



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Barn som pårørende av psykisk syke

Bacheloroppgave i sykepleie

SYK180H

Innleveringsdato: 26.04.13

Kandidatnr: 12

www.uin.no



INNHALDSFORTEGNELSE:

1.0	INNLEDNING.....	s. 3
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	s. 3
1.2	Tema og problemstilling.....	s. 4
1.3	Avgrensning av oppgaven.....	s. 4
1.4	Oppgavens oppbygging.....	s. 4
2.0	METODE.....	s. 6
2.1	Hva er metode.....	s. 6
2.2	Valg av metode.....	s. 6
2.3	Litteraturstudium.....	s. 7
2.4	Metode- og kildekritikk.....	s. 8
2.5	Etiske overveielser.....	s. 8
2.6	Forskning.....	s. 9
3.0	CASE/FORTELLING.....	s. 11
4.0	TEORI.....	s. 13
4.1	Bipolar lidelse.....	s. 13
4.1.1	Bipolar lidelse type I.....	s. 13
4.2	Barn som pårørende.....	s. 14
4.3	Barn av psykisk syke foreldre.....	s. 14
4.4	Barns intellektuelle og psykososiale utvikling.....	s. 15
4.5	Kommunikasjon.....	s. 16
4.6	Undervisning og veiledning.....	s. 17
4.7	Aaron Antonovskys mestringsteori og resiliens.....	s. 18
4.8	Sykepleieteorier.....	s. 19
4.8.1	Joyce Travelbee.....	s. 19
4.8.2	Patricia Benner & Judith Wrubel.....	s. 21
5.0	DRØFTING.....	s. 23
5.1	Lovverk relatert til barn og krav om barneansvarlig personell.....	s. 23
5.2	Barns tilpasning og behov for informasjon.....	s. 25
5.3	Konsekvenser for barn og familieliv når mor er bipolar eller psykisk syk..	s. 26
5.4	Den friske forelderen.....	s. 28
5.5	Å samtale med barn.....	s. 29
5.6	Mestring.....	s. 32
6.0	AVSLUTNING.....	s. 34
6.1	Konklusjon og oppsummering.....	s. 34
7.0	LITTERATURLISTE.....	s. 35
7.1	Pensumlitteratur.....	s. 35
7.2	Selvvalgt pensum.....	s. 36
7.3	Internett.....	s. 37

1.0 INNLEDNING:

**”En av barndommens feller er at man ikke trenger å forstå noe for å føle det. Når forstanden er i stand til å begripe det som har skjedd, er sårene i hjertet allerede for dype”
(Zafon 2004: 36).**

Jeg er inne i mitt 6. og avsluttende semester som sykepleierstudent. I den forbindelse skal det avleveres en bacheloroppgave, med selvvalgt problemstilling som er relevant for utøvelse av sykepleiefaget.

Oppgavens antall ord: 9 689.

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Bakgrunnen for mitt valg av tema er hovedsakelig basert på egen interesse for feltet, da jeg selv har vokst opp med psykisk sykdom i nær familie.

Temaet jeg har valgt, er fremdeles i 2013 i stor grad tabubelagt. Det er et paradoks hvordan de i behandlingen av psykisk syke har vært fokusert på pasientens barndom, uten å inkludere barna til disse pasientene.

Ved selv å ha manglet oppfølging og informasjon, har ført til at jeg har reflektert over hva som kunne vært gjort annerledes. Endringer i lovverket de senere år, har ført til at barna har blitt mer involvert, noe som igjen har resultert i større åpenhet rundt temaet.

Tall fra 2011 viser at 135000 barn har minst en av foreldrene med alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2011). Som sykepleiere i møte med pasientene, er ivaretagelsen av barn som pårørende viktig.

1.2 Tema og problemstilling:

Temaet jeg har valgt er psykiatri, barn som pårørende av psykisk syke. Jeg har valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere medvirke til barns mestring av mors bipolare lidelse?”

Jeg vil fokusere på hvordan sykepleiere kan bidra til økt mestring for disse barna, gjennom større forståelse av mors diagnose. Hvordan disse barna i samtalen bør bli ”sett og hørt”. Gjennom kommunikasjon, undervisning/veiledning og empati, samtidig som det blir regulert av lovverket.

1.3 Avgrensning av oppgaven:

På grunn av oppgavens omfang vil det være nødvendig å avgrense problemstillingen ytterligere.

- Jeg fokuserer på ungdom i alderen 14-17 år, men velger å omtale dem som barn.
- Deres møte med helsepersonell gjelder når mor er innlagt i spesialisthelsetjenesten.
- Omsorgssvikt utelukkes, da far fremgår som ”den friske forelderen”, og er i stand til å ivareta barnet, slik det fremgår av casen/fortellingen.
- Jeg har valgt bipolar lidelse type I, da det kategoriseres som alvorlig psykisk lidelse, og casen/fortellingen omhandler denne.

1.4 Oppgavens oppbygging:

Oppgaven påstår av 7 deler: Innledning, metode, case/fortelling, teori, drøfting, avslutning og litteraturliste.

Innledningsvis har jeg redegjort for bakgrunn for valg av tema, problemstilling og avgrensning av

oppgaven.

I metodedelen er det gjort rede for hva metode er, valg av metode, litteraturstudium, samt kritikk av kilde og metode. I tillegg består den av forskning, og aktuelle fagartikler relatert til tema samt en case/fortelling som ligger til grunn for selve oppgaven.

Videre følger teoridelen. Her gjør jeg rede for aktuell teori, knyttet opp mot valg av tema og problemstilling. Dette blir drøftet i drøftningskapittelet som følger etter teoridelen.

Avslutningsvis: Oppsummering og konklusjon. Helt til slutt en oversikt over pensum- og selvvalgt litteratur, samt artikler og funn på internett som har vært med på å bygge opp om oppgaven.

2.0 METODE:

2.1 Hva er metode?

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder (Aubert, V. I: Dalland 2007: 83).

Dalland (2007) sier videre at metoden forteller oss på hvilken måte, hvordan vi når målet for komme frem til den. Gjennom enten kvalitativ eller kvantitativ metode fremskaffes kunnskapen. Metoden bestemmes ut fra hva vi ønsker å belyse, og finne data eller svar på. Slik at problemstillingen blir besvart på en relevant og interessant måte.

De kvantitative metodene har den fordel at de tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde.

De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2007: 84).

2.2 Valg av metode:

Oppgave har jeg valgt å gjennomføre i form av litteraturstudium, basert på narrativ - kvalitativ metode. Narrativ vil si å legge en fortelling til grunn. Hensikten er at følelsene av de faktiske livs hendelsene kommer frem, i motsetning til en historisk fremstilling hvor en antakelse av hvordan noe opplevdes ligger til grunn (Haugland et al. 2012).

Kvantitativ metode er meget godt egnet til å samle målbare data om fenomener men er utilstrekkelig når det kommer til å fange opp fenomener som ikke lar seg måle eller tallfeste, som opplevelse og følelser. Kvalitativ metode er basert på tolkning, og denne oppgavens data er basert på det. Opplevelsen av mors bipolare lidelse, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til mestring.

Den kvalitative metoden har en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap, som fokuserer på forståelse og fortolkning. Tekst, språk og handling ligger til grunn for dette. Hvordan omgivelsene kan forstås og tolkes, og hvordan handler man så ut fra dette? Som redskap brukes kvalitative metoder, der de ofte uttrykkes i brede beskrivelser og kvaliteter (Aadland 2004).

2.3 Litteraturstudium:

Oppgaven er hovedsakelig bygd opp på bakgrunn av pensum- og selvvalgt litteratur knyttet opp mot problemstillingen og casen/fortellingen. Jeg har brukt relevante forsknings- og fagartikler, som jeg gjennom bibliotekets databaser har kommet frem til. Da problemstillingen tilsier at det skal tas hensyn til jus, har det vært nødvendig å bruke lovverk som en del av litteraturen.

Offentlige publikasjoner, fagleksika og ordbøker har også vært med på å bygge opp under oppgaven.

Både før og underveis i arbeidet med oppgaven har jeg vært i kontakt med flere interesseorganisasjoner som arbeider for barn av psykisk syke, her kan nevnes ”Voksne for barn” og ”Barn som pårørende”. Jeg har også vært i kontakt med barneansvarlig personell. Disse har i tillegg til og kommet med nyttige råd angående god litteratur på området, også delt erfaringer, både knyttet opp mot stillingene sine og generelt om barn av psykisk syke.

Jeg har brukt Universitetets nettbibliotek, BIBSYS og en rekke databaser som Helsebiblioteket, Lovdata og PubMed. I tillegg har Norsk sykepleierforbund (sykepleien.no/forskning) og Tidsskrift for Den norske legeförening (tidsskriftet.no) vært brukt for relevante forsknings- og fagartikler.

