



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse og idrett

4BACH

Karen Konstanse Fleischer & Malin Backholm Andersen

Veileder: Ann-Grete Dybde Akre

Bacheloroppgave i sykepleie

«Mammaen min kan være syk i tankene sine..»

«**My mother can be sick in her thoughts..**»

Antall ord: 13 538 – eksklusiv sammendrag, innholdsliste og litteraturliste.

BASY2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

SAMMENDRAG

Tittel: «Mammaen min kan være syk i tankene sine...» «My mother can be sick in her thoughts...»

Bakgrunn: Valget av temaet kommer av vår interesse for barn som pårørende til psykisk syke foreldre, samt våre erfaringer som har fått oss til å reflektere over hvor godt disse barna blir ivaretatt på en trygg måte i praksis. Vi opplever at pårørende er generelt sårbare i møtet med helsevesenet, og ønsker med det å rette et større fokus på barn da vi anser denne gruppen som en sentral del av sykepleieprofesjonen. Det har de siste årene blitt økt fokus på barn som pårørende, og med dette ønsket vi å finne ut hvordan sykepleier på en god måte kan fremme trygghet hos barn som pårørende når forelder er innenfor psykisk helsevern.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier ivareta barnets behov for trygghet når en forelder er innlagt med bipolar lidelse?»

Oppgavens hensikt: Opparbeide oss økt kunnskap og forståelse om hvordan sykepleier kan forbedre og styrke opplevelsen av trygghet til barn som pårørende. Hensikten er å finne ut barns behov for informasjon og støtte gjennom kommunikasjon og samtale med barn.

Metode: En litteraturstudie hvor vi benytter pensum- og selvvalgt litteratur, forskning, selvlaget case og erfaringer fra praksis gjennom sykepleieutdanningen.

Resultat/konklusjon: Ved å sørge for tillit, respekt, økt kunnskap, informasjon, støtte og god inkludering av barnet i behandlingen kan sykepleier fremme trygghet hos barn som pårørende. Sykepleier må ivareta både den syke og dens pårørende barn for at de sammen skal oppleve mindre lidelse ved forelderens sykdom. Litteraturstudien belyser viktigheten av å se barnas behov når hverdagen preges av usikkerhet, uforutsigbarhet, bekymring og frykt som følge av forelderens psykiske sykdom. Det viser seg at god ivaretagelse har effekt på opplevelsen av trygghet hos barn, men at det i praksis trenger større fokus på barn som pårørende. Med dette ser vi behovet for større vektlegging av disse barna i praksis og ytterligere forskning på området.

Nøkkelord: Sykepleier, pårørende, barn, psykisk lidelse, tillit, trygghet, informasjon og støtte.

Ingen ser

Finst noko vondare enn dette at ingen ser.

Kor mange går ikkje omkring oss

berande si einsemd,

sine smerter, sine innekapsla sår ...

Og ingen ser det.

Ingen har tid til å sjå.

Kor mange tause rop blir ikkje løfta så nær oss

at vi kunne møtt dei om vi berre stogga ørlite

på i vårt renn.

Så godt det er å kunna luta mot einannan

og gje kverandre kvile ...

Av alle dei hemmelege lengslene våre,

er ikkje dette den største:

”Sjå meg”.

- Bente Bratlund Mæland 1991

Innhold

SAMMENDRAG.....	2
1. INNLEDNING.....	6
1.1. BAKGRUNN FOR VALGT TEMA	6
1.2. HENSIKT OG FORMÅL	7
1.3. PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	7
1.4. BEGREPSAVKLARINGER	7
1.5. AVGRENSING AV OPPGAVEN.....	8
1.6. DISPOSISJON OG STRUKTUR	8
1.7. PRESENTASJON AV CASE.....	9
2. METODE.....	10
2.1. HVA ER METODE	10
2.2. VALG AV METODE.....	10
2.3. VALG AV LITTERATUR OG LITTERATURSØK	11
2.4. KILDEKRITIKK	12
2.5. ETISKE OVERVEIELSER	14
3. PRESENTASJON OG FUNN AV FORSKNING	15
3.1. ARTIKKEL 1.....	15
3.2. ARTIKKEL 2.....	15
3.3. ARTIKKEL 3.....	16
3.4. ARTIKKEL 4.....	16
3.5. ARTIKKEL 5.....	16
4. TEORIDEL.....	18
4.1. SYKEPLEIE OG SYKEPLEIETEORIER.....	18
4.1.1. JOYCE TRAVELBEE.....	18

4.1.2. JOHN BOWLBY	19
4.2. BIPOLAR LIDELSE	20
4.3. BARNES PSYKOLOGISKE UTVIKLING	20
4.4. NÅR BARNET ER PÅRØRENDE	21
4.5. Å SAMTALE MED BARN.....	23
4.6. BARNETS BEHOV FOR TRYGGHET	25
5. DRØFTING	27
5.1. BARNETS OPPLEVELSE AV TRYGGHET	27
5.2. DEN GODE SAMTALEN MED BARNET.....	31
5.3. KONSEKVENSER FOR BARNET NÅR MOR HAR BIPOLAR LIDELSE	35
5.4. BETYDNINGEN AV SYKEPLEIERS ROLLE	38
6. KONKLUSJON.....	40
LITTERATURLISTE	41
VEDLEGG 1	
VEDLEGG 2	
VEDLEGG 3	
VEDLEGG 4	
VEDLEGG 5	
VEDLEGG 6	

1. INNLEDNING

Bacheloroppgaven er en avsluttende eksamen som gir oss mulighet til å velge et relevant sykepleietema vi ønsker å fordype oss i. Vi ser viktigheten av sykepleierens ivaretagelse av barn som vokser opp med psykisk syke foreldre, og ønsker derfor å belyse dette temaet.

Det er mange barn som vokser opp i familier hvor foreldre har en diagnostisert psykisk lidelse. Torvik og Rognmo skriver at det er ca. 410 000 barn mellom 0 – 18 år som har foreldre med psykiske lidelser i Norge (Helgeland, 2012., s. 185-186). Av disse antas det at 260 000 barn har foreldre med en moderat eller alvorlig psykisk lidelse (Helgeland, 2012).

Det anslås at omtrent en tredel av barn av foreldre med psykisk lidelse får alvorlige psykiske problemer når de blir eldre, og enda en tredel får mer alvorlige og langsiktige problemer. Videre har barn av psykisk syke foreldre opptil fem ganger større sannsynlighet for å trenge hjelp fra psykisk helsevern sammenlignet med andre barn (Doesum, 2015).

Psykisk lidelse kan defineres som psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer personens evne til å møte menneskelige behov, og til å fungere innen kulturer på en normal måte (Hummelvoll, 2012). Barn som vokser opp i familier med psykiske lidelser blir ofte beskrevet som usynlige eller umulige barn. Mange voksne vet at barna er der, men er usikker på hvordan de skal opptre i møte med dem (Moen, 2009). Det er vanskelig å si nøyaktig hvor mye informasjon om lidelse og forløp barna har godt å få da dette varierer fra barn til barn

1.1. BAKGRUNN FOR VALGT TEMA

I bacheloroppgaven har vi valgt å belyse barn som pårørende til en forelder med bipolar lidelse. Bakgrunnen for temaet er at begge har fått stor interesse for feltet etter erfaringer og observasjoner vi har gjort oss under praksisperiodene i studiet. I psykiatrisk praksis var vi på avdelinger hvor pasientene var i den akutte fasen av psykisk lidelse, noe vi så påvirket familielivet til veldig mange. Vi har sett at barna som individer opplever og ser annerledes på verden enn barn med friske foreldre gjør. Fra egne erfaringer og fra tiden som sykepleierstudenter er vår oppfatning at barn i slike situasjoner har stort behov for trygghet for at de skal åpne seg og dele sine bekymringer.

I sykepleieyrket møter man pårørende på flere ulike plan. Vi har i løpet av studiet hatt generelt lite undervisning om pårørende. I praksis opplevde vi flere ulike situasjoner med

pårørende barn som rørte ved oss og førte til at vi ønsket å vite mer og forstå det bedre. Ved å skrive denne oppgaven ønsker vi å innhente mer kunnskaper om hvordan sykepleiere kan møte og hjelpe disse barna på en profesjonell og omsorgsfull måte.

1.2. HENSIKT OG FORMÅL

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss økt kunnskap og forståelse om hvordan sykepleiere kan forbedre og styrke opplevelsen av trygghet til barn som pårørende.

Vi ser viktigheten av å få mer kunnskaper om barns opplevelser og hvilke metoder som kan brukes for å ivareta og følge opp barn som pårørende på best mulig måte. Målet er at barn skal få adekvat støtte og hjelp til å oppleve trygghet. Herunder at barna skal bli hørt og sett, samt få økt kunnskap og forståelse av diagnosen bipolar lidelse og dens preg slik at de opplever mindre lidelse.

1.3. PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Knut Halvorsen skriver at problemstilling kan defineres slik; ”spørsmål som blir stilt med et bestemt formål, og på en så presis måte at det lar seg belyse gjennom bruk av samfunnsvitenskapelige metoder” (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010., s. 59). Vi har formulert problemstillingen slik:

«Hvordan kan sykepleier ivareta barnets behov for trygghet når en forelder er innlagt med bipolar lidelse?»

Problemstillingen er relevant for sykepleierprofesjonen da vi vil støtte bort i barn som pårørende på flere ulike plan. Som sykepleier skal man gi helhetlig omsorg til sine pasienter, noe som betyr at familien må inkluderes like mye i behandlingen som pasienten selv. Et barn vil ofte være sårbar i møtet med hjelpeapparatet, og barns opplevelse av hjelpen de får avhenger av hvordan sykepleier opptrer og forholder seg til dem.

1.4. BEGREPSAVKLARINGER

Trygghet: Ordet baseres på Maslows definisjon som innbefatter beskyttelse og forutsigbarhet (Thorsen, 2011).

Ivaretagelse: Dette er et stort ord som har mange betydninger, men vi har valgt å fokusere på relasjonsskapende kommunikasjon for å skape trygghet til barn.

Anerkjennelse: ”Innebærer at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge nettopp fordi det dreier seg om et medmenneske” (Schibbye, 2012).

Åpen dialog: Legger vekt på å lytte og respondere på det den andre sier (Seikkula & Arnkil, 2007).

1.5. AVGRENSING AV OPPGAVEN

Psykisk lidelse er et veldig stort fagområde, og med det har vi valgt å begrense oppgaven til hvordan sykepleiere kan ivareta barn av forelder som for første gang legges inn til behandling av bipolar lidelse. Med tanke på oppgavens ordbegrensning legges fokuset på bipolar lidelse da det er denne lidelsen vi har mest kunnskap og erfaring rundt. Bipolar lidelse deles inn i bipolar I og bipolar II, men i oppgaven vektlegges kun type I. Erfaringene rundt pårørende til psykisk syke kommer fra praksis på psykiatriske avdelinger, og med det er sykepleier i oppgaven ansatt på psykiatrisk sykehus som er under spesialisthelsetjenesten. I psykisk helsevern benyttes det tvangsmidler når pasienter er alvorlig syke og til skade for seg selv eller andre (Hummelvoll, 2012), men dette vektlegges ikke i oppgaven. I drøftingen tar vi utgangspunkt i en selvlaget case, men trekker også inn erfaringer og generell teori. Vi benytter oss av ulike kommunikasjonsmetoder i samtale, men vi legger ikke hovedfokuset på dette. Vi legger fokuset på hvordan vi gjennom samtale kan skape forutsigbarhet og trygghet til barn i alderen 10-15 år som har foreldre som mottar helsehjelp på psykiatrisk institusjon. Juridisk sett skal ikke pasienters mindreårige barn utpekes til pårørende, de skal bli ivaretatt ut i fra sine behov da de ikke har samme krav som etter fylt 18 år (Ytterhus, 2012). I oppgavens tilfelle benevnes mindreårige barn som pårørende, og videre forutsetter vi at forelder har samtykket til at sykepleier kan samtale og gi informasjon til barnet.

1.6. DISPOSISJON OG STRUKTUR

Oppgavens kapittel 1 tar for seg innledningen som er rammen for oppgaven. Her belyses også vår selvvalgte case som er utgangspunktet for drøftingsdelen. Under kapittel 2 kommer metoden hvor vi beskriver fremgangsmåte, søkeprosess, kildekritikk, valg av litteratur og etiske overveielser. I kapittel 3 presenteres forskning som belyser temaet på en god måte. Kapittel 4 tar for seg teoridelen som er grunnlaget for oppgaven. Her legger vi fram relevant teori og fakta i forhold til valgt tema og problemstilling. Deretter følger vi opp dette i kapittel 5, hvor vi drøfter ut i fra teori, case, forskning og våre egne erfaringer gjennom studiet. Konklusjonen med svar på problemstillingen kommer i kapittel 6.

1.7. PRESENTASJON AV CASE

Mia er 15 år gammel og lillesøster til Jacob på 20 år. Da Mia var 2 år gammel ble moren og faren skilt og siden da har Mia bodd sammen med sin mor og bror. Faren har i ettertid hatt lite omsorg for barna. Tross dette har Mia hatt en god oppvekst. Moren er advokat og har en stressende jobbhverdag. De fremstår som en vellykket liten familie. Hverdagen opplevdes som trygg, helt frem til Mia ble 10 år gammel. Hun merket da at moren ble annerledes og mer fraværende enn før.

Mia er mye alene hjemme sammen med moren. I perioder sover moren svært lite og er veldig aktiv og lykkelig, mens i andre perioder er hun langt nede og ligger mye på sofaen. På jobb er moren kjent for å være den morsomme damen som er veldig frempå i alle settinger. Mia har aldri vært sikker på hvor hun har moren, og er med det mye engstelig og føler konstant angst. Hun forsøker å være et ”englebarn” for å unngå konflikter. Mia har sjeldent besøk av venner da moren i perioder sier og gjør rare ting. Hun har passelig god kontakt med broren, og har forsøkt å snakke med han om morens oppførsel. Han forteller da at dette kommer til å gå over og at hun ikke trenger å bekymre seg. Hun føler at hun ikke kan snakke med noen andre om morens tilstand da ingen vil forstå henne. Når Mia er 15 år har moren sitt første møte med psykiatritjenesten. Det er mistanke om at moren har bipolar lidelse, og hun innlegges på psykiatrisk avdeling.

2. METODE

2.1. HVA ER METODE

Metode er et hjelpemiddel for fremgangsmåte og sier noe om hvordan vi skal løse problemer og etterprøve ny kunnskap. Metode hjelper oss med å finne data som er nødvendig for å besvare problemstillingen på en interessant og relevant måte (Dalland, 2012). De viktigste kjennetegnene ved metode er systematikk, åpenhet og grundighet (Johannessen et al., 2010).

2.2. VALG AV METODE

Metoden vi benytter oss av er en litteraturstudie, som ifølge Dalland (2012) baseres på allerede eksisterende litteratur, fagartikler og forskningsartikler for å komme frem til svar på en problemstilling.

For å gi god sykepleie er det viktig at sykepleier holder seg faglig oppdatert og utøver kunnskapsbasert praksis, og defineres slik:

«Å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon» (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012., s. 17).

Det finnes både kvalitative og kvantitative metoder, men i studiene er forskningen basert på kun kvalitativ metode. Kvalitativ metode baserer seg på tolkning og lar seg ikke tallfeste eller måles på grunn av at de i større grad fanger opp menneskers meninger og opplevelser (Dalland, 2012). Kvalitativ metode omhandler mye informasjon om få enheter, og sier noe om kvalitet eller spesielle egenskaper ved fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2010).

