



Fordypningsoppgave

VBU723 Psykososialt arbeid med barn og unge

Kropp eller psyke? Ja takk, begge deler!

Ingrid Eriksen

Totalt antall sider inkludert forside: 31

Molde, 25.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tore Andestad

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 24.05.2022

Antall ord: 8252

Sammendrag

Jeg har valgt å fordype meg i hvordan jeg som sykepleier kan bruke relasjon og kommunikasjon til å bringe noe nytt inn i familiers forståelse av barns sykdom. Jeg har valgt å kalle fordypningsoppgaven min; «Kropp eller psyke? Ja takk, begge deler!» Med problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av relasjon til barn og foreldre bidra til å endre familiens narrativ om barnets sykdom?

I teorikapittelet presenteres litteratur som jeg mener er relevant for sykepleiers måte å bruke relasjonskompetansen sin til noe mer enn en biomedisinsk forståelse. Hvordan foreldre oppfatter barns sykdom har betydning for hvordan barnet oppfatter seg selv og sin situasjon. Sykepleier kan gjøre en forskjell ved måten hun kommuniserer og er i relasjonen på.

Selv om vi i dag vet at kropp og psyke henger sammen, og at mange symptomer er uttrykk for et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold er helsetjenesten fortsatt organisert med skille mellom fysisk og psykisk sykdom. I gråsonene der en ikke finner fysisk forklaring eller holdepunkt for psykiatriske diagnoser blir barnet ofte kasteball mellom to systemer som ikke snakker sammen annet enn i skriftlige henvisninger. I drøftingsdelen ser jeg på hvordan sykepleiers rolle kan være brobygger mellom kropp og psyke, og hvordan samtale med foreldrene i slike situasjoner kan hjelpe de til å finne håp og mening i en utfordrende og mange ganger uforståelig situasjon. Forskning spesifikt på psykososial forståelse i somatisk avdeling var utfordrende å finne, et funn som sier meg at dette er et felt som bør enda mer frem i lyset.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensinger og definisjon av begreper.....	2
1.3.1	Relasjon.....	2
1.3.2	Narrativ	2
2.0	Teoretisk referanseramme	3
2.1	Barne- og ungdomsavdelingen, Ålesund sykehus.....	3
2.2	Relasjon, kommunikasjon og allianse	4
2.3	Opplevelse av sammenheng	5
2.4	Narrativer.....	6
2.5	Ikke- vitende posisjon	6
2.6	Et kulturpsykologisk perspektiv	7
2.7	Systemteori.....	7
2.8	Konsultasjon Liaisonsteam	8
3.0	Metode- litteraturstudie.....	9
3.1	Strukturert søk	9
4.0	Presentasjon av funn.....	11
4.1	Den mentale helsen til pediatriske poliklinikk pasienter. Rønning, John A m.fl.	11
4.2	Når kroppen sladrer, bør helsetjenesten lytte med to ører - Betty Van Roy og Hege S. Larssen.....	11
4.3	Narrativ medicin i almen praksis - Lotte Hvas og Linn Getz.....	12
4.4	Klientens endringsteori som ledetråd i terapiprosessen. Sett i lys av behandling ved somatiseringslidelse - Thorfinnur Gudmundsson.....	12
4.5	En ung gutt med uforklarlig hodepine og lammelser - Solveig Gjems og Helene Helgeland	13
5.0	Drøfting	14
5.1	System og kultur- føringer for og utfordringer av dem.....	14
5.2	Sykepleiers egenskaper i møte med familier.....	15
5.3	Organisering av tjenesten	18
6.0	Avslutning	21
7.0	Litteraturliste.....	22

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å fordype meg i hvordan jeg som sykepleier i en somatisk barne- og ungdomsavdeling kan bruke min relasjon til barnet og familien til noe mer enn å bekrefte/avkrefte fysiske diagnoser. Min erfaring fra min arbeidsplass er at andelen barn med sammensatte utfordringer øker og mange kommer til utredning for plager som magesmerter, kramper og smerter. Jeg har gjennom utdanningsløpet blitt mer opptatt av hvordan jeg som sykepleier i tillegg til å bistå med ulike undersøkelser også kan ha øynene på barnet og familien som helhet, og videre kunne bidra til at både familien og hjelpeapparatet kan få en ny forståelse av barnets situasjon.

Gjennomsnittlig liggedøgn for barn og unge i sykehus er 2- 3 dager. Sykepleiers arbeidsdager er i turnus uten oppmøte hver dag. Dette vil si at man har kort tid på både å skape en relasjon og skulle bruke den til noe mer enn det som absolutt forventes innenfor rammene i avdelingen. Sykehusene har press på seg til å være raske og effektive, turnoveren i avdelingen er derfor høy, og barn blir skrevet raskt ut dersom en ikke finner sykdom som trenger behandling eller observasjon. Min opplevelse og forforståelse er at helsepersonell *er* mer opptatt av helhet og ulike forklaringer på barns plager enn vi var for ti år siden. Likevel opplever jeg at vi ikke er god nok til å snakke med foreldrene og bruke tid på det i praksis. Det jeg har funnet av forskning på feltet understøtter at dette gjelder generelt i pediatrien. Bortsett fra de sykehusene som har tilknyttet egne konsultasjons Liaison team hvor det jobbes systematisk med helhet og sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse.

Mitt utgangspunkt for denne studien er at jeg ønsker å finne ut hvordan jeg kan så noen frø i foreldrene, skape nysgjerrighet i dem, slik at de kan gjøre seg nye tanker og kanskje flytte fokus fra det som barnet fremviser av symptomer til å se om det er noe rundt barnet som kan være medvirkende til at barnet uttrykker seg som det gjør. Det være seg i form av smerter, progrediering i utvikling eller annen dissosiering.

1.2 Problemstilling

Ut fra bakgrunnen for valgt tema har jeg kommet frem til følgende problemstilling som jeg skal forsøke å belyse og finne svar på:

«Hvordan kan sykepleier ved hjelp av relasjon til barn og foreldre bidra til å endre familiens narrativ om barnets sykdom?»

1.3 Avgrensinger og definisjon av begreper

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å vektlegge relasjonen til foreldrene fordi foreldrenes forståelse av situasjonen vil være avgjørende for barnets forståelse og handling. Jeg måtte i søkene mine legge vekk korte møter og sykehusavdeling fordi det gjorde søkene smale og førte til få funn.

1.3.1 Relasjon

Relasjon betyr forhold, forbindelse, sammenheng eller samhörighet. (snl.no). Relasjoner skapes i alle møter mellom mennesker, vi blir oss selv i relasjon til andre. (Schibbye og Løvlie, 2017 s. 19). De tanker og følelser en bringer med seg inn i en relasjon vil ha betydning for den andre. En relasjon kan sees på som en dans hvor de ulike partene bytter på å føre. De ulike deltagerne i relasjonen vil påvirke hverandre med sine ord, blikk og væremåte og alt dette har betydning for hvordan relasjonen utvikler seg. Når man skal hjelpe andre er det viktig å være bevisst på hvordan ens egne tanker, følelser og væremåte påvirker den man skal hjelpe. I møte med familier med et sykt barn må man også være bevisst at relasjonen mellom barnet og foreldrene også vil påvirke relasjonen til hjelper.

