	20
3.4 ETISK VURDERING.....	22
<b>4. PRESENTASJON OG FUNN AV FAG- OG FORSKNING</b> .....	<b>23</b>
4.1 ARTIKKEL 1.....	23
4.2 ARTIKKEL 2.....	23
4.3 ARTIKKEL 3.....	24

---

4.4	ARTIKKEL 4 .....	24
4.5	ARTIKKEL 5 .....	25
4.6	ARTIKKEL 6 .....	26
4.7	ANALYSE/SAMMENDRAG AV ARTIKLENE.....	26
<b>5.</b>	<b>DRØFTING .....</b>	<b>28</b>
5.1	SYKEPLEIERENS ROLLE I DET FOREBYGGENDE ARBEIDET MED PÅRØRENDE BARN .....	28
5.2	KOMMUNIKASJON OG RELASJON SOM GRUNNLAG FOR EN GOD SAMTALE .....	30
5.3	BARNETS BEHOV FOR INFORMASJON.....	33
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>36</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>37</b>
	<b>VEDLEGG 1.....</b>	<b>41</b>

## Norsk sammendrag

**Tittel:** «Å se de usynlige» «To see the invisible»

**Problemstilling:** «*Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og samtale forebygge psykiske problemer hos barn når mor eller far har en psykisk lidelse?*»

**Hensikt:** Å øke forståelsen og få mer kunnskap om hvordan sykepleier kan ivareta barn av psykisk syke foreldre.

**Teori:** I teoridelen tar vi for oss ulike temaer som er relevant for å kunne svare på problemstillingen. Temaer vi vektlegger er: sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, barns psykologiske utvikling, «de usynlige barna», kommunikasjon, samtale og sykepleierens plikter og ansvar.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie, hvor vi benytter pensum- og selvvalgt litteratur, vitenskapelige studier, samt egne erfaringer fra praksis.

**Konklusjon:** Ved at barn blir oppdaget, sett og ivaretatt gjennom relasjonsbygging, kommunikasjon og samtale, kan sykepleier forebygge psykiske problemer hos barn med foreldre med psykisk lidelse. For å fjerne skyld og skam hos barnet, må sykepleier sørge for tilrettelagt informasjon etter barnets alder og modenhet. Dette kan fremme håp for fremtiden og betrygge barnet om at det ikke er alene om sin situasjon.

**Søkeord:** Barn, pårørende, foreldre, psykisk lidelse, sykepleie, forebyggende arbeid, relasjon, samtale og kommunikasjon.

# 1. Innledning

I følge en rapport fra folkehelseinstituttet (2011) vil om lag 410 000 barn årlig ha en eller to foreldre med en psykisk lidelse, og 90 000 barn vil ha minst en forelder som misbruker alkohol. Dette vil si at totalt 40 prosent av norske barn vil være i en eller begge gruppene (FHI). I løpet av de siste ti årene har vi fått en større forståelse av belastninger dette medfører for barn som pårørende (Haugland, Trondsen, Gjesdahl & Bugge, 2015, s. 13). Forskning viser at det er en klar sammenheng mellom det å vokse opp med en psykisk syk forelder og skadevirkninger hos barn (Hjelmseth & Aune, 2018).

Barn av psykisk syke påtar seg ofte en voksenrolle for å skjule hva som foregår hjemme. Lojaliteten deres ovenfor mor eller far er så sterk at de ønsker å fremstå som lykkelig og ubekymret. Nettopp derfor er det vanskelig for de som møter barna daglig å oppdage dem og deres problemer. Disse barna blir ofte kalt «de usynlige barna» (Glistrup, 2004, s. 29). Det finnes ikke usynlige eller umulige barn, men det finnes et hjelpeapparat som ikke alltid tør eller har kunnskap nok til å stille spørsmål om hvorfor de oppleves sånn og hva som ligger bak (Moen, 2009, s. 11). Som helsepersonell har vi en plikt til å hjelpe og støtte pårørende. Formålet med oppgaven er at sykepleier kan bruke kunnskapen til å forebygge psykiske problemer i møte med barn av foreldre med psykisk lidelse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vår bacheloroppgave har vi valgt å skrive om barn som pårørende. Bakgrunn for valg av temaet er at vi har fått stor interesse for feltet etter praksiserfaringer gjennom studiet. En av oss har barn, og en av oss har hatt praksis på barneavdeling. Vi har begge ambisjoner om å jobbe innenfor psykisk helse. Dette er noe vi brenner for. I de 3 årene av sykepleierutdanningen har det vært fokus på ivaretagelse av pårørende. Vi har gjennom erfaringer i praksis sett hvor mye sykdom i alle former påvirker de nærmeste - og da spesielt barn. Barn av psykisk syke foreldre har større risiko for å utvikle tilknytningsvansker, samt sosiale, kognitive og fysiske problemer (Doesum, 2015, s. 30). Vi lurte derfor på om barna får den oppfølgingen og informasjonen de trenger.

Dalland (2017) skriver at vi alltid har fordommer eller en førforståelse vi tar med oss inn i en undersøkelse. «Vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det» (s. 58). Vår førforståelse av tema er at vi tror mange barn lever under forhold som ikke fremmer trygghet og omsorg. Vi er bekymret for at disse barna ikke blir sett. Ruud (2011) skriver at det å være psykisk syk fremdeles er mer tabubelagt enn å være fysisk syk. Videre skriver hun at barn av psykisk syke er en gruppe som i større grad trenger å bli sett (s. 184). Vi tenker det er viktig som sykepleier å ha kunnskaper om kommunikasjon med barn, relasjonsbygging, psykisk lidelse og hvordan det påvirker barnets atferd å leve med en psykisk syk forelder. Ved å skrive denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om barns rettigheter, lovverk, plikter og hvordan sykepleier kan møte og ivareta disse barna på en god og omsorgsfull måte.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi vet at barn har like stort behov for informasjon som voksne. Sykepleier har en forebyggende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2015 s. 17) og skal ivareta mennesker i alle aldersgrupper, i situasjoner de står i akkurat der og da.

Sykepleier møter barn som pårørende i alle livssituasjoner og arenaer i helsevesenet. Det er derfor viktig å være forberedt, og tilegne seg den kunnskapen som er nødvendig for å hjelpe disse barna - og deres familier på best mulig måte. Vi har valgt å formulere problemstillingen vår slik:

*«Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og samtale forebygge psykiske problemer hos barn når mor eller far har en psykisk lidelse?»*

---

## 1.3 Sentrale ord og begreper

**Uhelse:** «Er et samlebegrep på fenomener som virker nedsettende på evnen til normal eller ønsket livsutfoldelse, slik som sykdommer og funksjonssvikt» (Braut, 2018).

**Affektiv inntoning:** Vil si at omsorgspersonen har evnen til å «lese» barnets tilstand og gi respons slik at barnet opplever at tilstanden deles empatisk (Ruud, 2011, s. 58).

**Psykiske problemer:** Er tilstander som oppleves som belastende, men som ikke er så alvorlige at de tilfredsstillende kravene til en psykiatrisk diagnose (Aarø, Samdal & Wold, 2017, s. 82).

**Kommunikasjon:** Kommunikasjon handler om å formidle et budskap, enten med eller uten ord (Ekern, 2006, s. 203).

**Samtale:** Vil si å tale sammen (Guttu, 2005) og er en direkte form for kommunikasjon (Eide & Eide, 2012, s. 252).

## 1.4 Avgrensning

Vi har valgt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, da vi anser henne som relevant i vår oppgave. Hun legger vekt på relasjon, kommunikasjon og familiens sentrale rolle (Kristoffersen, 2011, s. 219-221) - noe vi har fokus på i vår problemstilling. Vi legger ikke vekt på diagnoser, kjønn eller alder på forelderen, da det ikke er relevant i oppgaven. Vi fokuserer generelt på psykiske lidelser, grunnet at alle barn trenger lik støtte uansett hvilken diagnose forelderen har. Begrepet psykisk lidelse defineres i teoridelen. Vi har valgt å ikke begrense hvor vi møter barna til spesialisthelsetjeneste eller kommunale helsetjenester. Vi anser det som viktig at sykepleier ivaretar barn som pårørende uansett hvor de befinner seg. Aldersgruppen vi tar for oss er fra 12-16 år, som går under kategorien «ungdom». Likevel bruker vi betegnelsen «barn» gjennomgående i hele oppgaven, da vi har erfart i praksis at ungdom kategoriseres som barn i pårørende situasjon.

Vi vet at fysisk og psykisk helse henger sammen og påvirker hverandre. Grunnet oppgavens ordbegrensning velger vi å avgrense oppgaven til barnets psykiske helse. Vi har valgt å konsentrere oss om den helsefremmende og forebyggende delen av sykepleien - hvor vi har

hovedfokus på kommunikasjon og samtalen med selve barnet. Grunnen til at vi har valgt å ta for oss både kommunikasjon og samtale, er fordi vi skiller disse to begrepene fra hverandre. Vi ser på det som nødvendig å ha en samtale med barnet for å kartlegge hva barnets behov er. Gjennom kommunikasjon skal sykepleier bygge tillit og relasjon både med og uten ord. Begrepet kommunikasjon blir definert nærmere i teoridelen. Vi forutsetter at forelder har samtykket til at sykepleier kan samtale og gi informasjon til barnet, som er lovfestet i helsepersonelloven § 10 a. Vi ser at tverrfaglig samarbeid, samt styrking av foreldres ressurser er viktige komponenter for å forebygge uhelse hos barn. Vi har valgt å ikke ha hovedfokus på dette, men det blir nevnt i teori og drøfting, da vi anser det som en del av sykepleierens forebyggende arbeid og ansvar.

## 1.5 Oppgavens oppbygging

Første del av oppgaven tar for seg innledning, problemstilling og avgrensning. I avgrensningen trekker vi frem punkter vi ønsker å ha med, og det vi ikke ønsker å legge vekt på. I andre del tar vi for oss teori vi anser som relevant i forhold til tema og problemstilling. Her bruker vi både pensum- og selvvalgt litteratur. Den tredje delen består av metode. Her kommer litteratursøkene frem, samt kildekritikk og etisk vurdering. I den fjerde delen av oppgaven presenterer vi funn av fag- og forskningsartikler. Den femte og siste delen av oppgaven drøfter vi aktuell teori, opp mot forskning og egne erfaringer fra praksis. Vi avslutter oppgaven med en konklusjon, hvor vi samler trådene og kommer frem til et svar på problemstillingen.



