

Iselin Louise Tanum
Ingvild Øihusom
Hilde Finnstun Aasen

Barn som pårørende til alkoholavhengige foreldre

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Ingunn Ulvestad
Mai 2019

Iselin Louise Tanum
Ingvild Øihusom
Hilde Finnstun Aasen

Barn som pårørende til alkoholavhengige foreldre

Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende
til alkoholavhengige foreldre innlagt i institusjon?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Ingunn Ulvestad
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Barn som pårørende til alkoholavhengige foreldre	Dato :	13.05.2019
Deltakere	Iselin Louise Tanum		
	Ingvild Øihusom		
	Hilde Finnstun Aasen		
Veileder:	Ingunn Ulvestad		
Stikkord/ Nøkkelord:	Barn som pårørende, alkoholavhengighet, sykepleie, ivaretakelse		
Antall sider/ord: 42/10688	Antall vedlegg: 0		
<p>Bakgrunn: Bakgrunnen tar for seg relevant teori, tidligere forskning, relevante sykepleieteoretikere, studiets hensikt og problemstilling.</p> <p>Hensikt: Dette litteraturstudiet vil undersøke hvordan barn som pårørende blir ivaretatt, og hva sykepleier kan gjøre for å påvirke ivaretakelsen av barnet slik at det sikres god informasjon og oppfølging.</p> <p>Metode: Det er benyttet litteraturstudie som metode. Et systematisk litteratursøk har blitt foretatt for å finne forskningsartikler som belyser studiets tema og problemstilling.</p> <p>Resultat: Basert på resultatet fra de inkluderte forskningsartiklene, har det kommet fram tre sentrale områder som er av betydning for sykepleiers ivaretakelse;</p> <ul style="list-style-type: none">- Sykepleiers utfordringer- Barneperspektivet- Kartlegging og registrering <p>Konklusjon: Det er manglende fokus på barn som pårørende. Lite informasjon om tidsbruk og omfang, i tillegg til manglende veiledning rundt arbeidet, er noen av utfordringene sykepleierne møter i arbeidet med barn som pårørende.</p>			

ABSTRACT

Title:	Children as next of kin to alcoholic parents	Date : 13.05.2019
Participants:	Iselin Louise Tanum	
	Ingvild Øihusom	
	Hilde Finnstun Aasen	
Supervisor:	Ingunn Ulvestad	
Keywords:	Children as next of kin, alcohol addiction, nursing and taking care of	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	
42/10688		
<p>Background: The background includes relevant theory, previous research, nursing theorists, the purpose of the study and theme.</p> <p>Purpose: This literature study will examine how children as next of kin are taken care of by the healthcare, and what the nurse can do to influence the care of the child in a way that good information and follow-up are ensured.</p> <p>Method: Literature study has been used as a method. A systematic search for literature has been made to find research articles that illustrate the study`s theme and problem.</p> <p>Result: Based on the result made from the included research articles, three central areas has appeared, which is important for the nurses ability to take care of the children:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The nurses challenges - The childrens perspective - Mapping and registration <p>Conclusion: There`s a lack of focus on children as next of kin in today`s healthcare. Nurses face many challenges in the work with children as next of kin. Such as missing information and lack of guidance.</p>		

Den som flasketuten peker på

En barneflokk er samlet rundt en flaske som er tømt.
Med store øyne venter de på hvem som skal bli dømt.

Se snurrebassen svirre rundt, mens halsen uler hult.
Snart mister en sin trygge plass, men ennå er han skjult.

Dor den som flasketuten peker på må tåle det han får.
Og den som flasketuten peker på må skjule sine sår.

Så ble det han – en vinner, han er rar og alle ler.
For flasketuten finner han og vil leke mer.
Men aftenklokke lokker hjem de små fra der de kom.

Nå står han helt alene med en flaske som er tom.

For den som flasketuten peker på må tåle det han får.
Og den som flasketuten peker på må skjule sine sår.

Han sover mens han venter på at klokken skal bli to.
Da kommer de som tømte denne flasken før de dro.

Det er et skår i gleden til en leken gutt
at barndommen er over alt og leken har tatt slutt.

For den som flasketuten peker på må tåle det han får.
Og den som flasketuten peker på må skjule sine sår (Torgersen 2018).

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Introduksjon.....	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	8
2.0 BAKGRUNN	9
2.1 Relevant teori.....	9
2.2 Sykepleieteoretikere.....	11
2.3 Tidligere forskning.....	12
2.4 Studiens hensikt.....	13
2.5 Problemstilling.....	13
2.6 Avgrensning.....	13
3.0 METODE	15
3.1 Litteraturstudie som metode.....	15
3.2 Litteratursøk og innsamling av data.....	15
<i>Tabell 3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier</i>	17
3.3 Databaser.....	17
<i>Tabell 3.3.1 søkestrategi</i>	18
3.4 Kildekritikk.....	18
4.0 RESULTATER	19
4.1 Resultatpresentasjon.....	19
<i>Tabell 4.1.1 Artikkel 1</i>	19
<i>Tabell 4.1.2 Artikkel 2</i>	20
<i>Tabell 4.1.3 Artikkel 3</i>	21
<i>Tabell 4.1.4 Artikkel 4</i>	22
<i>Tabell 4.1.5 Artikkel 5</i>	23
4.2 Sammenfattet resultat.....	24
4.2.1 Sykepleiers utfordringer.....	24
4.2.2 Barneperspektivet.....	25
4.2.3 Kartlegging og registrering.....	26
5.0 DRØFTING	28
5.1 Sykepleiers utfordringer.....	28
5.2 Barneperspektivet.....	30

5.3 Kartlegging og registrering.....	32
5.4 Forskningsetiske overveielser.....	34
6.0 KONKLUSJON.....	35
7.0 LITTERATURLISTE.....	37

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Samlebetegnelsen *psykiske lidelser* omfatter en rekke tilstander. Lidelsene kan blant annet være forårsaket av arvelige faktorer, miljø eller fysiske og psykiske påkjenninger, og kan også være et resultat av sykdom (Malt og Aslaksen, 2018). Alkoholavhengighet er en underkategori av psykisk lidelse og kan defineres som følgende; “Alkoholisme, tilstand som foreligger når et menneske er så avhengig av alkohol at det går ut over den fysiske eller psykiske helse” (Malt, 2016).

Ifølge organisasjonen “Barn av rus” har tusenvis av barn rundt omkring i landet, en eller to foreldre med alkoholavhengighet. Forskjellige kilder oppgir ulike tall på hvor mange barn som lever med alkoholavhengige foreldre. “Barn av rus” viser for eksempel til et tall på rundt 200 000 barn som pårørende til alkoholisererte foreldre. Samtidig har Folkehelseinstituttet utarbeidet en rapport som anslår at 90 000 barn har minst en forelder som har misbrukt alkohol det siste året (Torvik og Rognmo, 2011). En grunn til at tallene varierer kan være de ulike definisjonene som blir brukt. I noen studier medregnes barn som har foreldre med et merkbart problem, i andre tilfeller regnes det kun med de som har foreldre med et alvorlig og markant problem. Et eksempel på dette er tallene til “Barn av rus”, som viser til familiene der alkoholproblemet er alvorlig (Barn av rus, 2017).

De store forskjellene i beregningen av barn som pårørende, kan også være forårsaket av den høye terskelen mange har i forhold til å søke hjelp, eller den manglende kartleggingen fra helsevesenet (Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015). Synliggjørelse av mørketallene er derfor viktig for å videreutvikle og kvalitetssikre arbeidet med barn som pårørende (Lystad, 2012). Som et bidrag til arbeidet har Helsedirektoratet laget en oversiktsbrosjyre over hvilke rettigheter pårørende har i den psykiske helsetjenesten i rustiltak. Her skriver de at “Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet” (Helsedirektoratet, 2018).

Ifølge Helsepersonelloven er helsepersonell lovpålagt de oppgavene som helsedirektoratet beskriver i sin brosjyre:

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 foreldrenes tilstand (Helsepersonelloven 1999, §10a).

På bakgrunn av det som er nevnt, ble det relevant å sette fokus på barn som pårørende til alkoholavhengige. Barnets økte risiko for utvikling av blant annet psykiske problemer senere i livet, vil også nevnes. Svikt i familiedynamikken opptrer ofte i den alkoholpåvirkede familien og barnet kan utsettes for parentifisering, i tillegg til følelsen av skam (Helsedirektoratet, 2019). Parentifisering omhandler at barnet tar over foreldrerollen og dermed fratras retten til å være barn (Myhre, 2012).

Ifølge Bøckmann og Kjellevold (2015) takler barn ofte opplevelser på en annen måte enn voksne. Derfor er det viktig at en vier nok tid til barnet for å forstå og anerkjenne barnets behov og følelser. For å forstå og bearbeide en vanskelig situasjon, som i denne sammenheng er å ha en alkoholavhengig forelder, og de inntrykkene den gir, har barnet ofte et stort behov for informasjon og god kommunikasjon (Bøckmann og Kjellevold, 2015). For å oppnå god kommunikasjon med barn er det blant annet viktig å lytte, være tilstede, være tydelig og bruke enkelt språk (Sandvik, 2000). “Når vi skal snakke med barn, hjelper det å tenke at vi er skapt med en munn og to ører. Det betyr at vi skal lytte dobbelt så lenge som vi snakker” (Raundalen og Schiltz, 2008). Sykepleier har derfor som oppgave å sørge for at disse behovene blir ivaretatt. Dette kan gjøres med blant annet samtaler, undervisning, inkludering og veiledning. Sykepleier skal også informere barnet om vanlige reaksjoner og følelser som kan oppstå når en forelder er syk (Bøckmann og Kjellevold, 2015). Barn reagerer forskjellig ut i fra hvilken eksponering de har stått overfor. Det noen håndterer bra, kan for andre være destruktivt. Dette kalles resiliens, og er svært vanlig blant barn som er utsatt for omsorgssvikt (Borge, 2015). På bakgrunn av dette skal litteraturstudiet prøve å finne svar på hva man som sykepleier kan bidra med for å sikre god oppfølging av barn som pårørende.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Ifølge helsebiblioteket (2017) skal sykepleiere ha en grunnleggende kompetanse i arbeidet med barn som pårørende. Der skal barns behov for støtte, informasjon og oppfølging bli ivaretatt. Den individuelle sykepleier har hovedansvar for barn som pårørende til pasienten en har ansvaret for, og står ansvarlig for at barnets behov dokumenteres, kartlegges og ivaretas (Helsebiblioteket, 2017). I spesialisthelsetjenesten skal det være en barneansvarlig, og dette kan blant annet være en sykepleiers oppgave. En barneansvarlig har det overordnede ansvaret i arbeidet med barn som pårørende og skal ha gode kunnskaper i arbeidet. Den har også som oppgave å blant annet informere og veilede kolleger om tiltak og oppfølging av barnet (Helsebiblioteket, 2017).

