



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum, avd. Kongsvinger

Annicka Bunes Sønju & Caroline Kristine Nilsen

Bacheloroppgave i sykepleie

«Når mor ikke vil leve»

«When mom wants to end life»

Veileder: Anne Høstad With

BASYK2013

2016

Ord: 13 311

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

NORSK SAMMENDRAG.....	6
1. INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	7
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	8
1.3 BEGREPSAVKLARING.....	8
1.3.1 Barn som pårørende	8
1.3.2 Trygghet og mestring	8
1.3.3 Suicidal adferd	8
1.4 AVGRENSNING.....	9
1.4.1 Presentasjon av case	9
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	10
2. METODE	11
2.1 LITTERATURSTUDIE.....	11
2.2 LITTERATURSØK.....	11
2.2.1 Valg av databaser	12
2.3 KILDEKRITIKK.....	12
2.3.1 Kvalitativ metode	13
2.3.2 Kvantitativ metode	13
2.3.3 Primær- og sekundærlitteratur.....	13
2.4 INTERN GYLDIGHET	13
2.5 ETISKE OVERVEIELSER.....	14
2.6 EMPIRISKE STUDIER	14
2.6.1 Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust	14

2.6.2	Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents	14
2.6.3	Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour	15
2.6.4	Barn som pårørende: En multisenterstudie	15
2.6.5	Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods.....	15
3.	TEORI.....	16
3.1	UTVIKLINGSPSYKOLOGI.....	16
3.1.1	Barnet i utvikling	16
3.2	BARN I KRISE	18
3.3	BARNES RETTIGHETER	18
3.3.1	Barnekonvensjonen.....	19
3.4	SYKEPLEIERENS PLIKTER	19
3.4.1	Helsepersonelloven	19
3.4.2	Spesialisthelsetjenesteloven	20
3.4.3	Yrkesetiske retningslinjer	21
3.5	KOMMUNIKASJON	21
3.5.1	Kommunikasjon med barn	22
3.5.2	Affektbevissthet og affekttoleranse.....	22
3.6	SYKEPLEIETEORETIKERE.....	23
3.6.1	Joyce Travelbee	23
3.6.2	Patricia Benner& Judith Wrubels.....	24
3.7	JAN KÅRE HUMMELVOLL	25
3.7.1	Sykepleier- pasient – fellesskapet	25

3.8	AARON ANTONOVSKY	27
3.8.1	Salutogenese.....	28
3.8.2	Sense of coherence.....	28
4.	REFLEKSJON	29
4.1	TIDLIG HANDLING, ELLER TIDLIG BEHANDLING?	29
4.1	RELASJONENS BETYDNING	31
4.1.1	Å møte den enkelte.....	31
4.1.2	Relasjonens elementer.....	33
4.1.3	Tilrettelegging og informasjon.....	34
4.1.4	Å stå sammen om situasjonen	39
4.1.5	Å bruke ressurser for mestring	40
4.2	TIL VEIEN VIDERE	41
5.	KONKLUSJON	43
6.	REFERANSELISTE	46
	VEDLEGG 1: PICO- SKJEMA	50
	VEDLEGG 2: SØKEORD OG TREFF	51
	VEDLEGG 3: KRITISK VURDERING	52
	VEDLEGG 4: SAMLESKJEMA	54
	VEDLEGG 5: KARTLEGGINGSSKJEMA	56
	VEDLEGG 6: SKJEMA FOR SAMTYKKE TIL Å GI INFORMASJON	58
	VEDLEGG 7:SKJEMA FOR SAMTYKKE TIL OPPFØLGING	60

“Jeg kunne jo trøste mamma, jeg.”

Else Kåss Furuseth (2015)

Norsk sammendrag

Tittel: «Når mor ikke vil leve»

Problemstilling: *Hvordan kan vi som sykepleiere skape trygghet og mestring i møte med barn som har en suicidal forelder?*

Hensikt: Vi ønsker å belyse sykepleierens ansvar og funksjon i arbeid med barn som pårørende. Med dette håper vi å skape mer åpenhet rundt pårørende, derunder spesielt barns behov for ivaretagelse. Selvmord er fortsatt et tema vi betrakter som tabubelagt, og arbeid med barn ser vi som en utfordring da sykepleieutdanningen inkluderer lite pediatri. Vi ønsker å forandre dette.

Metode: Vi har benyttet oss av litteraturstudie som metode.

Teori: Oppgaven bygger på teori om utviklingspsykologi, barn i krise, barns rettigheter og kommunikasjon med barn. For å belyse sykepleien ovenfor barn som pårørende, inkluderes teori om sykepleierens plikter, yrkesetiske retningslinjer, affektbevissthet og affekttoleranse. Vi har anvendt to sykepleierteorier, av Joyce Travelbee og Patricia Benner og Judith Wrubels. I tillegg har vi anvendt teori fra Jan- Kåre Hummelvoll og Aaron Antonovsky.

Konklusjon: Trygghet er en forutsetning for å oppleve mestring, det samme er kunnskaper. Sykepleieren må ha en god relasjon med barna og dens omsorgspersoner. Valgte sykepleierteorier, samt Hummelvoll og Antonovskys teorier kan være en fremgangsmåte for å oppnå dette. Barn må ha informasjon om foreldrenes lidelse, og denne må tilpasses ut i fra barnets ressurser. Tett samarbeid innad i familien og tverrfaglig med andre yrkesgrupper, er essensielt for å skape trygghet, gjennom kontinuitet. I følge forskning vil dette redusere risikoen for at barna utvikler en psykisk lidelse.

1. Innledning

”Jeg skjønnte aldri hva som var så galt, men jeg skjønnte at det var noe alvorlig,” sier Else Kåss Furuseth (2015) i sin teaterforestilling “Kondolerer”, hvor hun åpent forteller om opplevelsen av å være barn som pårørende til en mor med psykiske plager som endte i suicid.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene. De siste tiårene har forekomsten i tillegg økt betydelig (Helsedirektoratet, 2008; Norsk Helseinformatikk, 2013). Personer med depresjon er i spesiell risiko for selvmord. Årlig er det registrert ca. 500 selvmord i Norge. Blant kvinner har tilfelle vært konstante de siste 20 årene, hvor de fleste kvinnene har vært i 40 årene (Folkehelseinstituttet, 2015; Helsedirektoratet, 2008). Når vi var i praksis i psykiatritjenesten møtte vi begge personer med alvorlig depresjon, som også hadde hatt selvmordstanker. Flere av disse pasientene hadde barn.

Barn av psykisk syke foreldre, er selv i risiko for å utvikle en psykisk lidelse senere i livet (Storm, Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). For å sikre ivaretagelse av barn som pårørende vedtok stortinget endringer i både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Lovendringen trådte i kraft år 2010 (Helsedirektoratet, 2010). Før lovendringen var barn som pårørende nærmest usynlige i voksenpsykiatrien (Ytterhus, 2012). To år før den nye lovendringen, fikk om lag en tredjedel av barna oppfølging (Lilleeng, Hjort, Bremnes, Pettersen & Kalseth, 2008).

Vi vet at vi som sykepleiere plikter å ivareta barn som pårørende, og i fremtiden ønsker vi å jobbe med barn. Derfor ønsker vi å styrke våre kunnskaper innenfor temaet, slik at vi som ferdig utdannede sykepleiere stiller med en sterkere kompetanse, om hvordan vi skal forholde oss til de pliktene vi har.

Som barn har vi begge opplevd å være pårørende til syke foreldre, og merket selv et stort behov for støtte, trygghet og omsorg. Våre opplevelser har preget den naturlige utviklingen gjennom oppveksten. Begge sitter igjen med ulike erfaringer i møte med helsevesenet, hvor én av oss opplevde god støtte i tiden og tverrfaglig oppfølging, mens den andre av oss

opplevde svikt i systemet. Med disse erfaringene ønsker vi å skape mestring og trygghet til de barna som møter disse utfordringene i hverdagen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

For å belyse sykepleierens plikter til ivaretagelse av barn som pårørende har vi utarbeidet følgende problemstilling;

Hvordan kan vi som sykepleiere skape trygghet og mestring i møte med barn som har en suicidal forelder?

1.3 Begrepsavklaring

For å gi en bedre forståelse av problemstillingen har vi valgt å definere relevante momenter.

1.3.1 Barn som pårørende

I følge vergemålsloven (2010) er vi mindreårige til vi har fylt 18 år. Helsepersonelloven (1999) omtaler barn som pårørende som mindreårige barn av pasient med enten somatisk sykdom eller skade, psykisk lidelse eller rusmiddelavhengighet.

1.3.2 Trygghet og mestring

Definisjonen av begrepet trygghet, beskrives av ord som forteller noe om menneskets relasjon til andre. Trofasthet, ærlighet, sannhet og sikkerhet er i følge etymologiske håndbøker med på å beskrive fenomenet. I følge de danske filosofene Niels Thomassen og Søren Kierkegaard kan trygghet også defineres som en fortrolighet til verden (referert i Thorsen, 2011). Mestring kan defineres som en type motivasjon. Begrepet beskriver hvordan mennesket opplever og ser løsninger i situasjoner (Håkonsen, 2014).

1.3.3 Suicidal adferd

En kan definere suicidalitet som når en person ønsker, har planer om eller har forsøkt å ta sitt eget liv (Håkonsen, 2014). Slik suicidal atferd skjer ikke over natten, og personen har ofte opplevd episoder med nederlag over en lengre periode. Personen føler så intenst både

håpløshet, skam og skyldfølelse at en havner i en personlig krise (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

1.4 Avgrensning

Med utgangspunkt i utviklingspsykologi, har vi valgt ut to aldersgrupper for å skape et sammenligningsgrunnlag. Disse er skolealderen og tenåringsperioden. Andre aldersgrupper blir ikke inkludert da omfanget blir for stort. Vi har ikke lagt fokus på forholdet mellom sykepleier og pasient, da vi ønsker å sette barnets behov i fokus. Pasient og andre pårørende til pasienten vil bli nevnt kun i sammenheng med barna, men deres behov vil ikke bli vektlagt av samme grunn. Vi har avgrenset situasjonen ut i fra pasientens lidelse og tilkobling til helsevesenet. Hovedfokuset gjennom oppgaven vil være basert på spesialisthelsetjenesten, men for å belyse viktigheten med tverrfaglig samarbeid vil også kommunehelsetjenesten bli inkludert for å åpne opp for flere muligheter for barnets beste. Derav voksen psykiatrien. Barnas omsorgsperson og verge vil være deres far, og vergemålsloven inkluderes derfor ikke i besvarelsen, da dette ikke anses som relevant. Når vi reflekterer rundt barns behov for informasjon og oppfølging, tar vi utgangspunkt i at mor samtykker til dette. Grunnet omfang på oppgaven, inkluderes derfor ikke videre refleksjon rundt dersom mor ikke samtykker.

1.4.1 Presentasjon av case

Vi har utarbeidet en case med formål om å belyse problemstillingen og for avgrensning av oppgaven.

Hanne er 38 år og har de siste månedene gått til samtale hos sykepleier i kommunen grunnet depresjon. Under siste samtale uttrykker Hanne at hun ønsker å ta sitt eget liv. Hun blir innlagt på psykiatrisk avdeling grunnet alvorlig depresjon og suicidal atferd. Hanne og mannen har to barn, Sofie på 14 år og Mats på 11 år. Vi er sykepleiere på institusjonen som Hanne blir innlagt, og skal ivareta hennes barn som pårørende.

1.5 Oppgavens oppbygning

For utarbeidelse av oppgaven har vi anvendt retningslinjer for oppsett av bacheloroppgave fra Høgskolen i Hedmark. Vi har brukt APA- standard fra Høgskolebiblioteket av nyeste utgave; januar 2016, da dette er et krav i følge gjeldende retningslinjer for oppgaveskriving.

2. Metode

For å besvare problemstillingen på best mulig måte, er valg av relevant metode vesentlig i arbeidet med oppgaven (Dalland, 2012). Gjennom metodisk arbeid ønsker vi å oppnå en god oversikt over den kunnskap som foreligger innenfor temaet vi ønsker å belyse.

2.1 Litteraturstudie

For å innhente den viten som finnes, har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode for å besvare vår problemstilling. Litteraturstudie innebærer å sammenfatte litteraturen innenfor et valgt problemområde, gjennom å systematisk søke og kritisk granske (Forsberg & Wengström, 2013). I denne typen litteraturgjennomgang vil vi inkludere pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur og empiriske studier.

Vi ser på litteraturstudie som en metode til å arbeide kunnskapsbasert, og ønsker derfor at vår litteraturstudie skal basere seg på brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap (Graverholt, Jamtvedt, Nortvedt & Reinart, 2007). Dalland (2007) skriver at i arbeid med andre mennesker, er samtalen det viktigste redskapet. Ved bruk av litteraturstudie som del av kunnskapsbasert arbeid har vi valgt å inkludere brukerkunnskap. Vi har derfor vært i kontakt med sosionom ved distrikt psykiatrisk senter (DPS) og vil i tillegg bruke egenerfaring både fra profesjonell – og personlig sammenheng. For å skape et bredere perspektiv på selve opplevelsen av å være barn som pårørende har vi valgt å inkludere Else Kåss Furuseth sin historie fra forestillingen «Kondolerer» (2015). Vi vil presisere at både hennes og våre personlige opplevelser av å være barn som pårørende er erfaringer fra *før* lovendringene i 2010.

