



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

Bacheloroppgave i sykepleie 4BACH1D

Vanja Halvarsson og Line Gustu Larsen

”Se meg”

”Look at me”

Veileder: Ida Eggen

Antall ord: 12009 Antall sider: 36

BASYD 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innhold

1.0 Innledning.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave	3
1.2 Hensikt	5
1.3 Avgrensning	5
2.0 Metode.....	7
2.1 Fordypning som metode.....	7
2.2 Søkeshistorikk.....	7
3.0 Barn som pårørende	8
4.0 Depresjon	11
4.1 Forekomst og definering av begrepet.....	11
4.2 Symptomer	11
5.0 Barns behov og godt nok foreldreskap.....	13
6.0 Sykepleieansvar.....	15
6.1 Sykepleieteori.....	16
6.3 Observasjoner.....	19
7.0 Sammendrag fra forskningsartikler	21
8.0 Drøfting	22
8.1 Uforutsigbarhet, utrygghet og redsel.....	23
8.2 Omsorgsansvar, isolering og ensomhet.....	26
9.0 Hvorfor virker det så enkelt, men vanskelig i praksis.....	29
9. 1 Egen erfaring	30
10.0 Konklusjon	32
11.0 Kilder.....	34

1.0 Innledning

Tittelen på oppgaven, ”se meg”, innebærer for oss at vi som sykepleiere har en unik mulighet til å se barnet som pårørende.

Når vi går ut som ferdig utdannet sykepleiere har vi et åpent syn på livet med en genuin følelse for individet som vi møter i vårt arbeid. Vårt syn er at de fleste har behov av hjelp noen ganger i livet, å da vil vi bli møtt med respekt og verdighet. Henderson sier: Do for others what they would do self if they had the strength, will and knowledge (Henderson, 1998).

Følelsen for andre mennesker er det som vil gjøre oss til en spesiell type sykepleiere. Som sykepleiere trenger vi å ha oppmerksomhet rettet mot både pasient og pårørende. Kanskje den pårørende er et barn til en av våre brukere i hjemmesykepleien? I Denne bacheloroppgaven tar vi for oss hvordan vi skal observere et hjem der en deprimert mor lever med barn. Kanskje er det i dette hjemmet vi får en spesiell følelse av at noe "ikke stemmer". Da kan det være lett å se den andre veien fordi vi ikke vet hva vi skal observere. Hvordan kan vi faglig vurdere denne situasjonen i hjemmet?

Med denne oppgaven vil vi vise hvilke lover og plikter vi har å ta hensyn til i arbeidet som hjemmesykepleiere når barn er pårørende. Vi vil også vise hvilke symptomer depresjon kan ha, hva som er barns behov, hvordan man er god nok forelder og sykepleierens ansvar i forhold til dette. De observasjonene vi gjør er en sammenheng mellom alle disse områdene, som gir oss en helhetlig vurdering. Denne vurderingen dokumenterer vi og om behovet for bistand fra andre tjenester er der, tilkaller vi dem.

Som sisteårsstudenter i sykepleie har vi som oppgave å skrive en bacheloroppgave. Denne innebærer at vi skal vise vår kunnskap om forskning og ulike forskningsmetoder og utviklingsarbeid i sykepleie. Vi skal presentere og formidle et fagstoff skriftlig. Vi skal vise at vi kan drøfte, argumentere og vurdere egne meninger. Dette er en fordypningsoppgave vi skriver to studenter sammen, så det blir viktig å vise at vi kan gjennomføre et metodisk og systematisk arbeid.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Barn av pasienter med alvorlige helseproblemer er utsatte og sårbare (Helsedirektoratet, 2010, s. 3).

Flere historier som vi har lest om eller hørt om handler om barn som ikke blir sett tidig nok. De har ikke fått den hjelpen av det offentlige som de hadde trengt (Harsem, 2012). Vi ser at helsepersonell stadig blir påminnet via media, at man ikke overholder sin plikt til å melde fra til barnevernet når man ser omsorgssvikt (Sætren & Omland, 2013).

Tema barn som pårørende er viktig for oss fordi vi vil møte dem i arbeidet vårt. I psykiatrisk praksis var vi studenter i en liten kommune. Der ble vi oppmerksomme på at noen mødre med psykiske lidelser hadde familie. I en liten kommune er det ikke tilgang til psykiatritjenesten under alle døgnets tider. Denne tjenesten er kun tilgjengelig fra åtte til tre på alle hverdager. Derfor blir gjerne ansvaret på pasientene lagt over på hjemmesykepleien. Derfor tenker vi at ansvaret kommer til å ligge på oss som sykepleiere i hjemmesykepleien.

Folkehelseinstituttet har estimert at omkring 410 000 barn lever med en eller to foreldre som har en psykisk lidelse. Av disse er 260 000 barn rammet av at foreldrene ikke har omsorgskompetanse i det daglig livet. Det er 1,1 million mennesker i Norge som er under 18 år. 23,1 % av disse lever med en forelder som ikke har kompetanse til å ta vare på barnet (Torvik & Rognmo, 2011).

Etter en søkning på Google.no med søkeord barn som pårørende, får vi opp denne hjemmesiden: helse sør-øst /BarnsBeste. Her finner vi mange fortellinger fra barn som pårørende. Barn som lever med psykisk syke foreldre opplever at de ikke blir sett av helsesektoren. De opplever å leve med vansker som uforutsigbarhet, utrygghet, redsler og ensomhet (Helse Sør-Øst).

Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre kan komme til å utvikle mentale lidelser eller atferds-problemer (Tronsen, 2012). Dette er en av flere grunner til at vi vil skrive denne oppgaven. Vi ønsker å avklare hva vi bør observere i et hjem der et barn lever som pårørende til en psykisk syk mor. Det vi observerer vil ligge til grunn for den vurdering vi gjør angående morens omsorgskapasitet i fht barnet. En funksjon som vi kan oppfylle, er å forebygge fremtidige skader hos det spesifikke barnet av vår psykisk lidende pasient. Det vi observerer i jobben vår som hjemmesykepleiere hos denne moren, blir avgjørende for om vi sender bekymringsmelding til barnevernet eller andre faggrupper.

Når barn er pårørende til en psykisk syk mor, kan det lett føre til at barnet føler ansvar for å ivareta mor (Östman, 2008; Kallander, 2010). Det er viktig at behandlingsapparatet opparbeider gode rutiner for å ivareta barnet som pårørende. Vi som behandlingsapparat skal ikke pålegge eller forvente at barnet tar på seg ansvaret for at mor for eksempel skal ta de rette tablettene. Det er her vi som hjemmesykepleiere kommer inn. Vi tar ansvar for at mor skal ta tablettene til rett tid og fange opp barnets behov for hjelp og støtte.

Når vi går inn i et hjem der vi har en følelse av at noe ikke stemmer, er det viktig å se nærmere på hva det er. Vi som sykepleiere i hjemmesykepleien har en mulighet til å observere å se om mor klarer å ta vare på barnet i det daglige livet.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne fordypningsoppgaven er å finne frem hvordan sykepleiere kan observere i et hjem hvor vi har følelsen av at ”noe ikke stemmer”. Vi håper studien vil gi oss et verktøy i de situasjonene vi kommer til et hjem hvor vi opplever mor som dysfunksjonell. Vi ønsker med denne oppgaven å gjøre helsepersonell oppmerksom på at det kan finnes utfordringer der barn er pårørende til psykisk syke. Kanskje denne oppgaven vil hjelpe helsepersonell å bygge opp en sikkerhet for de barna som lever med syke foreldre, ved hjelp av de vurderingene vi gjør. Kanskje flere barn blir sett før de selv blir syke? Vi ønsker også gå dypere inn på barn som pårørende da det ikke er viet stor fokus på denne gruppen i utdanningen. Vi vet gjennom inntatt forskning at hvis barn ikke får sine grunnleggende behov tilgodesett så kan de selv få psykiske eller fysiske problemer etter hvert.

Så problemstillingen våres lyder som følger:

Hva bør vi som sykepleiere i hjemmesykepleien observere hos en depressiv mor med tanke på vår plikt om å tilgodese at barnet får den oppfølgingen som de har krav på?

Med en depressiv mor forstår vi at hun har et barn under 18 år. Med å observere mener vi at vi skal se på om symptomene hos mor kan innebære at barnet trenger oppfølging fordi mor ikke klarer å følge opp, altså om hun klarer å ivareta sin foreldrekompetanse.

1.3 Avgrensning

Vi har valgt å legge vekt på barn som pårørende hos en alenemor som lider av depresjon. Vi jobber i hjemmesykepleien og har mor som pasient. Vi kommer innom henne med medisiner

en gang om dagen. Vi har en erfaring med at barn som pårørende ikke alltid blir sett. Som sykepleiere skal vi vurdere om barnets grunnleggende behov, kanskje ikke blir ivaretatt da mor er syk. Disse observasjonene skal vi gjøre gjennom barnets mor og omgivelser.

Gruppen av barn som pårørende innefatter barn av pasienter med psykisk sykdom, barn av de som er rusmiddelavhengige eller barn av de foreldrene som er alvorlig somatisk syke eller skadde (Helsedirektoratet, 2010). Gruppen er omfattende og stor. Vi velger ut ifra dette, barn som er pårørende til de med en psykiske lidelser, fordi mange voksne er rammet av dette. Vi setter fokus på depresjon da det er den vanligste forekommende psykiske lidelsen og forekommer mer hyppig hos kvinner enn hos menn, derfor valget av mor (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009).

For å komme frem til hva som ikke fungerer i denne familien vil vi legge vekt på observasjoner av mor og hennes funksjon i hjemmet. Hva er en sunn utvikling hos et barn? Hva er ugunstig for et barn i utvikling? Hva er kjennetegnet for et dysfunksjonelt hjem? Det vi observerer vil ligge til grunn for den vurdering vi bør gjøre angående morens omsorgskapasitet. Dette mener vi ligger til grunn for om vi har opplysningsplikt til barnevern og er viktig for vår plikt å følge opp barnet og dens situasjon.

