



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan bør man ivareta barna til innlagte pasienter ved en akuttpsykiatrisk enhet?

How should one safeguard the children of patients placed in the acute psychiatric ward?

Britt Aasta Hagen

Totalt antall sider inkludert forside: 45

Molde, 31.05.2012



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 §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<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"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

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

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 31.05.2012

Antall ord: 11488

Forord

Å møte et barn i blikket er mer enn et møte med vår; det er som å dra på en reise tilbake titusner år og ikke bare finne sin egen barndom på ny, men artens falmende barndom i tidenes morgengry.

Andre' Bjerke

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
2.0 Problemstilling	3
2.1 Hovedproblemstilling	3
2.2 Avgrensning	5
2.3 Begrepsavklaring	6
3.0 Metode	8
3.1 Forforståelse og kildekritikk	8
4.0 TEORI	10
4.1 Lovverk	10
4.2 Barn av psykisk syke foreldre	13
4.3 Konsekvenser for barna	14
4.4 Tidlig intervensjon	14
4.5 Det barn ikke vet	16
4.6 Unge omsorgsarbeidere	17
5.0 Vernepleierens kompetanse og rolle	19
6.0 Case	21
7.0 DRØFTING	23
7.1 Kartlegging	23
7.2 Analyse	25
7.3 Målvalg	31
7.4 Tiltak	33
7.5 Evaluering	34
8.0 Avslutning	35
8.1 Oppsummering/ refleksjon	35
9.0 Litteraturliste	37

1.0 Innledning

Jeg har valgt å se nærmere på hvordan barn av psykisk syke foreldre bør bli ivaretatt på en akuttpsykiatrisk post, og hva jeg som vernepleier kan bidra med i denne prosessen.

Ifølge Mevik og Trymbo (2003) kan det virke som om behandlere i psykisk helsevern og det øvrige personal, i liten grad har interessert seg for situasjonen til pasientens barn. En av grunnene til at det ikke har blitt satt så stort fokus på tidligere, kan være at fagfolkene ikke i tilstrekkelig grad har oppfattet barnas behov. En annen grunn kan være at vi har tatt det for gitt at det finnes andre som tar seg av barna når mor eller far er syk, og at dette ikke er oppgaven til det psykiske helsevern.

Den 19.juni 2009 vedtok Stortinget endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Formålet med disse endringene var å sikre at helsepersonell skulle ivareta det informasjons – og oppfølgingsbehov som barn har som pårørende. Endringene trådte i kraft 1.januar 2010. Bestemmelsene skal sikre at barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadede, skal bli fanget opp tidlig. Hensikten med lovendringene er at det blir igangsatt prosesser som setter foreldre og barn i bedre stand til å mestre situasjoner som kan oppstå når foreldre blir alvorlig syk, samt å forebygge problemer hos foreldre og barn (Rundskriv 15-5/2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har i en årrekke arbeidet i voksenpsykiatrien, de to siste årene ved en akuttpost. Jeg har valgt temaet barn av psykisk syke foreldre på bakgrunn av mitt arbeid, der jeg møter barn som pårørende fra tid til annen. Jeg ønsker å fokusere på hvordan barna blir ivaretatt på en akuttpost og hvilken oppfølging de får. Det er stadig flere vernepleiere som har sitt arbeid i psykiatrien så derfor mener jeg dette temaet er vernepleiefaglig relevant.

Helsepersonelloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Rundskriv 15-5/2010 omhandler blant annet barn som pårørende. Det kan ifølge ovennevnte lovverk og rundskriv tyde på at vi som helsepersonell står overfor store utfordringer når det gjelder måten vi ivaretar og følger opp det enkelte barn.

Helsedepartementet har utarbeidet en rapport som tar for seg situasjonen til barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol, situasjonen til disse barna har fått økende oppmerksomhet de siste årene. Det er nyttig å vite hvilken risiko som er knyttet til en slik livssituasjon, som disse barna er i. Det er også nyttig å vite hvor mange barn det gjelder.

Det er gjort forskning på konsekvenser av å være barn av psykisk syke foreldre, forskningen har vist seg å være av varierende kvalitet. Blant annet har det vært vanskelig å fastslå i hvilken grad problemene som barna har, skyldes foreldrenes problem, og i så fall hvordan dette påvirker barna.

Pasienttellingene fra Sintef viser at om lag 65000 barn har foreldre som får behandling for psykiske lidelser. I tillegg bør man regne med et ukjent antall barn med foreldre som ikke søker hjelp for problemene sine. Utenlandske beregninger kan tyde på mørketallene er ganske høye.

Beregningene tar utgangspunkt i tidligere studier, Statistisk Sentralbyrå og fra norsk og internasjonal forskning (Rapport 2011:4).

Ved hjelp av disse beregningene anslår en at det i løpet av det siste året var 410000 barn (37,3 %) som hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse og 90000 barn (8,3 %) som hadde minst en forelder som misbrakte alkohol. Totalt var 450000 (40,5 %) i en eller begge gruppene. I løpet av barnas oppvekst vil tallene være enda høyere. Det er med andre ord relativt vanlig å ha foreldre som oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose, på samme måte som det er vanlig å ha en annen diagnostiserbar somatisk sykdom.

Basert på tallene fra Sintef var det beregnet at det i 2008 var 65000 barn som hadde foreldre/omsorgspersoner som fikk behandling ved poliklinikk eller døgnavdeling. Om lag en tredjedel av disse barna hadde fått iverksatt tiltak for oppfølging, det anstås imidlertid at like mange har behov for tiltak (Rapport 2011:4, kap 2).

St.meld.nr.25 (1996-97) viser til at omtrent 20-30 % av norske psykiatriske pasienter har mindreårige barn, halvparten av disse pasientene er alene om omsorgen.

Slik jeg har erfart så er det først de senere årene vi har fått økt fokus på barn som pårørende, tidligere har hovedfokuset vært å behandle den psykisk syke.

Å ta ansvar for pasientens barn er et felles løft både for en post, institusjon og på forvaltningsnivå, slik jeg ser det så er det viktig å fokusere på pasientens barn allerede ved innkomst.

2.0 Problemstilling

2.1 Hovedproblemstilling

Hva kan en vernepleier bidra med i møte med barna til innlagte pasienter ut ifra den ”Helhetlige arbeidsmodellen?

Nytt lovverk(i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven)som trådte i kraft 01. 01. 2010 omhandler barn som pårørende. Ifølge det nye lovverket kan det tyde på at man som helsepersonell står overfor store utfordringer når det gjelder måten vi ivaretar og følger opp det enkelte barn. Formålet med oppgaven er derfor å sette søkelyset på hvordan barn av psykisk syke foreldre blir ivaretatt på en akuttpsykiatrisk post. Hvilken oppfølging får de? Er oppfølgingen god nok? Kan noe gjøres annerledes?

For noen år tilbake møtte jeg et av barna til en kvinne som hadde vært innlagt på akuttposten. Hun var da blitt voksen. Hun fortalte hvor redd hun og hennes søsken var da politiet kom og hentet deres mor. De visste ikke hvor hun skulle eller når hun kom hjem. De fikk bare beskjed om at hun var syk. Hun fortalte at hun og søsknene følte at de ble overlatt til seg selv og at de verken ble sett eller hørt av hjelpeapparatet da deres mor var innlagt. Case som jeg vil vise til senere i oppgaven tar utgangspunkt i ovennevnte sak.

Når mennesker blir innlagt på en akutt psykiatrisk post kan det skape sjokk, sorg og forvirring hos de pårørende, spesielt barna kan føle på at de ikke blir ivaretatt.

Jeg ser det som viktig at barna får informasjon/samtaler om hva som skjer når mor eller far er psykisk syke og innlagt i en akuttpost og at de på den måten får en følelse av at de blir sett og hørt. Jeg ønsker å sette fokus på hva jeg som vernepleier kan bidra med for å ivareta barn av psykisk syke foreldre som er innlagt. Gjennom alle disse årene jeg har

arbeidd i voksenpsykiatrien har jeg opplevd/erfart at når mor eller far er innlagt, og har sitt å streve med, så er de også opptatt av om barna blir ivaretatt.

Mine erfaringer gjennom 30 år i voksenpsykiatrien er at hovedfokuset har vært å behandle den psykisk syke. Vi som personalet har gått ut fra at det var noen der ute som tok seg av barna. Mine og mine kollegaers erfaring er vel at barna ofte har blitt glemt.

Dersom vi visste pasienten hadde mindreårige barn ga vi beskjed til den ansvarlige behandleren. Vi fikk beskjed om at ”barnevernet kunne ta seg av barna”, det var ikke noe vi i voksenpsykiatrien skulle involvere oss i.

Dersom pårørende ønsket samtale ble det gjennomført, men samtaler med mindreårige barn var lite brukt. Det var avhengig av behandler, det var ikke nedfelt i lovverk.

I dag finnes det både rutiner og prosedyrer ved en akutt post for hvordan man skal gå frem i møte med barn som pårørende. Det er enhetsleder som har hovedansvaret for at enheten blir organisert og tilrettelagt på en slik måte at personalet har fokus på pasientens barn ved innleggelse. Det er viktig å kvalitetssikre at de ansatte følger de oppsatte prosedyrer i forhold til barn som pårørende.

Besøksrommet skal være tilrettelagt for familiesamtaler, med diverse leker.

Ved akuttposten som jeg jobber har vi følgende rutiner og prosedyrer.