Søkeord som har blitt benyttet, både enkeltvis og kombinert er: ”barn som pårørende”, ”ungdom som pårørende”, ”mor og psykiatri”, ”bipolar”, ”informasjon”, ”children”, ”clients”, ”parents”, ”kommunikasjon” og ”mental illness”.

2.4 Metode- og kildekritikk:

Fordelen ved å bruke en narrativ – kvalitativ metode er at tidligere forskning og data innenfor det bestemte tema kan benyttes (Dalland 2007).

Oppgaven er hovedsakelig basert på pensum- og selvvalgt litteratur. Pensumlitteraturen har vært et godt utgangspunkt for oppgaven. I tillegg har det vært nødvendig å innhente kilder utenom pensum for å få gått i dybden på problemstillingen, samt det faktum at det var et av kriteriene for selve oppgaveskrivingen. Flere av bøkene jeg har brukt har vært over 5 år gamle, men de har da stått sentralt i forhold til problemstillingen og de har fremdeles god relevans og gyldighet. Dette har vært viktige kriterier med tanke på utvelgelsen av kilder.

Primær- og sekundærlitteratur har vært brukt om hverandre. Primærlitteratur er skrevet av forfatterne selv, mens sekundærlitteratur er tolkning av andres arbeider. Sekundærlitteraturen samler, forklarer og organiserer primærlitteraturen. Det uheldige ved bruk av sekundærlitteratur er at informasjonen eller budskapet kan bli noe endret på grunn av faren for subjektiv tolkning av primærlitteratur (Dalland 2007).

2.5 Etiske overveielser:

Sykepleiere står ofte i situasjoner der det må foretas valg, hvor ulike verdier og interesser gjør seg gjeldende. Konsekvensene dette får for pasienter, pårørende, kollegaer, arbeidsgivere eller samfunnet generelt, er basert på valgene som fattes. Etikken har hatt en sentral rolle i sykepleieres yrkesrolle. Det ble for første gang i 1983 nedskrevet ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere”. Disse har i de senere år blitt revidert, og også oversatt til engelsk. Endringene er ikke radikale, grunnlaget er uendret, men retningslinjene gir styrket oppmerksomhet på sykepleiens forebyggende og helsefremmende oppgaver, sårbare gruppers særskilte behov, nødvendig miljøhensyn og fremtidige spørsmål om rekruttering.

Disse retningslinjene er sykepleieres viktigste verktøy i møte med etiske spørsmål og dilemmaer (Molven 2010).

I alle studier der det fokuseres på mening og innhold, altså kvalitative studier, har etiske overveielser stor betydning. Dette for å ivareta personene som i en eller annen form er berørt (Dalland 2007).

I denne oppgavens fortelling/case er hovedpersonen anonymisert, med det fiktive navnet "Lotta".

2.6 Forskning:

Forskning om barn av psykisk syke tok til i 1970-årene, men først de senere år har disse barna blitt synlige. De har altså med rette blitt kalt "de usynlige" (Killén 2009).

I de senere år har barn av psykisk syke vært et eget tema innen psykiatrien. Endringer i lovverket har ført til at det nå er påkrevd med fokus på ivaretakelse av disse barna. At barn tilpasser seg og kompenserer gjør at de kan fremstå som velfungerende og ressurssterke. I terapi med barnet kartlegges dette. Uforutsigbarheten er en belastning, så vel som en risikofaktor for uheldig utvikling. De har ikke tid til å vente på og eventuelt bli godt ivaretatt hjemme, dette må gjøres nå for å hindre at de blir skadelidende (Alnes 2011).

Oppmerksomheten rundt de uheldige konsekvensene for barn som har vokst opp med psykisk syke foreldre har vokst i takt med forskning de siste årene. Prosjektet Morild (et nettbasert møtested for barn av psykisk syke), har sett på hva som kan gjøres for å begrense eller forebygge psykisk sykdom hos barn, som har vokst opp med en psykisk syk forelder. Funnene som ble gjort var skam, skyldfølelse, ansvar, isolasjon, uforutsigbarhet, forvirring, redsel, nedstemthet og fysiske mangeltilstander (spiseforstyrrelser, depresjon, psykose).

Det ble skissert klare enkle retningslinjer for hovedbudskapet, disse bestod i:

- øke barns kunnskapsnivå
- avlaste skyld og skam
- utvikle barns ulike handlingsmuligheter
- lære barna å oppdage og forstå egne behov, følelser og muligheter
- kommunisere følgende budskap: Du er ikke alene, og du har rett til å ha det bra selv om ikke mor eller far har det bra!

Innen hjelpeapparatet er det lagt sterke føringer for hva som er den enkeltes institusjon eller profesjons ansvar. Det var lenge slik at mennesker med økt behov for hjelp, ble skjøvet rundt i systemet, og Morilds ønske var at den som først identifiserte problemet, grep fatt i det (Vik 2002).

Denne artikkelen er fra 2002, det har skjedd endringer etter det. Krav om barneansvarlig personell ble innført i 2009, med de plikter det medførte. Selv om artikkelen er over 10 år gammel valgte jeg å ta den med for å belyse at risikofaktorene og retningslinjene for barna fortsatt er gjeldende. I forhold til hva som bør formidles på best mulig måte. Omsorg, medmenneskelighet, anerkjennelse og respekt er trolig fremdeles gjeldende som virkemidler for å hjelpe barna. Det er det vi ønsker å oppnå, og forhåpentligvis er regler og krav fra myndighetene et godt virkemiddel på veien mot målet.

Det er også verd å nevne at det ble gjort en analyse av Morild prosjektets svartjeneste i en masteroppgave fra 2009. Ord som ”redd” og ”livredd” var de som gikk igjen flest ganger og fikk desidert flest treff blant de emosjonelle ordene. Over 1/3 av treffene inneholdt disse ordene. Hva denne redselen innebar, viste seg i stor grad å være knyttet opp mot bipolare lidelser og biologisk- og sosial arv (Eide og Rohde 2009).

Det ble i 2005 utført en kvalitativ forskningsstudie i Finland, der målet var å kartlegge sykepleieres samspill med barn av psykisk syke, når mor eller far er innlagt i voksenpsykiatrien og hvordan virkning dette har på barnet. Funnene i undersøkelsen viste at disse barna generelt ikke var ”usynlige” for sykepleierne. Selv om dette i stor grad hos den enkelte sykepleier avhenger av personlige egenskaper, kjønn, alder, videreutdanning og yrkeserfaring og om de selv er foreldre. Kunnskap, risiko for disse barna og implementering om forebyggende tiltak, bør i større grad inkluderes i sykepleiens grunnutdanning.

Sykepleieres direkte og hyppige kontakt med pasienter og deres barn, gjør at de står i en unik posisjon til å vurdere barnas situasjon og gripe fatt i problemene før de oppstår (Koronen et al. 2008).

3.0 CASE/FORTELLING:

”Lotta” er en ung kvinne, i begynnelsen av 30-årene. Hun har vokst opp med mor, far og en 7 år eldre bror. ”Lottas” familie var såkalt vellykket. Gode oppvekstvilkår, høy sosial rang, ja utad var de den perfekte kjernefamilien. Og alt var bra, det var fint og harmonisk, helt frem til tenåringsperioden til ”Lotta”. Det var da problemene startet.

”Lotta” kunne være rundt 13 år, broren hadde flyttet hjemmefra og faren var mye borte i perioder på grunn av jobb. ”Lotta” ble derfor mye alene sammen med moren. Moren var en aktiv, omgjengelig og hyggelig person, hun var godt likt blant venner og kollegaer. Var kjent for å ”være litt sprø”, men på en morsom og hyggelig måte. ”Lottas” venner likte godt å være sammen med moren, hun var jo så snill og, litt ulik deres foreldre. ”Lotta” hadde på mange måter samme inntrykk av moren, men hun visste aldri hvor hun hadde moren. Hun ante ikke om hun var høyt oppe, eller langt nede, når hun kom hjem fra skolen om dagene. Som hun selv uttalte det, ”når mamma er glad er hun så veldig glad, og når hun er trist er hun så veldig lei seg...”. Hun var ofte flau over moren, og det var vanskelig å snakke med andre om dette. Lite ante ”Lotta” da hva dette dreide seg om. I perioder gjorde, og sa moren til ”Lotta” rare ting. Allerede da merket ”Lotta” seg at ofte var dette lite gjennomtenkt. ”Lotta” hadde bestandig hatt et nært og godt forhold til sine besteforeldre, særlig bestemødrene. Hun snakket ofte til dem om morens adferd og tanker omkring dette. Hun følte dette hjalp henne, til dem kunne hun fortelle alt. Men, hun savnet å kunne snakke åpent med faren om dette. Hun forsøkte, men følte aldri hun nådde helt inn til han. Det var som han prøvde å skjule noe, med å la være å fortelle. Han bagatelliserte og sa til stadighet at det ikke var noe å bry seg om, det kom sikkert til å løse seg etter hvert.