## 2. Teori

### 2.1 Sykepleieteoretiker: Joyce Travelbee

Joyce Travelbee har hatt stor betydning for sykepleiefaget. Hun ble født i USA i 1926, og ble ferdig med sin sykepleierutdanning i 1946. Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og som lærer for sykepleierutdanningen, frem til hun døde i 1973 (Travelbee, 2001, s. 5).

Eide & Eide (2012) skriver at sykepleierens oppgave er å anerkjenne pasienten som et unikt og uerstattelig individ, samt etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten (s. 135). Et menneske-til-menneske-forhold karakteriseres som at sykepleier og pasient oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som «sykepleier» og «pasient» (Travelbee, 2001, s. 171). Hensikten med et slikt forhold er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre lidelse (Travelbee, 2001, s. 41).

Travelbee fremstiller kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold til pasienten (Kristoffersen, 2015, s. 221). Hun beskriver kommunikasjon som en dynamisk kraft, som kan brukes til å trekke mennesker nærmere, til å støte dem bort, til å gi hjelp eller til å såre (Travelbee, 2001, s. 137).

Kommunikasjon er en gjensidig prosess, som blir brukt til å søke og gi informasjon. I følge Travelbee (2001) formidler sykepleieren omsorg via nonverbal kommunikasjon eller gjennom måten hun utfører oppgavene sine på (s. 137).

Begrepet «håp» er en viktig del av Travelbees sykepleieteori. Hun mener at håp kan kjennetegnes på seks måter: At det er sterkt knyttet til avhengighet til andre, at det er fremtidsorientert, det er knyttet til valg, ønsker, tillit og til mot. Grunnlaget for å bevare håpet og utvikle det, er knyttet til å vite at man vil få hjelp fra andre når man trenger det (Travelbee, 2001 s. 118). Sykepleierens rolle er å hjelpe den syke eller pårørende til å opprettholde håpet og gi den som opplever håpløshet, håpet tilbake. For å kunne gjøre dette mener Travelbee at man skal være tilgjengelig og villig til å hjelpe. Sykepleieren skal gi omsorg og være observant for tegn på både psykisk- og fysisk sykdom eller plager (Travelbee, 2001, s. 123). Hun mener at den profesjonelle sykepleieren skal gi hjelp uten at hun blir bedt om det, og spørre den det gjelder hva den trenger hjelp med. Sykepleieren har et ansvar for å tilby og gi hjelp (Travelbee 2001, s. 124).

Sykepleiens overordnede mål og hensikt er å hjelpe pasient og pårørende til å mestre de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2015, s 217). Travelbee (2001) legger særlig vekt på at alt som angår den syke, angår også familiemedlemmene, og omvendt (s. 260). «Når sykepleieren hjelper en pårørende, hjelper hun også den syke» sier Travelbee (2001, s. 260). Sykepleieren bør være tilgjengelig for pårørende og vise at hun forstår de påkjenningene de gjennomgår. Gjennom støtte og oppmuntring, og ved å vise omtanke og vennlighet i ord og handling, vil pårørende oppleve hensyn og omtanke som er deres rett (Travelbee, 2001, s. 260).

## 2.2 Hva er psykiske lidelser?

På verdensbasis lider cirka 400 millioner mennesker av en psykisk lidelse (Hummelvoll, 2016, s. 589). Psykiske lidelser betegnes som tilstander som oppfyller kravene for en psykiatrisk diagnose, deriblant angstlidelse, alvorlig depresjon, anoreksi, ADHD eller psykose (Mathiesen, Karevold og Knudsen, 2009, s. 9). Psykiatriske diagnoser varierer over et bredt spekter fra mild forbigående grad av depresjon eller angst, til moderat eller tyngre depresjon og eller angst, psykoser og personlighetsforstyrrelser (Haugland, Ytterhus, Dyregrov 2012 s 185). Cirka 20 % av barn, voksne og eldre har så store psykiske plager at det kategoriseres som en psykiatrisk diagnose (Hummelvoll, 2016, s. 30). De fleste mennesker med psykiske lidelser får hjelp fra psykiatrien mens de bor hjemme alene eller med familien (Smeby, 2006, s. 108). Psykiske lidelser arter seg forskjellig, og viser seg å ha uendelige former for hvordan de kommer til uttrykk. Mennesker som lider av psykiske lidelser opplever tap av kontroll over livet, tanker, følelser og de kan bli hjelpeløse og avhengige. De opplever depresjoner, vrangforestillinger, usikkerhet, angst og redsel, men de er også mennesker som ler, har humor, ironi og glede. Møtet med psykiske lidelser er derfor et møte med livet - menneskets muligheter og menneskets begrensninger (Håkonsen, 2014, s. 275).

## 2.3 Psykologisk utvikling hos barn

For å få en større forståelse for hvordan barn fra 12 til 16 år tenker, er det essensielt å belyse hvordan de utvikles i denne perioden. Barn fra 12 år og oppover kan tenke hypotetisk og

---

abstrakt. De kan i stor grad følge en voksen verbal dialog, og de har evnen til å sette seg inn i andres situasjon uten å ha opplevd det selv (Eide & Eide, 2011, s. 372).

Håkonsen (2014) referer til psykologen Erik H. Eriksons (1902-1994) teori om åtte psykososiale faser i livet. Her viser vi til to av fasene 6-14 og 14-20 år, da aldersgruppen vi tar for oss går inn under begge fasene. Erikson mener at vi gjennom ulike stadier i livet utvikler relasjoner til forskjellige mennesker, at disse relasjonene er sentrale i vår psykologiske utvikling og er med på å forme deler av personligheten vår. Hver fase har et avgjørende vendepunkt hvor en livskrise bidrar til en endring i utviklingen. De ulike fasene stiller nye krav til oss gjennom omgivelsene vi er i, og kan løses på en god eller ugunstig måte. Prosessen varer gjennom hele livet, og fasene følger hverandre i tur og orden. Vi tar derfor med hendelser fra en fase videre til senere faser (s. 55).

#### *Kreativitet versus underlegenhet (6-14 år)*

I den fjerde fasen vil barnet oppleve konflikt mellom det å være skapende og det å være underlegen. Det sammenligner sin egen utvikling med klassekamerater og venner. Sammen med hvordan de har taklet tidligere kriser vil en skapende eller underlegen følelse hos barnet være viktige elementer i den videre personlighetsutviklingen. Det gunstige resultatet i denne fasen vil være at barnet utvikler en følelse av at de kan, og de klarer å fungere på ulike områder i livet.

#### *Identitet versus forvirring (14-20 år)*

Den femte fasen beskriver Erikson som den mest dramatiske fasen. Dels på grunn av den hormonelle og fysiske utviklingen, men også på grunn av den sosiale utviklingen som fasen innebærer. «Voksen verden» kommer stadig nærmere og livskrisene fra tidligere faser blir derfor ofte gjennomlevd på nytt. Her er utviklingen av individets egoidentitet spesielt viktig. Hvem er jeg og hvilke verdier har jeg. Et gunstig resultat vil være at man finner mening og forutsigbarhet i livet, hvor man føler at man har kontroll over sitt eget liv. Krisen i denne fasen er derfor ofte knyttet til forvirring om hvem man er, og hvem man ønsker å være (Håkonsen 2014, s. 57).

Identitet henger sammen med en følelse av kontinuitet mellom barndom og ungdom tilværelse. Et viktig grunnlag for dette er stabilitet i det nære nettverket. Det vil da være familien. Barn i denne aldersgruppen søker etter sin egen identitet og vil derfor kunne veksle

mellom ulike typer atferd. Eksempelvis veksle mellom å ha sterk tro på seg selv, til å være avhengige av foreldrene i en annen situasjon (Håkonsen, 2014, s. 59). Barn i denne aldersgruppen er opptatt av spørsmål som «hvem er jeg?» eller «hva skal jeg bli?» (Haugen & Bjerke, 2006, s. 191). Eide & Eide (2012) jf. Erikson skriver at mangel på bekreftelse og anerkjennelse kan føre til usikkerhet og rolleforvirring (s. 372). Denne rolleforvirringen kan komme til uttrykk gjennom uselvstendighet eller usikkerhet om hvilke verdier de skal forholde seg til (Haugen & Bjerke, 2006, s. 192).

## 2.4 «De usynlige barna»

Sykdom påvirker alltid de nærmeste relasjonene. Når en person rammes, rammes også pårørende (Bugge & Røkholt, 2009, s. 53). Når barn lever i familier hvor en eller begge av foreldrene lider av en sykdom, blir de pårørende (Nordenhof, 2012, s. 26). Sykepleieren må møte og forstå pårørende på lik linje med pasientene. I pasientrettighetsloven § 1-3 (1999) står det at pårørende er den pasienten selv oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten ikke er i stand til å oppgi pårørende skal helsepersonell utpeke pårørende i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Barn som pårørende defineres som «barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade» (Haugland, Trondsen, Gjesdahl & Bugge, 2015, s. 14).

Det er først de senere årene at det er blitt vanlig i helseapparatet å informere barn av psykisk syke om foreldrenes lidelser. Tidligere har det vært mer vanlig å beskytte barna for dette, med gode intensjoner. Det har vært frykt for at den syke skal bli dårligere og at behandlingsalliansen skal ødelegges. Ofte har det blitt argumentert for at «mor blir dårligere hvis hun ikke får være med barnet sitt» eller «familien har nok å slite med som det er» (Moen, 2009, s. 16-17). Etablert fagkunnskap viser at barn har et sterkt behov for å forstå hva som skjer i familien, spesielt angående deres omsorgsgivere (Vik, 2009). De er engstelige for at mor eller far skal dø eller aldri bli frisk (Vik, 2009). Barn er forskjellige, og reagerer ulikt på å leve med en psykisk syk forelder (Moen, 2009, s. 23). Det er ikke uvanlig at de tar over ansvar ved å dekke følelsesmessige behov i familien, eller ta mer praktisk ansvar i hus og hverdagen (Moen, 2009, s. 23-24). Uro og endringer hjemme kan føre til at

---

noen trekker seg tilbake fra familien, og oppholder seg så lite som mulig hjemme (Bugge & Røkholt, 2009, s. 90). Helsepersonelloven § 10 a kan sees i sammenheng med FN-konvensjonens artikkel 12: Barns rett til å bli hørt. I artikkel 12.1 står det at barn har rett til å gi fritt uttrykk for sine synspunkter i saker som angår dem. Det påpekes også at det gjelder når hovedpersonen ikke er barnet selv, men dersom hovedpersonen er familiemedlem (Ytterhus, 2012, s. 31-32).

