



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling Folkehelse

Tonje Elise Rønning og Sandra Høines

Veileder: Liv Ødbehr

Bacheloroppgave i sykepleie

# **Hva med meg? – barn av psykisk syk forelder**

What about me?  
– child with mental ill parent

Antall ord: 11 780

Bachelor i Sykepleie

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

# Norsk sammendrag

**Tittel:** Hva med meg? – barn av psykisk syk forelder.

## **Kapittel 1, Innledning**

- **Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å oppnå bredere forståelse og økt kunnskap om hvordan sykepleier kan styrke opplevelsen av mestring, hos ungdom av forelder med psykisk lidelse.
- **Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier styrke opplevelsen av mestring hos ungdom i krise, som pårørende av forelder med psykisk lidelse?

**Kapittel 2, Metode:** Besvarelsen er en fordypningsoppgave basert forskning, faglitteratur og erfaringer fra praksis.

**Kapittel 3, Teoretisk referanseramme:** Teoridelen beskriver grunnleggende informasjon om ”barn som pårørende” med fokus på ”barn i krise”, ”sykepleie til barn i krise”, samt en presentasjon av metoden ”Barnas time”. Under ”barn i krise” ses dette i sammenheng med stress, utviklingspsykologi og krisereaksjoner. Videre presenteres resiliens, mestring og sykepleie til barn i krise. I ”sykepleie til barn i krise” brukes Lazarus og Folkmans stressmestringsteori som utgangspunkt.

**Kapittel 4, Diskusjon:** I diskusjonskapitlet drøfter vi hvordan sykepleier kan evne og styrke barn som pårørendes mestringsopplevelse, gjennom å fremme barnas emosjonelle, kognitive og instrumentelle kontroll.

**Kapittel 5, Konklusjon:** For at sykepleier skal kunne hjelpe barn som pårørende til å styrke sin opplevelse av mestring ser vi en stor indirekte verdi av å styrke barnets kognitive, emosjonelle og instrumentelle kontroll. Samtlige av de tre kontrollperspektivene har i seg selv god verdi for barnets opplevelse av mestring, men sett i både et her-og-nå-, og i et langtidsperspektiv avhenger dette derimot av en kombinasjon av kontrollperspektivene.

**Vedlegg 1:** PICO-skjema og MeSH-termer.

**Vedlegg 2:** Oversiktstabell over anvendt søkehistorikk.

”Det verste med å vokse opp med en mamma som hadde alvorlig psykisk lidelse var ikke det å få ansvar som husmor fra 12-årsalderen. Akkurat det har jeg jo hatt nytte av senere i livet – jeg er blitt flink til å planlegge og kjempegod til å vaske! Det verste med å være pårørende som barn til en mor som var innlagt på psykiatrisk avdeling store deler av året var å måtte være som en mor for mamma når jeg som 15-åring besøkte henne på psykiatrisk avdeling; snakke om noe annet og massere henne på skuldrene. Skulle ønske at en av sykepleierne tok meg til side og forklarte meg at tvangstankene og tvangshandlingene hennes skyldtes sykdom – og ikke at hun var vrang eller vanskelig – og tørket tårene som fikk fritt utløp i den lange korridoren jeg gikk alene etter besøket. Da hadde jeg kanskje unngått de posttraumatiske stressreaksjonene jeg har måttet bære i ryggsekken resten av livet”.

Datter, 60 år.

---

## Innhold

<b>NORSK SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 FAGLIG BEGRUNNELSE .....	6
1.2 PERSONLIG BEGRUNNELSE .....	7
1.3 HENSIKT.....	8
1.4 PROBLEMSTILLING .....	8
1.5 AVGRENSNING .....	8
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	9
<b>2. METODE</b> .....	<b>11</b>
2.1 PRESENTASJON AV VALGT METODE .....	11
2.2 LITTERATURSØK.....	11
2.2.1 <i>Inklusjonskriterier</i> .....	11
2.2.2 <i>Eksklusjonskriterier</i> .....	12
2.2.3 <i>Søkehistorikk</i> .....	12
2.3 VALG AV LITTERATUR.....	12
2.4 PRESENTASJON AV FORSKNING.....	13
2.4.1 <i>Barns opplevelse og håndtering</i> .....	14
2.4.2 <i>Helsepersonells opplevelser og håndtering</i> .....	15
2.4.3 <i>Oversiktstabell</i> .....	16
2.5 KILDEKRITIKK.....	17
2.6 ETISK VURDERING .....	17

---

<b>3. TEORETISK REFERANSERAMME.....</b>	<b>18</b>
3.1 BARN SOM PÅRØRENDE .....	18
3.1.1 <i>Barn i krise</i> .....	19
3.1.2 <i>Resiliens</i> .....	22
3.1.3 <i>Mestring</i> .....	23
3.2 SYKEPLEIE TIL BARN I KRISE.....	24
3.3 BARNAS TIME .....	26
<b>4. DISKUSJON .....</b>	<b>28</b>
4.1 EMOSJONELL KONTROLL .....	28
4.2 KOGNITIV KONTROLL .....	31
4.3 INSTRUMENTELL KONTROLL.....	34
<b>5. KONKLUSJON .....</b>	<b>37</b>
<b>6. LITTERATURLISTE .....</b>	<b>39</b>
<b>7. VEDLEGG 1 .....</b>	<b>43</b>
<b>8. VEDLEGG 2 .....</b>	<b>44</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Faglig begrunnelse

En ny rapport om barn som pårørende i Norge viser i dag hele 410 000 barn hvor en eller to foreldre lever med psykisk lidelse (Talseth, Bratvold, Gjertsen, Steneby & Kristiansen, 2014). Hvert år vil i tillegg rundt 65 000 barn oppleve at en av deres foreldre mottar behandling i psykisk helsevern, noe som kan føre til stor omveltning i familiehverdagen. Mindreårige har både behov for informasjon og oppfølging som pårørende (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). For å sikre helsepersonells identifisering og oppfølging av pårørende barn, vedtok derfor stortinget endringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven i 2009 (ikr. 1. januar 2010). I Helsepersonelloven (1999) §10a og §25, og i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-7 finner vi at som ytere av helsehjelp til pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, er helsepersonell ikke bare pliktig til ta vare på pasientene, men også deres barns behov (Helsepersonelloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

Det å mestre rollen som pårørende og sette grenser for seg selv viser seg å være svært utfordrende, særlig for tidlig ungdom i denne situasjonen (Haukø & Stamnes, 2009a). Faglitteratur viser til gjentakende konsekvenser hos barn som pårørende, eksempelvis søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og skoleproblemer. På grunn av forelderens lidelse kan barnet oppleve å ikke bli sett med tanke på egne behov, eller oppleve manglende tillit til forelderen. Dette kan for mange føles uforutsigbart og utrygt. Haukø og Stamnes poengterer også problematikk rundt skyldfølelse hos barn som pårørende, samt skam over forelderens lidelse. Her ses derfor et tydelig behov for sykepleiers intervensjon, da denne yrkesgruppen møter barn som pårørende tidlig i forbindelse med forelders innleggelse i helseinstitusjon. Selv om vi ser at målet på lang sikt er å forebygge fremtidig problematikk hos barna, vil vi i denne oppgaven fokusere på det sykepleier kan bidra med i forelderens innleggelsesperiode (Haugland et al., 2012). Ved tidlig intervensjon kan man starte arbeidet for at barna og foreldrene blir i bedre stand til å mestre situasjonen.

Det store paradokset er at vi ikke vet nok om denne gruppen. Fagfolk i voksenpsykiatrien synes i tillegg å være usikre når det kommer til dialog med pasientene om deres foreldrerolle og foreldrefungering (Aamodt & Aamodt, 2005; Houlihan, Sharek, & Higgins, 2013). De

---

uttrykker også usikkerhet om de skal snakke med barna, og eventuelt hvordan. Dette mener vi bidrar til ytterligere usynliggjøring av de som kanskje trenger det mest.

Per dags dato pågår det nå en ny norsk kvantitativ undersøkelse om barn som pårørende, med prosjektslutt desember 2016 (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, s.a.). I forbindelse med en reportasje på riksdekkende tv har prosjektleder Torleif Ruud nylig uttalt seg om barn som pårørende, og behov for økt fokus på denne målgruppen. Dette både med tanke på barnas aktuelle situasjon, og tatt i betraktning hvilken hjelp de faktisk får. Denne uttalelsen underbygger igjen vår begrunnelse for temaets aktualitet.

Selv om noe kan være juridisk riktig er det ikke gitt at dette samtidig er etisk akseptabelt. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere skal vise respekt og omtanke for de pårørende (Norsk sykepleieforbund, 2011). Samtidig kan vår evne til å vise denne omtanken begrenses, både hvis barnet ikke vil ha kontakt eller hvis forelderen ikke ønsker det. Her blir igjen sykepleierens essensielle funksjon etterspurt, nemlig det å vise omsorg, skjønn og etisk korrekthet.

## 1.2 Personlig begrunnelse

Gjennom bachelorutdanningens psykiatriemne ble målgruppen ”barn som pårørende” presentert. Dette var en ny og spennende vinkling av sykepleierens funksjon ovenfor ivaretagelsen av barn. Videre så vi at ivaretagelse av barnet indirekte også kan føre til god sykepleie til pasienten. I tillegg har personlig nettverk i ulike yrkesgrupper innen fagområdet bidratt til ytterligere engasjement for temaet. Fagpersonell som har bidratt til god drøfting av temaet er blant annet psykiater, psykiatrisk sykepleier, barneansvarlig ved psykiatrisk sykehus, spesialistpsykolog innen barn og ungdom, og familieterapeut og sosionom. Tross enkelte forelesninger om temaet gjennom høsten, og noe erfaring fra praksis, ser vi at dette er et svært aktuelt tema med stadig økende behov for oppmerksomhet. Tilstrekkelig kunnskap om målgruppen er derfor nyttig for oss som kommende sykepleiere.

Personlig føler vi at sykepleierens ivaretagelse av pårørende gjerne fortjener større omtale og fokus. Når den pårørende er et mindreårig barn blir situasjonen om mulig enda mer utfordrende, og vi ser derfor aktualiteten i å skrive om hvordan sykepleier kan bidra til å styrke mestringsevnen hos barn som pårørende.

## 1.3 Hensikt

Hensikten med denne fordypningsoppgaven er å oppnå bredere forståelse og økt kunnskap om hvordan sykepleier kan styrke opplevelsen av mestring, hos ungdom av forelder med psykisk lidelse.

## 1.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier styrke opplevelsen av mestring hos ungdom i krise, som er pårørende av forelder med psykisk lidelse?

## 1.5 Avgrensning

### *Valgt aldersgruppe*

Vi har valgt å begrense oppgaven til pårørende i aldersgruppen ”tidlig ungdom”.

Bakgrunnen for valget er det utfordrende skillet i overgangen mellom barn og voksen. Selv om vi beskriver barn i denne aldersgruppen under et samlebegrep, har vi tatt høyde for store individuelle forskjeller.

Man defineres som barn fram til myndiggjøring, ved fylte 18 år. I oppgavebesvarelsen vil vi likevel bruke begrepene barn, ungdom og tidlig ungdom synonymt.

### *Oppgavens kontekst*

Gjennom oppgavebesvarelsen refererer vi ofte til ”sykepleier”. Selv om det jobber mange videreutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, viser vi likevel hovedsakelig til grunnutdannede sykepleiere. Dette for å trekke oppgavens relevans opp imot eget utdanningsnivå. Ved henvisning til ”vi” og ”oss” menes derfor vi i vår rolle som grunnutdannede sykepleiere.

