



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelse
4BACH

Maren Hanem Kavli og Guro Skogstad Østgård

Veileder: Marit Bye

Bacheloroppgave

”Pårørende som ressurs”

”Relatives as resoure”

Basy 2012, Kull 124

Bachelor i sykepleie

2015

Antall ord: 13228

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

*“Du må være sterk, hender det folk sier til meg.
Og jeg tenker på alt som har hendt – kanskje jeg er sterk.
Ja, det stemmer vel. Jeg er vel sterk, jeg.
Sterke mennesker bøyes ikke
- de brekker og brister. “*

(Gjengitt av Esben B-J Jaer. Opprinnelig forfatter er ukjent).

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan vi som sykepleiere kan samhandle med pårørende for å styrke deres ressurser for at de skal oppnå mestring i hverdagslige situasjoner, når de har barn med ADHD?

Bakgrunn og hensikt: I praksis har vi erfart at mange pårørende til barn med diagnosen ADHD har utfordringer med å føle seg forstått og få den støtten de trenger. Veiledning og samhandling, som vi har valgt å skrive om, er grunnleggende for sykepleieryrket og det vil styrke oss når vi er ferdigutdannet.

Metode: Vår bacheloroppgave er en litteraturstudium. Vi har brukt pensumlitteratur og supplert med selvvalgt litteratur. Vi har også funnet forskningsartikler som vi har søkt på gjennom skolens databaser. I drøftingen er også egne erfaringer brukt.

Resultat: Vi har funnet teori og forskning som kan hjelpe oss med å møte pårørende som er i en krisesituasjon for å oppnå en god relasjon. Ved å styrke foreldrenes ressurser kan en redusere atferdsproblematikk hos barnet.

Konklusjon: Vi har sett hvordan vi kan samhandle med pårørende som er i en krisereaksjon og hvordan vi som sykepleiere kan skape relasjon til foreldrene og støtte til økt mestring. Vi har gjennom denne oppgaven sett at sykepleieren må se pasient og pårørende som en gruppe, men også som enkeltindivider for å gi god sykepleie.

Vi vil gjerne få takke vår veileder for Marit Bye, for god veiledning gjennom denne oppgaveskrivinga.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	s 2
Sammendrag.....	s 3
Innholdsfortegnelse	s 4
1.0 Innledning.....	s 6
1.1 Begrunnelse for problemstilling.....	s 7
1.2 Oppgavens hensikt.....	s 7
1.3 Begrensing av oppgaven.....	s 8
1.4 Oppgavens oppbygning.....	s 8
1.5 Problemstilling.....	s 9
2.0 Metode.....	s 10
2.1 Begrunnelse for valg av metode.....	s10
2.2 Valg av litteratur og litteratursøk.....	s 10
2.3 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode.....	s 11
2.4 Presentasjon av forskning.....	s 12
2.4.1 Artikkel nr 1.....	s 12
2.4.2 Artikkel nr 2.....	s 12
2.4.3 Artikkel nr 3.....	s 13
2.4.4 Artikkel nr 4.....	s 13
2.5 Kildekritikk.....	s 14
2.6 Etske vurderinger.....	s 14
3.0 Teori.....	s 15
3.1 Sykepleieteorier.....	s 15
3.1.1 Hva er sykepleie?.....	s 15
3.1.2 Kari Martinsen omsorgsteori.....	s 15
3.1.3 Joyce Travelbees teori.....	s 16
3.2 Sykepleieprosessen.....	s 17
3.3 Etikk i sykepleie og lov om pasient-og brukerrettighet.....	s 17
3.4 Møte med pårørende.....	s 18
3.5 Relasjon.....	s 20
3.6 ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse.....	s 21
3.7 Det å få en alvorlig diagnose.....	s 22
3.8 Ressurser og styrker.....	s 23

3.9 Stress og mestring.....	s 24
3.10 Empowerment og PTMO.....	s 25
4.0 Drøfting.....	s 28
4.1 Case.....	s 28
4.2 Innledning til drøfting.....	s 28
4.3 Å ha barn med ADHD: Foreldrenes opplevelse.....	s 29
4.4 Sykepleier i samhandling med pårørende.....	s 32
4.4.1 Relasjonsbygging.....	s 32
4.4.2 Pårørende som ressurs.....	s 33
4.4.3 Empowerment.....	s 36
4.4.4 PTMO.....	s 37
4.4.5 Time-out.....	s 38
4.4.6 Belønning.....	s 39
5.0 Konklusjon.....	s 41
Litteraturliste.....	s 43
Vedlegg 1.....	s 48
Vedlegg 2.....	s 50

1. Innledning

Vi har valgt tema *Pårørende som ressurs*, for vi vil lære mer om dette. I praksis erfarte vi at det er mange foreldre som sliter med selvbekreftelse når barnet deres har fått en diagnose.