En psykisk lidelse er ofte tabu, noe som kan føre til dårlig kommunikasjon i familien (Nordenhof, s. 27). Foreldre har kanskje selv problemer med å forstå sin egen sykdom. Hvordan skal de da kunne hjelpe barna? Dersom foreldrene ikke er mentalt til stede og responderer på barns signaler, er faren stor for at de ikke utvikler seg slik de skal (Nordenhof, 2012, s. 27). Risikoen for å utvikle psykiske lidelser hos disse barna avhenger av lidelsens alvorlighetsgrad, varighet, barnets genetiske disposisjoner, familiens samspill, og sosiale nettverk (Helgeland, 2012, s. 186-187).

Moen (2009) beskriver barn som vokser opp i familier hvor det er psykiske lidelser, rus, vold eller seksuelt misbruk som de «usynlige barna» (s. 11). En barnehageansatt beskrev en gang de usynlige barna som «barna du ikke merker i barnehagen» (Moen, 2009 s. 11). De kan bruke denne strategien for å skjule det de bærer på av hemmeligheter, som de ikke tør snakke om. Andre barn i samme situasjon kan beskrives som «umulige». De bråker, kommer i konflikter, er urolige eller sinte. Ofte har de «umulige» barna et for stort ansvar, bærer på hemmeligheter, skam eller skyldfølelse. Disse barna vet hva foreldrene og de voksne ønsker. De vet når det er trygt å ta med venner hjem og de leser foreldrenes sinnstilstand. De leverer beskjeder til og fra barnehage og skole, de sørger for at skoleprøver og karakterkort blir underskrevet, at mat kjøpes inn, at klærne blir vasket og at sekken er pakket til skolen dagen etter. De følger mamma til legekantoret når hun skal få mer medisin, og passer på at hun hele tiden har det bra. De er tilstede slik at angsten hennes dempes og den ikke blir ubehagelig for omgivelsene. Pårørende barn er så flinke at de selv kan bli syke (Moen, 2009, s. 23-24). Slike uforutsigbare og vanskelige forhold hjemme kan komme til overflaten gjennom reaksjoner som sinneutbrudd eller utrøstelig gråting (Moen, 2009, s. 23-24). Sorg og sinne henger sammen, og reaksjonene som kommer må alltid forstås i sammenheng med barnets situasjon (Bugge & Røkholt, 2009, s. 82).

Barn med psykisk syke foreldre kan være redd for å fortelle noen om hvordan de har det hjemme, i frykt for hva som kan skje (Ruud, 2011, s. 187). Dette gir en enorm

ensomhetsfølelse og sorg de ikke kan dele med noen andre (Moen, 2009, s. 23-24). De blir pliktoppfyllende barn som tar voksenansvaret alt for tidlig og får erfaringer de må bære med seg resten av livet. Denne ensomhetsfølelsen kan gjøre at de sliter med å stole på andre og seg selv (Moen, 2009, s. 23-24).

## 2.5 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon kan defineres som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, s. 17). God kommunikasjon kan sammenlignes med et spill hvor ballen blir sendt fra banehalvdel til banehalvdel (Raundalen & Schultz, 2008, s. 105).

Kommunikasjon kan deles inn i to grupper: verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er ved bruk av ord - skriftlig eller muntlig (Travelbee, 2001, s. 138), mens nonverbal kommunikasjon er budskap uten ord (Eide & Eide, s. 198). Ansiktsuttrykk, kroppsbewegelser, gråt, latter, stønning eller skriking er eksempler på nonverbal kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 138). «Nonverbale uttrykksformer avslører ofte ens spontane reaksjoner, også reaksjoner som kan være halv- og ubevisste for en selv» (Eide & Eide, s. 198). Det er viktig at sykepleieren forstår det barnet gir uttrykk for, både verbalt og nonverbalt, og iverksetter sykepleietiltak utfra denne informasjonen (Eide & Eide, 2011, s. 136).

Grovt sett kan grunnleggende kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere deles i to grupper: relasjonsskapende og avklarende/fokuserende ferdigheter (Kristoffersen, 2015, s. 355). Den relasjonsskapende ferdigheten kan være aktiv lytting, ved å ha øyekontakt, gi respons ved å nikke eller smile, si ja eller hm. Dette viser at vi er mentalt tilstede (Kristoffersen, 2015, s. 355). De avklarende og fokuserende ferdigheter kan være en åpen og rolig og henvendt kroppstilling, ulike spørsmål som er åpne, beskrivende. Parafisering vil si å omformulere det den andre sier, slik at han kan reagere ved å avkrete eller bekrefte innholdet (Kristoffersen, 2015, s. 355). Ved speiling setter vi ord på følelser den andre uttrykker verbalt eller nonverbalt slik at han kan avkrete eller bekrefte. Dette gjør vi for at den vi snakker med skal kunne sortere tanker og følelser og klargjøre det den er mest opptatt av (Kristoffersen, 2015 s. 355).

Sykepleier må ha evne til empati. Empati kan defineres som en grunnleggende følelsemessig evne til å leve seg inn i en annens situasjon. Ved å være empatisk kan vi i

---

større grad forstå hvordan vi kan være til hjelp (Brinchmann, 2014, s. 149). Affekttoleranse og affektbevissthet er viktige begreper som danner grunnlag for evnen til empati.

Affektbevissthet vil si å akseptere egne følelser i møtet med andre, noe som gjør det lettere å forstå andres reaksjoner. Affekttoleranse er evnen til å tåle å oppleve egne følelser, også de negative (Eide & Eide, 2012, s. 49). Dersom barnet er redd, har smerter eller er bekymret, må den voksne inntone seg affektivt etter dette. Ruud (2011) skriver at dersom man har en affektiv inntoning til barnet vil det oppleve at omsorgspersonen har evne å lese dets følelsesmessige tilstand slik at det føler seg forstått (s. 58). Å dele barnets affekter for eksempel redsel, smerter eller bekymring er en avgjørende del av samspillet. «Hvorvidt den voksne evner å inntone seg affektivt overfor barnet, påvirker naturligvis også om barnet utvikler en trygg tilknytning» (Ruud, 2011, s. 58).

En god relasjon til barn kjennetegnes ved å ha evne til å lytte og se hva barnet er opptatt av, stille spørsmål og følge opp det barnet sier eller forteller (Bugge & Røkholt, s. 77). Tillit og kontakt skapes over tid. «Uavhengig av aldersfase vil nonverbal kommunikasjon og det å tone seg inn på den andres oppmerksomhet bidra til å skape trygghet og tillit» (Eide & Eide, 2012, s. 359). For barn fra 12 år og oppover kan man få god kontakt ved å spille eller gjøre noe som barnet er interessert i. Andre eksempler er å tegne eller male, noe som kan være en fin vei inn til vanskelige temaer og følelser. Ofte krever det at en prøver seg frem med ulike metoder (Eide & Eide, 2012, s. 359-373).

Det finnes ingen oppskrift på hvordan man best kan kommunisere med barn (Moen, 2009, s. 23-24). Som sykepleier er det viktig å vite at hvert barn er et enestående individ som kjenner sin egen situasjon best og har behov for å forstå sin mor eller fars situasjon. Gjennom observasjon kan sykepleier identifisere hva slags interesser barnet har. Sykepleier må møte hvert enkelt barn der det er (Moen, 2009, s. 23-24).

## 2.6 Samtale med barn

I en samtale med barn fra 12-16 år er det viktig at sykepleier tar en aktiv rolle (Bugge & Røkholt, 2009, s. 20). Et godt utgangspunkt for en samtale er å prate om fritidsinteresser, venner og skole (Bugge & Røkholt, s. 20). Sykepleier må kartlegge hva barnet har behov for, og hvordan sykdommen til mamma eller pappa virker inn på hverdagen (Bugge & Røkholt, 2009, s. 20). Når sykepleieren skal samtale med barnet om et vanskelig tema, krever det en

innledning. Innledningen bør bestå av en forklaring på hvorfor du vil samtale med barnet, etterfulgt av en introduksjon til temaet (Raundalen & Schultz, 2008, s. 103). Nordenhof (2012) deler samtale med barn inn i fire ulike fokus: informasjonsgivende, støttende, avdekkende og undersøkende. Den undersøkende samtalen er ikke relevant, da den hører til i forbindelse med en undersøkelse av barnet (s. 55).

Den informasjonsgivende samtalen dreier seg om å gi informasjon om foreldrenes sykdom eller problem (Nordenhof, 2012, s. 56). Sykepleier må i første rekke forsikre seg om at barnet selv ønsker informasjon. God kommunikasjon forutsetter at informasjonen som gis er tilpasset situasjonen, barnets alder og modenhet (Nordenhof, 2012, s. 56). For at barnet skal få en forståelse for det som blir formidlet, er det avgjørende at sykepleier prioriterer hvilken informasjon som blir lagt vekt på. For mye eller for lite informasjon kan vanskeliggjøre kommunikasjonen og forståelsen for det som blir sagt (Eide & Eide, 2012, s. 79). En oppfølgende samtale kan være aktuelt, da det kan bli mange spørsmål og inntrykk for barnet i ettertid på grunn av den sårbare situasjonen (Nordenhof, 2012, s. 56).

Den støttende samtalen dreier seg om å bekrefte at det barnet føler og opplever er normalt. Barn kan feiltolke tanker de har om sykdommen til foreldrene, på grunn av manglende informasjon og hjelp til å forstå. Det er ikke nødvendig å gi informasjon som er hentet fra fagbøker, men hjelpe barnet til å forstå hendelsene på en måte som gir mening (Nordenhof, 2012, s. 57).

I den avdekkende samtalen skal sykepleieren få frem barnets egne opplevelser og erfaringer. Hensikten er å få informasjon som gjør sykepleieren i stand til å hjelpe barnet i den konkrete situasjonen. Samtalen skal avdekke om barnet har vanskeligheter i forbindelse med foreldrenes sykdom, som det trenger hjelp til (Nordenhof, 2012, s. 58).

Som helsepersonell skal man vurdere barnas behov for støtte og veiledning fra voksne (Haugland, Bugge, Trondsen & Gjesdahl, 2015, s. 46). Glistrup (2004) skriver at barn alltid er gamle nok til å få ting forklart, og at konsekvensene kan bli verre dersom man lar barna være alene med bekymringer, tanker, sorg og savn (s. 135).