2.2 Litteratursøk

I prosessen før vi avgrenset oppgaven gjorde vi et bredt søk i ulike databaser for å innhente generell kunnskap om det vi ønsket å skrive om. Etter å ha valgt problemstilling, og satt avgrensning for oppgaven begynte vi et systematisk litteratursøk. Med utgangspunkt i vår problemstilling ønsket vi å finne relevant forskning innenfor vår avgrensning. Fra tidligere oppgaver har vi erfart at det kan være utfordrende å bearbeide valgt tema til fokuserte spørsmål. Vi har derfor benyttet oss av PICO- skjema, som vi har gode erfaringer med. PICO

er et verktøy som hjelper oss med å strukturere relevante søk i henhold til spørsmålet (Graverholt, Jamtvedt, Nortvedt & Reinar, 2007). PICO er en forkortelse, og hver bokstav representerer visse momenter som kan inkluderes i kliniske problemstillinger. P: står for *population* eller *problem*, som betegner *hvem* problemstillingen dreier seg om. I: står for *intervention*; *hva* er det den enkelte blir utsatt for, eller hvilke tiltak ønsker vi å undersøke? C: står for *comparison*. Dette momentet har vi ikke valgt å inkludere i vårt litteratursøk, da det ikke er relevant med sammenligning i vår problemstilling. O: står for *Outcome*. *Hvilket* utfall eller effekt av tiltakene vi er interessert i å avveie.

2.2.1 Valg av databaser

Etter anbefaling av Høgskolen i Hedmark har vi i søkt etter relevant litteratur og forskning brukt helsebiblioteket som hovedbase i jungelen av databaser. Vi benyttet oss hovedsakelig av PubMed, Cinahl, Cochrane, Medline og PubPsych, og har funnet enkeltkilder direkte ved bruk av søkeordene/emneordne som beskrevet i PICO-skjema (Vedlegg 1). Studiene som er inkludert er satt inn i eget skjema med antall treff (Vedlegg 2).

2.3 Kildekritikk

Dalland (2007) skriver at kriteriene en forfatter har til anvendt litteratur bør belyses, slik at leseren blir inkludert i refleksjonene som er gjort. Kildekritikk kan forstås som å vurdere de kildene som er brukt. For å vurdere at anvendte kilder er gyldige, har vi valgt å benytte oss av kritisk granskning.

Utvalgte i Norsk sykepleierforbund har sammen utarbeidet sjekklister for kritisk granskning av både kvalitativ- og kvantitativ forskning. Ved bruk av sjekklisene har vi vurdert hver enkelt studie vi har inkludert i oppgaven, både for å bedømme artikkelens relevans for vår problemstilling og dens troverdighet når det kommer til innhold og resultater. Inkluderte studier, har blitt besvart med *ja* på alle spørsmålene i sjekklisen (Vedlegg 3). For å skille forskningsartikler fra fagartikler har vi sett om artikkelen er strukturert etter IMRoD, som er vanlig oppbygging av vitenskapelige artikler (Graverholt, Jamtvedt, Nortvedt & Reinar, 2007; Dalland, 2012). IMRoD er en forkortelse for modellen som er oppbygd av Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon.

2.3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning er når ikke-statistiske metoder blir brukt for analyse, for å undersøke subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger (Dalland, 2007; Graverholt, Jamtvedt, Nortvedt & Reinart, 2007). Datasamlingen skjer ofte gjennom observasjoner eller intervjuer, hvor den som forsker ofte er involvert i selve datasamlingen (Dalland, 2012). Vi har inkludert én kvalitativ studie fra år 2015.

2.3.2 Kvantitativ metode

Kvantitativ forskning baserer seg på statistisk analyse og undersøkelser av forekomst og fordeling (Graverholt, Jamtvedt, Nortvedt & Reinart, 2007). Metoden tar ofte utgangspunkt i å finne en sammenheng mellom de bestemte variabler. Vi har inkludert fire kvantitative studier, fra år 2010, 2014 og 2015. Den ene studien er en multisenterstudie. Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning (2009) definerer multisenterstudie som et helseforskningsprosjekt, der flere virksomheter på samme tid utfører studier etter samme forskningsprotokoll.

2.3.3 Primær- og sekundærlitteratur

I arbeidet med oppgaven har vi benyttet oss av både primær og sekundærkilder. Primærkilden eller førstehåndskilden, er den opprinnelige utgaven av teksten. Dersom en annen forfatter benytter seg av det innholdet som er skrevet, kalles dette en sekundærkilde eller annenhåndskilde. Forfatteren bruker den informasjonen som er gitt fra primærkilden og henviser til denne. Men ofte kan sekundærkilden bruke innholdet i en annen sammenheng for å besvare sin problemstilling, noe som kan føre til mistolkninger. Dersom en skal anvende en bestemt teori fra en bestemt forfatter i sitt arbeid, burde en derfor anvende originalartikkelen fra primærkilden. På den måten er en sikker på at det arbeidet som presenteres er fra forfatterens eget forskningsarbeid (Dalland, 2007). Ved bruk av sekundærkilder refereres dette underveis i teksten.

2.4 Intern gyldighet

I 2010 kom den nye bestemmelse rundt helsepersonells plikter overfor barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999). Vi har benyttet oss av studier som er oppdatert i henhold til det

nye lovverket, gjeldende retningslinjer og dagens praksis. Bruk av eldre litteratur er satt opp mot nyere studier.

2.5 Etiske overveielser

Vi er opptatt av barnas beste, derfor har vi stilt visse etiske krav til de studiene vi har inkludert. Alle de inkluderte studiene er publisert på godkjente databaser, som stiller etiske krav til gjennomføringen av studien. Studien er også utført i samarbeid med barnets familie, slik at forfatterne har foreldrenes samtykke. De er anonymisert for å beskytte familiens identitet. Anonymisering i denne oppgaven har ikke vært nødvendig, da casen ikke er basert på reelle personer eller erfaringer fra praksis.

2.6 Empiriske studier

Vi har gransket fem empiriske studier som vi ser på som relevante i vår besvarelse av problemstillingen. For å få en grunnleggende oversikt over anvendte studier har vi strukturert dem i et samleskjema (Vedlegg 4).

2.6.1 Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust

I 2015 ble det gjennomført en kvalitativ doktorgradstudie for å kartlegge barn som pårørendes støtte og oppfølging. 13 voksne ungdommer deltok i studien. Forfatterne konkluderer med at det å leve som barn som pårørende til en psykisk syk forelder kan skape både frykt, usikkerhet og mistillit (Murphy, Peters, Wilkes & Jackson, 2015)

2.6.2 Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents

Med den nye lovendringen i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven som bakgrunn (Helsedirektoratet, 2010), ble det utført en kvantitativ studie for å evaluere de nye rutinene som ble innført i psykisk helsevern. Deltakerne var ansatte på sykehus og svarte på et spørreskjema. Tre år etter at det ble endring i loven, viste resultatet at det fortsatt ikke var en innarbeidet rutine for alle ansatte (Lauritzen, Reedtz, Doesum & Martinussen, 2014).

2.6.3 Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour

Den kvantitative studien ble utført med bakgrunn av at barn som pårørende av foreldre med depresjon, er i risiko for selv å utvikle psykisk lidelse. Studien ble utført som en intervensjon, i voksen psykiatrien i det finske helsevesenet. Metoden var intervensjon med familiene. Studien konkluderer med at bare en kort samtale med foreldrene og en guide, kan øke barnets livskvalitet betydelig (Solantaus, Paavonen, Toukka & Punamäki, 2010).

2.6.4 Barn som pårørende: En multisenterstudie

Etter lovendringen i Norge ble det utført en multisenterstudie av barn som pårørende. 5 forskjellige helseforetak deltok i den kvantitative studien. Deltakerne var barn (0- 18år), foreldre, behandlere, lærere og/eller pedagoger. Metoden var spørreskjema, som deltakerne svarte på hjemme elektronisk. Det kom blant annet frem i resultatet at barn som pårørende ønsker mer støtte og hjelp av foreldrene, og at ansatte i spesialisthelsetjenesten bare delvis følger den nye innføringen i helsepersonelloven (Helsedirektoratet, 2015).

2.6.5 Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods

Denne studien baserer seg på kvantitative resultater som viser at barn med foreldre med sykdom eller suicidal tankegang, selv er i risikozonen for å utvikle suicidal atferd (Niederkrotenthaler, Floderus, Alexandersson, Rasmussen & Mittendorfer-Rutz, 2010). Studien ble gjennomført i Sverige hvor de tok utgangspunkt i alle enebarn fra nasjonalt pasientregister eller registeret for bakgrunnen for død, født mellom 1973-1983, hvor informasjon om begge biologiske foreldrene var tilgjengelig. Studien ser på sammenhengen mellom foreldrenes sykdom, og barnets suicidale atferd, og konkluderer med at barn som pårørende står i risiko for å miste sitt sosiale nettverk, som øker risikoen for selvmord.

3. Teori

I følge Dalland (2012) skal teoridelen inneholde hvilke perspektiver vi ønsker å belyse ut i fra valgt problemstilling. Utvalget falt dermed på de teoretiske kunnskapene vi mener sykepleieren bør ha, og som kan belyse barnas behov. Teoridelen kan anses som tredelt, der den første delen presenterer barna, den andre delen presenterer sykepleieren, og den siste delen presenterer relasjonen.

3.1 Utviklingspsykologi

For å fremme normal utvikling og forebygge eventuell psykisk lidelse hos barn i krise, mener vi det er grunnleggende for oss som sykepleiere å ha kunnskaper om normal utvikling og hvordan barnet utvikles i relasjon med andre.

3.1.1 Barnet i utvikling

Emosjonell-, sosial-, kognitiv- og personlighetsutvikling setter grunnlaget for det vi kaller utviklingspsykologi (Håkonsen, 2014). Barnets emosjonelle - og personlige utvikling påvirkes av arv og miljø. Å gi barnet trygge omgivelser, mat, klær og et hjem, samt vise kjærlighet, trygghet, tilstedeværelse og trøst, er grunnleggende for at barnet skal ha en sunn utvikling. Barnets omsorgspersoner, og deres evne til å dekke disse behovene vil dermed påvirke barnets utvikling (Grønseth & Markestad, 1998).

Erik H. Eriksons teori beskriver hvordan mennesket utvikles i relasjon med andre (referert i Eide & Eide, 2007; Håkonsen, 2014).

Stadium	Grunnholdning	Sosial	Mulig gunstig resultat
0 - 1 ½ år	Tillit vs. Mistillit	Morsfigur	Tillit, optimisme
1 ½ - 3 år	Autonomi vs. Skyld	Foreldre	Følelse av selvkontroll og normalitet
3 - 5 år	Initiativ vs. Skyld	Familie	Hensikt og retning, evne til å igangsette egne aktiviteter

5 - 14 år	Pågangsmot vs. Underlegenhet	Nabolag / Skole	Kompetanse i intellektuelle, sosiale og fysiske ferdigheter
14 - 20 år (Ungdom)	Identitet vs. Forvirring	Venner, omgangskrets	Et integrert bilde av seg selv som en unik person
20 - 35 år (Tidlig voksen)	Intimitet vs. Isolasjon	Partnere i vennskap og seksualitet	Evne til å danne varige forhold
35 - 65 år (Voksen)	Skapende vs. stagnert	Familie og arbeid	Omsorg for familie, samfunn og neste generasjon
65 år - (Alderdom)	Integritet vs. Fortvilelse	Menneskeheten	Følelse av å ha oppfylt en funksjon. Tilfredshet.

Figur 1: Oversikt over E. H. Eriksons teori om psykososial utvikling.

Ut i fra denne skjematisk fremstillingen ser vi hvordan barnet helt i starten av livet utvikler tillit til omgivelsene. Denne tilliten er skapt i relasjon med en morsfigur, som er med på å skape trygghet hos barnet (referert i Håkonsen, 2014). Videre beskriver Håkonsen (2014) at barne- og ungdomsårene er de viktigste årene som former oss i videre utvikling, da det i løpet av denne tiden skjer store forandringer hos individet, både fysisk og psykisk.

I den tidlige skolealderen, 7 til 12 år, vil barnets selvbilde utvikles. Barnet har begynt på skolen som er en arena for utvikling av både intellektuelle - og sosiale ferdigheter. Følelsen av å være produktiv på skolen og vennskap vil være med på å danne barnets selvbilde (Cullberg, 2010).

I tenåringsperioden, som er mellom 13 og 19 årsalderen, vil det i puberteten være mye spenning. Å oppleve «normalitet» og bli akseptert blir svært viktig, da mange vil føle usikkerhet ved sin kroppsutvikling. Forholdet til familien blir også viktig, da barnet fortsatt i stor grad er avhengig av sine foreldre. På en annen side ønsker også barnet å være voksen og selvstendig. At barnet pendler mellom disse ytterlighetene fører ofte til konflikter i familien (Cullberg, 2010).

Med dette forstår vi utviklingspsykologi som utviklingen av barnets indre ressurser gjennom livets faser. Med grunnleggende kunnskaper om dette, kan sykepleieren bidra til å styrke

relasjonen mellom barnet og andre involverte. Sykepleieren ser barnets kompetanse til å møte situasjonen som barn som pårørende foreldre med psykisk sykdom, som for mange kan oppleves som en krise.

3.2 Barn i krise

For hva skjer når «normalitet» møter en krisesituasjon? Barnets ressurser blir satt på prøve, og hverdagen blir annerledes. Else Kåss Furuseth (2015) beskriver sin opplevelse som 11 åring som barn som pårørende av en alvorlig deprimert mor. Hun sier «mamma hadde ikke lenger rød neglelakk.» Moren til Else hadde alltid rød neglelakk, men ikke da hun ble alvorlig syk. Dette var et moment Else la merke til som barn. Et moment som indikerte på at noe var alvorlig galt.

Johan Cullberg (2010) definerer en krise som en hendelse hvor individets sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet gjennom ytre forhold. Fortvilelse og smerte fører til at personens funksjonsevne reduseres, vanlige mestringsstrategier vil ikke være tilstrekkelige og adferd og mentale funksjoner vil være forstyrret (Hummelvoll, 2012).