Da oppgavens fokus kun ligger på barnet og deres mestringsopplevelse, har vi valgt å ikke legge vekt på sykepleie til forelderens. Dette både med tanke på den syke og den friske forelderens. Med hensyn til kontekst avgrenses forelderens situasjon til ”psykisk lidelse”, uten å utdype diagnose, kjønn eller alder.



---

I punkt 3.1.1 ”Barn i krise” inkluderes kun Eide og Eides (2007) andre krisefase ”reaksjonsfasen”, samt kort om ”bearbeidelsesfasen” og ”nyorienteringsfasen”. Med institusjonstid som utgangspunkt vil sykepleier kun møte de pårørende barna i en begrenset periode. Det er i de tre nevnte krisefasene sykepleier kan ha størst påvirkningskraft når det kommer til styrking av pårørende barns mestningsopplevelse; direkte i reaksjonsfasen og indirekte i bearbeidelses- og nyorienteringsfasen. Teori om sykepleie utenfor disse er derfor lite anvendbar i vår kontekst.

Å ivareta barn som pårørende skjer gjennom flere faser i forelderens innleggelsesperiode, slik som det første møtet, kartlegging, veiledning og oppfølging. På grunn av oppgavens begrensninger i form av satt metode og størrelse, vil vi kun fokusere på hvordan sykepleier kan styrke opplevelsen av mestring.

Teorigrunnlaget baserer seg blant annet på Lazarus og Folkmans (1984) stressmestringsteori. Vi bruker teorien aktivt opp mot vår problemstilling, og utelater derfor visse aspekter.

Vi har avgrenset sykepleierens hjelp til ungdommens mestningsopplevelse ved å gjenvinne kontroll på tre områder – instrumentelt, kognitivt og emosjonelt. En studie gjort i Nederland bekrefter dette som tre essensielle områder pårørende trenger helsepersonells støtte på (Van der Sanden, Stutterheim, Pryor, Kok & Bos, 2014). Basert på dette, samt faglitteratur, er det disse aspektene vi ser på som mest kritiske sett opp imot problemstillingen.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgavens videre oppbygging består av fire hoveddeler; metode, teoretisk referanseramme, diskusjon og konklusjon. Innenfor de gitte hoveddelene har vi igjen valgt å dele inn stoffet i underoverskrifter for en mer ryddig og oversiktlig presentasjon av innholdet.

**Metodekapitlet** består av seks deler. Kapitlet innledes med en kort *presentasjon av valgt metode* og gjennomgang av *litteratursøket* vi har gjort i forbindelse med oppgaven. Sistnevnte inneholder tre underpunkter, hvor vi beskriver litteratursøkets *inkludjonskriterier*, *ekskludjonskriterier* og *søkehistorikk*. Videre refereres det til et generelt sammendrag av den *valgte litteraturen* for oppgavebesvarelsen. I delen om *presentert forskning* har vi sortert forskningen inn i to bolker; *barns opplevelse og håndtering* og *helsepersonells opplevelse og håndtering*. Forskningsartiklene presenteres også i en oversiktstabell for bedre

helhetsoversikt. Avslutningsvis i kapitlet tar vi for oss *kildekritikk* av det valgte fagstoffet, før vi runder av med den *etiske vurderingen* vi har tatt hensyn til underveis.

Den **teoretiske referanserammen** deles hovedsakelig inn i tre deler. I første del, *barn som pårørende*, presenteres barn i krise, sett i sammenheng med stress, utviklingspsykologi og krisereaksjoner. Videre beskriver vi resiliens og mestring opp imot valgt kontekst. I delen om *sykepleie til barn i krise* tas det utgangspunkt i Lazarus og Folkmans stressmestringsteori, sett sammen med Eide og Eides (2007) krisereaksjoner. Til slutt presenteres metoden *Barnas time*, som et bakteppe for oppgavebesvarelsen.

**Diskusjonskapitlet** bygger på sykepleiers evne til å styrke barn som pårørendes mestringsopplevelse. Her har vi tatt utgangspunkt i kontroll som nøkkelord. Kapitlet er igjen delt opp i tre deler, i den hensikt å gjøre drøftingen mer oversiktlig. Her har vi satt inndelingen *emosjonell, kognitiv og instrumentell kontroll*.

Til slutt i oppgavebesvarelsen har vi tatt med et eget **konklusjonskapittel**, hvor vi tar for oss resultatene og slutningene vi har dratt ut fra teorien og analysearbeidet for å besvare problemstillingen.

## 2. Metode

Ifølge Dalland (2012) defineres en metode som: ”en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (s. 111, sitat fra V. Auberts).

### 2.1 Presentasjon av valgt metode

Med bakgrunn i Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (2014) er metodevalget satt til ”en fordypningsoppgave basert på litteratur og kan bygge på erfaringer fra praksis”. Gjennom denne metoden er hensikten å samle inn aktuell og relevant litteratur, for så å finne ut hva forskning og teori sier om det valgte temaet. Den valgte metoden har den fordelen at kvalifiserte forfattere har publisert forskning, artikler og bøker om temaet som vi kan nyttegjøre oss av. Det kan derimot være en utfordring å finne relevant litteratur til valgt problemstilling; dette er en ulempe med metoden fordypningsoppgave. En annen svakhet med metoden er at litteraturen kan bære preg av forfatterens egne tolkninger (Dalland, 2012).

### 2.2 Litteratursøk

I litteratursøkefasen har vi tatt utgangspunkt i en tradisjonell søkestrategi og framgangsmåte. På denne måten har vi kommet fram til valgt teoretisk referanseramme, inkludert forskning. Litteraturen i vår teoretiske referanseramme er hovedsakelig hentet fra Høgskolen i Hedmarks abonnerende databaser, samt tilgjengelig litteratur på campus Elverums bibliotek, inkludert pensumlitteratur.

#### 2.2.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier ble fastsatt i forkant av søket. Sykepleier skal i følge yrkesetiske retningslinjer holde ”seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentbasert praksis” (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi har derfor satt en tidsbegrensning i litteratursøket på ti år. Tross dette er det likevel benyttet én litteraturkilde fra 1998, på grunn av relevans ovenfor valgt problemstilling. Øvrig valgt litteratur er sjekket for å fortsatt å være gjeldende.

Språkmessig har vi inkludert engelsk og nordisk litteratur. I søk etter forskningsartikler satte vi i tillegg materialtypen artikkel som et inklusjonskriterie.

### **2.2.2 Eksklusjonskriterier**

Grunnlag for dropp mellom antall treff etter avgrensning og valgte artikler baseres på relevans, tematikk og anvendbarhet i praksis. Treffene i søket ble fortløpende vurdert etter overskrift, abstrakt og innhold. Tross bredt søkeresultat, har vi bevisst valgt å spisse utvalget ved å ekskludere artikler uten direkte overføringsverdi knyttet til problemstillingen.

### **2.2.3 Søkehistorikk**

Framgangsmåten for søk etter selvvalgt litteratur har vært gjennom bibliotekets søkemotor Bibsys Oria, hvor vi brukte aktuelle søkeord for temaet vårt, som ”Stress”, ”Resiliens”, ”Mestring” og ”Pårørende”. Vi har også fått anbefalt litteratur fra klinisk fagpersonell, som vi søkte opp ved tittel/forfatter i Bibsys Oria.

Hovedfokus i søk etter forskning har vært å bruke relevante søkeord. Fokus har også vært å lete aktivt i referanselistene til primærkildene, for å spisse søket ytterligere. Vi har benyttet oss av databasene Oria, Cinahl og Ovid Medline. For å komme fram til aktuelle søkeord har vi benyttet oss av både PICO- skjema, og MeSH-termer fra SveMed+. Dette er skjematisk presentert i Vedlegg 1. Basert på dette ble det blant annet benyttet søkeord som: ”adolescent”, ”children as next of kin”, ”stigma”, ”relatives”, ”mental illness”, ”assessment”, ”children OR child”, ”qualitative”, ”family” og ”coping”. For mer utfyllende beskrivelse av søkehistorikk, se Vedlegg 2.

## **2.3 Valg av litteratur**

Valgt pensumlitteratur er fra hele utdanningsløpet, innen emnene psykologi, metode, kommunikasjon, sykepleierfunksjon og folkehelse. For å beskrive metode og framgangsmåte i litteratursøk støttet vi oss til Dalland (2012). Fra psykiatriemnet ble det benyttet både pensum og selvvalgt litteratur, innenfor temaene barn som pårørende, resiliens, mestring, stress og krise. Relevant lovverk, offentlige hefter, retningslinjer og rundskriv for vår problemstilling er også brukt i oppgavebesvarelsen. For å få det narrative perspektivet på pårørende ungdoms opplevelser, har vi vært i kontakt med organisasjonen ”Voksne for barn”. Dette er en organisasjon som samarbeider tett med Helse- og Omsorgsdepartementet,

---

og har samlet inn en rekke livshistorier fra unge pårørende, hvorav relevante sitat gjengis i oppgavebesvarelsen.

Enkelte forfattere henviser til annen litteratur. I disse tilfellene har vi aktivt funnet primærkilden i den hensikt å benytte oss av den originale kilden i størst mulig grad.

## 2.4 Presentasjon av forskning

Det er brukt fem forskningsartikler gjennom oppgavebesvarelsen, hvorav tre er kvalitative, en kvantitativ, og en med mixed methods. Begrunnelsen for hovedvekt på kvalitativ forskning skyldes vår vinkling av tema og formulering av problemstilling. Selv om statistikk er viktig for forståelsen av temaet, har vi valgt å ha hovedvekt på kvalitativ forskning for å oppnå en tydeligere forståelse av målgruppens erfaringsverden, sett i lys av problemstillingen. Denne metodens perspektiv står sentralt, og det er nettopp i disse erfaringene vi mener bakgrunnen ligger for å kunne nærme oss en forståelse av målgruppen. Selv om ikke alle inkluderte undersøkelser i oppgavebesvarelsen er fra Norge, har vi gjennom seleksjonsprosessen valgt land som er sammenlignbare med vårt land og helsevesen. Dagens publisering av forskning utgis ofte i et internasjonalt forum som følge av globalisering. Samtlige av våre artikler er derfor engelskspråklige, selv om enkelte forfattere er norske.

Gjennom søket innen valgt tema, var det en tydelig overvekt av forskning fra Australia, USA og Finland. Haugland et al. (2012) konkluderer med samme tendens, og nevner i tillegg manglende fokus fra Norge på temaet barn som pårørende. Selv om faglitteraturen kritiserer Norge for å henge etter på denne fronten, opplever vi i forbindelse med søk etter oppdatert forskning at Norge derimot har bedret fokus her de siste årene. I tillegg til det nevnte forskningsprosjektet med prosjektslutt 2016, pågår det nå en annen stor norsk multisenterstudie om barn som pårørende, og deres opplevelser og erfaringer (Talseth et al., 2014). Som følge av at resultatene ikke publiseres før høsten 2015, inkluderer vi ikke denne studien i vår oppgave.

Forskningsfunnene er hovedsakelig basert på to perspektiv; barns-, og helsepersonells opplevelse og håndtering av situasjonen. For å systematisere presentasjonen av forskningsartiklene har vi derfor valgt denne kategoriseringen, samt en oversikttabell over de valgte artiklene avslutningsvis.

### 2.4.1 Barns opplevelse og håndtering

#### **Östman, M. (2008)**

Presenterer kvalitativ tematisk analyse og intervju med åtte barn fra Sverige i alderen 10-18 år. Hensikten med studien var å undersøke erfaringer rundt barns livssituasjon i en familie med en alvorlig psykisk syk forelder. Hovedfunnene i studien viser til både positive og negative erfaringer ved å være barn til en person med alvorlig psykisk sykdom. Temaene kjærlighet, modenhet og ansvar er beskrivelser barna ser på som positive utfall. Temaer som samtalebehov, frykt, skyldfølelse, ensomhet og tilhørende stigma oppleves derimot som negative aspekter ved å være et barn til en alvorlig psykisk syk forelder.