---

## 2.7 Sykepleierens verdi, plikter og ansvar

Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) identifiserer sykepleierens grunnleggende verdiforutsetninger som at all sykepleie skal bygge på respekt for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Videre står det at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (s. 7). Under kapittel 3 «sykepleieren og pårørende» står det at sykepleier skal vise respekt og omtanke for pårørende. Sykepleieren skal bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt, og når barn er pårørende bidrar sykepleieren til ivaretagelsen av deres særskilte behov (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 9).

Helsepersonelloven § 10 a tar for seg helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. I loven står det at «helsepersonell skal ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av barnets forelder eller søsken som er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade». Videre står det at helsepersonell skal samtale med pasienten om barnets informasjon- eller oppfølgingsbehov, tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Helsepersonell må innhente samtykke til oppfølging og handle i overensstemmelse med taushetsplikten (1999). Brinchmann (2012) skriver at som sykepleier har vi en plikt til å redde liv, og vi har en taushetsplikt. «Helsepersonell har taushetsplikt, pasienter har rett til informasjon, og helsepersonell har plikt til å gi informasjon» (s. 58).

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2015) skriver om sykepleierens praktiske funksjoner: Sykepleieren har ansvar for å forebygge, identifisere potensielle helseproblemer og risiko for sykdom. Den helsefremmende funksjonen skal rette seg mot tiltak til det enkelte mennesket som står i risiko for å utvikle helsesvikt av ulike årsaker og skal støtte god helse, velvære og livskvalitet. Dette skal ha som mål å forhindre helsesvikt hos friske mennesker og grupper (s. 17). I denne sammenhengen er dette barn som pårørende. Sykepleier har en undervisende og veiledende funksjon rettet mot pasienter og pårørende. Dette knytter seg til behovet for kunnskap og forståelse i forhold til å ivareta egen helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015 s. 19). Dette er grunnlaget for å gi støtte og informasjon i deres individuelle situasjon. En annen viktig funksjon for sykepleier innebærer et ansvar for å organisere, administrere og lede tjenesten innenfor virksomheten, og på tvers av ulike helsetjenestetilbud. For å kunne gjøre dette må sykepleier ha en forståelse for, og kunnskap om, helsetjenestens oppbygging,

oppgaver, lover og regler, samt evne til å samarbeide. Dette innebærer også å forstå viktigheten av tverrfaglig samarbeid (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2015 s. 19). Tverrfaglig samarbeid defineres som et arbeid hvor fagpersoner med ulik utdanning og faglig bakgrunn arbeider mot et felles mål (Lindboe & Kufås, 2015, s. 118). Tverrfaglighet handler om å bruke de ulike profesjonene sin kompetanse til barnets beste (Glavin & Erdal, 2013, s. 24). Familiesamarbeid er også en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet. «Foreldrenes opplevelse av kontakten med de kommunale tjenestene vil ha betydning for om de samtykker til at tjenestene samarbeider» (Glavin & Erdal, 2013, s. 57). Foreldrene må få informasjon om sine rettigheter og plikter de har, og de må oppleve at det er en åpen og ivaretakende kommunikasjon. Dersom helsesøster, skole eller barnehage er bekymret for barnets omsorgssituasjon, vil det være naturlig å ta denne bekymringen opp med foreldrene i første omgang (Glavin & Erdal, 2013, s. 57).

### 3. Metode

Dalland (2017) beskriver metode som en fremgangsmåte til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden hjelper oss å samle inn informasjon vi trenger til undersøkelsen vår (s. 51-52).

#### 3.1 Valg av metode

Dette er en litteraturstudie som bygger på relevante fag- og forskningsartikler, pensum- og selvvalgt litteratur, samt egne erfaringer fra praksis.

I vår oppgave har vi valgt forskning som er basert på både kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ vil si å fange opp meninger og opplevelser som ikke beskriver fenomenet ved hjelp av tall, som kvantitativ metode gjør. Fordelen med å bruke kvalitativ metode er at den går mer i dybden av det vi ønsker å finne ut av, mens med den kvantitative metoden finner gjennomsnittet og presenter av en større mengde (Dalland, 2017 s. 52).

#### 3.2 Litteratur og litteratursøk

Den selvvalgte litteraturen vi har brukt, har vi funnet på biblioteket på Høgskolen Innlandet, campus Elverum. Noe av den selvvalgte litteraturen har vi fått anbefalt av mennesker vi kjenner som jobber med barn eller innenfor psykiatrifeltet. Vi har valgt litteratur som omhandler psykisk helse, barn, barnevern, kommunikasjon, samtale, pårønderarbeid og familiearbeid. Denne litteraturen er merket med stjerne i litteraturlisten. Vi har brukt pensumlitteratur som omhandler sykepleie, etikk, kommunikasjon, relasjon, psykiatri, psykologi, samt metode og oppgaveskriving. Vi har med både pensumlitteratur fra vår sykepleierutdanning og videreutdanninger innenfor psykiatri.

For å finne relevante fag- og forskningsartikler har vi i hovedsak benyttet oss av søkemotoren Oria, men har også brukt andre databaser som er tilgjengelig for oss studenter ved høgskolen Innlandet. Vi har søkt i: PubMed, SveMed, Oria og sykepleien.no. Vi startet søkene våre i PubMed og SveMed, da dette er de databasene som gir dybdesøk og er anbefalt av biblioteket. Da vi ikke fant det vi lette etter valgte vi å prøve Oria. Her fant vi tre

av de fire forskningsartiklene vi har brukt. De to fagartiklene vi har brukt, samt den ene forskningsartikkelen fant vi på sykepleien.no. Da vi skulle foreta søk etter forskning søkte vi etter IMRAD-prinsippet, som består av introduksjon, metode, resultat, diskusjon og sammendrag. Dette sier noe om hvordan en forskningsartikkel skal struktureres for at den skal regnes som valid. Validitet står for relevans og gyldighet (Dalland, 2017, s. 40). Inklusjonskriteriene i artikkelsøkene var at de skulle være fagfellevurdert sykepleieforskning og at de skulle være fra nordiske land, for å få en mest mulig kulturell likhet. Vi ønsket ikke at artiklene skulle være eldre enn 10 år. Grunnen til det er at vi ville ha funn som er oppdatert, slik at vi tilegner oss den nyeste kunnskapen innen sykepleie om tema vi har valgt å undersøke. Eksklusjonskriteriene var at vi ikke ønsket forskning som omhandlet pårørende generelt, fordi barn er en særegen gruppe pårørende som trenger en spesiell tilnærming. Vi har benyttet oss av MeSH-Termer på norsk og engelsk; eksempelvis barn, pårørende, foreldre, psykisk lidelse, sykepleie, kommunikasjon, children, dependents, parents, mentally ill, nursing, communication, child, problem, depressive symptoms, mental illness, mental disorder, adolescents, caring, health care, preventative, distress. Artikkelsøkene våre er gjennomført via enkeltsøk. Vi har kombinert søkeordene i sammensatte setninger for å finne de mest relevante artiklene. Søkehistorikken er lagt til som vedlegg (1).

Lovverk og yrkesetiske retningslinjer er brukt for å belyse våre plikter og verdier som helsepersonell. Vi har også med lovverk som omhandler pasienter og pårørendes rettigheter. Vi følger retningslinjene for bacheloroppgaven som er gitt fra Høgskolen Innlandet, og referer til kildene gjennom nyeste utgave av APA-standard 01.01.2018.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland, 2017, s. 158). I oppgaven har vi benyttet oss av to fag- og fire forskningsartikler, hvor to av dem er engelskspråklig og fire er norske. Det kan være en risiko for at vi har mistet essensen, og i verste fall misforstått deler av de engelske artiklene, grunnet språkkunnskap.

Vi har valgt å bruke både primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er den opprinnelige utgaven av en tekst, mens sekundærlitteratur kan være en oversatt utgave av primærkilden (Dalland, 2017, s. 162). Vi har valgt å bruke noe av det Eide & Eide (2012) skriver om Joyce Travelbees sykepleieteori fra boken *Kommunikasjon i relasjoner*, som er en sekundærkilde.

---

Sekundærkilde kan anses som mindre troverdig, da forfatteren kan ha oversatt eller fortolket den primære kilden (Dalland, 2017, s. 162). Vi har brukt primærkilden *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* (Joyce Travelbee, 2001) for å støtte opp under noe av det som har blitt presentert i sekundærkilden *Kommunikasjon i relasjoner*. Vi anser boken til Eide & Eide som relevant da den tar for seg grunnleggende kommunikasjon og relasjonsbygging. Vi har anvendt denne boken gjennomgående i de tre studieårene, og anser den som svært egnet for temaet i vår oppgave.

Den eldste selvvalgte litteraturen vi har brukt er «Det barn ikke vet ... har de vondt av», skrevet av Karen Glistrup (2004). Glistrup er dansk og har mange års erfaring med familiesamtaler, både innenfor psykiatri og sosialvesenet. Hun blir gjengitt og henvist til i flere av de andre bøkene vi har anvendt. «Barns møte med psykisk lidelse, en datters historie» skrevet av Grete Lillian Moen (2009) er en bok vi fikk anbefalt av en ekstern foreleser som underviste om barn under psykiatriemnet. Moen er selv barn av psykisk syk forelder og er utdannet klinisk barnevernspedagog. Boken tar for seg hvordan det er å vokse opp med psykisk lidelse hos en forelder, hvordan det er å ikke bli sett i møte med hjelpeapparatet og hvordan det er å være usynlig. Vi har anvendt denne boken i store deler av oppgaven vår, da den tar for seg temaer som er relevante for vår oppgave. Boken «Familien i sykepleiefaget» skrevet av Marit Kirkevold og Karen Strømsnes Ekern (2006) har vi brukt i deler av oppgaven. Kirkevold er professor og Ekern er høgskolelektor og redaktør for boken. Bugge, Hynne, Nævestad, Smeby og Thorsen har bidratt med kapitler i boken utfra sitt eget forskningsarbeid. Vi anser boken som svært relevant for vår oppgave, da den tar for seg familierettet sykepleie og hvordan sykdom påvirker hele familien. «Pårørendesamtaler med barn og unge» er skrevet av Ingelise Nordenhof (2012), som er sosionom og familieterapeut i psykiatrien i Danmark. Boken har tatt utgangspunkt i virkelige historier og samtaler, med utsatte barn og familier. Bokens målgruppe er profesjonelle helsearbeidere, som ønsker å styrke sin faglige og personlige kompetanse i møte med disse barna, samt studenter på bachelor og masternivå. Vi har anvendt denne boken i store deler av oppgaven, da den handler om samtale med foreldre og barn i psykiatrien - med spesiell vekt på pårørende barn. Utenom dette er all litteratur vi har brukt nyere og er derfor relativt oppdatert.