Da ”Lotta” nærmet seg 18 år hendte det noe. Hun kom hjem sent en kveld. Moren stod i gangen, svart i blikket. ”Lotta” følte med en gang at hun hadde gjort noe galt, at moren bare stod og ventet på henne. Moren begynte å rope usammenhengende, skrike at hun var fanget i eget hjem og at ”Lottas” far aldri hadde vært snill med henne. ”Lotta” ble engstelig, ikke for at hun trodde dette hadde noe rot i virkeligheten, men å se moren slik var skremmende. ”Lotta” gav henne bilnøklene, ba henne kjøre av gårde og forsikret moren sin om at hun ikke var innesperret. Moren reagerte ikke, men stod bare og stirret apatisk på ”Lotta”. Etter noen minutter kom ”Lottas” far ned fra 2.etg. Han tok raskt over situasjonen, ba ”Lotta” gå og legge seg og sa han skulle forklare mer i morgen. Han skulle ta moren med til legevakten. Trolig ble dette morens første møte som pasient i psykiatrien.

De første dagene, kanskje en uke etter innleggelsen ville "Lottas" mor bare ha besøk av hennes mann, "Lottas" far. "Lotta" fikk altså ikke treffe moren, men faren forsikret henne om at moren hadde det fint, hun fikk behandling, så ville hun etter hvert komme hjem og alt ville bli bra igjen. "Lotta" ville ikke dette, ville ikke at alt skulle bli som før. Alt var jo ikke bra, tvert i mot. "Lotta" kjente seg tryggere når det var bare henne og faren, alt var mer forutsigbart. Hun visste alltid hvor hun hadde faren, trengte ikke bekymre seg for om han var høyt oppe eller langt nede...

Inni seg slet "Lotta" med et kaos av følelser, hun bebreidet seg selv for ikke å være nok glad i moren, hadde alt vært bedre om moren ikke fantes mer? Var noe av dette hennes skyld? Visst kunne hun være en prøvelse noen ganger, men hun trodde ikke hun var noe verre enn noen av sine venninner, og hun følte ofte at handlingene hennes var et resultat av hennes dårlige forhold til moren. "Lotta" ønsket at moren var normal, at de kunne ha et slikt forhold som hennes venninner hadde til sine mødre. Når slike spørsmål og tanker strømmet på, var det godt å ha besteforeldrene å gå til. Der kunne hun snakke om alt. Hadde bare også faren forstått.

4.0 TEORI:

4.1 Bipolar lidelse:

Bipolar lidelse er en samlebetegnelse for flere lidelser, som har til felles at det er store variasjoner i stemningsleiet. Bipolar lidelse type I kjennetegnes ved unormal oppstemthet (mani) og perioder med depresjon. Til forskjell fra type II som inneholder depresjon og hypomani (lettere form av mani), der det er depresjonene som har størst belastning. Ved unipolar lidelse har en depresjoner til felles med de øvrige, de maniske eller hypomane fasene er utelatt (Snoek og Engedal 2008).

4.1.1 Bipolar lidelse type I:

Tilstanden kjennetegnes av svingninger mellom tung depresjon og urealistisk kritikkløs oppstemthet. Det er store individuelle forskjeller, varigheten på periodene kan variere fra få uker til flere måneder. Mellom disse bølgene av mani og depresjon, kan personen fungere godt og være uten tegn på psykisk sykdom. Noen kan ha hyppige maniske perioder, med en påfølgende nedstemt fase. Mens andre igjen kan ha lange depressive perioder, som blir avløst av en manisk fase.

De maniske fasene er ofte preget av stor selvtillit, høyt aktivitets- og tankenivå, lite søvn og ukritiskhet (endret dømmekraft).

I den depressive fasen er tristhet, lite gleder, trøtthet, redusert energi og tiltakslyst, konsentrasjonsvansker, dårlig matlyst, angst, skyldfølelse og søvnproblemer kjente problemer. Tanker rundt å ta sitt eget liv er også utbredt i disse periodene (Rådet for psykisk helse 2010).

I enkelte tilfeller kan personer i de nevnte fasene opptre psykotisk, de mister evnen til å vurdere seg selv og omgivelsene realistisk. I de maniske fasene settes store prosjekter som kan få fatale konsekvenser for familie, jobb og formue på spill. Pågangsmotet og optimismen er enorm. Mens de depressive periodene preges av enorm selvkritikk, følelsen av å være en belastning for alle rundt seg og da spesielt de nærmeste (Rådet for psykisk helse 2010).

4.2 Barn som pårørende:

”Barn som pårørende” er både et vanskelig og enkelt begrep. Grunnen til dette er at jussen har klare definisjoner som ikke alltid samsvarer med ”virkeligheten”. Vi er våre foreldres barn hele livet, mens vi juridisk sett er myndige når vi fyller 18 år (vergemålsloven § 1). Helsepersonelloven § 10a er ment å omfatte mindreårige barn som pårørende, og helsepersonells plikter dette innbefatter.

I følge pasientrettighetsloven § 1-3 stilles det krav til hvem som er pasientens pårørende, dette skal være en myndig person. Dette gjør at det lett kan skapes en del forvirring i det daglige, både blant pasienter, pårørende og helsepersonell (Haugland et al. 2012).

Barn av psykisk syke har særskilte behov. Foreldrene bekymrer seg for om barna blir ivaretatt når de ikke er til stede, om de tar skade av sykdommen og om den er arvelig. Dette er tema som kan være vanskelig for foreldrene å snakke om, de vil trolig føle en lettelse dersom behandlerne tar det opp (Snoek og Engedal 2008).

4.3 Barn av psykisk syke foreldre:

Forskning viser at barn av psykisk syke foreldre er mer disponert for selv å utvikle psykisk lidelse. De er dessuten mer sårbar for psykiske lidelser generelt. Hvor stor rolle de genetiske faktorene spiller er derimot uklare (Sølvberg 2011).

Barn av psykisk syke var tidligere et tabubelagt tema, som det verken hjemme eller ute skulle snakkes om. Heldigvis er dette i ferd med å slippe taket.

Kognitivt er disse barna svært belastet, de opplever at foreldrene til stadighet endrer adferd, noe som for et barn kan virke svært skremmende. I tillegg tvinges barnet til å dekke over hvor dårlig det står til hjemme, dersom dette er noe som ikke skal snakkes om. Å leve med en konstant uforutsigbarhet over hvordan mor eller far oppfører seg og reagerer, er en kronisk belastning for et barn (Killèn 2009).

Foreldrerollen kan oppdeles i syv funksjoner;

- evnen til å oppfatte barnet realistisk
- evnen til realistiske forventninger om de avhengighets- og følelsesmessige behov barnet kan dekke
- evnen til realistiske forventninger til barnets mestring
- evnen til å engasjere seg positivt i samspill med barnet
- evnen til empati med barnet
- evnen til å prioritere barnets mest grunnleggende behov fremfor egne
- evnen til å bære egen smerte og frustrasjon uten å måtte avreagere på barnet (Killén 2009: 191).

Killén mener videre at ved fravær av en eller flere av disse egenskaper over tid, er det stor sannsynlighet for at barnet tar følelsesmessig skade. Det er ikke dermed sagt at det utvikler seg til en psykisk lidelse for barnet, men konsekvensen kan bli en personlighetsutvikling som fører til større utfordringer for barnet, større enn for de som ikke utsettes for psykiske lidelse.

4.4 Barns intellektuelle og psykososiale utvikling:

For å forstå og differensiere følelsesmessige problemer som oppstår i barnealderen, er det nødvendig å ha utviklingspsykologisk kunnskap, det vil si kjennskap til barns normale utvikling og hva vi kan vente av barn på ulike alderstrinn (Snoek og Engedal 2008: 146).

Sigmund Freud (1856-1939), nevrolog og psykolog fra Østerrike har hatt en enorm innflytelse på klinisk psykologi og psykiatri. Han var opptatt av å studere menneskets sinn og psyke. Særlig kjent var han for å beskrive vår betydning av barndommen. Hvordan utviklingen av personligheten foregår i faser – fra fødsel til pubertet.

Grunnlaget for vår personlighet blir dannet i de 5-6 første leveårene, i følge Freud. Her utvikles egoet, jeget vårt. For utvikling av dette, må barnet oppleve trygghet (Haugum og Kristoffersen 1995).