#### **Van der Sanden, R.L.M. et al. (2014)**

Presenterer kvalitativt semistrukturert intervju med 23 personer i alderen 25-64 år fra Nederland, som er i nær familie med personer med psykisk lidelse. Hensikten med studien var å undersøke familiemedlemmer (ektefelle, barn, forelder eller annen familie) av personer med psykiske lidelser sin opplevelse av stigmatisering. Det blir også presentert hvilke mestringsstrategier familiemedlemmene har brukt for å håndtere situasjonen. Hovedfunnene i studien viser at pårørende i nær familie rapporterer varierte erfaringer med stigmatisering, og ulike opplevelser med hvordan det påvirker familierelasjonen. De opplever blant annet sosial eksklusjon, det å bli klandret, ikke bli tatt på alvor og utmattethet. Deltagerne brukte både problemfokuserte og følelsesfokuserte mestringsstrategier for å takle stigmatiseringen. Studien understreker viktigheten av å søke hjelp og støtte hos helsepersonell.

#### **Skre, I., Arnesen, Y., Breivik, C., Johnsen, L. I., Verplanken, B. & Wang, C. E. (2007)**

Presenterer en kvantitativ spørreundersøkelse, der 521 ungdomskoleelever i Tromsø i alderen 12-15 år deltar. Hensikten med artikkelen er å presentere utarbeidelsen og utprøvingen av en norsk versjon av "Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences" (A-cope). A-cope er et måleinstrument som identifiserer atferd ungdom bruker for å løse/mestre vanskelige utfordringer eller problemer. Dette instrumentet måler mestring opp mot både negativ psykisk fungering og positiv psykisk helse. Forskernes hensikt er i tillegg å se sammenhengen mellom A-cope og "Habit Index of Negative Thinking" (HINT), og "Resilience Scale for Adolescents" (READ). Undersøkelsen inneholdt fem hovedkategorier av mestringsstrategier; "Være sosial", "Avlede seg selv", "Ventilere negative følelser", "Utvikle tro på seg selv" og "Løse problemer i familien".

---

Resultatet av undersøkelsen viser blant annet at høy grad av resiliens har sammenheng med funksjonell mestring; positive mestringsstrategier. Det har med andre ord betydning hvilken mestringsstrategi man benytter. Et hovedfunn i studien er at høy score av kategorien ”Ventilere negative følelser” henger sammen med høy grad av negativ tenkning (HINT). Ellers viste lav score av kategorien ”Løse problemer i familien” også sammenheng med høy grad av negativ tenkning (HINT). Videre viste kategoriene ”Være sosial”, ”Utvikle tro på seg selv” og ”Løse problemer i familien” høy score i resiliensskalaen (READ), mens ”Ventilere negative følelser” forklarte lav score i READ.

## **2.4.2 Helsepersonells opplevelser og håndteringer**

**Gullbrå, F., Smith-Sivertsen, T., Rortveit, G., Anderssen, N. & Hafting, M. (2014)**

Presenterer et kvalitativt fokusgruppeintervju med 27 deltagende allmennleger fra vest-Norge, i alderen 38-65 år. Hensikten med denne studien var å undersøke allmennlegers tanker og erfaringer med å håndtere de spesielle behovene til barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, i generell praksis. Hovedfunnene i denne studien var at allmennleger har en fin anledning til å oppdage barn som er i risiko og kan trenge oppfølging. Samtidig er det begrenset i hvilken utstrekning de gjør dette. For eksempel sa mange leger at av frykt for å skade den terapeutiske alliansen med pasienten, unngikk de å ta opp temaet med hvordan barnet hadde det.

**Houlihan, D, et al. (2013)**

Presenterer en anonym selvutfylt spørreundersøkelse fra Irland, bestående av en kvantitativ del med lukkede spørsmål, og en kvalitativ del med åpne spørsmål. Her deltar 180 sykepleiere, med et ansiennitetsspekter fra nylig utdannet til lang fartstid i yrket. Hensikten med studien var å undersøke psykiatriske sykepleieres opplevelse av utdanning, kunnskap, selvtillit og praksis, med tanke på deres tilnærming og støtte til barn som pårørende til forelder med psykisk lidelse. Hovedfunnene viser at selv om de psykiatriske sykepleierne er i en unik posisjon for tidlig intervensjon med barna, og eventuelt å bruke seg selv som koordinerende eller henvisende ledd, rapporterer de generelt lav selvtillit i disse situasjonene. Dette er som følge av subjektivt manglende utdanning og kunnskap om sykepleie til barn, og hvordan de kan støtte de pårørende barna under forelderens innleggelse. De uttrykker også usikkerhet som følge av manglende integrering av ny kunnskap i den daglige praksisen. Studien poengterer også at en annen årsak til unnvikelsene

kan være fravær av vurderings- og kommunikasjonsferdigheter, og kunnskap om støttende intervensjoner. Dette resulterer i at helsepersonell vegrer seg for å ta ansvar ovenfor barna, som derfor ofte blir glemt under forelderens behandlingsforløp.

### 2.4.3 Oversiktstabell

Forfatter, år, land	Hensikt	Metode og design	Hovedfunn
Östman, M. (2008) Sverige.	Målet med studien var å undersøke erfaringer om barns (10-18 år) livssituasjon i en familie med en forelder med en alvorlig psykisk lidelse.	Metode: Kvalitative intervju med tematisk analyse  Deltagere: Barn, 10-18 år (n=8)	Både positive og negative erfaringer ved å være barn til en alvorlig psykisk syk person. Positive konsekvenser: kjærlighet, modenhet og ansvar. Negative aspekter: samtalebehov, frykt, skyldfølelse, ensomhet og tilhørende stigma.
Van der Sanden, R.L.M. et al. (2014) Nederland.	Undersøke familiemedlemmer av personer med psykiske lidelser sin opplevelse av stigmatisering (ektefelle, barn, forelder eller annen familie). Samt brukte mestringsstrategier.	Metode: Kvalitativ semi-strukturert intervju  Deltagere: Personer, 25-64 år, i nær familie med person med psykisk lidelse (n=23)	Pårørende i nær familie rapporterer varierte erfaringer med stigmatisering, og varierende erfaringer med hvordan det påvirker familierelasjonen. De erfarer blant annet sosial eksklusjon, det å bli klandret, ikke bli tatt på alvor og utmattethet. Deltagerne brukte både problemfokuserte og følelsesfokuserte mestringsstrategier for å takle stigmatiseringen. Studien understreker viktigheten av å søke hjelp og støtte hos helsepersonell.
Skre, I. et al. (2007) Norge.	Presentere utarbeidelsen og utprøvingen av en norsk versjon av "Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences" (A-cope). A-cope er et måleinstrument som identifiserer atferd ungdom bruker for å løse/mestre vanskelige utfordringer eller problemer.	Metode: Kvantitativ spørreundersøkelse  Deltagere: Ungdomskoleelever, 12-15 år (n=521)	Høy grad av resiliens har sammenheng med funksjonell mestring; positive mestringsstrategier.  Høy score av kategorien "ventilere negative følelser" henger sammen med høy grad av negativ tenkning (HINT). Lav score av kategorien "Løse problemer i familien" sammenheng med høy grad av negativ tenkning (HINT).



Gullbrå, F. et al. (2014) Norge.	Undersøke allmennlegers tanker og erfaringer med å håndtere de spesielle behovene til barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, i generell praksis.	Metode: Kvalitativ fokusgruppeintervju  Deltagere: Allmennleger, 38-65 år (n=27)	Allmennlegers posisjon til å se barn som er i risiko og kan trenge oppfølging. Samtidig er det begrenset i hvilken utstrekning de gjør dette. Av frykt for å skade den terapeutiske alliansen med pasienten, unngikk legene å ta opp temaet med hvordan barnet hadde det.
Houlihan, D. et al. (2013) Irland.	Undersøke psykiatriske sykepleieres utdanning, kunnskap, selvtillit og praksis, med tanke på deres tilnærming og støtte til barn som pårørende til foreldre med psykisk lidelse.	Metode: Anonym selvutfylt spørreundersøkelse, en kvalitativ og en kvantitativ del (mixed method)  Deltagere: Sykepleiere, tidlig 20-årene til 55+ år (n=180)	Selv om de psykiatriske sykepleierne er i en unik posisjon for tidlig intervensjon med barna, og eventuelt å bruke seg selv som koordinerende eller henvisende ledd, rapporterer de om generelt lav selvtillit i disse situasjonene. De uttrykker også usikkerhet som følge av manglende integrering av den nye kunnskapen i den daglige praksisen. En annen årsak for unnvikelsene kan være fravær av vurderingsferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om støttende intervensjoner.

## 2.5 Kildekritikk

Bakgrunnen for valgt søkemåte, og inklusjons- og eksklusjonskriterier (se punkt 2.2) er basert på sjekklister for vurdering av litteratur (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Som nevnt går kritikk til kildene hovedsakelig på anvendbarhet, relevans og kvalitet. En av ulempene med å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier er potensiell utelukkning av aktuell litteratur. På grunn av tidsbegrensning og oppgavetype har vi likevel vurdert det som mest hensiktsmessig å spisse søket for å komme fram til valgt litteratur og forskning.

## 2.6 Etisk vurdering

I vår oppgavebesvarelse har vi vektlagt å referere ærlig og tydelig til forfatter, og gitt honnør til opphavsmann. I søkeprosessen har vi søkt på redelig vis, gjennom anerkjente databaser og med planlagte søkeord. Videre i oppgaven tas det hensyn til anonymisering av erfaringer fra praksis og praktiske eksempler fra klinisk personell.

### 3. Teoretisk referanseramme

I vår teoretiske referanseramme ønsker vi innledningsvis å beskrive generelt om barn som pårørende, som utgangspunkt for videre drøfting av temaet. Som en del av dette presenteres også fenomenene barn i krise, resiliens og mestring, samt sykepleie til barn i krise basert på Lazarus og Folkmans (1984) stressmestringsteori. Til slutt har vi valgt å inkludere metoden ”Barnas time”, som introduseres i siste del av teorikapitlet.

#### 3.1 Barn som pårørende

Ved tilfeller av sykdom og krise hos forelder vil ikke dette kun påvirke den lidende, men også vedkommendes barn (Eide & Eide, 2007). I Helsepersonelloven (1999) forstås barn som pårørende som barn av forelder med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Denne oppgavebesvarelsen omtaler derimot kun barn av psykisk syk forelder. Sykepleiere er både yrkesetisk pliktet og lovpålagt til å ivareta barn som pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Tidlig i ungdomsfasen står identitets- og rolleforvirring sentralt (Håkonsen, 2009). Som pårørende ungdom utfordres skillet mellom barn og voksen ytterligere, både når det kommer til arbeidsoppgaver i hjemmet, ansvarsfølelse og modenhet. ”Vi har byttet roller. Jeg er forelderen og pappa er barnet – jeg føler også at jeg har mye ansvar i huset” (Voksne for barn, 2008, s. 10). Her kan sykepleier hjelpe barnet med å styrke kontrollfølelsen i situasjonen, ved å jobbe problemløsende (*instrumentelt*) (Eide & Eide, 2007).