I de fleste artiklene vi har funnet som omhandler opplevelser hos barn, refereres det til psykisk syke og sier ikke noe om hva slags lidelse de foresatte har.

Beskrivelse av hjemmesykepleie

Det er all sykepleie som blir utført i hjemmet av flere slags faggrupper. Tilbud og ivaretagelse av de behov som den hjemmeboende trenger hjelp med for å kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem. For å yte helsehjelp i hjemmet til vår bruker så trenger vi å ha et helhetlig syn på individet og dens omgivelser. I omgivelsene finnes de pårørende. Arbeidet i hjemmesykepleien krever en selvstendighet av sykepleiere og med den selvstendighet følger mot, mot til å se behovene i de hjem som vi besøker (Fjørtoft, 2006). Det er en allmenn opplevelse i hjemmesykepleien at tiden er knapp. Egne erfaringer sier at ved et tilsynsbesøk der vi skal levere medisin en eller flere ganger om dagen, så er det satt av liten tid. Det krever en god observasjon. I forhold til vår oppgave, så kan vi tenke at vi har begrenset tid hos den deprimerte moren for å kunne observere hvilke symptomer hos henne som kan ligge til grunn

for at barnets grunnleggende behov ikke blir ivaretatt. Vi må ha en god faglig grunn i de vurderinger vi gjør.

2.0 Metode

2.1 Fordypning som metode

I oppgaven tar vi utgangspunkt i fordypning av litteraturen som er relevant for problemstillingen vår. Vi bruker fordypning som metode for vi ønsker å gå dypere inn i det valgte tema og problemstilling, og få oversikt over den eksisterende litteraturen. Vi ønsker å få en ny kunnskap om valgt tema.

Dette gjør vi ved å søke etter allerede eksisterende kunnskap ved å bruke aktuelle databaser. Denne litteraturen hjelper oss å se en sammenheng mellom den litteraturen vi finner, for å besvare problemet relatert til sykepleie yrket. Vi har også brukt erfaringer fra hjemmesykepleie-, psykiatri praksis og livs erfaringer.

2.2 Søkehistorikk

Vi har valgt å bruke få databaser som er direkte relevante for helsefag og sykepleie eller psykologi. Disse er PubMed, NorArt og EbscoHost(Cinahl) og søkeordene vi har brukt er: "child of impaired parents", "parental mental illness", "experiences", Barn AND pårørende OR anhörig, Dysfunctional parenting, Child*, mental illness, needs.

Kriterier for bruken av artiklene har vært at de er fagfellovdert og at de er presentert i de vi mener er relevante tidsskrifter for helsefag. Vi har gått ut ifra at de er skrevet av forskere fra lignende kulturer som den i Norge med tanke på samfunnsstrukturer og på lignende måte utbygget helsevern. Vi har tatt bort de artiklene som dreier seg om mødre med barseldepresjon. Vi har også tatt bort de artiklene som har dreid seg om barn som vokser opp i familier med substansmissbruk, skjønt vi vet at det er en sammenheng med psykiske lidelser og misbruk av substanser. Vi har vurdert artikler etter å lest gjennom abstrakt og hvor mye de har vært relevante for oppgaven. Vi har ved gjennomgang sett om artikkelene er skrevet etter IMRAD-oppsett og valgt ut de som har hatt en klar disposisjon etter dette. Vi har også fokusert på artikler som er ut fra kvalitativ forskning, da det var opplevelsesbasert forskning som vi lette etter.

De fleste artiklene er fokusert på de barna av familier der en av foreldrene har psykisk lidelse. Vi har likevel brukt disse når vårt fokus er depresjon. Det er en vanlig psykisk lidelse. En av de artiklene vi har brukt fokuserer på depresjon hos foreldre (Pihkala & Johansson, 2007). Artikkelen viser forelderens opplevelse av å være syk og ha barn. De andre artiklene dreier seg om psykisk lidelse da forskingen har fokusert på barn av psykisk syke og ikke spesifikt depresjon.

3.0 Barn som pårørende

Ordet pårørende betyr ”å stå nært eller være i familie med”. Så når barn lever med foreldre som er rammet av en kronisk lidelse, blir de pårørende (Nordenhof, 2012).

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skriver dette i rundskrivet sitt om barn som pårørende:

Barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha en hverdag preget av engstelse og uforutsigbarhet. Sykdommen og behandlingen kan føre til at barnets omsorgssituasjon blir vanskelig. Barnet kan også bli påført uheldige opplevelser som det trenger hjelp til å bearbeide. Noen barn er redde for at de selv skal bli syke, eller at sykdommen til forelderen kan smitte eller være arvelig. Andre barn blir ofte engstelige for at noe annet alvorlig skal skje med dem eller andre i familien. Barn tar ofte på seg skyld for foreldres sykdom eller tilstand og kan holde tilbake tanker og følelser om hvordan de selv har det av hensyn til foreldrene. I enkelte situasjoner kan barn også føle skam og forlegenhet på grunn av foreldres sykdom eller atferd. Vanlige reaksjoner hos barn som lever i en vanskelig livssituasjon, er blant annet angst, konsentrasjonsproblemer, søvnforstyrrelser, uro og atferdsendring (Helsedirektoratet, 2010, ss. 5-6).

Når man leser dette, tenker man at vi som helsepersonell kan gjøre en viktig forebyggingsjobb ved å være oppmerksom på at barn også kan være pårørende.

I 2009 vedtok stortinget en endring i lov om spesialisthelsetjenesten og helsepersonelloven for å sikre at all helsepersonell skal kunne identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet barn som pårørende har. Denne trådte i kraft 01. januar 2010. Når vi snakker om barn som pårørende er det barn fra 0-18 år (Helsedirektoratet, 2010).

Formålet med denne bestemmelsen er for å sikre at barn blir fanget opp tidlig, så det blir satt igang en prosess som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos foreldre og barn. Disse bestemmelsene gjelder alle innenfor helsevesenet (Helsedirektoratet, 2010).

Hensikten med denne bestemmelsen er for å ivareta de situasjoner hvor det er tvil eller bekymring om pasienten (mor/far) eller de med foreldreansvaret ikke er i stand til å ivareta barnets behov. Men pasienten bør alltid trekkes inn i arbeidet med barnet så langt det lar seg gjøre. Dette for å opprettholde og utføre sin rolle som forelder på best mulig måte. Plikten vi har innebærer at vi skal hjelpe foreldrene til å ta vare på barnet. Vi skal gi tilbud om hjelp og råd. Denne bestemmelsen setter en minstestandard for hvilke tilfeller vi som helsepersonell kan hjelpe barnet, men ingen grenser (ibid).

Vi som helsepersonell skal bidra med å dekke behovet for informasjon og den nødvendige oppfølgingen barn trenger som har mor eller far som lider av en psykisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom eller skade og rusmiddelavhengighet. Helsepersonelloven § 10a pålegger helsepersonell en plikt til å bidra med å dekke disse behovene for barna. Men for oss som sykepleiere blir det vanskelig å utføre dette i praksis, men det er viktig for oss å tilgodese at barnet får den nødvendige informasjonen og oppfølgingen de har krav på (Helsedirektoratet, 2010).

2. Helsepersonelloven § 10a

§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn (Helsedirektoratet , 2010).

Stortinget har også vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25, for å tilrettelegge for at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørende. Denne går ut på at taushetspliktbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når det er nødvendig for å ivareta behovene for pasientens barn, med unntak hvis pasienten ikke ønsker dette (Helsedirektoratet, 2010). Noe som kan være en utfordring.

Barnets omsorgspersoner varierer fra familie til familie. Noen har mange omsorgspersoner rundt seg, mens andre har kanskje bare den ene som er syk. Det er spesielt viktig for oss som

helsepersonell å ta vare på de barna som ikke har mange omsorgspersoner rundt seg, men det er viktig å se til at alle barna, uansett, får hjelp til å ivareta deres behov (ibid).

Mor kan ofte ha behov for å snakke om sine bekymringer knyttet til barnet sitt. Det kan være vanskelig å smertefullt og se at sine egne problemer medfører belastninger og vonde opplevelser for barnet. Når helsepersonellet viser interesse og omtanke for barnet deres, kan det føles som en lettelse for pasienten. Det å gi rom for å snakke om de bekymringene mor har vedrørende foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2010).

For å summere opp dette rundskrivet fra helsedirektoratet ser man at helsepersonell bør være oppmerksom på at barn også er pårørende og at de har behov for å bli sett og hørt. Dette rundskrivet er et nyttig verktøy når man har pasienter som har barn.

Barnekonvensjonen

Barnekonvensjonen krever at medlemslandene anerkjenner og respekterer barns grunnleggende rettigheter til liv, utvikling, beskyttelse og deltagelse. Det er staten som har ansvaret for at barns rettigheter blir fulgt (FN-sambandet , 1989).

Denne konvensjonen ble utarbeidet av FNs menneskerettighetskommissjon, og er basert på FNs erklæring om barnets rettigheter. Den er omfattende og dekker stort sett det innenfor barnets rettigheter til liv, beskyttelse, utvikling og deltagelse. Norge fastsatte FNs barnekonvensjon i 1991, og da ble den en del av menneskerettighetsloven (FN-sambandet , 1989).

Menneskerettighetsloven sier at hvis det er konflikter mellom konvensjonen og andre norske lover, skal konvensjonen gjelde i første hånd (Sandberg, 2009).

Hovedprinsippet i barnekonvensjonen er:

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

Vi ønsker ikke å gå mer detaljert inn på denne konvensjonen, grunnet at den ikke går direkte inn på barns rolle som pårørende. Men det er viktig at den ligger til grunn for barns rettigheter og det at barnets beste alltid skal være et grunnleggende hensyn.