Fra fødselen av og frem til barnet fremstår som en voksen, regner vi med at det tar omkring 20 år. Gjennom disse årene skjer det store endringer i hvordan verden oppleves for hver enkelt person.

Endringene sees i adferd, hvordan praktisk- og intellektuelle utfordringer løses, hvordan hver og en opplever og uttrykker følelser, relasjoner og forskjellige sosiale og kulturelle virksomheter.

Denne prosessen eller de prosessene er det vi kaller utvikling. Det er den som fører til at hvert enkelt individ utvikler unike fysiske, kognitive og personlighetsmessige egenskaper. Gjennom denne prosessen etableres personlige relasjoner, og personen finner sin plass i samfunnet. Kulturalisering er et viktig element gjennom utviklingsprosessen. Det vil si at barn tilegner og tilpasser seg den kulturen de vokser opp i (Tetzchner 2001).

Ungdomsalderen (12-18 år) har fått mindre oppmerksomhet i utviklingspsykologien enn lavere alderstrinn. At den er karakterisert som en vanskelig tid, er noe både unge, foreldre, psykologer og pedagoger er enige om. Denne alderen er en overgangsfase som inneholder elementer av både barn og voksen. Ungdommer opplever flere hendelser som emosjonelt negative enn yngre barn gjør. Pubertet, usikkerhet, forandringer, stress og krav som stilles har trolig sammenheng med dette (Tetzchner 2012).

Arv og miljø har stått sentralt i forhold som påvirker barns personlighetsutvikling. I tillegg har bestemte miljøforhold (eksempel omsorgssvikt) og enkelthendelser på forskjellige alderstrinn (eksempel skilsmisse) vært viktig å legge til grunn (Tetzchner 2001).

Psykolog Helge Sølvsberg har mange års erfaring med forskning og undervisning innenfor feltet psykisk sykdom og familiesamspill. Han påpeker at de tidligste barneår er en sårbar periode. Men evalueringsresultatene etter undersøkelser viser at grunnskolealder og tenårene er vel så sårbar når det gjelder psykisk sykdom blant foreldre (Sølvsberg 2011).

4.5 Kommunikasjon:

*... defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Begrepet "kommunikasjon" kommer fra det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. I dagligspråket brukes begrepet om en rekke fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett og massekommunikasjon gjennom globale satellittnettverk (Eide og Eide 2009: 17).*

Eide og Eide (2009) påpeker at vi gjennom yrkesrollen som sykepleiere, kommuniserer med pasienter eller pårørende på en annen måte enn i dagliglivet, nemlig profesjonell kommunikasjon. Vi kommuniserer med pårørende, pasienter eller personer som av forskjellige grunner trenger, søker eller har blitt henvist til oss for hjelp eller assistanse. Vi kommuniserer ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere, som hjelpere. En hjelpende funksjon i kraft av faglig kompetanse og posisjon.

Barn og unge er, som voksne svært forskjellige. Dette har å gjøre med livserfaring, biologiske forutsetninger og utviklingsfase. Ethvert barn og enhver ungdom er unik. Det finnes derfor ingen oppskrift på hvordan kommunisere med barn og unge, men det fins gode ledetråder som kan ha god nytteverdi. Tillit er en forutsetning for god relasjon og kontakt, dette er noe som må bygges opp. Det kan være lurt å prøve seg frem gjennom forskjellige metoder. Å vise at vi ser og forstår, og det å informere og forklare slik at barnet forstår, bidrar til trygghet (Eide og Eide 2009).

Ruud (2011) understreker særlig tre viktige prinsipper for god kommunikasjon med barn og ungdom.

- Å skape mening i situasjonen, bidra til at barnet forstår hva hun har opplevd.
- Å la barnet/ungdommen beholde verdigheten, på tross av at livssituasjonen er vanskelig.
- Å anerkjenne barnet. Bidra til aksept eller godkjenning av hvordan barnet presenterer seg selv, og måten eller situasjonen blir fremstilt.

4.6 Undervisning og veiledning:

... kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten 2008: 71).

Dette er en generell definisjon i følge Tveiten (2008). Veiledning er formell, pedagogisk virksomhet, denne virksomheten har en bevisst hensikt. Den som veiledes skal oppdage og lære, slik at læringen fører til økt mestringskompetanse. Dialogen er hovedformen for veiledning, den kan bidra til oppdagelse hos veileder og den som veiledes. Derfor er oppdagelse sentralt i

veiledning, dette foregår hos hvert enkelt menneske. Ingen oppdager noe for noen, det må foregå hos den enkelte. Veilederen kan legge til rette for at dette gjøres hos den som veiledes, slik lærer den enkelte, og mestringskompetansen øker.

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kollegaer (Tveiten 2008: 30).

4.7 Aaron Antonovskys mestringsteori og resiliens:

Aaron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk-amerikansk sosiolog og akademiker. Han tok doktorgraden sin ved Yale University og emigrerte senere til Israel, hvor han underviste ved institutt for medisinsk sosiologi ved Det hebraiske universitetet i Jerusalem. Antonovsky var særlig kjent for sin forskning om sammenhengen mellom stress, helse og velvære.

”Opplevelsen av sammenheng” (OAS), danner grunnlaget for mestringsteorien hans, gjennom komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky mener helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men hvordan vi takler det som skjer i livet. Gjennom ytterpunktene syk og frisk, står betydningen av å fokusere mer på hva som fremmer god helse, fremfor hva som forårsaker sykdom (Antonovsky 2012).

Antonovskys teori kan knyttes opp mot det relativt nye begrepet resiliens. Resiliens betegner personer som har vært utsatt for markante belastninger i livet sitt, men som likevel synes å komme tilbake til utgangspunktet uten varige mén. Ofte viser det seg også at slike personer trolig har vokst eller kommer styrket ut av hva de har gjennomgått. Gjennom motstandsdyktighet og god tilpasning, til tross for økt risiko i barns oppvekst- eller familieforhold, som i dette tilfellet mors psykiske lidelse, utvikler de resiliens (Waaktaar og Christie 2000).

Det er gjennom forskning gjort funn i barns personlige egenskaper, barns familiesituasjon og nettverket rundt barnet, omkring hvilke barn som utvikler resiliens. Blant de personlige egenskapene ble det gjort funn som medfødte ressurser, mestring og opplevelse av sammenheng i

livet. I familiesammenheng ble funnene gjort der minst en forelder fungerer bra, sterke slektsbånd, felles verdioppfatninger i hjemmet og der foreldre tillater hjelp fra andre. I tillegg ble funnene gjort der det var fastere struktur, regler og grenser. I nettverket rundt barna lå betydningen i å ha hatt oppfølging fra minst én person gjennom oppveksten og gruppetilhørighet med jevnaldrende (Waaktaar og Christie 2000).

4.8 Sykepleieteorier:

Jeg har valgt å legge Joyce Travelbees medmenneskelige sykepleie teori til grunn for denne oppgaven. I tillegg vil jeg skrive litt om Patricia Benner og Judith Wrubels mestringsteori. Begrunnelsen for dette ligger i at begge teorier belyser hovedaspektene i utførelsen av sykepleie for min valgte problemstilling. Både Travelbee, Benner og Wrubels teori er såkalte interaksjonsteorier som vektlegger samhandling mellom sykepleier og pasient. Det sentrale her er at mennesket selv tillegger hendelser og situasjoner mening. Individets oppfatninger danner grunnlaget for egen adferd og reaksjoner.

Kommunikasjon, selvbilde og rolle står som sentrale begrep i interaksjonsteoriene. Da det er gjennom kommunikasjon meninger og opplevelser deles. Selvbildet vårt påvirkes av hvordan vi evner og hvilke muligheter vi har til å fylle våre roller i samsvar med etiske og sosiale normer (Kristoffersen et al. 2005).

Nedenfor vil jeg gjøre kort rede for de utvalgte teoriene.

4.8.1 Joyce Travelbee:

Joyce Travelbee ble født i USA i New Orleans i 1926. Hun døde 47 år gammel. Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleierutdanningen. Hun startet i 1971 med sin doktorgrad, men fikk ikke fullført denne før sin død i 1973 (Travelbee 1999).

Sykepleierens oppgave kan i følge Travelbee kort sammenfattes i følgende punkter:

- *å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ*
- *å utvikle et "menneske – til – menneske - forhold" til pasienten, for dermed*
- *å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleierens hensikt (Eide og Eide 2007: 135).*

Travelbee definerer sykepleie på følgende måte:

... en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999: 29).