Carlos, 12 år, om selvpåttatt ansvar i hjemmet:

Det hender ganske ofte at jeg må lage mat selv når jeg kommer hjem fra skolen. Mamma orker ikke. Jeg må gjøre ganske mye annet husarbeid også, hvis det skal gå rundt her hjemme. Vaske klær og sånt. Vi kan jo ikke gå i skitne klær, og når mamma er sliten eller dårlig, orker hun ikke. (Pettersen, 2008, s. 19)

Det å ha ansvar over lengre tid har kanskje vært en stor del av pårørendes barns rolle i familiedynamikken. Barn med voksenansvar samt mangel på informasjon om foreldrenes lidelse og dens ringvirkninger er to utfordringer som kan svekke deres mestringssopplevelse i hverdagsrollen. Å hjelpe barnet til å gjenvinne *kognitiv* kontroll kan blant annet utføres ved

---

informasjon og eventuell undervisning. Det faktum å bli sett og bekreftet som pårørende, og i det hele tatt å få avklaringer rundt skyld og årsak til situasjonen anser vi som et tredje kritisk aspekt, særlig for det forebyggende perspektivet i sykepleien. Med andre ord kan psykososial støtte hjelpe barnet til å gjenvinne *emosjonell* kontroll. Sykepleierens rolle med å fremme opplevelsen av mestring på disse områdene er derfor vesentlig i vårt møte med de pårørende barna.

### **3.1.1 Barn i krise**

#### *Stress*

Når store forandringer skjer i livet, for eksempel ved dødsfall, sykdom, traumer eller ved alvorlige problemer, kan dette resultere i forvirring og uforståelighet. Vedkommende kan i disse tilfellene oppleve stress i form av smerte, ubehag og uhåndterbarhet. Lazarus og Folkman definerer stress som: ”En indre konfliktopplevelse som skyldes en rekke forhold, som følelse... av å komme til kort i forhold til krav og påkjenninger” (Haukø & Starnes, 2009a, s. 42; Lazarus & Folkman, 1984). Stress kan tradisjonelt deles inn i to typer; negativt og positivt stress (Lazarus, 2006). Negativt stress er av den helsefarlige typen, der gjerne aggresjon og sinne kommer til uttrykk. Positivt stress fører heller til noe konstruktivt, kanskje til empatisk bekymring, som fører til en lyst eller trang til å hjelpe. Positivt stress kan med andre ord ses på som positiv streben eller noe som kan være til fordel for egen del eller samfunnet.

#### *Utviklingspsykologi*

Barn og ungdom oppfatter belastninger og konsekvensene av dem individuelt. Dette med tanke på reaksjoner relatert til både kognitiv, emosjonell og sosial utvikling (Gjærum, 1998). Her kan man også trekke inn Erik Erikson (1963) og hans teori om psykososial utvikling, hvor han deler inn menneskelivet i åtte aldersgrupper som utfordrer individet psykologisk. Disse overgangsfasene kan forenklet ses på som kriser. For aldersgruppen tidlig ungdom er det store individuelle forskjeller i utvikling og modenhet. I motsetning til barneskolebarn, som har begynt å se forskjell på fantasi og virkelighet, evner barn i tenårene som regel å tenke abstrakt (Talseth et al., 2014). For sykepleier betyr ungdommens evne til denne type tenkning at vi nå kan henvende oss til, og snakke med tidlig ungdom i en mer ”voksen” dialog (Eide & Eide, 2007). I tenåringsperioden er også identitet versus rolleforvirring framtrepende. Tidlig ungdom er i tillegg opptatt av egosentrerte spørsmål og forståelse av

forelders sykdoms påvirkning på dem selv (Talseth, et al., 2014). Når informasjon om sykdom og virkning uteblir, kan dette igjen svekke mestringsopplevelsen.

De yngste i aldersgruppen tidlig ungdom er til forskjell fra yngre barn i stand til å se sosiale sammenhenger, og ha forståelse for andres reaksjoner (Eide og Eide, 2007).

Sitat av pårørende ungdom, om forståelse av forelderens lidelse:

Når pappa er syk så bryr han seg ikke om hvordan han ser ut og han bryr seg ikke om hvordan leiligheten hans ser ut, og jeg føler at han bare tenker på seg sjøl, men da får jeg så dårlig samvittighet for jeg vet jo også at det er sykdommen. (Voksne for barn, 2008, s. 9)

Ettersom barnet vokser, er det vanlig at aldersgruppen tidlig ungdom stiller høyere krav til seg selv, som igjen henger nøye sammen med selvfølelse (Eide og Eide, 2007). Søk etter bekreftelse fra andre, samt etter egen identitet er to faktorer som kan bidra til usikkerhet og rolleforvirring i denne fasen. Samtidig med søk etter egen identitet anlegger ungdommene ofte også konforme atferdsmønstre, altså ønsket om å tilpasse seg "alle andre" som en slags flukt fra den indre kaostilstanden (Cullberg, 2007). For pårørende ungdommer vil det derfor bli mer viktig med hjelp til selvstendig kontroll og mestring enn tidligere. Når ungdommen føler seg sett av sykepleier, kan følelsen av kontroll styrkes, som der igjen gir mestringsfølelse.

### *Krisereaksjoner*

På lik linje med voksne, opplever også barn krisereaksjoner. Forskjellen her er uttrykksmåte og forståelse av krisen, som igjen er aldersbetinget (Eide & Eide, 2007). Hos barn kan man ofte merke disse krisereaksjonene knyttet til søvn, mat og hygiene, men kanskje mest opp imot det å fremstå som "vanskelige". Krisereaksjoner kan utløses av alle former for tap som belaster personligheten vår, og det er ikke uvanlig å se tapsreaksjoner hos barn med psykisk syk forelder. Sitat fra et pårørende barn: "Det er mye kaos rundt en. Man bruker hodet mye mer enn man burde. Du mister sjansen til et normalt liv ... du får et tåkete liv" (Voksne for barn, 2008, s. 19).

Eide og Eide (2007) beskriver videre fire faser i sitt kapittel om krise- og mestringsstrategi. Hvorvidt sykepleier har forutsetninger for å påvirke barnets mestringsevne avhenger ikke bare av barnets mottakelighet for hjelp. Hvilken fase barnet befinner seg i når sykepleier møter barnet, er også en avgjørende faktor. Med bakgrunn i dette beskrives derfor kun

---

reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Tross de fire klassiske krisefasene, har vi observert mer flytende grenser og forandret karakter ved et psykisk sykdomsforløp, enn i somatikken. Basert på erfaring fra praksisfeltet ser vi derfor at sykepleiers rolle bør tilpasses den gitte fasen.

I reaksjonsfasen erkjenner ungdommen det faktum at forelderen er syk, og følelser og reaksjoner som hører til, kommer fram (Eide & Eide, 2007). Dette kan komme uten forvarsel, og kan for mange oppleves både angripende og overveldende. Normalreaksjoner her er ofte undertrykkelse av tanker og følelser, projeksjon ved å tillegge andre følelser som egentlig stammer fra seg selv, og regresjon i form av tilbakegang til tidligere utviklingsstadium. Som nevnt kan atferd hos barn i krise typisk ses på som ”vanskelig”. Dette kommer ofte til uttrykk i reaksjonsfasen. I kriser kan man også se ”splitting”, hvor det ubevisst tas bort enkelte tanker, følelser og impulser, altså fjerner det truende ved hjelp av underbevisstheten. Benektelse blir en slags forlengelse av splittingen. Denne beskrivelsen av normalreaksjonene er også noe vi kan bekrefte fra praksis, særlig med tanke på regresjon, og benektelse av informasjon.

Bearbeidelsesfasen er en overgang til nyorienteringsfasen, hvor man går gjennom en slags aksepterings- og forsoningsprosess (Eide & Eide, 2007). Mange vil søke å finne en forklaring på hvorfor situasjonen ble som den ble, og stiller ofte spørsmål rundt skyld og straff. Dette er svært vanlig for ungdom i denne aldersgruppen, og kanskje særlig som pårørende. ”Hadde ikke jeg vært så umulig, så ville ikke denne krangelen ha startet” (Pettersen, 2008, s. 15). I tillegg til skyldfølelse opplever mange pårørende barn stigmatisering, i form av å bli stemplet som potensiell bærer av forelderens sykdom (Houlihan et al., 2013). Mange av barna frykter også at dette er realiteten, eller at det blir en type selvoppfyllende profeti. Forskning viser også at pårørende tenåringer særlig er utsatt for fordommer og mobbing knyttet til forelders psykiske lidelse (Van der Sanden et al., 2014). Stigmatisering rammer ikke kun den psykisk syke, men er noe som kan påvirke alle i familien og/eller nære relasjoner. Likevel kan familiemedlem i ungdomsalder kanskje være særlig utsatt for denne type konsekvens, på grunn av deres sårbare periode i utviklingspsykologien.

I nyorienteringsfasen handler det så om hvordan livet til ungdommene skal gå videre. Viktige stikkord for oss som sykepleiere, både i bearbeidelses- og nyorienteringsfasen, vil derfor være framtidsrettet mestring og livskvalitet. I praksis vil dette si å gi ungdommen

arbeidsverktøy som kan brukes etter kontakt med oss, samt det å jobbe tverrfaglig og/eller tverretatlig for å ivareta ungdommens videre oppfølging.

### 3.1.2 Resiliens

Resiliens er det fornorskede begrepet av det engelske faguttrykket ”resilience”, og overbringer tanken om ”motstandskraft” og ”herdighet”. For vår kontekst innebærer begrepet barns oppnåelse av god psykososial fungering, tross risikofylte faktorer i oppvekstmiljøet (Borge, 2010). Det finnes mange måter å definere resiliens på, alt etter hvilke aspekter ved fenomenet som vektlegges. Resiliens og motstandsfaktorer forstås som ressurser som fører til hensiktsmessige mestringsstrategier (Skre et al., 2007). Resiliens er med andre ord ikke selve mestringsatferden, med det som fører til denne handlingen.

Barnepsykiateren Michael Rutter definerer begrepet som: ”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” (Borge, 2010, s. 14). I hovedsak kan man se på resiliens som et dynamisk begrep, kombinert av både erfaring og belastning. Det er altså en evne til å takle vanskelige påkjenninger i miljøet, og det å komme seg gjennom stress og traumatiske opplevelser.

Resiliente barn blir ofte omtalt som ”løvetannbarn” på folkemunne, et uttrykk som gir et godt symbolsk bilde av den iboende evnen til å klare seg trass vanskelige forhold. En viktig faktor for de resiliente barna er god sosial kompetanse (Borge, 2010). Dette er et omfattende begrep, og deles ofte inn i tre underkategorier; intellektuell, emosjonell, og atferdsmessig fungering. Intellektuell kompetanse tar for seg barnets skolemessige fungering og mestring. Emosjonell kompetanse handler om å fungere godt følelsesmessig, og opplevelse av å være trygg og ivaretatt. Atferdsmessig resiliens handler derimot om barn som har hatt problemer atferdsmessig, men som klarer å styre dette i riktig retning.

Sommerschild har tidligere kalt de positive faktorene ved resiliensbegrepet for ”Trumfkort i livets spill” (Gjærum, 1998). I beskrivelsen av resiliens skiller vi i dag mellom risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og støttende faktorer. Med risikofaktorer menes forenklet det som bidrar til økt sannsynlighet for risikoatferd. Positive faktorer som reduserer mulighetene for uheldig utvikling for barnets helse, kalles gjerne beskyttelsesfaktorer. Ingelise Nordenhof (2012) forklarer beskyttelsesfaktorer som ”de forholdene som beskytter barnet mot selv å utvikle psykiske problemer eller sykdom” (s. 58). En slik faktor kan være å

---

ha god relasjon til en annen voksen, gjerne en som ikke er involvert i sykdom og utfordringer i barnets hjem – for eksempel en sykepleier. De faktorene som driver frem god tilpasning, uavhengig tøft oppvekstmiljø, går derimot under samlebetegnelsen støttende faktorer (Skjeldrup-Mathiesen, 2007).