4.0 Depresjon

4.1 Forekomst og definering av begrepet

Begrepet psykisk lidelse omfatter alt fra fobier, angst, depresjonslidelser til alvorlige tilstander som schizofreni. Alle psykiske lidelser påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Halvparten av Norges befolkning vil rammes av en psykisk lidelse under sitt liv. Vi velger å fokusere på depresjon da det er en av de vanligste psykiske lidelsene blant voksne i Norge og rammer en av fem i løpet av livet (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Depresjon kan ha ulike grader, betegnes fra mild til alvorlig og defineres som stemningslidelse (Hummelvoll, 2005). Depresjonen varierer i intensitet og varighet (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009).

Depresjon forekommer mer hyppig hos kvinner enn hos menn. Årsaksforholdene til hvorfor noen blir deprimerte går vi ikke inn på, men Hummelvoll (2005) sier at det er en forlengelse av den syke sorgen. At en tapsopplevelse ikke har blitt bearbeidet og sorgen er fastlåst kan innebære at den utvikles til en depresjon. Dette er da en reaksjon på en hendelse. En depressiv episode kan være en tilstand som kommer og går (Snoek & Engedal, 2008).

4.2 Symptomer

Kjennetegn på depresjon kan være tristhet, pessimisme, tungsinnet og nedstemthet. Den deprimerte kan bli irritert for minste lille- eller for uventede ting.

Depresjon reduserer konsentrasjonen hos den syke og oppgaver blir vanskelige å gjennomføre. Hos personer som lider av depresjon kan følelsesimpulsene være overkontrollerte eller kontrollen kan mangle helt (Snoek & Engedal, 2008; Hummelvoll, 2005). Dette kan innebære plutselige utbrudd av følelser for eksempel aggresjon. Kan man

tenke at faren for misshandling av barnet er overhengende? Her beskriver mange barn redselen for å leve med sin syke forelder, hva kommer til å skje? Redsel for å bli rammet av ”noe vondt” skaper kanskje uforutsigbarhet (Östman, 2008).

Personen mangler kraft til å gjennomføre daglige gjøremål da hun opplever seg uttømt for energi. Håpløshet og tomhet er framtrødende. Tankefølger kan være ulogiske og personen kan ha vansker for å konsentrere seg. Den fysiske aktiviteten, bevegelser og tale kan være nedsatt (Hummelvoll, 2005). Normale variasjoner i følelser finnes ikke, da den syke har mistet evnen til å føle glede, lykke, kjærlighet og andre positive følelser. Dette er et av de første tegnene på depresjon; at den syke ikke klarer å vise de hengivne og kjærlige følelsene til sine kjære som hun har gjort før. Dette kan oppleves som et tap av et fast punkt i tilværelsen (Håkonsen, 2009).

Noen foreldre med psykiske lidelser uttrykker uro for sine barn og hvordan de har det, men synes det er vanskelig å snakke om sin sykdom. De opplever at det er utfordrende å vite hva slags kommunikasjon de bør ha med sitt barn. De beskriver blant annet at det er skam og skyld som kanskje ligger til grunn for dette. Følelsen av å ha ”mistet grepet” på hvordan den de elsker føler seg (Pihkala & Johansson, 2007).

Selvfølelsen kan variere fra stabil til fraværende. Ytre bekreftelse på sin egen person er et behov, men personen er følsom for andre menneskers meninger. Pasientens tanker har ofte et negativt preg (Hummelvoll, 2005). Den deprimerte klarer ikke å opprettholde en positiv selfølelse, men er avhengig av hva andre synes om en (Håkonsen, 2009).

Det synet den deprimerte har på seg selv er svært negativ og selvaktelsen mangler ofte. Et menneske med mange mangler som ingen kan være glad i. Vi tenker at moren kan ha slike tanker om barnet sitt også. Det som skjer i livet har en negativ undertone og er tolket som hendelser grunnet på svakhet, tap eller svik.

Den rammede har ingen fremtidssyn og forventer skuffelser og nederlag i det som skjer. Mer alvorlig grad av depresjonen kan vises på den deprimerte ved at hun blir stille, innesluttet og inkompetent, og klarer ikke å motta noen annen synspunkter for å forandre de negative tankene (ibid).

Symptomene som er nevnt ovenfor kan også være tegn på selvmordsfare, store svingninger av følelsene. Dette er noe vi ikke legger vekt på, men det er viktig for oss sykepleiere å ha dette i bakhodet når vi er hos pasienter som er deprimert (Hummelvoll, 2005).

Med denne kunnskapen om depresjon som grunnlag, vil vi fortsatte å se på hva barns behov er og om mor som er deprimert klarer å ivareta et godt nok foreldreansvar.

5.0 Barns behov og godt nok foreldreskap

Til de grunnleggende fysiske behovene for barn regnes mat og drikke, søvn, omsorg, tilsyn, beskyttelse, gode klær, god hygiene, omsorg ved sykdom og fysisk berøring. Til de psykologiske regnes trøst, trygghet, stimulans og kjærlighet. Barnet skal møtes med respekt og gis en følelse av at det er en individ med verdi. Barnet trenger å utvikle relasjoner med personer i og utenom familien (Hindberg, 2006). Derfor kan vårt fokus som sykepleiere være å observere om det er mangler i noen av de behovsområdene som er nevnt ovenfor.

Det er perioder i barns utvikling som er mer sensitive i utviklingen. Under det første leveåret legges grunn for individets tillitt og trygghet. Hvis barnet opplever brudd på tillitt eller trygghet, vil det kreve av omgivelsene legger ekstra vekt på dette i oppvekst hvis det skal repareres (Hummelvoll, 2005).

Barnets tilværelse skal være preget av trygghet og forutsigbarhet noe som ikke er lett å tilgodese når man er alvorlig eller kronisk syk. Forelderens oppgave er også å legge til rette for at andre kan ta over omsorgsoppgaver hvis ikke forelder selv klarer det (Bøckmann & Kjellevold, 2010).

I 2-6 års alder er barnet selvsentrert og setter seg selv i sentrum for hendelser. Hvis noe ugunstig skjer kan barnet kanskje tro at det er han/hun som er årsaken til det som skjer og gi barnet skyldfølelse (Grønseth & Markestad, 2005).

Barn er avhengige av å møtes med forståelse og innsikt i en vanskelig situasjon. Forelderens ansvar ligger i å kunne håndtere sine egne og barnets følelser og sette barnets behov først. Foreldrerollen skal være klar og tydelig og sette riktige linjer og grenser for hva som er ansvaret til den voksne og til barnet. Hvordan foreldrene klarer dette, vurderes i forhold til hvor stor omsorgskapasitet de har (Svendsen ref. i Bøckmann & Kjellevold, 2010). I tillegg til å ivareta de daglige sysler som er knyttet til skole eller fritid. Forelderens skal kunne fungere i

hverdagslivet og sørge for at barnet har god mat, rene klær og et rent og friskt miljø rundt seg (ibid).

Et godt nok foreldreskap inneholder mange feiltakelser i samspillet med barnet, men viljen til å kommunisere og gleden over å være involvert med barnet skal finnes. Forelderen skal utvise tålmodighet og forståelse for barnets umodenhet og fokuset er å hjelpe barnet å skjønne sine følelser. Dette kan gjøres om forelderen har evne til å regulere sine egne følelser. Det viktigste er at forelderen ser og anerkjenner barnets følelser. Barnet trenger å bli sett og møtt på positive og negative følelser for å danne seg et bilde av seg selv. Forelderen skal klare å tolke barnets signaler og ønsker. Når forelderen er sensitiv for barnets følelser og responderer, vil det lære barnet tillitt. Oppmerksomhet på barnets uttrykk og antatte følelser, hjelper barnet med å sette ord på hva det føler og mener. Dette vil gi barnet trygghet og balanse (Brandt & Grenvik, 2010).

Det som ikke forelderen gjør eller det dem gjør, som er skadelig, ugunstig eller uheldig for barnet er dysfunksjon i foreldrekompetansen (Grøsfjeld ref i Bøckmann & Kjellevold, 2010). Det er ikke symptomer eller en spesifikk sykdom som avgjør om man er kompetent som forelder, men hvordan man forholder seg i situasjonen med tanke på symptomer eller sykdomshåndtering. Vi tenker at det er hvordan forelderen forholder seg til situasjonen som vil sette preg på barnet og påvirke utviklingen. Ved psykisk lidelse kan symptomene innebære at det blir vanskelig å holde struktur og rutiner i hverdagen (uforutsigbarhet). Eller at den syke forelderen har en ubalanse i sine følelser, som leder til affektive utbrudd eller avflatning av følelsene. Følelsene kan variere hos samme forelder og gi barnet en usikkerhet, da forelderen sier en sak en gang og det motsatte neste gang. For eksempel kan forelderen legge skyld på barnet for sin situasjon og i neste tilfelle si at barnet er det beste som har hendt. Når forelderen viser store skiftinger i følelser, så kan dette gi en ugunstig utvikling hos barnet (Bøckmann & Kjellevold, 2010).

De som lever med en psykisk lidelse og i tillegg har barn, ønsker å ha en kommunikasjon om sin foreldrefunksjon. At den psykisk syke forelderen har nedsatt foreldrefunksjon bør ses som et symptom på sykdommen. Vi som helsepersonell må ha forståelse for dette. Uansett hva vi ønsker for barnet så er foreldre-barn relasjonen viktigst for barnet. Det er den som har det største avgjørende faktoren for barnets utvikling (ibid).

Når vi snakker om barn som pårørende er det viktig at vi ikke skal la barna ivareta foreldrenes behov. Meningen med bestemmelsen fra helsedirektoratet er at barna skal forbli barn og beholde den rollen. De skal ikke ta på seg voksenoppgaver når omsorgspersonene ikke klarer å ivareta sine foreldrefunksjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Hvis vi ikke kan se barnet ved besøk i hjemmet, så må vi observere hvordan mor er. Vi må se på hvilke holdninger som mor har til sin sykdom. De mest sårbare barna er de som er i utsatte situasjoner med flere risikofaktorer under lenger tid (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Felles for disse barna er at de kan fortelle om redsler, utrygghet og uforutsigbarhet (Östman, 2008; Trondsen, 2012; Mechling, 2011; Kallander, 2010).