Vi har begge erfaring fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), en av oss har vært et semester i USA og har erfaring fra amerikanske forhold på barnepsykiatrisk avdeling, mens den andre har erfaring fra BUP i Hedmark. Begge har opplevd at foreldre synes det er krevende å være pårørende til et barn med en psykisk diagnose.

ADHD rammer ikke kun barna, de har, som oftest en mor, en far og søsken (ADHD Norge, 2014). Foreldre vi har møtt opplever sorg når barnet får diagnosen ADHD og opplever at det er vanskelig å få forståelse fra nettverket de har.

Vi har begge sett hvor viktig det er at pårørende får god veiledning og støtte, og blir fulgt opp for at de skal mestre barnets og ens egen hverdag.

01 januar 2014 var det registrert 1 125 160 registrerte barn som er under 18 år og bosatt i Norge (SSB, 2014). Av disse har cirka 45 000 barn diagnosen ADHD. ADHD har de siste årene fått mer fokus og det er blitt forsket mer på denne diagnosen og miljøet rundt disse barna. Så selv om det er 45 000 barn som får diagnosen, påvirker det så mange flere.

Pårørende er barnets viktigste medspillere for å kunne få en hverdag som fungerer.

Pårørende blir ikke eksperter på hvordan de kan hjelpe barnet, dette er kunnskap de må tilegne seg gjennom å være med barnet, men også å lære fra sykepleiere og andre profesjoner (ADHD Norge, 2014).

Vi har derfor lyst til å gå litt dypere inn i faglitteraturen om hvordan vi som sykepleiere kan møte foreldre som står i vanskelige situasjoner, og hvordan vi kan hjelpe dem til å få en økt mestring og overskudd i hverdagen. Ved at de får økt mestring og overskudd kommer det barnet og familien til gode. I casen vår, tar vi for oss et foreldrepar, som har ei jente som har ADHD med atferdsvansker.

De foreldre vi har møtt ute i praksis har vært frustrert og føler seg motløse når det kommer til atferdsvanskene som barna dere sliter med i tillegg til ADHD. Noen av dem har også følt at nettverket deres stiller seg spørrende om det kun er diagnosen som skaper det negative atferdsmønstret barnet deres har.

Som sykepleiere møter vi pårørende i ulike situasjoner som har de samme reaksjonene som foreldrene i vår case. De kan oppleve sorg eller at de er i en krise og skal håndtere dette. Vi som sykepleiere møter pårørende til pasienter med ulike diagnoser og på ulike institusjoner. Pårørende kan være ektefelle, søsken og barn. Det vi vil skrive om i denne oppgaven, vil gi oss kunnskaper som vi også kan bruke i andre situasjoner, hvor pårørende er involvert. Det vil styrke oss når vi er ferdigutdannet sykepleiere og det vil igjen styrke pasienten og pårørende.

1.1 Begrunnelse for problemstilling

Som sykepleier er veiledning en viktig arbeidsoppgave og det er noe sykepleiere gjør daglig. I løpet av studiet har vi hatt litt om veilederrollen sykepleieren har, men vi ville lære mer og har benyttet denne oppgaven for å lære mer om veiledning og samhandling. Fokuset på veiledning vi har lært på skolen er veiledning til pasienter og pårørende. Vi ville skrive om veiledning til pårørende og gjerne ha fokuset på barn. Denne problematikken engasjerer oss, fordi vi ser hvor viktig foreldre er for barnets oppvekst og hvor stor betydning foreldrenes tilstedeværelse påvirker barna. Så vi ønsket å gå i dybden for å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan samhandle med pårørende, for å styrke deres ressurser for at de skal oppnå bedre mestring i hverdagslige situasjoner. Pårørende til barn kan for eksempel være foreldre, foresatte og besteforeldre.

Problemstillingen har vært en prosess og endret seg i løpet av oppgaveskrivingen for å få en mer presis problemstilling. Den kan gi oss et bedre svar på hvordan vi som sykepleiere kan samhandle bedre med foreldre som er pårørende til barn med ADHD-diagnose.

1.2 Oppgavens hensikt

Veiledning er en viktig oppgave for sykepleieren og det gjøres daglig. I praksis har vi erfart hvordan man veileder innen fysisk aktivitet, røykeslutt og ernæring og kosthold for å nevne noe. «*Veiledning er en målrettet samtale som skal skape refleksjon. Den som får veiledning, skal få mulighet til å finne sine egne svar og løsninger. Når du veileder andre, er det viktig å tenke på at det er den som blir veiledet, som skal være mest aktiv*» (Hårberg & Grønlid, s.a.). Veiledning er noe som kan gjøres en gang eller flere ganger, alt etter hva pasienten trenger og forstår. Noen ganger må man planlegge grundig for å få varige endringer og det er en stor prosess. Vi ønsker å lære mer om hvordan vi som sykepleiere skal veilede over tid og

prosessen rundt dette. Sykepleiere må forberede seg ved å samle data, kartlegge behov for sykepleie, vurdere og planlegge, sette mål, iverksette tiltak og evaluere. Så repeter man den problemløsende prosessen (Rotegård & Solhaug, 2011). Det er en prosess som endrer seg og som pågår kontinuerlig. Hensikten med oppgaven er å fremheve sykepleierens veiledende rolle i møte med pårørende.