### 3.1.3 Mestring

Mestring er definert på mange ulike måter. Vår tolkning av mestringsbegrepet er en kombinasjon av følgende definisjoner: ”constantly changing cognitive and behavioural effesorts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141), og: ”Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv” (Vifladt & Hopen, 2004, s. 61). Her ser vi at mestring både handler om å håndtere indre og ytre krav, og det å hente krefter fra eget liv for å oppnå kontroll. Mestring er med andre ord en vekslende prosess, hvor man vil bevege seg mellom det å ikke takle en situasjon, og det å føle mestring (Eide & Eide, 2007).

Mestring kan deles inn i ”hverdagsmestring”, og mestring som håndtering av stresstimulus. I denne oppgaven har vi tatt utgangspunkt i sistnevnte type mestring. I denne mestringstypen finner vi en ytre, unormal stresstimulus som utløser stressreaksjon, og dermed forventning om mestring som respons.

Haukø og Stamnes (2009a) presenterer Lazarus og Folkmans definisjon på mestringsstrategi: ”Spesifikke atferdsmessige og/eller psykologiske forsøk på å mestre, tolerere og redusere stressende hendelser” (s. 43). Den hensiktsmessige graden av en mestringsstrategi varierer, men ordets betydning innebærer som regel at strategien skal være en ressurs. Virkningsfulle og effektive strategier kan innebære det å kontrollere sine følelser, å tilegne seg kunnskap for bedre å forstå en situasjon, eller å ta konkrete praktiske steg for å minske belastningen i en situasjon (Eide & Eide, 2007). Hvilken strategi som er mest hensiktsmessig, er svært situasjonsavhengig – for eksempel passer ikke mestringsstrategien humor inn i alle kontekster. Kunsten for barna i denne konteksten er dermed å lære balansen mellom ulike strategier for å håndtere situasjonen som pårørende.

Alle mennesker har sin individuelle mestringsevne, og det er bare en selv som kan forbedre eller justere den. Mestring er altså en aktivert prosess som foregår i det enkelte individ, men som sykepleier kan man likevel stimulere og påvirke denne prosessen (Rajka, 2011). Ved

bruk av mestringsressurser kan mestringsopplevelsen styrkes i utfordrende situasjoner. Slike ressurser kan eksempelvis være sosial støtte gjennom kamerater eller familie, personlige verdier og hobbyer, eller egoidentitet, altså opplevelsen av seg selv (Langeland, 2011).

I ungdomsalderen beskriver Erikson (1963) utviklingen av mestring gjennom arbeidsprosess og konkurranse. Her tar barnet med seg grunnholdningene om både å være «skapende» og «underlegen» som en del av den videre utviklingen. Hjelp til mestring på dette området kan derfor være avgjørende for ungdommens egoidentitet (Håkonsen, 2009). Sykepleierens rolle blir blant annet å hjelpe det pårørende barnet og familien til å se sine mestringsressurser, både indre og ytre, og skape en forståelse av hvordan man kan nyttegjøre seg av ressursene. Om mestring kan det også sies at det både baseres på, og betyr en tro på at situasjonen til en viss grad vil komme under kontroll (Eide & Eide, 2007). På veien til mestrings- og kontrollfølelse hos den unge pårørende kan sykepleier bidra på en rekke på måter – både ved praktisk hjelp, følelsesmessig støtte og det å være en samtalepartner.

## 3.2 Sykepleie til barn i krise

For å forstå sammenhengen mellom stress og mestring, tas det utgangspunkt i Lazarus og Folkmans (1984) stressmestringsteori – en godt etablert og anerkjent teori. Selve prosessmodellen har vært under stadig revidering helt siden dens opprinnelse, fra 1960-tallet, og fram til nå (Gjærum, 1998). Hovedbegrep i teorien er stress, vurdering, følelser, tilpasning og mestring. Teorien tar sikte på å forklare konsekvensene dersom påkjenningen blir for stor, og en stressreaksjon skjer (Haukø & Stamnes, 2009a).

Som sykepleier er det viktig å ta hensyn til det enkelte barnets kognitive vurdering av situasjonen. Barnets faktiske opplevelse av stressorer vil påvirke vår tilnærming, og sette forutsetninger for den videre hjelpen mot styrket mestringsfølelse. Dette går også igjen som en sentral grunntanke i Lazarus og Folkmans teori (Eide & Eide, 2007).

I 1991 utviklet Folkman og Lazarus en firetrinnsmodell som illustrerer korrelasjonen mellom vurderinger, mestring og følelser (Eide & Eide, 2007). Det første trinnet beskriver en krisesituasjons inntreden, mens neste trinn tar for seg de spontane reaksjonene knyttet til denne. Her foretas en primærvurdering av omstendighetene. Til vår kontekst har det pårørende barnet kanskje hatt en syk forelder store deler av livet, og trinnene vil da fortone seg noe annerledes. Likevel kan sykepleier nyttegjøre seg av denne teorien, som et



---

utgangspunkt for å forstå barnets ståsted – trinnene i modellen kan ses parallelt opp mot de tre tidligere nevnte krisefasene.

Barn i krise benytter seg automatisk av mestringsstrategier for å håndtere situasjonen (Eide & Eide, 2007). Selv om barnet kan føle at strategien hjelper de å mestre situasjonen der og da, er det ikke alltid de er like hensiktsmessige. Flere eksempler fra praksis viser at barn både kan ty til isolasjon, utagering, selvskading eller stor ansvarspåtakelse i hjemmet som en måte å gjenvinne tapt kontroll i hverdagen (Voksne for barn, 2008). Type mestringsstrategier avhenger både av individuelle forskjeller, samt situasjon, men også av de velkjente fundamentale krisereaksjonene frys-flukt-kjemp. Gjentakende ”flukt-atferdsmønstre” kan eksempelvis være økt bruk av sentralstimulerende midler (tobakk, tabletter, alkohol, narkotika), unngåelse av situasjoner som kan vekke vonde tanker, eller som nevnt ovenfor; det å isolere seg fra omverdenen (Pettersen, 2008).

Tredje trinn av modellen viser nettopp dette med valg av mestringsstrategi (Eide & Eide, 2007). Lazarus (2006) beskriver to hovedstrategier ved mestring; problemfokuserende og følelsesfokuserende strategi. Førstnevnte innebærer det å endre på selve situasjonen, mens følelsesfokuserert mestringsstrategi heller innebærer endring av det kognitive aspektet ved situasjonen (Eide & Eide, 2007). Et eksempel på følelsesfokuserert strategi kan være at barnet utelukker situasjonen ved ikke å tenke på den.

Som sykepleier er det viktig å hjelpe det pårørende barnet til stadig å revurdere brukte mestringsstrategiers kvalitet og intensitet (Eide & Eide, 2007). Dette beskrives i modellens siste trinn, hvor det samtidig påpekes at revurderingen kan tilføre situasjonen ny mening. I praksis ser vi god nytte av dette fjerde trinnet, da strategien revurdering viser seg å være svært effektiv for stressmestring (Lazarus, 2006). Grunntanken for dette trinnet er også svært anvendelig og sammenlignbart med sykepleie til pårørende barn i bearbeidelses- og nyorienteringsfasen. Ved å gi slipp på katastrofetanker, som ofte kjennetegner primærvurderingen, kan man med andre ord snu situasjonen ved enten å endre faktorer rundt problemet eller tankene knyttet til situasjonen.

### 3.3 Barnas time

Metoden ”Barnas time” er en informasjons- og spørretime til barn fra 2-18 år med foreldre i behandling for psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblemer (Haukø & Stamnes, 2009a).

Denne barne- og familiesamtalen er det vi kan kalle sekundær/selektiv forebyggende helsehjelp, da pårørende barn av psykisk syke er en kjent risikogruppe. Metoden kan brukes til barn, uavhengig av foreldres vanskeligheter, barnets alder, varighet av sykdom eller tilleggsbelastninger (flytting, skillsmisse osv.). Tilbudet gjelder også uansett grad av resiliens hos barnet.

Metoden har som hensikt å styrke barnas motstandskraft, forebygge at barn setter lokk på følelsene sine, samt forhindre at foreldre svikter i foreldrerollen (Haukø & Stamnes, 2009a).

En av hovedideene med Barnas time er at kunnskapsløft, bevisstgjøring og åpen kommunikasjon reduserer stress og bedrer en utfordrende situasjon. Barnas time har også som hensikt å gi både foreldre og barn ”nye ord” for å forstå og snakke om sine omstendigheter. Som nevnt tidligere i oppgavebesvarelsen, har vi som helsepersonell en plikt til å informere, og barna en rett til informasjon. Hensikten med metoden tar derfor utgangspunkt i dette når det kommer til formidling av kunnskap, men også det å bearbeide følelser og reaksjoner, samt ivaretagelse av taushetsplikten.

Barnas time kan både være et engangstilbud, eller gjentas ved ønsker og/eller behov (Haukø & Stamnes, 2009a). Selv om noen tema går igjen i alle samtaler, vil innholdet variere og tilpasses etter barnets alder, kontekst, foreldrenes lidelse, og hva barnet selv er opptatt av å snakke om. I samtalen lærer deltagerne både gjennom å lytte og å delta. Metoden har hele tiden barnet i fokus – det vektlegges derfor bruk av forståelige ord i samtalen. Som følge av at Barnas time i utgangspunktet er en kort samtale, er det begrenset hvor god relasjon en kan oppnå med barnet. Særlig utfordrende kan det være om barnet aktivt beskytter foreldrene og er vant til å påta seg ansvar – dette kan redusere sannsynligheten for at barnet vil dele tanker, selv ved oppfordring. Veileders oppgave blir likevel å lytte og vise omsorg, og heller tilby nye samtaler eller annen type oppfølging.

Metodens teorigrunnlag er både fra et empirisk ståsted, men også fra anerkjent teori innen temaet. Lazarus og Folkmans stressmestringsteori, som forklart ovenfor, brukes blant annet sentralt som teorigrunnlag (Haukø & Stamnes, 2009a). Et annet bakteppe for metoden er at man innehar kunnskap om å redusere barns følelsesmessige stress ved hjelp av åpen

kommunikasjon om de vanskelige opplevelsene. En annen teoretisk forutsetning for effektiv bruk av metoden, er at foreldre aksepterer deres sykdoms påvirkning på barna. Forfatterne belyser også at fokuset gradvis har flyttet seg fra individ til familie, og at retningslinjer fra myndighetene er mer tydelig på unge pårørendes behov. Metoden er dermed tidsakutell, og høyst velkommen som en guide for samtale til pårørende barn.

## 4. Diskusjon

Det er ikke uvanlig at barn som pårørende opplever en kaotisk livsverden (Eide & Eide, 2007). Med utgangspunkt i dette belyser diskusjonskapitlet hvordan sykepleier kan styrke opplevelsen av mestring hos ungdom i krise, som er pårørende til psykisk syk forelder. Mange av de pårørende barna føler seg særlig overmannet i reaksjonsfasen, med påfølgende krisereaksjoner og forsvarsmekanismer. Sykepleiers viktige, men utfordrende oppgave blir derfor å skape forutsigbarhet og hjelpe barnet til se egne ressurser, og tro på mestring av situasjonen. Sykepleiers fremming av kontroll hos de pårørende ungdommene, både instrumentelt, kognitivt og emosjonelt, vil derfor fungere som bærebjelker i denne mestringsprosessen.

Det å gjenvinne emosjonell, kognitiv og instrumentell kontroll inneholder flere fellestrekk. Mennesker er helhetlige individ, og logisk sett henger derfor også disse områdene nøye sammen. Hvert område drøftes likevel separat her, for en ryddigere presentasjon.