6.0 Sykepleieansvar

Vi som sykepleiere har et ansvar ovenfor barnet som pårørende. Det viser lover og regler svært tydelig. Vi har valgt å skrive litt om hva sykepleieansvar er i forhold til barn som pårørende og vi går spesielt inn på teoretikerne Nightingale og Henderson og hva observasjoner er. Vi mener dette er mest relevant for oppgaven. Vi har også med hva hjemmesykepleie er og hvilken hjelp vi som sykepleier i denne tjenesten kan tilby for den deprimerte moren og barnet hennes.

Hvem har plikt til å ivareta interessene til barna? Dette vil først og fremst gjelde helsepersonell som har ansvaret for behandlingen av pasienten. Dette er som regel lege eller psykolog, men det kan allikevel ikke utelukkes at annet helsepersonell kan være ansvarlig for behandlingen. Det kan være nødvendig med bistand for å ivareta barnet fra annet helsepersonell, i dette tilfelle, sykepleiere (Helsedirektoratet, 2010).

Vi som sykepleiere må melde fra til egnet faggruppe når vi ser behovet og ved den minste tvil om barnet trenger oppfølging videre. Virksomhetene rundt om i landet er pliktet til å utarbeide rutiner og retningslinjer for blant annet når det gjelder praktisk tilrettelegging av ansvaret. Samhandlingen mellom tjenestene har mye å si for at man skal kunne ta vare på barna på en god måte over tid (Helsedirektoratet, 2010).

Når har vi egentlig plikt til å vurdere om dette barnet trenger vår hjelp? Det som er viktig for oss å vurdere, er helsetilstanden til pasienten (mor), om det blir konsekvenser for nær familie

generelt og barnet. Barn trenger ikke å vise symptomer før lovens plikt inntreffer. Det skal være en lav terskel på at helsepersonell igangsetter tiltak og undersøker om hvilke behov barnet har for informasjon og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010).

Det er viktig at helsepersonell er klar over at deres plikt ikke innebærer at man skal ha ansvaret for barnet alene, men at barnet kanskje trenger et helhetlig tilbud fra forskjellige tjenester. For å sende henvisning til andre deler av tjenesteapparatet for utrede og behandle barnet, trenger vi samtykke fra foreldre eller andre med ansvaret for barnet (ibid). En familiefokusert tilnærming som sykepleiere er avgjørende for å forebygge problemer for barnet og foreldre (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012).

6.1 Sykepleieteori

En sykepleieteori skal være nyttig i den praktiske utførelsen av sykepleie. Vi vil forsøke å forklare hvordan vi tenker utøvelsen av vår sykepleie fra overordnet metaparadigmenivå, til de mer ordnede strukturene i de fire dimensjoner der teoriene tar utgangspunkt (Kirkevold, 1998).

Den mest generelle og høyeste teorinivået kalles sykepleiens metaparadigme. Denne består av de fire domener, hovedbegrepene menneske, helse, sykepleie og omgivelser. Dette definerer hele sykepleiens kunnskapsområde og gir en ramme for sykepleiefagets interesseområder. På neste nivå kommer man til begrepsmessige modeller i sykepleieteori. Her er de fire metaparadigmene beskrevet og satt inn i en sykepleiesammenheng. På dette nivået beskriver de på et generelt nivå hva sykepleierene skal gjøre og hva det er. Dette utgjør rammeverket for utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen, 2005). Det er i dette sykepleieteoriene tar utgangspunkt. De fire dimensjonene som springer ut av metaparadigmenivået er sykepleiens ansvarsområde, mål med sykepleien, metode og kontekst.

Målet med sykepleie er **helse**. **Konteksten** der sykepleien gis er **omgivelsene**. Sykepleiens **metode** faller inn for metabegrepet **sykepleie** og **sykepleierens ansvarsområde** finnes i alle metabegrepene (Kirkevold, 1998).

- **Sykepleiens ansvarsområder** knyttes til mennesket, omgivelsene, pasient-omgivelser-forhold og interaksjon pasient-sykepleier. I vår oppgave knytter vi behovet av sykepleie til pasientens omgivelser og det pårørende barnet. Vi tenker at sykepleien er forebyggende.

- **Metode** vi utøver sykepleie på er observasjon som er en sykepleiefunksjon.
- **Mål** er helse for barnet og for pasienten.
- **Kontekst** er i barnet og pasientens hjemme miljø.

Neste nivå er sykepleieteorier som er basert på forskning av et forholdsvis vidt tema, men allikevel avgrenset. For eksempel et fenomen.

På siste nivå finner vi teori basert på empirisk (i virkeligheten) forskning i praksis. Her har man utgangspunktet i en konkret problemstilling. Teorien på dette nivået skal forklare, beskrive, forutsi eller kontrollere konkrete praksissituasjoner (Kristoffersen, 2005).

Vi opplever vår sykepleiepraksis som følger:

Hvis vi tenker ut ifra Florence Nightingales sykepleieteori, vil sykepleiens ansvarsområde i vår oppgave være den syke mor og det enn så lenge friske barnet som vi skal pleie slik at hemmende faktorer ryddes ut av veien for det helsefremmende. Omgivelsene der sykepleie utføres er i hjemmet, der psykososiale forhold kan være en bekymring. Målet med vår sykepleie er ut ifra Nightingales teori forebyggende og vår metode for å utøve sykepleie er observasjon. Nightingales kontekst for sykepleien passer bra for vår hjemmesykepleie.

Hvis vi tenker ut ifra Henderson vil pasienten være mennesket som former sitt eget livsmønster, som i ulike situasjoner kan være vanskelig å opprettholde grunnet manglende krefter, kunnskap og vilje. Dette gjelder både friske og syke. Hvis vi tenker på vår oppgave, så er mor vår pasient som ikke klarer å opprettholde sitt livsmønster som forelder. Vi tenker at vårt sykepleieområde i oppgaven er de områder der mor ikke klarer å opprettholde de grunnleggende behovene som er knyttet til å være forelder. Fokuset for vår sykepleie er at vi observerer om mor kan ivareta de grunnleggende behovene, som hun hadde gjort om hun hadde hatt kunnskap, krefter og vilje. Omgivelsene påvirker pasienten fysisk og psykisk, og sykepleieansvaret er å opprettholde et helsefremmende miljø. Målet for vår sykepleie ifølge Hendersons teori kan være at vi observerer situasjonen, for å samle data til en vurdering av behovene som mor og barnet har.

Disse teorigrunnlagene er med på å hjelpe oss å forstå sykepleiens teoretiske grunnlag. Særlig hos de teoretikerne vi ønsker å legge vekt på, nemlig Florence Nightingale og Virginia Henderson. Grunnen for at vi velger disse er fordi vi mener de er mest sentrale for sykepleien generelt og for denne oppgaven.

Florence Nightingale

Florence Nightingale la grunnlaget for hva praktisk sykepleie er og hun beskrev hvordan god sykepleie kunne bidra til å bedre et samfunn. Hun slo fast at sykepleiens mål var å legge til rette omgivelsene så naturen (gud) kunne påvirke helsetilstanden i en positiv retning. Florence Nightingale sier at faktorer i pasientens omgivelser kan være med på å hindre helse og velvære. En av de faktorene er psykososiale forhold i omgivelsen som kan skape bekymring (Nightingale & Skretkowicz (red), 1997).

Florence Nightingale mener at sykepleierens evne til å observere er absolutt nødvendige for å kunne gjøre de gode tiltakene. Dette er blandt annet sykepleiens metode. Målet med sykepleien er å forebygge for at naturen skal utøve sin helbredende funksjon (Nightingale & Skretkowicz (red), 1997).

Hos barn som lever i en hverdag som kan hemme dens sunne utvikling, vil det være relevant for sykepleieutøvelse. Nightingale sier at sykepleiens mål er forebyggende og hvis barn som vokser i ugunstige miljøer blir sett, vil det være forebyggende. For å nå målet med forebyggende sykepleie sier Nightingale at evnen til å kunne observere grundig og målrettet er en forutsetning for god sykepleie (ibid). Derfor mener vi at observasjon er en metode for oss for å kunne hjelpe barnet.

Med det tenker vi at vår oppgave, iforhold til barnet som er pårørende, vil dette innebære at vi som sykepleiere skal bidra til god helse fordi barnet ikke har kunnskap nok til å ivareta sine egne behov. Dessuten har kanskje ikke den deprimerte moren krefter eller vilje til å ivareta barnets behov. Dette gjelder både for den syke mor og det friske barnet (Nightingale & Skretkowicz (red), 1997).

Virginia Henderson

Virginia Henderson er et velkjent navn innenfor sykepleie. Hun ønsket å sette en kort og god beskrivelse på hva god sykepleie betydde for syke mennesker. Henderson mente at sykepleiere måtte ha et blikk for hele pasienten, iberegnet pasientens familie. Noe som vi i denne oppgaven legger stor vekt på.

Hun mener at en profesjonell sykepleier skal ta vare på et menneske som ikke har kunnskapen, styrken eller viljen til å ivareta sine grunnleggende behov (Mathisen, 2008). Her mener vi at barn som pårørende har mest sannsynlig ikke den kunnskapen til å håndtere situasjonen de har havnet oppi.

Virginia Henderson forklarte hva grunnleggende sykepleie var ved å trekke frem at vi som sykepleiere skulle dekke pasientens grunnleggende behov. Som innebar for eksempel å puste normalt, spise og drikke, kvitte seg med avfallsstoffer, sove og hvile.

Henderson mente at for at vi skulle kunne gi pasienten en individuell sykepleie, måtte vi danne oss et overblikk over hvilke områder som pasienten hadde behov for hjelp på. Det er her de grunnleggende behovene kommer inn og hva våres observasjoner skal omhandle. Det er viktig at vi som sykepleiere observerer og tenker at hver pasient er forskjellig, og at de grunnleggende behovene vektlegges på forskjellige måter. At pasienten har pårørende, barn, som også har sine grunnleggende behov som vi må observere om er dekket (Henderson, 1998).