Vi er opptatt av å ha fokus på individets opplevelse, meningsdannelse og livsverden, og med det benytter vi et narrativt perspektiv som tilnærming i oppgaven. Narrativer er menneskers måte å skape sammenheng i den faktiske tilværelse og til å skape mening i det uforståelige (Jansen, 2013). Et narrativt perspektiv har til hensikt å få frem faktiske hendelser i livet, og oppfattes på grunnlag av den enkeltes viten eller forståelse av seg selv og omverdenen (Ritchie, 2013).

2.3. VALG AV LITTERATUR OG LITTERATURSØK

Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i og som problemstillingen skal drøftes opp i mot (Dalland, 2012). I oppgaven har vi anvendt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, hvor selvvalgt litteratur er markert med stjerne i litteraturlisten. Benyttelse av både pensum og selvvalgt litteratur fører til variasjon i kildene og vil styrke oppgaven. Vi anvender retningslinjer for bacheloroppgaven utgitt av høyskolen i Hedmark og referer til kildene gjennom APA-standard av nyeste utgave fra januar 2016.

Vi gikk gjennom pensumlisten fra utdanningsforløpet og benyttet det som fremsto som relevant for å belyse problemstillingen. Med tanke på at vi har valgt å skrive om ivaretagelse av tryggheten hos barn som pårørende til psykisk syke, har pensumlitteratur som omhandler kommunikasjon, relasjoner, psykologi, trygghet og pårørende fremstått som relevant. Vi ønsket å bruke disse temaene fra pensum fordi det viser sykepleieres rolle i møte med pasienters pårørende. I metodekapittelet benyttes pensumlitteratur som omhandler metode og oppgaveskriving. For å belyse sykepleierens funksjon i arbeid med barn som pårørende har vi valgt å støtte oss på relevant lovverk og retningslinjer for sykepleier.

Den selvvalgte litteraturen er funnet på biblioteket som tilhører høyskolen i Hedmark. For å finne bøkene har vi søkt gjennom Oria. En rekke av bøkene vi har tatt i bruk omhandler psykisk helse og er fra nyere tid. Boken «Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende» fikk en av oss anbefalt av barnansvarlig i praksis på sykehuset. Innholdet i boken fremsto svært relevant for vår oppgave og med det benytter vi oss av denne i studien.

I søkestrategien for å finne frem til relevante artikler har vi benyttet oss av PICO-skjema (vedlegg 1). Vi tok i bruk ulike databaser for å innhente nødvendig teori som belyser problemstillingen på en god måte. Vi benyttet databaser som er tilgjengelig for oss studenter på høyskolen. Databasene vi har valgt er; Cinahl, SveMed+, PubMed, Oria og sykepleie forbundet (sykepleien.no). Videre fikk vi tips om Nordisk Tidsskrift for helseforskning. Her fant vi en forskningsartikkel som svarte godt på vår problemstilling, og ble en av totalt fem utvalgte artikler i oppgaven. For å få et bredere søkeresultat benyttet vi oss av MESH-ord på både norsk og engelsk. Noen eksempler er; ”Kommunikasjon, pårørende, foreldre, barn, psykisk lidelse, psykisk syke, communications, parents, children, nursing, mental illness, mental disorder”.

I databasene har vi mulighet til å gjøre systematiske litteratursøk og innhente fulltekster. Vi har 5 kvalitative forskningsartikler. Artikkelsøkene er gjennomført via enkeltsøk, noe som vil si at vi har utført ett nytt søk for hver artikkel. Søkeordene er kombinert på flere ulike måter for å oppnå ulike resultater. Dette ligger som vedlegg for helhetlig oversikt over søkehistorikken (vedlegg 2).

2.4. KILDEKRITIKK

Metodene som benyttes for å presisere om en kilde er sann, kalles kildekritikk. Kildekritikk har til hensikt å vurdere og karakterisere om kildene som anvendes, er sanne eller ei.

Kildekritikk skal skille mellom dårlig og god forskning (Dalland, 2012). Det finnes mye relevant skriftlig informasjon om valgt tema, noe som har medført vansker med å sortere ut det viktigste. For å velge det mest relevante, så vi på relabilitet og validitet.

Relabilitet betyr pålitelighet og binder seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som benyttes, hvordan data innhentes, og hvordan dataen bearbeides. Hensikten er å samle inn mest mulig nøyaktig informasjon om ønsket fenomen. Validitet betyr gyldighet og omhandler hvor god eller relevant dataen som representerer fenomenet er. Validitet innebærer at man kun undersøker ønsket fenomen, og ingenting annet (Johannessen et al., 2010).

Oppgaven bygger på primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteratur vil si at ny kunnskap presenteres i en forskningsartikkel for første gang, eller at en forfatter selv har kommet med teori om et bestemt tema. Sekundærlitteratur er skrevet av en forfatter som har fortolket eller gjengitt andres arbeid, eller forskning som benytter data fra eksisterende primærstudier (Dalland, 2012). Vi har valgt å bruke sekundærkilde om Travelbees sykepleieteori fra boken *Kommunikasjon i relasjoner* av Eide og Eide (2007). Sekundærkilder kan anses som mindre pålitelige fordi innholdet kan ha blitt tolket av andre forfattere slik at budskapet er endret, eller at forfatterens synspunkter lyses gjennom. Men i dette tilfellet har vi brukt primærkilden for å støtte opp under teoriene som blir presentert i sekundærkilden vi bruker. Boken er en pensumlitterær kilde og vi anser da kilden som valid.

Boken *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* (Travelbee, 2001) ble utgitt i 1999 og har 6 opplag siden den tid, noe som kan anses som fravikende fra primærkilden. Med forbehold om dette, anser vi de nye utgavene som pålitelige da det kun er noen små endringer rundt hennes teorier, samt at boken står på pensumlisten vår.

Dalland (2012) skriver at det er strenge krav til kvalitets- og utvelgingskriterier. Vi er klar over viktigheten av å være kritisk til resultatene vi innhenter i søk etter forskning. Vi har startet med å se på om artikkelens tittel er relevant, før vi så har leste igjennom sammendraget for å se om innholdet i artikkelen belyser vår problemstilling. I de tilfellene sammendraget har hatt fokus i henhold til problemstillingen, har vi gjennomgått artikkelen med bruk av IMRAD-prinsippet. Det vil si at forskningsartiklernes struktur er fullstendig og med det inneholder introduksjon, metode, resultat, diskusjon og sammendrag. Etter dette har vi lest, analysert og tolket artiklene (Dalland, 2012).

For å kritisk vurdere gyldigheten av informasjon som er gjort i forskningslitteraturen har vi benyttet oss av Kunnskapscenteret sin nettside (Kunnskapscenteret, 2012). Vi har valgt å legge ved sjekkliste for to av forskningsartiklene for å vise hvordan vi har vurdert innholdet (vedlegg 3 og 4).

Når det gjelder forskningsfunnene, var målet at forskningen ikke skulle være eldre enn 8 år, da fra år 2008. Bakgrunnen for dette er at det stadig foregår endringer i forskning, noe som vil si at nyere artikler kan gi et mer oppdatert funn. Med tanke på at alle artiklene vi kom frem til er publisert i pålitelige tidsskrifter, anser vi de som valide. Til tross for lovendringen i helsepersonelloven §10a i 2010 har vi valgt å benytte oss av en studie utført av Haukø og Stamnes fra 2009 som omhandler utfordringer sykepleiere har i forhold til ivaretagelse av barn av psykisk syke.

I oppgaven har vi valgt å utelukke kvantitativ forskning. En svakhet ved dette er at vi kan miste tall på hvor liten eller stor problematikken rundt barn av psykisk syke foreldre er. Men med tanke på at vi benytter oss av forskning basert på kvalitativ metode får vi frem barnas holdninger, meninger, ønsker og synspunkt. En studie er utført i Australia, noe som åpner for ulikheter da det kan være kulturforskjeller og andre krav til gjennomføringen av forskningene innad i landene. Vi har likevel valgt å trekke denne inn i oppgaven da den svarer på problemstillingen vår.

Tre artikler er på engelsk og har vært utfordrende grunnet språkkunnskap. Det kan være en risiko for at vi ikke har klart å innhente nyansene, og dermed mistet dybden og i verste fall misforstått deler av innholdet i tekstene.

2.5. ETISKE OVERVEIELSER

Etikk handler om hvordan mennesker forholder seg til hverandre og har med verdier og holdninger å gjøre (Brinchmann, 2012). Våre tanker rundt og om problemstillingen påvirker hvordan vi går frem for å finne litteratur og forskning slik at førforståelsen kan ha en innvirkning på resultatet. I følge Dalland (2012) handler etiske overveielser om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer og konsekvenser arbeidet vårt medfører. Ved vanskelige avgjørelser skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler.

I oppgaven omtales barn som pårørende på en måte som viser respekt for barna selv og dens syke forelder. Vi forutsetter at forelder har samtykket til at barnet kan få tilpasset informasjon ut i fra sitt forståelsesnivå (Brinchmann, 2012). Vi har ikke intervjuet noen personer, men har basert oppgaven på fiksjon, en selvlaget case. Egne erfaringer er anonymisert for å overholde taushetsplikten i henhold til helsepersonelloven § 21 (1999). Studiene er publisert i godkjente tidsskrifter og databaser som stiller krav til riktig etisk gjennomføring av intervjuene (Dalland, 2012).

3. PRESENTASJON OG FUNN AV FORSKNING

I oppgaven benytter vi forskningsartikler basert på kvalitativ forskningsmetode.

Begrunnelsen for valg av forskningsartikler skyldes formuleringen av problemstillingen og at de kvalitative forskningene fokuserer på et smalt felt og går med det i dybden av fenomenet vi ønsker å studere (Dalland, 2012). Vi ønsker å tydeliggjøre vår forståelse av målgruppens erfaringer. Funnene i forskningene baserer seg på barns opplevelser og behov når forelder er eller har vært innlagt i psykisk helsevern. Artikkelen plasseres i underkapitler for en ryddig oversikt.

3.1. ARTIKKEL 1

Studien *”Det hjelper å snakke med barna”* (Haukø & Stamnes, 2009) tar for seg kommunikasjonsforholdet mellom pleier, barnet og dens foreldre. Et viktig fokusområde i samtalen er at barna selv skal sette ord på sykdom, symptomer, tanker og følelser.

Metoden i studien er kvalitativ og forskningen er gjennomført i dybden av ti familier ved en psykiatrisk avdeling i Namsos. Gjennomsnittsalderen for barna var 12 ½ år, hvor en eller begge foreldrene hadde en psykisk lidelse. Samtalene med foreldre, helsepersonell og barnet har som mål at barnet skal få hjelp til å forebygge forverring, usikkerhet, uvitenhet og redusere stress. Studien viste at det hjelper å snakke med barna om den psykiske lidelsen til foreldrene. Barna fikk økt kunnskap om sykdommen og følte at kommunikasjonen i ettertid ble lettere, noe som også førte til økt trygghet hos barna. Barna syntes at det ble enklere å snakke med familie og venner om foreldrens sykdom. Studien ga viktige svar på hva barn opplever som betydningsfullt når foreldre er psykisk syke (Haukø & Stamnes 2009).

3.2. ARTIKKEL 2

”Uten oss går det ikke – pårørendes erfaringer med psykisk helse” (Borg, Haugård & Karlsson, 2012) er en norsk studie med fenomenologisk tilnærming med kvalitativ, beskrivende og utforskende utforming. Studien har brukt et flerstegsfokusgruppeintervju bestående av medlemmer fra Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, og ble intervjuet i grupper om bestemte temaer gjennom flere møter. Alle deltakerne hadde en langvarig historie som pårørende til nærstående med psykiske problemer. Hensikten med studien var å utforske pårørendes erfaringer med psykisk krise hos et familiemedlem i hverdagslivet. Resultatet viser at pårørende innenfor psykisk helsevern har et ønske om å bli møtt med gjensidighet i form av tillit og respekt fra helseapparatet. De ønsker å bli møtt som fullstendige mennesker som er bekymret for sin nære som er syk. Videre ønsker de mulighet

til å fortelle sin historie om og med den psykisk syke. Råd og veiledning om hvordan de kan være til hjelp for den nærstående, er også et stort ønske.

3.3. ARTIKKEL 3

Studien av Foster (2010) "*You'd think this roller coaster was never going to stop: experiences of adult children of parents with serious mental illness*" tok for seg åtte kvinner og to menn fra Australia i alderen 25-57 år. Disse ble rekruttert via avis og radio. Kriteriene var at personene måtte være over 18 år, snakke engelsk og ha levd med en eller begge foreldre med en psykisk lidelse. Metoden er kvalitativ hvor det ble gjennomført intervju og skriftlig narrative data fra de ti deltakerne. Dataene ble analysert ved hjelp av hermeneutisk metode. Målet var å utforske opplevelsen til voksne barn av foreldre med alvorlig psykisk lidelse, og hvordan barna taklet sine opplevelser og erfaringer. Barna opplevde at de ikke var like nær foreldrene som før, de var usikker, følte stort ansvar og hadde en følelse av at de måtte ha kontroll over situasjoner slik at forferdelige ting ikke skulle skje.

3.4. ARTIKKEL 4

Studien "*Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: In need of support to become resource persons in treatment and recovery*" av Nordby, Kjønsgberg og Hummelvoll (2010) ble utført i Norge via Sykehuset innlandet på Sanderud. Målet med studien var å utforske og beskrive hvordan man kan gjøre det lettere for pårørende å bli aktivt involvert i behandlingen og rehabiliteringen av familiemedlemmer med en psykisk lidelse. 21 pårørende (18 foreldre og 3 søsken) og 28 ansatte deltok i intervju som kartla meninger og erfaringer i forhold til pårørendes deltakelse i behandling og rehabilitering. Resultatet viste at familiemedlemmer har et ønske om å være involvert i behandlingen, men for at dette skal bli mulig må de ansatte involvere de pårørende, gi passende individualisert informasjon og uttrykke håp slik at pårørende kan være en ressurs.

3.5. ARTIKKEL 5

Studien "*Living With a Mentally Ill Parent: Experiences and Perspectives*" er utført av Trondsen (2012) og beskriver ungdommers opplevelse av å ha en psykisk syk forelder, og hvordan dette påvirket hverdagen. Det er en kvalitativ studie utført via en selvhjelpsgruppe på internett for ungdom mellom 15 og 18 år. Det var 16 deltagere, herunder 15 jenter og én gutt. Trondsen opprettet selvhjelps-gruppen i 2005 i samarbeid med Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin (NST) og et sykehus i Norge. I gruppen beskrev ungdommene

hverdagen som svært påvirket av foreldrenes sykdom, noe som medførte praktiske og følelsesmessige utfordringer. Medlemmene fikk selv bestemme hvilke temaer de kunne skrive om, og etter å ha fulgt gruppen i to år utpekte det seg to hovedtemaer; utfordringer og strategier. Utfordringene som ungdommen understrekte var mangel på informasjon, åpenhet, uforutsigbarhet, ustabilitet, frykt, ensomhet, tap og sorg. Strategiene som ble tatt i bruk var å ta ansvar, være i ”alarmtilstand”, ta en time-out, søke støtte i fagfolk og å flytte hjemmefra. Ungdommene følte seg alene med tanker og utfordringer rundt foreldrenes psykiske sykdom. Dette indikerer at informasjonen må være et hovedtema i oppfølgingen av barn med psykisk syke foreldre.