Dette er altså hensikten og målet med sykepleien i følge Travelbee (1999). Målet oppnås gjennom menneske-til-menneske-forhold. Ved at en eller flere opplevelser eller erfaringer deles av sykepleieren og den syke, eller de som har behov for sykepleierens tjenester, opprettes dette forholdet. Forholdet kjennetegnes ved at behovene til personen selv, familien eller samfunnet blir ivaretatt. Det gjøres blant annet ved at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Som vil si bevisst å bruke egen personlighet og kunnskap for å bedre forandring hos den syke eller trengende.

Lidelse og tap står sentralt i Travelbees sykepleiesammenheng. Før eller siden vil alle mennesker erfare lidelse, det er en del av livet. Opplevelsen av den vil dog være forskjellig fra individ til individ, det samme gjelder evnen til å søke etter meningen ved lidelsen. For å erfare lidelsen må individet oppleve situasjonen som smertefull, det kan være situasjonen av å være maktesløs (Travelbee 1999).

Håpets motiverende faktor bak menneskenes handlinger, gjør oss i stand til å mestre vanskelige situasjoner. Travelbee mener at den profesjonelle sykepleieren ved å være tilgjengelig, og villig til å hjelpe, ved for eksempel samtaler, opprettholder håp og unngåelse av håpløshet hos den syke eller hans familie. Sykepleieren kan ikke gi håp, men hun kan legge til rette for det, dette gjøres gjennom tillit, som sykepleieren skal gjøre seg fortjent til.

I sykepleiesituasjonen er menneske-til-menneske-forholdet, virkemidlet som nettopp gjør det mulig for sykepleieren å oppnå målet og hensikten for pleien, i følge Travelbee (2009). Enten det er å hjelpe individet (eller familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne

mening med disse erfaringene.

Sykepleierens mål og hensikt er med på å bidra til alt som blir sagt og gjort for den syke. I hvilken grad den syke eller familien har fått hjelp til mestring viser seg i det endelige målet på sykepleiekompetansen. Ved å gå bevisst inn for å bli kjent med, og ivareta den sykes (eller familiens) behov, er sykepleieren et skritt nærmere menneske-til-menneske-forholdet.

4.8.2 Patricia Benner & Judith Wrubel:

Benner og Wrubel er amerikanske sykepleiere født i henholdsvis 1934 og 1942.

Teorien deres går ut på å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom. Utgangspunktet for dette er hva som er viktig for den enkelte, og meningen hun legger i situasjonen. Dette er også sykepleiens mål og hensikt i følge Benner og Wrubel. Sykepleieren hjelper individet til å mestre situasjonen, på bakgrunn av hva som er verdifullt for den enkelte og ut fra situasjonen man befinner seg i. Mottakeren av sykepleien befinner seg i en situasjon der stress i forbindelse med helsesvikt, tap eller sykdom gjør livssituasjonen truet (Kristoffersen et al. 2005).

Benner og Wrubels forståelse av stress, bygger på Lazarus prosessmodell for forståelse av stress. Han hadde et fenomenologisk syn på stress, som omfatter personen selv, og den situasjonen han befinner seg i.

Stress blir et resultat av hvilken mening personen oppfatter at situasjonen har for ham, når situasjonen innebærer utfordringer, tap, trussel eller skade. Det er altså knyttet til at man fysisk, følelsesmessig og/eller intellektuelt oppfatter at ens vante fungering er brutt sammen (Konsmo 1995: 80).

I følge Benner og Wrubel kan stress mestres både ved involvering og engasjering, og ved å distansere og kontrollere seg. Hvordan man befinner seg i situasjonen, er avgjørende for mestring av den. Dette blir knyttet opp mot en rekke faktorer som blant annet tidligere erfaringer, innholdet og hva man bryr seg om. Som behandler er det viktig å ha kjennskap til hvordan disse faktorene påvirker mestringsmulighetene til pasienten.

Meningsløshet og manglende tilhørighet er de største truslene mot mestring, enten man er pasient,

pårørende eller sykepleier. Grunnlaget for mestring er altså å bry seg om noe(n) og ha omsorg for det/den. Det er helt nødvendig at sykepleierne bryr seg om pasientene og involverer seg for å yte omsorg, og omsorgen er helt essensielt i sykepleien.

Benner og Wrubel understreker videre viktigheten av at sykepleieren ivaretar pasientens pårørende. Dette vil komme pasienten til gode, i form av støtte. De trenger hjelp til å forstå og takle den vonde situasjonen, da deres livs verden har blitt forandret (Konsmo 1995).

5.0 DRØFTING:

På bakgrunn av presentert teori og casen/fortellingen, tar jeg nå for meg drøftingsdelen. Drøftingen er et resultat av lært teori og erfaringer knyttet opp mot praksis. Som nevnt under tema og problemstilling er kommunikasjon, veiledning og empati sentrale begrep. For å øke graden av mestring, må forståelsen av diagnosen ligge til grunn. Utfordringen til sykepleierne ligger her. Hvordan vi kommuniserer og veileder i samtalene gjennom empati, og forholder oss til lovverk og yrkesetiske retningslinjer er viktige stikkord for problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere medvirke til barns mestring av mors bipolare lidelse?

5.1 Lovverk relatert til barn og krav om barneansvarlig personell:

I 2009 ble det gjort endringer i Helsepersonelloven, som skal bidra til at barn i større grad enn tidligere får nødvendig informasjon om mor eller fars psykiske lidelse. Hva som er nødvendig informasjon og formidlingen av om lidelsen, er et omdiskutert tema. Dette er individuelt, og må tilpasses hvert enkelt barn med tanke på alder, modenhet og utviklingsnivå (Haugland et al. 2012).

I følge kapittel 2 i Helsepersonelloven (1999), § 10a plikter helsepersonell å bidra til ivaretagelse av mindreårige barn som pårørende.

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

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

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet

- a) *samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale*

- b) *innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig*
- c) *bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.*

Det er videre påkrevd at alle helseinstitusjoner som omfattes av Spesialisthelsetjenesteloven (1999) skal ha barneansvarlig personell (§ 3-7a). Barneansvarlig personell har ansvar å fremme og koordinere behandlere i oppfølging av mindreårige barn til blant annet psykisk syke.

Barneansvarlig personell har en rekke arbeidsoppgaver knyttet til stillingen sin. De skal blant annet støtte og bistå behandlingsansvarlige i gjennomføring av samtaler med foreldre og barn. Samarbeid og oppfølging med andre instanser og tjenestenivå ligger også under deres ansvarsområde. Det samme gjelder å påse at informasjonsmateriell er tilgjengelig for pasienter, pårørende og ansatte. Hjelpemidler og annet materiell tilgjengelig for lek og samtaler med barn er også barneansvarlig sitt ansvar.

Det er viktig at barneansvarlig(e) tilegner seg kompetanse for hvordan samtale og kommunisere best mulig med pasienten om hans/hennes rolle som forelder, samarbeid med den andre forelder, samt hvordan man samtaler med barn og foreldre.

Sentral kunnskap for barneansvarlige kan være:

- Lovverket relatert til barn, for eksempel barnevern og taushetsplikt.
- Hvordan man utvikler prosedyrer og retningslinjer.
- Hvordan 1.linjetjenesten er organisert og hvordan man utvikler og ivaretar samarbeidsrutiner.
- Normale faser i barns utvikling og hvordan tilpasse informasjon på ulike utviklingstrinn.
- Hva som kan særprege de ulike sykdomstilstandene og hvilke konsekvenser dette kan få for barnet.
- Hvordan pasientens problemer kan prege hele familielivet og de konsekvenser det kan få for barnet.
- Hvordan omsorgspersoner som ikke er pasienter, forholder seg når nære familiemedlemmer trenger behandling (Helsedirektoratet 2010).

5.2 Barns tilpasning og behov for informasjon:

Behovet for informasjon handler om behovet for kunnskap og viten om hva psykiske lidelser er/kan være; fra hjelpeapparatet til alle medlemmer i familien. Barn trenger kunnskap om hvordan foreldrenes psykiske lidelse virker inn på deres oppførsel og måter å reagere på (Mevik og Trymbo 2002: 58).

Det er dessverre en utbredt forestilling hos mange voksne med psykiske lidelser at barn skal skånes fra vanskelige ting i livet, som foreldrenes psykiske tilstand. Slik som i "Lottas" tilfelle. Dette er et paradoks da disse barna ofte har opplevd, smerte, usikkerhet og utrygghet som et resultat av problematiske forhold hjemme.

Barn tåler godt å snakke om opplevelser i livet sitt, også de som er vonde og problematiske. Ved å øke forståelsen gjennom informasjon kan de smertefulle opplevelsene gjøre at barnet mestrer situasjonen.