1.3.2 Narrativ

Narrativ betyr fortelling eller historie. Gjennom narrativer blir erfaringer og opplevelser gitt mening både for den som forteller og den som hører på. (Jensen og Ulleberg, 2019, s. 224). I denne studien brukes narrativ om oppfatningen foreldre har om barnets sykdom. Hvilken forklarings og årsakssammenheng foreldrene er opptatt av.

2.0 Teoretisk referanseramme

I det følgende kapitlet vil jeg presentere teori som jeg synes er relevant for problemstillingen min, og som kan brukes til drøfting av litteraturfunnene som jeg har gjort.

2.1 Barne- og ungdomsavdelingen, Ålesund sykehus

Barne- og ungdomsavdelingen ved Ålesund sykehus tar imot barn mellom 0- 18 år, og utreder og behandler utfordringer innen medisin, kirurgi, ortopedi, øre- nese- hals. Innen medisin faller også barn og ungdom med ulike typer selvskading som medikamentoverdoser, spiseforstyrrelser eller andre somatiseringstilstander som smerter og anfall. Rammene for spesialisthelsetjenesten og tilbudet til barn og unge er organisert og delt mellom psykisk og fysisk sykdom. Tradisjonelt sett har dette blitt sett på som adskilte behov og dermed adskilte tjenester. I dag vet vi at fysisk og psykisk helse henger sammen og at en ikke kan stryke det ene fra det andre. Fysisk sykdom påvirker psyken og vise versa, det som kan se ut som fysisk sykdom trenger ikke være det. Særlig barn presenterer ofte ulike symptom og plager som kommunikasjon for å ikke ha det bra, eller for å varsle om hendelser som de ikke har språk eller forståelse til å forklare. I lys av dette ønsker jeg derfor å se på hvordan vi kan bli bedre til å både se og snakke om hva som kan ligge til grunn for barns plager. Ifølge Hertz (2011) er all atferd kommunikasjon, og symptomer et barn presenterer for foreldre og/ eller hjelpeapparatet kan være varsling av noe som ikke er som det skal. Barn kan mangle ord for å forklare og prøver dermed å si ifra ved å endre atferd.

Det kan oppleves stressende både for barn, ungdom og deres foreldre å være innlagt i sykehus. Å skape gode og trygge rammer for samtale kan være spesielt viktig. Det er ikke mulig å komme utenom de fysiske rammene vi har i sykehuset og det blir derfor ekstra viktig å legge til rette for lek og normal aktivitet for barnet/ungdommen. Ifølge Kvello (2021) kan de fysiske forholdene for et møte være viktig, men rammen for en god samtale skapes også mye av den profesjonelle.

2.2 Relasjon, kommunikasjon og allianse

Kommunikasjon er viktig for å bygge relasjon og allianse. I alle møter mellom mennesker skjer det kommunikasjon både bevisst og ubevisst. En kommuniserer både med ord og handling i møte med andre. For å skape en god nok og meningsbærende relasjon må sykepleier være bevisst sin måte å kommunisere på. Når mennesker møtes utveksles blikk, kroppsspråk leses og en får umiddelbart et inntrykk av hva den andre tenker og kanskje føler. (Schibbye og Løvlie, 2017, s. 92). Det er viktig at sykepleier er bevisst hvordan hun møter en familie. Det å gå helt inn i rommet, sette seg ned istedenfor å bli stående i døra, tone seg inn på barnets alder gjennom for eksempel leker, tilby foreldrene en kaffekopp, vil kunne forsterke følelsen av at en vil familien vel. I møte med en familie som har det vanskelig er det viktig å være bevisst egne følelser og sin egen forforståelse av situasjonen. Ved å være bevisst og kjenne sine egne følelser og reaksjonsmønster vil en lettere kunne forstå den andre. (Skau, 2017, s. 51). Det å tørre å la seg berøre og være medmenneske i et slikt møte er grunnleggende for å kunne bidra til endring i den andre. Evnen til å lytte med oppmerksomt nærvær uten å dømme det som blir sagt, være oppmerksomt til stede og kunne skyve unna distraksjoner som dukker opp er personlige kvaliteter som krever øvelse å utvikle. Gjennom for eksempel mindfulness meditasjon kan en utvikle denne evnen å bli en god lytter. (Skau, 2017). Ved å møte den andre ved å være oppmerksomt til stede vil en også lettere kunne anerkjenne den andre og skape en subjekt- subjekt relasjon. Ved å anerkjenne familiens historie og opplevelse av situasjonen kan en skape et godt utgangspunkt for en meningsbærende relasjon hvor utgangspunkt for endring er til stede. (Schibbye og Løvlie, 2017).

I dette studie er fokuset på foreldrene fordi en allianse med dem vil være en åpner for allianse med barnet, og foreldrenes opplevelse av situasjonen vil som regel være avgjørende for hvordan barnet ser situasjonen. Foreldrene er min viktigste alliansepartner og uten å ha dem på lag blir det vanskelig å komme i posisjon til å snakke med barnet. Samtidig må en evne å inntone seg til barnet og kommunisere med han/henne.

For å kunne komme i posisjon til å samtale med foreldre om ting som kan være vondt og vanskelig trenger jeg som hjelper en rekke kvaliteter i min væremåte. Mye av dette ligger allerede i rollen som sykepleier. En bruker av seg selv i møte med andre for å få de til å føle seg trygge. En viser dem at en er oppriktig i sitt ønske om å hjelpe ved å bruke tid, vise interesse, være til stede og sette seg ned når en prater. Prøver å sørge for at man kan

samtale uten å bli avbrutt. Vise forståelse ved å ta del i innholdet i det som fortelles, måten formidlingen skjer på gir rom for fortolkning og oversettelse. I stedet for å oversette den andres uttrykk, noe som kan oppleves som en maktdemonstrasjon, kan en forsøke å metakommunisere for å tone seg inn i forståelsen av historien. Ved å løfte samtalen opp til et metaperspektiv, vil en legge ansvaret for prosessen videre over på den andre noe som kan være med på å forsterke følelsen av å bli forstått. (Jensen og Ulleberg, 2019). Ved at man klarer å lytte uten forbehold og bekrefte det som blir sagt oppnår en tillit og likeverd i relasjonen. For at en skal klare dette må en være åpen for det som blir fortalt. Dersom en går inn samtalen med forforståelse om hva en skal høre og hvilken vei samtalen skal ta vil en utstråle holdningen sin gjennom analoge uttrykk i kroppsspråk, holdning og de ordene en velger å bruke. Dette er viktig å ha med seg i møte med familier som en ønsker å oppnå tillit og en god relasjon til. Anne Lise Løvlie Schibbye vektlegger disse elementene i sin dialektiske relasjonsteori, og oppsummerer det med begrepet anerkjennelse. (Jensen og Ulleberg, 2011). Når en anerkjenner den andre i en relasjon betyr det at en respekterer og godtar den andre og dens historie. Det fører videre til et likeverdig tillitsforhold som vil være et godt utgangspunkt for endringsarbeid.