4. TEORIDEL

I kapitlet presenterer vi relevant teori for å belyse vår oppgave. Teorien skal brukes for å drøfte problemstillingen. Vi trekker inn sykepleieteorien til Joyce Travelbee og den psykologiske tilknytningsteorien til John Bowlby. Videre er bipolar lidelse, barns psykologiske utvikling, barn som pårørende, trygghet, kommunikasjon og samtale viktig teori for å besvare problemstillingen.

4.1. SYKEPLEIE OG SYKEPLEIETEORIER

Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2011) skriver at sykepleie er et profesjonsfag og at sykepleiers viktigste funksjoner er å fremme helse og hjelpe personer med sykdom og skade til å ivareta sine grunnleggende behov. Å utøve sykepleie omhandler et samfunnsmessig ansvar hvor en forplikter seg til viktige moralske idealer. Nestekjærlighet og barmhjertelighet er to grunnleggende verdier for å utøve god sykepleie. Måten sykepleien utføres på, vil være avgjørende for pasientens opplevelse av sykepleien han eller hun får. Viktige funksjoner sykepleier har i denne oppgaven er helsefremming, forebygging, lindring og behandling (Kristoffersen et al., 2011). Teoriene vi bruker i oppgaven har til hensikt å definere hva sykepleiers rolle er og bør være (Kristoffersen et al., 2011).

4.1.1. JOYCE TRAVELBEE

Joyce Travelbee ble ferdig som sykepleier i 1946, og jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleieutdanning. Ut i fra Travelbees teori er sykepleiers hensikt og mål å hjelpe hvert enkeltindivid og familier med forebygging og mestring av erfaringer med sykdom og lidelse, samt hjelpe dem til å finne mening i erfaringene om nødvendig (Travelbee, 2001). Travelbee retter oppmerksomheten mot de mellommenneskelige faktorene i sykepleien, hvor fokuset ligger på pasientens opplevelse. Sykepleierens oppgave er å anerkjenne pasienten som et unikt og uerstattelig individ, og utvikle et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Med det kan sykepleier møte behovene til pasienten, pårørende eller andre som er involvert (Travelbee, 2001).

Et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og omsorgspersonen hun står ovenfor oppstår gjennom et innledende møte, fremvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse. For å bli kjent med et menneske understreker Travelbee at man må møte mennesket, oppfatte, respondere på og respektere det unike med hvert enkeltindivid. I fasen fremvekst av identiteter blir sykepleier kjent med pasienten og dens pårørende og fanger opp hvordan de tenker, føler og oppfatter situasjon. Dette åpner for tilknytning til hverandre. Ved

å ha empati vil sykepleier kunne lede oss inn i, forstå og sette seg inn i ens psykologiske tilstand i øyeblikket. Travelbee skriver at empati åpner for sympati og medfølelse. Sympati er en holdning eller innstilling sykepleier formidler til andre. Trygghet skapes av tillit, og tillit er et resultat av sympati- og medfølelsesfasen. Trygghet mellom mennesker er den følelsen av å være sikker på den andre (Travelbee, 2001).

Et menneske-til-menneske-forhold åpner muligheten for gjensidig tillit og en god relasjon. Travelbee (2001) sier at kommunikasjon er sentralt for at sykepleier skal kunne skape et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er et middel for å bli kjent med, forstå og møte behovene til den sykepleier skal yte omsorg for, noe som kan være til hjelp for å mestre sykdom, lidelse og ensomhet. Travelbee sier at evnen til å etablere kontakt avhenger om sykepleieren kan bruke seg selv på en terapeutisk måte og disiplinert anvender en intellektuell tilnæringsmåte til problemene. Hun mener at mellommenneskelige relasjoner påvirkes av den enkeltes holdning til lidelse, for eksempel til å finne mening i den (Eide & Eide, 2007).

Travelbee belyser viktigheten av å inkludere familien i behandlingen av den syke. Hun påpeker at det som omhandler den syke ofte påvirker hele familien. Ved at sykepleieren setter seg inn for å bli kjent med, og ivaretar behovene til den syke eller familien, er sykepleieren på vei mot å skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001).

4.1.2. JOHN BOWLBY

John Bowlby vektlegger betydningen av de følelsesmessige båndene mellom mennesker, og fokuserer stort på barns tilknytning til omsorgsgiver i sin teori. I teorien trekker han frem hvordan et barn fra fødselen knytter seg til sine foreldre for å lære. Bowlby mener at et grunnleggende behov hos hvert enkelt menneske i utgangspunktet må basere seg på å ha et trygt og sterkt bånd til andre, og mener at det er hjelperens oppgave å legge til rette slik at disse båndene styrkes. Hjelperen må opptre som en stabil og trygg person, dette spesielt i forhold til barn (Eide & Eide, 2007).

Bowlby sier at erfaringene med barnets første tilknytningspersoner fører til dannelsen av arbeidsmodeller og påvirker barnets kvalitet på relasjon. Barn bruker tilknytningspersonen som en trygghetsbase når de er nysgjerrig, ønsker å utforske verden, og når farer truer omgivelsene (Tetzchner, 2012). Tilknytningsbånd er en individegenskap hos hvert enkelt

barn, dette spesielt i forhold til en bestemt omsorgsperson. Det er vanlig at barn søker trygghet og trøst hos foreldrene sine (Smith, 2006).

Tilknytning handler om relasjoner, og er i følge Bowlby grunnlaget for overlevelse. Det en person utfører for å oppnå nærhet til en annen person for å mestre vanskelige situasjoner, kaller Bowlby for tilknytningsatferd. Ved mangel på tillit, vil barnet lett kunne isolere seg følelsesmessig, utvikle negative holdninger, holde seg på avstand og søke oppmerksomhet på unormale måter. En utrygg og ambivalent tilknytning kan medføre at barnet til en hver tid søker oppmerksomhet på en impulsiv, anspent og lett frustrert måte, eller fjern, passiv og hjelpeløs måte (Eide & Eide, 2007). Trygg eller utrygg tilknytning handler ikke om barnets atferd, men om barnets oppfatning av tilgjengeligheten omsorgspersonen gir. Barn som er utrygge blir som regel møtt med likegyldighet eller tilbakevisning av nære omsorgspersoner, eller har ikke fått tilstrekkelig trøst når det er behov for det (Smith, 2006).

4.2. BIPOLAR LIDELSE

Bipolar lidelse er en stemningslidelse som innebærer perioder med depresjon og hypomani eller mani. Hypomani er en mild grad av oppstemthet som vanligvis ikke preger det daglige, mens mani kan defineres som en økning i stemningsleie utover det som defineres som normalt. I en depresjon vil personen ha redusert stemningsleie med nedstemthet og mister evne til å tenke realistisk. Depresjon varer som regel lengere enn hypomani og mani fordi den tar lengere tid å behandle. I perioden mellom den depressive- og maniske fasen har person ofte en lengere periode med normalt stemningsleie (Håkonsen, 2009).

Bipolar I kjennetegnes som den manisk – depressive lidelsen. Depresjonene er ofte tunge og svært belastende, og maniene er av den type hvor personen er unormalt kritikklos oppstemt. I manien kan person miste realitetsforankringen helt. Ved alvorlig mani er fasene ofte preget av voldsom uro og aktivitet med eksplosive og aggressive utbrudd. Det er lite søvn, endret dømmekraft, person snakker på inn og utpust, og tankegangen og samtalene er usammenhengende (Hummelvoll, 2012).

4.3. BARNES PSYKOLOGISKE UTVIKLING

Menneskers utvikling er tilknyttet sentrale elementer som tillit, seksualitet, identitet, familie og arbeid. Følelsene, selvbildet og selvoppfatningen utvikles i samhandling med andre mennesker. Tillit og mistillit er to grunnleggende holdninger i menneskers personlighet, og er holdninger som påvirker en rekke psykologiske dimensjoner (Håkonsen, 2009).

Ungdomsalderen kalles ofte for en overgangsfase med elementer av barn og voksen. Ungdommen vil på en måte fortsatt være et barn, men vil på en annen måte opptre som mer voksen enn tidligere. Alderen preges av pubertet og kjønnsmodning og innebærer nye former for deltakelse og relasjoner. I denne fasen begynner ungdommene å skape en plass i samfunnet. Fasen preges av usikkerhet i forhold til personlige og sosiale skifter. Løsrivelsen fra foreldre er mest gjennomgripende da vennerelasjonen blir av stor betydning. Ungdommer slutter å ha foreldre som kjærlighetsperson og søker erstatninger i form av venner og kjærester. Den endrede relasjon til foreldre innebærer økt distanse, men samtidig økt nærhet gjennom enighet i hverandres meninger (Tetzchner, 2012).

Barn fra 12 år og oppover har evne til å tenke hypotetisk og abstrakt (Eide & Eide, 2007). Ungdommers måte å reagere på, ligner på voksnes måte å reagere på. De skjønner i stor grad hva de har opplevd i situasjoner og bedømmer positive og negative ting ved sin opptreden. Ungdom har en voksen kropp med et barns sjel innvendig, der følelsene kan være av barnslig karakter, mens tankeapparatet er mer voksent (Dyregrov, 2010). Ungdomsperioden preges av å finne sin egen identitet, med tanker som ”hvem er jeg?”. Barn i en alder av 15 år vil kunne veksle mellom forskjellige typer atferd. I noen situasjoner vil barnet stole på seg selv, mens i andre situasjoner vil barnet være avhengig av foreldrenes meninger. Selvfølelsen er fortsatt utsatt i denne alderen, og med det kan barnet søke etter bekreftelse hos andre personer. I denne alderen stilles det store krav til seg selv, og følelsen av å ikke være god nok er en vanlig tanke. De er fremdeles barn og har fortsatt behov for aksept, hjelp og støtte. Hvis barn har mangel på bekreftelse og anerkjennelse, kan barn lett kjenne på usikkerhet og rolleforvirring (Eide og Eide, 2007)

4.4. NÅR BARNET ER PÅRØRENDE

Ordet pårørende betyr å stå nært eller være i familie med mennesker rammet av sykdom eller vanskeligheter. Barn har stor evne til å tilpasse seg vanskelige forhold i forbindelse med foreldrenes psykiske lidelse (Nordenhof, 2012). Å ha en alvorlig syk forelder vil ofte innebære store utfordringer og en rekke sosiale, praktiske og følelsesmessige belastninger. Barn av psykisk syke foreldre har en høyere risiko for å utvikle emosjonelle, atferdsmessige og sosiale problemer enn barn av friske foreldre har. Det er større risiko for at barna opplever konfliktfylt familiespill, omsorgssvikt og nedsatt familiefungering. Når barn utsettes for dette, vil det påvirke oppvekstmiljøet. Foreldres sykdom setter ulik preg på forelderrollen, og med det også i forhold til barnets utvikling. Det vises at mange barn klarer seg bra til tross for at forelderens har en alvorlig sykdom. Dette har sammenheng med forhold

hos barnet selv, innad i familien, barnets nettverk og ellers i samfunnet (Haugland, Trondsen, Gjesdahl & Bugge, 2015).

Barn reagerer på ulike måter ved å leve med psykisk ustabile omsorgspersoner. Faktorer som barnets alder, relasjon til den syke og egen personlighet og sykdommens alvorlighetsgrad spiller en vesentlig rolle på barns reaksjonsmåte. Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre opptrer som snille, flinke, veltilpassede og imøtekommende barn. Dette er barn som ikke har stort behov for hjelp fra voksne, men er barn som er vant til å hjelpe til for sine foreldre. Slike barn kan være så flinke at de selv pådrar seg et voksent liv som syke (Moen, 2009).

Pårørende til pasienter med psykisk lidelse er en sårbar gruppe for utvikling av mental lidelse. Ved at barn har tilstrekkelig forståelse for forelderens situasjon vil en kunne forebygge utvikling av lidelse og bedre livskvaliteten. Ofte vil den største byrden være knyttet til følelser i forhold til den syke forelderens. Den syke blir i sentrum og fører til at følelser for andre ting utelukkes. Følelsene kan være mange, men skyldfølelse, tristhet, skam og sorg er spesielt fremhevet (Brinchmann, 2002).

En sorgprosess hos et barn vil kolliderer med den normale utviklingsprosessen. Traumer oppstår flere ganger over en lengere periode mens barnet fortsatt sliter med en tidligere traume. Dette gjør at barnet får lite overskudd til egen utvikling og lever med det i angst, sorg og truet tilstand. Sorgen trenger ikke være knyttet til en bestemt situasjon, men kan være sorgen over at mor eller far ikke er som andre foreldre (Killén, 2004). For mange kan for stor nærhet medføre en negativ selvstendig utvikling og føre til frykt for å selv bli syk. Flere barn vil distansere seg fra den syke, noe som kan fremkalle skyldfølelse. En variasjon mellom nærhet og avstand vil være et mønster hos mange med psykisk syke i nær familie (Brinchmann, 2002).

Barn er sårbare og avhengig av andre. Barn som har vært utsatt for omsorgssvikt har behov for gode opplevelser, ikke gjenopplevelser (Killén, 2004). Ved å imøtekomme barn som sårbare barn, kan tryggheten lettere vokse fram. Barn er avhengig av oppmerksomhet og trenger å bli forstått. Det å få oppmerksomhet henger sammen med menneskers behov for trygghet, og det er viktig å våge å være til stede og lytte til barna (Thorsen, 2011). Sykepleier må møte den hjelpetrengende med respekt hvor en tar perspektivene på alvor, som i faglitteraturen blir omtalt som empowerment. Her vektlegges viktigheten av at pasienter og

andre utsatte grupper beholder makten og kontrollen så langt det lar seg gjøre, samt skal de få mulighet til å involvere seg i beslutningsprosesser (Eide & Eide, 2007). Sykepleier må se pårørendes behov ut i fra innlevelse og faglig innsikt, og må bruke sin særegne faglige kompetanse for å kartlegge behovene de pårørende har (Strand, 1990).

4.5. Å SAMTALE MED BARN

Begrepet kommunikasjon kan defineres som en utveksling av meningsfulle tegn mellom minst to parter. Begrepet betyr å gjøre noe sammen, delaktiggjøre en annen i, og ha forbindelse med. Sykepleier bruker profesjonell kommunikasjon, noe som betyr at kommunikasjonen formidles på en annen måte enn det hverdagslige. Sykepleiere kommuniserer med pasienter, pårørende eller personer som trenger helsevesenet sin hjelp av ulike grunner (Eide & Eide, 2007). ”Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon bør derfor per definisjon alltid være hjelpende, i den forstand at den er faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre” (Eide & Eide, 2007., s. 18).

En av sykepleiers viktigste oppgave i møte med mindreårige barn som pårørende er å sikre tilstrekkelig informasjon om hvert enkelt barn, slik at barn anerkjennes for innsatsen de utfører ut i fra sine forutsetninger. Barn må samtidig få hjelp og støtte slik at oppgaver ikke overskrider dens egne forutsetninger og kompetanse (Ytterhus, 2012). Bugge og Røkholt belyser nødvendigheten av at helsepersonell har en god dialog og samhandling med både pasienten og dens nære for å gi hele familien den støtten de trenger (Bugge, Røkholt & Aamotsmo, 2015, s. 49).

Alle barn og unge har mindre kunnskaper og erfaringer enn voksne. De har forskjellige og mindre biologiske forutsetninger, livshistorier og utviklingsfaser enn voksne. Som sykepleier i arbeidet med barn og unge er det viktig å være bevisst på hvilken rolle en selv har, samt hvilken rolle og hvilket ansvar pårørende har. Det finnes ingen bestemt måte å kommunisere med barn og unge på, men det finnes ulike hjelpemidler som kan være av stor nytte.