Hvordan en opplever en krise er ulikt fra individ til individ. For hver enkelt finnes det faktorer som gjør oss mer eller mindre motstandsdyktige, når det kommer til hvordan en reagerer på situasjoner som utfordrer oss. Dette gjelder også barn, som reagerer like sterkt på krise som voksne (Eide & Eide, 2007; Sølvsberg, 2011). Når psykisk sykdom rammer mor eller far kan dette oppleves som en krise for barnet; barnets sosiale identitet og trygghet samt grunnleggende livsmuligheter utfordres. Michael Rutter beskriver barnets evne til å håndtere krisen avhenger av medfødte anlegg som fysikk, temperament og egenskaper (referert i Sølvsberg, 2011). Samtidig spiller barnas egne erfaringer og utvikling en stor rolle. For å mestre den vanskelige situasjonen, kan barn ofte fortrenge sine følelser og sin fortvilelse. Å observere tegn på at barnet er i en krise, kan derfor være en utfordring, og barnet kan få manglende omsorg da behovet er størst. Sykepleieren trenger derfor kunnskaper om barnets reaksjoner i krise, for å ivareta barnets behov (Eide & Eide, 2007).

3.3 Barns rettigheter

Hummelvoll (2012) påpeker sammenhengen mellom sykepleiers plikter og «den sykes» rettigheter. Vi ser på rettigheter som den enkeltes ressurs til å bevare autonomi og verdighet.

“Barn har behov for spesiell beskyttelse,” skriver De Forente Nasjoner (FN) (2016) i sammenheng med sin presentasjon av barnekonvensjonen. Det er utarbeidet egne lovpålagte rettigheter for å beskytte barna som individer. Vår plikt til å ivareta barnas behov for støtte og oppfølging reguleres også etter disse rettighetene.

3.3.1 Barnekonvensjonen

Barnekonvensjonen ble vedtatt i 1989, og trådte i kraft i 1990. År 1991 forpliktet Norge seg til konvensjonen, og blir sett på som en del av menneskerettighetene som er gjort til norsk lov (Menneskerettsloven, 1999). Konvensjonen er iverksatt på grunnlag av prinsippene bak barns beste i en hver situasjon. Som medlem av avtalen plikter Norge seg til å ivareta et hvert barn som individ med respekt overfor deres rett til liv, utvikling, beskyttelse og deltakelse.

3.4 Sykepleierens plikter

For å forstå hvordan sykepleierens kompetanse er relevant i arbeid med barn som pårørende, må vi sette oss inn i lovverket og retningslinjer som styrer våre plikter.

3.4.1 Helsepersonelloven

Formålet med loven er å kvalitetssikre den helsehjelpen som ytes og bidra til å skape tillit mellom helsepersonell og pasient (Helsepersonelloven, 1999).

Barn som pårørende

Som helsepersonell plikter vi å ivareta barnets behov for nødvendig oppfølging og informasjon. Dersom det er nødvendig for å ivareta barnets behov, plikter vi å ha en samtale med pasienten om hva slags behov barnet har for informasjon og oppfølging. Ut i fra dette plikter vi å tilby pasienten informasjon om aktuelle tiltak og veiledning. En slik samtale skal også tilbys til pasientens barn og andre som har omsorg for barnet, men innenfor taushetsplikstens rammer (Helsepersonelloven, 1999). Det vil si at utgiving av opplysninger i en slik samtale, må skje ut i fra pasientens samtykke. Derav dersom det er nødvendig, skal vi innhente samtykke til å foreta den oppfølgingen av barnet som ses på som hensiktsmessig. I overensstemmelse med taushetsplikten skal vi gi informasjon til barnet og andre som har omsorg for barnet om pasientens sykdom, behandling og mulighet for samvær.

Informasjonen som gis skal være tilpasset mottakerens evne til motta informasjon (Helsepersonelloven, 1999).

Taushetsplikt og opplysningsplikt

Hovedregel om taushetsplikt er å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om pasientens diagnose og andre personlige forhold. Taushetsplikten skal ikke være til hinder for pasienten selv, og eventuelt for andre parter som er etter pasientens ønske eller samtykke (Helsepersonelloven, 1999).

Tverrfaglig samarbeid

I enkelte situasjoner kan det ses som nødvendig å innhente bistand eller henvise pasienten videre til annet kvalifisert helsepersonell. Dersom det ses som nødvendig, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeide helsepersonell, med mindre pasienten motsetter seg dette, for å ivareta behovene til pasientens barn (Helsepersonelloven, 1999). I casen møter vi barna som pårørende innenfor spesialisthelsetjenesten, som sykepleiere er det viktig å huske at barna ofte møter voksne mennesker innenfor ulike yrkesgrupper som gjerne spiller en stor rolle i hverdagen. Dette kan være for eksempel lærere, helsesøster og miljøarbeidere som jobber tett på barna, og gjerne møter barna der de er.

3.4.2 Spesialisthelsetjenesteloven

Som sykepleiere i spesialisthelsetjenesteloven har vi spesielle lovpålagte plikter å forholde oss til.

Samhandling

Helseinstitusjonen skal vurdere henvisninger fra kommunen om behandling. Dersom det anses som nødvendig med videre oppfølging og behandling av pasient i kommunen, og pasienten ønsker dette, skal kommunen varsles i god tid før utskrivelse av pasienten. Utskrivningen skal planlegges i samarbeid av berørte parter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Med andre ord, kan Hanne få videre oppfølging og behandling av kommunehelsetjenesten dersom hun skrives ut.

Barneansvarlig

Helseinstitusjoner som går under spesialisthelsetjenesten, som for eksempel sykehustjenestene, skal så langt det lar seg gjøre, ha barneansvarlig personell med ansvar for mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadede pasienter. Dette med et formål om å fremme kartlegging og oppfølging av mindreårige barn (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

3.4.3 Yrkesetiske retningslinjer

Lovverket forteller hvilke plikter vi har som helsepersonell. De yrkesetiske retningslinjene støtter opp lovverket, men gir også en pekepinn på det etiske grunnlaget som kreves av oss. Sykepleieren har ansvar for helsefremming, forebygging og lindring i alle livsfaser, fra livets begynnelse til slutt (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011).

Formålet med retningslinjene er å sikre ivaretagelse av menneskerettighetene. I vårt arbeid som sykepleiere, må vi jobbe med barmhjertighet og omsorg, og bevare pasientens respekt. Det er mange forskjellige mennesker å forholde seg til i yrket, det etiske grunnlaget settes derfor opp mot: berørte parter, samfunnet, arbeidsplassen og profesjonen selv. Kort oppsummert ut i fra disse, med et fokus på barn som pårørende, skal vi som sykepleiere ivareta deres særegne behov. Ved informasjon, skal vi forsikre oss om at innholdet er tilstrekkelig og tilpasset den enkelte. Vi skal også forsikre oss om at informasjonen er forstått. I samtale med pårørende skal deres opplysninger behandles med fortrolighet (NSF, 2011).

3.5 Kommunikasjon

Så, med kunnskaper om hvilke plikter vi har som sykepleiere, i sammenheng med barnas egne rettigheter ønsker vi å stille spørsmålet; Hvordan skal vi møte barna? Kommunikasjon er det viktigste verktøyet mennesket har i samhandling med andre, og kan defineres som utveksling av budskap via tegn og signaler i relasjon med andre (Eide & Eide, 2007). Relasjonen bygger på den enes forhold til den andre.

Kommunikasjon deles inn i to hovedgrupper; verbal kommunikasjon og non- verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon uttrykt gjennom ord, mens non-

verbal kommunikasjon baseres på andre uttrykksformer som kroppsspråk og holdning (Eide & Eide, 2007).

3.5.1 Kommunikasjon med barn

For å skape et trygt tillitsforhold med barn er god kommunikasjon nøkkelen (Grønseth & Markestad, 1998). Eide & Eide (2007) understreker at det ikke finnes en fasit på hvordan en best skal kommunisere med barn. Det er likevel viktig å huske på at kommunikasjonen skjer på barnets premisser. Det er barnet som er eksperten på sin situasjon. Barn både ønsker og fortjener å bli tatt på alvor. Sykepleieren skal møte barnet både på emosjonelt, men også på kognitivt nivå. Dette for at barnet skal føle seg forstått, men også akseptert.

Barn kan ofte miste den emosjonelle støtten de har behov for. Dette skyldes at barn er sensitive ovenfor omsorgspersonenes følelsesmessige reaksjoner, og tilbakeholder derfor egne følelser og opplevelser. Det er derfor viktig å oppfordre barn til samtale, men når og hvor samtalen finner sted burde planlegges. Dette for å unngå forstyrrelser, eller at barna blir sittende igjen alene etter samtalen med mange spørsmål (Barneombudet, 2014).

Foreldre kan være gode medspillere i samtalen med barn, da de kjenner barnet godt, både gjennom verbal og non- verbal kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 1998). Det er viktig å huske på at i kriser, kan også foreldre føle seg utilstrekkelige, slik at sykepleieren bør ta ansvar for situasjonen.

3.5.2 Affektbevissthet og affekttoleranse

I kommunikasjon med barn i krise kan det skape sterke følelser hos den som skal være den hjelpende part. Det er derfor viktig at sykepleieren vet hvordan en kan håndtere egne følelser. Affekter kan defineres som sterke følelser, som uttrykker seg enten gjennom stemmestyrke, ansiktsuttrykk eller kroppsspråk, og kan observeres av andre indirekte (Hummelvoll, 2012). Affektbevissthet betyr å være bevisst over sine egne følelser. Å oppleve følelsene, til tross for at de er behagelige eller ikke, og håndtere disse, kalles affekttoleranse. Dersom en ikke klarer å akseptere ens egne følelser, eller takler å oppleve dem, vil det være vanskelig å sette seg inn i andres situasjon. Affektbevissthet og affekttoleranse er derfor grunnleggende for empati. På samme måte vil det påvirke rasjonell handling, da en ikke klarer å akseptere egne uttrykk og reaksjoner (Eide & Eide, 2007). Vi

ser derfor på evnen til å både være bevisst, samtidig tolerere egne affekter som vesentlig i samhandling med andre mennesker. Barn er sårbare. Dette utløser derfor ofte disse sterke følelsene, samtidig som de kan bidra til å bryte ned tryggheten og relasjonen for barnet, da både affektbevissthet og affekttoleranse er faktorer som er grunnleggende for hvordan barnet ser *deg*.

3.6 Sykepleieteoretikere

Vi vet at sykepleiere har som oppgave å ivareta den enkeltes grunnleggende behov. I dette tilfellet er det barnet som er den enkelte. For å belyse hvordan vi vil møte barna, i den situasjonen de er, ønsker vi å basere dette på sykepleierteorier. Ved å sette seg inn i de forskjellige sykepleierteoriene, får vi større forståelse for hvilke funksjoner sykepleieren har (Kristoffersen, 2011). Vi har valgt å fokusere på to forskjellige sykepleierteorier, da vi mener én sykepleierteori gir et for smalt perspektiv.

Vi har valgt de teoriene vi mener på best måte vil være til nytte for besvarelse av problemstillingen. For oss var sykepleierteoriens menneskesyn avgjørende, da vi ønsker å sette enkeltmennesket i fokus. Vi ønsket også å belyse sykepleierens funksjon og ansvar.

3.6.1 Joyce Travelbee

I sitt arbeid som psykiatrisk sykepleier, rettet Joyce Travelbee sin oppmerksomhet mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (referert i Kristoffersen, 2011).

Å ha en forståelse for pasient og sykepleiers opplevelse i møte med hverandre var i følge Travelbee vesentlig for god sykepleie (referert i Kirkevold, 2001). Vi ser derfor på hennes sykepleieteori som essensiell når vi skal presentere møte mellom sykepleier og pårørende i vår oppgave. Vi mener Travelbees sykepleietekning gir en større forståelse for hvordan vi som sykepleiere og medmennesker *kan og bør* møte andre på. Vi har tatt for oss Travelbees menneskesyn og beskrivelse av sykepleiefunksjonen.

Menneskesyn

Travelbee sin teori tar utgangspunkt i at hvert menneske er unikt, et individ, som er enestående og ulik alle andre. Travelbee hevdet at ved for eksempel lidelse og tap vil en oppleve en fellesmenneskelig forståelse, men individets opplevelse vil fortsatt være ens

egne. Hun hevdet at den enkeltes opplevelse av lidelse burde stå i fokus hos sykepleieren, fremfor det fokuset som sykepleieren ofte har; på sykdommen (referert i Kirkevold, 2001).

Sykepleiens mål og hensikt

Å hjelpe et annet menneske med å finne mening var i følge Travelbee sykepleierens viktigste oppgave og ansvar. Travelbee brukte ikke begrepene ”sykepleier” og ”pasient” i sin teori, da hun mente at disse tok vekk fokuset på individet. Sykepleier – og pasient – rollene faller derfor bort i hennes teori der et menneske – til – menneske – forhold er nødvendig for god sykepleie. Et slikt forhold innebærer at fokuset ligger på det enkelte menneske, der to individer møter hverandre med aksept og menneskelighet ovenfor hverandre, fremfor to forskjellige roller; slik som sykepleier og pasient (referert i Kirkevold, 2001).

3.6.2 Patricia Benner & Judith Wrubels

Ut i fra deres sykepleiepraksis, tar de amerikanske sykepleierne Patricia Benner og Judith Wrubels, avstand fra den typiske verdens – og vitenskapstenkingen. Deres omsorgsteori tar utgangspunkt i sykepleierens praksis, hvor de understreker viktigheten med et gjensidig forhold av praktisk og teoretisk sykepleie (referert i Kristoffersen, 2011). Deres teori er lite metodebasert, men gir oss en helhetlig forståelse av mennesket som et fenomen, noe vi ser på som essensielt i utøvelse av god sykepleie.