1.3 Begrensning av oppgaven

Vi velger å skrive litt om ADHD, siden vi begge har erfaring med diagnosen ADHD fra praksis. Vi skal ikke skrive utdypende om ADHD, siden diagnosen ikke er hovedfokuset i oppgaven. Vi skriver ikke om hvordan pasienten opplever å være diagnostisert med ADHD og hvordan hun opplever hverdagen. Vi har kun foreldrenes fokus og hvordan de opplever hverdagen med å være pårørende til barn med ADHD og hvordan en kan styrke deres ressurser, slik at de kan styrke og støtte sitt barn. Vi har valgt å skrive en case som inneholder hvilke problemstilling vi har og som vi skal drøfte.

1.4 Oppgavens oppbygging

I teoridelen har vi funnet teorier som er relevant for vår problemstilling der vi legger vekt på forskjellige temaer som kan hjelpe oss med å besvare oppgaven.

Vi har valgt å skrive en case som belyser problemstillingen. Den blir presentert i drøftingskapittelet og er en virkelighetsnær case og illustrerer utfordringer innen tema vi har valgt. Casen er fiktiv og den er bygd opp på erfaringer vi har fra praksis.

I drøftingsdelen vil vi drøfte teori, forskning og egne erfaringer, for å belyse de ulike synspunktene. Vi har funnet forskning innen aktuelle tema og forskningen har gitt oss data som vi kan bruke til drøfting. Noe av forskningen vi har funnet tar for seg foreldrenes opplevelse og synspunkt. Dette er sentralt i denne oppgaven og vil bli drøftet.

Vi vil videre trekke inn relevant teori som litteratur i teorikapittelet og forskning i metodekapittelet i oppgaven, samt trekke inn våre egne erfaringer fra praksis og våre synspunkt. Det vi vil med denne oppgaven er å finne ulike meninger og aspekter og sette disse opp mot hverandre for å drøfte problemstillingen ut ifra dette. På slutten av oppgaven vil vi komme med en presentasjon av vår konklusjon av hva som vil være god sykepleie til pårørende, med tanke på problemstillingen vår.

1.5 Problemstilling

Hvordan vi som sykepleiere kan samhandle med pårørende for å styrke deres ressurser for at de skal oppnå mestring i hverdagslige situasjoner, når de har barn med ADHD?

2. Metodedel

For å skrive denne oppgaven må vi lete etter informasjon og/eller data som handler om vår problemstilling. Metoden vi bruker for å innhente dette er vårt hjelpemiddel og redskap for å kunne samle inn denne informasjonen (Dalland, 1993).

Metode er et hjelpemiddel, som skal hjelpe oss i å søke etter ny kunnskap og nytt fagstoff til litteraturstudien. Olav Dalland gjengir sosiologen Vilhelm Aubert sin metodeforklaring slik: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 1993, s.111). Vi innhenter data fra ulike kilder der vi skal tolke og analysere dataene vi finner, for å kunne konkludere på vår problemstilling (Johannessen, Tufte & Christoffersen. 2011.).

2.1 Begrunnelse for valg av metode

I retningslinjene for bacheloroppgaven for sykepleiere skal oppgaven være en litteraturstudie og vi skal begrunne valg av metode. Vi skal skrive en fordypningsoppgave som er basert på litteratur og forskning, samt egne erfaringer fra praksis, altså en oppgave som baseres på eksisterende kunnskaper. Det er en litteraturstudie (Dalland, 1993). Vi starter med en ide, søker på litteratur som er aktuell for ideen, samler data som vi analyserer, drøfter og konkluderer med et eller flere resultater.

Vi benytter selvvalgt litteratur, pensumlitteratur, forskning og erfaring fra praksis.

2.2 Valg av litteratur og litteratursøk

Det er forskjellige metoder vi har brukt for å finne relevant litteratur. Vi så igjennom pensumlisten for finne litteratur vi kunne bruke fra pensumlista. Den litteraturen fra pensum som vi har valgt å bruke er den litteraturen som kan dekke vår problemstilling. Vi har funnet mye pensumlitteratur fra alle tre årene på skolen som kan hjelpe oss med å svare på problemstillingen. Siden vi har valgt å skrive om samhandling med pårørende, har vi valgt pensumlitteratur som har fokus på kommunikasjon, relasjoner, veiledning og empowerment. Disse emnene lette vi etter siden vi skulle finne forskjellige metoder en sykepleier kan imøtekomme pårørende til en pasient. Ikke all litteratur var relevant for oss, siden det ikke var så mye om pårørende til barn. Vi kikket også på aktuelle emner i biblioteket for å finne bøker som ikke er på litteraturlisten, men som er relevante.