Nonverbal kommunikasjon er et viktig verktøy for å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og stimulere motparter til å bruke sine ressurser på en god måte (Eide & Eide, 2007).

Ungdom bør få være hovedpersonen i samtale med helsepersonell. For å vise respekt og sørge for tilstrekkelig ivaretagelse av barn og unges integritet, må sykepleier anerkjenne væremåten, følelsene, tankemåten og møte de på et emosjonelt og kognitivt plan. Videre bør

sykepleier være lyttende, aksepterende, tolererende og vise forståelse og bekreftelse. Det vil alltid viktig å møte barn og unge på et følelsesmessig plan først, hvor man gir støtte og trøst, før man så forklarer (Grønseth & Markestad, 2011).

For å skape trygghet til barn, er det viktig å legge til rette før samtalen finner sted. Sykepleier klargjør hvilke mål samtalen skal ha, går gjennom notater, journaler, pleieplaner og innhenter annen relevant informasjon (Eide & Eide, 2007). Sykepleier må formidle hva formålet og forventningene til samtalen er, og bør i samtale være empatisk nøytral, nysgjerrig og fokusert (Skårderud et al., 2010). Barnas behov for informasjon og støtte vil kontinuerlig endre seg knyttet til foreldrenes sykdomsutvikling og reguleres etter barnas reaksjoner, kunnskaper og forståelse av situasjon (Bugge, Røkholt & Aamotsmo, 2015).

Å leve med en psykisk syk forelder kan i perioder være veldig belastende, mens i andre perioder kan familien ha en tilnærmet normal måte å leve på (Bugge et al., 2015). Når det skjer endringer innad i en familie og livssituasjonen endres, får barn ofte for lite støtte og informasjon. Foreldre kan skåne barn fra det som er vanskelig ved å ikke snakke om det. Mange foreldre tenker at dette er godt, men barn opplever usikkerhet når de ikke får den informasjon de trenger. Når et barn er usikker og utrygg, åpner det for atferdsendringer. Samtale der det snakkes om situasjon kan føre til mindre usikkerhet og mer trygghet innad i familien (Holmsen, 2004).

Barn er avhengig av at voksne har ansvaret for å snakke om den psykiske lidelsen og trenger at sykepleier åpner for å trekke inn barnas opplevelser og erfaringer (Helgeland, 2012). Sykepleier må starte med å se barnets behov, før en så går over til erfaringsmessige temaer som har stor betydning for å mestre lidelsen og dens preg på hverdagslivet. Pårørende bør lære forskjellige og nye måter å møte og forhindre forverringer på. Med tilstrekkelig informasjon om lidelsen kan barn få økt oppmerksomhet og evne til tidlig problemløsning innad i familien ved eventuell forverring (Hummelvoll, 2012).

Et problem kan defineres som et problem når individets oppførsel ikke lenger tilsvarer dets egne eller det nærmeste sosiale nettverkets forventninger. I alvorlige kriser er det ofte pasientens nærmeste som oppdager den sykes avvikende atferd. Det vil være hensiktsmessig å møte en person i krise og dens familie med én gang enn å vente til krisen er kommet helt til hektene. Ved å lage en trygg atmosfære gjennom rask respons og ved å lytte nøye til temaene pasienten tar opp, er det lettere å behandle kritiske temaer. Handlinger og

opplevelser får sin mening i sosiale relasjoner, og med det er det viktig å inkludere det sosiale nettverket i samtalene. Det åpner for at personer får mulighet til å oppleve virkeligheten sammen, og sammen sette ord for vanskelige opplevelser. Med det kan det skapes en ny forståelse innad i gruppen (Seikkula & Arnkil, 2007).

4.6. BARNETS BEHOV FOR TRYGGHET

Trygghet omhandler i stor grad følelsen av kontroll. Hvis barn opplever trygghet i kjente omgivelser med kjente personer, øker muligheten for kontroll (Eide & Eide, 2007).

Det er viktig å se familien som en helhet. Når en person i nær familie rammes av alvorlig sykdom vil en systematisk tilnærming med god relasjon og kommunikasjon i møte med familien være av stor betydning. Det er viktig å være klar over at en pårørende vil ha økt omsorg for å oppleve trygghet. Ansvar for den syke kan oppleves uoverkommelig og vanskelig. For at sykepleier på en best mulig måte skal kunne hjelpe barn som pårørende, er det relevant med god kartlegging av barnets erfaringer, oppfattelse av sykdommen og situasjon. Sykepleier må sørge for at barnet får informasjonen tilpasset alderen, hjelp til å forstå og forutse lidelsens forløp, og sørge for hjelpetiltak for å forhindre forverring (Aamotsmo & Bugge, 2015).

Foreldre skal opptre som omsorgspersonen i familien og til en hver tid være tilgjengelig for barna (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Barn er ikke små voksne, de er avhengig av foreldrene sine. Hvis foreldre er ute av stand til å være psykisk til stede og reagere på en hensiktsmessig måte på barns signaler, står barnas utvikling i fare for å bli forstyrret. Barn har en tendens til å sette sine egne behov til side når foreldrene har det vanskelig. Ofte skal det mye til før et barn ber om hjelp, spesielt hvis det medfører konsekvenser for foreldrene (Nordenhof, 2012).

Foreldre med uhelbredelig sykdom må mestre situasjon og foreldrerollen for at mindreårige barn skal få den forståelsen og støtten de har behov for. Begynnelsen på uhelbredelig sykdom og ustabile perioder er spesielt vanskelig for barn (Aamotsmo et al., 2015). Det trenger ikke være foreldrenes sykdom som har betydning for barnas situasjon, men hvordan sykdommen påvirker familiens samspill og forelderens omsorgskapasitet. Med dette er det viktig å støtte foreldrene for å forebygge vanskeligheter hos barna (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012).

Mentalisering åpner muligheten for å forstå seg selv og andre. Det handler om å være følsom for egne og andres følelser, dette som en forutsetning for relasjonsbygging og sosialt samspill. En sikker tilknytning fremmer mentaliseringskapasitet, mens en usikker tilknytning svekker disse kapasitetene. Mentaliseringskapasiteten kan hemmes for enten en liten eller lengere periode som et resultat på relasjonelle konflikter, mangler, traumer eller akutt stress hos sårbare individer (Skårderud et al., 2010).

5. DRØFTING

I dette kapittelet drøfter vi problemstillingen som omhandler hvordan sykepleier kan skape trygghet til Mia som pårørende når moren er innlagt i psykiatrisk institusjon for behandling av bipolar lidelse. Drøfting kan defineres som en analyserende diskusjon hvor vi tar for oss mot og for- argumenter av teori som er belyst tidligere i oppgaven. Vi trekker frem hva vi har gått i dybden av og hvilke kunnskaper vi har oppnådd gjennom oppgaven (Dalland, 2012). For å få frem hovedpunktene i problemstillingen på en strukturert måte, deler vi opp drøftingen i disse kapitlene; barnets opplevelse av trygghet, den gode samtalen med barnet, konsekvenser for barnet når mor har bipolar lidelse og avslutter med betydningen av sykepleiers rolle.

Sykepleier er pliktet jmfør helsepersonelloven (1999) og spesialisthelsetjenesteloven (1999) til å kartlegge barn som pårørende til psykisk syke. Fra praksis har en av oss erfaring rundt bruk av hovedprosedyre og kartleggingsskjema i henhold til barn som pårørende (vedlegg 5 og 6). I kartleggingen ble det sett at flere barn hadde mange omsorgspersoner rundt seg, mens andre barn hadde ingen eller kun få omsorgspersoner utenom den syke forelderen. Noen barn hadde ikke stort behov for hjelp, mens andre trengte mye hjelp da de følte seg utrygg og usikker på hvordan de skulle takle hverdagen og hvordan de skulle klare å hjelpe den syke forelderen. Flere trakk seg tilbake fordi de ikke ville være til bry, mens andre fordi de var redd og sliten. Dette understreker betydningen av å avklare om Mia har behov for bistand, og hvordan hun kan bistås. Herunder er dette spesielt viktig siden moren er alene om omsorgen for Mia.

5.1. BARNETS OPPLEVELSE AV TRYGGHET

Travelbee belyser i sin teori at når en person i familien rammes av en sykdom, påvirkes hele familien (Travelbee, 2001). Tilknytningsteorien til Bowlby sier at omsorgspersoner skal opptre på en stabil og trygg måte i møte med den hjelpetrengende (Eide & Eide, 2007). Ut i fra dette mener vi at sykepleier skal se og behandle morens symptomer av lidelsen, men også vektlegge Mias symptomer. Dette da hun er i en situasjon der det er lett å gi slipp på sitt eget vanlige liv for å gi omsorg til sin syke mor. Holmsen (2004) skriver at barn har lett for å danne seg egne tanker om det de tenker kommer til å skje. Studien utført av Trondsen (2012) trekker frem at ungdommene følte seg alene med sine tanker, og mener at informasjon bør være et hovedtema i oppfølgingen av barn av psykisk syke foreldre. Teori og forskning belyser at barn ofte får for lite informasjon når det skjer endringer innad i familien (Borg et

al., 2012; Foster, 2010; Holmsen, 2004; Nordby, 2010; Trondsen, 2012), og flere studier påpeker at de ikke følte seg inkludert og sett (Nordby et al., 2009; Borg et al., 2012). Dette er noe vi fra praksis har forskjellige erfaringer rundt. Noen barn opplevde seg godt mottatt og ivaretatt, mens andre barn opplevde at sykepleier var stresset og kun gjennomførte plikten sin. Med dette ser vi viktigheten av individuell og god kartlegging av barns erfaringer, oppfattelse av sykdom og situasjon for å vite hva hver enkelt har behov for.

Erfaringsmessig har vi opplevd at flere uopplyste barn hadde dannet seg feilforestillinger og feile bilder av forelderen. Noen var flau over forelderen, noen fordi de mente at forelderen ikke hadde folkeskikk, og andre fordi forelderen gjorde og sa rare ting. Holmsen (2004) presiserer viktigheten av å informere barn om at det er foreldrenes handlinger som ikke godtas, ikke foreldrene som personer. Et barn utsatt for omsorgssvikt streber ofte med indre kaos av motstridende og sterke følelser. Ved at sykepleier hjelper Mia til å sette navn på sine vonde følelser og viser henne forståelse og aksept for dem, kan hennes indre kaos reduseres (Killén, 2004). For at hun skal oppleve trygghet, krever det at sykepleier er lyttende og støttende (Eide & Eide, 2007). Det er viktig å være aksepterende til stede og respektere de følelser Mia har, for at dette skal være mulig er det viktig at sykepleier ikke unnlater og vurderer, men i stedet toner seg inn på følelsene, viser forståelse og samtidig har tillit til det som sies. Bowlby støtter Eide og Eide ved å si at trygghet er viktig for å etablere kontakt til andre personer. Når sykepleier er sensitiv for Mia, kan hun sikre seg hennes samarbeid, samt gi henne trygghet til å utforske verden (Tetzchner, 2012). Travelbee støtter også dette når hun skriver at engasjement, empati og sympati er viktig for å yte god omsorg og skape en gjensidig forståelse av hverandres følelser og perspektiver (Eide & Eide, 2007). Dette kan resultere i trygghet mellom sykepleier og Mia, og kan være en god start på et samarbeid.

Eide og Eide (2007) skriver at pårørende ofte er i en situasjon de ikke ønsker å være i. Sykdom og svekkelse er en belastning og fører som regel til at pårørende føler seg forvirret og usikker. I krisesituasjoner er det sykepleiers oppgave å øke tryggheten hos Mia slik at hun kan tåle usikkerheten og være bevisst på at det ikke finnes ferdigløsning på problemet. Økt trygghet betyr at Mia skal bli hørt og ikke overlates til seg selv med sine problemer. Et mål kan være å styrke hennes evne til å styre sitt eget liv (Seikkula & Arnkil, 2007). Thorsen (2011) trekker frem viktigheten av å kunne se, høre og lytte for å skape rom for læring og trygghet. I praksis har vi erfart at sykepleiere ofte bruker samme behandlingsmetode der pårørende er i like situasjoner. Flere synes det er vanskelig å finne formuleringer og forklaringer i samtaler med barn, og støtter seg med det på sin standardiserte ”leksjon” som

har fungert på andre barn. Dette tenker vi kan medføre at barn ikke føler seg sett eller hørt, samt at de ikke får den individuelle oppfølgingen de har behov for. I flere tilfeller har barna fått et dårlig inntrykk av hjelpen innad i helsevesenet, mens i andre tilfeller har barna gitt uttrykk for at de fikk hjelp, selv om de følte at de var «en av alle andre barn». Eide og Eide (2007) belyser viktigheten av at sykepleier møter hvert enkelt individ med respekt, høflighet og formidler informasjon på en tydelig og klar måte. De yrkesetiske retningslinjene støtter opp Eide og Eide når sykepleier skal handle etter barmhjertelighet, omsorg og respekt for all grunnleggende menneskerettigheter (NSF, 2001). Ved at sykepleier våger å være til stede og kjenne på sin sårbarhet, tenker vi at møtet med Mia blir sterkere.

Det er viktig at helsepersonell ivaretar behovene til Mia slik at hun ikke pådrar seg unødvendig sykdom eller skade. Helsepersonelloven § 10 støtter dette da sykepleier er pålagt å kartlegge pårørendes behov for hjelp og støtte (helsepersonelloven, 1999). En lovpålagt plikt kan bidra til at Mia blir informert, ivaretatt og med det får en bedre hverdag og oppvekst. Men sett ut i fra at sykepleier er pålagt denne loven, er det ikke en forutsetning for at Mia faktisk blir fulgt opp. Erfaringsmessig har vi opplevd at flere sykepleiere venter på at barn selv skal ta kontakt, noe barn sjeldent gjør. Strand (1990) belyser viktigheten av at hjelperen bruker sin særegne faglige kompetanse i kartleggingen av behovene til pårørende. Hun skriver at pårørende ofte ikke ser sine egne problemer før de har blitt store. Dette viser at sykepleier ikke kan forvente at Mia selv oppsøker hjelp. I studien av Foster (2010) sier det ene barnet at hun måtte gjøre en innsats for å få hjelp. Hun forsøkte å håndtere ting på egenhånd, og i de situasjoner hvor hun faktisk ba om hjelp, var det krise. Videre beskriver flere av barna vanskeligheter med å ta i mot hjelp fra andre på grunn av redselen for å selv bli stemplet som syk.

Aamotsmo et al. (2015) skriver at mange endringer i hverdagen og i familiens innarbeide rutiner ofte oppstår som et resultat av flere sykehusinnleggelser og ofte sykehusbesøk. Thorsen (2011) skriver at en sykehusinnleggelse svekker forutsigbarheten. I Mias tilfelle er hun i tillegg ikke informert i noen form før morens innleggelse, noe som øker uforutsigbarheten. Vi ser med dette viktigheten av at sykepleier gir henne tilstrekkelig informasjon. I forskningen av Trondsen (2012) var alle deltakerne enig i at de ønsket informasjon i en så tidlig fase som mulig. Noen visste ingenting om mor eller fars sykdom og hadde merket foreldrenes symptomer gradvis. Andre hadde vært vitne til at foreldrene ble akutt innlagt ved psykiatrisk avdeling slik som Mia, og opplevde denne hendelsen som traumatisk. Dyregrov (2010) forklarer at ungdom dømmer seg selv og sine reaksjoner etter

traumatiske opplevelser, og at de i ettertid kan stille urimelige krav til hva de skulle, eller ikke skulle gjort. Han skriver at barn må få ytre sine reaksjoner de kan være flau over eller tror er spesielle. Sett ut i fra dette trenger Mia oppmuntring, assistanse og tillatelse for å kunne uttrykke og godta sine reaksjoner. Med tanke på at det er viktig for ungdom å ikke skille seg ut fra alle andre, kan bekreftelse fra sykepleier til Mia være betydningsfullt. Erfaringsmessig har flere barn fortalt at de kviet seg til å dra på skolen fordi de måtte forlate den syke forelder alene, men også fordi de følte seg annerledes og dårligere enn de andre barna. Respekt, varhet og ydmykhet for Mia vil være av stor betydning.