2.3 Opplevelse av sammenheng

Antonovsky bruker begrepet «sense of coherence»; opplevelse av sammenheng, som en viktig del av å utvikle god helse; salutogenese. (Borge, 2018). Hvordan en forstår vanskelige hendelser betyr noe for hvordan en håndterer dem. (Kvello, 2015). Faktorene; *håndterbarhet, mening og forståelse*, for å bevare og utvikle god helse kan sammenlignes med begrepet resiliens. (Kvello, 2015).

Opplevelsen av sammenheng er viktig både for barnet og foreldrene for å oppleve mestring i sin situasjon.

Når barns sykdom og symptomer ikke kan forklares eller diagnostiseres med somatisk sykdom kan situasjonen oppleves uforståelig og meningsløs for familien. Ved å se på symptomene i en større sammenheng kan en gjøre det uforståelige mer forståelig og dermed gjenvinne opplevelsen av sammenheng. Dette kan også være med på å forebygge nye eller forsterkning av allerede psykiske og sosiale vansker.

2.4 Narrativer

Narrativ betyr historie eller fortelling, i denne sammenhengen brukes begrepet narrativ om familiers måte å fortelle sin historie på, og deres forståelse av situasjonen. Hvilke opplysninger blir vektlagt når foreldre skal fortelle om barns plager, hva velger de å ta med og ikke minst hva velger de å utelate. Vi lager historier, konstruerer vår virkelighet, for at hendelser i livet skal få mening. Samtidig kan historiene vi lager gjøre at virkelighetsforståelsen blir avgrenset fordi det skjer en utvelgelse og en avgrensing av hva som får plass i en families historie. (Guldbrandsen, 2017. s. 325). Akkurat som at den som forteller historien velger ut hva som skal være med vil den som hører på tolke og lage sin historie om det som blir sagt. (Jensen og Ulleberg, 2011). I møtet med hjelpeapparatet vil ofte både barnet og foreldrene fortelle mest om det de anser som problemer. White kaller dette for en problemmettet historie. Hovedmålet i hans terapimodell er å dekonstruere og løse opp virkelighetsoppfatningen som gir et barn eller en familie begrensninger. (Guldbrandsen, 2017). Ved å objektivere problemet, å sette det utenfor barnet og familien, kan en få mulighet til å lage seg en ny historie med nye muligheter for barnet og familien. (Guldbrandsen, 2017). White kaller dette for eksternalisering. «Det er ikke personen som er problemet, det er *problemet* som er problemet.» (Jensen og Ulleberg, 2011. s. 231). Ved å eksternalisere problemet skiller man mellom problemet og personen og slik kan man lettere undre seg og snakke om det uten at noen føler skyld og skam i samtalen. (Jensen og Ulleberg, 2011).

2.5 Ikke- vitende posisjon

Når foreldre oppsøker hjelpeapparatet med et barn som fremstår syk forventer de at undersøkelser skal avdekke sykdom som kan behandles. Når en utreder uten å finne somatisk sykdom kan det oppstå en fortvilelse både i barnet, foreldrene, men også i hjelpeapparatet. Å kunne innta en ikke- vitende posisjon, det ha mot til å stå i at en ikke har svarene er nok mer utbredt i familierapi og sosialfaglige profesjoner enn det er i en somatisk sykehusavdeling. I en ikke- vitende posisjon vil fagpersonen være nøytral, nysgjerrig og undrende i sin kommunikasjon med familien. En vil unngå å komme med påstander og fortolkninger av familiens liv. (Kvello, 2021). Ifølge Hertz kan det å tåle og ha mot til å stå i tvil og usikkerhet være en måte å finne en felles plattform for videre undring og arbeid. (Hertz, 2011. s. 67). Ved å tørre å ikke ha

svarene og stå i tvilen kan en sammen skape en prosess som kan være med på å gi ny mening og nytt fokus for familien. (Hertz, 2011). Hverken profesjonsutøveren eller den en samtaler med har svaret på hvor samtalen skal ende og dette kan bidra til at en finner noe en i felleskap kan bygge videre på.

2.6 Et kulturpsykologisk perspektiv

«Våre historier om oss selv er basert på de fortolkningsmuligheter kulturen gir oss» (Guldbrandsen, 2017, s. 335). Vi lever innenfor noen sosiokulturelle rammer som vi tar for gitt, og disse rammene legger føringer for hvilket språk vi bruker og hvordan vi handler og reagerer uten at vi tenker over det. (Guldbrandsen, 2017). Sykehuset er et eksempel på en institusjonell virksomhet hvor diskursen er sterkt forankret. Den positivistiske arbeidsmodellen en handler utfra med mål om å finne årsaker til symptomer, diagnostisere og behandle er en lang tradisjon som skaper forventning fra pasientene om å finne et svar og få hjelp. Det som kan måles og monitoreres gis ofte mer verdi enn tolking av symptomer i form av å føre en frem mot et svar. Et slikt observasjonsfokus kan ifølge Kvello (2021) bidra til at hjelper blir begrepsfattig når en skal beskrive og forklare symptomer som ikke gir utslag på medisinske måleenheter og undersøkelser. En kan bli for opptatt av observasjonene slik at relasjonsbygging havner i andre rekke og en kan dermed gå glipp av informasjon som barnet forsøker å formidle. (Kvello, 2021, s. 71). Observasjonsdiskurset er sterkt forankret i sykehuset og de som arbeider der. Måten en tenker og snakker på er preget av de underforståtte fortolkningsrammene. Disse uskrevne «reglene» legger føringer og forventninger til hvilke krav som stilles av pasient og familie i møte med helsevesenet. (Guldbrandsen, 2017).

2.7 Systemteori

Når en familie søker hjelp for sine utfordringer forteller de en historie slik som de har fortolket den. Det skjer en utvelgelse av hvilken informasjon en ønsker å vektlegge og hvilken informasjon en velger å la være å formidle. Barns formidling og reaksjoner blir også et resultat av hva som vektlegges i familiekulturen de vokser opp i. (Guldbrandsen, 2017). Når en legger mest vekt på det som er vanskelig og problematisk i sin historie vil en iflg White få en problemmettet historie. (Guldbrandsen, 2017, s. 327). Ved å forsøke å løse

opp de problemorienterte handlingsmåtene og sette problemet utenfor personen som eier det vil en kunne bidra til å lage en ny historie hvor en kan se muligheter og løsninger istedenfor problemer. (Guldbrandsen, 2017).