Menneskesyn

Begrepet *person* blir satt opp i mot den individuelle syn og forhold til omverdenen. Benner og Wrubels skriver om hvordan mennesket forholder seg til verden på en meningsfull måte, og hvordan mennesket selv er med på å definere og forme ens egen verden. Men på en annen side blir mennesket selv formet av omverdenen. Deres menneskesyn tar for seg hvordan menneske både skaper og blir skapt ved å leve, derav lære, forstå og bry seg (referert i Kirkevold, 2001)

Sykepleiens mål og hensikt

Benner og Wrubels overordnede mål i sykepleien er å hjelpe den enkelte til å leve i balanse med sine spesielle anliggender ved sykdom, lidelse og tap. Å mestre sin egen livssituasjon blir derfor et viktig delmål i sykepleien. Deres mål krever kunnskaper om fire sentrale

begrep i deres sykepleiefilosofi. Disse er: *Omsorg, kroppslig kunnskap, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender* (referert i Kristoffersen, 2011).

Deres bruk av begrepet omsorg, omfatter menneskelige verdier i større grad enn den tradisjonelle oppfatningen av begrepet, som definerer menneskets forhold til omverdenen. Benner og Wrubels setter begrepet i sammenheng med hva som gir mening for den enkelte person, enten det gjelder et annet menneske, en gjenstand eller en situasjon. *Kroppslig kunnskap*, også beskrevet som *kroppslig intelligens*, er i følge Benner og Wrubels menneskets evne til å tilegne seg kunnskaper direkte via kroppen. Sanser og følelser beskrives videre som en form for kunnskap. *Bakgrunnsforståelse* er den virkelighetsforståelsen som skapes ved å vokse opp i en bestemt kultur. Forfatterne skriver at forståelsen av begrepet i liten grad kan beskrives med ord, men at til tross for mangel på ord, er det en forståelse som vi får igjennom den kulturen vi vokser opp i, og som påvirker vår forståelse av omverdenen. *Spesielle anliggender* er det som betyr noe for den enkelte. Bakgrunnsforståelse og kroppslig kunnskaper beskriver menneskets eksistens og mening i verdenen, mens spesielle anliggender beskriver hvorfor vi er engasjert i verdenen. Spesielle anliggender er hva som gjør oss engasjerte; motivasjon og mening (referert i Kirkevold, 2001).

3.7 Jan Kåre Hummelvoll

Psykiatrisk sykepleier og professor Jan Kåre Hummelvoll, har skrevet en rekke bøker innen psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll, 2012). I hans relasjonsteori, ser vi en sterk tilknytning til Joyce Travelbee. Deres syn på mennesket som et individ og hvordan møte mellom mennesket skjer, har sine mange likheter. I våre øyne, ser vi samtidig en større fordypelse og mer nøyaktig metodebeskrivelse i Hummelvolls teori. Han gir oss som sykepleiere en trinnviss forklaring på hvordan enkelte begreper i relasjon med andre mennesker, kan hjelpe oss å skape en felles forståelse. Vi ser på hans teori som relevant, da han setter enkeltmennesket i fokus på lik linje som Travelbee. På den måten mener vi at teorien like god kan brukes i møte med pårørende, uavhengig av alder.

3.7.1 Sykepleier- pasient – fellesskapet

Begrepet sykepleier – pasient – fellesskapet beskriver møtet og relasjonen som skapes mellom de to forskjellige rollene; sykepleier og pasient. Begrepet fellesskap beskriver

Hummelvoll (2012) som møte mellom to forskjellige mennesker, der mennesket som et individ og en helhet vektlegges, fremfor de tradisjonelle rollene. Begrepet og prosessen kan dermed beskrives som hvordan to mennesker møter hverandre, der den ene søker hjelp og den andre prøver å hjelpe (Hummelvoll, 2012).

De ni hjørnesteiner

I følge Hummelvoll (2012) hviler sykepleier- pasient – fellesskapet seg på noe kalt *de ni hjørnesteiner*. Alle hjørnesteinene beskriver viktige elementer i relasjon med andre, men vi har valgt å ta for oss de med høyest relevans til vår problemstilling. De valgte elementer har også sterk tilknytning til valgte sykepleierteorier.

Likeverdighet

Begrepet likeverdighet er selve kjernen i sykepleier- pasient – fellesskapet, og beskriver hvordan vi møter hverandre som mennesker og helheter, og hvor våre roller i samfunnet ellers er urelevant (Hummelvoll, 2012).

Nærværenhet

Aktiv lytting og nærværenhet er grunnleggende for å sette seg inn i pasientens situasjon. Aktiv lytting betyr å rette all sin oppmerksomhet til den gjeldende samtalen og situasjonen (Eide & Eide, 2007). Nærværenhet vises ved at sykepleieren har et reelt ønske om å være tilstede (Hummelvoll, 2012). Vi ser at disse begrepene både er avhengige av hverandre, og utfyller hverandre, da både aktiv lytting og nærværenhet må være i sykepleierens fokus for å vise empati.

Selvaktelse

Å vite at vi er viktige, at vi duger til noe og at andre bryr seg om oss kalles selvaktelse (Hummelvoll, 2012). Vi tenker at begrepet også henger tett med begrepet selvbilde. Selvaktelse er vår egen anerkjennelse og holdning til oss selv. For å skape trygghet, må vi som sykepleiere derfor møte den andre med en aksepterende holdning for å ivareta den enkeltes selvaktelse (Hummelvoll, 2012).

Mening og verdiavklaring

Når vi tenker på begrepet mening, blir vi raskt forvirret og blander begrepet med hensikt. For eksempel hva er forskjellen på *meningen med livet?* og *hensikten med livet?* Antonovsky knytter begrepet til vår opplevelse av sammenheng i verden (referert i Kristoffersen, 2011). Begrepet mening, avhenger av vår virkelighetsforståelse og de verdiene vi tilegner oss i

gjennom livet. Verdier gir oss motivasjon og krefter, for å kjempe for det som gir oss mening (Hummelvoll, 2012). Vi tenker derfor at det som gir den enkelte mening, avhenger av våre verdier. Sykepleieren må derfor bistå pasienten i verdiavklaring, for å skape mening med situasjonen (Hummelvoll, 2012).

Skyld

Hummelvoll (2012) beskriver begrepet skyld som et uttrykk for mental sunnhet. Det er en følelse som uttrykkes ut i fra enkeltmenneskets ønske om å leve etter egne etiske standarder (Hummelvoll, 2012). Med andre ord opplever vi skyld for eksempel ved utøvelse av en handling, som vi vet kan være til skade enten for oss selv eller andre mennesker. Det er viktig at vi som sykepleiere er åpne for pasientens følelser, da empati er grunnleggende for konfliktløsning (Hummelvoll, 2012).

Åpenhet og innsikt

Å skape åpenhet mellom sykepleier og pasient, krever et trygt kontaktforhold som er basert på ærlighet og respekt. Ved å være åpen, kan en reflektere over sine egne styrker og svakheter. Det vil gi oss en større innsikt og helhet i ens egen situasjon, som igjen kan påvirke hvordan en mestrer problemer og gjør seg kjent med egne ressurser (Hummelvoll, 2012).

3.8 Aaron Antonovsky

I løpet av livet går mennesket igjennom flere sterke påkjennelser. Den israelske professoren Aaron Antonovsky var opptatt av å identifisere hvordan mennesket klarte å opprettholde helsen sin, til tross for disse påkjennelsene. Hans jakt etter hvilke faktorer som fremmer helse, har gjort han kjent i sykepleien da han setter fokuset på begrepet helse, fremfor sykdom (Kristoffersen, 2011). Vi ønsker å bruke Antonovskys teori, da han setter ord på hvordan vi i praksis kan hjelpe andre å skape en sammenheng og mening med vanskelige situasjoner, for igjen klare å mestre dem. Hans teori nevner ingen bestemt alder og beskriver ut i fra menneskets utvikling. Dermed tenker vi at hans menneskesyn og metode kan være et hjelpemiddel når vi skal se etter løsninger for å hjelpe Mats og Sofie i deres situasjon.

3.8.1 Salutogenese

I løpet av livet vil vi møte utfordringer som kan virke belastende. Smertene, nederlaget eller tapet kan oppleves som håpløst. Dermed hevdet Antonovsky at mennesket må ha en selvhelbredende kraft, som beskytter og verner oss daglig. For hvordan ellers klarer mennesket fortsatt å ha en positiv og realistisk innstilling? Opplevelsene er noe en tar med seg videre i livet, som gir vekst og motivasjon. Begrepet salutogenese kommer fra latinsk og gresk. Salus betyr helse og velferd, mens genesis på gresk betyr enten utspring eller fødsel. Innstillingen gjør at mennesket til tross for opplevelsene, vil ta valg som er helsefremmende for dem (Kristoffersen, 2011; Mæland, 2010).

3.8.2 Sense of coherence

Begrepet *sense of coherence* betyr *opplevelse av sammenheng*. Antonovsky mente at opplevelse av sammenheng var grunnrota for å reagere konstruktivt i en belastende situasjon. Denne rota inneholder alle de minnene vi bærer på fra barndommen. Det er utgangspunktet for identiteten vår, det som gir oss fotfeste og forutsigbarhet her i verden. Antonovsky mente at alle mennesker befinner seg et eller annet sted på en linje, hvor vi enten har en lav eller høy grad av sammenheng. En person med høy grad av sammenheng, vil være uavhengig og trygg i sin tilværelse, og vil dermed i større grad kunne tolke situasjoner og finne fornuftige løsninger. Valgene personen tar, vil så ha en positiv innvirkning på personens helse. På denne måten kan en med andre si at opplevelse av sammenheng, mestring og helse henger tett sammen i Antonovskys modell (Kristoffersen, 2011; Langeland, 2012).

4. Refleksjon

I dette kapitlet skal vi reflektere rundt teorien som tidligere er presentert. Dette vil vi sette opp mot empiriske studier, teori, opplevelser og erfaringer, for til slutt kunne komme frem til en konklusjon av problemstillingen. Refleksjonen er satt opp etter et typisk forløp, hvor vi starter med å presentere den arenaen som vi først fanger opp barna, i første møte med pasienten.

4.1 Tidlig handling, eller tidlig behandling?

I vår fordypning innenfor kvalitative studier, fikk vi et innsyn i hvordan mange barn som pårørende har det i hverdagen. Dette gir også et større innblikk i hvordan Mats og Sofie kan ha opplevd den situasjonen de er i. De fleste barna trengte mer støtte og hjelp av foreldrene, og mer tid til å være *barn* (Helsedirektoratet, 2015). Deres opplevelse av mangel på trygghet medfører en mistillit til andre, og for mange et liv i frykt (Murphy, Peters, Wilkes & Jackson, 2015). Vi kan tenke oss at mange av barna tidlig må kjenne på voksenrollen. Lek og aktiviteter byttes ut med meglings mellom foreldre og ansvar for sine søsken. Dette har en av oss erfart på førstehånd. Hvordan påvirker dette barnet? Eriksons teori og utviklingspsykologi viser til hvordan mangel på trygghet og andre grunnleggende behov, kan føre til at barnas mestringssevne svekkes (Eide & Eide, 2007; Håkonsen, 2014). Med andre ord, står Mats og Sofie ovenfor en krise, der mangel på trygghet gjør at de ikke mestrer situasjonen alene, og i verste fall kan de utvikle en psykisk lidelse; som vi vet er en risiko (Helsedirektoratet, 2015).

Hensikten med den nye lovendringen var jo å fange opp barn som pårørende så tidlig som mulig, slik at de skulle være i bedre stand til å mestre situasjonen (Helsedirektoratet, 2010). Det skulle også være en trygghet i at lovverket var der, slik at de ikke sto alene med utfordringene. For i det hele tatt kunne ivareta Mats og Sofies behov, tenker vi at vi må følge de retningslinjene som er gjeldene. Det er en plikt vi har som sykepleiere, og et ønske som medmennesker. For å skape trygghet og mestring tenker vi i første omgang at vi må fange opp de barna som har behov for informasjon og oppfølging av helsevesenet. Som vi vet ut i fra nye studier, blir lovverket om kartlegging og oppfølging av barn som pårørende, bare delvis oppfulgt. De nye rutinene er enda ikke helt innarbeidet (Helsedirektoratet, 2015; Lauritzen, Reedtz, Doesum & Martinussen, 2014). Vi tror ikke problemet er mangel på

empati blant de ansatte i helsevesenet, tvert imot. Kanskje er ikke retningslinjene og rutinene som er utarbeidet, klare nok på den enkelte arbeidsplassen? Vi tenker at årsakene kan være mange. Når vi var i samtale med sosionom på DPS for å undersøke rutinene nærmere, forsto vi det som at retningslinjene på deres arbeidsplass ble overholdt. Men tydelig blir ikke dette gjort på landsbasis.

Som barneansvarlig på avdelingen har vi som ansvar å fremme og koordinere oppfølgingen av Mats og Sofie (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Med dette ser vi også på det som vårt ansvar å sikre institusjonens rutiner når det gjelder å legge til rette for barns beste.