Det er behandler som har hovedansvaret for pasientens barn sammen med barneansvarlig og eventuelt primærkontakt. Det skal være to barneansvarlige ved enheten, ved innleggelser av pasienter skal det dokumenteres om pasienten har barn og barnas omsorgssituasjon skal kartlegges umiddelbart, dette gjøres gjennom samtaler med pasienten, eventuelt innleggelsesskriv eller følgepersoner. Pasienten skal informeres om at samtaler med barna er en del av behandlingsopplegget.

I forhold til dokumentasjon så er det viktig å dokumentere at barna er ivaretatt hvis det er tilfelle

De to barneansvarlig ved posten har et ansvar for å holde et faglig perspektiv på barnas situasjon, slik at enheten er faglig oppdater og faglig rustet til å ha fokus på barna.

For de barneansvarlige er det viktig å delta på kurs som gir faglig påfyll og videreformidle informasjonen til de øvrige ansatte gjennom internundervisning. I konkrete saker kan barneansvarlig gi veiledning og støtte til de ansatte (Rundskriv 15 – 5/2010).

Dersom pasienten ikke vil at vi skal kontakte pårørende eller andre instanser for å få informasjon om barna, og vi er i tvil om de blir ivaretatt kan vi ringe det kommunale barnevernet som har døgnvakt.

Det viser seg at de fleste innleggelser ved akuttposten skjer etter kl 16 på hverdager og på helg /natt. Det er ikke alltid at en da får den fulle oversikt over familiesituasjonen til pasienten. Hvis pasienten selv ikke er i stand til å gi oss nødvendige opplysninger på grunn av hans/hennes psykiske tilstand, så er det som oftest følgepersoner som kan gi oss opplysninger. Hvis innkomstsamtalen ikke kan gi nødvendig informasjon om pasientens familiesituasjon/barn plikter behandler å sørge for at nødvendig informasjon innhentes.

I tillegg har jeg som vernepleier mulighet for å anvende den Helhetlige arbeidsmodellen (AHA), i arbeidet med å ivareta barna på en akuttpost. Ovennevnte modell vil jeg redegjøre for under punktet 2.3 begrepsavklaring.

2.2 Avgrensning

Denne oppgaven utforsker og demonstrerer hvordan barn av psykisk syke foreldre kan og bør bli ivaretatt på en akuttpost. Jeg velger å avgrense oppgaven til å gjelde for barn i aldersgruppen 0 - 12 år.

Jeg vil vise til lovendringene som trådte i kraft 01. 01. 2010, da disse endringene vil kunne ha betydning for hvordan vi som helsepersonell ivaretar barn av psykisk syke som er innlagt.

På grunn av oppgavens rammer vil jeg ikke vise til aktuelt lovverk i forbindelse med innleggelse i psykiatriske sykehus, selv om jeg ser at det kan være en viktig del i hvordan en kan ivareta barna. Jeg vil heller ikke vise til diagnose, selv om mor eller fars diagnose kan ha stor innvirkning på hvordan vi som personal kan ivareta barna deres på en akuttpost.

Oppgaven viser til det arbeidet som kan gjøres på individnivå selv om jeg kort vil vise til systemnivå, da i forhold til rutiner og prosedyrer på en akuttpost.

Jeg vil ha en teoretisk overbygging der jeg viser til barn som pårørende og bruke aktuell litteratur som omhandler tema og problemstillingene.

I drøftningsdelen viser jeg til en case som er anonymisert og knytte det opp mot bruk av den helhetlige arbeidsmodellen, med fokus på kommunikasjon, relasjon og nettverksarbeid i varetakelsen av barn som pårørende.

Jeg vil også komme inn på hvilke etiske dilemmaer jeg som vernepleier kan komme opp i, når jeg skal ivareta barn av psykisk syke foreldre.

2.3 Begrepsavklaring

I denne oppgaven vil jeg som tidligere nevnt ta utgangspunkt i den helhetlige arbeidsmodellen heretter benevnt som AHA. AHA er en modell som vernepleiere ofte benytter som et arbeidsredskap. Modellen er egnet i forhold til ulike typer arbeid og den har en systematisk fremgangsmåte. Den er ikke knyttet til bestemte brukergrupper og den kan brukes på både individ og systemnivå. Modellen består av fem faser som er: Kartlegging/datainnsamling, analyse, målvalg, tiltak og evaluering (Linde og Nordlund 2006).

Sentrale begreper som jeg vil benytte i arbeidet med AHA – modellen er kommunikasjon, relasjon og nettverksbygging. Jeg vil fortløpende gi en kort begrepsavklaring i forhold til ovennevnte begreper.

Kommunikasjon: Røkenes og Hanssen (2006) viser til at ordet kommunikasjon betyr ”å gjøre felles, vi meddeler oss når vi kommuniserer med hverandre, vi deler meninger og opplevelser, slik skaper vi et opplevelsesfellesskap. Kommunikasjon er viktig for den gode samtale og for å utvikle en god relasjon.

Ifølge Lorentzen (2003) er det viktig at vi prøver å skape en felles forståelse, dette er avhengig av at avsender evner å skape et bilde som mottakeren oppfatter og forstår.

Relasjon: Witzø og Teksum(1998) viser til at alt tyder på at hjelperens kunnskap, empati og interesse, omsorg og respekt er det viktigste for å kommunisere godt og til å oppnå en god relasjon.

Ifølge Røkenes og Hanssen (2006) oppstår en relasjon ikke av seg selv, den bygger på samhandlingen mellom fagperson og bruker. En relasjon som er god bygger på en samhandlingsprosess som skaper trygghet, tillit og en opplevelse av tilknytning og troverdighet.. En bærende relasjon utvikles gjennom denne samhandlingsprosessen. En trygg og virksom relasjon er det lettere å forstå hverandre, og når vi forstår den andre er det også enklere å handle på en god og fruktbar måte.

Nettverksarbeid: Arnstein Finset (1996) definerer nettverk slik: *”Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre”*(Gundersen og Moynahan, 2006:25).

Ifølge Klefbeck og Ogden (2003) er det viktig å skille mellom et uformelt og formelt nettverk. Foreldre, søsken, slekt, naboer og venner forbinder vi med det uformelle (primære) nettverket. Det er disse som er omgangskretsen, og det er vanligvis dem man mobiliserer når barn havner i krise. Det er de som utgjør støtten i vanskelige situasjoner. Dette er mennesker som kjenner hverandre og som vanligvis har nær kontakt med hverandre.

De profesjonelle utgjør det formelle (sekundære) nettverket. Her skjer kontakten gjennom formaliserte kanaler som timebestilling og besøksestid. Erfaringer viser at det personlige nettverket (primære) innbefatter også de profesjonelle. Det viser seg at når det uformelle nettverket eller omgangskretsen har trukket seg tilbake, da får det formelle nettverket mer innflytelse.

3.0 Metode

Oppgaven er basert på en litteraturstudie i forhold til emnet. Jeg har brukt litteratur fra pensum, fra vernepleiestudiet ved Høgskolen i Molde. Jeg har også brukt søkebasen som Bibsys, og andre, som jeg fant var relevante i forhold til innhenting av litteratur.

Gjennom dette arbeidet fant jeg stortingsmeldinger, offentlige utredninger, lover og forskrifter, henvisninger til aktuell litteratur og forskningsrapporter som var aktuelle

Søkeord som jeg brukte var: psykisk/ foreldre/ mor/ far/ barn/ pårørende

Jeg har sett på prosedyrer og rutiner på akuttposten, samt hatt samtaler med behandlere og barneansvarlig, innlagte pasienter, jeg har også fått anledning til å være tilstede på en samtale med en psykisk syk mor og hennes datter på 10 år. Jeg har fokusert på vernepleiefaglig arbeid og i den forbindelse brukt den helhetlige arbeidsmodellen.

3.1 Forforståelse og kildekritikk

Røkenes og Hanssen(2006) viser til Habermas som definerer begrepet forforståelse som den forståelse vi bringer med oss i møtet med andre mennesker. På bakgrunn av våre tanker, følelser, erfaringer og kulturell bakgrunn forstår vi andre.

Min forforståelse når det gjelder barn av psykisk syke foreldre er nok farget av mine mange år i voksenpsykiatrien, og spesielt mine opplevelser knyttet til den aktuelle saken som danner bakgrunn for case.

Vi har hatt mest fokus på de voksne, bare unntaksvis har barna til pasienten vært et tema.

Dette bekrefter mine antakelser om at vi som helsepersonell ikke har involvert og ivarett barna som pårørende, vi har gått ut fra at det var ”noen der ute” som ivaretok dem.

Helse- og sosialarbeidere møter daglig utfordringer som hjelpere i møte med mennesker. En av utfordringene er hvordan en kan vite så mye som mulig om den andre for å yte riktig hjelp. Det er viktig at den hjelpesøkende og hjelperen har en felles forståelse av muligheter og virkelighetsoppfatning. Det er avhengig av en meningsfull og utviklende interaksjon mellom dem (Aadland 2010).

Kildekritikk: Ifølge Dalland(2007) er kildekritikk å karakterisere og vurdere den litteraturen som en anvender. Hensikten er at den som leser oppgaven skal ta del i de refleksjonene som en gjør seg i forhold til hvilken gyldighet og relevans litteraturen har til problemstillingene.

Kildekritikken viser til om en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som en bruker i oppgaven.

Jeg føler at det var begrenset hvilken litteratur jeg kunne bruke fra pensum om tema barn av psykisk syke foreldre og hvordan de blir ivaretatt på en akuttpsykiatrisk post
Jeg fant litteratur om temaet på ulike nettsider men jeg følte det var vanskelig å vite hva jeg kunne stole på og hva jeg skulle fokusere på, men jeg føler at jeg har hatt et kritisk blikk på hva jeg kunne anvende av teori. Jeg har også brukt lovverk og forskningsrapporter i arbeidet med oppgaven.