Disse tankene om familien som et system kan ses i sammenheng med Urie Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell og et systemteoretisk perspektiv. All psykologisk utvikling skjer i samspill med andre mennesker. (Guldbrandsen, 2017, s. 51). Det som blir vektlagt av kommunikasjon og aktiviteter i familien kan sees i et mikrosystemperspektiv. For personene i systemet vil aktivitetene føre til utvikling gjennom den relasjonen den skjer i. Utviklingen starter gjennom gjensidig relasjon mellom personene i mikrosystemet, for eksempel mor-barn. Denne gjensidige relasjonen fører videre til aktiviteter som begge er gjensidig opptatt av og delaktig i. (Guldbrandsen, 2017). Endring hos en person i mikrosystemet vil føre til endring hos den andre. Alle personene i en familie har sin plass og sin rolle i systemet, og alle inngår i relasjon til hverandre. De andre systemene som familiemedlemmene har roller i for eksempel barnehage, skole og arbeidsplass vil også ha påvirkningskraft i mikrosystemet. Endringer rundt barnet i skolen vil kunne påvirke barnet hjemme som igjen påvirker de andre i familien.

2.8 Konsultasjon Liaisonteam

Betegnelsen Konsultasjon Liaisonteam (CL- team) kommer fra latin og betyr å rådføre og sammenbinde, og er et forpliktende samarbeid mellom fagpersoner i ulike profesjoner (<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/konsultasjon-liaison-psykiatri-bup-i-somatisk-medisin/>). CL-team defineres som psykososialt arbeid rettet mot somatisk avdelings pasientgruppe og personalet, og fungerer som et bindeledd mellom fagpersoner med psykososial kompetanse og den somatiske avdelingen. De brukes både som rådgivende organ for pediatere, men også til behandling og oppfølging av barn og familier med sammensatte behov. CL- team har blant annet som oppgave å være barnets «psykososiale advokat» ved å ha barnets emosjonelle og utviklingspsykologiske behov i fokus gjennom oppholdet i sykehuset. Det er et tilbud ved flere av de store barneavdelingene særlig ved universitetssykehusene i Norge. (legeforeningen.no).

3.0 Metode- litteraturstudie

Metode er det redskapet vi bruker for å finne frem til ny kunnskap. (Dalland, 2015).

Metoden skal være til hjelp for at vi får samlet inn det vi trenger av data for å undersøke og svare på problemstillingen (Dalland, 2015). I denne fordypningsoppgaven er vi bedt om å bruke litteraturstudie som metode. En bruker da allerede tilgjengelig litteratur som grunnlag for å svare på problemstillingen. Måten en leter etter og velger ut litteratur på vil være avgjørende for hva en finner.

Etter at jeg hadde valgt tema for fordypningen min gikk jeg i gang med å finne relevant litteratur. I første omgang leste jeg pensum som jeg tenkte kunne være relevant. Dette er presentert i teorigrunnlaget. Videre søkte jeg etter aktuell forskning og publiserte artikler gjennom strukturert søk i ulike databaser, presentert i neste avsnitt.

3.1 Strukturert søk

Jeg startet med å søke bredt på tema i google scholar for å få et inntrykk av hva som fantes av forskning på tema. I starten hadde jeg med søkeordene *korte møter og sykehus*, jeg søkte også i oria. Jeg fant at det var gjort lite forskning spesifikt på dette tema og måtte legge om søkestilen noe for å finne relevant litteratur. Gjennom et av de første søkeforsøkene fant jeg artikkelen «Når kroppen sladrer, bør helsetjenesten lytte med to ører». Jeg brukte denne som utgangspunkt for videre søk. Ved hjelp av snøball metoden fant jeg flere relevante artikler med innhold som jeg mener er relevant for å svare på og diskutere problemstillingen min selv om de ikke treffer 100%.

Jeg gjorde også nytt søk i oria med søkeordene: *foreldre, barn, ung, sykepleier, møte, relasjon og allianse*.

Ved å søke «BUP i somatisk sykehus» i google scholar fikk jeg noen treff som jeg undersøkte videre. Blant annet fant jeg frem til en undersøkelse gjort om mental helse hos polikliniske pedriatiske pasienter. Undersøkelsen konkluderer med at det er for lite fokus og for lite forskning på området. Resultatene i denne artikkelen understøtter opplevelsen min både i forkant og underveis i denne litteraturstudien. Samt viktigheten av å løfte diskusjonen om psykisk helse i somatiske avdelinger frem i lyset.

Utfordringen min har som nevnt vært at det er lite forskning på tema spesifikt i somatisk sykehusavdeling. Jeg har derfor valgt å bruke artikler som retter seg mer mot psykiatri og familierapi, men som jeg mener har en overføringsverdi i form av at en kan trekke paralleller og ta lærdom fra erfaringer gjort i psykiatri feltet inn i somatikken. Det har vært viktig for meg at artiklene var fagfelleverderte og publisert i anerkjente tidsskrift. Jeg har brukt sjekklister i Helsebiblioteket til å vurdere artiklene. I utgangspunktet ønsket jeg at artiklene ikke skulle være mer enn 10 år gamle, men har likevel tatt med en artikkel fra 2003 fordi jeg syntes funnene var interessante og fordi det som nevnt har vært en utfordring å finne god forskning. Jeg har konsentrert meg om norske artikler fordi jeg ønsket å se på holdningene til dette i norske sykehus. Det kan tenkes at jeg hadde funnet mer relevant forskning dersom jeg også hadde søkt i for eksempel engelsk eller amerikansk litteratur. Samtidig tenker jeg at både helsevesenet og samfunnet generelt er såpass ulikt det norske at jeg er usikker på om overføringsverdien ville være god. Det kunne selvfølgelig vært interessant å se på hvordan utfordringen løses i andre land, men omfanget og begrensning i oppgaven gjorde at jeg valgte å forholde meg til det norske. Det kan tenkes at denne måten å søke på har gjort at funnene mine har blitt noe ensidige og gitt en noe smal fremstillingen av tema. Likevel synes jeg at funnene som er presentert egner seg godt til å drøfte problemstillingen.

Med bakgrunn i dette er artiklene valgt ut ifra at de har elementer i seg som sier noe om temaet og kan knyttes opp mot valgt og relevant teori. Jeg har måtte bryte ned problemstillingen og ta for meg en og en del. Jeg har lest mange artikler som har omhandlet spesifikke pasientsituasjoner, de fleste av disse har jeg valgt vekk fordi fokuset har vært langvarig oppfølging. En av dem valgte jeg likevel å inkludere fordi det kommer tydelig frem hvor det ofte går galt i kommunikasjonen med foreldrene.

4.0 Presentasjon av funn

Under følger en kort presentasjon av de artiklene jeg har valgt å ta med for å belyse og drøfte problemstillingen.

4.1 Den mentale helsen til pediatriske poliklinikk pasienter.

Rønning, John A m.fl.