Barn som pårørende skal kartlegges innen tre timer etter innleggelse, men kartleggingen skjer gjennom pasienten. Vi har tatt en nærmere titt på kartleggingsskjemaet som er utarbeidet av helsedirektoratet (2010) (Vedlegg 5). Spørsmålene som stilles vil gi oss en oversikt over hvor barnet står i situasjonen, men går bort i fra prinsippet om å møte den enkelte, menneske til menneske. Barnets rett til å si sin mening og bli hørt forsvinner, men tar heller utgangspunkt i pasientens opplevelse av barnets atferd. Som mor er kanskje pasienten den som kjenner barna sine aller best (Grønseth & Markestad, 1998), men vi ser oss usikre på hvordan pasienten evner å se sine barns behov ut ifra den situasjonen hun er i. Hanne er i en alvorlig depresjon med suicidal atferd, og er nettopp kommet inn på psykiatrisk institusjon. Det er en stor påkjenning for henne i seg selv, og det å sette seg inn i barnas situasjon kan bli utfordrende. Samtidig kan vi tenke oss at det må være både vanskelig og vondt for en mor å innrømme det, dersom barna ikke har det bra.

I tillegg ser vi på sykepleiers ansvar i løpet av de første timene i møte med pasienten. I samtale med Hanne kan andre faktorer fange vår oppmerksomhet, at hun ikke ønsker å leve lenger er svært alvorlig i våre øyne. Vi skal skape en god relasjon til pasienten og kartlegge hans eller hennes behov, samtidig skal du kartlegge pasientens barn. Dokumentasjon er en stor del av arbeidet, og vi ser på den som vesentlig for å kunne evaluere kartleggingen og eventuelle tiltak. På en annen side ser vi at for stort fokus på dokumentasjon kan fjerne den essensielle nærheten til pasienten og dens pårørende. Er det da slik at barna fort kan bli usynlige i det store og hele? Må barna vise tegn på en psykisk lidelse for å fanges opp? Da blir det jo behandling, fremfor en tidlig handling. Som sykepleiere må vi huske på vårt forebyggende ansvar, som stilles like høyt som det behandlende (Antonovsky referert i Mæland, 2012; NSF, 2011). Vi vet av erfaring og observasjoner i praksis, at det ofte går for langt slik at tiltak må innføres, da problemet allerede har oppstått. I følge lovverket skal ikke

barn trenge å vise atferdsymptomer for at vi som helsepersonell skal ivareta deres behov for informasjon og oppfølging. Det skal være en *lavterskel*, som det står i loven (Helsepersonelloven, 1999). Dersom barna er bekymret for mor eller ikke klarer å mestre situasjonen, skal dette være nok til å hjelpe foreldrene å ivareta barna. For vurderingen ligger i foreldrenes helsetilstand, og dens påvirkning av barnas opplevelse (Helsedirektoratet, 2010), ikke i tegn på sykdom.

Else Kåss Furueth forteller om hvordan hun opplevde å ha en alvorlig deprimert mor. Som barn på elleve år forsto hun at moren var lei seg, hun forsto ikke hvorfor, men ønsket å trøste moren. Kanskje Sofie og Mats ikke er åpne ovenfor moren hvordan de opplever situasjonen? Fordi de ønsker å skåne mor, og fortrenger derfor følelsene sine (Eide & Eide, 2007). Vi tenker derfor uansett at det er viktig å ha en samtale med barna, da disse følelsene kan gå ut over andre momenter i hverdagen.

4.1 Relasjonens betydning

For at det ikke skal gå så langt som at det blir tidlig behandling, i stedet for tidlig handling, har vi valgt å sette oss inn i hvordan vi kan skape mestring og trygghet for Mats og Sofie, ved bruk av samtale som metode. Vi velger samtale, da valgt teori legger sitt fokus på kommunikasjon innenfor relasjoner. Med et fokus på nevnte sykepleierteoretikere skal vi sette oss inn i Mats og Sofies opplevelse og forståelse.

4.1.1 Å møte den enkelte

Hummelvoll (2012) beskriver møte med mennesket i sin helhet. Benner og Wrubels, samt Travelbees sykepleierteori gjør oss oppmerksomme på at til tross for deres mellommenneskelige opplevelse, vil alltid deres opplevelse av situasjonen, være ens egne (referert i Kirkevold, 2001). For eksempel, dersom mor er deprimert og isolerer seg fra barna, vil både Mats og Sofie være i samme situasjon ved at de begge to deltar i situasjonen. Utover dette tenker vi at det er lite som forutsier at de vil ha samme opplevelse av responsen. Mats kan føle seg avvist, da mor ikke makter å være med han. Sofie kan føle skyld, for at hun ikke klarer å få mor til å føle seg bedre.

Som 11-åring er Mats midt i utviklingen av sitt eget selvbylde, utviklingen av autonomi og skyld har bidratt til å prege dette. I casen får vi vite at mor er alvorlig deprimert. I denne

fasen av depresjon ser en ofte på seg selv og omgivelsene som håpløst. Dersom Mats har opplevd moren i denne situasjonen, kan det fryktes at han kan legge skylden over på seg selv, at mor ikke har det bra (Hummelvoll, 2012). Han kan utvikle et negativt selvbilde gjennom å tenke at han selv ikke er god nok for moren. Med tanke på at mor også er suicidal kan denne følelsen forsterkes. Disse tankene kan også selvfølgelig oppstå hos søster, som også er i en sårbar fase. Hun er 14 år og er i overgangen mellom det å være barn og ønsket om å være voksen. Cullberg (2010) beskriver hvordan en i denne perioden har ekstra behov for støtte fra sine omsorgspersoner. Hun er i utviklingen av å skape sin egen identitet, men situasjonen hun og broren er i, kan skape brist i deres trygge omgivelser og utfordre den naturlige utviklingen.

Følelser og meninger vil alltid være individuelt, og disse må lyttes til og forstås. Vi kan se på typiske reaksjoner på krise som et utgangspunkt, for barn i krise vil akkurat som voksne ha en naturlig reaksjon. Engstelse, skyldfølelse, tristhet, søvn og – konsentrasjonsvansker er eksempler på noen normale reaksjoner ved krise (Håkonsen, 2014). Belastning og ansvar er ofte det pårørende føler når en nær person ønsker å ta slutt på sitt liv (Helsedirektoratet, 2008). Når mor ikke ønsker å leve kan barna gjøre observasjoner av hennes forandring i adferd. Kanskje har mor vært mye stille i det siste, kanskje har hun ikke vist like mye omsorg og kjærlighet? Kanskje har hun ikke vært like engasjert og involvert i livene deres? Dette kan i alle fall være typiske tegn ved en alvorlig depresjon (Hummelvoll, 2012; Håkonsen, 2014)

De opplevelsene Mats og Sofie har erfart, vil også påvirke deres opplevelse av trygghet. Dersom barna føler en mangel på omsorg, kjærlighet og trygghet, kan dette påvirke dem videre i livet. Dette forstår vi både ut i fra Benner og Wrubels sykepleieteori, og ut i fra utviklingspsykologi (referert i Cullberg, 2010; Kirkevold, 2001). Deres spesielle anliggender, det som gir Sofie og Mats motivasjon og mestring, vil også være individuelt. Hummelvoll (2012) tar for seg viktigheten med å ta utgangspunkt i den enkeltes verdigrunnlag, for å kunne skape mening i hverdagen. Dersom vi tenker ut i fra utviklingspsykologiens typiske trekk ved Sofies alder, kan kanskje det viktigste for Sofie være bekreftelse og anerkjennelse av mor. Mens Mats har et stort behov og ønske om at mor viser omsorg, deltar aktivt i de aktivitetene han verdsetter og støtter han som et individ.

4.1.2 Relasjonens elementer

Hummelvoll (2012) introduserer samtalen med likeverdighet. En likeverdighet som krever at både vi som sykepleiere og barna møter hverandre som helheter. Vi tenker at dette er lettere sagt enn gjort. Ut i fra utviklingspsykologi og Benner og Wrubels sykepleierteori, vil mennesket danne seg bestemte holdninger ut i fra den bakgrunnsforståelsen som skapes gjennom oppveksten (Håkonsen, 2014; referert i Kirkevold, 2001). I følge Hummelvoll (2012) avhenger likeverdighet av respekt for den andre. Vi forstår ut i fra dette at dersom vi respekterer Mats og Sofie som enkeltmennesker, som individer som skiller seg fra alle andre i verden, vil vi klare å åpne oss for deres opplevelse. Men dette krever at sykepleieren klarer å legge fra seg alle sine fordommer og holdninger. I tillegg krever det at vi viser empati. Empati er et resultat av aktiv lytting. Det forstår vi i alle fall ut i fra Eide & Eide (2007), sin beskrivelse av begrepet, der vi som sykepleiere retter all vår oppmerksomhet mot samtalen. Hummelvoll (2012) bruker heller begrepet nærværenhet, som også vil være en del av sykepleierens empati. Men for å oppnå dette må vi som sykepleiere ha et ønske om å sette oss inn i barnas situasjon. Hva om barna forteller oss at de opplever en alvorlig omsorgssvikt? Så klart tenker vi at vi ønsker å hjelpe barna og vil få en forståelse for deres opplevelse, uansett innhold. Men dette krever at vi er bevisst over våre egne affekter og klarer å tolerere disse (Eide & Eide, 2007). Men vi kan ikke regne med at Mats og Sofie vil føle seg trygge nok ved første måte til å dele deres opplevelser. Barna søker i utgangspunktet ikke hjelp. En kan si at de har blitt satt i situasjonen, mot deres vilje. For barna ønsker at mor er frisk og har det bra, og situasjonen i seg selv er ikke ønskelig for noen. Dersom barna i tillegg har et dårlig selvbilde, tenker vi at dette kan forsterke en eventuell følelse av hjelpeløshet. Hummelvoll (2012) skriver at sykepleieren må møte den andre med akseptasjon. Det er vanskelig for Mats og Sofie å akseptere at mor ønsker å dø. Dette stiller vi ingen spørsmål til, da dette i våre øyne vil være vanskelig å akseptere for hvem som helst, uansett hvor mange ressurser du stiller med. Frykt, for at din nærmeste skal forsvinne fra din hverdag, den som danner stabilitet og trygghet i livet. Kanskje også skyld, skyld for at du ikke strekker til og klarer å gjøre en forandring. Med tanke på Mats og Sofies alder, har de kanskje ikke så stor erfaring når det kommer til mestring av vanskelige situasjoner. Å akseptere tidligere forsøk på problemløsning, er noe sykepleieren må bidra til (Hummelvoll, 2012). På en annen side, sett bort i fra det vi kaller en "typisk oppvekst", kan Mats og Sofie kanskje allerede ha tilegnet seg flere erfaringer når det kommer til mestring. Med tanke på den sårbare perioden Sofie er i, der det hele tiden er et ytre og et indre press om å bli

akseptert og være *bra nok*, både i vennegjengen, på skolen og hjemme, så må hun ha tilegnet seg en del ressurser når det kommer til problemløsning. Det samme kan like gjerne gjelde Mats. Igjen ser vi viktigheten med å se enkeltmennesket, som Travelbee understreker så godt (referert i Kirkevold, 2001). Hvordan kan vi gjennom bruk av aktiv lytting, derav observasjoner av kroppsspråk, fange opp barnas opplevelse? Helgeland (2012) viser til et eksempel der et barn tegner under en familiesamtale. Moren lider av depresjon, og hver gang pleieren snakker om morens lidelse, tegner barnet hardt og lenge, og tar avstand fra samtalen. Som sykepleiere må vi huske på at barn kan danne seg forskjellige strategier for å takle den krisen de er i. Beskyttelsesstrategier som nevnt i eksemplet kan være en av dem. Hvordan skal vi så klare å tilrettelegge samtalen og dens innhold, for at Mats og Sofie skal føle seg trygge nok til å dele deres opplevelser?

4.1.3 Tilrettelegging og informasjon

Vi vet at barn av psykisk syke står i fare for selv å utvikle psykiske lidelser og suicidal atferd. Flere studier, som vi har funnet, bygger opp i mot dette, og flere understreker også at barna får tilpasningsproblemer i samfunnet, slik at de står i risikozonen for å miste sitt sosiale nettverk. Likevel ser vi at ca. en tredjedel vokser opp uten disse utfordringene (Doesum, 2015). Hva er det som utgjør denne forskjellen som skiller utfallet fra å være trygt til å kunne bli fatalt? Utviklingspsykologi tar utgangspunkt i den enkeltes indre ressurser for å takle en situasjon. Vi tenker derfor at de barna som ikke opplever tyngende utfordringer i sammenheng med mor eller fars psykiske lidelser, har utviklet sterke nok ressurser til å mestre krisen. Kanskje, stiller de med sterke nok ressurser i seg selv, hvis ikke tror vi at støtte fra familie og samfunnet kan bidra til å styrke deres beskyttelsesfaktorer. Samtidig hevder studier at om lag en tredjedel av barn som pårørende i voksen psykiatrien ble fulgt opp før lovendringen (Lilleeng, Hjort, Bremnes, Pettersen & Kalseth, 2008). Vi har allerede understreket betydningen av tidlig kartlegging for å fange opp barna i tide. Fokuset vårt nå blir hvordan vi skal tilrettelegge for at den enkelte skal føle trygghet og mestring i krisen. Vi ønsker ikke å ta utgangspunkt i de to tredjedelene som opplever svikt i ressursene. Vi tenker på alle barn som enkeltmennesker, og hvordan tilrettelegge for hver og en. For å tydeliggjøre dette vil vi bruke Mats og Sofie fra casen, for å belyse de to som enkeltindivider. Som sykepleier på avdelingen er det vesentlig for oss å ta utgangspunkt i *Hannes situasjon* som pasient for å kunne hjelpe henne og ivareta hennes behov. Vi ønsker å overføre denne verdien til arbeidet med barna.

Utviklingspsykologi tar utgangspunkt i Mats og Sofies ulikheter ut i fra alder. Med dette ser vi at hvilket stadium de befinner seg i livet er avgjørende for hvilke ressurser de stiller med for å takle situasjonen, samt deres behov for informasjon. Helsepersonelloven (1999) beskriver at behovet for informasjon skal tilpasses den enkeltes forutsetninger. På den måten tenker vi at behovet for informasjon kan være like stort hos begge, men at *hva* de trenger å høre om situasjonen for å føle trygghet, vil være individuelt.