Bowlby skriver at mangel på tillit kan medføre at barn holder seg på avstand og isolerer seg følelsesmessig (Eide & Eide, 2007). I studien utført av Foster hadde barna vansker med å knytte seg følelsesmessig til sine foreldre. Noen på grunn av at de hadde flyttet ut, og andre på grunn av forelderens atferd og dens evne til å være i forelderrollen (Foster, 2010). Med tanke på at Mia til vanlig bor hjemme med sin syke mor, er det viktig at sykepleier setter av tid til å arbeide med morens forelderrolle og hennes omsorgskapasitet. Bowlby skriver at hjelperen skal legge til rette slik at båndene til andre mennesker styrkes (Eide & Eide, 2007). Ved at sykepleier møter moren med en sensitiv og empatisk holdning, kan det redusere hennes følelse av skyld, skam og mindreverdighet. Dette kan åpne for at moren ikke trenger å dekke over sykdommen og kan gjøre det lettere for henne å kommunisere med Mia om det som er vanskelig (Dyregrov, 2012).

Studien utført av Borg et al. (2012) belyser at pårørende har et ønske om å være en "vanlig" familie tross sykdom, og ønsker at helsepersonell ser familien som en helhet. Både individuelle og sosiale forhold påvirker krisens form og utvikling. Som nevnt tidligere skriver Skårderud et al. (2010) at mentalisering åpner for at sykepleier kan forstå seg selv og andre. Jo bedre sykepleier forstår Mias følelser og atferd, desto vanskeligere blir det å behandle henne som en ting. Ut i fra Travelbees teori forstår vi det slik at sykepleier må se Mia som mer enn bare pårørende, se henne som helhet og se hennes individuelle ønsker og behov (Travelbee, 2001). Vi har erfart at det er viktig å være bevisst på det som signaliseres til pårørende, dette for å kunne bli oppfattet som en trygg og sikker person. Gis feil signal, kan barn lett bli engstelig og utrygg. Thorsen (2011) skriver at sykepleier uten varhet og selvinnsikt bidrar til utrygghet, ikke trygghet. Mentalisering kan hjelpe sykepleier til å se sine egne reaksjoner i et bedre lys, takle Mias følelser og kontrollere følelsene som signaliseres tilbake til Mia (Skårderud et al., 2010).

5.2. DEN GODE SAMTALEN MED BARNET

I de yrkesetiske retningslinjer står det skrevet at sykepleier skal opptre med barmhjertelighet, omsorg og respekt (NSF, 2001). Sett i lys av teorien til Travelbee om menneske-til-menneske-forholdet, forstår vi det slik at utgangspunktet for det første møte med Mia er at sykepleier skal være et middel for å hjelpe henne og behandle henne som et unikt og enestående individ. Hun fremhever at det finnes fire faser for å skape en god relasjon. Det innledende møtet mellom sykepleier og Mia preges av ukjentskap mellom begge parter, hvor begge danner seg en oppfatning av hverandres roller. Sykepleier har en gylden mulighet til å skape en forståelse og fange opp Mias følelser og tanker rundt morens situasjon. Det vil være viktig at sykepleier viser empati og innretter seg etter hennes nivå. Ved at sykepleier har en god holdning og innstilling i møtet, kan hun formidle sin forståelse for Mia. Tryggheten skapes hvis Mia får tillit til sykepleier (Travelbee, 2001). Fra erfaring har vi sett at det hjelper å nærme seg pårørendes selvforståelse og opplevelse av verden, men at dette ikke alltid prioriteres. Den korte tiden som er satt av til samtale, preger ofte sykepleieres jobb. Flere sykepleiere hadde en stressende væremåte ovenfor pårørende og i samtale ble blikket ofte rettet mot klokken. Dette er noe som kan gå utover pårørendes opplevelse av at sykepleier bryr seg. Mange sykepleiere gjennomfører samtaler med barn uten å tenke over hva barna faktisk tenker og føler. Travelhet kan påvirke barnas ønske om å be om noe fra sykepleieren, og betyr ofte raske avgjørelser for sykepleier. Skjer dette, kan det minske et barns ønske om å komme tilbake for flere samtaler. Thorsen (2012) støtter oss i dette når han skriver at roen kan bli borte i travelheten, en ro som kan være nødvendig for å se behovene til andre mennesker. En stressende væremåte kan stoppe opp for å skape trygghet og en god relasjon, og kan være et resultat av at sykepleier har mangel på kunnskaper.

Menneske-til-menneske-forholdet er en viktig del av sykepleieutøvelsen og danner grunnlaget for kommunikasjon i arbeidet som utføres (Travelbee, 2001). Det står i teorien at det ikke finnes en bestemt måte å kommunisere med barn og unge måte på, men at det finnes ulike hjelpemidler som sykepleier kan benytte. Kunnskap om nonverbal kommunikasjon og kroppsspråk er av stor betydning i møtet med pårørende (Eide & Eide, 2007).

Erfaringsmessig har vi sett at nonverbal kommunikasjon ofte betyr mer enn den verbale. I flere situasjoner ønsket ikke barna å si noe, men hadde stor nytte av å få bekreftelse fra sykepleier på at det kan være vanskelig å oppleve og gjennomgå det de gjør. Andre barn følte at stillheten og roen i samtalen førte til at de fikk tid til å tenke gjennom hva de ønsket å si, før de så fortalte det etter sitt tempo. Ved at sykepleier møter Mia på en bekreftende,

styrkende, oppmuntrende og på en rolig måte, kan det gi henne trygghet og tillit hun trenger for å dele sine tanker og følelser. Med et oppmuntrende nikk eller bekreftelse med «mm» kan sykepleier for eksempel formidle at «jo, jeg følger med», «jeg ser» eller «jeg forstår». På en annen side tenker vi at det kan det formidle at sykepleier er uinteressert og opplever møtet som lite betydningsfullt.

I teori understrekes viktigheten av å tilrettelegge før samtalen begynner, dette for å skape tillit og trygghet hos barnet (Eide & Eide, 2007). Allikevel kan det tenkes at sykepleier har tilrettelagt samtalen med Mia i en rekkefølge det ikke er hensiktsmessig å utføre samtalen ut i fra. Hvis sykepleier for eksempel har lagt opp til bestemte temaer i bestemte rekkefølger, kan det hende at hun må omjustere dette underveis i samtalen da Mia kan ha behov for å snakke om noe helt annet enn det sykepleier tenker hun har behov for. Grønseth og Markestad (2001) trekker frem at møtet med barn og unge ikke handler mest om å finne de riktige ordene i samtalen, men poengterer viktigheten av å komme frem til en balanse mellom å bli ivaretatt, og det å selv invitere til kontakt. Haukø og Stamnes (2009) belyser i sin studie at måten sykepleier snakker med barna på, ofte blir en modell for hvordan barna selv snakker om situasjonen til andre på. I studien fikk barna økt forståelse rundt foreldrenes lidelse gjennom at sykepleier hjalp barna til å finne riktige ord som beskrev foreldrenes lidelse på en bedre måte. I etterkant av undersøkelsen satt barna igjen med ny kunnskap om sykdommen, nye ord og begreper, og en større forståelse som førte til økt opplevelse av å mestre forståelsen rundt forelderens lidelse. Barna følte det mindre tabubelagt og syntes at det ble lettere å informere sine nære om lidelsen ved å ta i bruk de nye ordene sykepleier hadde formidlet under samtaler.

Sykepleier bør sørge for at Mia får mulighet til å oppleve besøket hos moren på institusjon og omgivelsene omkring, som en jente på 15 år ønsker. Grønseth og Markestad (2001) skriver at kommunikasjon med barn i vanskelige situasjoner bør foregå på en mest mulig trygghetsskapende måte. Mia kan ha behov for å ha lett underholdning under samtalen, som for eksempel et spill, blad eller lignende for å skape en åpen arena hvor omgivelsene og stemningen får en lavere takhøyde. Fra praksis har vi erfart at samtalen ikke nødvendigvis bør foregå i et «samtalerom» hvor det er øyne mot øyne, men heller for eksempel åpne for samtale i sammenheng med en gåtur. Dette har vi opplevd som mer hensiktsmessig i flere settinger, spesielt når det er vanskelige temaer for barna å snakke om. Så hvis sykepleier åpner for dette i møtet med Mia, kan tenkes at hun får en helt annerledes opplevelse av samtalen og kan føle at den foregår på en betryggende måte.

Mange barn har en tendens til å holde sine tanker og følelser for seg selv. Ofte vil pårørende føle seg usikker, svak og forvirret. En god begynnelse kan være at sykepleier lytter til hvor Mia har sin oppmerksomhet, undersøke hva hun er opptatt av og finne ut hvor hennes oppmerksomhetsfokus er. Sykepleier bør utrykke empati og respekt, som er grunnlaget for å skape tillit. Oppmuntring til å fortelle, lytte aktivt, stille åpne spørsmål, speile og bruke bekreftende ferdigheter verbalt og nonverbalt med aktivt brukt av stillhet og pauser vil være av stor betydning (Eide & Eide, 2007). Dette kan åpne for at Mia føler at sykepleier er interessert og følger med, som igjen kan føre til at hun føler seg sett og lyttet til. Travelbee (2001) understøtter viktigheten av å behandle hvert enkelt individ som noe unikt og enestående når hun skriver at mennesker er forskjellig på sin egen unike måte. Til tross for at teorien understreker dette, har vi i praksis sett at disse hensynene ofte ikke ivaretas. Flere barn følte at det ikke var vits å dele sine tanker og følelser da det kun var sykepleiers meninger som var av betydning.

Ut i fra Travelbees teori forstår vi det slik at sykepleier må bli kjent med Mia for å kunne se hennes opplevelser og behov (Travelbee, 2001). Vi forstår det slik at Mia vil ha forskjellig forståelse av bipolar lidelse og har sine opplevelser og reaksjoner på erfaringer rundt dette enn en annen person vil ha. Videre vil hun ha ulike ressurser og nettverk enn andre. Erfaringsmessig har vi sett at nettverket ofte trekker seg bort eller kun er til hjelp i perioder. En av oss har erfart at noen i en familie hadde sagt til barnet av den syke at; ”det er bare å ringe hvis du trenger hjelp til noe”, noe vi tenker et barn ikke kommer til å gjøre. I forskning av Borg et al. (2012) trekkes det frem at pårørende har levd med sin syke over tid og har sett hvordan forløpet med tiden har utviklet seg og endret seg. De pårørende opplevde perioder med bekymring, fortvilelse, fornektning, angst, sorg og sinne. Alle hadde ønske om å dele sin versjon av historien om personen med psykisk lidelse og hadde stort behov for å snakke om og få aksept for sine opplevelser rundt dette, men de fleste pårørende følte seg avvist i møte med hjelpeapparatet. Sett ut i fra dette, tenker vi at langvarig støtte fra hjelpeapparatet kan hjelpe Mia til å øke sin omsorgskapasitet og oppnå en stabil og god hverdag.

Det er viktig at mennesker som berøres av den sykes oppførsel, er til stede og deler egne historier og er med på å skape en ny forståelse rundt opplevelsene. Ressursene til pasientens sosiale nettverk aktiveres når de involverte blir hørt og lyttet til (Seikkula & Arnkil, 2007). En viktig ting kan være at sykepleier åpner for samtale sammen med Mia, moren og broren. Ved å gjøre det kan de sammen få et innblikk i det som foregår på innsiden av hverandre og kan åpne for at mor selv kan formidle opplysningene og gi bekreftelse på det som sies (Eide

& Eide, 2007). Det kan tenkes at en åpen samtale vil være av stor betydning. Samtaler sammen kan være med på å skape en felles forståelse av konflikter og opplevelser, ettersom problemer bare opphører når de som har definert det som et problem, opplever at de har opphørt. En forutsetning for at de skal kunne skape en åpen dialog, er at uttalelsene er av personlig karakter. Målet bør være å skape en samtale hvor tanker og ideer mellom Mia, moren og broren fritt kan utveksles. De skal kunne snakke med hverandre om vanskelige situasjoner og sammen løse opp i dem. Her bør ikke sykepleier komme med løsningsforslag, men istedenfor diskutere forslagene som familien legger frem (Seikkula & Arnkil, 2007). En åpen dialog kan føre til at alle i familien blir hørt og får like stor betydning, og åpner for en likeverdig samtale hvor alle kan oppleve at de får en ny måte å snakke og lytte til hverandre på. Det kan tenkes at mor tidligere ikke har forstått konsekvensene av sine egen utsagn ovenfor barna, men ved at Mia og brorens tause bekymringer løftes frem og blir satt riktige ord på, kan mor bli klar over barnas bekymringer. Videre kan det gi Mia og brorens opplevelser virkelighetsstatus. I praksis erfarte vi at familier satte stor pris på at ikke kun lidelsen ble trukket frem under samtalen, men også de gode og sterke sidene innad i familien. Ved å løfte dette frem har vi flere ganger sett smil, latter og betydningsfulle uttrykk.

I samtalen med familien er det viktig at sykepleier tenker på barnas lojalitet ovenfor moren (Nordenhof, 2012). Mange barn er redd for å såre foreldrene og er med det redd for å fortelle sin egen opplevelse og historie rundt sin syke forelder. Fra praksis har vi erfart at den viktigste samtalen sykepleier foretar seg med barn som pårørende, er den samtalen hvor kun sykepleier og barnet er inkludert. Hvis samtalen er uten mor kan sykepleier avklare hva som tidligere er snakket med moren om, slik at Mia ikke trenger å være redd for å avsløre sin mor eller egen vanskelige situasjon. Forskning viser også at barna ikke ønsket å henge ut sine foreldre, noe som i flere tilfeller medførte at de tiet og utlyste usikkerhet i samtalsammenhenger. Barna delte mer av sine følelser og tanker når de samtalte alene med sykepleier (Haukø & Stamnes, 2009).

Unge fra 12 år og oppover klarer i stor grad å følge dialogen til en voksen person. De har evnen til å tenke abstrakt og hypotetisk, samt forestille seg hvordan noe kan være selv uten å ha opplevd det. Unge jenter i pubertetsalderen stiller store krav til seg selv, og følelsen av å ikke være bra nok er en vanlig tankegang. Hvis Mia opplever mangel på støtte og bekreftelse fra moren, vil det kunne resultere i usikkerhet og rolleforvirring (Eide & Eide, 2007). Sykepleier må være sensitiv for signalene Mia sender om bekymring og usikkerhet, slik at

hun kan få hjelp til å gi uttrykk for dem og sette navn på dem (Killén, 2004). Holmsen (2004) skriver at barns rett til anerkjennelse ofte undervurderes. Når mor ikke uttrykker anerkjennelse og forståelse for Mias ytringer, er det viktig at sykepleier formidler forståelse slik at hun opplever en sosial gyldiggjøring av sine erfaringer og opplevelser (Nordenhof, 2012). Det kan bety mye at hun får anerkjennelse for innsatsen hun gjør, men kun dersom den ikke anses som uheldig for henne (Ytterhus, 2012).