Ifølge Bratterud og Kjøsberg (2018) skal helsepersonell alltid være oppmerksom på at pårørende til psykisk syke pasienter selv er i risikogruppen for å utvikle svikt i helsen. Videre mener Bratterud og Kjøsberg (2018) at sykepleieren kan redusere den psykiske påkjenningen ved å sørge for godt samarbeid og gjensidig tillit (Bratterud og Kjøsberg, 2018). Sykepleierens evne til å sette seg inn i barnets perspektiv er svært viktig for å forstå hvordan barnet tenker og ser på verden (Nordenhof, 2012). Ved å klare dette, skal sykepleieren kunne få rede på barnets opplevelse av den gitte situasjonen, noe som kan ha stor innvirkning på utfallet av beslutningene som tas i etterkant. God kontakt og dialog med barnet er sentralt for at han skal klare å formidle sitt syn til sykepleieren. Barn har egne oppfatninger og forståelser av verden, og de voksne blir naturligvis derfor nødt til å se inn i barnets individe verden (Nordenhof, 2012, s. 29-30).

I tillegg til å sette seg inn i barnets perspektiv, er det viktig å se barnet som et subjekt. Det vil si at man ser på barnet som et individ med egne tanker, meninger og følelser. De opplever ting på sin egen måte helt fra de er født. Dette er viktig for å styrke barnets selvfølelse og mentale helse. Det legger også grunnlag for medmenneskelighet og sunne relasjoner (Regjeringen, 2007). For å danne et godt forhold til barnet hvor man skaper tillit og god kontakt er det derfor viktig at barnet sees på som et eget individ. I arbeidet med barn som pårørende er det nødvendig å ta til ettertanke at barnet ofte er svært beskyttende overfor sin syke forelder. I tillegg må en ta barnets alder og modenhet til betraktning (Nordenhof, 2012, s. 30).

I samhandlingen med barnet er det noen grunnleggende prinsipper som bidrar i utformelsen av trygghet og tillit til sykepleieren. Vennlighet og bekreftelse overfor barnet er svært sentralt, i tillegg til å la barnet bli kjent med hvem du er og hva du gjør. Trygghet og tillit er, og vil alltid være, en sentral faktor i ivaretagelsen av barn som pårørende (Bugge og Røkholt, 2009).

2.0 Bakgrunn

2.1 Relevant teori

En studie fra BAR (barn av rus) viser til at rundt 100 000 barn i Norge har foreldre med et moderat til alvorlig rusproblem, og at det er omkring 200 000 barn med en forelder der rusproblemet er merkbart for barnet. Ifølge Barn av rus (2017) er ensomhet og isolasjon, psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk blant noen av utfordringene disse barna er utsatt for. Ifølge Helsedirektoratet har helsetjenesten som hovedoppgave å behandle og følge opp skader, sykdommer og andre helserelaterte problemer hos pasientene. Ofte kan pasienten ha en omsorgsrolle for et barn, og når dette er tilfellet, vil barnet bli påvirket av pasientens helsetilstand. Denne påvirkningen gjør at barn som pårørende er en sårbar og utsatt gruppe (Helsedirektoratet, 2010).

Etter lovendringen i 2010 er helsepersonell ifølge Helsepersonelloven § 10a pålagt en plikt til å ivareta barnets behov for informasjon, og annen oppfølging som måtte være nødvendig, som følge av forelderens psykiske - og/eller somatiske sykdom (Helsepersonelloven, 1999). I forbindelse med dette ga Helsedirektoratet ut et rundskriv om barn som pårørende. Her legges det vekt på formålet med endringene i loven. Formålet med det nye lovverket er at barn skal forbli barn, selv med en psykisk syk forelder (Napha, 2014). Spesialisthelsetjenesteloven har også en bestemmelse som skal hjelpe helsepersonell i ivaretagelsen av barn som pårørende. Her fremgår det at institusjoner som går inn under denne loven, skal ha en barneansvarlig som har hovedansvaret i situasjoner der det er nødvendig for oppfølging av barn som pårørende. Deres ansvarsområde er blant annet koordinering av helsepersonells oppfølging av barn som pårørende av psykisk syke og rusmiddelavhengige pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Multisenterstudien "Barn som pårørende" viser likevel at rettighetene som ble innført etter lovendringen ikke har blitt en rutine overalt. I et innspill på Sykepleien.no beskriver Tormod

Rimehaug nettopp dette. Han mener at barneansvarlig eller sykepleier i andre roller kan oppfylle barns rettigheter som pårørende enda bedre enn det som blir gjort i dag (Rimehaug, 2018). Ifølge Rimehaug (2018) opplever ofte sykepleier å få tildelt oppgaver som i utgangspunktet tilhører behandler. Et eksempel på dette er barne - og familiesamtalene som skal tilbys i spesialisthelsetjenesten når en forelder behandles for blant annet en ruslidelse. Disse samtalene blir ofte overlatt til sykepleier, selv om det egentlig er behandler som skal utføre dem (Rimehaug, 2018). Denne praksisen bidrar ifølge Rimehaug til å ivareta manglene på rutiner og ansvar i systemet. Han legger også vekt på at det kan ende med at sykepleier tar over jobben, når meningen i utgangspunktet var å tilegne seg erfaringer og få på plass rutiner. Denne innsatsen fra sykepleier kan være nødvendig i en oppstartsfasen av nye rutiner og oppgaver, men så skal rollene vris om og behandler ta sin del av jobben (Rimehaug, 2018).

I tillegg viser studier at barns situasjon ofte idylliseres av den alkoholavhengige forelderen, og at konsekvensene som barna faktisk får, og må leve med, derfor ikke fanges opp. Ofte har den avhengige forelderen et urealistisk syn på hvordan tilstanden påvirker barna, hvor de benekter at barna merker noe i hverdagen. Det har blitt dokumentert at barna får tilbud om samtale i kun 30% av familiene, til tross for at studier viser til at ni av ti barn reagerer på forelderens problemer. Det er derfor viktig å motivere foreldrene til å la noen snakke med barna om hvordan de opplever situasjonen. Ifølge de nye lovendringene er dette blitt en rettighet barna har, men det er enda et godt stykke å gå før det er blitt en del av rutinene (Rimehaug, 2018).

I en familie med en alkoholmisbruker vil situasjonen ofte gå utover mange av de pårørende. Både venner og familie merker de negative effektene, men situasjonen er ofte likevel verst for barna (Norsk Helseinformatikk, 2018). Som nevnt over er det mange foreldre som ikke innser hvilken innvirkning deres diagnose har på barnet. Barn som pårørende opplever en rekke negative konsekvenser. Blant disse er overtakelse av oppgaver som overskrider hva et barn på den gitte alderen bør ha ansvar for. Andre ting kan være brutte løfter, skamfølelse og lojalitetsforvirring (Norsk Helseinformatikk, 2018).

Det er også mange barn som opplever vold eller trusler om vold, eller verbal trakassering. I mange tilfeller er barna for unge til å forstå at de kan søke hjelp. I andre tilfeller er det frykten for at situasjonen skal bli verre som stanser barna fra å søke hjelp. Dette fører til at barna blir værende i en situasjon med konstant psykisk belastning der følelser og opplevelser ikke blir

bearbeidet eller snakket om (Norsk Helseinformatikk, 2018). Konsekvenser for disse barna kan starte allerede i svangerskapet dersom mor har et alkoholproblem gjennom graviditeten. Lav fødselsvekt, misdannelser og mental dysfunksjon kan forekomme. En kan ofte observere blant annet konsentrasjonsvansker, atferdsavvik, følelseslabilitet, og angst. Hos større barn kan det ses relasjonelle problemer. De undertrykker følelser og kan ha lav selvfølelse. De kan også føle skam- og skyldfølelse (Norsk Helseinformatikk, 2018).

2.2 Sykepleieteoretikere

Ifølge Joyce Travelbee har pårørende et behov for å finne en mening i livssituasjonen de står overfor. Opplevelsen av mening gir livet betydning i form av det å føle seg nødvendig for noe eller noen, og er en viktig del av drivkraften for å komme seg igjennom situasjonen (Kirkevold, 1998, s. 115). Travelbee mener at mennesket trenger hjelp til å finne mening i ulike livssituasjoner, og at dette er en av de viktigste oppgavene en sykepleier har i møte med pasienten og pårørende. Kommunikasjon er en viktig forutsetning for at sykepleieren skal kunne hjelpe pårørende med å finne mening i de vanskelige livssituasjonene og dens hensikt (Kirkevold, 1998, s. 116-119).

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker. Martinsen skildrer at det på sykepleiestudiet var mye fokus på begrepsdefinisjoner og tekniske oppgaver. Videre beskriver hun at de ikke lærte nok om hva omsorg og pleie egentlig handlet om. På bakgrunn av dette fikk hun sterkt engasjement i saken, og studerte filosofi for å få et annet perspektiv på omsorg (Gripsrud, 2003).

Ifølge Kirkevold (1998) beskriver Martinsen tre aspekter ved omsorg:

- 1 Omsorg er et relasjonelt begrep som omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker,
- 2 omsorg er et moralsk begrep knyttet til prinsippet om ansvaret for svake, og
- 3 omsorg omfatter utførelsen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger basert på en “forforståelse” av hva som er til den andres beste (Kirkevold, 1998, s. 171).

Disse aspektene er relevant for sykepleiere som skal ivareta barn som pårørende, for at de skal kunne handle omsorgsfullt. Omsorg beskrives ifølge Kirkevold som “det ene menneskets svar på det andre menneskets avhengighet” (Kirkevold, 1998, s. 169). Avhengigheten av andre blir ekstra synlig i situasjoner der sykdom eller lidelse er tilstede. I denne sammenheng

vil barnets avhengighet være spesielt synlig, fordi foreldrene har en psykisk lidelse. Ut i fra dette må omsorg være sykepleierens verdigrunnlag (Kirkevold, 1998, s.169). Martinsen mener at man må ha forståelse for den andres situasjon, for å kunne handle omsorgsfullt (Kirkevold. 1998, s. 171). Forståelsen hun nevner vokser frem av felles erfaringer, og det må være noe som binder oss sammen. Hun mener at den som yter omsorg ikke forventer noe tilbake, og dette er en del av noe hun kaller generalisert omsorg. Generalisert omsorg baserer seg på at alle mennesker på et tidspunkt kan komme opp i en situasjon der en blir avhengig av hjelp fra andre (Kirkevold, 1998, s. 171).

2.3 Tidligere forskning

Forskning viser at barn av rusavhengige foreldre selv har økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer, i tillegg til psykososiale problemer. Det er ulikt hvordan forelderens rusavhengighet påvirker barnet og deres oppvekstmiljø. Selv om barn som vokser opp i hjem med rus er mer utsatt og sårbare, er det en stor andel som klarer seg bra til tross for risikofaktorene (Helsedirektoratet, 2019). En rapport utført for å få en bedre forståelse av barns følelser og opplevelser rundt det å ha en rusavhengig forelder, viser at skam og ensomhet ofte går igjen hos barnet (Kufås, Faugli og Weimand, 2015).