Dalland (2007) viser til at faglitteratur og pensum er å betrakte som sekundærlitteratur, da litteraturen kan være bearbeidet, omtalt eller skrevet av andre enn den opprinnelige forfatteren. Da kan det hende at perspektivet og presentasjonen har endret seg noe.
Jeg har funnet litteratur som omhandler temaet barn av psykisk syke foreldre på fagbiblioteket på sykehuset og jeg har ”funnet” prosedyrer/rutiner som er i bruk på akutt posten.

Jeg har brukt offentlige godkjente søkebasert dokumentasjonen er kvalitetssikret og den har da følgelig større troverdighet. Jeg ser det slik at jeg har større mulighet for å vurdere gyldighet på litteraturen når jeg har tilgang på flere publikasjoner.

”Dersom data sier noe treffsikkert, eller noe som tydelig handler om problemstillingen betraktes dataene som meget gyldige” (Aadland 2010: 280).

4.0 TEORI

4.1 Lovverk

Den 19.juni 2009 vedtok Stortinget endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Formålet med disse endringene var å sikre at helsepersonell skulle ivareta det informasjons – og oppfølgingsbehov som barn som pårørende har. Endringene trådte i kraft 1.januar 2010. Bestemmelsene skal sikre at barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadede, skal bli fanget opp tidlig. Jeg vil kort vise til Barnevernsloven og Rundskriv IS-5/2010 som viser til Helsepersonelloven § 10a og § 25 og Spesialisthelsetjenesten § 3-7a. Jeg vil kun vise til et utdrag av paragrafene og komme med kommentarer, jeg har forsøkt å lage et sammendrag av aktuelle lover som omhandler ivaretakelsen av barn som pårørende. Jeg vil også kort vise til hvordan jeg som vernepleier kan bidra med for å ivareta barnas behov i henhold til disse lovbestemmelsene.

- **§10a. Helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende:**
”Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand” (Rundskriv IS -5/2010: 3).

Mindreårig barn av pasient omhandler barn som er under 18 år. Formålet med denne bestemmelsen er at barna ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersonene ikke er i stand til i tilstrekkelig grad å ivareta sine foreldrefunksjoner, barna skal forbli i sin rolle som barn.

Lovbestemmelsen sier noe om at jeg som vernepleier skal bidra til ivaretakelse av barn av psykisk syke foreldre. Her tenker jeg det er viktig med samtaler med både foreldre og barn. I forhold til foreldrene så mener jeg det er avgjørende at vi spiller på lag og prøver å skape trygghet og et tillitsforhold til dem. Jeg har både anledning til å samtale med hele familien eller barna alene. Jeg ser det som naturlig at foreldrene er med på denne prosessen her tenker jeg det er viktig å ikke overta, men bidra og støtte foreldrene i deres foreldrerolle. Kanskje det kan være naturlig at det er foreldrene som samtaler med barna? Hvis den psykiske tilstanden tilsier at mor eller far ikke kan eller vil delta i samtale, så kan jeg ha

samtaler med barna alene dette for å sikre at de får informasjon og om nødvendig, oppfølging av andre hjelpeinstanser.

- **§ 25 Tredje ledd:** ”Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn”(Rundskriv IS -5/2010: 19).

Dersom pasienten har gitt sitt samtykke i at barna skal få oppfølging av helsepersonell kommer dette leddet til anvendelse.

Med samarbeidende personell kan det være helsepersonell i andre avdelinger på sykehuset, personell i andre virksomheter eller personell utenfor sykehuset som behøver opplysninger for å ivareta barna.

Det har vist seg ofte at foreldrene tror de skåner og beskytter barna ved å ikke la de snakke med ansvarlig helsepersonell, det er viktig at vi motiverer foreldrene til å ville det beste for barna. Spesialisthelsetjenesteloven viser til:

- **§ 3-7a. Om barneansvarlig personell mv.:** ”Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter” (Rundskriv IS -5/2010: 17).

Ordningen med barneansvarlig personell gjelder private sykehus, helseforetak og institusjoner som har avtale med helseforetak. Gjennom denne organisatoriske løsningen legger en vekt på å styrke den rettslige stillingen til barn som pårørende

Rundskriv 15-5/2010 omhandler barn som pårørende, rundskrivet viser til at helsetjenestens primære oppgave er å følge opp sykdommer, skader og andre helserelaterte problemer hos pasienten. Det viser seg at når pasienten har mindreårige barn så vil pasientens helsetilstand kunne virke inn på barna på kortere eller lengre sikt. Disse barna er utsatte og sårbare.

Barn som pårørende er uavhengig av formalisert omsorgssituasjon og skal tolkes vidt. Når det i rundskrivet vises til foreldre så omfatter det alle som har omsorgsansvar for barn.

Ot.prp.84(2008-2009) Lov om endringer i helsepersonelloven m.m.:

- ”Pårørende, barn av psykisk syke vil oftest være de viktigste ressurspersonene for pasientene og hjemmemiljøet eller være blant dem som pasienten har mest med å gjøre. Men pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige vil også over tid ha behov for veiledning og hjelp gjennom et familiemedlems sykdomsforløp”(Ot.prp. 84(2008-009)).

Hensikten med lovendringene er at det blir igangsatt prosesser som setter foreldre og barn i bedre stand til å mestre situasjoner som kan oppstå når foreldre blir alvorlig syk, samt å forebygge problemer hos foreldre og barn

Lov om barnevernstjenester (Barnevernsloven) viser til

- § 6-4. Innhenting av opplysninger
”Opplysninger skal så langt som mulig innhentes i samarbeid med den saken gjelder eller slik at vedkommende har kjennskap til innhenting.
Offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt” (lastet ned 12.3.12).

Hvis jeg som vernepleier eller mine kollegaer på akuttposten er i tvil om barna blir ivaretatt når mor eller far er innlagt, så har vi plikt til å videreformidle våre bekymringer til det kommunale barnevernet. Jeg ser det som naturlig at vi kontakter familien (nettverket) og barnevernet hvis vi tror barna trenger bistand og oppfølging hjemme. Det er barnevernet som har myndighet, kompetanse og midler til både å foreta grundige undersøkelser/kartlegginger og iverksette tiltak både i og utenfor hjemmet. Fastlege og eventuelt helsesøster bør og informeres om situasjonen til barna.

4.2 Barn av psykisk syke foreldre

Ifølge Halså (2011) vil barn av psykisk syke foreldre i liten grad bli ”fanget opp” av hjelpeapparatet, før de selv eventuelt utvikler problemadferd.

Laila Dåvøy, tidligere barne- og familieminister uttalte i 2005:

”Nå må noe gjøres. Det finnes ikke noe system, og det må vi få på plass”

Uttalelsen kom i forbindelse med at Aamodt og Aamodt (2005) dokumenterte manglene i oppfølgingen av barn av psykisk syke. I ettertid har regjeringen fulgt opp med å bevilge penger, midlene har blitt brukt til ulike typer forskningsvirksomhet som har vært knyttet til forebyggende tiltak der en av foreldrene har psykiske helseplager (Ot. prp. nr 84. 2008 – 2009). Gjennom endringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesten har helsepersonell fått en tydeligere plikt til å ivareta barn som pårørende.

Halså (2011) viser også til at i de seneste tiårene har barns oppvekstvilkår endret seg dramatisk. Familiemønstrene er mer komplekse og varierte, dette skyldes skilsmisser, samboerskap og gjengifte noe som har skapt andre relasjoner. Nyere forskning på barneomsorg og familieliv viser at det stilles store krav til det moderne familielivet.

Når far eller mor blir psykisk syke så vil hverdagen for barna slå sprekker, eller mange barn har ikke opplevd en vanlig hverdag. Et forutsigbart hverdagsliv blir uforutsigbart. Barna kan oppleve at det ikke går an å kommunisere med den syke, da mor eller far har en uforståelig irrasjonell atferd, kan være aggressiv, samt ha ukontrollerbare følelser som kan true barnets ”opplevelse av kontroll”.

Videre sier Mevik (1998) at det er viktig at fagfolk blir kjent med det enkelte barn, deres situasjon og behovene som de har. Skadevirkningene av foreldrenes atferd og deres følelsesmessige forhold til barna kan gi seg store utslag senere i livet.

4.3 Konsekvenser for barna

Ifølge Skerfving (2005) viser forskningslitteraturen at konsekvensene for barn som har foreldre som er psykisk syke, avhenger av hvor langvarig og alvorlig mors eller fars lidelse er. Det er også avhengig av om lidelsen er kombinert med flere andre belastninger, så som barnas alder og om det finnes beskyttende faktorer i barnas omgivelser. Det er viktig å legge merke til at forskningen viser til variasjoner, og at svært mange barn som har psykisk syke foreldre greier seg bra (Halsa 2011:189).

Mevik(1998) viser også til at det ikke er alle barn med psykisk syke foreldre som tar skade av det og får slite med store problemer senere i livet. Mange barn vil kunne mestre denne livssituasjonen og vil kunne leve gode og alminnelige voksenliv.

Smith (2004) påpeker at forskning viser at mange barn som vokser opp med psykisk syke foreldre utvikler et negativt selvbilde. De kan oppleve skyldfølelse, skam, isolasjon og ensomhet. En del tar på seg rollen som omsorgspersoner, da de føler seg ansvarlig for foreldrenes problemer. Disse barna kan ha har større sannsynlighet enn andre barn for selv å utvikle psykiske helseproblemer. For disse familiene er det viktig at det blir satt inn forebyggende tiltak (Halsa 2011: 189).