Barn trenger forståelse av hva som skjer i familien (Holmsen, 2004). I flere studier opplevde barna at foreldrene dekket over sykdommen og benyttet seg av «nødløgner» i håp om å beskytte barna. Barna syntes det var bedre å få vite sannheten enn og konstant gå med bekymring og prøve å finne ut hva årsaken var (Haukø et al., 2009; Trondsen, 2010). I helsepersonelloven (1999) § 10a står det skrevet at barn har rett til å få tilpasset informasjon. Det betyr at sykepleier er pliktig til å gjennomføre en samtale med Mia angående moren. Travelbee (2001) skriver i sin teori at sykepleiere har mulighet til å tilpasse informasjon til hvert enkelt barn. Hummelvoll (2012) skriver at tilstrekkelig informasjon, vil kunne føre til mindre engstelse og økt oppmerksomhet og evne til problemløsning ved eventuelle forverringer i forelderens lidelse. Behovene for informasjon avhenger av morens sykdomsutvikling og hvilken kunnskap og forståelse Mia har for sykdommen (Bugge et al., 2015). I Mias situasjon står hun alene sammen med sin bror. Når Mia stiller han spørsmål rundt morens oppførsel, skjerner han henne ved å si at hun ikke trenger å bekymre seg. Mia føler at hun ikke kan snakke med noen andre om morens tilstand, da hun mener at ingen vil forstå henne. Dette kan gi en opplevelse av å være alene i egne følelser uten å ha mulighet til å bli forstått av personer rundt (Brinchmann, 2002). Dersom Mia ikke får informasjonen hun trenger, kan hun stå igjen med mange ubesvarte spørsmål som hun konstant selv prøver å finne riktige svar på. Det tenker vi er for mye for Mia å bearbeide på egenhånd. I praksis har vi sett viktigheten av å hjelpe pårørende til å sortere ut egne vurderinger, tanker og følelsesmessige reaksjoner som medfører belastning for person. Hvis Mia får muligheten til dette, kan det bidra til å forebygge misforståelser, justere på eventuelle feiltolkninger og redusere unødvendige bekymringer som kan være tunge å bære på.

5.3. KONSEKVENSER FOR BARNET NÅR MOR HAR BIPOLAR LIDELSE

I henhold til Haugland et al. (2012) kommer det frem at barn kan bli påtvunget voksnes vurderinger. Bekymring og uforutsigbarhet er begreper som kan påvirke Mias hverdag. Eide og Eide (2007) skriver at bekymringer som ikke er oppdaget av andre, vil være en merbelastning for personen. Vi kan se for oss at Mia lever med en konstant bekymring for

det Killén (2004) beskriver som det ”forutsigbart uforutsigbare”. Bekymringer rundt moren og usikkerhet om hva som møter henne når hun kommer hjem fra skolen, kan være normale tanker for Mia. «Er mamma langt oppe eller langt nede i dag?», «hva finner mamma på i dag da?», «er mamma blid eller sint?». Foster belyser i sin studie at ungdommene opplevde at foreldrene hadde forskjellige ”ansikter”. Noen ganger var de hengivende og støttende, mens andre ganger sinte og skjelte de ut (Foster, 2010). Barn er aldri for små til å forstå at noe er galt, og ungdom er aldri så tøffe at de ikke blir berørt når en forelder er syk. Det sies at barn av psykisk syke hele tiden er på vakt, glemmer sine egne behov, og blir med tiden eksperter på å tilpasse seg andre menneskers forventinger (Moen, 2009). Trondsen (2012) støtter Moen når det kommer frem at ungdommene i vanskelige situasjoner ofte var i ”alarmtilstand”. De hadde vansker med å slappe av når angsten for hva som kunne skje hele tiden var der. Erfaringsmessig opplever vi at barn ikke alltid forstår hva som skjer, men klarer alltid å tenke at noe er galt. Med det opptrer de på en måte de tenker er til det beste for personene rundt. Samtaler om tanker og følelser kan være bearbeidende og fungere som en lindrende funksjon for Mia. Eide og Eide (2007) støtter oss i dette når de belyser viktigheten av å hjelpe barn til å sette ord på opplevelser og følelser.

Bipolar lidelse kan arte seg på ulike måter. Manien eller depresjonen kan være så alvorlig at lidelsens omfang fører til at morens normale sosiale liv blir vanskelig (Håkonsen, 2009). Et svingende sykdomsforløp kan avbryte håp ved at håpet svekkes ved forverring av sykdommen og erstattes med nytt sinne og sorg (Brinchmann, 2002). Ved morens gode perioder kan Mia oppleve at håpet er der, men igjen kan hun ha vanskeligheter med å håpe for mye når hun vet at dårlige perioder kan komme. Her tenker vi at svingningene i lidelsen kan gå utover Mias tillit til moren. Håkonsen (2009) støtter oss i dette når han skriver at barn som møter ustabile omgivelser sjeldent får dekket behovene for nærhet og omsorg og vil ikke kunne forutsi hvordan omgivelsene skal respondere, og kan med det danne en grunnleggende mistillit. Hvis ikke Mia opplever tillit til sin nærmeste omsorgsperson mor, tenker vi at hun da også kan ha vansker med å skape tillit og nær relasjon til sykepleier og andre.

Ungdommer som har en oppvekst med en psykisk syk forelder vil tidlig bli voksen, men vil være følelsesmessig umoden og ha vanskeligheter med å rive seg løs. De føler at de må være hjemme for å passe på, og har vansker med å frigjøre seg fra den syke (Moen, 2009). Nordenhof (2012) støtter Moen når hun skriver at barn har lett for å tilpasse seg vanskelige forhold i livet, og trekker frem at barn av psykisk syke foreldre oftest oppholder seg hjemme

med den syke. I studien utført av Foster (2010) kommer det frem at når foreldrene var i depresjon eller mani, hadde barna ulike strategier for å ivareta seg selv. Flere av barna isolerte seg, snakket lite med folk og følte seg ensom. Erfaringsmessig har vi sett at dette ofte stemmer, men i flere situasjoner har vi også sett at barn har lagt tankene til side og funnet trøsten i venner eller kjærester, og har med det trukket seg mer vekk fra hjemmet. Tetzchner (2012) belyser viktigheten av dette når det skrives at ungdomsperioden preges av økt distanse fra foreldre og større relasjon til venner og kjæreste.

Som nevnt skriver Nordenhof (2012) at barnets utvikling kan bli forstyrret hvis foreldre er ute av stand til å være psykisk tilstede å reagere på en normal måte på et barns signal. Trondsen (2011) trekker frem at barna i studien savnet sin syke forelder selv om de bodde med forelderen og så den hver dag. De følte seg ensom i situasjonen og uttrykte sorg over og ikke ha et normalt familieliv. Killén (2004) forklarer dette med at foreldre ikke er følelsesmessig tilstede selv om de er fysisk tilstede. Sett ut i fra dette kan moren under manien ha redusert konsentrasjonsevne da tankene er på flukt. Mia kan da oppleve at hun finner på mye rart og blir lett distraherert når Mia forsøker å oppnå kontakt. I en depresjon kan moren ha nedsatt fysisk og psykisk energi til å være til stede, og klarer med det ikke å følge opp Mia i hverdagen (Hummelvoll, 2012). Brinchmann (2002) trekker frem at personer som sørger over en nær person som er i livet, men som på mange måter er utilgjengelig for kontakt, er en smertefull og ensom opplevelse. Videre belyser han at barn har en tendens til å påta seg skylden for foreldrenes sykdom. Fra erfaring har vi sett at barn og unge trenger konkret informasjon for å forstå hva som faktisk skjer rundt dem. Vi tenker at det Mia ikke vet, har hun vondt av. Hun vil ha stort behov for å bli inkludert og vite at hun selv ikke har ansvar eller skyld i det som har skjedd med sin syke mor, og hun vil i stor grad trenge bekreftelse på at det er lov å ha det bra og gjøre ting hun selv opplever som givende.

Foreldrenes sykdom vil sette ulikt preg på foreldrerollen og barn kan få stort omsorgsansvar i hjemmet. Flere kan i slike situasjoner påta seg et ansvar en voksen skal ha (Skårderud et al., 2010). Erfaringsmessig har vi opplevd at flere barn savner forelderens tilstedeværelse og lengter etter nærhet og trygghet. Mange følte at de i alle settinger måtte stå på egne ben. De måtte for eksempel sørge for at det var mat i kjøleskapet, husvasken var tatt, leksene var gjort og sørge for at vekkeklokken var stilt. Slike ansvar skal ikke barn måtte ha, men dessverre har vi sett at praksis ikke alltid støtter teorien om dette. For at sykepleier skal kunne forebygge slike ansvar hos Mia, er det viktig med konkrete hjelpetiltak tilpasset hennes ressurser. Bowlby støtter oss i dette når han skriver at et viktig mål for sykepleier er å hjelpe

andre til å forutsi hva som kan hende i fremtiden og sammen lage handlingsstrategier som kan tas i bruk (Smith, 2006). Hvis sykepleier gjør dette, jobber hun helsefremmende, forebygger problemer før de oppstår og reduserer daglige bekymringer hos pårørende (Kristoffersen et al., 2011).

Vi har inntrykk av at pårørende ofte blir glemte. Erfaringsmessig vet vi at mange har en negativ holdning til pårørende. Flere mener at pasienten er deres jobb, og at pårørende blir en ekstra stor belastning. Det medførte i at de ikke gav tilstrekkelig omsorg til de pårørende. Eksempelvis har vi flere ganger opplevd at når pasienter har pårørende på besøk, har sykepleiere benyttet seg av tiden når de hjelper pasienten til å snakke med de pårørende. Flere rettet ikke blikket mot de pårørende, fokuset lå på pasienten, mens ordene som ble sagt var rettet mot pårørende. Ikke nok med det, mange snakket over hodet på pasienten. Flere pårørende følte seg til bry da de følte at sykepleier hadde mye å gjøre. Her stiller vi spørsmålet om dette er riktig, og mener alle sykepleiere bør sette av egentid til samtale med pårørende. Vi ser konsekvenser av at sykepleier overser barna da de går glipp av nødvendige informasjon og tilbud som omhandler både den syke og barna selv.

5.4. BETYDNINGEN AV SYKEPLEIERS ROLLE

Vi har valgt å trekke frem Joyce Travelbees menneskelige forhold i sykepleie og John Bowlbys tilknytningsteori. Begge teoriene vektlegger omsorg som et grunnleggende behov for alle mennesker. Travelbee (2001) fokuserer på et menneske-til-menneske-forhold og trekker frem at sykepleier må hjelpe hvert enkeltindivid og dens familie til å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Bowlby legger vekt på barns behov for tilknytning til omsorgsgiver, og skriver at det gjennom nærhet skapes opplevelse av trygghet og er grunnlaget for den sosiale utviklingen (Tetzchner, 2012). Begge teoriene vektlegger en stabil og forståelig hjelper i møtet med andre for å kunne skape trygghet og yte god hjelp. Ut i fra utsagnene ser vi viktigheten av at sykepleier møter Mia på hennes nivå. Gjør sykepleier dette, åpner hun muligheten til å fremme livskvalitet og trygghet hos Mia. I praksis erfarte vi at det viktigste i møtet med pårørende, var å lytte til ønsker og behov før en så satte i gang tiltak for å hjelpe.

I samarbeid med barn kan det være lett å glemme betydningen av tilstrekkelig og tilpasset informasjon, noe som viser viktigheten av at sykepleier kjenner til retningslinjer og lovverk. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleie (NSF, 2001), helsepersonelloven § 10 (helsepersonelloven, 1999) og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a

(spesialisthelsetjenesteloven, 1999) er viktige lover å understreke i møtet med Mia og moren. Dette realiserer behovet for kunnskap og erfaringsutvikling rundt hvordan sykepleier skal møte behovet for informasjon, hjelp og støtte (Haugland et al., 2015). Skal sykepleier gi god omsorg, fremme trygghet og gi Mia tilstrekkelig og riktig informasjon, er det viktig å oppnå tillit og skape en god relasjon. Travelbee skriver at et menneske-til-menneske-forhold åpner muligheten for dette. Hun trekker frem at det for sykepleier er viktigst å kjenne til pasienters opplevelse av situasjon og vite meningen den selv har, enn å forholde seg til diagnose. Klarer ikke sykepleier å se Mia som person, vil omsorgen i følge Travelbee bli upersonlig og overflattisk. Empowerment er her et sentralt begrep. Sykepleier må vise respekt og ha en god balanse mellom interesse og nysgjerrighet. Det kan bety mye for Mia at sykepleier er spørrende og forståelsesfull for de påkjenningene hun gjennomgår (Kristoffersen et al., 2011).

6. KONKLUSJON

Vi har gjennom oppgaven fordypet oss i litteratur og forskning, og har med dette kommet frem til at informasjon og støtte må tilpasses hvert enkelt barn for at sykepleier skal kunne fremme trygghet hos barn som pårørende i psykisk helsevern. Gjennom vår studie ser vi nødvendigheten av å skape en god relasjon for å oppnå trygghet og tillit til barn. Vi tenker at sykepleiers erfaringer, holdninger og væremåte spiller en viktig rolle. Funn i studier viser at barn ikke føler seg tilstrekkelig informert og ivaretatt som pårørende. Pårørende har ulike behov, og sykepleier må med det se hvert enkelt barn som et unikt og enestående individ som selv kjenner sin situasjon og erfaringer best. Sykepleiere må legge større fokus på å sikre at barn får tilpasset og tilstrekkelig informasjon, dette i henhold til helsepersonelloven § 10 som sier at barna skal involveres og ivaretas (helsepersonelloven, 1999). Videre vil barn ha stort behov for at sykepleier hjelper de til å forstå det uforståelige som skjer rundt dem. Dette kan redusere belastningen og øke muligheten for å bearbeide og mestre situasjon, noe som kan bidra til at barna ikke utvikler psykiske problemer og blir pasient selv. Her er det viktig å påpeke at ikke alle barn som vokser opp med psykisk syke foreldre utvikler psykiske problemer senere i livet (Moen, 2009, s. 26). I studien vår kommer det frem at mange barn med psykisk syke foreldre opplever seg utrygg, engstelig og ensomme, samt at de føler seg alene med sine bekymringer. Sykepleier kan unngå dette ved å involvere barnet i behandlingen, da med tilpasset informasjon i henhold til barnets alder og utvikling. For å oppnå dette, er det viktig å nærme seg barnet, skape tillit, ha kjennskap til barnets utvikling, konsekvenser barnet har ved å leve med en psykisk syk person, lovverket og risikofaktorer for at et barn selv utvikler psykisk problemer senere i livet. Å sette av tid til å samtale med pårørende kan være krevende i en hektisk hverdag, men vi ser allikevel viktigheten av å ta seg tid til å skape en bedre opplevelse og hverdag for barna.

Vedrørende barn som pårørende er det hensiktsmessig med ytterligere forskning om hvilken effekt informasjon, kunnskap og støtte har for å gi barn som pårørende opplevelse av trygghet. Vil videre forskning eventuelt lette sykepleiernes ansvarsområde for å ivareta barns behov for trygghet?

LITTERATURLISTE

Brinchmann, B.S. (Red.). (2002). *Bære hverandres byrder – pårørende i sykepleien*. (s. 89-104). Bergen: Fagbokforlaget.