Erik Erikson var psykolog og hadde en psykososial teori om de ulike stadiene i personlighetsutviklingen mennesker går igjennom. Disse åtte fasene er; oralfasen, autonomifasen, initiativfasen, ferdighetsfasen, puberteten, tidlig voksen-fasen, middelalderen og alderdom. Fasene frem til *tidlig voksen* omhandler alderen fra 0-18 år, og det er i disse fasene barn som pårørende vil være i ved møte med sykepleier. Derfor er det viktig å ha kjennskap til disse fasene slik at barnas behov møtes på de ulike stadiene (Kristoffersen, 2001, s. 41). For å avgrense dette kapittelet vil det kun presenteres et utvalg på de tre mest relevante fasene for dette studiet. Med tanke på de ulike fasene og hvilke aldersgrupper de omfatter, ble det gjort et valg om å kun inkludere oralfasen, autonomifasen og initiativfasen. Bakgrunnen for valget av disse tre fasene er et ønske om forståelse av hva svikt i disse fasene, når barnet er mellom 0-6 år, kan føre til med tanke på barnets utvikling. Å belyse hva sykepleier kan bidra med for å redusere svikten barnet er utsatt for, er også en viktig faktor å ta med i dette kapittelet.

Oralfasen som varer fra fødsel og til barnet er 1-1,5 år gammelt, er en viktig del av barnets utvikling, fordi dens grunnleggende tillit eller mistillit til verden rundt seg utvikles. En

rusavhengig forelder kan for barnet oppleves som en uforutsigbar omsorgsperson, noe som i denne fasen kan føre til en grunnleggende mistillit mot både seg selv og de rundt seg (Renolen, 2008). Her vil det være sentralt at sykepleier opparbeider seg tillit hos vedkommende, gjennom kroppsspråk og god kommunikasjon. Tillit vil være avgjørende for relasjonen mellom sykepleieren og barnet. Ved å skape tillit har sykepleier et bedre utgangspunkt for å nå inn til barnet (Renolen, 2008).

Når barnet er mellom 1,5-4 år gjennomgår det autonomifasen, eller trassalderen. Her har barnet behov for selvstendighet. Ifølge Eriksson er grensesetting viktig i denne fasen, slik at barnet blir skånet for følelsen av tvil og skam. Ofte ser en svikt i grensesettingen hos barn av alkoholmisbrukere (Renolen, 2008). Manglende grensesetting kan føre til tvil hos vedkommende, fordi det fortære kan komme opp i uhåndterbare situasjoner der mestring ikke kan oppnås. Dette kan føre til at barnet setter tvil til seg selv. Her kan sykepleier synliggjøre viktigheten av sunn grensesetting og veilede forelderen via samtaler. Sunn grensesetting vil her være at forelderen balanserer mellom å la barnet få mestre og feile. Om barnet stadig utsettes for uhåndterbare situasjoner, vil det som nevnt over kunne føre til følelsen av tvil og skam (Renolen, 2008). Initiativfasen omhandler barn mellom 3/4 - og 5/6 år. Her utvikler barnet en grunnholdning til enten initiativ eller skyldfølelse. I denne fasen har det behov for anerkjennelse når det oppstår utfordringer, og respekt vil også være sentralt. I denne fasen kan sykepleier i møte med barnet oppmuntre og anerkjenne dens behov for å utforske (Renolen, 2008).

2.4 Studiens hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet er å finne ut hvordan barn som pårørende blir ivaretatt, og hva sykepleier kan gjøre for å ivareta barnet slik at god informasjon og oppfølging sikres.

2.5 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til alkoholavhengige foreldre innlagt i institusjon?

2.6 Avgrensning

Som sykepleier er ivaretagelse av pårørende en viktig del av jobben. Hovedfokuset i dette litteraturstudiet vil være rettet mot hvordan sykepleier kan påvirke ivaretagelsen av barn i alderen 0-6 år, som er pårørende til en forelder med en alkoholavhengighet. Studiet vil rette

seg mot det å være barn som pårørende til pasienter med alkoholavhengighet i institusjon. I følge Kristiansen og Myhra (2012) defineres pårørende til rusavhengige som «personer som i kraft av sin nære relasjon til noen med rusproblemer trenger hjelp til å mestre psykiske eller somatiske belastninger og lidelser» (Kristiansen og Myhra, 2012, s. 9). På grunnlag av denne definisjonen tar studiet utgangspunkt i at barn av rusavhengige defineres som pårørende. Litteraturstudiet tar for seg institusjoner i spesialisthelsetjenesten, men går ikke inn på en spesifikk type institusjon. Grunnlaget for valget av behandlingssted er basert på omfanget av sykepleiers oppgaver i institusjon, sammenlignet med oppfølgingen som foregår i hjemmet. Alkoholavhengighet er en diagnose som innebærer pasienter som er så avhengige av alkohol at det går utover pasientens fysiske eller psykiske helse (Malt, 2016). Alkoholmisbruk handler ofte om enkelthendelser, som etter hvert kan utvikle seg til alkoholavhengighet som er en mer omfattende og alvorlig tilstand (Rustefonen, u.å.). I og med at studiet fokuserer på tilstander der foreldrenes bruk av alkohol er blitt et stort problem, ble alkoholavhengighet valgt fremfor alkoholmisbruk.

Begrunnelsen for valg av problemstilling er basert på interesse, i tillegg til et ønske om å belyse dette viktige temaet. Definisjonen av begrepet *å ivareta* er: ta vare på; ta hånd om; passe på (Det Norske Akademis Ordbok, u.å.). Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer handler mye av hverdagen til en sykepleier om å ivareta både pasient og pårørende. I retningslinjene blir det nevnt ivaretagelse av helhetlig omsorg og rettigheter til informasjon. Når man jobber med barn som pårørende skal sykepleier ivareta barnets særskilte behov (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Hovedfokuset i denne oppgaven er å se hvordan sykepleier kan ta vare på barn som pårørende, og sørge for at barna får omsorg, informasjon og det de trenger i deres gitte situasjon.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Dette studiet tar i bruk litteraturstudie som metode. Dette er en metode der tolkningen av litteratur relateres til et bestemt emne (Aveyard, 2014, s. 2). Når en tar i bruk litteratursøk, dannes en problemstilling som forfatteren prøver å svare på ved å søke etter relevant data. Ved hjelp av en systematisk tilnærming kan en søke på og analysere relevant litteratur (Aveyard, 2014, s. 2).

3.2 Litteratursøk og innsamling av data

Når det kommer til vurdering av en forskningsartikkel kan det være en fordel å undersøke om artikkelen er basert på primærkilder eller sekundærkilder (Erikson, 2010, s. 35). Primærkilder kommer direkte fra forskeren selv, der vedkommende ønsker å formidle funnene til samfunnet. Det vil si at den data som er gitt kommer fra originalkilden. Erikson (2010) forklarer at sekundærkilder i motsetning til primærkilde, er en type sammenfatning av forskning som allerede er gjort av andre enn forfatteren selv. Sekundærkilder refererer derfor til det som allerede er publisert i primærkildene (Erikson, 2010, s. 35).

I tillegg brukes både kvalitative og kvantitative metoder. Begge metodene er inkludert i de forskjellige artiklene valgt for dette studiet. Kvalitativ forskning formes etter egen tolkning og menneskelig erfaring. Målet med studiet er å granske meningsinnholdet i sosiale fenomener, ut i fra egen opplevelse. For å samle inn data i kvalitativ forskning brukes det metoder som systematisk innsamling, bearbeiding, analyse av data fra intervjuer, observasjon eller skriftlig tekst (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015c). Kvalitativ forskning beskrives av Nordtvedt et.al (2007) som forskning der aktørens subjektive erfaringer kommer frem, og resultatene derfor ikke lar seg tallfeste.

I kvantitativ forskningsmetode kan resultatene tallfestes. Dette fordi det for eksempel brukes tabeller, grafiske figurer eller statistiske mål. Metoden har en konsis forskningsprosess, som de formaliserte prinsippene metoden omfatter legger grunnlaget for. Denne prosessen består av forskningsdesign, datavalg, problemformuleringer og dataanalyse til tolkninger og konklusjoner (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015b).

Ved valg av artikler skal en se etter artikler oppbygd etter IMRaD-struktur. Oppbygningen kjennetegnes ved at strukturen følger bokstavene I (introduksjon), M (metode), R (resultat), a (and/og) og D (diskusjon). I introduksjonsdelen skal litteraturstudiets problemstilling presenteres med relevant litteratur. Metodedelen skal gi en beskrivelse av fremgangsmåten for søket av relevant litteratur og forskning. Resultatdelen skal legge frem den innhentede dataen som er kommet frem i forskningen, altså resultatet. Forskeren skal ikke komme med egne tolkninger i denne delen. I diskusjonsdelen skal studiens resultat drøftes opp mot hverandre. Her skal forskeren vurdere om resultatene besvarer problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 69-70).

I tillegg kreves det at artiklene i studien når opp til et vitenskapelig nivå. For å sjekke om valgte artikler når opp til dette nivået, søkes tittelen opp i NSD, Norsk senter for forskningsdata (2019). Artiklene blir deretter vurdert til nivå 1 eller nivå 2, ut i fra hvilken vitenskapelig grad de har. For å undersøke om de var fagfellevurderte ble både NSD, og NTNUs egen database benyttet. Det at en artikkel er fagfellevurdert vil si at den er godkjent av minst to upartiske eksperter (Hildebrandt, 2011). Fagfellevurdering kan sees på som en kvalitetssikring før den publiseres som en vitenskapelig artikkel (Erikson, 2010, s. 33).

Ved valg av artikler er det tatt i bruk inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å ta i bruk disse kriteriene, identifiseres passende litteratur for dette litteraturstudiet (Aveyard, 2014, s. 76). Fagområdet "Barn som pårørende" har en del ny forskning, og derfor er et kriterie å ikke ha artikler eldre enn 10 år. Eldre artikler kan ofte være utdaterte og irrelevante, og ekskluderes derfor i valget av artikler, grunnet et ønske om oppdatert forskning i oppgaven. Dette fordi utdatert forskning kan stri imot dagens oppfatning av temaet.

Når det gjelder språk er det viktig at man forstår innholdet i artikkelen og kan lære og videreformidle det man leser. På grunnlag av dette inkluderes kun artikler skrevet enten på engelsk eller et nordisk språk. Dette litteraturstudiet skrives av sykepleiestudenter og det er derfor viktig at noen av artiklene er rettet mot et sykepleiefaglig perspektiv. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene er presentert i tabellen under.