4.4 Tidlig intervensering

Ifølge NOU(2012:5) er det forskningsmessig bred enighet om at jo tidligere man hjelper familier og barn som har det vanskelig, jo større er sjansen for at barnet på sikt vil få det bra.

Derfor er det viktig at en ” fanger opp” barna tidlig slik at en kan hindre eller minske skadene for omsorgssvikt.

Barna trenger personer utenfra som ser dem og forstår situasjonen deres og tilbyr hjelp uti fra den enkeltes situasjon, samtidig som foreldrene får hjelp og støtte til å ivareta deres omsorgsoppgaver.

Hvis man skal lykkes med å fange opp utsatte og sårbare barn og komme i posisjon til å forebygge problemer som kan oppstå i neste generasjon så er det avgjørende å få

foreldrene til ”å spille på lag”. Det er viktig at foreldrene kommer med sine synspunkt og i samråd med dem, utarbeide tiltak som kan virke familiestøttende (Halsa 2011).

Ifølge Halsas (2011) er de nye lovendringene nødvendige og positive for at barna skal få forebyggende hjelp. Hun påpeker også at de tjenesteytende instansene som foreldrene møter har et stort ansvar. Dette da noen foreldre velger å stenge omgivelsene ute og gjøre egne vansker i barneomsorgen usynlig. Det kan gjøre det forebyggende arbeidet med barna utfordrende og komplisert. Det kreves mot, erfaring og kompetanse i å møte sårbare barn og foreldre på en god måte. Ved å opprette en anerkjennende og tillitsfull relasjon til foreldrene kan man hjelpe barna. Det er avgjørende å gi foreldrene tid, møte dem på en god måte og høre på deres bekymringer og problemer som de gir uttrykk for (Halsa 2011).

Ifølge Eide og Eide (2007) kan en gjennom å ha en åpen dialog og god kommunikasjon bidra til å forstå og finne rimelige løsninger på etiske problemer. Det er som vernepleier viktig å være bevisst på at mellommenneskelig samhandling ofte, uten at partene er bevisst på det, innebære etiske valg. En forutsetning for å drive profesjonelt miljøarbeid er evnen til etisk refleksjon (Linde og Nordlund 2006).

Mevik og Trymbo (2003) viser til Beardslee (1997, 1998) som peker på at samtaler med familien i psykiatriske sykehus har god effekt. Familien får informasjon og slike møter skaper oppmerksomhet rundt barnas situasjon. Når de ansatte i voksenpsykiatriske poster har samtaler med pasientens barn så har det vist seg at langt flere av de barna som har behov for det, blir henvist til for eksempel helsesøster eller fastlege.

Det er viktig at barna blir inkludert i prosessen rundt mor eller far når de er psykisk syke. De bør få forståelige forklaringer på hvorfor mor eller far er syk, og hva sykdommen gjør med dem, da mangelen på forklaringer kan bidra til at barnet lett kan få skyldfølelse for mor eller fars tilstand. Barna behøver å få kunnskap om hvordan mor eller fars psykiske lidelse virker inn på deres måte å reagere på, da dette vil ”ufarliggjøre” sykdommen (Mevik og Trymbo 2003).

Olsson (2005) viser til Killen som sier at når vi skal kommunisere med barn om den vanskelige situasjonen de lever i, kan det være bra å påminne oss selv om at barn på ett eller annet vis vet det meste som foregår i deres omgivelser. De har sett betydelig mer av

sidene som karakteriserer deres omsorgssituasjon enn det vi har gjort. Samtidig har de utviklet en rekke forsvarsmekanismer og strategier for å kunne overleve. Men i vår interaksjon med barna får vi med oss en forståelse som gjør det mulig å bistå dem.

4.5 Det barn ikke vet

Ifølge Mevik og Trymbo (2003) er det en utbredt forestilling hos fagfolk at barn bør skånes fra vanskeligheter i livet. Det er ingen dårlig holdning, men for barn av psykisk syke foreldre som lever i problematiske forhold hjemme med utrygghet og usikkerhet så kan de oppleve det som et overgrep hvis vi ikke snakker med barna men ” tier vanskene i hjel”. Selv om barn opplever vanskelige og problematiske ting i livet sitt, så tåler de å snakke om det. Det kan være at det er vi voksne som har problemer med å snakke om vanskelige ting. Dersom barn blir gitt muligheten til å forstå smerten så kan de også tåle å mestre smertefulle opplevelser.

NOU (2012:5) viser til at barn som opplever en problematisk hverdag vil samtidig ha et sterkt behov for å være et vanlig barn. Dette innebærer å ha venner, gå på skole, være ute å leke. For at barna kan klare dette, later de på et vis at det vonde ikke har skjedd. De får ” god hjelp” til det i og med at mange familier bagatelliserer og uvirkeliggjøres det som skjer hjemme, og de later som om alt er bra.

Mangelen på informasjon til familien fra det psykiatriske behandlingsapparat har vist seg å forsterke holdningen om å forbli taus innad i familien. Det har gjort at det tabubelagte forblir hemmelig Mevik og Trymbo(2003).

Ifølge Glistrup(2004) er det ikke slik å forstå at barna skal bli påtvunget alle slags kunnskaper om katastrofer, konflikter i verdensbildet og om voksenlivets bekymringer, det er ikke sunt at barna involveres i absolutt alt. Det som vi vanligvis gir barna om hva som skjer med mor eller far er bortforklaringer/halvsannheter og bagatellisering av episoder/situasjoner.

Barna vil selv danne seg sine egne inntrykk av foreldrenes atferd og uttalelser, og det, i kombinasjon med bruddstykker av andre samtaler gjør at barna danner seg en form for

forståelse av situasjonen, denne forståelsen er for barnet ofte forbundet med skam, skyldfølelse og ensomhet(Glistrup2004).

4.6 Unge omsorgsarbeidere

Killen (2006) sier når det gjelder foreldre som svikter i sine foreldre funksjoner, så kan det gi seg utslag i ulike handlinger overfor barna. Vi har hørt om barn som foreldrene bruker som støtte for sin egen del, uten tanke for at barnet ikke har forutsetning for å løse deres problem. I lange perioder kan det være barna som holder familien samlet. De eldste barna sørger for de minste, de lager mat og vasker klær og sørger for at de kommer i henholdsvis skole og barnehage (Aune 2011:159).

Et av mange eksempler på praktisk og psykisk omsorgssvikt er parentifisering. Barna går inn i en voksenrolle. De trekkes inn i en voksenrolle som de ikke er modne for (NOU 2012: 5). Barna kan ha godt av å ta del i voksnes oppgaver, og risikoen for skjevutvikling er først tilstede når barna må ta over ansvaret på vegne av sine foreldre. Barna opplever verden som utrygg og uforutsigbar når de ikke kan stole på at foreldrene ordner opp.

Det er en risiko for skjevutvikling hos barn av psykisk syke foreldre på grunn av foreldrenes manglende evne til positivt samspill med barna. Foreldrene blir ikke forutsigbare og tilgjengelige. Barn av psykisk syke foreldre har også lett for å ta på seg skylden for foreldrenes handlinger. Når den voksnes væremåte ikke kan forklares på annen måte leter barna etter årsaker i seg selv (NOU 2012:5).

Identitetsutvikling forutsetter en sammenheng som er avhengig av at verden rundt er meningsfull, håndterbar og forståelig. Barn som opplever at ting ikke fungerer hjemme kan tro at det er deres skyld. Det kan oppleves som en stor belastning for barna. Dersom disse forholdene ikke avklares for barna er det stor fare for skjev utvikling.

Barn føler stor lojalitet til sine foreldre. Det gjør at de blir flinke til å kompensere, og skjule mors eller fars manglende foreldrefungering. Dette mestrer de så godt at det kan være vanskelig å oppdage problemene for utenforstående, da spesielt for hjelpeapparatet som er inne i korte vurderingssituasjoner så som samtaler med helsesøster eller lærer. Det viser seg at barn bruker mye krefter på å skjule hjemmesituasjonen(NOU2012:5).

Ifølge Aune (2011) er ikke lojalitet et bevisst valg. Barn "senser" at det som skjer hjemme snakker man ikke om. De kan også føle utrygghet for hva som kan skje med dem hvis noen oppdager hva som foregår hjemme hos dem. Barn kan ha mange unnskyldinger for hvorfor ting er som de er. Det kan medvirke til at det blir vanskelig for hjelpeapparatet "å fange opp" disse barna.

Glistrup (2004) viser til at barn av psykisk syke foreldre eller syke foreldre generelt blir altfor tidlig voksne. De påtar seg eller får et altfor stort ansvar. De gir avkall på mange av de gledene og ubekymrede stundene som jevnaldrende opplever.

Kallander (2011) viser til forskningsbasert kunnskap fra Storbritannia, Australia og USA som tar for seg barn som skjulte unge omsorgsgivere. Forskningen er basert på kvalitative og kvantitative studier av barns perspektiv som pårørende. Det vil si at forskningen tar for seg hva barn og unge selv mener de trenger av hjelp og støtte når mor eller far er psykisk syk.

Hovedfunnet var at barna mente at det er viktig med ulike typer hjelp for å kunne ha det bra. Det viktigste var likevel å få hjelp til å få hverdagen til å fungere, og hjelp hjemme slik at de ikke behøvde å ta på seg for mange voksenoppgaver.

Et annet viktig punkt er at barna ønsker å få veiledning og informasjon om mor eller fars sykdom. Det er viktig at barna føler seg så trygg at de tør å spørre om det de funderer på. De ønsker også å snakke om sine behov og følelser med fagpersoner og med andre i deres situasjon (Kallander 2011).