### 4.1 Emosjonell kontroll

Lazarus og Folkmans (1984) teori presenterer den sentrale tanken om at hver enkelts vurdering av en situasjon avgjør den faktiske opplevelsen personen får (Eide & Eide, 2007). Det er altså den vurderingen du gjør, og hvordan du forholder deg, som avgjør dine holdninger. Lazarus (2006) beskriver to hovedstrategier ved mestring; problemfokuserende og følelsesfokuserende strategi. Emosjonell kontrollgjenvinnelse kan altså ses på som en følelsesfokuseret mestringsstrategi; endring av hvordan man forholder seg til situasjonen. Forskning viser at pårørende ungdommer ofte vurderer situasjonen med overvekt på negativ tenkning (Östman, 2008). Følelse av ensomhet, redsel og frykt, skyldfølelse og urealistisk ansvarsfølelse er problemområder som ikke bare nevnes i Östmans undersøkelse, men også innen teori og fra praksisfeltet. *Kan sykepleier hjelpe til gjenvunnet emosjonell kontroll?*

En forutsetning for at den pårørende ungdommen skal kunne endre sin vurdering, er å bygge opp mestringstro på den aktuelle situasjonen. Denne troen kan oppdages gjennom åpen dialog, særlig ved aktiv lytting fra sykepleier. Mange pårørende barn ønsker muligens ikke å dele tanker og følelser med nære relasjoner, andre har heller ingen å snakke med (Eide & Eide, 2007). På den ene siden bør sykepleier være bevisst på det faktum at mange barn har

---

vokst opp i en familiekultur hvor det ikke snakkes åpent om tanker en bærer på. På den andre siden kan sykepleier i dette tilfellet stå i en unik posisjon til å være den fortrolige samtalepartneren for barnet, en det er lettere og kanskje mindre forpliktende å snakke med. Alminneliggjøring, som for eksempel ”Mange barn med foreldre med psykisk sykdom forteller at de føler skyld og skam grunnet foreldrenes helseplager - har du hatt slike tanker”- kan være en døråpner til ventilering og revurdering. Bruk av denne type parallellhistorier er noe som også samsvarer med metoden Barnas time (Haukø & Stamnes, 2009a). Sykepleier kan i dette tilfellet stå i en unik posisjon til å være den fortrolige samtalepartneren for barnet, en det er lettere og kanskje mindre forpliktende å snakke med. Dette kommer også fram i en undersøkelse om metoden Barnas times resultat (Haukø & Stamnes, 2009b). De deltagende barna beskriver videre å ha opplevd økt trygghetsfølelse når de fikk uttrykke følelsene sine. Utløp av følelser kan igjen stimulere til egen revurdering av problemområdet. Sett opp imot Lazarus og Folkmans siste ledd i firetrinnsmodellen, ser vi at revurdering også kan bidra til fornyet emosjonell vurdering av nåværende og framtidig situasjon (Eide & Eide, 2007). Revurdering som verktøy er derfor svært hensiktsmessig i prosessen mot gjenvunnet emosjonell kontroll (Lazarus, 2006).

Barn som pårørende kan oppleve kroppslig spenning på grunn av ulike stressfaktorer i hverdagen med en syk forelder. Faglitteratur avdekker problem som søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og aggresjon (Haukø & Stamnes, 2009a). På den ene siden kan kroppslige spenninger føre til manglende emosjonell kontroll, men på den andre siden kan nettopp mangel på emosjonell kontroll være årsaken til de kroppslige spenningene (Eide & Eide, 2007). Dette er viktig forkunnskap å ha med seg inn i møte med barn som pårørende. Med andre ord kan effektive intervensjoner både være å lytte aktivt gjennom dialog, samt det å lære barnet avspenningsteknikker.

En annen bidragsfaktor til emosjonell kontroll er å appellere til barnets resiliens. Ved å hente fram ressurser, både indre og ytre, kan dette bidra til å styrke barnets identitet. Sykepleierens rolle blir derfor å lede an skattejakten etter barnets sterke sider, og aktivt inkludere barnet i denne prosessen. Det at barnet får hjelp til selv å se egne ressurser kan fremme dets følelse av psykososial støtte og trygghet i situasjonen (Borge, 2010). Her er det ikke nødvendigvis sykepleier som må gjennomføre samtalen. Sykepleier kan også utføre en koordinerende rolle ved å jobbe tverrfaglig og tverretatlig med for eksempel psykolog, helsesøster eller Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).

For å hjelpe barnet emosjonelt, er det flere faktorer sykepleier bør ta høyde for. Bruk av forsvarsmekanismer og mestringsstrategier, bevisst og ubevisst, kan påvirke hvor mottakelig det pårørende barnet er for hjelp. Når et barn for eksempel regrederer, bidrar dette til at situasjonens opplevelse og problemer holdes på avstand (Eide & Eide, 2007). Barnets passive holdning til å snakke om det vanskelige, kan hindre den hensiktsmessige åpne dialogen som burde vært til stede. Denne dialogen føres ofte av leger og/eller sykepleier. Forskning viser derimot en generell tendens av ansvarsfraskrivelse og unnvikelse ovenfor barn som pårørende fra begge disse yrkesgruppene (Houlihan et al., 2013; Gullbrå et al., 2014). Følelse av manglende kompetanse og lav selvtillit i situasjonen er noen av faktorene som resulterer i at sykepleiere vegrer seg på dette ansvarsområdet. At norske leger også fraskriver seg dette ansvaret er svært oppsiktsvekkende. Barnets mulige passivitet kombinert med dette fenomenet gir i midlertid en faretruende mulighet for ytterligere regresjon. Motsatt, er det heller ikke gunstig om sykepleier setter for strenge grenser og krav til barnets ansvarstaking i situasjonen (Eide & Eide, 2007). Dette kan føre til svekket relasjon og tillit mellom pårørende barn og sykepleier, eller følelse av fare med ytterligere regresjon som resultat.

Pårørende ungdom kan også tillegge egen frustrasjon og hjelpeløshet på personer eller andre miljømessige faktorer (Eide & Eide, 2007). Dette er en ubevisst handling fra vedkommendes side, og kan fungere som et hinder i mestringsprosessen, hvis sykepleier ikke bevisstgjør dette. I møte med ungdom som projiserer, er det viktig at sykepleier ikke går i forsvar eller kommer med anklager, da dette kan føles som et angrep på den pårørende. For å holde en konstruktiv dialog blir sykepleiers utfordring med andre ord å forholde seg rolig og avbalansert. I praksis har vi opplevd at projisering ofte kan oppleves provoserende for hjelperen. Å forholde seg konstruktiv og reseptfull kan derfor være krevende for sykepleier i samtale med barn som pårørende. Selv om mange pårørende barn opplever sykepleier som en fortrolig samtalepartner, er dette ikke gjeldene for samtlige. Åpen samtale rundt problemene er ikke nødvendigvis løsningen for alle – så lenge bekymringsmelding ikke foreligger, må dette respekteres av sykepleier.

I samtale med sykepleier bør det pårørende barnet få snakke om sin eventuelle skyldfølelse og antagelser, enten disse er feilaktige eller riktige. Sykepleier bør likevel være klar over den uhensiktsmessige effekten dette kan ha for bearbeidelse. En norsk studie fra 2007 viser at ungdommer med høy score av ”utblåsing av negative følelser” samtidig scoret høyt på negativ tenkning (Skre et al., 2007). Forskerne forklarer for øvrig at det å ventilere negative

---

følelser kan ses på som en dysfunksjonell mestringsstrategi. Fordi denne mestringsstrategien er lite løsningsfokuserende, gir den også liten mestrings effekt. Med en empatisk tilnærming bør sykepleier derfor sette grenser for denne type samtaleinnhold, og heller holde et realistisk fokus gjennom samtalen. Det å oppklare eventuelle feiltolkninger det pårørende barnet kan ha, samt det å alminneliggjøre skyld- og skamfølelse gjøres aktivt i metoden Barnas time (Haukø & Stamnes, 2009b). Denne type intervensjoner viser seg å ha god effekt, i form av å forebygge forvirring, og å redusere stresset mange barn føler i rollen som pårørende. Barna går altså fra en usikker og utrygg situasjon til mer stabile rammer med virkelighetsforankring. Det er derfor et tankekors at noen barn i denne livssituasjonen ikke får tilbud om slike virksomme intervensjoner fordi helsepersonell mangler nødvendige vurderings- og kommunikasjonsferdigheter.

Som en delkonklusjon for emosjonell kontroll ser vi at sykepleier spiller en stor rolle i tilretteleggelsen av barns mulighet for utløp av følelser. Lettelse av det emosjonelle trykket kan bli et viktig steg på veien mot bearbeidelse av barnets opplevelse. Sykepleier bør lede samtalen fra negativt fokus, til fordel for et løsningsfokuset innhold. Sykepleier bør i tillegg være bevisst på viktigheten rundt det å praktisere balansegangen rundt grenseretting, særlig med tanke på ansvarsfordeling mellom egen rolle og barnet selv.

## 4.2 Kognitiv kontroll

Metoden Barnas time er basert på en ide om at økt kunnskap, tydeliggjøring og bevisstgjøring vil kunne bedre en vanskelig omstendighet (Haukø & Stamnes, 2009). Innen det kognitive kontrollperspektivet er en av hovedtankene at informasjon også bidrar til å styrke vedkommendes mestringsopplevelse (Eide & Eide, 2007). Det ligger i menneskets natur å søke etter mening i ulike situasjoner. Barn har følgelig lett for å fantasere og lage egne forestillinger ved manglende informasjonsgrunnlag. På grunn av alderens naturlige overvekt av egosentrert tenkning, er det svært sannsynlig at barn tar på seg skyld, og dermed tror at det er barnet selv som må løse situasjonen (Talseth et al., 2014).

Oppnår barnet kognitiv kontroll, kan situasjonen oppleves stabil og begripelig (Eide & Eide, 2007). Etterundersøkelse av Barnas times effekt beskriver nettopp dette, da økt informasjon om forelderens sykdom resulterte i bedret trygghetsopplevelse hos de pårørende barna (Haukø & Stamnes, 2009b). I samsvar med lovverkets føringslinjer ser vi at tilpasset informasjonsgivning derfor er en god tilnæringsmåte for sykepleier, for å fremme barnets

kognitive kontroll (Helsepersonelloven, 1999). Barn i ulik alder opptas av forskjellige aspekter ved forelderens lidelse. Informasjon bør derfor tilpasses ut i fra utviklingsstadium (Talseth et al., 2014). Fordi barna har så individuelle behov for informasjon, kan det være svært utfordrende for sykepleier å vite hva det enkelte barnet trenger å høre i sin spesielle situasjon. Et annet problemområde når det kommer til informasjonsgivning og tilnærming er det faktum at ungdom av utseende ofte kan oppfattes som unge voksne. Her er det viktig å tenke på at de tross utseende fortsatt kun er barn. I praksis har vi opplevd at tidlig ungdom ofte kan ha høy terskel for å innrømme manglende forståelse av informasjonen. Her er det derfor minst like viktig som til yngre barn, at sykepleier bruker forståelige ord.

For å holde oss innenfor taushetspliktens rammer, er det viktig at man i samråd med den innlagte forelderen blir enige på forhånd om hvor mye informasjon barnet skal få om deres helsetilstand. I situasjoner hvor pasienter ikke gir samtykke til at barnet skal få tilgang til disse opplysningene, og det ikke foreligger unntak, er det taushetsplikten som blir gjeldende. Det barna derimot har rett til, uavhengig av samtykke, er generell informasjon og om planlagte tiltak som har til hensikt å ivareta barnet (Helsedirektoratet, 2010). For at de pårørende barna skal kunne uttrykke sine meninger i samsvar med Barneloven §31, er denne informasjonsgivingen en viktig forutsetning (Barneloven, 1981).