Det finnes forskjellige måter å gi informasjon til barn som trolig kan være med på å øke forståelsen for hva vi ønsker å formidle. Samtaler gjennom fortellinger og bøker tilpasset barnets alder og modenhet er et eksempel. Ved å kjenne seg igjen og åpne for likheter og forskjeller mellom leseren og personen i fortellingen, vil det trolig være lettere å åpne for refleksjon og samtale for barnet (Mevik og Trymbo 2002).

Barn merker med en gang at noe er galt i familien. Ved å få informasjon, slipper barnet å fantasere om, og føle skyld for problemene. Barn opplever også krisereaksjoner slik som voksne. Dette gir seg særlig utslag i søvn, mat og renslighet, samt følelsen av "å være vanskelig". For foreldre kan dette være en utfordring. Ved å gi barnet oppmerksomhet og informasjon, bidras det til økt mestring (Eide og Eide 2009).

Viktigheten av formidling omkring informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akutt psykiatrisk avdeling belyses i en studie av Kletthagen og Smeby (2007). Informasjon om pasientens diagnose, behandling, forløp og prognose ble særlig trukket frem. Pasientens endrede personlighet og adferd, opplevdes som skremmende og vanskelig å forholde seg til. Bakgrunnen for ønsket om mer informasjon var relatert til å hjelpe pasienten, ikke for opplysningenes skyld.

I Stray-Pedersens (2009) artikkel belyses viktigheten av pårørendes nødvendige behov for informasjon, men at hensynet til pasientens rettsvern alltid skal veie tyngst. Informasjonen som gis

de pårørende må tilpasses hver enkelt. Vi må huske på at pårørende ikke innehar den kunnskap vi besitter, og i tillegg er lite mottakelig for å forstå hva som blir sagt grunnet omstendighetene.

5.3 Konsekvenser for barn og familieliv når mor er bipolar eller psykisk syk:

Å være nær pårørende til en som mentalt fjerner seg fra fellesskapet og glir inn i sin egen private fantasiverden, ofte ledsaget av bisarr væremåte, er skremmende, og det kan etterlate den pårørende ganske intenst ensom tilbake. Det å oppleve et slikt tap – gjerne forbigående, men det er det ikke godt å ha oversikt over når det skjer – kan sies å være en krise. Så både pasient og pårørende er i krise (Strand 1990: 54).

Bipolare lidelser medfører store påkjenninger for pasientens familie, i form av stress og bekymringer. ”Lotta” bekymret seg til stadighet for morens stemningsleie. Informasjon om sykdommen kan bidra til å hjelpe, særlig med tanke på familiekonflikter. Det er spesielt viktig å ha fokus på dette, med tanke på barn og ungdoms sårbare utviklingsår (Snoek og Engedal 2008). Bekymringene kunne vært mindre og til og med i flere situasjoner vært unngått dersom informasjon var gitt. Da hadde i dette tilfellet trolig ”Lotta” forstått grunnen til de enorme svingningene i mors humør. Det at ”Lotta” ikke følte seg redd, ved å se moren psykotisk, men opplevdes skremmende, kan være et resultat av at ”Lotta” hadde erfaring fra tidligere i at moren ikke var frisk. Trygge omsorgspersoner rundt henne hadde nok vært med på å bidra til dette. Dessuten opptrådte far trygt og var med på å roe ned situasjonen.

Store deler av ”Lottas” oppvekst var preget av uforutsigbarhet, mangel på trygghet og bebreiding av egne (eller mangel på) følelser. Hun gikk med en konstant uro for morens stemningsleie, var hun ”oppe eller nede”, fikk hun ros eller skjenn, ropte og skrek hun, eller var hun rolig og sindig når hun snakket? Og ikke minst, var det hennes skyld...?

Høyt konfliktnivå med mye sinne og krangel sees ofte i familier med psykisk sykdom. Svingninger og uforutsigbarhet gjør at familiemedlemmer går rundt med konstant redsel for at ”nå skjer det igjen”. Den sykes behov prioriteres, noe som fører til at resten av familiens behov blir tilsidesatt. Mangel på kommunikasjon innad i familien kan få store konsekvenser spesielt for barna. De kan

oppleve en utrygg og uoversiktlig situasjon. Ved mangelfulle forklaringer over hva som foregår vil barn lete etter egne forklaringer. Ofte viser det seg at de påtar seg skylden for mors sykdom.

I redsel for hva mor kan finne på, kvier de seg for å ta med venner hjem, det kan føre til ensomhet og økt isolasjon. Det har vært tegn til tidlig depresjon hos disse barna (Eide og Rohde 2009).

En av de største utfordringene i foreldrerollen er å oppdra barn. Det at det ikke finnes et ”fasit” svar på barneoppdragelse, gjør oppdraget mer utfordrende. Konsekvent oppdragelse gjennom trygge rammer, forutsigbarhet og stabilitet ser ut til å være en nøkkel til et godt resultat. Det er noe de fleste synes å enes om.

Som andre foreldre har foreldre med psykiske lidelser, bekymringer og gleder i forhold til sine barn. For barn av personer med alvorlige psykiske lidelser er dagliglivets utfordringer særlig store. Sett med barns øyne, skjer ting på andre eller fremmede måter enn hvordan det vanligvis har vært. Det som gjaldt i går, gjelder ikke lenger. Strukturen bryter sammen og dette kan resultere i tap av forutsigbarhet for et barn (Mevik og Trymbo 2002).

De pårørende trenger å bli sett av de som skal være hjelpere eller behandlere for pasienten. De trenger at de som ser dem, ser hva de har behov for, ut fra sin faglige innsikt. Gjennom sin særegne kompetanse kan hjelperen, før de pårørende selv, kartlegge de ulike behovene de pårørende har. Personer i krise går ofte gjennom en tilgivelsesprosess, tilgivelse i form av livets store belastninger. Denne prosessen består av tre faser, en sjokkfase, en reaksjonsfase og en bearbeidingsfase. De ulike fasenes varighet varierer fra person til person, situasjon og hvilken type hjelp og støtte den enkelte får (Strand 1990).

Travelbee (1999) inkluderer også familien til den syke. Som en del av familien vil det som skjer med en av familie medlemmene også påvirke de andre. Vi er med på å yte god sykepleie ved å være tilgjengelig og vise omsorg for de pårørende, samtidig som mor får den behandlingen som er nødvendig. Ved å informere, lytte og være tilstede ”ser” vi pasientens pårørende, og kan være med å bidra til økt mestring av lidelsen.

Barn av psykisk syke påtar seg ofte omsorgsrollen ovenfor den syke forelder, simpelthen av kjærlighet og lojalitet. Også av frykt for at forelderen skal falle helt fra hverandre, dersom det ikke passes på. Barna har en konstant trang til å opprettholde normalitet.

Det er viktig å poengtere at det slett ikke er alle barn som berøres alvorlig av mors ellers fars

psykiske lidelse. Psykisk sykdom er heller ikke ensbetydende med nedsatt foreldreevne. Hvordan barnet er genetisk og sosialt rustet ovenfor ytre belastninger og kontakt med andre ”friske” voksne spiller en stor rolle.

Betydningen av hvorvidt det er mor eller far som er syk, eller når sykdommen oppstod vil også påvirke barnet, samt hvilken lidelse det er snakk om. Dersom det er mor som er syk, vil en tilstedeværende far være en vel så god omsorgsyter ovenfor barnet og vice versa. Betydningen her vil altså ligge i forholdet mellom den bestemte forelderen og barnet. Det fins heller ikke entydige svar på om når sykdommen brøt inn, eller hvor lenge forelderen har vært syk i forhold til påvirkning på barnet. Generelle antakelser sier at jo tidligere lidelsen oppsto, jo mer sårbare blir barnet. Det er også viktig å poengtere her at sykdommen ofte har oppstått før diagnosen ble satt, så det vil være vanskelig å fastslå hvor lenge personen forelderen har vært syk (Ahlgren 2001).

5.4 Den friske forelderen:

Sølvberg (2011) påpeker at undersøkelser og funn viser tydelig at det ikke kan forventes at den ”friske” av forelderen, uten støtte av minst én trygg voksenperson for barna, kan makte å være den realistiske omsorgsperson barna har bruk for. Den ”friske” av forelderen får gjerne karakteristika som fraværende, dominerende, belastende eller ignorerende. Kun et fåtall beskrives som den realistisk beskyttende. Han karakteriseres som psykisk sterk og satser på et så vanlig familieliv som vanlig. Den friske realistiske forelderen pleier egne interesser, så vel som han påser at barnet får pleiet sine. Han sørger for å støtte barnet når den som er syk ikke evner det. Han orienterer barnet om mors sykdom og dens karakter, og forsøker av beste evne å kartlegge barnets følelser rundt dette. Ikke minst gjør han sitt ytterste for å skåne barnet for problematiske scener som kan komme, eksempelvis psykotiske utbrudd.