Sofie er i ungdomsperioden, og står som nevnt tidligere i et veiskille, der hun både har et stort behov for å bli ivaretatt og akseptert, samtidig som hun stadig er i utvikling og føler seg mer voksen. Vi tenker at i kommunikasjon med Sofie, vil det være naturlig for oss å henvende oss til henne direkte. Hun ønsker å bli tatt på alvor, og det er viktig at vi ikke behandler henne som et lite barn (Grønseth & Markestad, 1998). Samtidig må vi huske på at Sofie bare er 14 år, og at vi ikke bruker faguttrykk som for henne vil være ukjente. Denne balansegangen ser vi på som vesentlig for å styrke hennes selvaktelse. Hummelvoll (2012) beskriver at individets selvaktelse ofte svekkes i det stadiet hvor en må søke hjelp for å mestre hverdagen. Sofie i stadiet mellom det å være barn og det og være voksen. I denne posisjonen kan det tenkes at hun gjerne vil ta ansvar i familien. For å styrke hennes selvaktelse tror vi at sykepleierens evne til å anerkjenne hennes handlinger er viktig, slik at hun selv står friere til å akseptere sine egne kvaliteter (Hummelvoll, 2012). Vi tenker at det samme gjelder Mats. For alle barn ønsker å bli tatt på alvor, og deres meninger og følelser burde alltid bli respektert og forstått (Barneombudet, 2014). Men det kan være vanskelig for Mats både å forstå og ordlegge seg når det kommer til situasjonen. Dermed tenker vi at kommunikasjonen og vår ordleggelse må tilpasses ytterligere ut i fra hans ressurser. Det finnes også hjelpemidler som kan gjøre det lettere for Mats å beskrive sine følelser og meninger. Å tegne, bruke bilder og metaforer er eksempler på alternative hjelpemidler i samtale med barn. En opplevelse fra selv å være barn som pårørende var at mareritt hver natt ikke var uvanlig. At hjemmet sto i flammer var mareritt som ofte gjentok seg. Nå ser vi på det som et tegn på at barnet ikke føler seg trygg, kanskje fordi underbevisstheten vet forelderen ikke er hjemme, eller ikke er i stand til å hjelpe dersom slike ting skjer. I samtale med sykepleieren tegnet vi flammene i drømmene på et ark. Så hjalp sykepleieren meg til å tegne disse mindre og mindre, og relaterte dette til hvordan jeg skulle få marerittene til å forsvinne. For meg som barn bidro dette til mindre forekomst av marerittene. Om dette skyldes at jeg tegnet dem så små at de ble borte, eller om det heller var at jeg fikk gjøre uttrykk på følelsene mine, er uvisst. Uansett anbefales ikke å stille direkte spørsmål, da dette

i noen tilfeller kan oppleve som skremmende og vanskelig. Hypotetiske eller åpne spørsmål kan derfor ofte være et bedre alternativ, da barnet ikke blir tvunget til å forklare seg (Grønseth & Markestad, 1998).

I følge rundskrivet om *barn som pårørende* fra Helsedirektoratet (2010) kan barn ha behov for informasjon om mors sykdom. Både om symptomer, årsak og behandling. Dermed hvilke muligheter barna har til å besøke sin mor og generelt om hvordan mors sykdom kan påvirke både henne selv, dem og familien ellers. Videre anbefales det, dersom det ses som nødvendig, å informere om hva som er normale reaksjoner hos barn når mor er syk, at det ikke er deres feil at mor er syk, at det ikke er deres ansvar å hjelpe mor og at de har lov til å ha det bra og være som andre barn. Og dersom de har det vondt og trenger hjelp, så må det informeres om hvem de kan spørre om hjelp for å takle situasjonen. Hensikten med å gi denne informasjonen er å kunne bekrefte barnas følelser, og gjennom dette skape «normalitet» av krisen (Helsedirektoratet, 2010). Her får barna åpnet opp for muligheter til å mestre situasjoner gjennom sine egne indre ressurser, men også se hvilke ytre ressurser barnet kan benytte seg av. Dette kan bidra til ufarliggjøring av situasjonen, slik at den oppleves som trygg. Vi kan ikke spå hva som vil bli vektlagt i samtale med verken Sofie eller Mats, men ved en slik vinkling av samtalen kan det gi sykepleieren rom til å bemerke seg den enkeltes forståelse av situasjonen, og behov for informasjon. På denne måten kan vi ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser til å mestre situasjonen.

For hvilke ressurser stiller barna med i møtet med døden? Vi vet ikke hvilket forhold Sofie og Mats har til døden fra tidligere, og heller ikke om de har full innsikt i mors situasjon. Hanne ser så mørkt på livet at hun ønsker å dø. Gjennom egne erfaringer opplever vi ofte selvmord som et tabubelagt tema. På en side kan en se på det slik at dersom en unnviker barna fra informasjon om suicidalitet og døden, så skåner vi dem fra de verste detaljene slik at de ikke blir skremt. På en annen side, med utgangspunkt i det vi vet gjennom forskning, kan dette føre til at barna føler seg alene, eller ikke forstår situasjonen (Niederkroenthaler, Floderus, Alexanderson, Rasmussen & Mittendorfer-Rutz, 2010). Anne Helgeland viser til et eksempel i boka «Barn som pårørende» (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012) hvor en 14 år gammel jente følger med mor når hun skal ut i bilen, fordi moren har sagt at hun ønsker å dø. Datteren er redd at hun skal kjøre for å ta sitt eget liv, og føler ansvar. Føler Sofie på 14 år det samme ansvaret? Vi vet ikke hvilke opplevelser Mats og Sofie har i forhold til mors suicidale atferd, men vi vet at barn bemerker seg raskt forholdene innad i familien

(Helgeland, 2012). Aaron Antonovsky beskriver hvordan opplevelsen av sammenheng bidrar til å skape mening og trygghet. Med dette tenker vi at vi må få innblikk i barnas evne til å se sammenheng mellom følelser, opplevelser og erfaringer. Gjennom dette vil vi møte barna med nærverhet, og se de gjennom de ressursene de stiller med i situasjonen.

I avsnitt 3.2 forteller vi om Else Kåss Furuseth (2015). Hun skjønnte at noe var galt, da moren ikke hadde på seg neglelakk lenger. Som barn på elleve år, var det dette som opptok hennes oppmerksomhet. Hennes far *sa* at moren var lei seg. Det hun *så* var at moren ikke hadde neglelakk. Opplevelsen av sammenheng mellom morens sykdom, og det at hun ikke hadde neglelakk var vanskelig for Else å forstå. Opplevelse av sammenheng mellom følelser og den reelle krisen er vesentlig for å kunne mestre situasjonen. Vi ønsker å trekke paralleller mellom Else og Mats i deres situasjon, da de er i samme utviklingsnivå i forhold til alder. Likevel er det viktig å huske at de kan stille med ulike opplevelser og erfaringer, som er vesentlige faktorer til hvordan de evner å forstå situasjonen.

Studier viser at barn av suicidale foreldre er i risikozonen for å miste sitt eget sosiale nettverk, og selv få selvmordstruende atferd senere i utviklingen (Niederkrötenhaler, Floderus, Alexanderson, Rasmussen & Mittendorfer-Rutz, 2010). Else forteller også om sin bror, som på den tiden var i fjortenårs alderen. Seksten år senere tar også han sitt eget liv, etter lengre tid med depresjoner. I ti år før han døde gikk han til psykolog ukentlig. Hans utvikling etter at moren døde er et skrekkeksempel på det forskningen beskriver. Barn som pårørende *er* i risiko for å utvikle psykiske lidelser, og suicidal atferd. Vi ser at Else og broren hadde ulike reaksjoner på det å være barn som pårørende, desto viktigere ser vi på det å se den enkelte i sin helhet, som ulike individer og ulike indre ressurser (Hummelvoll, 2012). Hvordan vi som sykepleiere selv fremstår kan spille en vesentlig rolle.

Vi husker i vårt første semester på sykepleiestudiet da vi fikk i oppgave å definere hva en sykepleier *er*, og alle kunne si seg enig i at en sykepleier er en omsorgsperson. Benner og Wrubels legger stor vekt på våre menneskelige verdier i bruken av begrepet omsorg. Av erfaring ser vi en sammenheng mellom det å føle omsorg og det å føle trygghet.

Studier viser at i situasjoner hvor foreldre har en psykisk lidelse, kan barna oppleve mistillit til andre, fordi situasjonen er utrygg. Dersom Sofie og Mats ikke føler seg trygge i samtale med oss, kan det hindre dem i å fortelle om hennes reelle opplevelser og følelser. Vi tenker derfor at andre måter å vise trygghet på i relasjonsbyggingen, kan være å gi informasjon om

lovverket, og den taushetsplikten vi har. I relasjon med andre, blir det også viktig at sykepleieren informerer om sitt eget mål med samtalen, det kan derfor være betryggende for barna å høre at det er for både Mats, Sofie og deres mors beste, og ivareta deres interesser (Helsedirektoratet, 2010).

Vi ønsker også å ta utgangspunkt i våre kunnskaper om tilrettelegging av miljø i samtalen, slik at barna fritt kan snakke uten forstyrrelser og anstrengelser (Barneombudet, 2014). Dette vil skape trygghet ved at en legger til rette for at barnet kan fokusere kun på seg selv og sine følelser. Vi kan begge bruke vår bakgrunn for å sette oss bedre inn i Mats og Sofies situasjon, og Travelbee bruker begrepet empati som en metode for å skape mening i situasjonen. Kanskje vil Mats og Sofie også føle seg tryggere, dersom de vet at de ikke er alene med de følelsene de opplever? På en annen side skal ikke samtalen handle om våre egne personlige erfaringer, og absolutt ikke ha en tyngende virkning der barnas bekymringer blir større. Så ved bruk av egne erfaringer, tenker vi at dette må nøye overveies om hvordan en skal uttale seg og bruke disse som en positiv ressurs. Selv om en ikke uttaler direkte sine egne erfaringer til barna, kan en bruke denne erfaringen til å sette seg inn i den andres situasjon og vise empati. Vi tenker at empati kan gjøre at vi i større grad stiller spørsmål som barna kan kjenne seg igjen i. Det kan også gjøre at vi får en gjensidig forståelse, og i større grad oppdager hvilke behov Mats og Sofie har. Men på en annen side tenker vi at det er viktig å ikke stille spørsmålene direkte, dersom de er av sensitiv og svært personlig karakter. For dersom for eksempel Sofie føler skyld eller skam på grunn av morens lidelse, kan det være vanskelig å svare direkte på et spørsmål om dette. Vi tenker derfor at måten sykepleieren går frem blir svært viktig. Gjennom egne erfaringer fra praksis har vi erfart at speiling av følelser som aktiv lytting, kan være en god metode for å skape gjensidig forståelse av situasjonen. Sykepleieren tar utgangspunkt i hvordan han eller hun oppfatter den enkeltes følelser, enten gjennom uttrykk og holdninger eller den enkeltes beskrivelse av opplevelser, og setter ord på det (Eide & Eide, 2007). For eksempel «Jeg ser du er lei deg,» dersom barnet for eksempel har tårer i øynene, og er engstelig i blikket. På denne måten viser sykepleieren sympati gjennom å se hva den andre føler og viser forståelse for den vanskelige situasjonen. Dette kan føles som en trygghet for barnet og en hjelp til å sette ord på følelsene, slik at en lettere evner å forstå sammenhengen mellom opplevelser og følelser (Hummelvoll, 2012). Travelbee beskriver begrepet sympati, og kaller begrepet for neste fase av empati. Det vil si at vi som sykepleiere setter oss inn i barnas situasjon, og i tillegg er vi delaktige i deres lidelse. Travelbee beskriver sympati som en måte å skape nærhet til den

andre og gi omsorg (referert i Kirkevold, 2001). Ved å vise sympati, kan vi hjelpe Mats og Sofie og lette på sine følelser, slik at de ikke bærer på disse alene. På en annen side, kan dette sette våre egne følelser i spill. Som sykepleier har du dine egne plikter og retningslinjer å forholde deg til; likevel er det viktig å huske på at vi også bare er mennesker. Mennesker som *hver dag* må stå opp mot kriser, som andre opplever som utfordrende kanskje *én* gang i løpet av livet. Som sykepleiere ønsker vi derfor å ha kontroll over affektene som gjerne oppstår i slike situasjoner, når vi skal gå inn i samhandling med barn, som allerede er i en sårbar periode. Sykepleierens affektbevissthet og affekttoleranse blir dermed vesentlig for å takle å stå i den vanskelige situasjonen. Barn er i tillegg svært observante når det kommer til å tolke andres affekter, noe sykepleieren må være bevisst over (Eide & Eide, 2007). Med dette ønsker vi å fokusere på en *personlig* relasjon, fremfor *privat*.