### 3.4 Etisk vurdering

Etikk har med verdier og holdninger å gjøre, som respekt, evne til å se, tie og lytte (Brinchmann, 2014, s. 17). Etiske vurderinger handler om å tenke gjennom utfordringer som arbeidet vårt medfører (Dalland, 2017, s. 235). Forskningsetikk handler om å ivareta personvern og sikre at de som deltar ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2017, s. 236). Vi har etisk vurdert forskningsartiklene i vår oppgave til å oppfylle disse kravene, ved å se nærmere på at taushetsplikten er overholdt, at deltakerne i artiklene har samtykket til å være en del av forskningen og at navn er anonymisert. Vi har oversatt forskningsartiklene så nøyaktig og korrekt som vi evner. Vi vet at barn som pårørende er en sårbar gruppe. Vi skriver og omtaler barna og foreldrene på en respektfull måte. Her følger vi velgjørenhetsprinsippet eller ikke-skade prinsippet, som omhandler plikten til å ikke skade andre (Brinchmann, 2014, s. 85). «Gjennom praksisstudier kan du få kjennskap til sensitive opplysninger om mennesker» (Dalland, 2017, s. 239). Egne erfaringer fra praksis er anonymisert i henhold til taushetsplikten som står oppført i helsepersonelloven § 21 (1999). Vår førforståelse og tanker rundt problemstillingen påvirker naturligvis hvordan vi går frem for å finne litteratur og forskning, og kan på den måten påvirke resultatet.

## 4. Presentasjon og funn av fag- og forskning

### 4.1 Artikkel 1

**«Living With a Mentally Ill parent: Exploring Adolescents Experiences and Perspectives» (Trondsen, 2012).**

Dette er en kvalitativ studie som handler om ungdom som er pårørende til foreldre som lider av en psykisk lidelse. Studien ble utført over 2 år, gjennom en selvhjelpsgruppe for ungdom av psykisk syke foreldre på nett i Norge. 16 ungdommer i alderen 15-18 år (15 jenter og 1 gutt) fra ulike deler av landet deltok. I artikkelen ble det undersøkt ungdommenes erfaring og utfordringer knyttet til det å leve med foreldre som har en psykisk lidelse. Ungdommene levde ikke alene med den syke forelderen, men sammen med både mor og far eller kun den friske forelderen. Den syke forelderen led av alvorlig psykisk lidelse som bipolar lidelse, psykoser og selvmordsforsøk. Ungdommene kjente til foreldrenes diagnoser. De fikk selv velge temaene de ville diskutere i forumet. Funn som ble gjort i studien var at ungdommene opplevde mangel på informasjon og åpenhet, noe som førte til frykt, uforutsigbarhet og ustabilitet. Dette på tross av at de fleste i familien, på skolen, og helsepersonell kjente til problemene i hjemmet, og at de så at det skapte problemer for ungdommen. Ungdommene følte seg usynlige i sammenheng med den syke forelderen. De følte også mangel på tillit hos helsepersonell da de opplevde at de ikke hadde tid til ungdommene. Flere av ungdommene var selv bekymret for å bli syke.

### 4.2 Artikkel 2

**«Det hjelper å snakke med barna» (Haukø & Stamnes, 2009).**

Dette er en fagartikkel som tar for seg viktigheten av tilrettelagt informasjon til barn av psykisk syke for å forebygge psykisk sykdom hos barna. Undersøkelsen ble utført ved psykiatrisk avdeling ved Sykehuset i Namsos, hvor ti familier deltok. Gjennomsnittsalderen på barna var 12 ½ år. Familiene deltok på informasjonsmøter rettet mot barna og foreldrenes psykiske sykdom. Hensikten med undersøkelsen var å avdekke om informasjonsmøtene hadde betydning for kommunikasjon, informasjon og om dette igjen bidro til bedre mestring

i hverdagen. Målet med informasjonsmøtene var å forebygge og redusere sjansen for at barna skal utvikle psykiske lidelser. Resultatet var at alle barna følte det hadde hjulpet å delta på møtene og at det ble bedre etterpå. Gjennomgående opplevde foreldrene at barna fikk økt kunnskap.

### 4.3 Artikkel 3

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

Denne fagfelleverderte forskningsartikkelen har brukt dybdeintervju som metode, og hadde som hensikt å undersøke hvordan helsepersonell opplevde å arbeide og ivareta barn som pårørende. Studien ble gjennomført i Midt-Norge fra fire forskjellige arbeidssteder, og baserer seg på fire ulike profesjonsutdanninger; spesialsykepleiere, sykepleier, vernepleier og spesialpedagog. Funn i studien viser at helsepersonell føler seg utrygge i rollen med å ivareta barn som pårørende. Dette fører igjen til at det tilfeldig hvilken hjelp barna får. Tidspress i arbeidshverdagen gjør at helsepersonell er usikre på hvor mye tid de kan bruke på barn som pårørende. Et av hovedfunnene var at spesialisthelsetjenesten bare delvis følger loven om barn som pårørende. Mange foreldre kvier seg for å informere helsepersonell om hjemmesituasjonen, fordi de er redde for at barnevernet skal bli innblandet. Videre kommer det frem at helsepersonell som jobber med barn som pårørende trenger klare og tydelige rammer, samt mer tid til pårørendearbeidet.

### 4.4 Artikkel 4

**«Living with mentally ill parent during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study» (Homlong, Rosvold, Sagatun, Wentzel-Larsen & Haavet, 2015).**

Denne studien baserer seg på en spørreundersøkelse fra 1999-2004. Studien ble gjort i seks ulike fylker i Norge, blant cirka 14 000 barn i alderen 15-16 år. De har også hentet data fra Statistisk Sentralbyrå og NAV frem til februar 2010. Hensikten med studien var å undersøke hvordan barn i denne aldersgruppen blir påvirket av foreldrenes psykiske helse. De sammenlignet hvordan barna opplevde foreldrenes psykiske lidelse med data fra NAV om



---

hvorvidt disse barna mottok sykepenger, trygd eller annen økonomisk støtte grunnet psykiske problemer etter de hadde fylt 18 år. Funn i studien viser at disse barna har økt risiko for manglende omsorg, uønskede livshendelser som vold og rusmisbruk, samt utvikling av psykiske lidelser selv. Å leve med en psykisk syk forelder utgjør en betydelig risiko for barnas utvikling, generelle helse og bruk av nasjonale helsetjenester og trygdeordninger. Studien understreker at helsepersonell står i en god posisjon til å identifisere barnets behov for hjelp og oppfølging.

## 4.5 Artikkel 5

**«Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre» (Vik, 2009).**

Dette er en fagartikkel som tar for seg konsekvenser for barn som vokser opp med en psykisk syk forelder. Artikkelen baseres på et prosjekt - Morild - som startet opp i Kristiansand i 1999. Målet med prosjektet var å utvikle metoder, tiltak, prosedyrer og rutiner som gjør det lettere å handle i forhold til barn med psykiske foreldre. I artikkelen kom det frem følgende konsekvenser for pårørende barn av psykisk syke: skam, skyldfølelse, ansvar, isolasjon, uforutsigbarhet, forvirring, redsel, nedstemthet og fysiske mangeltilstander. Videre står det noen enkle retningslinjer for å hjelpe disse barna:

- Gi barna kunnskaper
- Avlaste skyld og skam
- Lære barna ulike handlingsmuligheter
- Lære barna å oppdage og forstå egne behov, følelser og muligheter.
- Kommunisere budskapene: du er ikke alene, og du har rett til å ha det bra selv om ikke din forelder har det bra!

Artikkelen understreker at det må iverksettes tiltak ut fra barnets ressurser og mestringspotensial.

## 4.6 Artikkel 6

### **«Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer» (Halsa & Aubert, 2016)**

Denne fagfelleverderte artikkelen presenterer resultatet av studie med et målrettet tiltak i Asker og Bærum for barn med foreldre med psykisk sykdom, utført med oppstart i 2001. Barna deltok i gruppesamtaler med hensikt å bli bevisst egne følelser, lære å forstå foreldrenes problemer, og finne mestringsstrategier. Disse gruppene var et psykopedagogisk samarbeid mellom Asker og Bærum kommune, og Vestre Viken. I 2009 ble studien gjennomgått på nytt med analyser av evalueringsskjema av brukertilfredshet, spørreskjema til foreldrene, og kvalitative individuelle intervjuer med noen utvalgte barn og foreldre. Til sammen deltok 164 barn i aldersgruppen 7-16 år. For å belyse samarbeid mellom kommune og oppdragsgiver (Vestre Viken Helseforetak) og få synspunkter fra andre tjenester ble det utført fokusgruppeintervjuer. Målet med studien var å utforske forhold som kan bidra til å skape holdbare forebyggende tiltak, da disse barna har høy risiko for å utvikle psykososiale problemer. Studiens funn bekrefter at forebyggende arbeid for barn i disse familiene er komplisert hvor helsepersonell stadig utfordres, da ingen barn eller familier er like. Det viser seg allikevel at barna kan få hjelp og støtte i å møte andre barn i samme situasjon, hvor de får større forståelse for sin situasjon og blir fratatt skyldfølelse. Det er også viktig å være klar over at tilbudet når et mindretall av barn og familier som trenger hjelp, og at det er langsiktig og målrettet forebyggende satsning hvor alle tjenester og nivåer spiller på lag slik at barna og familiene får tilpasset hjelp.