Jeg velger å avslutte dette kapitlet med et sitat fra Mevik og Trymbo(2003):

"Kunnskap og informasjon til barna er viktig og avgjørende. Når de kan gjenkjenne symptomer og vite hvordan de kan beskytte seg mot det vanskelige ved foreldrenes atferd, vil de ha bedre muligheter til å få en noenlunde forutsigbar og trygg oppvekst"
(Mevik og Trymbo 2003: 115).

5.0 Vernepleierens kompetanse og rolle

Linde og Nordlund (2006) viser til at vernepleiere arbeider ut fra den helhetlige arbeidsmodellen, heretter kalt AHA. Arbeidsmodellen har et brukerorientert utgangspunkt for habilitering/rehabilitering, samt å yte bistand i forbindelse med trivsel, helse og daglig omsorg.

Modellen er egnet i forhold til ulike typer arbeid. Den har en systematisk fremgangsmåte og er ikke knyttet til bestemte brukergrupper. Modellen kan brukes både på individ og systemnivå.

AHA- modellen består som tidligere nevnt av 5 faser som står i gjensidig forhold til hverandre. Fasene er: Kartlegging/datainnsamling, analyse, målvalg, tiltak og evaluering.

Det har vært viktig å fokusere på at vernepleieren skal være bevisst på kartlegging gjennom å ha konkret kunnskap om den aktuelle saken. Her vil jeg kunne benytte ulike observasjonsmetoder og registreringsmetoder. Jeg må også være oppmerksom på eventuelle feilkilder ved bruk av observasjon som metode (Linde og Nordlund 2006).

I forhold til kartlegging så bør det skje i samarbeid med brukeren. Andre faggrupper og pårørende er også viktige samarbeidspartnere. Det som vi må arbeide ut ifra er hva som kan medføre en positiv utvikling av brukernes ressurser, mestring og livskvalitet (FO, 2000).

I forhold til analyse så må jeg ha kunnskap om å analysere observasjonene og registreringene som jeg har foretatt, og ha ferdigheter i å vurdere det kartlagt opp mot teori og empiri.

Jeg må også ha kunnskap og ferdigheter i å sette mål for hva jeg ønsker å oppnå, angi retningen jeg vil fokusere på, samt lage realiserbare mål. Når det gjelder tiltak så må jeg ha kunnskap i å planlegge, tilrettelegge og iverksette tiltak samt gjennomføre dem, tiltakene kan være på individnivå eller systemnivå. Det er viktig å evaluere prosessen jevnlig, dette for å se om målene er oppnådd og for å kvalitetssikre arbeidet.

Når det gjelder sluttevaluering må skriftlig materiale være grunnlag for refleksjon hos hjelperne. Dette for å vurdere brukerens framgang, hvordan miljøarbeiderens rolle har vært og om arbeidsmåten som en har valgt var hensiktsmessig (Linde og Nordlund 2006).

I forhold til profesjonelt arbeid så vil jeg gjennom å anvende modellen tilegne meg kunnskap, ferdigheter og forståelse av hva som kan være viktig å fokusere på i arbeid med mennesker. Gjennom arbeidet med modellen kan jeg ”gå fram og tilbake” mellom de ulike fasene hvis jeg har behov for det.

Arbeidet gjøres i dagliglivet til mennesker med ulike funksjonsnivå, samt deres pårørende, forvaltningsansvarlig og nettverk og ved å dokumentere det faglige innholdet av arbeidet, vil erfaringene som vi gjør oss, bli formidlet til de ulike aktørene som er involvert i arbeidet. På den måten har de mulighet til både evaluere og kvalitetssikre arbeidet (Linde og Nordlund 2006).

Jeg tror at modellen kan være et viktig verktøy i mitt yrke som fremtidig vernepleier. Det i forhold til for eksempel mennesker som blir innlagt på akuttposten, og som har mindreårige barn. Da ser jeg det som viktig at en allerede under inntakssamtalen starter kartlegging, analyserer funnene, velger ut hva som er målet og setter i gang tiltak (hvis nødvendig) som kan ivareta barna på en best mulig måte.

Jeg må som vernepleier også være forberedt på å komme opp i situasjoner og dilemmaer som det kan være vanskelig å forholde seg til. Det vil derfor være viktig at jeg reflekterer over hvilke konsekvenser mine valg og handlinger vil ha overfor brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

Lorentzen (2003) viser til hvor viktig det er at vi prøver å skape en felles forståelse. Dette avhenger av at avsender evner å skape et bilde som mottakeren oppfatter og forstår.

Ifølge Haug og Paulsen (2007) vil man som helsepersonell stå overfor mange ulike dilemmaer og utfordringer i vår yrkesutøvelse. Dette gjelder i forhold til faglige, juridiske og etiske vurderinger, samt at en må forholde seg til systemet som en er i for å kunne ha et godt samspill/samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere.

En av utfordringene jeg kan møte som vernepleier er at jeg har et lojalitetsansvar både overfor brukerne og de forvaltningsansvarlig, da særlig i forhold til økonomiske rammer. Jeg kan føle på at jeg kommer i et etisk dilemma hvis jeg opplever at brukeren ikke får det han eller hun har krav på.

Haug og Paulsen (2007) viser til at vi som vernepleiere/tjenesteytere vil ha den daglige kontakten med brukerne og vi vil være de som har mye kunnskap om deres behov og ønsker. Dette er kunnskap som det er viktig å bringe oppover til administrasjon og politikerne.

Jeg kan også som vernepleier inneha en pådriverrolle. Det vil si at jeg kan påvirke politikere og andre forvaltningsansvarlige, samt bearbeide nære og fjerne rammebetingelser med sikte på en bedret situasjon for brukerne. Jeg ønsker som vernepleier å ha brukeren i fokus og arbeide for hans/hennes beste ut fra de rammebetingelser/ressurser som finnes.

6.0 Case

Dette case er basert på en person som var innlagt for en tid tilbake. Vedkommende er anonymisert. Mor, som jeg har valgt å kalle Anna, hadde diagnosen manisk/depressiv (bipolar lidelse) Hun hadde flere innleggelse ved posten. Innleggelsene skjedde som oftest akutt og de kunne vare i opptil flere måneder. Anna hadde flere tvangsinnleggelse og ble flere ganger hentet av politiet mens barna på 12 og 5 og 3 år var tilstede. Barna fikk ingen forklaring, bare at mor var syk. Hun hadde totalt mange opphold over flere år. Barnas far var ukependler og kom hjem i helgene. En tante som bodde i nærheten ”tok seg av barna”. Barna fikk ikke besøke Anna under de mange innleggelsene. Plutselig kom hun hjem igjen, hun hadde blitt medisinert og hadde ”landet”.

Jenta som var 12 år påtok seg morsrollen og ansvaret med å se etter de yngste barna. Hun vasket klær, kjøpte inn mat og sørget for at de kom seg på skole og i barnehage. Hun hadde noe hjelp av sin tante.

Personalet ved posten visste at pasienten hadde mindreårige barn, men man gikk ut fra at det var ”noen der ute” som tok seg av dem. Barna var ikke et tema i behandlingen av Anna.

Noen år senere traff jeg tilfeldigvis på jenta, da i forbindelse med at hennes bror ble innlagt på akuttposten. Vi hadde en samtale og hun fortalte om sin barndom. Hun fortalte hvor redd hun og søsknene hadde vært når politiet kom og hentet hennes mor de visste ikke hvor hun var og hvor lenge hun ble borte. Hun fortalte at hun følte på et veldig ansvar i forhold til sin mors sykdom og påfølgende innleggelser. Da moren var innlagt hadde hun ansvaret for de dagligdagse gjøremålene og følge opp sine småsøsken, og da moren var hjemme hadde hun ansvaret for at mor spiste og at hun tok medisinene sine.

Hun sa at hun følte at de vokste opp i et bra hjem, men de hadde veldig mye frihet. Når mor var ” høyt oppe”(i manisk fase) fant hun på mye morsomt som barna i ettertid syns var positivt. I disse årene hadde de ingen hjelp fra hjelpeapparatet. Hun og hennes søsken visste ikke hva som feilte moren, bare at hun var syk. Familien isolerte seg og de hadde liten omgang med andre. På tross av denne barndommen hadde hun og minstesøsteren greid seg bra, mens broren hadde psykiske vansker.

7.0 DRØFTING

Hva kan en vernepleier bidra med i møte med barna til innlagte pasienter ut fra den helhetlige arbeidsmodellen?

Det er åpenbart at det ikke ble tilrettelagt for barna da Anna var innlagt på akuttposten. Det var ingen i hjelpeapparatet som involverte barna. Det var ingen som spurte dem om hvordan de hadde det. Man gikk ut i fra at det var noen ”der ute” som tok seg av dem. Fokuset i psykiatrien den gangen var å behandle de psykisk syke, og man var i liten grad ”interessert i ” hvordan barna hadde det.

Forskning viser at behandlingseffekten på pasienter som har barn bedres når pasienten har en opplevelse av at barnas situasjon blir diskutert og ivaretatt, som helsepersonell er det viktig at vi er bevisst på at pasientens barn er viktig (Halsa 2011).

Jeg vil bruke ovennevnte case for å belyse hvordan jeg som vernepleier ville ha møtt den samme familien i dag, og vise til hva jeg ville ha gjort annerledes for å ha ivaretatt barnas behov og omsorgssituasjon.