Undersøkelsen er utført blant polikliniske pasienter ved universitetssykehuset i Tromsø. For å finne ut av grad av mentale helseutfordringer samt pediaters evne til å fange opp disse. Forskerne stiller spørsmål ved validiteten grunnet lav deltagelse. De finner svært lite tilgjengelig forskning på feltet og de konkluderer med at det er betydelig behov for mentale tjenester i pediatriske settinger. De etterlyser også mer forskning på tema.

4.2 Når kroppen sladrer, bør helsetjenesten lytte med to ører -

Betty Van Roy og Hege S. Larssen.

Artikkelen er en fagartikkel publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Samt den gir en god beskrivelse av konsultasjon Liaison teamets arbeid. Den viser til aktuell litteratur i feltet samt har refleksjoner og erfaringer fra brukerperspektivet. Under gjengis noen punkter som jeg har lagt spesielt merke til og brukt i drøftingen av problemstillingen.

Når kroppen velger sterke uttrykk og de fysiske plagene tar mye krefter, er det en prosess å gi slipp på en ren somatisk forståelse.

Å utforske et symptom handler først og fremst om anerkjennelse av symptomet som et viktig budskap om at noe er galt.

Å oversette kroppens språk betyr å gjøre det uforståtte og uuttalte til gjenstand for vurdering og utforskning, og dermed gjøre det forståelig og håndterbart. Det gir indre styrke og opplevelse av kontroll. Det bidrar til mestring av nåtid, og gir håp for fremtid. Selv om symptomene helt eller delvis kan forklares med psykogene faktorer, er kroppen sterkt involvert.

Familien kan føle seg avvist hvis eneste oppfølging er psykisk helsehjelp. Å ha tilgang til barnelegen kan skape trygghet.

Samtaler kan fungere som en «emosjonell tolketjeneste» hvor kroppslige symptomer oversettes til et mer beskrivende og forståelig uttrykk.

Å snakke med hele familien handler om å ikke bare «zooome «inn på ungdommen med sine symptomer, men også om å «zooome» ut, og sammen med familien betrakte hvordan familiemedlemmer samspiller og representere større, komplekse forhold. (Van Roy og Larssen, 2014).

4.3 Narrativ medicin i almen praksis - Lotte Hvas og Linn Getz.

Hvas og Getz trekker koblinger mellom at vi som mennesker hele tiden forteller historien om vårt liv, både om hverdagslige hendelser, men også i hvordan vi forstår og håndterer sykdom. De peker på noen kvaliteter terapeut eller hjelper trenger for å hjelpe mennesker til å forandre sin historie.

Ved å innta en rolle som kompetent medtenker/ medmenneske, som tåler å høre det som blir sagt, Lytte fordomsfritt, «tåle» historien, uten å tenke løsning på «problemet». Ved å endre forståelsen til et liv levd i kaos, til en kaoshistorie, kan en hjelpe pasient/forelder til å håndtere historien ved at det er en historie og ikke lenger et kaos. Ved å kommentere og stille nysgjerrige spørsmål vil en som hjelper kunne hjelpe til at pasienten får nye elementer i sin historie som kan gi ny innsikt og mestring. (Hvas og Getz, 2013).

4.4 Klientens endringsteori som ledetråd i terapiprosessen. Sett i lys av behandling ved somatiseringslidelse - Thorfinnur Gudmundsson

Artikkelen fra 2003 er egentlig eldre enn det jeg ønsker å inkludere i studien min.

Gudmundsson diskuterer litteratur opp mot en pasientsituasjon. Gudmundsson påpeker at det er vanskelig å bidra til endring hvis endringen i seg selv er selvet målet.

Gudmundsson skriver: Ved at terapeutene i utgangspunktet mener at klientene tar feil, blir det vanskelig å etablere en behandlingsallianse. Terapeuten får vanskeligheter med å fange opp klientenes historie, og klientene har vansker med å lytte til terapeutene. Dette gjør at det ikke etableres en gjensidig anerkjennelse som jeg mener er en forutsetning som må til når en skal jobbe for endring. Dette mener jeg er et eksempel på at begge parter blir stående i et enten/eller-dilemma. Terapeutene overhører da lett det som ikke passer inn i

deres forklaringsmodell og gjør det som Miller advarer mot: å se på klientens endringsteori som en del av problemet. (Gudmundsson, 2003).

4.5 En ung gutt med uforklarlig hodepine og lammelser - Solveig Gjems og Helene Helgeland

Artikkelen er en beskrivelse av en pasientsituasjon, publisert som en læringshistorie. Gjems og Helgeland påpeker manglende helhetstenking og ansvarsfraskrivelse fra både pediater og psykiatere i de mest sammensatte pasienthistoriene. Pasienten fyller ikke kriteriene for hverken somatikk eller psykiatri og blir fort en kasteball i systemet. Jeg har valgt å ta med et lite utdrag fra den som viser hvor viktig kommunikasjon er:

Mens utredning foregikk følte familien seg godt ivaretatt ved sykehuset. Men da de somatiske undersøkelsene ikke gav svar, følte de at de ble overlatt til seg selv. De fikk ingen forklaring Mange alvorlige diagnoser ble nevnt uten videre begrunnelse og forklaring noe som førte til enda mer bekymring for barnet og foreldrene.

5.0 Drøfting

Kropp eller psyke? Ja takk, begge deler!

Når et barn eller en ungdom blir diagnostisert med kronisk sykdom er det naturlig at vi tenker at dette også vil påvirke psyken. Flere diagnoser som for eksempel diabetes og kroniske tarmlidelser gir automatisk tilbud om å treffe andre med samme diagnose. Samtaler med sosionom eller psykolog er også vanlig i slike forløp for å forebygge psykisk uhelse. Hvorfor er det da slik at fysiske plager utløst av psykiske og/eller psykososiale forhold ikke snakkes om på samme måte? Og hvordan kan en som sykepleier i en somatisk avdeling være en samtale partner som snakker om psyken på en mer naturlig og hensiktsmessig måte som kan bidra til å endre familiens narrativ om barnets sykdom?

5.1 System og kultur- føringer for og utfordringer av dem

Når sykepleier møter familier i barneavdelingen ligger det allerede noen føringer for hva som forventes både fra systemet og fra familien. En av de største utfordringene i en sykehusavdeling er tiden og krav til effektivitet. Gjennomsnittlig liggetid for barn og ungdom er 2- 3 døgn. Utgangspunktet for denne fordypningsoppgaven var i første omgang hvordan kan en gjøre noe på så kort tid? Noen ganger treffer en familiene bare på en vakt, er man heldig får en mulighet til å følge opp dagen etterpå. De godt etablerte diskursene der oppmerksomheten er mest rettet mot medisiner og undersøkelser forordnet av lege gjør også omstillingen til å tenke mer på relasjon og gjensidighet til en utfordring. Men kanskje trenger en ikke så lang tid? Er den korte tiden tilstrekkelig dersom en bruker tiden på riktig måte?