## 4.7 Analyse/sammendrag av artiklene

Artikkel 1 og 4 viser at det utgjør en betydelig risiko for barns utvikling å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser, dersom de opplever mangel på informasjon og åpenhet. Dette fører igjen til frykt, uforutsigbarhet og ustabilitet for barna. Artikkel 6 belyser det forebyggende arbeidet og støtten barn kan få ved å møte barn i samme situasjon. Ved at barna får en forståelse rundt sin situasjon, gjør at de blir fratatt skyldfølelse. Dette støttes opp av fagartikkel 2, som tar for seg viktigheten av tilrettelagt informasjon gjennom informasjonsmøter til barn av psykisk syke. Hensikten med disse møtene var å fremme

kommunikasjon, informasjon og bidra til mestring i hverdagen. Resultatet viste at barna følte det hadde hjulpet dem og at det ble bedre etterpå. Artikkel 3 og 6 sier noe om at det er vanskelig for helsepersonell å ivareta barn som pårørende. Ulikhetene ved de to artiklene er at artikkel 3 omhandler helsepersonells utrygghet og tidspress rundt ivaretagelsen av barn, da de mangler klare og tydelige rammer. Artikkel 6 sier noe om at det forebyggende arbeidet er komplisert, da ingen barn eller familier er like. Alle artiklene påpeker viktigheten av å gi barn informasjon for å forebygge uhelse.

## 5. Drøfting

I dette kapittelet kommer vi til å drøfte problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon og samtale forebygge psykiske problemer hos barn når mor eller far har en psykisk lidelse?*» opp mot teori, forskning og egne erfaringer gjennom praksis. Drøfting defineres som å ta for seg og diskutere noe fra ulike perspektiv. Det innebærer analyse, vurdering og tolkning av funnene (Dalland, 2017, s. 200). Vi har valgt å dele drøftingen inn i tre ulike kapitler: sykepleierens rolle i det forebyggende arbeidet med pårørende barn, relasjon som grunnlag for en god samtale og barnets behov for informasjon.

### 5.1 Sykepleierens rolle i det forebyggende arbeidet med pårørende barn

I forskning kommer det frem at barn som har foreldre med en psykisk lidelse, har større risiko for å utvikle en psykisk lidelse selv (Homlong, Rosvold, Sagatun, Wentzel-Larsen & Haavet, 2015). Barn av psykiske syke er en særlig utsatt gruppe når det gjelder å utvikle psykiske lidelser, og det krever tiltak på mange nivåer for å forebygge dette (Bugge & Røkholt, 2009, s. 59). Forebyggende arbeid vil si å hindre at noe skjer, og er tiltakene som blir iverksatt før sykdom eller kliniske symptomer oppstår (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 153). For at barn ikke skal utvikle psykiske lidelser, er det viktig at hele familien får hjelp tidlig, og ikke bare den som er syk (Moen, 2009, s. 26). Travelbee (2001) har fokus på at sykepleieren skal hjelpe et individ eller familie til å forebygge eller mestre en sykdom eller lidelse (s. 29). I studien utført av Halså og Aubert (2016) står det at helsepersonell utfordres i det forebyggende arbeid for barn i familier hvor en eller begge foreldrene har en psykisk sykdom, da barn og familier har ulikt utgangspunkt og ingen er like (s. 81).

I følge helsepersonelloven har sykepleier plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende til foreldre (1999, § 10 a). Nyere forskning viser at helsepersonell føler seg utrygge og usikre når de skal ivareta barn som pårørende. Det kom frem i undersøkelsen at helsepersonell opplever tidspress, og at de er usikre på hvor mye tid de kan bruke på kartlegging av barnas situasjon (Hjelmseth & Aune, 2018). Hvordan skal da disse barna få den hjelpen de har rett til? I praksis har vi erfart at det er svært individuelt hvorvidt barn som pårørende blir

---

ivaretatt av sykepleier. Noen har vært usikre på hvordan de skal møte barna, fordi de føler ikke de har nok kompetanse innenfor dette feltet. Vi har observert at de sykepleierne med videreutdanning eller lenger erfaring i yrket sitt har vært bedre rustet til å kartlegge situasjonen rundt barna. I teorien står det at det beste vi kan gjøre for barn av disse pasientene er å definere dem som personer i risikosone, og da jobbe forebyggende i stedet for å behandle i ettertid (Smeby, 2001, s 119).

Personer med alvorlige psykiatriske lidelser har færre barn enn de som ikke har en slik lidelse. Allikevel øker stadig antallet barn som har en mor eller far som sliter psykisk (Smeby, 2001, s 119). Fra samfunnets side er det ønskelig med integrering til et normalt liv for disse familiene. Det bygges oftere ned antall heldøgnsinstitusjoner (Smeby, 2001, s 119). Problemet med denne utviklingen er at vi i psykiatrien fortsatt ikke alltid anerkjenner at disse pasientene har barn (Smeby, 2001, s 119). Vi vet hva vi burde gjøre for å hjelpe disse pasientene til å mestre livet sitt bedre, men vi handler ikke alltid deretter (Smeby, 2001, s 119). Hvorfor er det slik? Joyce Travelbee (2001) skriver i sin teori at ansvaret for å følge opp og kartlegge barnas behov ligger fullt og helt hos sykepleieren. En pasient eller pårørende skal ikke trenge å be om hjelp til å dekke sine behov - en sykepleier skal kunne forutse de (s. 124). Sykepleieren klarer ikke å gi håp til andre, men hun kan legge til rette for å oppleve håp. Travelbee (2001) mener også at den profesjonelle sykepleieren ikke kan bruke mangelen på kunnskap som unnskyldning for å ikke forsøke å hjelpe den syke og deres familier (s. 124).

Vår oppgave som sykepleier er å koordinere samarbeid med andre profesjoner og etater dersom det er nødvendig, for å sørge for best mulig oppfølging av barna. Hjelmseth og Aune (2018) beskriver viktigheten å ha god tid i det koordinerende arbeidet. Dette arbeidet innebærer å ta telefoner og delta i møte med andre aktører. Yrkesgrupper og instanser som har en viktig rolle i hjelpetilbudet rundt barn og foreldre, kan være fastlege, helsesøster, skole/barnehage, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevern, om det er nødvendig (Bugge, Røkholt & Aamotsmo, 2015, s. 50). Vi har erfart at sykepleier fungerer godt som koordinerende ansvarlig, da det ofte har blitt avdekket tidlig om pasienten har mindreårige barn. Vi opplever at det ikke alltid har blitt gjennomført tiltak rundt barna. Dette kan ha en sammenheng med at sykepleier ofte har antatt at de blir ivaretatt av andre instanser eller pårørende. Vi opplevde det som at sykepleier ikke hadde tid eller kapasitet til å ivareta pårørende, da hovedfokuset var på pasienten. Forskning viser at

helsepersonell har for lite tid til å holde seg faglig oppdatert og gjøre seg kjent med ulike hjelpeprogrammer i forhold til oppfølgingen av barn som pårørende (Hjelmseth & Aune, 2018).

Teori sier at et viktig element for å kunne forebygge psykiske problemer hos disse barna er å ha foreldrene med på laget (Halsa, 2012, s. 154). Styrking av foreldrenes kunnskaper er en oppgave som må tas i betraktning. For at forebyggende tiltak skal nå frem til barna må helsepersonell komme i kontakt med barnas foreldre. Helsepersonell må snakke med foreldrene om det de opplever vanskelig knyttet til omsorgsoppgaver og det å være foreldre når man er psykisk syk (Halsa, 2012, s. 153-154). Glavin og Erdal (2013) skriver at hvordan foreldrene opplever kontakten med helsepersonell har betydning for om de samtykker til at tjenestene samarbeider (Glavin & Erdal, 2013, s. 57). Helsepersonell må derfor informere foreldrene om deres rettigheter og plikter, og hva de ulike tjenester kan bidra med av hjelp (Glavin & Erdal, 2013, s. 57). I forskningsgjennomgangen til Halså og Aubert (2016) sier en av mødrene i spørreundersøkelsen at barneverntjenesten hadde presset henne til å si ja til at sønnen skulle være med på gruppesamtaler angående hennes psykiske lidelse. Hun følte seg invadert og krenket til noe hun ikke kunne se hensikten med. Denne historien illustrerer hvor viktig foreldresamarbeidet er for å nå fram til barna (s. 77-78).

## 5.2 Kommunikasjon og relasjon som grunnlag for en god samtale

Travelbee (2001) belyser i sin teori at kommunikasjon er grunnlaget for å kunne etablere en relasjon og et menneske-til-menneske forhold (s. 135). Teori understreker at en relasjon er vesentlig for å kunne kommunisere og samtale med barnet (Eide & Eide, 2012). Gjennom erfaring fra praksis ser vi at nonverbal kommunikasjon er minst like viktig som verbal. Ofte kan nonverbal kommunikasjon ha sterkere gjennomslag hos barn enn verbal, da nonverbal kommunikasjon har et responderende språk (Eide & Eide, 2012, s. 198-199). Gjennom det nonverbale språket formidler sykepleieren interesse og vilje til å hjelpe, noe som er avgjørende for hvor trygg og ivaretatt pasienten føler seg (Eide & Eide, s. 198). I praksis har vi erfart at enkelte barn responderte godt da vi hadde et bekreftende kroppsspråk. Et eksempel var da en av oss møtte ei 13 år gammel jente som hadde en mor med en psykisk lidelse. Jeg observerte at jenta satt sammensunken, med armene rundt seg og så ned i bakken.

---

I møte med denne jenta hadde jeg fokus på å ha en vennlig og naturlig stemme, og en avslappet kroppsholdning. Hensikten var å gi barnet trygghet, opplevelsen av å bli sett og hørt, slik at hun fikk tillit til meg som helsepersonell i en vanskelig situasjon. Teori støtter opp under dette. Eide & Eide (2012) skriver at den viktigste funksjonen en sykepleier har er å møte den andre på en oppløftende og bekreftende måte. Slik kan nonverbal kommunikasjon bidra til å bygge relasjon og åpne opp for å dele tanker og følelser (s. 199). Dersom sykepleier opplever tidspress og ikke har tid til å følge opp, vil ikke da dette komme til uttrykk gjennom den nonverbale kommunikasjonen som blir formidlet til barna? Hjelmseth og Aune (2018) skriver at sykepleiere - spesielt på sengeposter - følte seg presset på tid. De hadde ingen reduksjon av ordinære arbeidsoppgaver, og beskrev tid som en viktig rammefaktor for å oppnå trygghet og relasjon til pasient og pårørende.