Ut fra ”Lottas” historie betegnes faren som den friske realistiske, men også som den ignorerende far. Han ivaretar ”Lottas” interesser, skåner henne i den grad han kan for morens utbrudd og påser at hennes behov blir ivaretatt når moren ikke evner det. Samtidig er han ignorerende når det kommer til informasjon og sykdommen blir bagatellisert. Dette kan henge sammen med at han selv har mangelfull informasjon om morens sykdom, men også tabu og lite aksept for lidelsen kan være faktorer som spiller inn.

Det fremkommer også av historien at ”Lotta” har nære, trygge omsorgspersoner rundt seg. ”Lotta” stoler og føler trygghet hos disse. Samtidig som de bidrar til at far kan være den realistiske beskyttende, ivaretas også ”Lottas” behov for samtaler og trygghet.

Som sykepleiere eller behandlere i møte med barn som pårørende, må vi ikke konkludere for fort med at barnet har en realistisk beskyttende far rundt seg. Vi må forsikre oss om at vedkommende faktisk er i stand til å ta seg av barnet og gi dem den kunnskapen de trenger. Barns lojalitet ovenfor foreldre er enorm, og i tidligere undersøkelser har det kommet frem at en svært liten prosentdel har fått denne karakteristikken med rette. Uansett hvilken kategori den friske forelderen viser seg å være, viser det seg at de betyr mye for barna. De har hatt stor betydning for deres barn utvikling på godt og vondt (Sølvberg 2011).

5.5 Å samtale med barn:

Sykepleiere har gode muligheter til å bli kjent med pasienten og hennes pårørende i kraft av sin funksjon. Ved bevisst å legge vekt på å utvikle Travelbees ”menneske-til-menneske-forhold”, kan sykepleiere tilrettelegge for at undervisning og veiledning blir individuell og tilpasset hvert enkelt individ.

For at dette skal være hensiktsmessig er det viktig å vurdere den som skal veiledes, og situasjonen vedkommende er i. Hensikten med undervisningen og veiledningen er å legge til rette for økt mestringskompetanse (Tveiten 2008).

Barns tankemåte er ofte preget av egosentrisk tankegang, det vil si at de tror de er årsaken til alt. Det er derfor viktig med følgende tre grunnprinsipper:

1. Sykdommen eller problemene må brukes med ord barnet kjenner til, slik at de kan forstå.
2. Forklaringen skal hjelpe barnet med å distansere seg fra sykdommen eller problemet, det er ikke deres problem eller sykdom som blir belyst.
3. Forklaringen skal bidra til forståelse av at det ikke er barnet som er skyld i problemet eller sykdommen (Nordenhof 2012).

Barn trenger viktig hjelp fra voksne, ofte fagpersoner for å håndtere hendelser. Selv om det ikke finnes fasitsvar på slike samtaler, er det viktig at vi lytter aktivt til barnas signaler, og har ord og forklaringer i beredskap. Hovedoppgaven vår blir å motivere og skape trygghet for at barnet kan åpne seg, slik at egne ord og følelser slipper til. På den måten kan vi ved å forklare, dempe uro og sette hendelser i forståelige rammer (Raundalen og Schultz 2008).

Gjennom empati, innlevelse og forståelse, kan vi sette oss inn i hva pasientens barn ønsker å vite. Faktainformasjon er viktig og fortjener åpne og ryddige svar. Informasjon som styrker kjærlighet og lindrer skyld, blir sjelden direkte formulert, men det er viktig å være bevisst på nødvendigheten av dette for et barn. Dette gjelder også bekreftelser på livshendelser, slik kan man skille fantasi fra virkelighet (Sølvberg 2011).

I samtaler med barn som pårørende, skilles det mellom forskjellige former for samtaler. Dette avhenger av formålet. Hovedsakelig dreier dette seg om informasjonsgivende, støttende og avdekkende samtaler. Igjen er det viktig å påpeke de individuelle forskjellene i alder, modenhet etc. Dette må være tilpasset det aktuelle barnet. Vår oppgave er å hjelpe barnet til å forstå, slik at det gis mening og handlingsmuligheter. Når det gjelder familiesamtaler der det dessuten viktig at vi tar hensyn til barns lojalitet til foreldrene, ved at vi ved nye tema og emner alltid henvender oss til foreldrene først. Dette for at foreldrene skal gi aksept, slik at barnet slipper å havne i en lojalitetskonflikt (Øvereide, H. I: Nordenhof 2012).

Når man samtaler med barn alene er det viktig å opplyse barnet om hva man har snakket med mor eller far om, og hvilke ønsker de har om hva som skal videreformidles. Av lojalitet til foreldrene ønsker de ofte ikke å avsløre sin egen vanskelige situasjon, eller å avsløre mor eller far. Ved å informere om hva vi har samtalt med foreldrene om, gis det i så måte en form for aksept for barnet til å åpne seg, hvis de vet de har tillatelse av mor eller far. Ved samtals slutt er det dessuten viktig å avklare med barnet, hva hun/han ønsker skal videreformidles til foreldrene. I tilfeller der det er grunn til bekymring i forhold til omsorgssituasjonen omkring barnet, må vi være tydelige på hva som ikke kan holdes tilbake, og begrunne dette (Haugland et al. 2012).

Gjennom ord, tonefall, blikk, ansiktsuttrykk og bevegelser kommuniserer vi med hverandre. Klar, åpen og tillitsfull kommunikasjon er avgjørende i møte med pasienter og pårørende, og da særlig barn. Kontakt og tillit er avgjørende for god kommunikasjon. Dette utvikles over tid, gjennom å vise interesse, lytting og respekt.

Empati er et viktig stikkord for god kommunikasjon, vi må prøve å sette oss inn i den andres situasjoner, gjennom følelser og reaksjoner.

Kommunikasjon danner grunnlaget for forståelse, som igjen er viktig med tanke på mestring. Vi skiller mellom ulike typer kommunikasjon, enveis- og toveis kommunikasjon, verbal- og ikke verbal kommunikasjon og dobbel kommunikasjon.

Barn utvikler gradvis kommunikasjonsevnen, den henger sammen med utvikling og modenhet. Det er viktig å være klar over de individuelle forskjellene her. Noen barn er tidligere ute enn andre, barnets måte å kommunisere på er noe vi må være bevisst på (Haugum og Kristoffersen 1995).

Ungdom fra 12 år og oppover kan i stor grad følge en voksens verbale dialog (Eide og Eide 2009). De innehar evnen å tenke hypotetisk og abstrakt, forestille seg hvordan noe kan være uten å ha opplevd det. I denne alderen stiller de store krav til seg selv, bekreftelse søkes hos både venner og familie. Mangel på dette kan resultere i usikkerhet og rolleforvirring. Ungdom er ofte også veldig idealistiske. I samtaler kan det være en fordel å lytte og supplere med opplysninger, i stedet for å korrigere deres idealer.

Sykepleie er utøvelse av omsorg. Enten i form av hvordan behandling utføres, eller det er informasjon som gis til engstelige pårørende. Den enkelte sykepleiers holdninger og uttrykte omtanke avgjørende. I sykepleien er det å bry seg om, særlig forbundet med tilstedeværelse. Sykepleieren må være tilgjengelig og ivarettakende, uten at det nødvendigvis er knyttet opp til utførelsen av en oppgave. God kommunikasjon, empati og omtanke har en egenverdi der intensjon og væremåte er viktig. Ofte er omtenksum tilstedeværelse tilstrekkelig og avgjørende i seg selv (Almås et al. 2010).

Kari Martinsen (norsk sykepleieteoretiker) mener omsorg har med forståelse for andre å gjøre, forståelsen vi tilegner oss gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. På den måten utvikles felles erfaringer, og det er ut fra situasjonens erfaringer vi kan forstå. Forståelsen vil vi få ut fra hvordan den andre forholder seg til situasjonen (Eide og Eide 2009).

5.6 Mestring:

Potensialet en person har til å komme seg godt gjennom en situasjon, beskrives som en ressurs. Mestring handler om personens evne til å komme seg gjennom den aktuelle situasjonen.

Som mennesker har vi ønsker og mål, alt vi gjør her i livet er rettet mot oppnåelse av dette. Følelsen av kontroll over dette er derfor nødvendig med tanke på mestring (Espnes og Smedslund 2010).