4.1.4 Å stå sammen om situasjonen

Om foreldrene skal inkluderes i samtalen bør også vurderes. Burde sykepleieren ha samtale med Mats og Sofie hver for seg, eller er det mer trygt for dem om de er sammen? Ut i fra lovverket kan sykepleieren både ha samtale alene med barna hver for seg, sammen, og familiesamtale der mor enten med eller uten andre familiemedlemmer, dersom mor gir samtykke til dette (Helsepersonelloven, 1999). For å møte den enkelte og få en helhetlig forståelse, tenker vi at det er best for sykepleieren å ha samtale med barna hver for seg. Travelbee understreker viktigheten med dette (referert i Kirkevold, 2001). På en annen side, sett fra barnas perspektiv, vil det kanskje føles utrygt å snakke med sykepleieren alene, da vi er ukjente for barnet. I følge forskning, føler også mange barn av foreldre med psykisk lidelse en mangel på støtte av foreldrene (Helsedirektoratet, 2015). Å ha med seg enten bror eller søster, og kanskje helst en voksen omsorgsperson, kan gjøre det tryggere for barnet. Vi tenker uansett hvem som er å tilstede under samtalen, må sykepleieren ha et fokus på både trygghet og det å sette seg inn i den enkeltes opplevelse. For uansett hvor mange omsorgspersoner den enkelte har, står man ene og alene med sin egen opplevelse. Sykepleieren må også ha gode kunnskaper om lovverket, og overholde sin taushetsplikt. For å gi barna informasjon, vet vi derfor at vi må ha samtykke fra mor for å gi opplysninger om hennes sykdom og behov for behandling (Helsepersonelloven, 1999). Hvilke informasjon pasienten samtykker til at sykepleieren kan gi, skrives i et eget skjema, som må overholdes av sykepleieren (Vedlegg 6). Samtale med barna skjer dermed i tett samarbeid med pasienten, og sykepleieren kan og *bør* i vårt syn, gi en grundig forklaring og informasjon om

viktigheten av å ivareta barnas behov for informasjon og oppfølging, dersom dette ses som nødvendig. Helsedirektoratets rundskriv beskriver også dette nærmere, og at det å gi pasienten god informasjon, vil være med på å sikre at barna får den oppfølgingen de har behov for (Helsedirektoratet, 2010).

Forskning viser at å gi foreldrene informasjon og hjelp til å informere barna selv, har god effekt og kan øke barnas livskvalitet (Solantaus, Paavonen, Toukka & Punamäki, 2010). Dette anbefales også i rundskrivet fra Helsedirektoratet (2010). Ettersom at vi tar utgangspunkt i at Mats og Sofie har hatt et godt forhold til sin mor, hvor det ikke har vært alvorlig omsorgssvikt, kan vi tenke oss at de vil føle en trygghet ved at mor selv gir informasjonen, dersom hun selv er i stand til det med tanke på hennes situasjon og selvaktelse. I forkant kan vi som sykepleiere uansett gi mor kunnskaper om hva slags informasjon barna kan ha behov for, og hvilke spørsmål de kan lure på, og hensikten med dette. På en annen side er det et faktum at mor er alvorlig deprimert. Så deprimert at hun ønsker å ta sitt eget liv, og ikke en gang ser sitt eget beste i situasjonen. Det kan derfor muligens være like vanskelig å se barnas beste, og tilpasse informasjonen ut i fra dette. Det er likevel opp til mor å velge om hun ønsker at vi er tilstede eller ikke under samtalen (Helsedirektoratet, 2010). Dersom vi ser at mor ikke er i stand til å gi barna den informasjonen de har behov for, kan vi finne andre metoder å inkludere henne i prosessen, da vi ser på familiesamhold som essensielt for god helse hos barna.

4.1.5 Å bruke ressurser for mestring

Men sett ut i fra den krisen barna er i, hva er det som gjør at barna kan utvikle en psykisk lidelse, og hva er det som gjør at dem klarer å mestre situasjonen og gi den mening?

Aaron Antonovsky legger vekt på forutsigbarhet for å mestre egen livssituasjon. Sett ut i fra hans teori, vil Mats og Sofies grad av sammenheng, eller *sense of coherence*, være avgjørende for om deres opplevelser vil gi vekst og motivasjon, eller verst tenkelig; at de utvikler en psykisk lidelse selv (referert i Mæland, 2012). Barnas psykologiske utvikling legger grunnlaget for hvordan de vil stille med ressurser i møtende utfordringer senere i livet. Likevel ser vi på Antonovskys teori som en sterk medvirkende faktor til hvordan vi utvikler selve ressursene. Vi må derfor stille spørsmål til hva som skal til for å gi Mats og Sofie en stor grad av sammenheng nå, for at de videre skal klare å ha en positiv innstilling og ta helsefremmende valg senere i livet. I følge studier som har tatt utgangspunkt i barns

opplevelse av foreldrenes psykiske sykdom, vises det at en som barn ofte danner sine egne teorier om foreldrenes situasjon, som både kan skape frykt og mistillit (Murphy, Peters, Wilkes, & Jackson, 2015). På denne måten kan en se det som at disse barna ikke har sterke nok ressurser til å takle situasjonen. På en annen side tenker vi at alle individer stiller med samme ressurser, men av og til trenger støtte for å styrke dem, for å belyse tryggheten i det å mestre. Benner og Wrubels teori kan hjelpe oss som sykepleiere å få et innsyn i hvilke spesielle anliggender Sofie og Mats har. Å gi barna bekreftelse på deres anseelse innad i familien og deres betydning for deres mor kan bidra til å understøtte følelsen av mestring (Bugge, Røkholt & Aamotsmo, 2015). Vi ser på dette som grunnleggende for å sette fokus på barnas verdigrunnlag og styrker deres selvaktelse (Hummelvoll, 2012)

4.2 Til veien videre

For å opprettholde god oppfølging, vil vi drøfte hvordan vi som sykepleiere i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å skape trygghet og mestring hos barn som pårørende, til veien videre, selv etter en eventuell utskrivelse av pasienten.

Utskrivelsen skal utføres i samarbeid med berørte parter (Helsepersonelloven, 1999). Dersom pasienten har behov for det og samtykker, kan pasienten få videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Her bidrar vi altså til å trygge oppfølging av mor etter utskrivelse. Men hva skjer da med barna? Stopper oppfølgingen da opp? Resultater av forskning viser at barn står i fare for å miste sitt sosiale nettverk i forbindelse med psykisk syke eller suicidale foreldre (Niederkröthaler, Floderus, Alexanderson, Rasmussen & Mittendorfer-Rutz, 2010). Som sykepleiere er det en plikt å bidra til at barna får den oppfølgingen de har behov for, og som barneansvarlig er dette essensielt (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). For å åpne opp for trygghet og mestring for barnet tenker vi på inkludering av andre yrkesgrupper i støtteapparatet rundt barna, for å vurdere hvilken oppfølging de har behov for. Gjennom et tverrfaglig samarbeid med for eksempel lærere, helsesøster og miljøarbeidere vil barnet få en mer helhetlig oppfølging av sine behov, slik vi beskriver i yrkesetiske retningslinjer (se avsnitt 3.4.3). På en annen side må vi tenke på taushetsplikten vi har for barna, og ikke minst overfor mor. Gjennom samtykke fra mor, kan vi som sykepleiere kontakte andre yrkesgrupper som kan være en støtte for barna, også etter mors utskrivelse (Vedlegg 7). En kan se på det som en sosial nettverksstøtte for barnets del. Sosial nettverksstøtte kan bidra til å fremme både fysisk og psykisk helse, og dermed bedre barnets livskvalitet (Hauken &

Dyregrov, 2015). Som nevnt tidligere kan oppfølging av barna i voksen psykiatrien også bidra til bedre livskvalitet (Solantaus, Paavonen, Toukka & Punamäki, 2010), dermed har sykepleier i kommunehelsetjenesten også et like stort ansvar for ivaretagelse av barn som pårørende. På en annen side, kan vi tenke oss at barna kan gjøre seg tanker om hvorfor de får oppfølging, er det kanskje noe galt med dem og? Siden det er noe galt med mor? Men hvis vi ikke følger opp, vet vi jo at det er en faktisk risiko for at de utvikler en lidelse. For barnas beste kan det derfor bare være en trygghet i at støtteapparatet er der som en synlig mulighet.

Vi ønsker å dele en personlig egenerfaring fra en av oss selv var barn som pårørende, for å belyse viktigheten av videre oppfølging:

Da jeg var syv år gammel døde pappa av alvorlig somatisk sykdom. Jeg opplevde god oppfølging i tiden han var syk, hvor vi pratet jevnlig med sykepleierne på sykehuset. Etter pappas død satt jeg igjen med trygg oppfølging av familien. Mamma gråt og var lei seg, men jeg forsto sammenhengen mellom at hun var lei seg, og det at pappa var død. Jeg var jo lei meg jeg også. Likevel kan jeg se tilbake og tenke på en god og trygg barndom. Utfordringene startet på ungdomsskolen. Ut ifra min nåværende kompetanse, ser jeg at dette mest sannsynlig skyldtes den psykososiale utviklingen av min egen identitet. Gjennom enhver avgjørelse jeg måtte ta alene tenkte jeg: «Ville pappa vært stolt av meg nå?»

En lærer fanget opp usikkerheten min raskt, og forsto situasjonen. Dette gjorde at jeg også aksepterte meg selv i større grad, og jeg følte trygghet i å mestre det å ta egne valg.

Vi ønsker å presisere at ens reaksjoner på livets utfordringer vil være individuelt. Derimot ser vi ut ifra disse erfaringene hvordan teorien om utviklingspsykologi bygger på at våre egne erfaringer og individuelle utvikling er grunnleggende for hvordan vi takler utfordringer senere i livet.

5. Konklusjon

Da vi startet prosjektet for ti uker siden, hadde vi ingen annen kunnskap om temaet enn bestemmelsene i lovverket og erfaringene vi satt med etter å selv ha vært barn som pårørende. Det å velge et tema vi hadde lite kunnskaper om, har ikke bare styrket vår kompetanse, men også våre holdninger som sykepleiere. Vi ser at oppmerksomheten rundt barn som pårørende har økt betydelig siden lovendringen i 2010. Gjennom besvarelsen av problemstillingen har vi ikke kommet fram til noe revolusjonerende når det kommer til å skape trygghet og mestring til barn som pårørende. Likevel har vi fremmet fokuset om *sykepleierens ansvar* i det hele, og ønsker å presisere hvordan kunnskapsbasert praksis bør være grunnlaget for sykepleierens arbeid. Vi har benyttet oss av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap for å komme frem til hvordan vi skal fremme barns beste i praksis. Barns beste står i fare dersom barnets behov ikke blir ivaretatt fra første stund. De står i risikozonen for at deres egen evne til å føle trygghet og mestring svekkes, som kan forårsake utvikling av psykiske lidelser. Med en suicidal forelder, står de også i fare for å miste sitt sosiale nettverk, og kan selv utvikle suicidal tankegang. Barn har behov for særskilt beskyttelse (Barnekonvensjonen, 1989), og vi har kommet fram til at i krisesituasjoner er *inkludering* en metode for beskyttelse.

Sykepleierens funksjon inkluderer forebyggende arbeid. Det er vår plikt som sykepleiere å ivareta barn som pårørende, samt en rettighet for barnet selv (Barnekonvensjonen, 1989). Dermed må vi ha kunnskaper om kartlegging av barnets behov. Dersom rutinene på arbeidsplassen ikke er tydelig nok, må vi som sykepleiere rapportere om dette, slik at nye tiltak innføres med tiden. Tidlig kartlegging er vesentlig for å se barnas ressurser, og for å oppleve trygghet og mestring i krisesituasjonen. Som sykepleiere kan vi ikke akseptere at bare en tredjedel av barna får oppfølging.

Vi har reflektert rundt hvordan barna kan oppleve situasjonen. Med bakgrunn av at barn kan tilegne seg forskjellige mestringsstrategier, kan det være utfordrende for sykepleieren å kartlegge barnets behov. Sykepleieren må derfor ha kunnskaper om barns naturlige utvikling, hvordan denne påvirkes i relasjon med andre og krisebearbeiding. Like viktig blir det at vi som sykepleiere har kunnskaper om valgte sykepleierteorier, når vi vet at det er gjennom en god relasjon vi fanger opp barnets behov.

Vi opplever selvmord som et tabubelagt tema, og forskning underbygger våre erfaringer om at pårørende ofte føler både skyld og skam. Vi må skape en god relasjon til barna, hvor åpenhet, ærlighet, akseptasjon og respekt er grunnlaget. Dermed må vi gjennom samtale sette oss inn i de følelsene barna har, og sette ord på disse. Vi må være åpne til å snakke om vanskelige temaer, og tolerere våre egne affekter. Å informere barna om mors lidelse, og hvordan dette påvirker både henne selv om familien, er noe vi ser på som absolutt nødvendig. Barn trenger hjelp til å oppleve sammenheng mellom følelser og opplevelser.

Informasjon styrker barnets evne til å forstå situasjonen, samt sykepleiers evne til å forstå barnet. Forståelse er grunnleggende for trygghet, som igjen er grunnleggende for å mestre.

Det er viktig at sykepleieren også ser sine ytre ressurser, og belyser disse i samhandling med barnet. Familien er barnets viktigste støttespillere i livet, og mest sannsynlig de som kjenner barnet best. Vi ønsker å fokusere på samhold og god kommunikasjon innad i familien, da vi mener dette i mye større grad vil bidra til opplevelse av sammenheng, derav trygghet og mestring. Informasjon og oppfølging burde derfor skje med foreldrene i den grad det er mulig.

Vi kan ikke forutsi hvor stort behov Sofie og Mats har for videre oppfølging, men ser på det som en trygghet bare i at støtteapparatet *er der*. På bakgrunn av forskningen tenker vi at det både er helsefremmende og forebyggende med et synlig støtteapparat. Samtidig tenker vi at behovet for oppfølging kan utvikles gjennom den psykologiske utviklingen. Uavhengig av dette vil et tverrfaglig samarbeid styrke støtteapparatets evne til å fange opp den enkeltes behov, dersom det fremtrer.