Tabell 3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert i et godkjent og registrert tidsskrift i NSD med et vitenskapelig nivå 1 eller 2.	Annet språk enn nordisk og engelsk.
IMRaD-struktur.	Eldre enn 10 år
Studier som er relevante i forhold til barn som pårørende og alkoholavhengighet.	Fra land som ikke kan sammenlignes med Norge.
Studier med sykepleiefaglig fokus.	Annet fokus enn sykepleiefaglig, barn som pårørende og alkoholavhengighet.
Artikkelen skal være skrevet i løpet av de siste 10 år.	
Studien skal være skrevet på nordisk eller engelsk.	
Kvalitative- og kvantitative studier	

3.3 Databaser

For å innhente relevante artikler for problemstillingen, er det nødvendig å søke i flere databaser (Aveyard, 2014, s. 80). Underveis i denne oppgaven er det blitt brukt databaser som Medline, Cinahl, Svemed+ og Idunn. Ikke alle databasene ga ønsket treff, blant annet Medline og Cinahl. De valgte artiklene ble funnet i databasene “Svemed+” og “Idunn”.

- Svemed+

Svemed+ er en database som inneholder artikler fra skandinaviske tidsskrifter innenfor forskjellige fagfelt som for eksempel medisin, helsevesen, sykepleie og fysioterapi.

- Idunn

Idunn er universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter og open access bøker, hvor man har tilgang til over 30 000 kvalitetssikrede artikler innenfor en rekke fagområder, blant annet sykepleie.

I søket etter relevante artikler ble ulike søkeord og kombinasjoner benyttet. Søkeordene som ble tatt i bruk var blant annet alcoholism, alcohol addiction, substance - related disorders, nurse intervention, nursing, nursing care, child, next of kin, child as next of kin, child neglect, neglect, barn som pårørende, sykepleie, alkoholmisbruk, alkohol og rusmisbruk.

Tabell 3.3.1 søkestrategi

Artikkelnr.	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.	1. Sykepleie 2. Barn som pårørende	Svemed+	1 AND 2	6115 303 35
2.	1. Barn som pårørende 2. Alkohol	Svemed+	1 AND 2	303 1384 2
3.	1. Barn som pårørende 2. Rusmisbruker	Idunn	1 AND 2	348 71 6
4.	1. Barn som pårørende 2. Alkoholmisbruk	Idunn	1 AND 2	348 75 22
5.	1. Barn som pårørende 2. Rusmisbruk	Idunn	1 AND 2	348 331 26

3.4 Kildekritikk

For å vurdere og karakterisere en kilde er det viktig å være kritisk. Ved ekstern litteratur har det blitt brukt kildekritikk, der relevans og gyldighet er blitt tatt til vurdering. Når en informasjonskilde skal vurderes, er TONE en strategi som kan brukes. TONE står for fire viktige nøkkelord; troverdig, objektiv, nøyaktig og egnet. For å bruke denne strategien kan du

stille deg disse spørsmålene i vurderingen av kilden: er den troverdig? Er kilden nøytral? Inneholder den slurvfeil? Finner du de svarene du leter etter? Dersom kilden når opp til disse spørsmålene, kan du med sikkerhet stole på den (Overland, 2018).

4.0 Resultater

4.1 Resultatpresentasjon

For å få en oversikt over de valgte artiklene er det blitt tatt i bruk en matrise fra Aveyard (2014, s. 144).

Tabell 4.1.1 Artikkell 1

Artikkel 1 Referanse	Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018) Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende, <i>sykepleien forskning</i> , 13(65521).
Hensikt	I dette studiet ble det undersøkt hvordan helsepersonell som har et spesielt ansvar for barn som pårørende, opplever og erfarer ansvaret.
Metode	Studiets formål er å undersøke hvordan helsepersonell opplever det å jobbe med barn som pårørende. Undersøkelsen ble utført gjennom dybdeintervjuer hvor dataene deretter er analysert gjennom systematisk tekstkondensering.
Resultat	Gjennom studien tydeliggjør helsepersonellet en rekke praktiske utfordringer i arbeidshverdagen. Helsepersonellet gir uttrykk for at de blant annet har vanskeligheter med å realitetsorientere foreldrene i forhold til hvordan deres psykiske tilstand påvirker barna. Mangel på tid er også en sentral faktor som synliggjøres i studien.
Konklusjon	Ut i fra studien har helsepersonell som jobber med barn som pårørende, behov for tydeligere rammer og mer tid i pårørendearbeidet.
Relevans	Artikkelen er relevans for studiet fordi den setter lys mot sykepleierens opplevelse og erfaringer i møte med barn som pårørende.
Kvalitetsvurdering	Formålet kommer godt frem i hensikten. Resultatet svarer på problemstillingen. Studiet er fagfellevurdert.

Tabell 4.1.2 Artikkel 2

Artikkel 2 Referanse	Bønnhoff, H. & Larsen, I.B. (2014) På leting etter et ansikt - Om selvbiografiske perspektiver på å ha en mor eller far med alkoholproblemer, <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> .
Hensikt	Hensikten med denne studien er å tydeliggjøre relasjonene mellom foreldre med alkoholproblemer og deres barn.
Metode	Studiet er basert på fire skandinaviske selvbiografier om egne opplevelser av å ha en forelder med alkoholproblemer. Tekstene er blitt analysert ved hjelp av hermeneutisk-fenomenologisk metode, som vil si at analytikerne bruker sin allerede eksisterende kunnskap til å beskrive og tolke innholdet. For at selvbiografiene skulle være kvalifisert til studiet var de nødt til å omhandle forfatters refleksjoner over seg selv, sine foreldre og deres relasjon.
Resultat	Funnene i studiet viser at selvbiografiforfatterne har vært preget av foreldrenes problemer, men at dialog og refleksjon har vært en vesentlig funksjon i det å klare å skille mellom foreldrenes- og egen opplevelsesverden. Studiet konkluderer med at denne prosessen inndeles i tre faser: 1) Teaterfasen hvor problemene ble skjult 2) Løsrivningsfasen hvor selvbiografiforfatterne tok avstand fra foreldrene, og 3) Oppriktighetsfasen hvor forfatterne fikk et mer nyansert og åpent forhold til foreldrene og opplevelsene.
Konklusjon	Alkoholproblemer skygger for hvem foreldrene er, noe funnene i studien samsvarer med. Som det kommer frem i resultatet, kan prosessen som barns relasjon til foreldrene har gjennomgått deles inn i tre faser. Erfaringen selvbiografiforfatterne har tyder på at det er av betydning å ha et nyansert og holistisk bilde av sine foreldre “bak rusen”, for at de selv skal kunne føle seg hele som mennesker.
Relevans	Artikkelen er relevant for dette studiet fordi den viser hvordan foreldrenes rusavhengighet kan påvirke barnet, og belyser viktigheten av kommunikasjon og dialog.
Kvalitetsvurdering	Formålet kommer godt frem i hensikten. Resultatet svarer på problemstillingen. Studiet er fagfellevurdert.

Tabell 4.1.3 Artikkel 3

<p>Artikkel 3 Referanse</p>	<p>Steig, M. & Andersen, A. J. W (2013) Erfaringer med bruk av kartleggings skjema for å styrke barneperspektivet i spesialisthelsetjenesten, <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i>, 10(3), s. 229-238.</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Hensikten med dette studiet er å kartlegge barnas risiko og belastning tidlig i forløpet, der både begge eller en forelder har rusproblemer.</p>
<p>Metode</p>	<p>I dette studiet er det brukt kvalitative forskningsintervju som metode for å innhente data.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Resultatet er delt inn i tre deler:</p> <p>1) Om tema og omfang - Informantene var litt todelte i forhold til kartleggings skjemaet. De mente at det dekket de viktigste områdene, men at det også ble for mange spørsmål. Det var omfattende å gjennomføre.</p> <p>2) Om å måle og bli målt - Fagfolkene skulle i kartleggings skjemaet gradere svarene på en skala fra 1 - 6. Her var det også delte meninger. Den dominerende meningen var at tallene fort ble viktigere enn selve samtalen. Det ble pekt på både utfordringen ved å skulle gradere sine bekymringer med tall, men også hvordan det oppleves å bli vurdert på denne måten. Samtidig mente en at det kunne være lettere å vurdere følelsene sine på denne måten, enn å faktisk beskrive dem med ord.</p> <p>3) Om å utvide fokus og tenke helhet - Flere opplevde at skjemaet kunne legge til rette for å se på barnas perspektiv og deres situasjon kunne gyldiggjøres. Voksne for Barn mente at kartleggings skjemaet i for liten grad ivaretok barnas opplevelser og tanker rundt situasjonen. Flere mente at det var viktig med fokus på hele familien i behandlingen. Det ble argumentert med at skjemaet ble for fokusert rundt pasienten som rusmisbruker.</p> <p>Fagfolk ble spurt om hva de mente om å ha denne type kartlegging i spesialisthelsetjenesten. De mente at det var viktig med kartlegging av barna og deres situasjon, men noen var usikre på om en såpass omfattende kartlegging var en oppgave for spesialisthelsetjenesten.</p>

Konklusjon	Det er delte meninger rundt bruken av kartleggings skjema. Deltakerne gjør det klart at kartlegging av barnas situasjon er viktig, men svært omfattende. Det kom også frem at deltakerne ønsker et mer helhetlig fokus som inkluderer barn, pasient og familie, og ikke bare pasienten som rusmisbruker.
Relevans	Artikkelen er relevant for studiet fordi den belyser hvilke tiltak som fungerer og ikke fungerer i kartleggingen av barn som pårørende, i spesialisthelsetjenesten.
Kvalitetsvurdering	Formålet kommer godt frem i hensikten. Resultatet svarer på problemstillingen. Studiet er fagfellevurdert.

Tabell 4.1.4 Artikkel 4

Artikkel 4 Referanse	Reedtz, C., Mørch, L. & Lauritzen, C. (2015) Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , s. 36-45.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å kartlegge i hvilken grad helsepersonell i samråd med Helsepersonelloven registrerer barn som pårørende til psykisk syke pasienter.
Metode	Studien har tatt utgangspunkt i deltakere innlagt på en allmennpsykiatrisk klinikk i Nord-Norge, og all innhentet data er anonymisert. Studien er en tverrsnittundersøkelse av relevante data i DIPS, med hovedfokus på opplysninger registrert i F5-bildet under "pasientopplysninger" og "Barn som pårørende".
Resultat	"Resultatene viser at det i 2010 bare var 4 % av totalt 5268 pasienter som var registrert med mindreårige barn, 5 % av totalt 5599 pasienter i 2011 og 7 % av totalt 5705 pasienter i 2012" (Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015). Funnene i dette studiet tyder på at få av de deltagende pasientene hadde barn under 18 år. Folkehelseinstituttet beregner at en tredjedel av barn og unge i Norge har en eller to foreldre med psykisk lidelse. Forfatterne beregnet at sjansen for barn som pårørende hos psykisk syke kun er på 35,3%.
Konklusjon	Det er gitt forskjellige tall på hvorvidt helsepersonell registrerer barn som pårørende. Studien viser at det i stor grad er mangel på tilstrekkelig registrering av barna.

Relevans	Artikkelen er relevant for dette studiet fordi den belyser mørketallene ved registrering av barn som pårørende, og at fokuset bør bedres.
Kvalitetsvurdering	Formålet kommer godt frem i hensikten. Resultatet svarer på problemstillingen. Studiet er fagfellevurdert.