Antonovsky drøftet mestring gjennom ”opplevelsen av sammenheng”. Ved å bruke komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet kan vi gjennom samtaler med barn og pårørende kartlegge hva de sliter med, og hva de trenger støtte og hjelp til, for å oppnå større mestring (Nordenhof 2012).

Eide og Eide (2009) mener at ved å forholde seg hensiktsmessig til situasjoner og egne reaksjoner oppnås mestring. Dette kan gjøres gjennom å kontrollere følelsene og øke forståelsen for situasjonene, slik at de oppleves som minst mulig belastende.

Hva som er god mestring, finnes det ingen gode svar på. Det er viktig å finne en mestringsstrategi som er og føles riktig for den enkelte. Feil strategi vil kunne forverre situasjonen.

Å ha tillit til at situasjonen eller hendelsen vil kontrolleres, forutsetter mestring. Ved å lytte og være samtalepartnere, som kan sette ting i perspektiv og komme med råd om hva som kan gjøres, bidrar vi til mestring.

Mestringsstrategi er hvordan hver enkelt erfaringsmessig, har lært seg og hankses med tidligere situasjoner eller hendelser. Hvordan de har blitt løst (Bredland et al. 2002).

Som tidligere nevnt er det å ha trygge støttepersoner i omgivelsene, helt avgjørende som mestrings- og beskyttelsesfaktor for barn med psykisk syke foreldre. Slik at de får hjelp til å sette ord på vanskelige opplevelser og erfaringer. Noe som også er tilfelle i ”Lottas” fortelling. Hun samtaler med besteforeldrene om hva hun finner vanskelig med moren. Ingenting føles vanskelig å diskutere, trolig får hun tilbakemelding som er med på å bidra til mestring omkring morens tilstand. Besteforeldrene bidrar som trygge omsorgspersoner til opplevelsen av sammenheng, gjennom de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dersom dette ikke var tilfellet vil det være grunn til å tro at hun (”Lotta”), ikke satte slik pris på samtalene med besteforeldrene.

I tillegg er det viktig at barnet klarer å bevare varme følelser ovenfor forelderen, samtidig som de

klarer å distansere seg, for ikke å fanges inn i den sykes opplevelsesverden. Dette er viktig for selvrespekten og kjærligheten til forelderen. Egenskaper som evne til å snakke for seg, vennskap med jevnaldrende, selvtillitt og tillitt til andre er også viktige mestrings- og beskyttelsesfaktorer. Medfødte egenskaper som fysikk, temperament og evnemessige ressurser spiller inn i utviklingen av mestringsstrategier (Sølvberg 2012).

6.0 AVSLUTNING:

6.1 Konklusjon og oppsummering:

Fortellingen til ”Lotta” er enestående, samtidig som den på flere måter er klassisk. Den er enestående i så måte at den er personlig. Det er hun – ”Lottas”- egne følelser og tanker. Det er hennes historie.

Ved å lese om tankene og følelsene ”Lotta” har gått gjennom og ved å knytte dette til teori, kan man si fortellingen er klassisk.

Store deler av ”Lottas” oppvekst knyttet til morens adferd, som et resultat av hennes diagnose, var knyttet til manglende kunnskap, uforutsigbarhet og skyldfølelse. Hennes refleksjoner og spørsmål omkring både moren og seg selv, er typiske for barn av personer med denne psykiske lidelsen. I tillegg kan nevnes at ”Lotta” er i dag en ressurssterk ung kvinne, som på tross av mors sykdom og lite eller ingen oppfølging fra helsevesenet, har klart seg bra. Det å ha en frisk far og andre stabile voksenpersoner i livet, har trolig bidratt til dette.

For å være til hjelp, å medvirke til barns mestring av mors bipolare lidelse, avhenger av at vi ser barnet der hun er. Ved å forstå og tolke barnet rett, kan vi respondere best mulig. Sjansen for å misforstå vil alltid være tilstede, men den vil være mindre dersom vi innehar korrekt kompetanse og vet å bruke den på best mulig måte. Som sykepleiere står vi i en unik posisjon, hvor vi både har kjennskap til mor, så vel som barnet. Samt det faktum at den særegne kompetansen vi innehar, ofte er manglende hos den trygge voksenpersonen disse barna har, dersom denne personen er til stede.

Barneansvarlige plikter å påse at barns behov for informasjon og oppfølging blir fulgt, dersom dette ansvaret ikke tas alvorlig nok, er det barna som skadelidende. Det kan få store konsekvenser å undervurdere behovene til barn som pårørende. Som nevnt innledningsvis er det et paradoks at det frem til endring i lovverket, ble fokusert på mors barndom i behandlingen av lidelsen, og ikke at pasienten selv var forelder. Disse barna har altså med rette blitt kalt ”de usynlige barna”.

Oppgaveskrivingen har vært en interessant, innholdsrik og lærerik periode. Ved å innhente data, opplysninger og litteratur, har jeg fått en god innsikt i temaet. Jeg mener problemstillingen er relevant, og hele prosessen har bidratt til økt kunnskapsnivå. Noe jeg helt klart vil ta med meg videre som fremtidig sykepleier.

7.0 LITTERATURLISTE:

7.1 Pensumlitteratur:

Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 1*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bredland, E. L., Linge, O. A. og Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. og Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Espnes, G. A. og Smedslund, G. (2010). *Helsepsykologi*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. og Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, O. (2010). *Sykepleie og jus*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

7.2 Selvvalgt pensum:

Ahlgren, B. (2001). *Usynlige unge – en bok om barn og unge med psykisk syge foreldre*.

København: Hans Reitzels Forlag a/s. **5 sider.**

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag AS. **7 sider.**

Eide, G. og Rohde, R. (2009). *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, ungdom og*

familier. Bergen: Fagbokforlaget. **3 sider.**

Haugland, B.S.M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag

AS. **31 sider.**

Haugum, E. og Kristoffersen, E. B. (1995). *Psykologi for helse- og sosialfag*. Oslo:

Universitetsforlaget AS. **11 sider.**

Killén, K. (2009). *Sveket I Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

17 sider.

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av*

Benner og Wrubels teori. Otta: TANO A.S. **8 sider.**

Mevik, K. og Trymbo, B. E. (2002). *Når foreldre er psykisk syk*. Oslo: Universitetsforlaget.

17 sider.

Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget. **12 sider.**

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

9 sider.

Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende*

livssituasjoner. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. **8 sider.**

- Snoek, J. E. og Engedal, K. (2008). *Psykiatrici Kunnskap Forståelse Utfordringer*. 3 utg. Trondheim: Akribe Forlag. **3 sider.**
- Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende. Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. **74 sider.**
- Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. **2 sider.**
- Tetzchner, S. V. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. **18 sider.**
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. **21 sider.**
- Waaktaar, T. og Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resiliensgrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget AS. **15 sider.**
- Zafón, C. R. (2004). *Vindens skygge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. **1 side.**

7.3 Internett:

- Alnes, N. H. (2011). Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2011; 131:1541-2. Doi: 10.4045/tidsskr.09.1428 **2 sider.**
- Helsedirektoratet. (05/2010). *Barn som pårørende*. Hentet 17. februar 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf> **31 sider.**
- Helsedirektoratet. (2011, 9. desember). *Nye tall om barn som lever med foreldre som er psykisk syke eller har rusproblem*. Hentet 25. februar 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/nye-tall-om-barn-som-lever-med-foreldre-som-er-psykisk-syke-eller-har-rusproblem.aspx> **1 side.**

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr. 64*. Hentet 27. mars 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Kletthagen, H. S. og Smeby, N. A. (2007). Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i akuttpsykiatrien. *Sykepleien Forskning*, 2007 2(1):16-24. Doi: 10.4220/sykepleienf.2007.0022 **9 sider.**

Koronen, T., Pietilä, A.M. og Vehviläinen-Julkunen, K. (2008). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2010 Mar;24(1):65-74. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x. Epub 2010 Jan 12. **10 sider.**

Rådet for psykisk helse. (2010 7. januar). *Bipolar lidelse*. Hentet 20. mars 2013 fra <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29703> **3 sider.**

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02. juli 1999 nr. 61*. Hentet 27. mars 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>

Stray- Pedersen, D. R. (2009). Pårørende – ikke behandler. *Sykepleien Forskning*, 2009 2(1):27-27. Doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0001 **1 side.**

Sølvberg, H. (2011, 20. november). Ikke glem den friske forelderen. Hentet fra <http://sorlandet-sykehus.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/artikler/agder/Sider/ikke-glem-den-friske-forelderen.aspx> **1 side.**

Vik, K. (2002). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien*, 2002; 90(7):43-46. Doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0021 **4 sider.**

Selvvalgt pensum (inkl internett): 324 sider.

Lovverk ikke talt med, da dette er pensum.