Vi føler selv vi har trukket konklusjoner som gir oss relevant kunnskap i arbeidet med barn som pårørende, og vet at vi vil kjenne oss tryggere dersom vi står overfor en lignende problemstilling som sykepleiere. En oppdagelse vi gjorde avslutningsvis var at fremgangsmåten vi har valgt å bygge refleksjonene våre opp mot, er satt opp etter sykepleieprosessen. Dette er gjort ubevisst, men gjennom oppdagelsen sitter vi igjen med et ønske om å belyse viktigheten med å ta med seg de grunnleggende kunnskapene vi har som sykepleiere videre.

Kunnskapsbasert praksis vil fortsatt være grunnlaget for våre verdier som sykepleiere. Gjennom utformingen av prosjektet har vi reflektert rundt utfordringer som belyser flere

problemstillinger sykepleieren står opp mot i arbeidet med barn som pårørende. Er en alvorlig deprimert mor i stand til å ivareta sine egne barns behov? Er hun i stand til å samtykke? Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta barna dersom mor *ikke* samtykker til å videreformidle personlig informasjon? Dette er spørsmål som vil være spennende å søke svar på videre. Vi har funnet ut at enkelte av spørsmålene kan sette oss som sykepleiere opp mot et juridisk dilemma.

Avslutningsvis ønsker vi å belyse nødvendigheten i å forske videre på barn som pårørende. I begynnelsen av vårt søk etter litteratur fant vi 19 studier som vi så på som relevante for oppgaven vår. Samtlige av disse var publisert etter 2010. Vi ser derfor at fokuset på denne problemstillingen har økt de siste årene, og håper at denne trenden vil fortsette, slik at vi kan søke svar på våre ubesvarte spørsmål.

6. Referanseliste

- * Barneombudet (2014). *Snakke med barn om vanskelige ting*. Lokalisert på: <http://barneombudet.no/for-voksne/voksne-hjelper-barn/snakke-med-barn-om-vanskelige-ting/>
- * Bugge, K. E., Røkholt, E. G. & Aamotsmo, T.(2015). En tiltakskjede for ivaretagelse av barn som pårørende. K. E. Bugge, B. S. M. Haugland, M. V. Trondsen & S. Gjestdal (Red.). *Familier i motbakke – på vei mot støtte til barn som pårørende* (s. 45-64). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- * Doesum, K. v. (2015). Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. K. E. Bugge, B. S. M. Haugland, M. V. Trondsen & S. Gjestdal (Red.). *Familier i motbakke – på vei mot støtte til barn som pårørende* (s. 29-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- * Folkehelseinstituttet (2015). *Selv mord og selvmordsforsøk – faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/tema/selv-mord/fakta-om-selv-mord>
- * Forente Nasjoner (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen)* Lokalisert på: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>
- * Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013). *Att gôrasystematiska litteraturstudier: Vårdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- * Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning, FOR-2009-07-01-955. § 6.
- * Furuset, E. K. (Manus). (2015). *Kondolerer – Else Kåss Furuset*. [Fjernsynsprogram]. T. Giertsen (Produsent), *Feelgood*. Oslo: Norsk Rikskringkasting

* Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nortvedt, M. W. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Grønseth, R. & Markestad, T. (1998). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Bokforlaget

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

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

Helsebiblioteket (2015). *Litteratursøk*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#Atte>

Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv IS-5/2010). Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parerende-IS-5-2010.pdf>

* Helsedirektoratet (2015). *Barns om pårørende - resultater fra en multisenterstudie*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>

Helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 1, 4, 21a, 22, 25, 33 (2016).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K. M. (2014). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Kirkevold, M. (2001). *Sykepleierteorier - ansvar og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg. s. 207 - 280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (1.utg. s. 195 -216). Bergen: Fagbokforlaget

* Lauritzen, C., Reedtz, C., Doesum, K.T.V. & Martinussen, M. (2014). *Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents*. Doi: 10.1186/1472-6963-14-58

* Lilleeng, S., Ose, S.O., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I. & Kalseth, J. (2008). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne*. Lokalisert på: <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport-a11408-polikliniske-pasienter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2008.pdf>

Menneskerettsloven, LOV-1999-05-21-30. (2014).

* Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. & Jackson, D. (2015) *Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust*. Doi: 10.3109/01612840.2014.971385

Mæland, J.G. *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Lokalisert på: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/files/124522744448bfd1cf9f065.pdf>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Sjekkliste for vurdering av prevelansstudie*. Lokalisert på: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/files/15116059614a3b80c1aadf9.pdf>

* Niederkrontenthaler, T., Floderus, B., Alexanderson, K. Rasmussen, F. & Mittendorfer-Rutz, E. (2010). *Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of*

attempted and completed suicide in offspring- an analysis of sensitive life periods. Doi: 10.1136/jech.2010.109595

* Norsk Helseinformatikk (2013). *Selv mord og selvmordsforsøk*. Lokalisert på: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/selv mord-3091.html>

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken - sinn, kropp og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S. & Panumäki, R-L. (2010). *Preventive interventions in families with parental depression – childrens psychosocial symptoms and prosocial behaviour*. Doi: 10.1007/s00787-010-0135-3

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. § 3-7, 3- 12, 3- 15 (2016).

* Sølvsberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg. s. 105- 132). Oslo: Gyldendal Akademisk

* Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk - omfang og konsekvenser*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>

Vergemålsloven, LOV-2010-03-26-9. § 16 – 19, 27 (2016).

Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og åpen fremtid. Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov (Red.). *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag.

Vedlegg 1: PICO- skjema

PICO- modellen: Utarbeidet med utgangspunkt i PICO- modellen.			
P: Barn som pårørende			
I: Fremgangsmåte, tiltak			
C:			
O: Trygghet, mestring			
Hele spørsmålet:			
Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta barn som pårørende for å skape mestring og trygghet i en situasjon hvor en forelder er suicidal?			
P	I	C	O
Children as relatives	Health care		Managing
Young carers	Health trust		Safty
Young caregivers	Mental hospital		Mortality
Children of parents with mental illness	Specializedhealthcare		
Children of parents with psychiatric disorder			
Parental illness			
Parental mental illness			
Parental mental disorder			
Parental psychiatricdisorder			
Parental depression			
Parental suicide			

Vedlegg 2: Søkeord og treff

Database/kilde	Pubmed
Dato for søk	12.04.16
Søkeord og treff	Children of mentally ill parents (20 treff) childhood parental mental illness (1578 treff) parental depression children intervention (126 treff) parental suicide mortality (158 treff)
Kommentarer	Sortert etter relevans og nyere enn 2010. 4 relevante treff, der 3 er offentlig i fulltekst. 1 bestilt gjennom Høgskolen.

Database/kilde	Helsedirektoratet
Dato for søk	20.04.16
Søkeord og treff	Barn som pårørende (195 treff)
Kommentarer	2 relevante treff.

Modell over søkeord og antall treff er utarbeidet ut i fra Helsebibliotekets prosedyre for dokumentasjon av litteratursøk (Helsebiblioteket, 2015).

Vedlegg 3: Kritisk vurdering

Kvalitativ studie	Ja	Uklart	Nei
1. Er formålet med studien klart formulert?			
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?			
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?			
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?			
5. Ble dataen samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?			
6. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?			
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?			
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?			
9. Er etiske forhold vurdert?			
10. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?			
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?			

Kvantitativ studie	Ja	Uklart	Nei
1. Er problemstillingen i studien klart formulert?			
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen?			
3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart formulert?			
4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?			

5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?			
6. Er svarprosenten høy nok?			
7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle?			
8. Er datasamlingen standardisert?			
9. Er dataanalysen standardisert?			
10. Hva er resultatene i denne studien?			
11. Kan resultatene overføres i praksis?			
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?			

Med utgangspunkt i de samme spørsmålsformuleringene har vi utarbeidet forenklede modeller ut i fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenestens maler for kvalitativ studie (2014) og kvantitativ studie (2006).

Vedlegg 4: Samleskjema

METODE				RESULTATER		
Artikkel nr.	Tittel	Type studie?	Utvalg/antall ?	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi til vårt arbeid
	<i>Barn som pårørende.</i>	Multisenterstudie: Kvantitativ	Fem helseforetak: barn, foreldre, lærere og pedagoger	Barn ønsker mer støtte og oppfølging. Ansatte i spesialisthelsetjenesten følger delvis det nye lovverket	Sykdom påvirker både barn og foreldre. Familier har derfor godt utbytte av informasjon og tilpasset hjelp.	Studien er gjort i Norge med bakgrunn av de nye lovendringene. Den tar for seg hvordan lovendringen har påvirket samfunnet, noe vi ønsker å belyse i oppgaven vår.
14: 58	<i>Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents.</i>	Kvantitativ	Helsepersonell ansatt innen psykisk helsevern på sykehus i Norge	Det er noen forandringer når det kommer til identifisering av barn som pårørende	Systematisk strategi for identifisering og kartlegging av barn som pårørende av foreldre med psykisk lidelse er effektivt, men prosessen går sakte. Metoden må brukes over lengre tid for at den skal være suksessfull.	Forskningsartikkelen underbygger gjeldende lovverk ved å få frem viktigheten med å innføre en strategisk fremgangsmåte for å på best måte følge opp barn som pårørende.

883: 892	<i>Preventive interventions in families with parental depression – childrens psychosocial symptoms and prosocial behaviour.</i>	Kvantitativ	16 forskjellige arbeidsplasser i helsevesenet i Finland deltok. Alle pasienter med psykisk lidelse som hadde et barn mellom 8-16 år (uten påvist psykisk lidelse) fikk delta.	Dokumentert effekt på at forebyggende arbeid med barn som pårørende i psykiatri for voksne reduserer risikoen for psykiske lidelser	Studien viser at det å inkludere forebyggende arbeid hos barn som pårørende i psykiatritjenesten i prosedyren for deprimerte, voksne pasienter er effektivt.	Kunnskaper om barn som pårørende er viktig i psykisk helsevern, da forebyggende arbeid kan utgjøre en forskjell og virke helsefremmende
294- 299	<i>Childhood Prenatal Mental Illness: Living with Fear and Mistrust.</i>	Kvalitativ	13 voksne deltakere som selv har vært barn som pårørende.	Barn med som lever med psykisk syke foreldre opplever et liv med frykt og mistillit, som kan gi komplikasjoner senere.	Barns opplevelse av å være barn som pårørende følger dem videre i voksenlivet. Oppfølging av kvalifisert helsepersonell kan være vesentlig i slike situasjoner.	Studien viser viktigheten av god støtte og omsorg rundt barn som pårørende av psykisk syke, og legger vekt på at helsepersonell har et stort ansvar når det gjelder dette.
233-9	<i>Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods.</i>	Kvantitativ	Alle enebarn fra nasjonalt pasientregister eller registeret for bakgrunnen for død, født mellom 1973-1983, hvor informasjon om begge biologiske foreldrene er tilgjengelig.	Det er en sammenheng mellom foreldrenes sykdom og dødlighet, og barns suicidale atferd.	Barn som pårørende av syke eller døende foreldre, er i risiko for å miste sitt sosiale nettverk, og tidligere utvikle suicidal tankegang selv.	Sykepleierens ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid, også for barn som pårørende. Tidlig kartlegging og relasjon, samt tett oppfølging blir vesentlig.

Vedlegg 5: Kartleggings skjema

Kartlegging av barn 0 – 18 år når foreldre mottar helsehjelp

Fyll ut ett skjema for hvert barn – som journalføres

Pasientens navn og fødselsnummer:	Virksomhet:
	Dato:
	Skjema er fylt ut av:
	Sivilstand:
	Antall barn:
	Venter du barn?
Den andre forelderens navn	
Fødselsdato	
Adresse	
Telefon	
Barnets navn	
Fødselsdato	
Adresse	
Telefon	
Søsken, navn og alder?	
Hvem bor barnet fast hos?	
- Foreldreansvar	

- Samværsordninger	
Hvem bor i husstanden sammen med barnet?	
Hvem ivaretar barnet dersom du er innlagt?	
Har barnet andre nære viktige personer?	
Hvor er barnet på dagtid?	
Vet barnet at du mottar hjelp for dine helseproblemer/ vet barnet at du er innlagt?	
Har barnet ditt fått informasjon om din tilstand?	
Er du bekymret for barnet ditt?	
Har barnet kontakt med hjelpe – og tiltaksapparatet?	
Ønsker du kontakt med noen i hjelpeapparatet når det gjelder barnet ditt?	

Hentet fra Helsedirektoratet (2015)

Vedlegg 6: Skjema for samtykke til å gi informasjon

Navn:

Fødselsdato:

.....

Jeg samtykker til at gir informasjon om den situasjonen jeg og mine barn er i, til de instanser eller de personer jeg her gir tillatelse til. Jeg tillater at følgende informasjon kan gis: Alt som anses nødvendig Begrenset informasjon. Følgende kan informeres om:

.....

.....

.....

.....

Sett kryss ved det som tillates:

 Barnehagen til..... Skolen til..... Pedagogisk psykologisk tjeneste i..... Helsestasjon i Helsesøster i..... Barneverntjenesten i Psykisk helsevern for barn og unge Andre.....

Dette samtykket gjelder for følgende tidsrom, eller frem til jeg trekker samtykket tilbake.

Gjelder sykdomsperiode

Gjelder frem til.....

Dato:..... Foresatt.....

Dato:..... Foresatt.....

Samtykkeerklæringen er underskrevet i nærvær av:

.....

(Hentet fra Helsedirektoratet 2015a)

Vedlegg 7:Skjema for samtykke til oppfølging

Barnets navn:

Fødselsdato:

Jeg samtykker til at tar kontakt med de instanser jeg her gir tillatelse til, for at mitt barn kan få nødvendig oppfølging/ henvisning. Skriv inn hvilke instanser som skal kontaktes:

.....
.....
.....
.....

Dato:..... Foresatt.....

Dato:.....Foresatt.....

Samtykkeerklæringen er underskrevet i nærvær av:

.....

(Hentet fra Helsedirektoratet 2015)