6.3 Observasjoner

Som vi har skrevet over er det Florence Nightingale som understreket at en god oppøvd observasjonsevne er nødvendig for å kunne utføre kunsten å pleie de syke. Det er hun som introduserte verden for hvor viktig det er for sykepleiere å observere. God sykepleie består av å ta hensyn til de små tingene de syke har til felles og til de tingene som er spesiell for hvert enkelt sykt menneske (Kristoffersen, 2005).

Sykepleiere bruker observasjoner for å danne et bilde av pasientens tilstand. Dette gjør vi ved hjelp av alle sansene våre; se, føle, høre og lukte. Noen ganger kan kun en observasjon gi oss klar beskjed om en tilstand, men andre ganger må man ha flere observasjoner for at det skal gi en sammenheng. Som sykepleier må vi bruke hendene, i tillegg til det kliniske blikket vi sykepleiere har (Skaug & Andersen, 2005).

Når vi bruker sansene våre for å innhente data om en pasients tilstand, bruker vi observasjoner som en metode eller det kliniske blikket. For at vi skal kunne observere optimalt, trenger vi en vilje til å være ekstra oppmerksom og varsom. Vi trenger å ha en evne til å oppfatte og sanse, reflektere over egne erfaringer og tilslutt må vi ha den teoretiske kunnskapen om det aktuelle fenomenet (Kristoffersen, 2005).

For oss som helsepersonell er observasjon noe vi gjør daglig i vårt arbeid. Dette gjør at vi observerer uten å tenke mer over hva vi har observert. Dette fører til mer overfladisk og tilfeldige resultater. Vi som sykepleiere må være mer bevisst på hva vi skal observere og hva vi har observert. Det er også viktig å sette sammen de observasjonene vi har gjort (Dalland, 2007).

Det er viktig for oss som sykepleiere å notere ned de observasjonene vi gjør, for disse kan forandre seg. Det første inntrykket får vi bare en gang, i første møte med pasienten. Den vil forandre seg på grunnlag av ny forståelse. Man kjenner også på magesfølelsen i dette yrket. Den er det viktig å komme til bunns i. Finne ut hvorfor vi for eksempel får en følelse av at noe ikke stemmer ved førsteinntrykket (Dalland, 2007).

Målet for observasjonen er å innsamle data fra det daglige livet. Vi som sykepleiere vil raskt få behov for å stille spørsmål om de observasjonene vi gjør. Det er det som gjør at observasjoner og spørsmål som metode henger tett sammen. Hvis vi bruker disse to til sammen vil vi få bedre grunnlag for den informasjonen og dataen vi har samlet inn. Men det er viktig å huske at samtalen ikke alltid stemmer overens med det vi har observert (Dalland, 2007).

Det er derfor vi ønsker å skille mellom objektive - og subjektive observasjoner som vi gjør i møtet med en deprimert mor i hjemmesykepleien. Objektive observasjoner vil være de observasjonene vi ser i omgivelsene. For eksempel ser vi at mor er nedstemt, hun har langsom tale og hun beveger seg langsomt. Dette er de objektive observasjonene vi gjør. Mens under subjektive observasjoner går det mer på hva pasienten selv forteller og dens historie (Larsen, 2008). Det er her det blir viktig å tenke at de objektive- og subjektive dataene ikke alltid stemmer overens.

I rundskrivet fra helsedirektoratet, har de skrevet noen punkter om hva som bør kartlegges når det er konkludert med at barnet trenger oppfølging som følge av foreldrenes tilstand. Vi har valgt å legge mest vekt på de to øverste punktene, nemlig:

- Er foreldrene i stand til å ivareta og bistå barnet med de problemer og belastninger som avdekkes?
- Hvordan er dagliglivet for barnet organisert og ivaretatt med hensyn til regler, struktur og rutiner?

Disse to punktene vil gi et grunnlag for de vurderingene vi gjør av mor og omgivelsene.

Beskrivelse og tolkning

Disse to begrepene henger tett sammen når vi snakker om observasjoner. Vi tolker alltid mens vi observerer. Vi tar utgangspunkt i disse tre fasene:

- Forberedelse til observasjon – refleksjoner på grunnlag av følelser, tanker og teorier vi har til det fenomenet vi ønsker å observere. I dette tilfellet, depresiv mor, alene om omsorgen osv. Det er også viktig å tenke at den forkunnskapen vi har kan gi oss skyggelapper.
- Gjennomføring av observasjonene – Det vi observerer inntar sansene våre og tankene om mulige tolkninger gjør seg gjeldende. Omgivelsene, min posisjon osv.
- Beskrivelse av det observerte – i hjemmesykepleien noterer vi etter møtet og gir en helhetlig beskrivelse av det vi har observert (Dalland, 2007).

7.0 Sammendrag fra forskningsartikler

Ut ifra artiklene (Östman, 2008; Kallander, 2010; Trondsen, 2012; Mechling, 2011)

finner vi noen temaer som står for de opplevelsene barna har. Disse legger vi til grunn for de observasjonene vi tenker gjøre i mors hjem.

Omsorgsansvar for sin syke forelder, hjemmet og søsken. Barna (vi bruker dette ordet da de i artiklene er under 18 år) føler at de har et tungt ansvar. De uttrykker at de har blitt mer modne fordi de har for mye ansvar i hjemmet. Denne graden av ansvar er for stor for det utviklingsnivå barnet er i. Dette ansvaret og denne modenhet har sin grunn i at deres tilværelse ofte har vært *uforutsigbar og utrygg*, med ujevne tilfeller av forverring av forelderens sykdom. Barna gir uttrykk for en *redsel* for hvordan forelderen er akkurat denne dagen. De deler opplevelser om at de føler så stort ansvar for sin forelder, for eksempel medisinerer, at de ikke kan forlate huset. Barna sier at de føler skyld for at de ikke kan ta vare på sin forelder. Ansvaret for sin syke forelder kan lede til *isolering* av barnet. De deler opplevelser som tilsier at de ikke tør å ta med seg venner hjem. De forteller om at de er *ensomme*. De synes det er vanskelig å snakke med andre om sine følelser. De blir heller ikke sett av foreldre, skole eller de helsepersonell som er ansvarlige for

forelderen. Barnet ønsker å skåne sin syke forelder og *går på tå* for å unngå at forelderen blir mer deprimert eller sint. (Denne unngåelsesatferden kan også gjøre barnet isolert).

Artikkelen av Pihkala og Johansson, sier noe om hvordan foreldre opplever situasjonen å være syk. I denne kommer det fram at foreldre, spesielt mødre har følelse av *skam og skyld* fordi de ikke er bra nok foreldre. De har en *redsel* for å miste sine barn. Redsel for å bli tatt vekk fra sin forelder var også en opplevelse hos barna. Redselen hos barna var også grunnet i store emosjonelle svingninger hos foreldrene og får barna å bli ukonsentrerte og *utrygge*. Følelssvingningene hos foreldrene lå også til grunn for den følelse av *uforutsigbarhet* som barna opplevde. De barna som lever med foreldre som har et udekket behov for hjemmebaserte tjenester ønsker hjelp hjemme, for å slippe å ta på seg store betyngede oppgaver (Kallander, 2010; Östman, 2008; Trondsen, 2012; Mechling, 2011; Pihkala & Johansson, 2007).

8.0 Drøfting

Hva bør vi som sykepleiere i hjemmesykepleien observere hos en depressiv mor med tanke på vår plikt om å tilgodese at barnet får den oppfølgingen som de har krav på?

For å besvare problemstillingen, har vi valgt å bruke kvalitative artikler som beskriver barns opplevelse ut ifra det å leve med en forelder med psykisk lidelse. Fra teoridelen har vi kunnskap om depresjonens symptomer, hva barns behov er og hva som er godt nok foreldreskap. Vi bruker denne kunnskapen for å drøfte hva vi observerer. Kan den deprimerte moren ivareta de fysiske og psykiske behovene barnet har?

Vi har valgt å gå ut ifra punktene i rundskrivet fra helsedirektoratet som omhandler foreldrenes omsorgskompetanse. Er mor i stand til å bistå og ivareta barnet med de problemene og belastningene som vi avdekker ved de observasjonene vi gjør. Er dagliglivet til barnet ivaretatt og organisert med tanke på regler, rutiner og struktur.

Vi har erfaringer fra hjemmesykepleien som gjør at vi har muligheten til å danne oss en oppfatning av forholdene i hjemmet hos pasientene. Dette er vårt utgangspunkt ved våre

observasjoner ut ifra de punktene som er nevnt ovenfor. Vi velger å gjøre datainnsamling ut ifra objektive - og subjektive observasjoner.

Følelsen av at noe er feil

Det å gå inn i et hjem hvor vi har en magefølelse på at noe ikke stemmer, er noe man må kjenne på som sykepleier. Hva som er normalt er det ingen fasit på. Er tilstanden hos mor skadelig? Magefølelse kan være vanskelig å sette ord på. Det er ikke noe konkret vi har observert eller hørt, men det er en følelse vi har av hele situasjonen. Denne følelsen er noe vi kan bygge videre på for våre observasjoner. Være litt mer på vakt og skjerpe sansene for å klare å forklare denne følelsen.

Ut ifra Hendersons teorier om det å ivareta pasientenes kraft, kunnskap og vilje, trekker vi den mot oppgaven ved at mor kanskje ikke har kraften, viljen eller kunnskapen til å ivareta barnet. Av egen erfaring vet vi at vi kanskje må hjelpe mor til å kunne se de ressursene hun har, og hvordan hun prioriterer og bruker dem. Vi observerer hvordan hun allerede håndterer dette.

Sammendraget av artiklene utpeker noen sentrale begreper som vi velger å bruke som utgangspunkt i drøftingen. Vi har begrenset barnas opplevelser til noen temaer som vi vil drøfte mot de symptomer som den deprimerte moren kan ha, og hvordan vi kan se noen av disse symptomene som er ugunstige for barnet som pårørende.