7.1 Kartlegging

Linde og Nordlund (2006) viser til at man i kartleggingsfasen innhenter data som kan danne et grunnlag for videre faglig arbeid. Informasjonen kan være tilfeldig, usystematisk eller systematisk. Den kan også være knyttet til gruppe, individ eller situasjoner.

Ethvert miljøarbeid starter med tilfeldig data som er utilstrekkelig. Systematisk innhenting av data må ha en plan. Innsamlingen av data skal være målrettet i den betydning at man har behov for den dataen man innhenter.

Anna blir innlagt på akuttposten en fredagskveld. Hun kommer ifølge med to politimenn og hun er iført håndjern. Jeg får ansvaret for Anna og hennes familie på bakgrunn av min stilling som vernepleier. Allerede under innkomstsamtalen spør jeg Anna om hun har barn. Hun svarer bekreftende og forteller at hun har tre barn, på 12 og 5 og 3 år. Jeg spør hvem

som har omsorgen for barna når hun er innlagt. Anna forteller at hennes mann er hjemme siden det er helg, men at han reiser på jobb på mandag og blir borte til neste helg.

Jeg fyller ut barnearket(dokumentasjon på at hun har barn) og informerer henne om at jeg vil kontakte hennes mann, noe Anna er enig i. Jeg ringer hennes mann og informerer om at jeg er barneansvarlig ved posten samt hva det innebærer.

Den 1.samtalen med Anna kunne like gjerne ha endt som i eksemplet nedenfor:

Anna er noe mistroisk og avvisende til meg i den første samtalen som jeg har med henne. Jeg informerer henne om at jeg er barneansvarlig ved posten, og forklarer henne hva det betyr i praksis. Anna sier at barna blir passet på av faren og at hun ikke ønsker at jeg tar kontakt med dem.” De har det bra”, sier hun. Anna sier videre at hun ikke ønsker at barna skal vite hvor hun er og hva som skjer med henne. Anna vil heller ikke at vi har samtaler med barna, da hun er redd for at Barnevernet skal ta barna fra henne. Anna sier at hennes mann og barnas tante ivaretar barna på en god måte. Jeg forsøker å forsikre henne om at vår intensjon ikke er å ta barna fra henne, men at vi ønsker at barna hennes skal ha det bra.

Metoden jeg bruker for å innhente opplysninger om Anna og hennes familie er samtaler med personalet ved akuttposten, som kjenner henne godt fra tidligere innleggelsler. Jeg leser gjennom journalen hennes og gjennomfører samtaler med hennes mann og Anna selv. Jeg vil også kontakte barnas tante for samtale, det jeg ønsker å få rede på er: Hva tenker hun om familien? Hva slags kapasitet har hun for å hjelpe familien? Informasjon fra tanten kan også gi en pekepinn på om det er behov for hjelp utenfor familien til å ivareta barna.

Dette for å kunne danne meg et grunnlag for hva som kan være hensiktsmessig å fokusere på i forhold til å ivareta Annas barn.

Resultatet fra kartlegginga viser at barna ikke har fått informasjon om Annas sykdom. Det har ikke vært noe tema hjemme verken når mor var frisk eller innlagt. Barna fikk ingen forklaring. De fikk heller ikke besøke Anna under hennes mange innleggelsler.

Kartlegginga viser også at Anna og hennes mann har en stor familie, men familien har ikke blitt involvert i mors sykdom og situasjonen i hjemmet. Det har ikke vært noe de har

snakket med familien om. Det er kun en tante som kjenner til situasjonen og som har ”tatt seg av barna” i perioder.

7.2 Analyse

Linde og Norlund (2006) viser til at selve grunnlaget for analyse er datainnsamling. I en analyse trenger en data som er konkret og som en kan sammenholde med en teori. I forhold til satsningsområder(hva en vil fokusere på) beveger en seg i flere omganger mellom data, analyse og drøftning, noe som blir kalt spiraltankegang.

Valg av område: Hovedfunn fra kartlegginga viser at barna ikke har fått informasjon og oppfølging fra helsetjenesten. Familien har isolert seg og har liten kontakt med annen familie med unntak av en tante. Ut fra de data og opplysninger som jeg har innhentet i kartleggingsfasen, velger jeg å fokusere på kommunikasjon/relasjon og nettverksarbeid i analysen.

Kommunikasjon/relasjon: Jeg har mange samtaler med Anna og føler etter hvert at vi har en god kommunikasjon og en åpen dialog. Men fremdeles mener hun at barna ikke trenger å få informasjon om sykdommen. Anna vil ikke skrive under på samtykkeerklæring, hun sier at barna ikke behøver å vite noe, siden hun bare er sliten og ikke syk.

Når Anna er avvisende til at jeg informerer barna blir det viktig at jeg motiverer henne til samtaler og trygger henne på at det er til barnas beste. Det vil kunne virke inn på Annas tilfriskningsprosess når hun føler at barna blir ivaretatt. Det er hun som kjenner sine barn best og vet hva de strever med.

I følge Røkenes og Hanssen(2006) er kommunikasjonens hensikt å skape god kontakt med pasienten/brukeren og å kunne bygge opp et trygt tillitsforhold til han.

Det er avgjørende at jeg som vernepleier evner å ha en god kommunikasjon med Anna og bygge opp en god relasjon. Jeg må forsøke å trygge henne på at jeg vil det beste for barna hennes. Hvis jeg ikke greier det så blir det desto vanskeligere å ivareta barna.

Eide og Eide(2007) viser til at god kommunikasjon kan bidra til å forstå og finne rimelige løsninger på etiske problemer. Jeg tror det er mange etiske utfordringer en må ta hensyn til

i arbeidet med å ivareta barn av psykisk syke foreldre. Det som er avgjørende er om vi ikke klare å bidra med å tilrettelegge for ivaretakelse av barna på en akuttpost, må vi kontakte andre instanser som kan ivareta barna.

Annas mann og barnas far i ovennevnte case kunne ha ønsket at barna skulle få tilbud om samtaler og oppfølging fra helsetjenesten, da han føler på utrygghet i forhold til Annas situasjon.

I følge Glistrup(2004) så vil den friske forelderen også måtte finne seg i et endret samspill i familien på grunn av ektefellens sykdom. Han kan føle skyld, usikkerhet i forhold til sykdommen og hva fremtiden vil bringe. Gjennom at barna får tilbud om samtale så vil han få en følelse av at både barna og familien blir ivaretatt.

Jeg har som ansvarlig fagperson/vernepleier tilbrakt mye tid med Anna og hun ønsker nå at barna skal ha en samtale med meg. Jeg innhenter hennes skriftlige samtykke til oppfølging av hennes barn, det innebærer informasjon og oppfølging av barna. Slik jeg ser det så bør ikke barna få mer informasjon enn omsorgspersonene, da det kan skape forvirring og usikkerhet.

Halsa(2011) viser til at ved å opprette en anerkjennende og tillitsfull relasjon til foreldrene kan man hjelpe barna. Det er avgjørende å gi foreldrene tid, møte dem på en god måte og høre på deres bekymringer og problemer som de gir uttrykk for.

Røkenes og Hanssen (2006) viser til at en relasjon ikke oppstår av seg selv, den bygger på samhandlingen mellom fagperson og bruker. En relasjon som er god bygger på en samhandlingsprosess som skaper trygghet, tillit og en opplevelse av tilknytning og troverdighet. En bærende relasjon utvikles gjennom denne samhandlingsprosessen. En trygg og virksom relasjon er det lettere å forstå hverandre, og når vi forstår den andre er det også enklere å handle på en god og fruktbar måte.

Jeg har vel flere ganger erfart at det ikke er like enkelt å bygge gode relasjoner med pasienten i en travel hverdag, men jeg ser det som viktig at jeg er bevisst på det og prøver å legge til rette for en god samhandling.

I forhold til samtaler så kan jeg gjøre det på flere måter, enten familiesamtaler der enten mor eller far er til stede eller der begge foreldrene deltar eller jeg kan ha samtaler med barna alene.

Samtaler med familien: Mevik og Trymbo(2003) viser til Beardslee (1997,1998) som peker på at samtaler med familien i psykiatriske sykehus har god effekt. Familien får informasjon og slike møter skaper oppmerksomhet rundt barnas situasjon. Når de ansatte i voksenpsykiatriske poster har samtaler med pasientens barn så har det vist seg at langt flere av de barna som har behov for det, blir henvist til for eksempel helsesøster eller fastlege.

I familiesamtalen er det viktig at behandleren oppleves av familien som interessert, og at han anerkjenner familiens ressurser og særpreg. Det er også viktig at familien får vite at den er ganske lik andre familier.

Mor ønsker ikke å være med på de første samtalene, hun ønsker at jeg skal ha samtaler med barna før eventuelt hun eller far deltar.

Jeg starter med en samtale med far for å avklare hva barna vet om mors sykdom. Aktuelle spørsmål kan være: Hva vet barna om mors sykdom? Hvilket ord bruker dere om sykdommen? Hvordan opplever far at barna hadde det? Hva har dere opplevd?

Det kan være vanskelig å vite hva jeg skal fokusere på i forhold til barnas situasjon men jeg tenker det er viktig at jeg kan svare på spørsmålene deres.

Historier fra barn selv og forskning/ litteratur viser at de strever med mange tanker, deriblant usikkerhet, skyld, skam, kanskje redsel for å bli syk selv? Er det deres ”feil” at mor/ far er syk? De har sikkert mange spørsmål som de ønsker svar på.

Kartlegginga viser at barna til Anna har fått liten eller ingen informasjon om mors sykdom, sykdommen har vært tabubelagt.