I teorien står det at barn fra 12 år og oppover kan i stor grad følge en voksen verbal dialog (Eide & Eide, 2012, s. 372). Likevel bør barn møtes på en annen måte i samtale, enn de voksne (Smeby, 2001, s. 123). Det finnes ulike metoder for å gjøre kommunikasjon og samtalen med barn lettere. Vår erfaring fra praksis er at barn ofte kommuniserer lettere dersom de føler seg trygge i sine omgivelser eller har med seg personlige eiendeler, for eksempel en bamse eller en leke som symboliserer trygghet for barnet. Teori sier at viktig informasjon kan komme dersom barnet har noe «å holde på med» under en samtale, slik at man ikke sitter ansikt til ansikt med barnet (Ruud, 2011, s. 89). For barn fra 12 år og oppover er selvfølelsen utsatt, og de søker ofte bekreftelse hos voksne (Eide & Eide, 2012, s. 372). Det er viktig å møte barnet med en bekreftende og oppmuntrende væremåte. Mangel på bekreftelse kan føre til usikkerhet, skriver Eide & Eide (2012, s. 372). Sykepleier må tilpasse seg barnet for å oppnå tillit og kontakt (Eide & Eide, 2012, s. 199). Det kan være nødvendig med ulike hjelpemidler for at barnet skal kunne uttrykke følelsene sine som er naturlig for den alderen de befinner seg i. Det kan være til hjelp å rette oppmerksomheten til noe barnet er interessert i, som for eksempel bilder, fortellinger eller tegninger (Eide & Eide, 2012, s. 373).

Nordenhof (2012) skriver at en samtale med barn som pårørende kan bestå av tre deler; informasjonsgivende, støttende og avdekkende. Den informasjonsgivende samtalen dreier seg om å informere barnet om foreldrenes sykdom eller problem (s. 56). I forskning står det at barna fikk en større forståelse rundt foreldrenes lidelse når helsepersonell hjalp til med å sette ord på sykdom, symptomer, tanker og følelser. Barna følte seg tryggere og mer forstått når situasjonen rundt foreldrene ble snakket om. I etterkant av undersøkelsen opplevde barna

at de forsto hva som feilte mamma eller pappa (Haukø & Stamnes, 2009, s. 34). For å kunne informere må sykepleier se hvilket utviklingsnivå barnet befinner seg i og sette dette opp mot barnets modenhet. Barn i aldersgruppen 12-16 år søker etter sin egen identitet, og kan veksle mellom ulike typer atferd (Håkonsen, 2014, s. 59). Sykepleier må derfor ha en affektiv inntoning utfra barnets reaksjoner og fremferd (Ruud, 2011, s. 58). Dersom sykepleier har evne til å sette seg inn i- og dele barnets følelser og affekter, er det større sannsynlighet for at barnet utvikler en trygg tilknytning (Ruud, 2011, s. 58). Affekt toleranse og affekt bevissthet kan påvirke sykepleierens kommunikasjon og handlinger, noe som kan skape konsekvenser for hvordan sykepleier møter og behandler disse barna (Eide & Eide, 2012, s. 49).

I teori står det at barn ofte kan være redd for å fortelle andre om hvordan de har det, fordi de er redd for konsekvensene (Ruud, 2011, s. 187). Barnet trenger bekreftelse og støtte på at det de føler og opplever er normalt (Nordenhof, 2012, s. 57). I praksis opplevde vi nytte av å snakke med pårørende barn om andre barn i samme situasjon. Vi kunne for eksempel si: «Jeg har snakket med mange barn som har mammaer som er deprimerte. Noen synes det er trist og leit å ta med seg venner hjem, men tør ikke si det til mamma, i tilfelle mamma blir enda mer lei seg». Vi opplevde at barna ble mer oppmerksomme på det vi snakket om. Ruud (2011) skriver at barn har god støtte av å kjenne igjen lignende opplevelser hos andre barn selv om de ikke møter dem i grupper (s. 188). Psykiske lidelser er tabubelagt og barna føler seg ofte veldig ensomme og alene med tanken sine. Bugge & Røkholt (2009) skriver at det er viktig å bekrefte barnas opplevelser og normalisere reaksjonene deres (s. 59). Det å generalisere, eller allmenngjøre situasjonen barnet opplever, kan minske denne ensomheten og skape avstand til situasjonen (Ruud, 2011, s. 103). Fagartikkelen «Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre» skriver at det er viktig å kommunisere budskapet «du er ikke alene, og du har rett til å ha det bra selv om mor eller far ikke har det bra!» (Vik, 2009).

Barnet trenger et nyansert bilde av hva som ligger i begrepet psykisk sykdom og at det er like vidt som begrepet fysisk sykdom (Glistrup, 2004, s. 33). Det trenger også en sykepleier som er faglig og personlig fortrolig med det å kunne snakke om sykdommen (Glistrup, 2004, s. 33). Den avdekkende samtalen har til hensikt å få informasjon om barnets konkrete opplevelser og erfaringer knyttet til foreldrenes vanskeligheter. Dette gjør sykepleier bedre rustet til å hjelpe barnet (Nordenhof, 2012, s. 58). Barn kan ha vansker med å uttrykke sine behov til oss voksne. De er lojale overfor sine foreldre og vil derfor ikke alltid være ærlige dersom vi spør hva de trenger. Fra deres perspektiv skal de samarbeide så mye som mulig



---

med deres sårbare foreldre. Barns bevissthet overfor egne behov kan være så svake at de vil ivareta foreldrenes behov over sine egne. Det å få tilbud til å snakke i grupper med barn i samme situasjon kan derimot vekke interesse hos barnet (Glistrup, 2004, s. 33). Dette er noe forskning også viser. I studien «Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer» kommer det frem at barn kan få hjelp og støtte i å møte andre barn i samme situasjon. De vil da få en større forståelse for situasjonen de står i (Halsa & Aubert, 2016).

### 5.3 Barnets behov for informasjon

Forskning viser at informasjonsmangel, ofte fører til frykt, uforutsigbarhet og ustabilitet hos barnet (Trondsen, 2012). Teori sier at kunnskapsmangel gjør at barna står alene med å forstå mamma eller pappa sine reaksjoner, og at dette fører til skyldfølelse og skam hos barnet (Glistrup, 2004, s. 136). Fagartikkelen «Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre» understøtter dette og skriver at de største konsekvensene for pårørende barn av psykisk syke er skyldfølelse, ansvar, isolasjon, uforutsigbarhet, forvirring, redsel og nedstemthet (Vik, 2009). Spørsmålet blir da, hvordan kan vi trekke barna inn slik at de får tilstrekkelig informasjon uten at de blir så involvert at de presses til å ta et for stort ansvar? (Nordenhof, 2012, s. 28).

Teorien sier at informasjon og støtte til barn som pårørende er avgjørende, og at åpen og direkte kommunikasjon reduserer ubehag og sorg (Eide & Eide, 2012, s. 374). Forskning støtter dette. Artikkelen «Det hjelper å snakke med barna» viser til hvor viktig det er med tilrettelagt informasjon til barn som pårørende. Dette innebærer også å oppklare barnas feiltolkninger av foreldrenes sykdom (Haukø & Stamnes, 2009). Glistrup (2004) skriver i boken «Det barn ikke vet ... har de vondt av» at barn alltid er gamle nok til å få ting forklart, men at det må tilpasses alderen til barnet (s. 135). I praksis har vi opplevd barn som ikke har fått informasjon eller blitt sett som pårørende. En grunn kan være at foreldre og helsepersonell har forsøkt å skjerme barna fra forelderens lidelse ved å ikke snakke med barnet, og rett og slett late som ingenting er galt.

I følge forskningsartikkelen «Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende» opplever helsepersonell tidspress i arbeidsdagen og er usikre på hvor mye tid de kan bruke til pårørende arbeidet (Hjelmseth & Aune, 2018). Glistrup (2004) skriver at

usikkerhet og kunnskapsmangel gjør at barna ofte blir stående alene med å forstå mamma eller pappa sine reaksjoner (s. 13). Barnet kan tro at det er deres skyld at mor eller far er syk, og lever med en belastning fram til noen snakker med de om det som skjer (Moen, 2009, s. 28). Resultatet av at barnet ikke får tilstrekkelig med informasjon, er at det danner seg sin egen forståelse og sannhet av situasjonen rundt sykdommen til sin forelder (Glistrup, 2004, s. 136). Konsekvensene kan bli store dersom man lar barn være alene med bekymringer og sorg (Glistrup, 2004, s. 135).

I forskningsartikkelen til Marianne Trondsen (2012) står det at barn som pårørende ikke får tilstrekkelig informasjon om foreldrenes lidelse av familien, skolen og helsepersonell. Det kommer frem i undersøkelsen at barnet selv er bekymret for å bli syk, og at det føler seg usynlig i sammenheng med den syke forelderen. Teori viser at sykepleier må kartlegge hva barnet vet, hva barnet trenger å vite og hvilke opplevelser barnet har hatt i forbindelse med sykdommen til mamma eller pappa (Bugge & Røkholt, 2009, s. 20). En slik samtale bør inneholde:

- Navnet på sykdommen, og hvilke trekk denne sykdommen kan ha
- Hvordan man får denne lidelsen
- Om den er arvelig
- Om man kan dø av den
- Hvem skal ta vare på barnet om mor eller far ikke blir frisk
- At det ikke er barnets skyld at mor eller far blir syk igjen
- Om mor eller far kommer til å bli frisk (Smeby, 2006, s. 124)

Det er også viktig å gi barnet bekreftelse på mestringen og en forklaring på det som skjer rundt mor eller far. Man bør også være sensitiv ovenfor det barnet kan ha opplevd, og dets reaksjoner rundt dette. Barnet bør få en sykepleier det skal forholde seg til, og som det kan ta kontakt med dersom det skulle oppstå en krise (Smeby, 2006, s. 124-125). En god samtale med barn i krisesituasjoner er å forklare, gjøre situasjonen håndterbar og begripelig på en så trygghetsskapende måte som mulig (Raundalen & Schultz, 2008, s. 108). Halså og Aubert (2016) skriver i forskningsartikkelen «Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer» at det forebyggende arbeidet for barn i disse familiene er å gi informasjon og støtte. Dette er en langsiktig og målrettet satsning, hvor alle tjenester og nivåer må spille på lag, slik at barna og familiene får tilpasset hjelp.