Brinchmann, B.S. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 15-21). Oslo: Gyldendal akademisk.

* Bugge, K. E., Røkholt, E. G. & Aamotsmo, T. (2015). En tiltakskjede for ivaretagelse av barn som pårørende. I Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. & Gjesdahl, S (Red.), *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 45-53). Bergen: Fagbokforlaget.

* Borg, M., Haugård, E. & Karlsson, B. (2012). ”Uten oss går det ikke” - pårørendes erfaringer med psykisk helse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(2), 16-29.
<http://dx.doi.org/10.7557/14.2407>

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

* Doesum, K. V. (2015). Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. I Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. & Gjesdahl, S (Red.), *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 29-42). Bergen: Fagbokforlaget.

* Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer – en håndbok for foreldre og hjelpere* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

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

* Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': Experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing*. 19(21-22). 3143-3151. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

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

* Haugland, B. S. M., Trondsen, M. V., Gjesdahl, S. & Bugge, K. E. (2015). På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. I Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. & Gjesdahl, S (Red.), *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 13-26). Bergen: Fagbokforlaget.

* Haukø, B.H. & Stamnes, J.H. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien* 97(11), 32-35. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/forskning/2009/08/det-hjelper-snakke-med-barna>

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

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Holmsen, M. (2011). *Samtalebilder og tegninger: - en vei til kommunikasjon med barn i vanskelige situasjoner* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Håkonsen, K. M. (2009). *Psykologi og psykiske lidelser* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

* Jansen, A. (2013) *Narrative kraftfelt - psykologisk utvikling hos barn og unge i et narrativt perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. Utg.). Oslo: Abstrakt.

*Killén, L. (2004). *Sveket – Omsorgssvikt er alles ansvar* (3 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Kristoffersen, J. N. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2011). Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.

* Kunnskapssenteret (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

* Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02.64. § 10a. (2016).

* Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02.64. § 21. (2016).

* Lov om spesialisthelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61. § 3-7a. (2016).

* Moen, G.L. (2009). *Barns møte med psykisk lidelse*. Oslo: Cappelen akademisk.

* Nordby, K., Kjønnsberg, K. & Hummelvoll, J. K. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 17(4), 304-311. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01531.x>

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

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

* (NSF 2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

* Ritchie, T. (2013). *Metoder i pædagogers praksis*. Værløse: Billesø & Baltzer.

* Schibbye, A.-L. (2012). *Relasjoner – Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlag.

* Seikkula, J. & Arnkil, T. M. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Smith, L. (2006). Bowlbys teori om barnets bånd og empiriske studier av tilknytning. I Gulbrandsen, L. M (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling – innføring i psykologiske*

perspektiver (2. utg., 139-171). Oslo: Universitetsforlaget.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.

* Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer* (2 utg., s. 105-126). Oslo: Gyldendal akademisk.

* Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

* Trondsen, M. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Persepectives. *Qualitative Healt Research*, 22(2), 174-188. DOI: 10.1177/1049732311420736

Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K (Red.), *Barn som pårørende* (s. 18-44). Oslo: Abstrakt.

VEDLEGG 1

PICO SKJEMA

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	O R
Bipolar lidelse (pasienten) Pårørende Barn Psykisk syke Bipolar disorder Caregiver Children Mental illness	Kommunikasjon Informasjon Kunnskap Trygghet Støtte Communication Information Knowledge Safecare Support		Økt trygghet Ivaretagelse Increased safecare Safeguarding	
AND				

VEDLEGG 2
SØKEHISTORIKK

DATO	SØKEORD	DATA-BASER	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
01.04.2016	Kommunikasjon Barn	Sykepleien.no	Forskningsartikkel	91	5	2	”Det hjelper å snakke med barn”
01.04.2016	Mental illness Children	Svemed	Peer reviewed	29		2	0
04.04.2016	Barn av psykisk syke	Oria	Artikler 2010-2016	13	1	2	0
04.04.2016	Children Nursing Adult psychiatry	Cinahl	Søk med AND Full Text Academic Journals 2008-2010	16		1	0
06.04.2016	Mental health Norway Mental disorder Parents	Svemed	Kombinert søk Søk med AND	9		2	0
06.04.2016	Mental health Norway	Cinahl	Søk med AND	4		1	0

	Mental disorders Children as relatives						
06.04.2016	Mental illness Children of impaired parents Family Intervention	Cinahl	Søk med AND Full Text Academic Journals	19		2	0
06.04.2016	Mental illness Children of impaired parents Experience Nurse	Cinahl	Søk med AND Full Text Academic Journals	12	2	1	”You’d think this roller coaster was never going to stop’: experiences of adults children of parents with serious mentall illness”
06.04.2016	Serious mental illness Support Treatment	Cinahl	Søk med AND Full Text Academic Journals 2010-2015	54	1	1	”Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery”

07.04. 2016	Psykisk syke Foreldre	Oria	Fra fagfelleverderte tidsskrift Qualatativ health research	1		1	”Living With a Mentally Ill Parent”
07.04. 2016	Bipolar Disorder Caregiver Burden	PubMed	Review Abstract Full Text 2009 - 2016	8		1	
07.04. 2016	Psykisk helse	Nordisk tidsskrift for helseforskni ng		8		1	””Uten oss går det ikke” – med pårørendes erfaringer med psykisk krise”

VEDLEGG 3

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV
FORSKNING****Målgruppe: studenter og helsepersonell****Hensikt: øvelse i kritisk vurdering****FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:****Kan vi stole på resultatene?****Hva forteller resultatene?****Kan resultatene være til hjelp i min praksis?**

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

Studien "Uten oss går det ikke" – pårørendes erfaringer med psykisk syke.

Av: Haugård, B., Karlsson, B. & Borg, M. (2012).

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS: Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Studiens målsetting var å finne svar på følgende forskningsspørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hva innebærer det å være pårørende til en nærstående person i psykisk krise? 2. Hvordan virker slike psykiske kriser inn i hverdagen og familiens livssituasjon? 	<p>Ja Uklart Nei</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Formålet med studien er å forstå og belyse hvordan det er å være pårørende til en nærstående person som er psykisk syk og få frem egne erfaringer og opplevelser igjennom en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming i et kvalitativt, utforskende og beskrivende design. Videre benytter studien seg av et flerstegsfokusgruppeintervju, hvor en og samme gruppe intervjues om et bestemt tema gjennom flere samtaler.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p> <p>Kommentar: Valg av data er begrunnet ut i fra en kvalitativ metode da den har til hensikt å studere et smalt spekter i dybden.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? <p>Kommentar: Deltakerne ble valgt ut igjennom en fylkesavdeling av Landsforeningen for pårørende innen psykiatri. Kriteriene for å delta var at deltakerne hadde erfaring med det de selv oppfatter som psykisk krise. Det deltok fem kvinner og to menn (foreldre, partner, barn av pårørende) fra 53 til 76 år, som alle hadde en langvarig historie på mer enn ti år som pårørende til nærstående personer med psykiske problemer. I studien er det ikke gjort rede for hvorfor noen ikke valgte å delta.</p>	
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: <i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen? • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? <p>Kommentar: Studien har anvendt kvalitativ metode som har til hensikten å gå forskerne en bedre forståelse og analyse av en bestemt gruppe pårørende til psykisk syke. I studien er det brukt fokusgruppeintervju hvor en og samme gruppe ble intervjuet om et bestemt tema gjennom tre gruppemøter høsten 2010. Med dette er studien gjennomgående dialogisk og granskende. Metoden handler om å tilrettelegge utforskende og semistrukturerte samtaler, dette gjennom personlig og erfaringsbasert tolket kunnskap som er knyttet til et bestemt fenomen eller til en bestemt situasjon. Data ble samlet inn ved en semistrukturert intervjuguide basert på forskningsspørsmål.</p>	<p>Ja Uklart Nei X o o</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: <i>En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for 	<p>Ja Uklart Nei X o o</p>

<p>eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? <p>Kommentar:</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og skrevet ned ordrett umiddelbart etter intervjuene. For å analysere dataen ble det brukt en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming kombinert med en fenomenologisk fordypning og utforsking til deltakernes erfaringer. Analysene ble gjennomført ved bruk av systematisk tekstkondensering, hvor strukturert lesing av materialet gav oppgav til tolkninger som avhenger av forskernes refleksivitet knyttet til sine egne fordommer og forståelse.</p> <p>De ulike trinnene i analysen:</p> <p>Trinn 1: Analyse av første fokusgruppeintervju</p> <p>Fase 2: Analyse av tredje fokusgruppeintervju</p> <p>Fase 4: Analyse av alle tre fokusgruppeintervju</p> <p>Fase 5: Presentasjon av funn</p> <p>Forskerne kom fram til tre temaområder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Opplevelser av avvisning, ansvar og stigma 2) Et liv i det motsetningsfylte 3) Åpenhetens balansekunst <p>Det kommer frem at bruk av flerstegsfokusgruppeintervju kan knyttes til empirisk datas validitet, hvor et aksept kan være press mot enighet i slike gruppeprosesser. Gruppen kan med dette utrykke felles forståelse og holdning når det samtidig finnes motsetninger og ulike meninger, noe som for eksempel kan bidra til å utelukke synspunkter.</p>	
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: <i>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>

<p>Kommentar:</p> <p>Tolkningen ble avhengig av forskernes egen refleksivitet. En av forskerne hadde også erfaring som pårørende og deltok i studien. Faglig bakgrunn til forskerne er vist til innledningsvis i artikkelen.</p>	
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? <p>Kommentar:</p> <p>Forskerne viser til Wang & Goldschmidt (1996) og Smeby (2000) som sier at mange pårørende opplever å føle seg glemt av det offentlige tjenesteapparatet. Studien forteller om tre forskninger der det er blitt dokumentert at menneskelige lidelser ikke bare berører personen selv men familien og andre som er nær pasienten (Bridgett & Gijsman 2008; Adams & Rice 2008; Karlsson, Borg & Sjølie 2011).</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>

HVA ER RESULTATENE?

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? <p>Kommentar:</p> <p>Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør Øst. Den er også meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>o X o</p>
<p>10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? <p>Kommentar:</p> <p>Studien bekrefter annen forskning som sier at pårørende har et ønske om å bli møtt med gjensidig tillit og respekt fra helsevesenet. Studien viser hvilke utfordringer det</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>

<p>kan innebære og være pårørende i form av et liv og en hverdag som er annerledes enn det normale. Pårørende i studien vil bli møtt som voksne, oppegående personer som ønsker sine omsorgspersoner godt. De ønsker å kunne fortelle sin versjon av "historien" uten å bli avvist eller oversett. Pårørende ønsker informasjon før omsorgspersonen deres blir skrevet ut og veiledning om hva og hvordan de kan være til hjelp. De ønsker også informasjon og veiledning om hvordan og hva de kan hjelpe den syke med.</p> <p>Studien viser at klinisk praksis har mye å hente på kunnskap om pårørendes situasjon og involvering av pårørende slik at pårørende og tjenesteapparatet samarbeider.</p>	
<p>11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? <p>Kommentar:</p> <p>Selv om dette er pårørende på 53 til 76, har alle disse deltakerne over 10 års erfaring, og kan med det ha vært ung da den psykiske krisen til omsorgspersonen oppsto. Deltakerne beskrev opplevelse av avvisning, ansvar og stigma i hverdagen, og hvilke mestringsstrategier de brukte for å klare å leve i det som opplevdes en vedvarende krise. Deltakerne snakket også om åpenhet om pårørende til familie, venner, kollegaer og naboer. De som hadde vært åpne fortalte at det var godt å kunne fortelle om og føle omsorg og forståelse fra omgivelsene. Disse utfordringene og mulighetene som deltakerne har erfart, kan bidra til å forstå bedre hvordan pårørende opplever det å være pårørende til en nær person som har psykiske problemer.</p>	

VEDLEGG 4

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV
FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

Studien "You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adults children of parents with serious mental illness".

Av: Foster, K (2010).

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? <p>Kommentar:</p> <p>Formålet med studien var å utforske opplevelsen av å være en ungdom med foreldre med alvorlig psykisk lidelse og hvordan ungdommen har mestret denne opplevelsen.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Ja, for å beskrive hvordan det er å vokse opp med foreldre med alvorlige psykiske lidelser er kvalitativ metode hensiktsmessig fordi det får frem den subjektive opplevelsen fra deltakerne.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Det er blitt brukt et kvalitativt fortolkende design der også forskeren har deltatt i studien. Forskeren intervjuet deltakerne i en narrativ veiledning.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? <p>Kommentar: Åtte kvinner og to menn inkludert forskeren i en alder fra 25-57 ble rekruttert via avis og radio. Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle være over 18 år, prate engelsk og levd sammen med én eller begge foreldrene og ville delta i studien. Tre av de ti deltakerne hadde foreldre med bipolar lidelse.</p>	
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: <i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen? • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? <p>Kommentar: Hver enkelt deltaker fikk sitt tilsendt sitt intervju transkribert slik at de kunne påse at det som stod stemte. Ingen endret eller fjernet noe tekst, men noen la til noen narrative beskrivelser.</p> <p>De ble stilt ett åpent spørsmål i intervjuet ” Kan du fortelle meg hvordan det var å vokse opp med en forelder med psykisk lidelse?”, og dette utviklet seg til en samtale om deltakernes erfaringer og behov i henhold til problemstillingen. Intervjuet varte mellom 60-90 minutter.</p> <p>Deltakerne bestemte selv hvor intervjuet skulle ta plass.</p>	<p>Ja Uklart Nei X o o</p>

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: <i>En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? <p>Kommentar:</p> <p>Det er brukt en fortolkende fenomenologisk analyse av intervjuene.</p> <p>Intervjuet ble transkribert og analysert i en tematisk analytisk tilnærming som ble tilslutt delt inn i fire temaer.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: <i>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? <p>Kommentar:</p> <p>Forskeren var også én av de ti deltakerne og brukte sin erfaring av å ha en forelder som er psykisk syk som et utgangspunkt for studien og inkluderte hennes, og de andre deltakernes erfaringer.</p> <p>Studien er skrevet av Kim Foster som er professor ved Sidney Nursing School ved Universitetet i Sydney, Australia.</p> <p>Deltakerne var primært Anglo-Saxon og australsk, det er derfor lav kulturelt mangfold som kan ha påvirket resultatet.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>

forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?

Kommentar:

Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.

Studien underbygger funnene sine ved å trekke frem fem andre forskninger som også har kommet fram til at ungdommer mangler forståelse og informasjon om foreldrenes sykdom og at omsorgsansvaret føles som en byrde.

7 av 10 deltagere rapporterte egne problemer med sin psykiske helse som studien underbygger med kilder fra Rutter & Quinton (1984) og Erlendmeyer-Kimling et al. (2000).

Åtte deltagere rapporterte psykisk, fysisk og/eller seksuelt overgrep av foreldrene som også er kommet fram i to andre studier (Dunn, 1993, Ulzen & Carpentier 1997). Deltakerne rapporterte også overgrep gjort av partner til den psykisk syke, men Foster sier det er lite forskning på dette området.

Funn i studien viste at ungdommen erfarte eksplosivt sinne fra den psykisk syke forelder som støtter tidligere funn i empirisk litteratur (Alpert et al. 2003, Gopfert et al. 1996, Rutter & Quinton 1984).

Deltakerne rapporterte at foreldrenes sykdom også hadde bidratt til positive ting, som at de hadde blitt merr selvstendige og blitt bedre til å mestre og løse problemer som også Kinselle et al (1996) har kommet fram til.