Jeg mener det er avgjørende at barna får informasjon om mors sykdom Det er viktig at barna blir inkludert i prosessen rundt mor eller far når de er psykisk syke. De bør få forståelige forklaringer på hvorfor mor eller far er syk, og hva sykdommen gjør med dem, da mangelen på forklaringer kan bidra til at barnet lett kan få skyldfølelse for mor eller fars

tilstand. Barna behøver å få kunnskap om hvordan mor eller fars psykiske lidelse virker inn på deres måte å reagere på, da dette vil "ufarliggjøre" sykdommen (Mevik og Trymbo 2003).

Samtaler med barna kan foregå både på sykehuset, besøksrommet er innredet med tanke på familiesamtaler, med leker for ulike aldersgrupper, eller andre steder som barna ønsker, det er avgjørende at møtet skjer på barnas premisser.

Glistrup(2004) viser til at barn alltid er gamle nok til å få forklaring om de viktigste tingene i livet. En må bare være bevisst på at forklaringene er tilpasset barnets alder. Barnet må også få medvirke i om det vil ha samtale eller ikke, kanskje de syns det er skremmende å komme inn på sykehuset det passer bedre at de har samtalen på et nøytralt sted.

Som vernepleier er det viktig at jeg i samtale tilpasser budskapets innhold og uttrykksform, i forhold til barnets utgangspunkt. Jeg må være bevisst på barnets faktiske kunnskaper og dets forutsetninger for å kunne forstå det som blir sagt

Første samtale kan dreie seg om barna vet hvorfor de er innkalt til samtale? Viktig at jeg er tydelig i kommunikasjon og at jeg kan tåle stillhet og gråt. Hvis de ikke vil svare på spørsmål så må jeg ikke presse dem, jeg må gi et inntrykk at det er ok å ikke si noe, jeg må sørge for at de har en følelse av å bli hørt/sett og at jeg kvalitetssikrer at de har forstått det som har blitt formidlet til dem.

I samtale med barna vil jeg prøve å være oppmerksom og lytte aktivt til det de vil formidle, både verbalt og non-verbal, jeg vil stille spørsmål underveis i samtalen og komme med kommentarer der det føles naturlig, jeg vil også være bevisst på å stille åpne spørsmål da det kan gjøre det lettere for barna.

Kommunikasjon er viktig for den gode samtale og for å utvikle en god relasjon, og det å kunne skape et godt møte og ha en god bærende kommunikasjon. Røkenes og Hanssen (2006) viser til at kommunikasjonens hensikt er å skape god kontakt med pasienten/brukeren og kunne bygge opp et trygt tillitsforhold til han.

Jeg ser det som viktig at jeg greier å bygge opp en god relasjon til alle berørte parter og at vi kan ha en åpen dialog og at vi på den måten kan finne gode løsninger i fellesskap på eventuelle problem og vansker

Mellommenneskelig samhandling vil ofte, uten at partene er bevisst på det, innebære etiske valg. En forutsetning for å drive profesjonelt miljøarbeid er evnen til etisk refleksjon (Linde og Nordlund 2006).

Olsson (2005) viser til Killen som sier at når vi skal kommunisere med barn om den vanskelige situasjonen de lever i, kan det være bra å påminne oss selv om at barn på ett eller annet vis vet det meste som foregår i deres omgivelser. De har sett betydelig mer av sidene som karakteriserer deres omsorgssituasjon enn det vi har gjort. Samtidig har de utviklet en rekke forsvarsmekanismer og strategier for å kunne overleve.. Men i vår interaksjon med barna får vi med oss en forståelse som gjør det mulig å bistå dem.

Røkenes og Hanssen (2006) viser til at ordet kommunikasjon betyr” å gjøre felles, vi meddeler oss når vi kommuniserer med hverandre, vi deler meninger og opplevelser, slik skaper vi et opplevelsesfellesskap.

Nettverk: Resultater fra kartlegging viser at barna har en tante som bor like i nærheten og hun ”tar seg av barna” Jeg ser det som naturlig å bygge videre på relasjonen mellom tante og barna. Er det ofte hun har kontakt med dem? Eller er det sporadisk? Jeg ønsker å fokusere på nettverket til mor/far og barna. Er det andre i familien som er involvert? Kanskje hjelpeapparatet allerede er inne i bildet?

Arnstein Finset(1996) definerer nettverk slik:

”Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre” (Gundersen og Moynahan 2006:25).

Ifølge Klefbeck og Ogden (2003) er det viktig å skille mellom et uformelt og formelt nettverk. Foreldre, søsken, slekt naboer og venner forbinder vi med det uformell (primære) nettverket, det er disse som er omgangskretsen. Det er vanligvis disse man mobiliserer når barn havner i krise, det er de som utgjør støtten i vanskelige situasjoner. Dette er mennesker som kjenner hverandre og som vanligvis har nær kontakt med hverandre.

Slik som jeg ser det må en prøve å tilrettelegge for at familien kommer mer på banen når barna har det vanskelig. Pårørende er viktige personer i et nettverk da det er med på at barna føler tilhørighet til sine nærmeste, de pårørende er viktig i nettverket fordi de har en historie å fortelle om brukeren i en kartleggingssituasjon. Ved godt samarbeid i nettverket vil lik informasjon komme ut til alle aktører. En ser helsefremmende og terapeutiske muligheter i å mobilisere menneskelige ressurser i familie og vennekrets til brukeren.

Mevik og Trymbo (2003) viser til at psykiatrien er i sterk endring fra at pasienten hadde lengre sykehusinnleggelse der de ”ble borte” på et sykehus til at det nå er blitt desentraliserte sentra med større grad av poliklinisk behandling der pasienten mottar behandling i sitt hjemmemiljø.

Mor og far har en stor familie, men de har hatt liten eller ingen kontakt det er kun en tante som har ”tatt seg av barna” når mor har vært innlagt og far har vært på jobb. Jeg mener at vi allerede i posten kan starte med nettverksarbeid slik at vi får familien mer på banen og at de kan trø til sammen med det profesjonelle nettverket for å sikre ivaretagelsen av barna.

Ifølge Klefbeck og Ogden(2003) utgjør de profesjonelle det formelle(sekundære) nettverket, her skjer kontakten gjennom formaliserte kanaler, så som timebestilling og besøkelsestid. Erfaringer viser at det personlige nettverket innbefatter også de profesjonelle. Det viser seg at når det uformelle nettverket, omgangskretsen har trukket seg tilbake, jo mer innflytelse får det formelle nettverket.

Her ser jeg det som viktig at helsesøster blir informert om barnas situasjon og at hun kan bli involvert i nettverket, sammen med lærere og fastlege hvis nødvendig. Jeg tenker en må bestrebe seg på å bidra til åpenhet i forbindelse med mors psykiske sykdom det vil gjøre det lettere for barna, for selv når mor blir utskrevet, så kan hun ha behov for psykiatrisk hjelp.

Ifølge Glistrup (2004)omfattes psykiske sykdommer av større samfunnsmessig aksept og respekt nå enn før, men fortsatt så er det ganske vanlig at både pasienter og pårørende møtes med fordommer.

For meg som vernepleier blir det viktig å gi informasjon og kunnskap om psykiske sykdommer og bidra til mer åpenhet.

Jeg mener det er viktig med et godt samarbeid med foreldre og det øvrige nettverket for å kunne ivareta barna som pårørende på en god måte.

7.3 Målvalg

Linde og Nordlund(2006) viser til at overgangene mellom analyse og tiltak blir kalt målvalgprosessen. Arbeidet med mål blir sterkt vektlagt i forhold til kvalitetssikring. En målvalgprosess vil i praksis si at jeg holder ulike problemstillinger opp mot hverandre, vurderer disse og velger ut områder for det videre arbeidet. Som vernepleier er det viktig at jeg har kunnskaper og ferdigheter i å lage realiserbare mål.

I forhold til målvalg så ønsker jeg å fokusere på at barna skal bli ivaretatt gjennom å få informasjon om mors sykdom, samt at de har et nettverk som fungerer.

Hovedmål med delmål

Hovedmål: Barna skal få informasjon og oppfølging

Begrunnelse: Kartlegginga viser at barna ikke har fått informasjon om mors sykdom og de har ikke fått oppfølging fra helsetjenesten. Siden jeg har ansvaret for denne familien og det også innebærer å ivareta barna så ønsker jeg å fokusere på samtaler, og arbeide for at de får oppfølging fra helsetjenesten og familie.

Delmål 1: Barna skal få tilbud om samtaler

Begrunnelse: Jeg vil sørge for at barna får informasjon om mors sykdom og eventuelt andre ting de lurer på, i samtaler med meg. Resultatet fra kartlegginga viser at barna ikke har fått informasjon om mors sykdom, det har ikke vært noe tema hjemme, hverken når mor var frisk eller innlagt. Barna fikk ingen forklaring, de fikk heller ikke besøke mor under hennes mange innleggelse.

”Kunnskap og informasjon til barna er viktig og avgjørende. Når de kan gjenkjenne symptomer og vite hvordan de kan beskytte seg mot det vanskelige ved foreldrenes atferd, vil de ha bedre muligheter til å få en noenlunde forutsigbar og trygg oppvekst” (Mevik og Trymbo 2003: 115).

Delmål 2: Barna skal ha et nettverk som fungerer.

Begrunnelse: Jeg ser det som viktig at både det formelle og uformelle nettverket fungerer rundt familien og da spesielt barna. Det har vist seg at det kun er en tante som har vært involvert i barna når mor har vært innlagt, selv om de er en stor familie. Jeg tenker det er viktig å prøve å legge til rette for at den øvrige familien kommer mer på banen. Gjennom at jeg tar kontakt med fastlegen og helsesøster på skolen så vil det formelle nettverket og bli involvert i barna.