Ved å nettopp informere barnet og snakke om problemene det opplever, kan man sette et navn på foreldrenes sykdom og atferd, og berolige barnet med at mor eller far får hjelp til å bli bedre. Dette vil opplyse barnet og gi kunnskap og innsikt slik at det slipper å bære på ansvaret de føler for at forelderen skal ha det bra (Moen, 2009, s. 28-29). Haukø og Stamnes (2009) skriver at ved å prate om foreldrenes sykdom og frata barnet ansvar, skyld og skamfølelse, vil barnet forstå sykdommen bedre, få økt trygghetsfølelse og bedre mestring i hverdagen. Sykepleier kan forebygge at barnet tror det er deres feil at forelderen er syk og at det ikke er noe barnet har sagt eller gjort som har utløst atferden til mor eller far. Dette gir barnet større muligheter til å utvikle en sterk og uavhengig identitet. For noen barn vil det utgjøre en stor forskjell å bare vite at det er andre som vet hvordan de har det, og som tør å sette ord på det (Moen, 2009, s. 28-29).

## 6. Konklusjon

Vi har fordypet oss i forskning og litteratur, og har kommet frem til at informasjon og støtte må tilpasses hvert enkelt barn ut fra situasjon, utviklingsstadium og modenhet. Funn i forskning tyder på at barn som pårørende føler seg lite informert og dårlig ivaretatt (Trondsen, 2012). Alle pårørende barn har ulike behov og må sees som et unikt individ. Gjennom studiet vårt ser vi at barna må ivaretas på en mer systematisk måte enn i dag. Barn må i første omgang oppdages, og de må få anledning til å snakke med voksne slik at de får den informasjonen de trenger om foreldrenes tilstand. Barn av psykisk syke trenger informasjon som er tilrettelagt deres alder. I tillegg må foreldrene få informasjon og støtte for at de skal kunne ivareta foreldrerollen (Bugge & Røkholt, s. 65). Vi ser gjennom undersøkelsen hvor viktig det er med en god relasjon mellom sykepleier og barnet. Hvorvidt en relasjon oppnås eller ikke baseres på sykepleiers holdninger, væremåte og utstråling, samt barnets opplevelse av tillit og trygghet til sykepleier. Gjennom nonverbal kommunikasjon og et bekræftende kroppsspråk i samtalen, ser vi at sykepleier kan bygge relasjon til barnet. Barnet vil på den måten oppleve å bli sett, og sykepleier viser at hun har tid og kompetanse til å ta imot de vanskelige følelsene. Det er viktig å bekrefte barnas opplevelser og normalisere reaksjonene deres (Bugge & Røkholt, 2009, s. 59). I tillegg er det sykepleierens ansvar og plikt å sørge for at barnet blir ivaretatt ved å ha kjennskap til lovverket, samt andre instanser som eksisterer for disse barna. Sykepleier skal fremme håp for fremtiden, og fjerne skyld og skam for å forebygge psykiske problemer hos barn av psykisk syke foreldre. Slik vi ser det gjennom teori, forskning og egne erfaringer, vil sykepleier kunne forebygge psykisk problemer gjennom samtale med barnet, dersom barna blir tatt på alvor og sykepleier er modig nok til å møte barna der hvor de er følelsesmessig. Sykepleier er pliktig, gjennom helsepersonelloven §10 a, til å ivareta barn som pårørende, og er da også pliktig til å innhente den kunnskapen som trengs for å kunne gjøre det. Vi ser at den kunnskapen vi har tilegnet oss etter å ha skrevet denne oppgaven kan brukes i alle møter med barn, og ikke bare innenfor psykiatri. I arbeidet som gjenstår for å oppnå målsetningen ser vi at sykepleiere må ha større fokus på ivaretagelse av barna. Sykepleier må ha klare rammer for tid og ansvarsfordeling fra ledere, samt veiledninger for å bli tryggere i det forebyggende arbeidet med barna. Sykepleiere må stå sammen for å verne om og bygge opp sterke barn, da de er vår fremtid.

---

## Litteraturliste

- Aarø, L. E., Samdal, O. & Wold, B. (2017). *Psykisk helse blant ungdom*. I K-I. Klepp & L. E. Aarø (red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 82-105). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Braut, G. S. (2018). Helsevesen. I *store medisinske leksikon*. Hentet 9.mai 2018, fra <https://sml.sn.no/uhelse>
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2014). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bugge, K. E. & Røkholt, E. G. (2009). *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bugge, K. E., Røkholt, E. G. & Aamotsmo, T. (2015). En tiltakskjede for ivaretagelse av barn som pårørende. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 45-64). Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Doesum, K. V. (2015). Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 29-44). Bergen: Fagbokforlaget
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- \*Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge*. (3.utg.). Kommuneforlaget: Oslo
- \*Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet... har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum
- \*Guttu, T. (2005). *Norsk ordbok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal
- \*Halsa, A. & Aubert, A-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske problemer. *Fokus på familien* 44(1), 67-88. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06>

\*Haugen, R. (Red.) & Bjerke, T. (2006). *Barn og unges læringsmiljø 1* (2. utg.)

Kristiansand: Høyskoleforlaget

\*Haukø, B. H. & Stamnes, J. H. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien* 97(11), 32-35. Hentet fra

<https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/262251.pdf?c=1410453533>

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

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2018). Hentet fra <https://lovdata.no>

\*Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien Forskning* 13(65521).

<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2018.65521>

\*Homlong, L., Rosvold, E. O., Sagatun, Å., Wentzel-Larsen, T. & Haavet, O. R (2015). Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC Public Health* 15:413, 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1734-1>

Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. J. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2015). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (2. utg., s. 337-385) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

---

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E-A. (2015). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s.17-19). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lindboe, B. & Kufås, E. (2015). Forebyggende familieteam i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 113-122). Bergen: Fagbokforlaget

\*Mathiesen, K. S., Karevold, E. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

\*Moen, G.L (2009) *Barns møte med psykisk lidelse, en datters historie*. Oslo: Cappelen Damm AS

\* Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget

\*Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra [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)

\*Raundalen, M. & Schultz, J-H. (2008). *Kan vi snakke med barn om alt?* Oslo: Pedagogisk Forum

\*Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Smeby, N. A. (2001). Samarbeid med familien i psykiatrien. I M. Kirkevold & K. S. Ekern (red.), *Familien i sykeplefaget* (s. 108-129). Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Trondsen, M. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents Experiences and Perspectives. *Qualitative Health Research* 22(2), 174-188. <https://doi.org/10.1177/1049732311420736>

\*Torvik, F. A Rognmo, K. (2011) Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. *Folkehelseinstituttet*

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

\*Vik, K. (2009). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien*, 90(7).

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0021>

Ytterhus, B. (2012) Hva er «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid.

I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 18-43).

Oslo: Abstrakt Forlag



---

## Vedlegg 1

Søkehistorikk (09/04/18- 23/04/18):

### **Artikkel 1: “Children living with a mentally ill parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives”:**

Vi søkte i Oria med søkeordene: “children living with mentally ill parent”. Vi fikk da 11825 treff. Vi avgrenset så til artikler fra 2008-2018. Dette førte til 5937 treff. Vi avgrenset til fagfelleverdert tidsskrift og fikk 3987 treff. Treff nr. 3: “Children living with a mentally ill parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives” av Marianne Trondsen fra 2012. Hun viste seg å være en norsk forfatter som vi hadde sett i en bok vi hadde hørt om tidligere, ”Familier i motbakke”, som vi anvender i oppgaven. Artikkelen passet godt til vår problemstilling og den var relevant da den er skrevet i Norge.

### **Artikkel 2: «Det hjelper å snakke med barna»**

Vi gikk inn på sykepleien.no og søkte på barn som pårørende. Vi huket av for ”fag” og tidsavgrenset fra 2008-2018. Vi fikk da 93 treff. Vi søkte på nytt med søkeordene: samtale med barn som pårørende og huket av for ”fag” og tidsavgrenset fra 2008-2018. Vi fikk da 47 treff. Vi fant ingen relevante artikler og søkte igjen med søkeordene: snakke med barn som pårørende, huket av for ”fag” og tidsavgrensing fra 2008-2018. Vi fikk da 35 treff. Vi leste gjennom artikkel nr. 3 og 4. Artikkel nr. 4 var fra 2009 og handler om viktigheten av å informere barn som pårørende til psykisk syke.

### **Artikkel 3 «Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende»**

Vi gikk inn på sykepleien.no og søkte på barn med psykisk syke foreldre. Vi avgrenset til ”fag” og ”forskning”, og fikk 41 treff. Vi avgrenset videre til 2008-2018 og fikk 15 treff. Artikkel nr. 1 og 2 var samme, men på engelsk og norsk. Vi valgte den norske, da det blir mindre språkbarriere og nyansene blir ikke borte i oversettingen. Artikkelen heter: «Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende». Den virket veldig interessant i forhold til vår oppgave, da den belyser helsepersonells synspunkt på tidspress og ivaretagelse av barn. Den fagfelleverderte artikkelen er skrevet i 2018, noe vi anser som meget relevant og spennende, da den er relativt ny og oppdatert.

**Artikkel 4: “Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study»**

Vi søkte i Oria med søkeordene “living with a mentally ill parent” og fikk 13058 treff. Vi avgrenset til artikler fra 2010-2018, og fikk 9118 treff. Vi søkte på nytt med søkeordene: “adolescents living with mentally ill parent” og fikk 17 treff. Vi leste gjennom sammendrag på flere av artiklene, og i artikkel nr. 6 viste seg å passe godt til vår problemstilling. “Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study” (Report). Denne forskningsartikkelen er fra 2015.

**Artikkel 5: «Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre»**

Vi gikk inn på sykepleien.no og søkte med søkeordene: ”barn med psykisk syke foreldre”. Vi huket av for ”fag”, og tidsavgrenset fra 2008-2018. Vi fikk da 25 treff. Artikkel nr. 3 hadde overskriften: Et bedre liv for barn med psykisk syke fra 2009. Vi leste gjennom artikkelen og fant ut at den var meget relevant for vår oppgave.

**Artikkel 6: «Forebyggende arbeid med barn når mor eller har psykiske problemer»:**

Vi søkte i Oria med søkeordene: “forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske problemer”. Vi fikk da 12 treff og avgrenset søket til artikler fra 2010-2018 og fikk 7 treff. Vi valgte å lese gjennom artikkel nr. 1 og 2 som hadde samme forfattere. Vi valgte da artikkel nr. 1. Dette er en artikkel og et sammendrag av en forskningsrapporten som var treff nr. 2 i søket vårt. Vi leste begge to og valgte sammendraget da den er enklere å lese og er fagfellevurdert og publisert. Den heter «Forebyggende arbeid med barn når mor eller har psykiske problemer» og er fra 2016.