Vi fant også ut hvilke modell BUP i Hedmark bruker for å bistå pårørende til barn for å hjelpe dem og det er PMTO som er en foreldretreningsmodell for familier med barn som har atferdsvansker.

Vi søkte i Helsedirektoratet for å finne ut om de hadde noen retningslinjer relevant for vår problemstilling. Da fant vi nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging for de med ADHD.

Vi har søkt i Oria, helsebiblioteket, helsedirektoratet, lovdata, Google scholar, psycnet, SAGA og Cinahl.

Vi har kombinert søkeordene på forskjellig vis, for å få mest mulig resultater. Se vedlegg 1 for fullstendig oversikt over søkehistorikk.

Vi har benyttet oss av PICO-skjemaet (vedlegg 2).

2.3 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetoder

Kvalitativ og kvantitativ er forskjellige forskningsmetoder. De har to forskjellige arbeidsmetoder der meningen er å innhente forskjellige data. Når en starter en forskning må en bestemme seg for hva man vil ha svar på, hvor stor bredde det skal være på forskningen og dybden på dataene man innhenter.

Kvalitativ metode er forskning som viser helhet, forståelse og dybde. Kvalitativ forskning har en begrenset gruppe som skal intervjues og opplevelsen og meningene disse opplever kan ikke måles eller tallfestes (Dalland, 1993). En skal gå i dybden for å få fram det særegne i forskningen og ikke det overflatiske. Forskningen er basert på et jeg-du-forhold mellom forsker og undersøkelsesperson/personer og forskningen skal ”oppleve” fenomenet innenfra (Dalland, 1993).

Forskeren samler inn data via intervju, samtaler eller observasjoner. Alt som sies og observeres skal dokumenteres. Forsker kan bruke båndopptaker eller filmkamera under prosessen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011).

Kvantitativ metode er forskning som viser bredde, presisjon og det gjennomsnittlige. I kvantitativ forskning er det store grupper som spørres og det er målbare metoder hvor forsker får data som kan tallfestes. I kvantitativ forskning får undersøkelsespersonene de samme spørsmålene med samme svaralternativer. Forskeren får frem det som er felles for

mange og forskeren ser fenomenet fra utsiden. Forholdet mellom forsker og undersøkelsesobjektet er et jeg-det-forhold (Dalland, 1993).

I oppgaven vi har skrevet har vi for det meste brukt forskning som er av kvalitativ metode, for vi trenger å vite om subjektive opplevelser fra pårørende for å kunne hjelpe dem.

2.4 Presentasjon av forskning

Vi vil her presentere fire forskningsartikler som vi har valgt å bruke i vår oppgave. Disse artiklene har vi valgt grunnet dens relevans til oppgaven og kan underbygge teorien som vi har valgt ut. Vi har kun engelske språklige artikler, men de tar for seg norske forhold av norske forfattere, så vi får data om pårørende i Norge og vi mener de er valide. I drøftingen av oppgaven kan vi sette teorier opp mot forskning og sammenligne forskjeller som vi kan benytte for å svare på vår problemstilling.

Alle forskningsartiklene har introduksjon, metode, resultat og diskusjon, samt abstract og keywords.

2.4.1 Artikkel 1

"Contending and adapting every day: Norwegian parents lived experience of having a child with ADHD." Vi søkte på "Norway", "Parents experience", "ADHD", og "Making sense". Vi fant denne forskningsartikkelen av Øyfrid Larsen Moen, Marie Louise Hall-Lord & Birgitta Hedelin (2011), som har skrevet forskning innenfor vår problemstilling. Det er brukt kvalitativ forskningsmetode på denne artikkelen og den er aktuell å bruke i bacheloroppgaven vår siden det er dybde i artikkelen. Forfatteren har intervjuet med en fenomenologi tilnærming og har fokus på hvordan foreldre opplever å ha et barn med ADHD. Ni foreldrepar (Fem mødre og fire fedre) fra syv familier deltok samt tre aleneforeldre ble intervjuet individuelt. Etter vår forståelse er dette forskningsartikkel som er relevant for å få svar på problemstillingen siden forskningen tar for seg hvordan det er å være foreldre for barn med ADHD og hvilke utfordringer det har å by på (Larsen, Hall-Lord & Hedelin, 2011).