Informasjonsgivingen kan finne sted i en barnesamtale, men også i familiesamtale. Selv om vi har hatt fokus på barnesamtaler i denne oppgaven, er det viktig å poengtere at denne samtalen også kan skje sammen med familien. Metoden Barnas time praktiserer en todelt time, med familiesamtale først, og deretter barnsesamtale hvis ønskelig (Haukø & Stamnes, 2009a). Begge samtaleformer har sine fordeler og ulemper. Fordelen med familiesamtale er at det pårørende barnet ikke føler seg alene i mestringsprosessen, men lettere ser at dette er noe som angår hele familien. Å dele sine tanker rundt dette, og kanskje oppleve at de ikke sitter alene om disse tankene, kan være en stor lettelse for mange av barn. Det kan likevel være gunstig å supplere med barnesamtale, da denne type samtaleform kan gi sykepleier en nærere forståelse av barnets narrative opplevelse. Sitat fra deltagende barn i Barnas time: ”Det kan hende det ikke er så lett å snakke om ting som har med foreldrene å gjøre når de er der. Man kan såre dem” (Haukø & Stamnes, 2009b, s. 34).

Ved bruk av barnesamtale kan sykepleier hjelpe barnet til å lære å mestre egen situasjon, dog dette ikke nødvendigvis påvirker familiedynamikken. At en barnesamtale kan ha innvirkning på hele familien, er derfor noe vi kan stille spørsmålstegn ved. Dette er en ulempe med



---

denne type samtale, da situasjonen kan ses på som en krise gjeldende for *hele* familien. Barn er også svært lojale ovenfor sine foreldre. Familiesamtale kan derfor hindre sykepleier i å oppdage barnets faktiske opplevelse. Uansett samtaletype, avhenger informasjonsinnholdet av den innlagte forelderen. Mange foreldre velger i god tro å skåne barna fra informasjon om forverring av sykdomssituasjon eller uheldig atferd fra egen side. I praksis kan dette bety avslag på tilbud om eventuelle familie- og barnesamtaler (Eide & Eide, 2007; Talseth et al., 2014). Dette utfordrer sykepleiers mulighet til å styrke det pårørende barnets mestringsopplevelse, gjennom gjenvinnelse av kognitiv kontroll. Med bakgrunnskunnskap om hvor mye informasjon kan ha å si for pårørende ungdom, er det viktig at sykepleier i samtale med foreldrene forsikrer seg om at de er inneforstått med det valget de tar.

Det var helsesøster som ”fant ut” at pappa hadde en psykisk sykdom. Jeg hadde håpet at mamma hadde fortalt meg noe før. Det var ingen i hjelpeapparatet som informerte meg om pappas lidelse. Det at det var en sykdom, og at en ikke forstår hva det er, blir en ekstra belastning. Helsesøster har vært min viktigste støttespiller. (Voksne for barn, 2008, s. 32)

Dette er bare meningen til én ungdom i en pårørendesituasjon. Foreldre bør likevel være klar over de ringvirkningene det å ikke informere tilstrekkelig, eventuelt kan få for barnet.

Mange barn som pårørende opplever det også svært stigmatiserende å leve med et psykisk sykt familiemedlem; ”Vi er stemplet som den syke familien” og ”Jeg har en mor som er psykisk syk, det er på en måte hennes stempel. Det har også blitt et stempel for hvem min familie er. Alle vet hvem vi er der vi bor” (Voksne for barn, 2008, s. 15). Den nederlandske studien beskriver også pårørendes følelse rundt det å bli stigmatisert av folk i sitt daglige miljø (Van der Sanden et al, 2014). Ikke bare folk i skole og nærmiljø, men også av helsepersonell. Deltagere i studien viser blant annet til eksempler hvor de delvis ufrivillig følte seg tvungne til å ha en samtale med helsepersonell, i forbindelse med deres syke familiemedlems behandling. Å dele indre personlige tanker og følelser med grunnlag i noe som ikke angår deg selv direkte, kan for mange oppleves krenkende. Sykepleier bør derfor være klar over det faktum at dette kan være en potensiell demper i mestringsprosessen hos de pårørende.

En annen forutsetning for kommunikasjon mellom sykepleier og det pårørende barnet går på tilstedeværelse av tillit og god relasjon (Eide & Eide, 2007). Lengden på møtene er derfor ikke avgjørende. Selv om det er mulig å oppnå en god relasjon med barnet allerede ved første møte, er dette som regel en tidkrevende prosess. Det er derfor svært

situasjonsavhengig om dette er mulig i løpet av forelderens innleggelsesperiode. Én måte å komme barnet i møte innenfor de begrensede rammer en har til rådighet, kan være at sykepleier inntar en mer aktiv rolle enn den tilvante. Kanskje kan invitasjon til et kortspill eller en enkel formingsaktivitet være forløsende til samtaler om strevsomme tanker. Selv om denne tilnæringsmåten, kalt leketerapi, oftest anvendes til en yngre målgruppe, kan varianter av den ha effekt for tidlig ungdom også (Haukø & Stamnes, 2009a).

Lazarus og Folkman mener det er bra å gi all type informasjon, både positiv og negativ (Eide & Eide, 2007; Lazarus & Folkman, 1984). Sett i sammenheng med annen faglitteratur, forskning og erfaring fra praksisområdet, mener vi likevel at informasjonsgivningen bør gis med skjønn. Så hvorfor blir ikke informasjonsgivning godt nok praktisert? Én forklaring kan være at sykepleiers oppgave med å vise skjønn blir for mange så uavklart, at det resulterer i vegring ovenfor ansvarsområdet. Selv om sykepleie ofte tar utgangspunkt i teorier og modeller, er det viktig å forstå at dette kun er en rettesnor for praksis, ikke en endelig fasit. Sykepleier bør derfor aktivt vurdere både hvilken informasjon som gis, når den skal gis og hvordan. Pårørende barn er følsomme for stemningsendringer (Talseth et al., 2014). Tilstrekkelig informasjonsgivning trenger derfor ikke nødvendigvis å inneholde mye informasjon; heller aktuell informasjon som fører til følelse av oppnådd forståelse av situasjonen.

For at sykepleier skal kunne hjelpe den pårørende ungdommen i sin gjenvinnelse av kognitiv kontroll, ser vi at informasjon er et viktig nøkkelpunkt. Ikke bare mengde og type informasjon, men også når informasjonen gis og hvordan. Sykepleier bør både ta hensyn til pasient og pårørende, med tanke på å holde tilbake og å gi informasjon. Det at mange av de pårørende barna også er belastet i form av å føle seg satt i bås, er en viktig forkunnskap sykepleier bør inneha i møte med barna. Informasjonen kan tilpasses individuelt ved ganske enkelt å spørre barnet: ”Hva trenger du å vite om din foreldres sykdom for å ha det bedre i din hverdag?”

### 4.3 Instrumentell kontroll

I denne konteksten kan man se på instrumentell kontroll i en overført betydning, der tanken er å nyttiggjøre seg av ressurser, for praktisk å løse de aktuelle problemene (Eide & Eide, 2007). Å se praktiske løsninger som kan bidra til problemløsning eller lette situasjonen kan utgjøre stor forskjell for et pårørende barn. Oppnåelse av instrumentell kontroll kan skje for

---

eksempel skje gjennom initiativ til en konkret fysisk handling. Kontroll på dette området kan også oppnås ved at barnet faktisk lærer å spørre om hjelp i gitte situasjoner. Det å spørre om hjelp kan for mange pårørende barn sitte langt inne, da mange allerede har hatt mye selvpåttatt ansvar i hjemmet over en lengre tidsperiode. Å hente fram barnets resiliens, dets egenaktivitet, kan derfor være nøkkelen til å utføre de problemløsende handlingene, altså mestring.

For å gjenvinne instrumentell kontroll kan vi se dette opp imot Lazarus og Folkmans problemfokuserende strategi, der målet er å endre selve situasjonen (Eide & Eide, 2007; Lazarus & Folkman, 1984). For at barnet skal mestre sin pårønderrolle, både under og etter forelderens innleggelsestid, blir et hovedfokus for sykepleier å jobbe mot ”hjelp til selvhjelp”. Måten barnet selv kan komme fram til egne effektive mestringsstrategier på, kan skje både gjennom informasjonsgivning, men kanskje aller helst gjennom veiledning og aktiv lytting fra hjelpere. Sykepleier kan også ha en koordinerende og nettverksbyggende funksjon, ved å knytte det pårørende barnet mot den aktøren som best kan bistå i situasjonen. Selv om sykepleieren inntar denne rollen, er det samtidig viktig å oppmuntre barnet til selv å komme med forslag til praktiske løsninger.

Sitat av Charlotte, 17 år:

Det å ha noen utenforstående å vende seg til kan lette veldig på trykket, skulle ting bli vanskelig. Det er fort gjort å miste oversikten når man føler at man skal strekke til overalt, og man kun har noen timer å gjøre underverket på. En helsesøster eller psykolog kan hjelpe med å få perspektiv på ting og gi håp og veiledning. Det at de også sitter inne med mye kunnskap og erfaring gir også en følelse av trygghet. (Voksne for barn, 2008, s. 33)

Selv om sykepleier gjerne ønsker å bistå når det kommer til praktisk hjelp og skape nettverk for barnet, er det viktig å huske at barnet også må lære å stå på egne ben. Selv om sykepleier har etablert et nettverk for videre oppfølging, er det kun opp til det pårørende barnet å ta dette i bruk. Sykepleiers kontakt med det pårørende barnet har kanskje styrket barnets resiliensfaktorer, indre som ytre. Styrket resiliens vil imidlertid ikke ha noen verdi dersom det ikke praktiseres. Barnets resiliens er ikke mestringsatferd, men det som fører til mestring (Skre et al., 2007). Mestring er altså en egenaktivert prosess som foregår i barnet selv, men likevel en prosess sykepleier kan stimulere og påvirke (Rajka, 2011). ”I dag ser jeg på meg selv som en ressursperson ... det hadde jeg trolig ikke gjort hvis det ikke hadde vært for helsesøster som tok tak i hjemmesituasjonen min” (Voksne for barn, 2008, s. 29).

Det at ungdom er i stand til å forstå sosiale sammenhenger og forelderens situasjon er en potensiell ressurs som den pårørende kan nyttiggjøre seg av (Eide & Eide, 2007). I sykepleiers arbeid mot å fremme mestring hos barn som pårørende, kan det være hensiktsmessig å appellere til dets forståelse for foreldrenes reaksjoner og atferdsmønstre. Pårørende ungdoms livssituasjon vil trolig påvirke livet over lengre tid, kanskje hele livet. Uavhengig av store eller små endringer av selve situasjonen, kan likevel opplevelsen av den bedres. Sykepleier kan hjelpe ungdommen til å se at det er mulig, også ved hjelp av enkle grep, å bedre situasjonen mot en lysere hverdag. Eksempelvis kan det dreie seg om arbeidsverktøy for grensesetting utarbeidet i samarbeid med sykepleier, som ”lynkort” med påminnende ord og setninger for situasjonen, dagbok eller avspenningsteknikker. I praksis har vi opplevd at terskelen for å bruke denne type arbeidsverktøy er lav. Selv om ungdom rapporterer om god effekt, ser vi likevel at det kan være vanskelig å faktisk integrere dette i hverdagen over tid.