Ved å være den som ser familien litt ekstra, bruke den tiden man har til å ha en åpen dialog. For å få til dette må en være trygg i rollen sin og ha tro på det en snakker om. Å skulle bruke tid på familier som kolleger vil avfeie og sende videre i systemet krever mot og kunnskap. Det kan bli vanskelig for sykepleier å starte dialog rundt dette dersom lege allerede har «parkert» det psykososiale gjennom sitt positivistiske handlings- og kommunikasjons mønster. Det å kunne tenke, handle og samtale annerledes er en prosess både for helsepersonell selv og for familien som står i situasjonen. Ifølge rapporten (Rønning m.fl, 2018) om den mentale helse til polikliniske pasienter i pediatrien klarer legene i stor grad å fange opp mentale problemer, men jeg opplever likevel at de ofte velger det bort. En kan gjemme seg bak tidspresset og at andre oppgaver har høyere

prioritet, men samtidig stille spørsmål om effektivitet dersom samme barn gjentatte ganger innlegges grunnet uforklarlige smerter og en ikke tar seg tid til å gå inn i situasjonen. Gjems og Helgeland (2018) bekrefter denne antagelsen min i sin erfaringshistorie og skriver at når leger ikke finner fysiologisk grunn for symptomer konkluderer de med at det må være psykisk betinget og dermed utenfor deres ansvarsområde. De hevder også at barnet fort blir kasteball i systemet fordi ingen vil ta ansvar, det utredes stykkevis og ingen tar ivare helheten. Sykepleier kan i slike situasjoner forsøke å være pasientens advokat og koordinator, og heve stemmen for et mer biopsykososialt helhetssyn ved å bringe diskusjonen til bordet.

5.2 Sykepleiers egenskaper i møte med familier

Sykepleiers relasjonskompetanse vil være viktig og avgjørende både i forhold til samtaler med kolleger, men spesielt i møte med barn og familier. Å være bevisst hvordan en kommuniserer, bygger relasjon og allianse vil i stor grad være avgjørende for om en kan bringe noe nytt inn i samtaler om barnets situasjon. En trenger mot og kunnskap for å se bak symptomer og handle ut ifra en biopsykososial forståelse. I en travel hverdag kan det være enklere bare å lukke øynene og ikke ta innover seg kompleksiteten i symptomene, og en kan komme seg unna med det fordi det ikke ligger i tradisjonen og sette søkelys på det psykososiale. Med det sagt har sykepleiere god kompetanse på å skape relasjon til familiene som er innlagt. De har en unik mulighet til å gjøre en forskjell for barnet og bør absolutt bruke situasjonen til å være undrende i disse møtene. De snakker med barn og unge i ulike aldre, og foreldre i ulike livssituasjoner. Ved å bruke tid på familiene, vise interesse ved å være nysgjerrig og undrende er egenskaper som er viktig for å skape allianse med barn og familier. Alliansen kan videre stimulere til endring både i en selv som hjelper, men aller viktigst i familien man skal hjelpe. Sykepleier er mest vant til å løse et problem, gi en behandling slik at barnet får det bedre. Det kan derfor føles vanskelig og utfordrende å stå i en slik situasjon der en ikke har et svar eller en løsning. Det å være åpen om og tåle å ikke ha et svar kan være et godt nok svar for en familie i en situasjon der en ikke finner fysiologisk forklaring på symptomene. Ifølge Hertz (2011) kan det å stå i denne prosessen sammen være med på å skape den endringen som en ønsker. Ved å innta en ikke- vitende holdning og være åpen for familiens historie uten å tenke at man sitter med svaret og løsningen selv er avgjørende for at man skal klare å skape endring både i familien, og i seg selv som hjelper. En ikke- vitende holdning betyr ikke at man skal late

som man ikke kan eller vet, men en unngår å komme med påstander og fortolkninger av situasjonen.

Gudmundsson (2003) har funnet at dersom en som hjelper går inn i en hjelperelasjon med utgangspunkt i at familien har feil fokus og med en forforståelse om at her *må* det endring til låser en seg fast, og det kan bli vanskelig å oppnå en allianse som er avgjørende for å ha et utgangspunkt for endring. Sykepleier må derfor være bevisst sine egne følelser, meninger og forforståelse av situasjonen for å klare å innta en ikke- vitende posisjon. Dermed kan hun ha mulighet til å skape en allianse som gir utgangspunkt for undring og skaper en ny felles forståelse sammen med familien. Dersom foreldrene har en forklaring og helsepersonellet en annen, og begge står på sitt blir det vanskelig å finne et felles utgangspunkt. Ved nettopp å innta en ikke-vitende holdning med undring og være aktiv lyttende kan vår væremåte i seg selv bidra til at foreldrene blir nysgjerrig og søker ny mening i historien sin. Med det som utgangspunkt kan en sammen finne en ny måte for familien å finne mening i situasjonen sin, og samtidig så et håp om at en løsning og en endring kan finnes.

Måten en kommuniserer på og hvilke ord en velger å bruke har også betydning for relasjonen mellom sykepleier og familien. Dersom helsepersonell forteller foreldre at vi finner ingenting galt, barnet ditt er friskt, og foreldrenes opplevelse er at barnet er sykt. Kan foreldre føle seg misforstått, mistenkeliggjort og ikke trodd. Gjems og Helgeland (2018) påpeker mangel på informasjon og kommunikasjon som et problem når vi beveger oss i en biopsykososial forståelse av sykdom. Når foreldrene ikke får informasjon mister de opplevelsen av sammenheng, situasjonen blir uhåndterbar og de kan føle på skyld for å ha påført barnet belastning, og går i forsvarsposisjon. Dette kan videre gjøre kommunikasjon vanskelig. Det er viktig å ta symptomene barnet har og bekymringene til foreldrene på alvor. Ved riktig bruk av språk, undring og åpne spørsmål i samtale kan barnet og familien få hjelp til å oversette kroppens symptomer og gjøre situasjonen mer forståelig og håndterbar. Noe som ifølge Kvello (2015) er avgjørende for å oppleve mestring. Van Roy og Larsen (2014) kaller samtalene for kroppens tolketjeneste. Når kroppen reagerer så kraftfullt at det ser ut som fysisk sykdom er denne oversettelsen et viktig verktøy for å forstå situasjonen. Dersom familien føler seg overlatt til seg selv med inntrykk av at helsepersonell bagatelliserer symptomene og situasjonen kan de oppleve en skjevhet i maktforholdet. Ved å anerkjenne familiens opplevelse og historie gjennom

forståelse, bekreftelse og åpenhet kan relasjonen mellom familien og helsepersonell bli mer likeverdig. Dersom en ikke forstår hverandre kan en også løfte samtalen opp til metanivå noe som vil gi familien mulighet til å ta ansvar for hvordan vi går videre i situasjonen. Et slikt grep vil også kunne forsterke familiens følelse av medvirkning. Ved å være bevisst hvilke ord en bruker og hvilke spørsmål en stiller, samt være bevisst sin væremåte kan en være en hjelper som familien får tiltro til og ønsker å snakke med. Ved å tørre å stille spørsmål, tåle svarene og historien som fortelles, uten å dømme og uten å prøve å finne en løsning. Når familien får fortelle sin historie med dette som bakteppe kan en hjelpe familien til å se historien sin fra et nytt ståsted. Ved å stille åpne og nysgjerrige spørsmål kan en bringe undring og ny forståelse til familiens narrativ. Dette understøttes også av Hvas og Getz (2013) sine funn i narrativ medisin. Når det bringes undring og ny forståelse til historien vil familien kunne lage seg en ny historie med ny innsikt og mening som kan være med på å gjøre situasjonen mer håndterbar. Opplevelsen av mening og sammenheng er iflg Kvello (2015) også en viktig beskyttelsesfaktor for håndtering av situasjonen videre.