2.4.2 Artikkel 2

"Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems" er en forskningsartikkel som er skrevet av Terje Ogden og Kristine Amlund Hagen, 2008. Denne forskningen sier hvilke forskjeller

det er på de familiene som fikk veiledning etter PMTO-modellen og de som fikk en annen veiledning. Familien til 112 barn ble spurt, så dette er en kvantitativ metode. Den er relevant for oss fordi PMTO-modellen er en av de veiledningsmodellene som vil være aktuell å bruke i møte med foreldene og den viser at familier som bruker PMTO har mindre vansker i hverdagen med utfordrende atferd hos barna.

2.4.3 Artikkel 3

"A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD"

Foley, M. (2010). Det er en studie som sammenligner familier som har barn med ADHD og som ikke har barn med ADHD, for å se om det er noen ulikheter angående det å møte motgang og om det er forskjell på dysfunksjon i familien. I studien ble 32 familier med barn som har ADHD spurt og 23 familier uten barn med ADHD spurt. Alle av familiene hadde lignende sosiodemografisk karakter og tilhørte middelklassen. Studien viste at familier med barn med ADHD ikke møtte noe mer motgang enn familien uten ADHD, og at familie med ADHD hadde en mer dysfunksjonell familie.

2.4.4 Artikkel 4

"Making sense of ADHD: A battle for understanding? Parents' view of their children being diagnosed with ADHD" (Harbordne, Wolpert & Clare, 2004) er en kvalitativ

forskningsartikkel som har intervjuet ni mødre og en far som har en sønn mellom 9 og 11 år med diagnosen ADHD. Målet med studien var å undersøke hvordan ulike modeller av ADHD ble oppfattet og forstått av foreldre og barn som er rammet av sykdommen, og om andre tidligere urapporterte problemer var betydelig for foreldre til barn med ADHD.

Studien viste at foreldrene som ble intervjuet følte de hadde svært ulike oppfatninger om hva ADHD er fra forskjellige fagfolk og medlemmer av sine egne familier. Foreldrene ser på ADHD som en biologisk tilstand som er relatert til psykologiske og sosiale faktorer, mens fagfolk, lærere eller familiemedlemmer opplevde oppførselen til barna som dårlig oppdragelse fra foreldrenes side (Harbordne, Wolpert & Clare, 2004). Denne artikkelen er relevant for oss siden vi får lære mer om hvilke utfordringer foreldrene har og hvordan de opplever det å ha barn med diagnosen ADHD.

2.5 Kildekritikk

For å kunne vurdere om kildene er sanne og/eller pålitelige bruker vi metoden kildekritikk. Da vurderer og karakteriserer vi kildene som vi vil bruke. Kildekritikk er et samlebegrep som er en metode for å skille bekreftede opplysninger fra spekulasjoner, sier Leth og Thuren (2000).

Før vi tar i bruk litteratur må vi vurdere om hvilke relevans den har og om det er gyldig litteratur for å kunne belyse vår problemstilling. Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring og det vil vi bruke når vi velger forskning (Dalland 1993).

Når vi søkte i litteratur og forskning hadde vi som krav at det ikke skulle være eldre enn åtte år fordi det har kommet mye om veiledning og samhandling de siste åtte årene og da spesielt innen ADHD tenkte vi. Litteratur som er eldre enn åtte år ville vi ikke ha med for det kan være utdatert for vår problemstilling. Vi fant en forskningsartikkel som er fra 2004 og heter ”Making sense of ADHD: A battle for understanding? Parents’ view of their children being diagnosed with ADHD”. Vi presenterte forskningen tidligere i oppgaven og begrunnet hvorfor vi har tatt den med, selv om den er fra 2004.

2.6 Ethiske vurderinger

Vår oppgave omhandler en sårbar gruppe som ikke bare omhandler pasienter, men også pårørende. For oss som skriver, vil det være veldig viktig for oss at menneskeverdet ivaretas. Vi vil kun benytte oss av forskning som ivaretar menneskeverdet. Den forskningen vi har funnet har vi funnet i godkjente tidsskrifter og databaser. Materialet er anonymisert, foreldre har gitt samtykke til å være med på forskningen, barn under 18 år har også hatt samtykke fra foreldre og deltagelsen har vært frivillig.

Vi håper at kunnskapen vi finner i løpet av denne oppgaven vil kunne komme denne pasient,-og pårørendegruppa til gode, men vi ser at det er vi som studenter som vil ha størst utbytte av denne kunnskapen. Det vi lærer i denne prosessen vil vi kunne bruke hos andre pasient,-og pårørende grupper også, og vi vil bruke kunnskapen og kompetansen vi tilegner oss på best mulig måte.

3. Teoridel

I dette kapitlet vil vi vise hvilke teorier vi har valgt og belyse de ulike sidene ved den problemstillingen vi har valgt.