8.1 Uforutsigbarhet, utrygghet og redsel

”Det er virkelig vanskelig å komme hjem fra skolen å finne sin mor sittende i stolen, deprimert, uvasket og bustete på håret å stirre utrykksløst på tv'n, uten oppmerksomhet og sier ikke et ord.. jeg gjemmer meg på rommet mitt og føler meg svært lei meg” (Trondsen, 2012, s. 179).

Når man leser dette eksempelet så kan man tenke på Hendersons grunnleggende behov. Kan denne moren ta vare på sine grunnleggende behov? Klarer hun da å ta vare på barnets? Barnets behov er som nevnt tidligere i oppgaven, både fysiske og psykiske.

Ifølge Nightingale så er god sykepleie å objektivt observere de små tingene (Nightingale & Skretkovicz (red), 1997). Vi kan observere om mor er tiltaksløs i hjemmebesøket. Hvis vi opplever henne som det, kan vi tenke oss at det er større risiko for at hun er det når det er folk

som kjenner henne i huset, som barnet. Hvis vi kommer på besøk i hjemmet å gjør en objektiv observasjon av at mor er ukledd og at hun åpenbart ikke har hatt noen aktiviteter i huset, så kan vi tenke at dette kanskje også er vanlig når barnet er hjemme.

Noen av barna opplevde at foreldrene forandret humør og væremåte. Små ting kunne utløse sinne og aggresjon. Disse forandringene kunne skje plutselig og uten forvarsel, noe som førte til at tilværelsen for barna ble uforutsigbare. Disse humørsvigningene førte til at barna følte seg utrygge og redde for hva som kom til å møte dem (Östman, 2008; Trondsen, 2012). Disse opplevelsene kan vi ta med oss inn i observasjonene vi gjør av mor under møtet med henne i forbindelse med hjemmebesøk. Vi kan se hvordan hun reagerer på spørsmål vi stiller til henne. Med tanke på om hun blir brått sint eller er apatisk. Vi kommer til å stille spørsmål til henne om hvordan dagen er, om hun har klart å legge til rette for sin hverdag. Vår egen erfaring fra student-praksis i psykiatrien og fra hjemmesykepleien, sier at det er normale spørsmål å stille når vi kommer på besøk. Men hvordan opplever mor det å ha oss i sitt hjem? Kanskje hun blir irritert og aggressiv av at andre kommer inn i hjemmet, for å kontrollere? Deprimerte kan mistolke intensjoner og ha en svekket vurderingsevne. Kan hun bli aggressiv eller irritert på oss grunnet dårlig impuls kontroll, så kan hun kanskje bli det på barnet? (Hummelvoll, 2005).

For å observere om mor kan være voldelig mot barnet sitt, kan vi se etter om hun er brå i bevegelsene, aggressiv eller temperamangfull i møtet med oss.

I forhold til barnets opplevelse av uforutsigbarhet knyttet til morens sinnstilstand så kan vi observere om mor har en konsekvent og jevn holdning ovenfor sin sinnstilstand. Hvis hun skifter i humør så kan vi vurdere at det vil ha en ugunstig effekt på barnet som har behov for struktur og forutsigbarhet i hverdagen. Vi kan se dette når vi snakker med henne, kanskje humøret skifter fra dyp sorgsenhet til lettere sinne under en ulogisk kort tid og grunnet uforklarlige årsaker.

Mange av barna ga uttrykk for å oppleve mangel på forutsigbarhet i sin tilværelse (Östman, 2008; Trondsen, 2012; Mechling, 2011; Kallander, 2010). Dette vil kanskje komme av at mor ikke er sensitiv for barnets behov og dermed skaper utrygghet. De vet ikke når mor hører eller ser dem. Den erfaringen vi har fra praksis er at de mennesker som lever i depresjon kan være selvsenterte, så de ser bare sin egen situasjon og er ikke oppmerksom på at deres væremåte påvirker andre. Når den deprimerte snakker, så dreier det seg kanskje om sykdom og plager å

den deprimerte drar seg unna familien. Det kan virke som om hun er helt uinteressert i det som foregår i omgivelsene rundt (Hummelvoll, 2005). Når det lever et barn i en slik situasjon så kan vi tenke at deres behov ikke blir sett. Familie blir ofte rammet av følelse av håpløshet, skyld og hjelpeløshet (ibid). Hvordan skal mor kunne høre og se barnet når hun bare er fokusert på seg selv? Vår mor er dessuten enslig og da har ikke barnet noen annen å snakke med eller noen andre som ser barnet i hjemmet. Er mor den eneste i nærmeste familie? Har barnet noen annen som kan være rollemodell?

Vi har erfaring gjennom å være foreldre selv og vi vet at barn har ulike behov i ulike aldre. Vi vet også at barn trenger trygghet og forutsigbarhet. Dette innebærer at man som voksen har fokus på barnet og ikke på seg selv, men hvis man er syk kan dette være vanskelig. Det kan finnes tilfeller, da man som mor har mindre fokus på barnet, enn det man føler er bra. Dette nivået av hva som er bra, er individuelt og må svare til de behovene som barnets utvikling har. Mange ganger kan denne opplevelsen av å være en mor å ikke kunne tilgodese barnet ligge til grunn for dårlig samvittighet. Hvis man også er syk, med en depresjon, så kan depresjonens lave selvaktelse bli enda lavere når man som mor opplever nederlaget om ikke å kunne ivareta barnet.

Vi får kanskje en oppfatning om hvordan mor opplever sin foreldrerolle når vi er på besøk hos henne med dosett. Hvordan opplever hun sykdommen? Er det en overgående tilstand som familien henter seg fra? Er sykdommen en inntrenger som gir perioder av sykdom? Er den en gitt premiss i livet? Snakker mor om sin sykdom? Erkjenner mor sin sykdom og symptomer? Benektelse? Dette er ting vi kan se etter i det daglige møte med mor.

Denne uforutsigbarheten som barna forteller om, kan også komme av at mor har vansker for å holde strukturer og rutiner i hverdagen. Vi kan tenke oss at en av våre måter å observere dette på, kan være ved å se om hun er oppe av sengen, vasket seg eller er påkledd. Hvis hun ikke er det under flere av besøkene vi er hos henne, så vil vi legge det til den samlede observasjonen av situasjonen. Vi vil da vurdere tiltak og videre oppfølging, og hvilke oppgaver vi skal fokusere på under videre samarbeid med mor.

Barna som beskrives i artiklene følte redsel (Östman, 2008; Trondsen, 2012; Mechling, 2011). De var redde for om mor/far skulle ta livet sitt, redde for å bli syke selv og redde for å bli utsatt for vold (noe som er vondt). Vi tenker at dette vil gi barna en følelse av uforutsigbarhet, da de må leve i en usikkerhet for at hverdagen er lite forutsigbar.

Vi bør ha med oss i tanken at mor kan være suicidal når vi observerer hennes sinnestemming. Ikke være redde for dette temaet og heller spørre enn å lure på om hun er det. Er det mistanke, så bør vi spørre. En mor som er deprimert kan være ustabil i forhold til tanken om å ta livet sitt (Hummelvoll, 2005). I praksis har vi erfart at en enslig mor har vært så deprimert at hun bare satt og gråt. Hun var meget lei seg og vi brukte mye tid av besøkene hos henne, hvor fokuset var å være hos henne når hun gråt. Hvordan kan man da vurdere om denne moren er suicidal? Egen erfaring fra praksis sier også at den som er suicidal kan virke helt normal men likevel gi uttrykk for å være hinsides all logikk når man forsøker å snakke med dem om deres følelse.

Vi må observere alvorlighetsgraden hos mor, hvor alvorlig hennes depresjon er. Det er alvorlighetsgraden og hvor mye hjelp som moren kan få i forhold til sin sykdomsgrad som ligger til grunn for hvor mye belastende omsorgsoppgaver som barnet tar på seg (Kallander, 2010). Er mor stille og innesluttet? Er det vanskelig å få påvirke hennes tankegang til en mer positiv retning? Er det ikke noe positivt i hennes tilværelse, så kan vi tenke at hennes depresjon kan være alvorlig (Håkonsen, 2009).

Barna ga uttrykk for en redsel for å bli tatt vekk fra hjemmet og forelderen, men også mor var redd for at barnet skulle bli tatt fra henne (Mechling, 2011; Pihkala & Johansson, 2007). Dette må vi tenke på når vi går inn i hjemmet for å bistå med tjenester og observere. Mor vil kanskje forsøke å holde en fasade av at ingenting er problematisk i hjemmet. Erfaringsmessig fra hjemmesykepleien så vet vi at det krever flere besøk og lang tid for å få et menneske til å åpne seg og skape tillit. Så de vurderingene vi gjør må til stor grad være bygget på de objektive observasjoner som vi gjør.

8.2 Omsorgsansvar, isolering og ensomhet

De fleste barna beskriver at de føler seg ensomme på grunn av at de må ta var på sine foreldre (Trondsen, 2012; Kallander, 2010). Vi møter kanskje ikke barnet, men vil muligens kunne observere om mor er initiativløs og om hun har krefter til hverdagslige ting. Vi kan tenke at hvis hun mangler krefter og er initiativløs, så vil det kunne være en årsak til at barnet føler at det må ta mer ansvar i hjemmet. Vi kan dessuten spørre henne om hvordan hennes hverdag er. Orker hun å gjøre de hverdagslige tingene som kreves av en mor? Hva slags tegn ser vi som kan avgjøre om hun klarer å dekke barnets avhengighetsbehov; mat og drikke, søvn, tilsyn, beskyttelse, gode klær og god hygiene? Kan vi se om det er tegn til at hun vasker klær? Er det

oppvask i kummen? Lukter det noen gang mat? Føler hun at kreftene ikke rekker til? Hvordan klarer hun å ordne hverdagen for seg og barnet? Hvordan ser det ut i hjemmet? Er det ryddig?