Kommunikasjon innad i familien er også et viktig moment i relasjonen mellom dem og sykepleier. Ut fra et kulturpsykologisk perspektiv vet vi at hvordan en familie snakker sammen og hva de er opptatt av er det som også gir mening og sannhet for barnet. Gjennom systemteori vet vi at endring i foreldrene vil påvirke og gi endring i barnet. Når et barn er sykt eller viser symptomer på sykdom blir foreldrene naturlig nok opptatt av dette. Dersom sykdommen tar for stor plass og en ser mest vansker blir historien problemmettet. Dette kan for barnet bli en selvoppfyllende profeti, det som foreldrene gir oppmerksomhet gjør barnet mer av uten å nødvendigvis være bevisst sitt reaksjonsmønster. Når et barn fremviser og klager over smerter for eksempel i magen er det helt naturlig at foreldrene tar barnet med til lege for å få det utredet. Beskrivelse av smerte er vanskelig for barn og smerter i magen kan like gjerne være uttrykk for smerter andre steder, eller et utsagn fordi barnet ikke skjønner helt hva det føler. Dersom disse magesmertene da får for stor oppmerksomhet kan det føre til en forsterking i barnet om at noe må være galt med meg. Å ta barn på alvor, men samtidig ha med disse tankene er en utfordrende balansegang både for foreldre og helsepersonell. I sykehushverdagen bruker vi mye tid på å bevare det friske i barnet gjennom lek og aktivitet. Ved å se hvordan barnet responderer på lek får man nyttig informasjon om barnets utvikling og mulighet til en mer helhetlig vurdering av situasjonen. Sykepleiers handlingsmønster kan ved hjelp av dette

bringe ny informasjon til foreldrenes narrativ. Ny informasjon vil kunne bidra til ny forståelse for foreldrene. Samtidig vil måten foreldrene reagerer på den nye informasjonen gi sykepleier nyttig informasjon tilbake. Dersom barnet blir begrenset av foreldrene, ikke får lov til å leke fordi de for eksempel er redd for smertene øker vil dette føre til en forsterkning for barnet ved at foreldrene har en forventning til smertene. Dersom sykepleier undrer seg over dette mønsteret på en slik måte at foreldrene begynner å tenke annerledes om symptomene vil det også kunne gi barnet tro på endring. Barnet påvirkes av hva foreldrene er opptatt av. Ved å se forbi symptomene og se det friske i barnet kan foreldrene få håp og en mer håndterbar situasjon. Slik endring er ofte en lang prosess som vil foregå utenfor sykehuset, men starten på prosessen kan godt skje gjennom kommunikasjon med sykepleier i somatisk avdeling. Dersom en som sykepleier i møte med familier med sammensatte behov vet at man kan gjøre en forskjell for hvordan de håndtere situasjonen videre kan motet og troen på å gjøre at en klarer å stå i tvilen og usikkerheten sammen med foreldrene.

5.3 Organisering av tjenesten

Hvordan løser en så disse utfordringene i praksis? Spesialisthelsetjenesten som system legger opp til at kropp og psyke skal behandles forskjellige steder og fremholder på mange måter Descart sin dualistiske tankegang. Å skulle være brobygger mellom to system som har høye krav til effektivitet med lange tradisjoner og diskurser for innhold i tjenesten kan synes som en stor utfordring. Det bør likevel være verdt forsøket å sette samarbeidet mer på dagsorden.

Ved Akershus universitetssykehus og andre universitetssykehus i Norge er det opprettet konsultasjon liaisonteam (CL- team) for å ivareta barnets psykososiale helse i somatikken. Både for å følge opp psykologiske aspekter ved kroniske lidelser, men også for å lettere bygge bro i gråsonene mellom fysisk og psykiske årsaksforklaringer, og der en ikke finner fysisk sykdom. Alvorlig syke barn behandles også ved de mindre sykehusene og behovet for å tenke tverrfaglig og se hele det psykososiale miljøet rundt barnet er absolutt til stede også her. Ved å bringe BUP inn i somatikken, ha felles møtepunkter og være lokalisert i samme bygg tror jeg gjør samarbeidet lettere. Det vil også være mer naturlig for både barnet og foreldrene å få hjelp begge steder når tilgjengeligheten er der. Ifølge Van Roy og Larssen (2014) stiller det krav til det somatiske personalet i form av å være både døråpner

og portvokter. Ved å ha tilgjengelig et CL-team er terskelen muligens lavere for å søke råd. At teamet er tilgjengelig både for personalet og familiene kan gjøre at en faktisk får mulighet til å lytte med begge ørene og se både kropp og psyke mer i sammenheng. (Van Roy og Larssen, 2014). Samtidig tenker jeg at det ikke må gjøre det til en hvilepute for pediatere og sykepleiere når det gjelder å snakke med familier om psykisk helse.

Ved min arbeidsplass i Ålesund er BUP lokalisert i et annet bygg, og det er i hovedsak pasienter med suicidforsøk som får tilsyn fra psykiater/psykolog mens de er innlagt ved vår avdeling. De aller fleste med behov for psykologisk oppfølging sendes hjem med henvisning til BUP som stort sett har over 2 ukers ventetid, avhengig av alvorlighetsgrad i situasjonen. Når man ikke har CL- team eller direkte tilgang til psykolog/ psykiater må en se på rutineene i avdelingen og hvordan en kan utnytte de ressursene en har på en bedre måte. Som tidligere presentert kan mye gjøres ved hjelp av økt kunnskap og søkelys på tema.

For å klare å endre fokus og tenke mer helhetlig må en utfordre og tildels legge vekk en del av en godt innarbeidet tradisjon i somatikken. Det er viktig for barna at vi begynner å snakke mer åpent om psykiske og psykosomatiske utfordringer, og at vi snakker om symptomer som ikke har somatisk årsak på en annen måte. Helsepersonell må først kunne ha en åpen dialog innad mellom lege og sykepleier for at man skal snakke samme språk til familiene. Å skulle endre på institusjonelle diskurser som er forankret i historien og i ryggmargen ser jeg som en krevende prosess. Når de fysiske symptomene er sterke, er det også en utfordring å kunne gi slipp på den somatiske forståelsen. For å kunne møte barn og familier med sammensatte utfordringer på en bedre måte tror jeg er dette en viktig diskusjon å ta.