3.1 Sykepleieteorier

Florence Nightingale startet å definere sykepleie på 1850-tallet og videre har flere definert sykepleie (Martinsen, 2004). Virginia Henderson definerte sykepleierens rolle slik:

«Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig.» (Marthinsen, 2004, s. 154)

Med denne definisjonen av sykepleierens funksjon, sier Virginia Henderson klart ifra hva som er funksjonen til sykepleiere. De som trenger sykepleie er de som ikke klarer å mestre utfordringer med sin egen helse alene. For å ivareta pasienter har sykepleieren et selvstendig ansvar å kartlegge hva pasienter trenger bistand til, hvilke grunnleggende behov skal sykepleiere bistå med for å fremme en god helse (Martinsen, 2004).

3.1.1 Hva er sykepleie?

Rollen som sykepleier er å ivareta de grunnleggende behovene til pasientene. Det skal gjøres på en måte som er verdig, respekterer selvbestemmelsesrettet og hvordan de vil leve sine liv (Nortvedt & Grenseth, 1985).

De grunnleggende behovene har en fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell dimensjon. Ved å fokusere på de indre og ytre styrkene til en person, kan mennesket mobilisere egenaktivitet og selvkontroll. Med dette, kan det føre til økt helse og velvære.

3.1.2 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen har innen sykepleievitenskapen utviklet en omsorgsteori som tar for seg relasjonen mellom to mennesker. Martinsen legger vekt på at sykepleie er en personorientert

profesjonalitet, for det sykepleiere gjør for en pasient, skal komme pasienten til gode (Holter, 2011). Med det sier hun at hver pasient er forskjellig og at sykepleieren må ha en individuell forståelse for at hver enkelte pasient trenger forskjellige handlinger for å få økt helsegevinst. For å vurdere hva som trengs for hver enkelt pasient mener Martinsen (2004) at det trengs fagkunnskaper og et personlig engasjement fra sykepleieren for å utøve profesjonell sykepleie (Holter, 2004).

Det er spesielt tre sider ved omsorgsbegrepet som Martinsen mener er viktige goder

”... For det første at det er et relasjonelt forhold mellom to mennesker, for det andre at relasjonen har en moralsk dimensjon, og for det tredje at omsorg også omfatter utførselen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger (Holter, s. 143. 2004).

3.1.3 Joyce Travelbees teorier

Joyce Travelbee (f.1926) i New Orleans jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer på sykepleieutdanningen, der hun hadde en ledende rolle (Travelbee, 2011).

Travelbee ønsket et mer menneskelig syn der det var pasienten som sto i fokus, for hun syntes at helsevesenet i USA ”avhumaniserte” pasientene. I hennes teorier har hun derfor valgt å fokusere på den menneskelige delen av sykepleie og at det er en prosess for å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse for pasienten og/eller pasientens familie (Travelbee, 2011). Den mellommenneskelige prosessen er sykepleie som foregår direkte eller indirekte om mennesker, og sykepleierens rolle er å skape en prosess for å komme til en endring. Denne endringen skal være til nytte for pasienten, men også for familien pasienten eventuelt har. I denne prosessen mener Travelbee (2011) at sykepleieren er en endringsagents, siden sykepleieren legger til rette for endringen. Prosessen Travelbee (2011) snakker om er en dynamisk prosess som oppstår når sykepleieren møter en pasient, eller pasientens familie. I en dynamisk prosess påvirker sykepleieren, pasient og pasientens familie hverandre.

Travelbees teori er aktuell for oss siden hennes teori tar for seg den prosessen mellom sykepleie og pasient og/eller pasientens familie. Menneske-til-mennesket forhold i sykepleien er et forhold som skjer mellom sykepleieren og den eller de sykepleieren har til hensikt å hjelpe. Begge partene har gjennom interaksjoner fått opparbeidet seg erfaringer der fokuset for sykepleieren er å møte behovet til den andre parten (Travelbee, 2011).

3.2 Sykepleieprosessen

For at sykepleieren skal kunne gi pasienten god sykepleie må sykepleieren ta i bruk sykepleieprosessen. Det må være tillit mellom sykepleier og pasient for å ha den beste forutsetning for å gi pasienten økt helse og velvære. Forholdet mellom sykepleieren og pasienten må bestå av ansvar, respekt, engasjement og empati. Dette skal gå begge veier og begge må gjøre en innsats. Sykepleieren samler inn data, identifiserer behov og problemer, setter kortsiktig og langsiktig mål med pasienten, utfører sykepleiehandlinger og evaluerer (Rotegård & Solhaug, 2004).

3.3 Etikk i sykepleien og lov om pasient-og brukerrettigheter

Sykepleiere møter daglig etiske utfordringer som kan være store eller små. Det kan være alt fra om ett barn som er mindreårig medlem i Jehovas vitne og trenger blodoverføring eller en kvinne som vil ta en selvbestemt abort eller hvordan ivareta autonomien til pasienter som ikke vil opp av sengen.