Klefbeck og Ogden (2003) påpeker hvor viktig det uformelle nettverket er når barn havner i krise, det er vanligvis dette nettverket man mobiliserer, og det kan være de som utgjør støtten i en vanskelig tid. Det formelle nettverket som i dette tilfellet vil være fastlegen og helsesøster, vil også utgjøre en viktig del i nettverket.

7.4 Tiltak

Ifølge Linde og Nordlund (2006) er tiltak en konkret beskrivelse på hvordan man skal planlegge, tilrettelegge og iverksette tiltak enten på systemnivå eller individnivå.

I forhold til tiltak som jeg kan iverksette på en akuttpost når det gjelder barn av psykisk syke foreldre, så kan jeg tilrettelegge for samtaler. Jeg kan også være en pådriver for nettverksarbeid, og ta kontakt med aktuelle instanser.

Tiltak som jeg kan planlegge, tilrettelegge og gjennomføre på akuttposten for at barna skal bli ivaretatt kan være samtaler med dem. Samtalen kan foregå på besøksrommet som er tilrettelagt med leker eller vi kan møtes der det er mest hensiktsmessig. Jeg tenker det er viktig at samtalen er på barnas premisser.

Et annet tiltak kan være at jeg tar kontakt med helsesøster, fastlege og eventuelt psykiatri tjenesten i kommunen for å informere dem om at barna trenger oppfølging. Det kan også være aktuelt å kontakte Barnevernet.

Jeg kan gjennomføre samtaler med mor, far og tante og i samråd med dem sørge for at det øvrige nettverket til familien kommer på banen. Hvis mor er innlagt så ser jeg det som naturlig at jeg deltar på nettverksmøtet hvis de ønsker det. Hvis mor er utskrevet så er det naturlig at en fra psykiatritjenesten som organiserer dette arbeidet.

Glistrup (2004) påpeker at det er ikke helsepersonell fra psykiatrien som har ansvaret for å iverksette tiltak for barnet og familien. Men vi kan være delaktig med å finne fram til relevant hjelp fra eventuelt nettverk eller fra det offentlige.

Halsa (2011) viser til at skal man lykkes med å fange opp utsatte og sårbare barn og komme i posisjon til å forebygge problemer som kan oppstå i neste generasjon, så er det avgjørende å få foreldrene til ”å spille på lag”. Det er viktig at foreldrene kommer med sine synspunkt og i samråd med dem, utarbeide tiltak som kan virke familiestøttende og som er til barnas beste.

7.5 Evaluering

Linde og Nordlund(2006) påpeker at evaluering viser om tiltaket har fungert etter sin hensikt. Det er viktig at en samler data underveis slik at en har noe å sammenligne med, og en må evaluere prosessen jevnlig. Dette for å undersøke om en har oppnådd målene og for å kvalitetssikre arbeidet.

I forhold til evalueringsarbeidet så er det avhengig av hvor lenge vi deltar i prosessen. Hvis Anna blir utskrevet fra posten etter kort tid vil det være naturlig at det er andre instanser som tar seg av evalueringsprosessen, og kvalitetssikrer arbeidet. Hvis Anna er innlagt på posten over lengre tid vil jeg evaluere måloppnåelsen sammen med aktuelle samarbeidspartnere.

Det vil være hensiktsmessig med en evalueringsplan. Man bør derfor sette opp en tidsplan for når tiltaket skal evalueres, hva som skal evalueres og hvem som skal foreta evalueringen. Det er avgjørende at man ser om tiltakene fungerer, hva som er bra og hva som eventuelt er mindre bra. Det er også viktig å avklare hvem som følger opp evalueringen videre.

Samarbeidspartnere i denne sammenhengen kan først og fremst være barna, samt Anna, far, tante og/eller annet personal. Kanskje barna ikke ønsker å ha flere samtaler? Man må være bevisst på at tiltakene er på barnas premisser. Hvis de ikke ønsker å delta på samtaler så må vi forsikre dem om at det også er greit.

8.0 Avslutning

8.1 Oppsummering/ refleksjon

I denne oppgaven har jeg vist hva som kan og bør gjøres overfor barn når mor eller far er innlagt på en akuttpost. Slik jeg ser det så er det liten tvil om at en slik tilnærming vil være det beste for alle parter. Den helhetlige arbeidsmodellen er et godt verktøy i arbeidet med å ivareta barna når mor eller far er innlagt.

Tidligere har det vært opp til den enkelte post hvordan de møter barna. Nå har det kommet lovendringer som sier at barns behov for informasjon og oppfølging skal ivaretas. Alle har et ansvar for å se barna og følge dem opp i den grad de trenger det. I en akuttpsykiatrisk post kan samtaler være en av flere måter å gjøre det på.

Gjennom samtale kan jeg få informasjon om barna ivaretas samtidig som det kan virke positivt inn på behandlingen av den psykisk syke. I min yrkesutøvelse som vernepleier er det viktig at jeg kartlegger, og vurderer barnas situasjon sammen med det øvrige personal og videreformidle opplysningene til rett instans.

Selv om rutinene og prosedyrene er på plass i forhold til å ivareta barna så er det ikke alltid en greier å følge disse i en travel hverdag. Fagpersoner ved akuttposten fyller ut barnearket under samtale og får da en oversikt over hvor barna er og hvem som har omsorgen for dem.

Jeg mener vi har kommet et stykke på vei i å ivareta barn som pårørende når mor eller far er innlagt i en akuttpost, selv om jeg ser at vi har mye arbeid foran oss. Ut fra en vernepleiers ståsted mener jeg at vi behøver mer informasjon om temaet barn av psykisk syke foreldre. Dette for at alle barn som har foreldre innlagt på en akuttpost eller som vi opplever har behov for hjelp skal bli ivaretatt.

Barn bør bli sett og hørt som pårørende, og få informasjon og oppfølging ut fra den enkeltes behov. Selv om vi har to barneansvarlig på posten, og disse går i turnus, så blir vi sårbar når det er sykdom.

Jeg anser det som viktig at det øvrige personalet også får opplæring i hvordan de kan ivareta barna av psykisk syke foreldre, da dette er noe som vi i voksenpsykiatrien har hatt lite fokus på tidligere.

Det er også et økonomisk spørsmål om flere ved posten kan få anledning til å delta på kurs. Jeg tror flere av kollegaene mine hadde vært interessert i det. Vi snakker ofte om hvordan barna har det og om det er noe vi kunne ha bidratt med.

Men i en travel hverdag med knappe ressurser blir ikke barna de som får det største fokuset.

Når jeg opplever at barna blir ivaretatt på en god måte og barneansvarlig er med på prosessen for å tilrettelegge for barna både mens mor eller far er innlagt eller når de blir utskrevet, så føler jeg at vi har bidratt til at barna har blitt sett og hørt. Gjennom at barna blir ivaretatt så kan gevinsten være at vi forhindrer at problemene/vanskene som foreldrene har overføres til barna.

Hvis jeg er i tvil om barnet har det bra og jeg har bekymringer angående det så må jeg kontakte barnevernet. Det er bedre å kontakte Barnevernet en gang for mye enn en gang for lite, slik jeg ser det så må jeg alltid la tvilen komme barnet til gode.

9.0 Litteraturliste

*Aune, Kirsti (2007). Helsefremmende og forebyggende arbeid. I: Gjertsen, Per-Åge (red)(2007). *Forebyggende barnevern. Samarbeid for barnets beste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Barne – likestillings - og inkluderingsdepartementet. Lov 1992- 0 - 17 -100: Lov om barnevernstjenester(barnevernloven).

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere(FO), seksjonsrådet for vernepleiere, Oslo 2000.

* Gjertsen, Per-Åge (red) 2007. *Forebyggende barnevern. Samarbeid for barnets beste*. Bergen: Fagbokforlaget.

* Glistrup, Karen (2004). *Det barn ikke vet ... har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum AS.

Gundersen, Knut og Luke Moynahan (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Halsa, Astrid (2011). Foreldreskap og psykiske helseplager: Hvordan finne en passende nøkkel til låste dører? I: Straand, Sigrid (red)2011. *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Kommuneforlaget.

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen (2007). *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Helsedirektoratet (2010) Rundskriv 15-5/2010 *Barn som pårørende*.

Helse - og Omsorgsdepartementet. *Stortingsmelding nr 25(1996 – 1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Departementets Servicekontor.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt arbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lorentzen, Per (2003). *Fra tilskuer til deltaker, samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget.

Klefbeck, Johan og Terje Ogden (2003). *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.

* Mevik, Kate (1998). *Møte med galskap Om pårørende og psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.

* Mevik, Kate og Bjørg Eva Trymbo (2003). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Olsson, Ann-Margreth (2005). *Barnets sosialsekretærer - Coaching i dialogiske utredninger*. Skåne: Lænsstyrelsen i Skåne län.

Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Straand, Sigrid (red)2011. *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Kommuneforlaget

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Brit Teksum (1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Oslo: Tano Aschehoug.

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

Internettidokumenter:

* Barne -, likestillings – og inkluderingsdepartementet. NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet.*

www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2012/nou-2012:5 (lest 20.04.12)

* Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:4. *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser.*

www.fhi.no/artikler/?id=90610 (lest 15.02.12).

*Kallander, Ellen Katrine(2011). *Young carers. Barn som pårørende – skjulte unge omsorgsgivere.* FOU Avdeling psykisk helsevern, Akershus Universitetssykehus.

www.mestring.no/files/docs/konferanser/SMIL.../ellen_kallander.ppt. (lest 3.02.12).

*Selvvalgt litteratur