Tidlig innsats og forebygging er viktige satsingspunkt i kommunehelsetjenesten, da må også spesialisthelsetjenesten følge etter i dette sporet og sette psykisk helse mer på dagsorden. Van Roy og Larsen (2014) erfarer at ved å følge opp både de fysiske symptomene og det psykiske aspektet holder de begge dører åpne. Når en samarbeider tverrfaglig føler barnet og foreldrene seg trodd, sett og tatt på alvor. Enten om utgangspunktet er av fysisk eller psykisk årsak. Dersom en kunne ha tilgjengelig CL- team eller andre team som sammenbinder somatikk og psykiatri ved alle barneavdelinger vil terskelen blir lavere og helhetstenking bli mer tilgjengelig.

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er viktig for at barn og unge og deres familier skal få et så godt tilbud som mulig. Det å måtte henvise til BUP ved utskrivelse når en vet at ventetiden er lang gjør tilbudet utilgjengelig og gapet mellom psykiatri og somatikk større enn det bør være. Nåløyet for å komme inn i BUP systemet er også trangt og en del av disse barna vil stå i fare for å bli avvist med begrunnelse at symptomene fremstår somatisk. (Gjems og Helgeland, 2018). Å kunne ha felles møtepunkt, diskutere komplekse saker, støtte hverandre og utveksle både tanker og erfaringer vil være til nytte for både familiene og de som skal hjelpe. En slik tilnærming vil kunne spare familiene for usikkerhet, følelsen av å ikke få hjelp og være kasteball i systemet. Ikke minst kan veiledning og kompetanseheving av personalet i somatisk avdeling muligens gjøre at behovet for henvisning til BUP ikke er like ofte til stede. Sykepleiere står i en unik situasjon til å bruke sin relasjonskompetanse og sine kommunikasjonsevner til å gjøre en forskjell for familier med sammensatte behov. Selv om ikke tiden føles å strekke til er innholdet i det en bringer inn i møtene med familiene viktigere og mer avgjørende for om en gjør en forskjell, enn tiden det tar. Ved å ha ro og trygghet til å være i situasjonen og ta imot det som kommer med et åpent sinn kan det se ut som mye av grunnlaget for å bidra til endring er lagt. Denne måten å opptre på vil en nok komme langt med uansett om bakgrunn for barnets symptomer er fysisk eller psykisk. Sannsynligvis er det sammensatt. Å kunne gi andre opplevelse av å bli sett og hørt helt oppriktig vil føles meningsfull både for sykepleier personlig og familiene en møter. Så er det ikke sikkert at en klarer å få familien til å se flere sider av situasjonen i løpet av en samtale, men kanskje kan en så et frø som de kan undre videre på etter de er kommet hjem.

6.0 Avslutning

Arbeidet med denne fordypningsoppgaven sammen med kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom studiet har gitt meg et bedre utgangspunkt for å arbeide mer systematisk i møte med barn og familier med sammensatte vansker.

Gjennom å systematisk ha lett etter forskning og litteratur i dette feltet har jeg opparbeidet en større forståelse for faget. Selv om jeg fant lite forskning spesifikt på tema har jeg funnet mye god litteratur som bidrag til drøftingen. Både undersøkelsen gjort ved Tromsø universitetssykehus og pasienterfaringsartikkelen av Gjems og Helgeland bekrefter langt på vei mine antagelser om at det trengs mer kompetanse og forskning på området.

Funnene i forhold til sykepleiers rolle i møte med familiene og at en kan gjøre noe selv om tiden er kort. Ved å bruke sin allerede opparbeidet relasjonskompetanse på en mer spesifikk måte.

Ved å tre ut av ekspert- og løsningsrollen som en er vant til å opptre i kan en sammen med familiene undre seg over situasjonen de er i. Jeg personlig må øve på å være i denne usikkerheten sammen med familiene, og ikke alltid ha et svar og en forklaring på plagene som barnet har. Da det ser ut som at en ikke- vitende holdning kan være et godt utgangspunkt for å finne felles forståelse sammen med familien som kan være utgangspunkt for endring. Ved å lytte aktivt uten å tenke på hvordan en skal svare eller hva familien tenker at en skal svare vil en være mer tilgjengelig for historien som blir fortalt. Kommunikasjonen kan bli mer spontan og ekte. Gjennom å stille åpne og undrende spørsmål kan jeg vekke nysgjerrighet i foreldrene til å ta et annet utgangspunkt og se situasjonen sin fra en ny side. Kanskje ikke der og da, men kanskje når de kommer hjem og får tenkt seg litt om.

I tillegg til de sykepleiers rolle har jeg også funnet at organisering av tjenestene til barn og unge utfordrer det vi vet og det synet vi ønsker å arbeide etter. Vi vet at biologiske, psykologiske og sosiale aspekter henger nøye sammen og at det stadig er bevegelse i dem. Da burde helsetjenesten organisere seg deretter til det beste for barn og unge og ikke i henhold til gamle tradisjoner.

7.0 Litteraturliste

Borge, Anne Inger Helmen. 2018. *Resiliens- risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav. 2015. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gjems, Solveig og Helgeland, Helene. «*En gutt med uforklarlige hodepine og lammelser.*» Tidsskriftet for den Norske Legeforening. 2018. (18) DOI: 10.4045/tidsskr.18.0081
Hentet: 05.05.2022.

Gudmundsson, Thorfinnur. «*Klientens endringsteori som ledetråd i terapiprosessen. Sett i lys av somatiseringstilstander.*» Fokus. 2003. (31): 155- 172. Hentet: 01.04.2022

Guldbrandsen, Liv Mette. 2017. *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget

Hertz, Søren. 2017. *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hvas, Lotte og Getz, Linn. «*Narrativ medicin i allmennpraksis- del 1. Historienes betydning for sykdom og sundhed.*» Månedsskrift for allmennpraksis. 2013. (7): 65- 71.
Hentet: 30.03.2022

Jensen, Per og Ulleberg, Inger. 2019. *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvello, Øyvind. 2018. *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvello, Øyvind. 2021. *Samtaler med barn og ungdom. Medvirkning, kommunikasjon og metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Rønning, John A, Handegård, Bjørn Helge, Fundingsrud, Hans Petter og Leknessund, Arild «*Den mentale helsen til pediatriske poliklinikk pasienter.*» Best practice. 2018.: 12-14. Hentet: 22.05.2022

Schibbye, Anne- Lise Løvlie og Løvlie, Elisabeth. 2017. *Du og barnet. Om å skape gode relasjoner med barn.* Oslo: Universitetsforlaget.

Skau, Greta Marie. 2018. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker.* Oslo: Cappelen Damm AS

Van Roy, Betty og Larsen, Hege S. «*Når kroppen sladrer, bør helsetjenesten lytte med to ører.*» Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2014. (3): 253- 263. Hentet: 20.03.2022.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/konsultasjon-liaison-psykiatri-bup-i-somatisk-medisin/>