Brinchmann (2005) skriver i boken "Etikk i sykepleien" om holisme, som innebærer at alle deler av menneskets natur må tilgodeses ved en helhetsforståelse og en livsoppfatning. Sykepleiere kan ha en holistisk tilnærming der pasienter betraktes som medmennesker og de er likeverdige samarbeidspartnere når deres helsemessige problemer skal løses.

Hver pasient skal ha en autonomi, som betyr selvbestemmelse. Det er opp til hver enkelt pasient om de vil motta behandling, hvordan behandlinger skal være og hva deres ønske er. Helsepersonell som lege og sykepleiere kan komme med anbefalinger og argumentere for og imot, men det er viktig at vi lytter til pasientens valg (Brinchmann, 2005).

I yrke som sykepleier tar vi i bruk de fire prinsipper etikk for å ivare ta pasienten.

Dette er velgjørenhet som er plikten til å gjøre godt mot andre.

Ikke-skade-prinsippet er plikten til å ikke skade andre.

Autonomi er plikten til å respektere autonome personer beslutninger.

Og det siste er rettferdighet der plikten til å behandle like tilfeller likt og fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2005).

For å sikre en høy standard på etikken i sykepleiefaget har Norsk sykepleieforbund (2011) utformet yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiere møter pasienter som har en helsesvikt

Eller funksjonssvikt og disse er mer utsatt for overgrep som tyveri av medisiner, penger og smykker eller at de blir utsatt for fysisk vold eller seksuelt overgrep (Brinchmann, 2005). Sykepleiere er i den posisjonen at de kan utnytte pasientene sine, men de fleste gjør det ikke for de fleste har en god etikk og utøver en god moral. De yrkesetiske retningslinjene bidrar til at sykepleiere opptrer etter dette. Yrkesetiske retningslinjer er basert på sykepleierens fundamentale plikt i fire punkter, som er å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse, ivaretar menneskerettighetene og sikre en verdig død (Brinchmann, 2005).

Som sykepleier skal en være bevisst på pasientens rettigheter, for de har rettigheter som er ukrenkelige uansett situasjon (Brinchmann, 2005).

I lov om pasient-og brukerrettigheter § 4-4. *Samtykke på vegne av barn står det skrevet:*

«Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene eller andre med foreldreansvaret samtykker til helsehjelp som

- a) Regnes som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. barnelova §§ 37 og 42 andre ledd, eller
- b) Kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf. annet ledd, høre hva barnet har å si før samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet» (Lov om pasient-og brukerrettiger, 2015).

3.4 Møte med pårørende

Helsepersonell i møte med familie til pasienter bør tilstrebe en nøytral tilnærming hvis pasienter er under psykisk helsevern. I sykdomsløpet blir pasientens familie berørt på godt og vondt. Hvordan samhandlingen mellom familien og pasienten er, påvirker hvordan det går med pasienten på lang sikt. Helsepersonell bør i samtale med familien ha et aktivt ansvar, være nøytral, ha empatisk nysgjerrighet og stille spørsmål som vekker refleksjon (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Familien til pasienten har behov for å vite hvem som de skal kontakte av fagpersoner og hvem som er primær,- og sekundærkontakt. Det gir pårørende en trygghet og vite hvem de skal kontakte hvis det skulle være noe de lurer på eller om de har spørsmål (Helsedirektoratet, 2008).

Familien blir betraktet som en ressurs og er verdifull. De er ofte en helt nødvendig samarbeidspartner for sykepleiere og pasienten. Møte med foreldre er praktiske og målrettede og det skal være fokus på hverdagslige problemer og konflikter. Et av temaene som står sentralt, er problemer som er knyttet til hverdagen og samværet mellom pasienten og dens familie eller pårørende. Det er viktig at alle medlemmene av familien, får komme med sin oppfattelse av problemet og eventuelle forslag til hvordan problemet kan løses (Berget & Repål, 2000).

Når et barn eller et medlem av familien utvikler en psykisk lidelse, har pårørende stort sett behov for konkrete råd. De rådene som Helsedirektoratet (2008) gir pårørende er i forhold til: *Skaffe seg oversikt over situasjonen, medvirk i forhold til behandling av pasienten, ha fokus på egen helse, råd knyttet til samhandling med den som er syk, ha fokus på familien som helhet* (Helsedirektoratet, 2008, s. 91-93). For at de pårørende skal kunne bruke sine ekstra ressurser på den som er syk trenger, må de også ta være på egen helse. Pårørende har lett for å nedprioritere sine egne behov, da de ofte prøver å balansere den som er syk. Som sykepleiere bør vi snakke med pårørende om behov de har og eventuelle muligheter til å prioritere egne liv. Enkelte av de pårørende kan oppleve at følelsene de har, ofte styrer av den hvordan den syke har det (Helsedirektoratet, 2008).