Å hjelpe pårørende barn til å se, og å ta i bruk egne ressurser for problemløsende atferd, er en viktig sykepleierrolle når det kommer til instrumentell kontroll (Eide & Eide, 2007). Veiledning av problemfokuserende og løsningsorienterende tenkning rundt barnets situasjon kan bidra til at barnet selv ser sine ressurser. Spørsmål som ”Hva har vært til hjelp for deg så langt?” og ”Når har du det annerledes og bedre?” kan være nyttige. Dette er en viktig forutsetning for egen grensesetting i ansvarsrollen barnet eventuelt har påtatt seg. Først da kan barnet oppleve styrket identitetsfølelse i rollen som *barn*. Selv om vi gir barna disse verktøyene, har de ingen nytte uten egenmotivasjon. Sykepleier bør minne det pårørende barnet om viktigheten av selv å ta ansvar i denne sammenhengen, noe som vil fremme dets følelse av instrumentell kontroll i hverdagen.

---

## 5. Konklusjon

Barn som pårørende er en målgruppe som gradvis har fått mer fokus over de siste tiårene, særlig sett i lys av forebyggende funksjon og folkehelseperspektiv. Tross økt fokus, viser det seg fremdeles å være utfordringer rundt det å sette teori ut i praksis. I problemstillingen spurte vi hvordan sykepleier kunne styrke opplevelsen av mestring hos tidlig ungdom, med psykisk syk forelder. Ut fra funnene i fordypningsoppgaven ser vi at dette ikke kun handler om barnas evne til mestring, men at ulike faktorer kan ha betydning. I vår kontekst har vi særlig sett på tidsaspektet som et hinder, men ikke minst helsepersonells unnvikelse og ansvarsfraskrivelse på dette området.

Veien å gå for å styrke opplevelsen av mestring for barn som pårørende kan være krevende, og sykepleiers innsats er kun et steg langs veien. Det er derfor viktig å tenke fremtidsrettet rundt sykepleie til disse barna. Proaktiv jobbing er vesentlig – særlig i perioden nærliggende forelderens utskrivelse. For at barnet skal fortsette sin ferd mot styrket mestring i hverdagen bør vi av den grunn ikke bare fokusere vår sykepleie på nettverksbygging med nye støttespillere, men også styrke barnets egen mestringstro langs veien.

Sett ut i fra den teoretiske rammen er krisereaksjoner iboende mestringsstrategier og forsvarsmekanismer for å takle en stressende situasjon. Vi mener derfor at opplevd kontroll er et viktig steg for å fremme opplevelse av mestring, både når det kommer til kognitiv, emosjonell og instrumentell kontroll. Kognitiv kontroll kan forenklet ses på som en indre styrke, sammenlignet med Lazarus og Folkmans (1984) følelsesfokuserte mestringsstrategi, med endring av egen oppfatning av problemet som ankerpunkt. Instrumentell kontroll blir heller en problemfokuseret mestringsstrategi, med fokus på endring av selve problemet, eller påvirkende faktorer for problemet. For barn som pårørende ser vi derimot et særegent behov for å føle emosjonell kontroll. Barnas utfordring her blir å ha en hensiktsmessig holdning og vurdering ovenfor både problemet og tankene rundt det.

Kontroll innen hver av disse aspektene har alle sin egenverdi, men sett i lys av kontrollperspektivenes avhengighetsforhold vil den største verdien følgelig oppnås ved å se disse tre i en sammenheng. Selv om det er mulig å gjenvinne kognitiv kontroll hos barn i løpet av forelderens innleggelsesperiode, ser vi at dette kan være det aspektet som trolig er det mest utfordrende å oppnå. Dette med tanke på begrenset tid til rådighet for både informasjonsgivning og grunnlag for relasjonsbygging. Hjelp til å se praktiske løsninger,

eller moralsk støtte ved å bekrefte barnet og være tilstede, er kanskje mer realistisk for sykepleier å kunne gjennomføre med tanke på det gitte tidsrommet.

Gjenvunnet kontroll fører dog ikke automatisk til opplevelse av mestring. Å sette grenser for seg selv kan også gi den pårørende ungdommen tanker om svekket identitet. Deres vante levemønster og tankesett er svært innarbeidet, og det vil mest sannsynlig kreve lang tid å reversere. Voksenansvar kan føre til tidlig modning, noe som både kan oppleves som en frarøvelse av barndom, men også som en ressurs for fremtiden. Sykepleier bør derfor forsikre seg om at prosessen mot styrket mestringsfølelse heller handler om en berikelse av den man er, enn å fjerne deler av hvem man var.

I møte med foreldre som skal legges inn ved en institusjon, kan sykepleier oppleve at deres barn ikke har ønske eller behov for informasjon. Selv om barnet lovmessig har rett på informasjon, og sykepleier plikt til å tilby dette, er det samtidig viktig å respektere dette. At helsepersonell unngår sitt ansvarsområde i møte med barn som pårørende er derimot et paradoks innen helsevesenet, særlig etter ny lovgivning og kunnskap om dets viktighet. Tross følelse av manglende kunnskaper og ferdigheter i møte med barn, handler det kanskje mer om en holdningsendring for sykepleiere enn faglig dyktighet.

Sammenfatningsvis ser vi et behov for situasjonsbestemt sykepleie basert på både det moderlige og det faderlige prinsipp – både ved å vise omsorg og forståelse, men samtidig stille krav og sette tydelige grenser. Dette gjelder ikke bare opp imot de pårørende barna, men også for egen rolle som sykepleier. Selv om det nå er fem år siden lovendringen tredde i kraft, er dette en endring i praksisfeltet som trolig vil ta lang tid å integrere. Ved å endre fokus fra å hjelpe lidende til å faktisk bruke sykepleiers forebyggende funksjon i praksis, ser vi at dette også vil gagne ungdommene i et folkehelseperspektiv; både på individ- og samfunnsnivå.

---

## 6. Litteraturliste

Barneloven, LOV-1981-04-08-7. (2014).

\*Borge, A.I.H. (2010). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 197.

\*Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling: En psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Antall sider: 163.

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

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

\*Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: W. W. Northon & Company, Inc.

Antall sider: 445.

\*Gjærum, B. (1998). Mestring av omfattende problemer hos barn og foreldre – har vi empirisk kunnskap å bygge på? I B., Gjærum, B., Grøholt og H., Sommerschild (Red.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (1. utg., s. 64-98). Oslo: Tano Aschehoug.

Antall sider: 29.

\*Gullbrå, F., Smith-Sivertsen, T., Rortveit, G., Anderssen, N. & Hafting, M. (2014). To give the invisible child priority: Children as next of kin in general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 32(1). 17-23. <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2014.874133>

Antall sider: 7.

Haugland, B. S. M, Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.) (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag.

\*Haukø, B. H. & Stamnes, J. H. (2009a). *Barnas time: En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Antall sider: 196.

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

Antall sider: 4.

Helsedirektoratet. (2010). *Barns som pårørende*. (Rundskriv IS-5/2010). Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2014).

Høgskolen i Hedmark. (2014). *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Lokalisert på [https:// Fronter.com/hihm/links/files.phtml/54d47f25c6929.1884109844\\$363800780\\$/Arkiv/Retningslinjer\\_files/Retningslinj+BA-oppg.++Godkjent-dekan+14.11.14+BASY2012+-doc.pdf](https:// Fronter.com/hihm/links/files.phtml/54d47f25c6929.1884109844$363800780$/Arkiv/Retningslinjer_files/Retningslinj+BA-oppg.++Godkjent-dekan+14.11.14+BASY2012+-doc.pdf)

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Sjekklistor*. Lokalisert på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklistor/>

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.  
Antall sider: 371.

\*Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations. I R. S. Lazarus & S. Folkman, *Stress, Appraisal and Coping* (s. 141-180). New York: Springer Publishing Company.

Antall sider: 40.

\*Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.  
Antall sider: 226.

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

\*Pettersen, J. R. (2008). *Rusavhengig og forelder*. Oslo: Voksne for barn.  
Antall sider: 35.



---

Rajka, L. G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min! I A. Lerdal & M. S. Fargermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 131-160). Oslo: Gyldendal akademisk.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (s.a.) *Barn av pasienter med alvorlig sykdom eller rusmiddelavhengighet*. Lokalisert på [https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p\\_document\\_id=288770&p\\_parent\\_id=291357&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=288770&p_parent_id=291357&_ikbLanguageCode=n)

\*Skre, I., Arnesen, Y., Breivik, C., Johnsen, L. I., Verplanken, B. & Vang, C. E. (2007). Mestring hos ungdom: Validering av en norsk oversettelse av Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(3), 236-246. Antall sider: 11.

\*Talseth, R., Bratvold, B., Gjertsen, G., Steneby, J. & Kristiansen, G. (2014). *Barn i Norge 2014: Når barn er pårørende*. (Voksne for barn Rapport nr. 15, 2014). Oslo: Voksne for barn. Antall sider: 98.

\*Vifladd, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Antall sider: 189.

\*Van der Sanden, R. L. M., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., Kok, G. & Bos, A.E.R. (2014). Coping with stigma by association and family burden among family members of people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 202(10), 710-717.

<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000189>

Antall sider: 8.

\*Voksne for barn. (2008). *Skriv for livet: Når mamma eller pappa er psykisk syk/ruser seg – tekster fra og for unge*. Oslo: Voksne for barn.

Antall sider: 47.

\*Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 354-359.

<http://dx.doi.org/10.1080/08039480801960065>

Antall sider: 6.

Totalt antall selvvalgte sider: 2072.

## 7. Vedlegg 1

III kunnskapssenteret

### Fagprosedyrer

### PICO-skjema

<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv tiltak:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
Tidlig ungdom som pårørende til forelder med psykisk lidelse  Sykepleie til barn som pårørende	Mestring  Erfaringer, vurdering, evaluering, effekt  Forekomst  Stigmatisering		Mestring  Livskvalitet  Forebygging
<b>P</b> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall
Next of kin  Children/Child  Adolescent  Nurse  Family/ Family members  Relatives  Parental illness  Mental illness/ Mental disorder	Coping  Assessment  Qualitative  Effect  Intervention  Stigma		Coping  Manage  Quality of life  Preventing

## 8. Vedlegg 2

Database	Søkeord	Antall treff 1	Avgrensning	Antall treff 2	Eksklusjon (tematikk, overskrift, abstrakt)	Leste artikler	Valgte artikler
Oria	"Children as next of kin" AND "invisible" AND "family" AND "mental ill".	2547	2005-2015. Engelsk. Artikler. Ny tidsavgrensning: 2013-2015.	153	152	1	1
Oria	"Parental illness"	10 444	2005-2015. Engelsk. Artikler. Oversiktsartikler/omtaler.	109	109	1	0
Ovid Medline	"Coping"(1), "Family OR next of kin"(2), "mental illness"(3). 1 AND 2 AND 3.	59	2005-current. Engelsk.	29	27	2	1
Cinahl	"Mental health"(1), "Children"(2), "Assessment"(3), "Parents"(4). 1 AND 2 AND 3 AND 4.	596	Artikler. 2005-current. Ny tidsavgrensning: 2012-current.	122	121	1	1

Ovid Medline	“Mental illness OR Mental disorders”(1), “Child OR children”(2), “Assessment OR Adolescent”(3), “Stigma”(4). 1 AND 2 AND 3 AND 4.	93	2005-current. Engelsk.	78	75	3	1
Oria	“Mental illness” AND “parents” AND “experience” AND “Children”.	354	2005-2015. Artikler.	228	226	2	0
Oria	“Adolescents” AND “Mental health” AND “Interventions”. “Effects”. 1 AND 2 AND 3 AND 4.	415	Engelsk. Artikler. 2005-2015. Ny tidsavgrensing: 2010-2015.	219	218	1	0 (1 valgt artikkel fra referanse- liste)