Tabell 4.1.5 Artikkel 5

Artikkel 5	Delås, G. M. (2015) Barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam.
Referanse	Hva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag?, <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> , s. 298-306.
Hensikt	Hensikten med dette studiet er å kartlegge årsaken til skamfølelsen barn av alkoholavhengige foreldre, bærer på, hvordan det oppleves og hvordan det påvirker barnets oppvekst.
Metode	Studiet har tatt utgangspunkt i et utvalg av voksne informanter mellom 20 og 60 år, oppvokst i et hjem med alkoholproblemer. Informantene var også nødt til å kunne snakke om situasjonen uten store problemer.
Resultat	<p>Resultatene er delt inn i fire grupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Skammens årsaker og ønske om endringer i familiesituasjonen. <ul style="list-style-type: none"> - Informantene fortalte om tanker rundt at foreldrene var annerledes i den form av at de ikke deltok på ulike aktiviteter slik som andre foreldre. Dette så informantene på som noe negativt og uverdigg. 2) Skammen opplevdes i sosiale situasjoner og som konstant tilstedeværende. <ul style="list-style-type: none"> - Alle informantene svarte at de hadde opplevd å være skamfulle, og at den ofte var relatert til at foreldrene hadde vært alkoholpåvirket i sosiale settinger. 3) Skam som en av mange negative følelser i kroppen. <ul style="list-style-type: none"> - Informantene beskrev mange negative følelser fra oppveksten i tillegg til skamfølelsen. Både angst og redsel var noe de knyttet til det at andre skulle oppdage hvordan situasjonen var hjemme. Sinne var hos flere rettet mot misbrukeren og de utenfra som ikke klarte å hjelpe dem ut av familiesituasjonen. 4) Skam ja, skyld nei

	- Informantene beskriver skyld og skam som to følelser de ofte har båret på. Ingen av informantene kunne huske at de har hatt skyldfølelse.
Konklusjon	Foreldrenes manglende oppfølging av barnet i sosiale aktiviteter, samt. forelderens påvirkede tilstand ute i det sosiale, er tydelige hovedfaktorer for følelsen av skam hos deltakerne
Relevans	Artikkelen er relevant for dette litteraturstudiet fordi den undersøker hvorvidt barn av alkoholmisbrukere føler på skam, og i hvilke situasjoner skammen dukker opp. Dette gir en forståelse for hvordan foreldrenes avhengighet påvirker barna. Denne kunnskapen er nyttig for sykepleier i møte med barna, fordi det bidrar til at sykepleier får en bedre forståelse, som igjen bidrar til bedre oppfølging.
Kvalitetsvurdering	Formålet kommer godt frem i hensikten. Resultatet svarer på problemstillingen. Studiet er fagfellevurdert.

4.2 Sammenfattet resultat

4.2.1 Sykepleiers utfordringer

I studien til Hjelmseth og Aune (2018) kommer det frem at uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. Det settes fokus på fem problemområder; manglende tidsramme for arbeidet, manglende eller utilstrekkelig veiledning, uklar hjemmesituasjon, tiltak blir ikke benyttet, og en generell ramme mangler for hvordan arbeidet skal utføres. Den barneansvarlige sykepleieren er ofte den som tar informasjonssamtalen med foreldre og barn (Hjelmseth og Aune, 2018). Dette ansvaret kommer i tillegg til andre administrative arbeidsoppgaver den barneansvarlige har, for eksempel veiledning av annet helsepersonell, være kunnskapsoppdaterte og ha oversikt over aktuelle hjelpetilbud. Deltakerne i studien gir uttrykk for at dette ikke fungerer godt i praksis, da de ikke blir gitt den tiden som trengs for arbeidet. Den manglende tidsrammen for arbeidet gir variasjoner i fokuset på barneperspektivet. Informantene i studien gir uttrykk for at disse to faktorene fører til at det er tilfeldig hvilken hjelp barn som pårørende får (Hjelmseth og Aune, 2018).

Det rettes lys mot svikt i implementeringsarbeidet av barneperspektivet i voksenpsykiatrien. Utilstrekkelig veiledning av hvordan arbeidet skal utføres og utydelige arbeidsoppgaver, legges fram som en del av utfordringen (Hjelmseth og Aune, 2018). Igjen kommer

spørsmålet rundt tidsbruk. Det oppleves at en del av usikkerheten rundt omfanget og dybden av arbeidet, kommer av de uklare tidsrammene (Hjelmseth og Aune, 2018).

Foreldre som avviser behovet for hjelp er en utfordring for sykepleier. Det erfarer at det er disse pasientene som trenger hjelpen mest. Selv om forelderen sliter og hjemmesituasjonen er vanskelig for barnet å leve i på sikt, kan lojalitet overfor den alkoholavhengige forelderen bidra til at barnet skjuler problemene (Hjelmseth og Aune, 2018). Skam og stigmatisering er vanlige følelser i slike situasjoner, noe som sykepleier også opplever som en hindring for å kunne snakke om hjemmesituasjonen. Det erfarer at tid er en nødvendighet for å kunne avdekke eventuelle behov for videre hjelp (Hjelmseth og Aune, 2018).

Hjelpeprogrammer og tilbud rettet mot barn som pårørende av alkoholavhengige foreldre, blir sjeldent benyttet av barn og unge (Hjelmseth og Aune, 2018). Det beskrives at årsaken til dette kan være manglende samhandling om barn som pårørende, eller begrenset grad av brukermedvirkning. Det kommer fram i studien at sykepleier kun har en viss oversikt over kommunale tilbud, men at samarbeid eller noen form for kontakt med hjelpetiltakene er fraværende (Hjelmseth og Aune, 2018).

Uklare rammer rundt pårørendearbeidet gir usikkerhet til de som skal utføre det. Tidspress rundt de vanlige arbeidsoppgavene fører til nedprioritering av arbeidet med barn som pårørende. At det ikke er generelle, klare rammer for hvordan arbeider skal utføres når det gjelder tidsbruk, struktur og arbeidsoppgaver bidrar til dette (Hjelmseth og Aune, 2018). Informantene i studien føler at arbeidet og ansvarsrollen er ensomt, og at det mangler noen å rådføre seg med. Det er behov for tid til faglig oppdatering, og undersøkelse av lokale hjelpeprogrammer. Koordinerende arbeid er en del av oppgavene, blant annet telefonsamtaler og deltakelse i møter. Det oppleves at dette er noe som det ikke er avsatt tid til. Når sykepleier får fristilt tid til pårørendearbeid, er det bevist at hjelpetilbud i større grad benyttes (Hjelmseth og Aune, 2018).

4.2.2 Barneperspektivet

Ifølge studien til Bønnhoff og Larsen (2014) bruker ofte barn av alkoholmisbrukere å ta ansvar for foreldrene, som en slags manøver for å redusere den angsten de står ovenfor. Delås (2015) beskriver at angsten ofte er knyttet til frykten for at hjemmesituasjonen skal oppdages av de utenfor hjemmet, fordi de føler seg skamfulle over foreldrenes situasjon. Informantene

nevner også skam i situasjoner der foreldrene har opptrådt unormalt eller upassende foran andre (Delås, 2015). Skammen er derfor ifølge Delås (2015) knyttet til foreldrenes alkoholproblemer. Redselen for å være unormal, fører i mange tilfeller til at barna tar på seg det man kaller en “maske” (Bønnhoff og Larsen, 2014). Bak masken skjuler det seg ofte en brutal realitet hvor barna i full lojalitet mot sine foreldre, skjuler hemmeligheter som er tunge å bære (Delås, 2015).

Hos barn av rusmisbrukere mangler det ofte dialog med foreldrene, hvor dens tilstand blir snakket om eller forklart. I tillegg til dette kan ofte barna få beskjed av foreldrene om å ikke snakke om den sykes tilstand. Et resultat av disse to faktorene er at mange av barna har vanskeligheter med å sette ord på sine følelser, også i voksen alder (Delås, 2015). Barn av alkoholikere trenger ifølge Delås (2015) bekreftelse på at dets følelser er normale, og at det barnet selv opplever er ekte. Ifølge Delås (2015) tar ofte barna på seg skylden for foreldrenes alkoholproblemer, i forsøk på å døyve følelsene knyttet til foreldrenes svikt som omsorgspersoner. Nære relasjoner mellom barn og foreldre, blir i studien til Bønnhoff og Larsen (2014) beskrevet som av stor betydning for valgene en tar senere i livet. Informantene i studien til Bønnhoff og Larsen (2014), gir uttrykk for en relasjon preget av “teaterspilling”, i situasjoner der foreldrene er ruspåvirket. “Teatersymbolikken” omhandler barnas evne til å distansere seg fra foreldrene og deres problemer, ved å tenke at den ruspåvirkede ikke er “seg selv” (Bønnhoff og Larsen, 2014).

4.2.3 Kartlegging og registrering

Ifølge studiet til Reedtz, Mørch og Lauritzen (2015) ble det i 2012 kun registrert barn som pårørende i 7% av 5705 pasienter. Deres analyse viser at psykisk syke har 33,5% sjanse for å ha barn. De inkluderte også Folkehelseinstituttets beregning som viser at det er 5,4 % større sjanse for psykisk lidelse dersom man har barn. Reedtz, Mørch og Lauritzen (2015) beskriver at resultatene fra studien og deres egne beregninger står i sterk kontrast. Studien konkluderer med at registrering av barn som pårørende i spesialisthelsetjenesten utføres i betydelig liten grad (Reedtz, Mørch, Lauritzen, 2015).

I Steig og Andersens (2013) studie er det blitt tatt utgangspunkt i bruken av kartleggingsskjema for å styrke barneperspektivet i spesialisthelsetjenesten. Denne analysen førte dem frem til tre hovedtema; om tema og omfang, om å måle og bli målt, og om å utvide fokus og tenke helhet (Steig og Andersen, 2013). Informantene ga uttrykk for at det viktigste

innen feltet ble dekket, og mente at spørsmålene som skjemaet tok for seg var relevante. Utfordringen var knyttet til omfanget av kartleggingsskjemaet. Her ble det satt fokus på at antallet spørsmål var for mange. Samtidig understreker forfatterne at dette skjemaet ikke skulle brukes som et rent spørreskjema, men som et utgangspunkt for samtale (Steig og Andersen, 2013).

Om å måle og bli målt omfatter svarene på kartleggingsskjemaet. Disse skulle graderes på en skala fra 1-6. Erfaringene med dette var ulike. Informantene la vekt på utfordringer knyttet til både seg selv, og pasientene. De satte fokus på sin egen opplevelse av det å skulle gradere sine bekymringer med tall, men også pasientens opplevelse av denne formen for vurdering av dem selv (Steig og Andersen, 2013). En informant opplevde det som positivt at pasienten skulle gradere egne følelser fremfor å beskrive med ord. Vedkommende mente at tallene gjorde det hele mer håndterbart for begge parter. Likevel var den negative opplevelsen i helhet mer dominerende. Erfaringene gikk på at tallene ble viktigere enn samtalen. Et annet innspill var det problematiske ved å kvantifisere noe kvalitativt. Informanter fra Voksne for Barn argumenterte for det troverdige ved studien, og at det kan være problematiske å få troverdige resultater gjennom bruk av manualer. Det ble lagt fram bekymring for at pasientene ble for opptatt av å skåre lavt (Steig og Andersen, 2013).