Man kan tenke seg å komme til et velstelt hjem, men allikevel ligger mor på sengen under hvert besøk vi gjør. Da kan vi tenke oss at dette ikke stemmer overens. Kanskje er det barnet som er omsorgsgivere i hjemmet? Det er nok så vanlig at barna tar vare på mor (Kallander, 2010; Östman, 2008). Det kan også være slik at mor har brukt de krefter hun har til å ta vare på hjemmet, men er barnets psykologiske behov tilfredstilt? Kanskje hun har brukt sine eneste krefter på å holde en god fasade på hjemmet, slik at barnets følelsesmessige behov av trygghet og stabilitet ikke er ivaretatt? Det kan være slik at mor er så apatisk så hun bare ligger på sofaen eller ikke er i aktivitet iløpet av en dag, og da blir det ikke rotete. Vi vil kanskje også kunne se morens aktivitetsnivå, om det er oppvask på benken for eksempel.

Barna som lever med en forelder med psykisk lidelse uttrykker at de får ta ansvar i hjemmet og at matlaging er en av de ansvarsområdene som de føler at de må ta seg av (Östman, 2008; Trondsen, 2012; Mechling, 2011). Vi kan observere om mor har behov for tjenester i hjemmet, hvor vi som hjemmesykepleie kan dekke. Trenger mor hjelp med matlaging, vask, strukturering og kontroll av hverdagen? Å være deprimert kan innebære å være tiltaksløs og mangle oppmerksomhet for det som trenger å gjøres i hjemmet (Hummelvoll, 2005). En stor gruppe av barn som har belastende omsorgsoppgaver i hjemmet, er der forelderen har behov for tjenester fra hjemmesykepleien (Östman, 2008). Vi observerer hvilke grunnleggende behov som mor kan tilgodese i barnets tilværelse, men vi gjør også en løpende vurdering om hva som hun kan trenge hjelp med i hverdagen. Hvis vi kan avdekke behov hos mor som tilsier at hun trenger mer hjelp i hjemmet, så vil vi i hjemmesykepleien ha hjulpet barnet, å dermed få slippe en hel del belastninger (Kallander, 2010).

Hvis vi observerer at moren har lite interesse til å stelle seg eller ha orden i huset, så kan vi tenke at den samme uinteressens finnes for barnet. Denne følelsesmessige neglisjeringen er ikke intensjonell og har årsak i psykiske vansker (Hindberg, 2006). Mor kan ha skyldfølelse fordi hun ikke kan tilgodese barnets behov. Hun føler skam for sin sykdom og for at hun ikke er god nok forelder (Pihkala & Johansson, 2007). Vi kan tenke at mors skyldfølelse også kan komme av at hun trenger hjelp av utenforstående. Gjennom erfaring og egne opplevelser vet vi at det er vanskelig å komme inn i et hjem for å yte bistand. Dette vil sikkert være enda mer vanskelig når mor er skamfull og kanskje ikke ønsker hjelp. Dermed er vår opptreden som

helsepersonell viktig. Vi bør møte mor med en innsikt om at hun er et individ og at vi har et ønske om å hjelpe. Vi bør gi uttrykk for at vi ikke er kontrollører av hennes hjem.

Vi som sykepleiere må tørre å spørre om hun føler at hun klarer å ivareta barnets behov og vi bør klare å observere hennes reaksjon på dette spørsmålet. Blir mor lettet når vi spør eller blir hun bekymret? Mor kan føle skam for det å ikke klare å ivareta barnet og dette fører til redsel for at noen skal ta ifra henne barnet (Pihkala & Johansson, 2007). Da kan vi prøve å fjerne den redselen fra mor gjennom å fortelle henne at vi gjør det beste for barnet og henne selv. Det kan kanskje være en god måte å nærme seg en problematikk. At det er normalt å føle skam og skyld. Hvis mor føler skam for sin sykdom og at hun ikke klarer å være forelder så kanskje vi merker det når vi snakker med henne. Men det behøver ikke bety at hun ikke kan snakke med barnet sitt. Kanskje føler hun seg skamfull ovenfor ukjente? I hjemmesykepleien vet vi at det er mange ulike mennesker som er hos samme bruker. Kan det hjelpe at vi som sykepleiere har bestemte mennesker som går til denne familien?

For å vurdere om mor har evnen til å kommunisere med barnet sitt, blir oppgavene våres å observere om hun klarer å kommunisere med oss. I arbeidet som hjemmesykepleiere bør vi sette av tid til å snakke om hvordan brukeren har det. Det er her vi skaper en bærende relasjon og bygger opp en god samhandling (Fjørtoft, 2006). Gjennom denne hverdagslige samtalen kan vi observere om hun forteller om sin sykdom for oss. Har hun sykdomsinnsikt? Kan hun sette ord på hvordan depresjonen påvirker henne? Det er en beskyttende faktor for barnet om mor har god følelsesmessig forankring i sin sykdom (Bøckmann & Kjellebold, 2010). Har hun en distanse til sykdommen sin? Snakker hun om andre ting enn sin sykdom eller seg selv? Klarer vi å få hennes oppmerksomhet rettet mot annet enn henne? Får vi en følelse av at mor kan fokusere på barnet og dens behov? Dette er en viktig observasjon iforhold til om barnet føler ensomhet ovenfor mor. Vi kan tenke oss hvordan forholdet til mor og barnet er sammenlignet med vår opplevelse av samtalen med mor. Vi kan tenke at et menneske som har vansker for å relatere til sin tilstand har en irritasjon når man spør om tilstanden. Irritasjon kan også være et symptom på depresjon og trenger dermed ikke være en følelse av utilstrekkelighet innfor sin sykdom, men vil nok være en hindring i kommunikasjon. Hvis hun ikke klarer å ha en samtale med oss en liten stund, så kanskje hun ikke kan skape en relasjon med barnet? Barna delte sine opplevelser om å føle seg ensomme fordi at foreldrene ikke snakket med dem. Foreldrene på sin side visste ikke hvordan de skulle snakke med barna

(Pihkala & Johansson, 2007). Som vi har skrevet i teoridelen, ser vi at mor ofte har behov for å snakke om sine bekymringer om barnet sitt.

Vi vet også ut ifra forskning at barn trenger noen å snakke med som de kan stole på (Östman, 2008). For å kunne stole på noen, må de ha tillitt til den. Kan vi tenke at barnet har tillitt til sin mor? Tillitt grunnlegges i trygghet som er en av de grunnleggende behovene barn har (Hindberg, 2006). Vi tenker at trygghet har en sammenheng med forutsigbarhet og det mangler disse barna.

Når vi observerer helheten i hjemmet og får en helhetlig opplevelse av mor, får vi det beste svaret på det som er nevnt innledningsvis. Alle disse observasjonene vi har skrevet over, hjelper oss å se om mor er istand til å dekke behovene barnet har til tross for sine problemer. Vi ser også hvordan hverdagen er for mor, og om det er struktur, regler og rutiner. Altså det vi legger vekt på i denne oppgaven, de to første punktene fra helsedirektoratet.

Men det er også viktig å vite at man ikke trenger å ha noen konkrete bevis på at mor ikke klarer å ta vare på barnet sitt, for at vi skal informere barnevernet om det. Barnevernet kan komme og observere selv og veilede mor på et annet nivå enn hva vi som sykepleiere kan. Vi har ikke kompetanse eller ressurser til å følge opp saken fullt ut, men vi kan ta det første steget og være oppmerksomme på den magefølelsen og de observasjoner vi kan gjøre. Ettersom hjemmesykepleien kanskje ikke har kompetansen til å følge opp eller ha behandlingstilbud rettet mot barnet, så skal vi henvise til den tjeneste som er bedre egnet til dette. Vi tenker at hverdagen til barnet vil være i vårt arbeidsmiljø i det lange løp. Da kan vi i hjemmesykepleien være del av tilretteleggingen i hjemmet.

9.0 Hvorfor virker det så enkelt, men vanskelig i praksis

Det vi har drøftet så langt virker enkelt og greit å klare å følge opp, men i praksis er det ikke alltid så enkelt likevel. Å gjøre observasjoner som er skjult under mors holdninger og den informasjonen hun kommer med, er ikke lett. Vi er avhengig av et godt samarbeid med mor for å klare å kartlegge behovet for hjelp. For å bruke rundskrivet fra helsedirektoratet som verktøy også, så er vi avhengig av samarbeid med mor, for å gjøre den beste og tryggeste jobben. Hvis ikke mor er med på dette samarbeidet, så har vi en utfordring. Vi mener dette kan være en svakhet i retningslinjene som vi som sykepleiere skal jobbe ut ifra.

Vi vet at det finnes lite tid til disposisjon for hver bruker i hjemmesykepleien. Vi tenker at det vil påvirke om vi ”velger å se” situasjonen.

En av faktorene for at meldeplikten til helsepersonell ikke overholdes, er for lite kunnskap om hva man skal observere. Det viser seg at man er usikre på meldeplikten til barnevernet og politiet (Sætren & Omland, 2013). Vi tenker med dette at vi som sykepleiere må være oppmerksomme på at problemet finnes, og at vi må ha en kunnskap om hva vi skal observere og hvordan vi skal bruke den informasjonen vi har samlet inn.

Vi ønsker å trekke frem noen erfaringer som viser at det ikke er lett i praksis å gjøre de rette observasjonene. Det å få en god relasjon med mor og stole på de observasjonene man gjør.

9.1 Egen erfaring

Første erfaring

En enslig mor som hadde god kontroll på hjemmet og vi kunne ikke observere noen mangler i omgivelsene. De mangler som man kanskje kunne ha sett, var det at mor hadde en utpreget angst og var til tider deprimert. Denne moren var fokusert på seg selv og hvordan hun hadde det i sin tilværelse. Når vi spurte om barnas opplevelse og hvordan hun opplevde at barna hadde det, så mente hun at de hadde det bra. Dette kan jo være faktum, men vår nåværende kunnskap vil tilsi at barna har noen behov i slike situasjoner. For eksempel kan vi tenke at barna hadde hatt et stort behov av å snakke med mor om hennes sykdom eller følelsetilstand. De hadde følt seg bedre hvis mor hadde kunnet prate med dem om at situasjonen ikke hadde noe med dem å gjøre.