HVA ER RESULTATENE?

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? <p>Kommentar:</p> <p>Etisk samtykke ble forelagt fra "University Human Research Ethics" komite i Australia og alle etiske hensyn ble tatt hensyn til konfidensialitet og informert samtykke av deltakerne.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>
<p>10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? <p>Kommentar:</p> <p>Syv av ti deltagere opplevde å ha problemer som angst og depresjon. Åtte opplevde psykisk, fysisk og/eller seksuelle overgrep av foreldrene. Deltagernes opplevelse av å ha omsorgsansvar for en psykisk syk forelder kunne bli inndelt i fire temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usikkerhet - Avstand i relasjonen til den psykisk syke forelder - Å være ansvarlig - Å søke balanse <p>Funnene viser at ungdom med foreldre som er alvorlig psykisk syke har et kaotisk familieliv og de inntar en omsorgsrolle. Relasjonen mellom dem og foreldrene kan bli anstreng. Støtte fra sykepleiere kan styrke barnas motstandskraft og mestringsevne.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X o o</p>
<p>11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? <p>Kommentar:</p> <p>Forskningen gir oss en bedre forståelse av hvordan Mia i caset opplever å være pårørende. Selv om studien er fra Australia og begrenset med bare ti deltakere, gir det et innblikk i hvordan det oppleves å</p>	

være pårørende av psykisk syke foreldre. Denne kunnskapen hjelper oss i å svare på problemstillingen i oppgaven vår.

Sykepleier er i en posisjon der hun/han kan sørge for informasjon og støtte i et tidlig stadie. Funnene viste også at relasjonen mellom dem og foreldrene kan bli anstreng. Å fokusere på hele familien kan bidra til å opprettholde relasjonen dem imellom slik at sykepleier kan hjelpe de som en helhet.

VEDLEGG 5



Sykehuset Innlandet HF

Utarbeidet av: Sørlandet sykehus HF, Nasjonal kunnskapsbasert prosedyre
Godkjent av: fagdirektør Toril Kollås

Gjelder fra 15.01.2015

Ref.nr. SI/16-06 Utg.1.10

Barn - barn som pårørende: hovedprosedyre

Prosedyren tilfredsstiller ISO-krav.

Dette er en hovedprosedyre med fire underprosedyrer:

- [Underprosedyre kartlegging](#)
- [Underprosedyre tiltak internt](#)
- [Underprosedyre samhandling](#)
- [Underprosedyre bekymringsmelding](#)

Alle fem prosedyrene utgjør en helhet, og står i tett sammenheng med hverandre.

Hensikt

Prosedyrens hensikt	<ul style="list-style-type: none"> • Ta vare på barns behov når de er pårørende • Barna får forståelig og tilstrekkelig informasjon, og nødvendig oppfølging • Gi helhetlige og koordinerte tjenester til familier med mindreårige barn
Prosedyren gjelder for	<ul style="list-style-type: none"> • Barn (0 til 18 år) av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde foreldre. Omfatter biologiske barn, adoptivbarn, ste- og fosterbarn. Prosedyren gjelder også når pasienten har mindreårige søsken (4) • Helsepersonell som gir helsehjelp til pasienter med mindreårige barn/søsken • Ledere for helsepersonell som ivaretar barn som pårørende

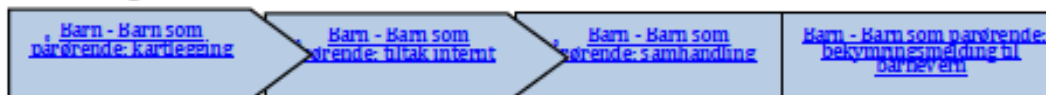
Bakgrunn

Lowverk	Helsepersonelloven § 10a, 25 tredje ledd (1), Rundskriv IS-8/2012 (5) Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a (3), Rundskriv IS-5/2010 (2), Bamekonvensjonen artikkel 3 og 12 (6), Menneskerettsloven § 2 og 3 (7) og Barneloven § 30 (8)
Kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> • Barn påvirkes av foreldres sykdom og kan utvikle egne problemer (4; 9; 10) • Barna vil inkluderes, informeres og høres når sykdom rammer familien (11; 12) • Ivaretagelse av pasientens barn gir positive ringvirkninger for pasienten (13; 14) • Tidlig innsatt kan forebygge utvikling av problemer hos barna (15) • Godt samarbeid med barn og foreldre styrker barn som pårørende-arbeidet (16;17)

Målgruppe

Helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> • Ivaretar barnas behov for informasjon og nødvendig oppfølging • Behandlingsansvarlig har hovedansvaret i samarbeid med annet personell • Har grunnleggende kompetanse i å ivareta barna (Læringsportaler e- læring, Bekymringsmelding til barnevernet)
Barneansvarlig	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinerer og fremmer arbeidet i egen enhet • Informerer og veileder kolleger uten å overta ansvar • Har oversikt over aktuelle tilbud og hjelpeinstanser internt og eksternt • Har god kunnskap om barn som pårørendes situasjon og behov • Har god kunnskap om kommunikasjon med barn
Koordinator for barn som pårørende-arbeidet	<ul style="list-style-type: none"> • Er overordnet organisert i foretaket og rapporterer til ledelsen (lokal tilpasning) • Har oversikt over barn som pårørende-arbeidet i virksomheten • Koordinerer og har oversikt over barneansvarlig helsepersonell(18) • Er rådgiver for barn som pårørende-arbeidet i virksomheten • Organiserer opplæring og veiledning (19) • Utvikler oversikter over tiltak og hjelpeinstanser • Samhandler med eksterne instanser (Lokal tilpasning eks fylkesmann, kommune) • Deltar i det nasjonale kompetansenettverket, BarnsBeste (20)
Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Forankrer arbeidet med barn som pårørende i helseforetaket (21) • Se Barn som pårørende - Sykehuset Innlandets ansvar • Inkluderer barns behov som pårørende i det totale helsetilbudet • Implementerer gjeldende prosedyrer (22;23) • Inkluderer barna i strategiske dokumenter (eks samarbeidsavtaler, behandlingslinjer, veiledere (24;25) • Oppnevner koordinator for barn som pårørende-arbeidet • Oppnevner barneansvarlige. Det anbefales minimum to per enhet(18) • Barneansvarlige deltar på aktuell opplæring og veiledning • Ansatte får grunnleggende opplæring (Læringsportalen e- læring, Bekymringsmelding til barnevernet) • Enhetene er tilrettelagt for barn som er på besøk • Informasjonsmateriell er tilgjengelig for pasienter, pårørende og ansatte

Fremgangsmåte – beskrives i underprosedyrene i følgende rekkefølge:



Referanser

- Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999.
- Helsedirektoratet. IS-5/2010 Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
- Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02.07.1999
- Ytterhus B. "Hva er et pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I Haugland BSM, Ytterhus B, Dyrregrø K. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt; 2012. 221 s. : fig. p.
- Helsedirektoratet. IS-8/2012 Rundskriv. Helsepersonelloven med kommentarer
- Barnkonvensjonen. 1999. Menneskerettsloven. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. 21.05.1999.
- Menneskerettsloven. 1999. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. 21.05.1999
- Barneloven. 1981. Lov om barn og foreldre av 08.04.1981
- Torvik FA, Rognum K, Nasjonalt f. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. 2011. Oslo: Folkehelseinstituttet Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt : online).
- Syre A, Aas GB, Loge JH. Children and young adults with parents with cancer: a population-based study. Clin Epidemiol. 2012;41.
- Bilsborough, S. What we want from adult psychiatrists and their colleagues: "Telling it like it is". *Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families*, 3-7. 2004.
- Sykehusetspertene: Ti Bud – Barneombudet. 2013. <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/sykehusetspertene:10bud.pdf>
- Meld.St.34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen: God helse- felles ansvar. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
- <http://copmi.net.au/images/pdf/Research/gems-edition-14-march-2013.pdf>
- Werner EE. What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? Handbook of resilience in children. 2nd ed. New York, NY: Springer Science + Business Media; US; 2013. p. 87-102.
- Beresford B, Clarke S, Gridley K, Parker G, Pitman R, Spiers G, Light K. Technical report for SCIE Research Review on access, acceptability and outcomes of services/interventions to support parents with mental health problems and their families. 2008. Social Policy Research Unit, University of York. Working Paper No. SCIE 2255
- Dyrregrø K. Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. I Haugland BSM, Ytterhus B, Dyrregrø K. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt; 2012. 221 s. : fig. p.
- Innhentning av erfaringsbasert kunnskap fra Nasjonalt nettverk for ledere og koordinatører av barn som pårørende-arbeidet i spesialisthelsetjenesten.
- Ruzek JI, Rosen RC. Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: A high priority focus area. Behav Res Ther. 2009;47(11):980-9.
- Revidert mandat for BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende 23.06.2014 <http://www.sshf.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/om-barnsbeste/Sider/Mandat.aspx>
- Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter/oppdragsdokument.html?id=535564>
- Lauritzen C, Reedtz C, Doesum KrV, Martinussen M. Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. BioMed Central.2014;14:58.
- Kühne F, Haagen M, Baldus C, Diareme S, Grether A, Schmitt F et al. Implementation of preventive mental health services for children of physically ill parents: experiences in seven European countries and health care systems. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(2):147.
- Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.

25. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak
Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012

Referanser

SI/16-02	Barn - Barn som pårørende: kartlegging
SI/16-03	Barn - Barn som pårørende: samhandling
SI/16-04	Barn - Barn som pårørende: tiltak internt
SI/16-05	Barn - Barn som pårørende: bekymringsmelding til barnevern
SI/16-09	Barn som pårørende - Sykehuset Innlandets ansvar
SI/17.03-04	Barn - Mishandling psykisk
SI/17.04-11	Barn - Omsorgssvikt / vanskjøtsel
SI/17.04-13	Barn - Mishandling fysisk
SI/17.04-17	Barn - Seksuelle overgrep
SI/17.32-71	Metoderapport Barn som pårørende i spesialisthelsetjenesten

[Barnevernloven](#)

[Helsepersonelloven](#)

[Spesialisthelsetjenesteloven](#)

[Læringsportalen](#)

VEDLEGG 6



Sykehuset Innlandet HF

Utarbeidet av: St. Olavs hospital, Nasjonal kunnskapsbasert prosedyre.
Godkjent av: fagdirektør Toril Kvikås

Gjelder fra 15.01.2015

Ref.nr. SI/16-02 Utg.1.07

Barn - Barn som pårørende: kartlegging

Prosedyren tilfredsstiller ISO-krav.

Målgruppe

Se overordnet prosedyre

Hensikt

(1 [Helsepersonelloven](#): § 10a, og § 25, tredje ledd; 2)

- pasient kommer/er i kontakt med spesialisthelsetjenesten og har mindreårige barn/søsken
- kartleggingen skal oppdateres
- avklaring om pasienten har barn/søsken
- avklaring av bamas omsorgssituasjon
- kunnskap om bamas behov for informasjon og oppfølging

Fremgangsmåte

Avklaring om pasienten har mindreårige barn /søsken (lokal tilpasning: vis til hvor dette registreres/dokumenteres) **Kartlegges innen 3 timer.**

- Spør pasienten eller eventuell ledsager
- Sok i pasientens journal eller epikriser
- Sok i Folkeregisteret

Har pasienten mindreårige barn/søsken? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Fortsett prosedyren

Akutt kartlegging (innkomsnotat/lokal tilpasning: vis til hvor dette registreres/dokumenteres)

- Bamas navn, fødselsdato og bosted
- Pasientens relasjon til barna, foreldreansvar, daglig omsorg, samvær, søsken
- Hvem som har den daglige omsorgen for barna
- Hvor er/bor barna når pasient mottar behandling/er innlagt
- Om barna kjenner til innleggelsen/behandlingen
- Vær oppmerksom på forhold som kan innebære at barn kan ha behov for hjelp av bamevemet (1 [Helsepersonelloven](#): § 33)

Vurder: Trenger barna mer informasjon eller oppfølging? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Fortsett prosedyren

Kartleggingsamtale med pasient(lokal tilpasning: vis til hvor dette registreres/dokumenteres)

- Hva vet barna om sykdommen?
- Hvordan har barna det når du er syk? (Erfaringer og reaksjoner)
- Hvordan påvirkes bamas hverdag av sykdommen? (Rutiner, omsorgsoppgaver (3), skole, bamehage, fritid)

- Hvordan snakker du/dere med barna om sykdommen?
 - Hvem er støttepersoner for barna? (Eks. venner (4), trenere, ansatte i skole og barnehage, familie)
 - Tidligere/planlagte tiltak? (Familiesamtaler, barnesamtaler, besøk)
 - Har barna kontakt med hjelpeinstanser? (Eks. helsesøster, PPT, barnevern, andre)
 - Hvilken oppfølging ønsker du/dere at barna skal få – hva mener barna?
 - Ønsker pasienten videre tiltak? (Se underprosedyre Tiltak internt)
 - Innhent samtykke for å få/gi informasjon og foreta nødvendig oppfølging (1 [Helsepersonelloven](#): § 22)
 - Ta raskt kontakt med hjelpeinstanser ved behov for oppfølging
- Vurder: Trenger barna mer informasjon eller oppfølging? Nei: Dokumenter og avslutt. Ja: Fortsett til underprosedyrene Tiltak internt og/eller Samhandling**

Dokumentasjon

Helsepersonell med ansvar for pasient registrerer/dokumenterer fortløpende i pasientens journal(2):

- om pasienten har barn eller ikke (5 [Forskrift om pasientjournal](#): § 8 bokstav t) Dokumenter dette i DIPS; **Kartlegging av barn som pårørende**
- relevante og nødvendige opplysninger fra kartleggingen
- helsepersonells vurdering av om barna er godt nok ivaretatt
- eventuell melding til barnevern (1 [Helsepersonelloven](#): § 33)
- henvisning til helsehjelp for barnet (1 [Helsepersonelloven](#): § 4-4; c § 8 bokstav u)
- skriftlig eller muntlig samtykke
- inkluder kartlagte opplysninger om mindreårige barn i epikrise og pleie- og omsorgsmelding (1 [Helsepersonelloven](#): § 25, tredje ledd)

Referanseliste

1. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999.
2. Helsedirektoratet IS-5/2010 Rundskriv. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
3. Becker S. Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the family: Research and Policy on "Young Carers" in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*. 2007;7:23.
4. Alasuutari M, Jarvi A. "My dad got depression, or something": How do children talk about parental mental disorder? *Qualitative Research in Psychology*. 2012;9(2):134-50.
5. Journalforskriften. 2000. Forskrift om pasientjournal av 21.12.2000.

Referanser

- | | |
|-----------------------------|--|
| SI/16-03 | Barn - Barn som pårørende: samhandling |
| SI/16-04 | Barn - Barn som pårørende: tiltak internt |
| SI/16-05 | Barn - Barn som pårørende: bekymringsmelding til barnevern |
| SI/16-06 | Barn - Barn som pårørende: hovedprosedyre |
| SI/17.03-04 | Barn - Mishandling psykisk |
| SI/17.04-11 | Barn - Omsorgssvikt / vanskjøtsel |
| SI/17.04-13 | Barn - Mishandling fysisk |
| SI/17.04-17 | Barn - Seksuelle overgrep |

Sykehuset Innlandet

Barn - Barn som pårørende: kartlegging

SI/16-02

[SI/17.32-71](#) Metoderapport
Barn som pårørende i spesialisthelsetjenesten

[Helsepersonelloven](#)