Informantene satte fokus på hvorvidt kartleggingsskjemaet kunne fremme helhetstenkning i arbeidet med barn som pårørende. Flere erfarte at skjemaet kunne virke bevisstgjørende for pasientene, når det kom til barnas situasjon. De mente at skjemaet til en viss grad kunne fremme barnas perspektiver, og at deres interesser kunne gyldiggjøres. Informantene opplevde at de selv ble mer bevisst omkring barnas situasjon, og hvordan familien hadde det sammen. Samtidig ble de oppmerksomme på viktigheten av å få hele familien inn i behandlingsopplegget (Steig og Andersen, 2013). Det ble også gjort erfaringer som baserte seg på at kartleggingsskjemaet i liten grad ivaretok barnas opplevelser, og hva foreldrene tenker om barnas situasjon. De fleste av informantene var enige om at en kartlegging av denne typen var viktig, men noen var usikre på om spesialisthelsetjenesten var den riktige til å utføre det (Steig og Andersen, 2013).

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleiers utfordringer

Ifølge Helsedirektoratet (2010) er barn som pårørende en sårbar og utsatt gruppe. Dette er fordi barn blir påvirket av foreldrenes helsetilstand (Helsedirektoratet, 2010). Hjelmseth og Aune (2018) skriver i sin studie at alkoholavhengighet kan skape en uforutsigbar atferd hos foreldrene, noe som kan føre til konflikter og ustabil miljø i hjemmet. Slike faktorer skaper stress hos barnet, og hjernens utvikling påvirkes negativt (Hjelmseth og Aune, 2018). Dette kan ifølge Barn av rus (2017) føre til at isolasjon og lærevansker er blant utfordringene disse barna står overfor. Forskning viser også at barn av alkoholavhengige, selv har økt risiko for å utvikle avhengighet (Helsedirektoratet, 2019). For å kunne forebygge de nevnte risikoene, kom det frem i studiet til Bønnhoff og Larsen (2014) at barnet har behov for formidling og refleksjon rundt sine følelser og opplevelse av situasjonen (Bønnhoff og Larsen, 2014).

For at barnets synspunkter og opplevelser skal kunne videreformidles til sykepleieren er det behov for god kontakt og dialog de imellom (Nordenhof, 2012, s. 29). Barn takler opplevelser annerledes enn voksne, og har behov for informasjon rundt vanlige reaksjoner og følelser som kan oppstå, og bekreftelse overfor at det de opplever er reelt (Bøckmann og Kjellevold, 2015). Dette kan underbygges av Kari Martinsens omsorgsteori, hvor hun presiserer at mennesker er avhengige av hverandre. Hun mener at menneskers avhengighet av andre forsterkes i situasjoner der blant annet psykiske lidelser er tilstede (Kirkevold, 1998, s. 169). Det at sykepleieren viser forståelse for barnets situasjon, er en forutsetning for utøvelsen av omsorg. Som nevnt tidligere beskrives begrepet omsorg som “Det ene menneskets svar på et annet menneskets avhengighet” (Kirkevold, 1998, s. 169).

Ifølge Delås (2015) kan barn av alkoholikere ofte være preget av skam (Delås, 2015). For å nå inn til et skambelagt barn kreves det tid, noe som kan oppleves som et hinder for sykepleieren. Hjelmseth og Aune (2018) mener dette er et hinder på grunn av sykepleiers uklare rammer rundt tidsbruk, dybde og ansvarsområde i arbeidet. Endringen av Helsepersonelloven i 2010 ble iverksatt slik at helsepersonellet i større grad skulle ivareta barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999). Ved å gi helsepersonell en plikt til å ivareta barnets behov for informasjon og oppfølging som følge av å ha en psykisk syk forelder, skulle det ifølge Napha (2014) bli klarere rammer å forholde seg til for helsepersonellet. I

tillegg har spesialisthelsetjenesten også et påbud i arbeidet med barn som pårørende, der det står at alle institusjoner som går under denne loven, skal ha en barneansvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Ifølge Hjelmseth og Aune (2018) angis det at arbeidet med barn som pårørende fortsatt ikke var tilstrekkelig ivaretatt etter lovendringen i 2010. Dette beskriver også Rimehaug (2018) i sitt innspill i Sykepleien.no. Han mener dagens praksis rundt arbeidet ikke fører til gode rutiner, men bidrar heller til en opprettholdelse av manglende ansvar fra ledelsen. Her legger han vekt på at sykepleier ofte må ta på seg oppgaver som i utgangspunktet tilhører behandler. At sykepleier står for samtale med pasient og pårørende, er et eksempel på dette. Denne innsatsen fra sykepleier kan være nødvendig i en oppstartsfase av nye rutiner og oppgaver, men så skal rollene vris om, og behandler ta over sin del av jobben (Rimehaug, 2018).

Som nevnt over skal det være en barneansvarlig i hver institusjon i spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Vedkommende skal ha overordnet ansvar i arbeidet med barn som pårørende, der i blant å informere og veilede kolleger, og ha oversikt over ulike hjelpetilbud i andre instanser. Samtidig beskriver Hjelmseth og Aune (2018) i sin studie at helsepersonell mangler informasjon om arbeidet rundt barn som pårørende, deriblant presisering av forventningene knyttet til både omfang og dybde av arbeidet. I tillegg mangler det samarbeid med kommunale hjelpetilbud. En årsaken til dette kan være manglende samhandling om barn som pårørende. På den andre siden presiserer de barneansvarlige at de opplever manglende veiledning fra selve ledelsen, i forhold til arbeidet rundt barn som pårørende. I tillegg opplever de for stort ansvar når dette arbeidet kommer på toppen av grunnstillingen som “vanlig” sykepleier ute i avdelingen. Dette kan ifølge Hjelmseth og Aune (2018) føre til redusert fokus på arbeidet med barn som pårørende, fordi helsepersonellet heller prioriterer andre oppgaver i avdelingen. Som et resultat av dette blir oppfølgingen barna får tilfeldig, fordi rammene rundt arbeidet er vage (Hjelmseth og Aune, 2018).

Rimehaug (2018) viser i sammenheng med dette til at kun 30% av barna med en rusavhengig forelder, får tilbud om samtale. Sett i sammenheng med at ni av ti barn opplever foreldrenes tilstand som et problem, er dette et relativt lavt tall (Rimehaug, 2018). Oversiktsbrosjyren fra Helsedirektoratet legger vekt på rettighetene den pårørende har i den psykiske helsetjenesten i rustiltak. Det fremheves at så lenge barn er i stand til å danne egne meninger og synspunkter, har de rett på informasjon og deres opplevelse av situasjonen skal høres (Helsedirektoratet,

2018). Ofte kan en se at alkoholavhengige foreldre har et urealistisk syn på hvordan deres tilstand påvirker barna. Det er derfor viktig å realitetsorientere forelderens om hvordan deres psykiske tilstand kan virke negativt på barna (Rimehaug, 2018). For å kunne oppnå dette blir sykepleier også nødt til å veilede forelderens i å forstå egen sykdom, blant annet gjennom samtaler og undervisning (Bøckmann og Kjellevold, 2015; Hjelmseth og Aune, 2018).

5.2 Barneperspektivet

Barn av alkoholmisbrukere føler ofte på et ansvar overfor forelderens. De tar ofte over foreldreansvaret omsorgspersonene opprinnelig skulle hatt, også kalt parentifisering. Dette kan være en måte å håndtere angsten de står ovenfor (Bønnehoff og Larsen, 2014). Ifølge Delås (2015) er ofte angsten knyttet sammen med en følelse av skam over forelderens situasjon. Angsten kan blant annet komme av frykten for at noen skal oppdage hjemmesituasjonen. Samtidig blir skam også nevnt i situasjoner der barna har følt på forelderens upassende oppførsel foran andre (Delås, 2015). Delås (2015) relaterer barnets skam til forelderens alkoholproblemer. Norsk Helseinformatikk (2018) nevner også skam som en direkte konsekvens av å ha en alkoholavhengig forelder. På grunn av forelderens manglende innsikt i egen påvirkning overfor barnet, blir det utsatt for flere negative konsekvenser. Blant disse er overtakelse av oppgaver som et barn på den gitte alderen ikke skal ha ansvar for. Brutte løfter fra forelderens og lojalitetsforvirring er andre følger av å ha en alkoholavhengig forelder (Norsk Helseinformatikk, 2018).

Barn har som nevnt tidligere i studiet flere forsvarsmekanismer, som blant annet teaterspilling. Det går ut på at barnet forsvarer forelderens atferd ved å tenke at forelderens ikke er seg selv (Bønnehoff og Larsen, 2014). Dette fører til at barnet tar på seg en maske. For barnet fungerer masken som en beskyttelse mot at omverdenen skal få innsikt i hjemmesituasjonen. I tillegg har barnets realitet aldri vært noen annen, og kan derfor tenke at forelderens atferd er fullstendig adekvat. Slike forsvarsmekanismer kan opptre i møte med sykepleier, og vil påvirke deres kommunikasjon fordi barnet kan oppleves som lukket og stille (Bønnehoff og Larsen, 2014).

Ofte har barnet en frykt for å oppsøke hjelp, fordi redselen for at det skal gjøre situasjonen verre stopper dem (Norsk Helseinformatikk, 2018). Ifølge Delås (2015) kan skam være en årsak til denne redselen, fordi skam forsterker redselen for at offentligheten skal få innsikt i situasjonen. I andre tilfeller er barnet for ungt til å forstå at det kan søke hjelp (Delås, 2015).

Ved å leve i en slik hjemmesituasjon blir barnet utsatt for en psykisk belastning, og får ikke mulighet til å bearbeide eller snakke om følelser og opplevelser (Norsk Helseinformatikk, 2018). En følge av manglende bearbeiding som barn, er vanskeligheter med å sette ord på egne følelser. Dette kan følge vedkommende til voksen alder (Delås, 2015).

Psykolog Erik Erikson utviklet en psykososial teori om de ulike stadiene et menneske går gjennom i personlighetsutviklingen. Denne teorien er sentral for å forstå hvilken betydning svikt i disse fasene kan ha for utviklingen til et barn (Kristoffersen, 2001, s. 41). I oralfasen utvikler barnet den grunnleggende tilliten, eller mistilliten, til personer og verden rundt seg. En uforutsigbar omsorgsperson vil føre til at barnet utvikler en mistillit, fordi det ikke får den stabiliteten og tryggheten som det trenger i denne fasen. En alkoholavhengig kan ofte oppleves som uforutsigbar (Renolen, 2008). For at sykepleier skal nå inn til barnet i denne situasjonen, er tillit et nøkkelord. Barnet har mest sannsynlig allerede utviklet en mistillit mot verden, når sykepleier og barnet møtes for første gang. Derfor må sykepleier forsøke å opparbeide seg tillit hos barnet for å oppnå en god relasjon. Ved å skape denne tilliten har sykepleier et godt utgangspunkt for å kunne nå inn til barnet (Renolen, 2008). Trygghet og tillit er, og vil alltid være, en sentral faktor i ivaretagelsen av barn som pårørende (Bugge og Røkholt, 2009).