Den opplevelsen vi satt igjen med etter besøk hjemme hos denne moren, var at fokuset var på henne. At hun hadde en umoden tilnærming til sin sykdom og at ansvaret for at hun følte det på ulike måter, ofte var noen andres. I dette hjemmet hadde det ikke vært enkelt å observere noe annet enn morens sykdomssymptomer, som tilsa at barna var lidende og i behov av oppfølging. Det vi visste på forhånd var hennes diagnose, og noen ganger er bare det vi vet når vi går inn i et hjem. Vi kunne ikke se noe i omgivelsene som viste på hvordan barna hadde det. Moren klarte å holde orden i hjemmet. Men hvordan var det med de psykologiske behovene hos barna? Vi hadde den forkunnskapen om at mor hadde hatt sin psykiske lidelse i mange år og vi vet at kroniske lidelser er mindre gunstige for barna.

Andre erfaring

En annen erfaring vi har, er om en person som sliter psykisk. Hun har hatt en vanskelig oppvekst hvor mor og far har vært ustabile (noe vi ikke ønsker å gå nærmere innpå). Men denne personen har et barn på fire år. Noen av de observasjonene vi har gjort, er at dette barnet har vanskeligheter med å gå på do å bæsje, bruker fortsatt bleier, er ikke sterk språklig, men er forståelig. Mor og barn har flyttet til et ukjent sted, barnet har byttet barnehage flere ganger og har vansker med å få seg venner. Barnet får veldig ofte viljen sin av mor, det er ikke konsekvenser for ting barnet gjør som ikke er helt riktig. Dette er noen eksempler.

Dette barnet har en far som ikke har vist stor interesse for det, tar imot besøk når det passer han. Han bor ikke sammen med barnet. Da barnet har kommet hjem fra han, er barnet ustelt og har en annerledes oppførsel (dette er noe mor forteller). Klarer ikke å sette ord på hvordan oppførselen er annerledes, men hun føler det.

Mor har det ikke lett med seg selv. Hun har liten selvtillit, men virker ikke slik utad. I perioder tenker hun selv på at hun ikke er en god mor og har til tider vært suicidal. Denne dårlige selvfølelsen gjør at barnet får det hun vil og lite grenser og struktur i en hverdag. Hun gråter mens barnet trøster og mor forandrer personlighet/humør stadig vekk iløpet av en dag. Noe som jeg tenker, ut ifra kunnskapen over, fører til at barnet føler at det er en uforutsigbarhet i hverdagen.

Vi råder henne til å søke hjelp hos fastlege. Dette sier hun at hun skal gjøre, men når det kommer til stykke, blir det ikke noe av. Vi har ringt barnevernet for å spørre om råd og de sa det bare var å ta dem med inn dit for veiledning. Dette var noe mor selvsagt ikke ønsket. Hun har stått på antidepressiva før, men hun følte at humøret holdt seg midt på tre hele tiden. Hun var hverken glad eller lei seg. Slik ønsket hun ikke å ha det, så hun sluttet med dette, uten å informere lege. Men da informerer vi henne om at det finnes andre tabletter (tbl) som kanskje kan virke bedre for henne. Hun går til legen og får det. Men hun tar det ikke på alvor. Tar tbl når det passer henne og møter opp til oppfølgingstimene når det også passer henne.

De observasjoner vi har nevnt ovenfor, er vanskelig å se. Det er ikke klare og tydelige signaler når jeg ser henne. Men ved hjelp av denne kunnskapen over, gjør det litt lettere å sette sammen to og to. En utfordring er at jeg skal ikke vite hvordan hun har det, men jeg vet det allikevel. Det gjør at det er vanskelig å hjelpe.

Med dette i tankene må vi være sterke i sykepleierollen og tørre å spørre om de rette tingene.

Grunnen for at denne erfaringen er relevant for oppgaven er for å vise at det ikke alltid er like lett å se og klare å observere de rette tingene selv om man vet hva man skal se etter. Det er ikke alltid like lett å få et samarbeid og samtykke fra mor, noe rundskrivnet fra helsedirektoratet har til grunn for å bruke de verktøyene som er der. Dette er noen av utfordringne vi som sykepleiere kan møte. Men når det er sagt, hjelper denne kunnskapen oss til å se en helhetlig vurdering og gjør det lettere å se når det er mistanke om omsorgsvikt. Vi vet at alle har en plikt til å gjøre noe når man ser et barn som lider. Å tilkalle hjelp og bruke de instansene som er gode på å håndtere slike situasjoner.

Vi ønsker å avslutte med et utdrag fra boken *mammas svik*, grunnet at den forklarer så tydelig at hun trengte å bli sett. Vi ønsker å se de barna som trenger å bli sett.

Hvorfor er livet så vanskelig? Hvorfor tror INGEN på at jeg har blitt voldtatt? Skulle ønske foreldrene mine var der for meg. Savner deg mamma. Savner foreldre som bryr seg om meg...
(Harsem, *Mammas svik*, 2012, s. 59)

10.0 Konklusjon

Vi har lært at personer med psykisk lidelse kan ha symptomer som motsetter at de kan håndtere og oppfylle sine plikter som foreldre. Dermed skal vi være oppmerksomme når vi går inn i et hjem der pasienten er diagnostisert med depresjon og har barn.

For å kunne observere den deprimerte moren, om hennes kompetanse som mor og om hun ivaretar barnets behov, kreves det at vi har god kunnskap om: lover, retningslinjer, depresjonens symptomer, om barns behov, sykepleierens ansvar og om hva gode observasjoner er. Vi må være bevisst på de observasjonene vi gjør, så det ligger fagkunnskap i bunn for våre vurderinger.

Konkrete ting vi bør observere for å se om barnet har behov for oppfølging, er om mor er uforutsigbar. Dette kan være en risiko for at barnet kan føle utrygghet eller redsel. Tar barnet

omsorgsansvaret for sin syke mor? Kan vi tenke oss at barnet har en følelse av ensomhet og isolering? Har mor andre behov som ikke er dekt?

Hovedbudskapet i denne oppgaven er å gjøre sykepleiere oppmerksomme på at vi kan komme borti pasienter som har barn. Vi har også en plikt om å ivareta det pårørende barnets krav på oppfølging. Forskningen sier at barna har sterke opplevelser etter å ha levd med psykisk lidende foreldre og vi som sykepleiere kan ha muligheten til å se dette. Denne oppgaven håper vi hjelper sykepleiere til å være mer oppmerksomme på at barn også er pårørende og at de har behov.

11.0 Kilder

*Brandt, A. E., & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum - Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS. (367 sider)

*Bøckmann, K., & Kjellevold, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten - en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (387 sider)

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*FN-sambandet . (1989, 11 20). *FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen)* . Hentet 01 22, 2013 fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen> (30 sider)

*FN-sambandet. (1989). *Kulturdepartementet*. Hentet 01 22, 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/nouer/2013/nou-2013-1/9/6.html?id=711294> (36 sider)

*Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing* doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x , 3-11. (9 sider)

Grønseth, R., & Markestad, T. (2005). *Pediatri og pediatriisk sykepleie (2. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Harsem, A.-B. (2012). *Mammas svik*. Oslo: Nova Forlag AS. (239 sider)

*Helse Sør-Øst. (u.d.). *BarnsBeste - film om erfaring*. Hentet februar 11, 2012 fra [www.helse-sorost.no: http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/materiell/film-om-erfaring/Sider/side.aspx](http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/materiell/film-om-erfaring/Sider/side.aspx)

*Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. Oslo: Helsedirektoratet. (26 sider)

- *Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur - refleksjon etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget . (128 sider)
- *Hindberg, B. (2006). *Sårbara barn - att vara liten, misshandlad och försummad*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB. (228 sider)
- Hummelvoll, J. K. (2005). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (6. utg.)*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi (4. utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- *Kallander, E. K. (2010, vol 7 nr 3). Skjulte unge omsorgsgivere - helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* , ss. 206-217. (11 sider)
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal forlag AS.
- *Kristoffersen, N. J. (2005). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristofferen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 1* (ss. 215-257). Oslo: Gyldendal.
- Larsen, K. (2008). Pasienten som læremester. I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1 - Grunnleggende sykepleie* (ss. 97-129). Oslo: Akribe.
- Mathisen, J. (2008). Hva er sykepleie? Virginia Hendesons svar. I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1 - grunnleggende sykepleie* (ss. 67-87). Oslo: Akribe.
- *Mechling, B. M. (2011). the experiences of youth serving as caregivers for mentally ill parents. *Journal of psychosocial nursing* , 29-33. (4 sider)
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009, Oktober). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Hentet April 13, 2012 fra www.fhi.no: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- *Nightingale, F., Skretkowicz (red), V. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. (242 sider)
- *Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagforlaget. (225 sider)

*Pihkala, H., & Johansson, E. E. (2007, September 18). Longing and fearing for dialouge with chhildren - Depressed parents way into Beardslee's preentive family intervention. *Nordic Journal of Pschiatry* doi:10.1080/08039480801984800 , ss. 399-404. (5 Sider)

*Sandberg, K. (2009). Barns rettigheter og muligheter. I R. Hjerman, & K. Haanes, *Barn* (ss. 32-49). Oslo: Universitetsforlaget . (17 sider)

*Skaug, E.-A., & Andersen, I. D. (2005). Beslutningsprosesser i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 1* (ss. 184-214). Oslo: Gyldendal. (30 sider)

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). *Psykiatri - Kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.

* Sætren, L., & Omland, E. (2013, Mars 05). *Helsepersonell melder sjelden inn mistanke om barnemishandling*. Hentet Mars 06, 2013 fra NRK.no:
<http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.10937031>

*Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011, juni). *Rapport 2001:4 Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmissbruk - omfang og konsekvenser*. Hentet februar 8, 2013 fra www.fhi.no: <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf> (50 sider)

*Trondsen, M. V. (2012, August 25). Living With Mentally Ill Parents: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives. *Qualitative Health Research* doi: 10.1177/1049732311420736 , ss. 174-188. (14 sider)

*Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry* doi:10.1080/08039480801960065 , ss. 354-359. (5 sider)

Sum antall selvvalgt litteratur: 2 095 sider