Barnets neste fase i utviklingen er autonomifasen. Her er barnet mellom 1,5-4 år. I denne fasen utvikler barnet selvstendighet (Renolen, 2008). Dette er viktig for at barnet skal få en trygghet i seg selv som person. For at denne tryggheten og selvstendigheten skal oppnås må det, ifølge Eriksons teori, være konsekvent grensesetting. Svikt i grensesetting er vanlig i familier med en alkoholavhengig. Barnet opplever uklare rammer i grensesettingen, og blir usikre. Ofte kommer de opp i situasjoner de ikke klarer å håndtere, og setter dermed tvil til seg selv. For å ivareta barnets behov for grensesetting, kan sykepleier veilede forelderen om grensesetting og viktigheten av dette (Renolen, 2008). Barn har behov for anerkjennelse når det oppstår vanskelige situasjoner eller utfordringer. I initiativfasen utvikles det en grunnholdning til enten initiativ eller skyldfølelse. Barnet vil ha behov for å utforske, og vil trenge oppmuntring for å gjøre det. Denne oppmuntringen og anerkjennelsen kan være vanskelig å oppnå fra en alkoholavhengig forelder, som vil oppleves som en ustabil omsorgsperson for barnet (Renolen, 2008).

Når mennesker står i vanskelige livssituasjoner, har de ifølge Joyce Travelbee sin teori, et behov for å finne mening i situasjonen. Dette har betydning i form av det å føle seg nødvendig for noe eller noen. Denne opplevelsen av mening kan være drivkraften for å komme seg i gjennom utfordrende tider (Kirkevold, 1998, s. 115). Travelbee mener at en av sykepleiers viktigste oppgaver i møte med pårørende, er å hjelpe med å finne mening i livssituasjonen. For at sykepleier skal kunne ivareta dette behovet på en god måte, er kommunikasjon en viktig forutsetning (Kirkevold, 1998, s. 116-119). Barnet har behov for kommunikasjon på et annet nivå enn hva voksne har. Det er viktig å presisere for barnet at det ikke er skyldig i forelderens problem, at det er vanlig å både være lei seg og sint. I tillegg er det viktig at barnet vet at det også er helt greit å være glad, til tross for omstendighetene. Barnet får ofte mer ut av mange små samtaler, fremfor få og store (Sandvik, 2000). “Jo mindre barn og unge vet, dess lettere har de for å fylle tomrommet med fantasier hvor de gir seg selv skylden” (Sandvik, 2000). Dette viser behovet for god informasjon, og påpeker hvor viktig det er for barnets bearbeidelse av egne opplevelser (Delås, 2015; Norsk Helseinformatikk, 2018). I arbeidet med barn som pårørende er det også viktig at en vier nok tid til samtaler, slik at sykepleier får tid til å lytte og anerkjenne barnets følelser og opplevelser (Bøckmann og Kjellevold, 2015). En annen viktig faktor for god kommunikasjon er å se barnet som et subjekt, altså at man ser på barnet som et individ med egne tanker, meninger og følelser. Dette er viktig for å styrke barnets selvfølelse og mentale helse. I tillegg danner det et grunnlag for medmenneskelighet og sunne relasjoner senere i livet (Regjeringen, 2007). “Når vi skal snakke med barn, hjelper det å tenke at vi er skapt med en munn og to ører. Det betyr at vi skal lytte dobbelt så lenge som vi snakker” (Raundalen og Schiltz, 2008).

5.3 Kartlegging og registrering

I studiet til Reedtz, Mørch og Lauritzen (2015) kom det frem at registreringen av barn som pårørende i spesialisthelsetjenesten er mangelfull, sett i kontrast med spesialisthelsetjenestens pålagte ansvar i oppfølging av denne pårørendegruppen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Om man skal tro funnene i studien, hadde veldig få av pasientene som deltok barn under 18 år i perioden 2010 - 2012. Tallene viser at i 2010 var kun 4 % av til sammen 5268 pasienter registrert med mindreårige barn, i 2011 var 5 % av 5599 pasienter registrert, og i 2012 var 7 % av 5705 pasienter registrert med barn under 18 år (Reedtz, Mørch og Lauritzen, 2015). Med tanke på tallene fra Folkehelseinstituttet, som viser til at en tredjedel av barn i Norge har en eller to foreldre med en psykisk lidelse, er det grunn til å tro at det er en underregistrering

av barn som pårørende. I tillegg har forfatterne av studien gjort en beregning, som viser til at sjansen for at psykiske syke har barn er 35,3 % (Reedtz, Mørch og Lauritzen, 2015).

For å styrke barneperspektivet i spesialisthelsetjenesten, kan en form for kartleggingsskjema være en løsning. I studien til Steig og Andersen (2013) ble nettopp dette utprøvd. Kartleggingsskjemaet gikk ut på å kartlegge pasienter med mindreårige barn, der hovedfokuset var på hvordan barna ble ivaretatt. Det ble brukt gradering med tall, hvor sykepleieren skulle sette tall på sine bekymringer for pasienten, innenfor forskjellige tema. Ved å utføre kartleggingen på denne måten opplevde noen av pasientene det som lettere å få frem sine følelser, fordi de kunne gradere dem fremfor å beskrive med ord (Steig og Andersen, 2013). Samtidig viste resultatene at flere av pasientene ble opptatte av lav skåring, og at tallene derfor kunne være lavere enn hva realiteten tilsa. I tillegg erfarte sykepleierne at tallene ofte ble viktigere enn selve samtalen, fordi fokuset på tallene ble for mye vektlagt (Steig og Andersen, 2013).

Begge parter opplevde det som enklere å få oversikt over pasientens følelser og situasjon, ved å gradere fra 1-6. Ifølge Norsk Helseinformatikk (2018) sliter mange foreldre med å anerkjenne diagnosens påvirkning på barnet, noe som gjør det ekstra viktig at sykepleier har mulighet til å kartlegge situasjonen (Steig og Andersen, 2013; Norsk Helseinformatikk, 2018). Dette gir sykepleier en oversikt over pasientens situasjon. Pasienten får i tillegg mulighet for å utvikle et nytt perspektiv på egen tilstand og dets påvirkning på barna (Steig og Andersen, 2013). Samtidig krever kartleggingen at sykepleierne vier nok tid til den. Dette opplever de som vanskelig blant annet på grunn av manglende informasjon rundt forventet tidsomfang i arbeidet med barn som pårørende, fra ledelsen (Hjelmseth og Aune, 2018).

I tillegg beskriver Reedtz, Mørch og Lauritzen (2015) manglende kartlegging av barn som pårørende i dagens helsevesen. Som det har blitt vist til tidligere er det store variasjoner i beregningen av barn som pårørende. Dette fører til mørketall, både grunnet den manglende kartleggingen, men også på grunn av den høye terskelen mange har for å søke hjelp (Reedtz, Mørch og Lauritzen, 2015). En årsak til denne terskelen er ifølge Reedtz, Mørch og Lauritzen (2015) foreldrenes redsel rundt at barnevernet involveres. Dette fordi det er sjans for inngripende handlinger fra barnevernets side, noe mange foreldre kan oppleve som lite informativt, og derfor skremmende (Hjelmseth og Aune, 2018).

5.4 Forskningsetiske overveielser

Verdens legeförening utformet i 1964 Helsinkideklarasjonen. Dette er en viktig profesjonsnorm for medisinsk forskning. Den gjelder både i Norge og internasjonalt. Alle som jobber med forskning og forskningsetikk må underrette seg deklarasjonen. Det er en form for etiske retningslinjer, som blant annet retter seg mot klinisk forskning (Den norske legeföreningen, 2012). Lovgivningen i mange land, også i Norge, baserer seg på prinsippene deklarasjonen legger til grunn. Helsinkideklarasjonen skal sørge for at medvirkning, informasjon og samtykke hos pasienten er sentralt i forskningen. I tillegg bygger den på prinsippet om at forskningsobjektet ikke utsettes for unødige ubehag og risiko (Den norske legeföreningen, 2012).

Norge har også egne krav til forskning, disse kravene er etablert av De regionale etiske forskningskomiteene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015a). REK skal sørge for etisk forsvarlig medisinsk forskning. Komiteene har full rett til å overvåke forskningens forsøk, og det foreligger en plikt hos forskerne i henhold til rapportering av uheldige sider ved egne resultater (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015a). I tillegg har Norge en egen forskningsetisk komite for medisin og helsefag (NEM). Denne ble opprettet i 1990 av Utdannings - og forskningsdepartementet. Komiteen har som oppgave å koordinere og utføre rådgivning for de sju regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. NEM er i tillegg klageinstans for prosjekter behandlet i REK (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) er et personvernombud som skal sørge for at benyttet data i norsk forskning blir anonymisert og konfidensielt behandlet. I henhold til personvernforordningen, skal det være gitt samtykke til deltakelse i forskningsprosjekter. Dette er en grunnleggende rettighet alle deltakere i forskning har (NSD, 2018).

Personopplysningsloven skal beskytte hver enkelt deltakers personopplysninger, og skal sørge for at ingen får personvernet sitt krenket i behandlingen av deres personopplysninger (Personopplysningsloven, 2018). I tillegg skal hver deltaker motta informasjon om hva forskningen handler om, og hvilke konsekvenser det eventuelt kan få for dem. Denne informasjonen kommer ofte i et informasjonsbrev, der man også spør om deltakelse (NSD, 2018).

I dette litteraturstudiet er de fleste av de inkluderte forskningsartiklene vurdert og godkjent av REK eller andre relevante komiteer, i tillegg til NSD. En metodisk svakhet ved flere av studiene er at de mangler informasjon om når informasjonsskrivene ble sendt ut til deltakerne, og heller ikke når intervjuene ble utført. Derimot var det flere av artiklene som presiserte hvor intervjuene ble holdt. Blant flere av de metodiske styrkene, kom det frem at tre av fem artikler har sendt ut og mottatt samtykkeskjema. I artikkelen til Reedtz, Mørch og Lauritzen (2015) er det derimot ingen direkte informasjon som tilsier at deltakerne har samtykket. Det presiseres samtidig at REK har vurdert deres studie til å være et kvalitetssikringsprosjekt, og at det derfor ikke kreves samtykke fra deltakerne.

En annen metodisk styrke i dette litteraturstudiet er at alle artiklene, med unntak av én, er primærkilder. Årsaken til at dette er en metodisk styrke, er fordi primærkilder kommer direkte fra forskeren selv, altså er primærkilde den originale kilden (Erikson, 2010, s. 35). I tillegg til dette, har alle artiklene utenom én anonymisert deltakerne. Bønnhoff og Larsen (2014) har ikke anonymisert deltakerne i sitt studie, men dette på grunn av at selvbiografiene er offentlige og navnene derfor kan legges ved.

6.0 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier påvirke ivaretakelsen av barn som pårørende til alkoholavhengig forelder i institusjon?

For å påvirke ivaretakelsen av barn som pårørende er det noen sentrale faktorer som må legges til rette: kunnskap om barnets utvikling og reaksjonsmønster, god kommunikasjon med både forelder, barn og andre instanser, identifisering av sykepleiers utfordringer og et kartleggingssystem som fungerer i praksis. Funnene i dette litteraturstudiet viser at tusenvis av barn i dag lever med en eller to foreldre med alkoholavhengighet. Det å vokse opp i alkoholpåvirkede hjem kan være en stor belastning for disse barna, og psykiske følger som angst og skam er ofte tilstede. Den alkoholpåvirkede familien kan ofte være vanskelig å oppdage fordi både barnet, og den alkoholpåvirkede forelderen er flinke til å skjule tilstanden for både familie og utenforstående. Samtidig er det ingen fasit på hvordan barnet reagerer i gitt familiesituasjon, fordi ingen reagerer likt, også kalt resiliens. Dette kan være en sentral faktor for at disse barnas situasjon kan være vanskelig å fange opp. Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskaper om barnets utvikling og reaksjonsmønster, slik at dets behov som

pårørende fanges opp. Barna har rett til informasjon, oppfølging og omsorg, blant annet via samtaler. Sykepleiere opplever flere utfordringer i arbeidet med barn som pårørende, noe som hindrer den optimale oppfølgingen. Barnet har behov for god kommunikasjon, og det er viktig at sykepleier lytter, er tilstede og bruker enkelt og tydelig språk. Samtidig trenger foreldrene informasjon rundt hvordan deres tilstand påvirker barnet. Barn som pårørende blir ifølge funnene i dette litteraturstudiet, ikke godt nok ivaretatt. Kartlegging av barnets situasjon og foreldrenes syn på den, kan være et verktøy i arbeidet med å ivareta barnet. Samtidig må det legges til rette i kartleggingen at sykepleier skal ha tid til å få gjennomført den, da en av utfordringene i arbeidet er uklare tidsrammer. Kartleggingskjemaet må være utformet på en slik måte at det er realistisk for sykepleier å få utført det.

7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature Review in Health and Social care - a practical guide*. 3.utg. Berkshire: -McGraw-Hill Education.

Barn av rus (2017) *Når lyset knapt slipper inn*. Tilgjengelig fra: <https://www.barnavirus.no/wp-content/uploads/2016/05/Na%CC%8Ar-lyset-knapt-slipper-inn-BARsnakk.pdf> (Hentet: 27.mars 2019).

Borge, A. I. H. (2015) *Resiliens*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bratterud, T. L. og Kjøsberg, K. (2017) *ressurshefte i pårørendearbeid*. Tilgjengelig fra: https://www.rus-ost.no/uploads/2018_Ressurshefte_Familiest%C3%B8tte%20Oppland_orig.pdf (Hentet: 2.april 2019).

Bugge, K. E. og Røkholt, E. G. (2009) *Barn og ungdom som sørger*. 1.utg. Oslo: Fagbokforlaget.

Bøckmann, K. og Kjellevoid, A. (2015) *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. 2.Utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Bønnhoff, H. og Larsen, I. B. (2014) På leting etter et ansikt - Om selvbiografiske perspektiver på å ha en mor eller far med alkoholproblemer, *Tidsskrift for psykiatrisk helsearbeid*, 11(02), s. 104 - 113. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2014/02/paa_leting_etter_et_ansikt_-_om_selvbiografiske_perspektiver (Hentet: 3.april 2019).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015a) *Hvem er vi og hva gjør vi?* Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi/> (Hentet: 09.mai 2019).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) NEM- *Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/Hvem-er-vi/Komite-for-medisin-og-helsefag/> (Hentet: 09.mai 2019).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015b) *Kvantitativ metode*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvantitativ-metode/> (Hentet: 25.april 2019).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015c) *Kvalitativ metode*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/> (Hentet: 25.april 2019).

Delås, G. M. (2015) Barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam. Hva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag?, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(4), s. 298-306. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2015/04/barn_i_familier_med_alkoholproblemer_og_skam_-_barn_i_famil (Hentet: 10.april 2019).

Den norske legeforeningen (2012) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 09.mai 2019).

Det Norske Akademis Ordbok (u.å.) *Ivareta*. Tilgjengelig fra: <https://www.naob.no/ordbok/ivareta> (Hentet: 07.mai 2019).

Erikson, G. M. (2010) *Riktig kildebruk - kunsten å referere og sitere*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gripsrud, S. (2003) *Omsorgsfilosof i kamphumør*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/sykepleie-historie-partner/omsorgsfilosof-i-kamphumor/1063205> (Hentet: 29.april 2019).

Helsedirektoratet (2010) *Barn som pårørende*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-paerorende-IS-5-2010.pdf> (Hentet: 27.mars 2019).

Helsedirektoratet (2018) Pårørendes rettigheter
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/249/Parorendes-rettigheter-en-oversikt-for-helsepersonell-i-den-psykiske-helsetjenesten-og-rustiltak-IS-2146.pdf> (Hentet: 09.april 2019).

Helsedirektoratet (2019) *Forskning om barn som pårørende*. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder/seksjon?Tittel=forskning-om-barn-som-11042> (Hentet: 27.mars 2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet 27.mars 2019).

Hildebrandt, S. (2011) *Fagfelle vurdering med plettet rykte*. Tilgjengelig fra:
<https://forskning.no/forskningssvindel/fagfelle-vurdering-med-plettet-rykte/789830> (Hentet: 24.april 2019).

Hjelmseth, M. og Aune, T. (2018) Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende, *sykepleien forskning*, 13(65521), s. 1-21. doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.65521.

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristiansen, R. og Myhra, A. B. (2012) *Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om?* Tilgjengelig fra: https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-Parorende_2009-2011.pdf (Hentet: 10.mai 2019).

Kristoffersen, L. B. (2001) *Psykologi og etikk for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal undervisning.

Kufås, E., Faugli, A. og Weimand, B. (2015) *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer – en kvalitativ levekårsstudie*. (IS - 2398). Oslo: Helsedirektoratet.

Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1027/Barn%20og%20ungdom%20som%20har%20foreldre%20med%20rusmiddelproblemer-IS-2398.pdf> (Hentet: 20.mars 2019).

Lystad, K. (2012) *Hun var verdens beste mamma, når hun var mamma*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nrk.no/livsstil/hvordan-hjelpe-barn-av-alkoholikere-1.8021693> (Hentet: 23.april 2019).

Malt, U. (2016) Alkoholisme, *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/alkoholisme> (Hentet: 27.mars 2019).

Malt, U. og Aslaksen, P. (2018) psykiske lidelser, *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra:

https://sml.snl.no/psykiske_lidelser (Hentet: 27.mars 2019).

Myhre, I. M. (2012) *Parentifisering – konsekvenser i et utviklingsperspektiv*. Hovedoppgave. Det psykologiske fakultet.

Napha (2014) *Barn som pårørende*. Tilgjengelig fra:

<https://www.napha.no/content/13933/Barn-som-parorende> (Hentet: 27.mars 2019).

Nordenhof, I. (2012) *Pårørendesamtaler med barn og unge*. 1.utg. Oslo: Fagbokforlaget.

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. og Reinart, L.M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Norsk Helseinformatikk (2018) *Alkoholmisbruk – hvordan kan det ramme barna?*

Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholmisbruk-folger-for-barna/> (Hentet: 1. mai 2019).

Norsk senter for forskningsdata (2019) Publiseringsskanaler. Tilgjengelig fra:

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> (Hentet: 25.april 2019).

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 08.mai 2019).

NSD (2018) *Informasjon til utvalget*. Tilgjengelig fra: https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/ (Hentet: 09.mai 2019).

Overland, J. A. (2018) *TONE - strategi for kildekritikk*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/subjects/subject:14/topic:1:185701/resource:1:169741> (Hentet: 30.april 2019).

Personopplysningsloven (2018) *Lov om behandling av personopplysninger*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38> (Hentet: 09.mai 2019).

Raundalen, M. og Schiltz, J. H (2008) *Å snakke med barn mellom 2 og 7 år om sykdom*. Tilgjengelig fra: <http://www.parorendesenteret.no/tips-r%C3%A5d/barn-unge/%C3%A5-snakke-med-barn-og-unge-om-sykdom/%C3%A5-snakke-med-barn-2-7-%C3%A5r> (Hentet: 08.mai 2019).

Reedtz, C., Mørch, L. og Lauritzen, C. (2015) Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(01), s. 36-45. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/nsf/2015/01/registreres_psykiatriske_pasienters_barn_i_elektronisk_pasi (Hentet: 09.april 2019).

Regjeringen (2007) *Å se barn som subjekt - noen konsekvenser for pedagogisk arbeid i barnehage* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/barnehager/artikler/a-se-barn-som-subjekt---noen-konsekvenser/id440489/> (Hentet: 09.mai 2019).

Renolen, Å. (2008) *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlag.

Rimehaug, T. (2018) *Har pasientene dine barn?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2016/11/har-pasientene-dine-barn> (Hentet: 11.april 2019).

Rustelefonen (uten år) *Alkoholmisbruk vs alkoholisme*. Tilgjengelig fra:
<http://www.rustelefonen.no/2007/01/alkoholmisbruk-vs-alkoholisme/> (Hentet: 05.mai 2019).

Sandvik, O. (2000) *Å snakke med barn mellom 2 og 7 år om sykdom*. Tilgjengelig fra:
<http://www.parorendesenteret.no/tips-r%C3%A5d/barn-unge/%C3%A5-snakke-med-barn-og-unge-om-sykdom/%C3%A5-snakke-med-barn-2-7-%C3%A5r> (Hentet: 08.mai 2019)

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven> (Hentet: 27.mars 2019).

Steig, M. og Andersen, A. J. W. (2013) Erfaringer med bruk av kartleggings skjema for å styrke barneperspektivet i spesialisthelsetjenesten, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3), s. 229-238. Tilgjengelig fra:
https://www.idunn.no/tph/2013/03/erfaringer_med_bruk_av_kartleggings-skjema_for_aa_styrke_bar (Hentet: 09.april 2019).

Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlag.

Torgersen, Trond-Viggo (2018) *Den som flasketuten peker på*. Tilgjengelig fra:
<https://www.youtube.com/watch?v=h7rbAbs8IUo> (Hentet: 13.mai 2019).

Torvik, A. F., Rognmo, K. (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. (ISSN: 1503-1403). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf> (Hentet: 23.april 2019).