Samtalens tre faser; begynnelsen, midtdelen og avslutning. I begynnelsen av samtalen er det fem hovedfunksjoner; det første er å opprette en god relasjon, det andre er å legge til rette for å skape kontakt og trygghet, det tredje er å sette ramme for samtalen, det fjerde er å starte med identifisering av problemet og det femte er å skape en åpen situasjon for alle parter. I midtdelen av samtalen er det seks hovedfunksjoner; det første er at en skal utforske det som er problemstillingen, det andre er å prøve å forstå den andre sitt perspektiv, det tredje er å la den som søker hjelp velge hvilket av problemene de vil ta opp, det fjerde er å holde strukturen på samtalen, det femte handler om å utvikle og bygge på relasjonen og alliansen mellom helsepersonell og de som søker hjelp. Det sjette er å fortløpende forklare og

informere. I avslutningen av samtalen er det fire hovedfunksjoner; det første er å gi tydelig beskjed om når det nærmer seg slutten på samtalen, det andre er å oppfordre de som har oppsøkt hjelp om å oppsummere møte, det tredje er å bidra til å justere oppsummeringen, hvis den ikke er dekkende, det fjerde er å gjøre videre avtale om eventuelle nye samtaler (Eide & Eide, 1996).

Behandlingstiltak som en kan ha som mål under samtalen er å gi foreldre kunnskap og forståelse om ADHD, hjelpe pasienten til symptomlindring og en godt fungerende hverdag. Det bør også være fokus på å øke trivsel, mestring og styrke ressursene til de involverte på en best mulig måte (Helsedirektoratet, 2014).

3.5 Relasjon

Helsedirektorat (2008) sier at en viktig brikke i å etablere en god relasjon og et godt samarbeid med pårørende, er at det utvikles et godt og tillitsfullt bånd mellom partene. Ved at helsepersonell lytter aktivt til familien sin versjon av situasjonen de befinner seg i, er med på og styrker utviklingen av relasjonene mellom partene i samarbeidet (Helsedirektoratet, 2008). Som helsepersonell er det viktig å møte pasient og pårørende med forståelse, da kan det være lettere å få kunnskap om hvordan de opplever situasjonen. Det gjøres ved at helsepersonell viser empati, er objektive, ikke ha en dømmende holdning og tilpasser seg situasjonen den enkelte pasienter og pårørende står i. Det som kan være avgjørende for en god allianse mellom helsepersonell, pasient og pårørende er å ha tro på å mestre sitt eget liv på sin måte (Hummelvold, 1982).

Pårørende har sin kunnskap om den som er syk som er viktig for utredning og den eventuelle behandlingen. Det er pårørende som kjenner pasientens bakgrunn, hvilke ressurser den sitter inne med og hvilke utfordringer den måtte ha i forhold til symptomer. Pårørende kjenner også til hvordan den har det når symptomene er borte eller når symptomene er redusert. Pårørende vet kanskje hvilke tiltak som fungerer og ikke fungerer. Den kunnskapen de pårørende sitter inne med er viktig både for behandlingen og samarbeid med helsepersonellet. Da de sitter inne med kunnskap og erfaring som kan hjelpe, med tanke på å finne løsninger og om eventuelle andre forhold kan være lite synlig for helsepersonell. Utfra dette vil forholdet mellom pårørende og helsepersonellet bli en arbeidsallianse mellom to parter som er likeverdige. Det er pårørende som sitter inne med kompetanse om hvordan sykdommen utarter seg på den som har sykdommen, og helsepersonell har en generell kompetanse om sykdommen (Helsedirektoratet, 2008).

Hummelvold (1982) skriver at det er lett for helsepersonell å feile i alliansebyggingen hvis en ikke klarer å reflektere rundt sin egen og andre menneskers holdning. Helsepersonell kan da for å unngå den feilen, tolke de signalene pasienten og pårørende sender, og vinkle de i en positiv retning (Hummelvold, 1982).

Når en skal fremme helse hos pasienten eller pårørende, må sykepleiere rette oppmerksomheten mot flere forhold hos pasienten eller pårørende. Det krever at sykepleierne lytter aktivt, tilrettelegger og er kreative. Pasienten eller pårørende kan ha varierende ressurser, muligheter, krefter, energi og stress. Sykepleieren har fokus på pårørende eller pasienten sine ressurser og evne til å bidra løsningsorientert. Sykepleieren skal hele tiden justere seg etter hvilke ressurser den enkelte pasient eller pårørende har. Hvis sykepleieren ikke har fokuset rettet mot pårørende eller pasientens ressurser, kan en miste verdifull informasjon som har betydning for det helsefremmede arbeidet vi gjør. Det er viktig å finne løsninger som pasienten eller pårørende kjenner seg igjen i og har et eier forhold til. Virkningen hvis de ikke har noe forhold til løsningen, er at pasienter og pårørende kan føle seg maktesløse og som kan virke negativt inn på egen helse (Gammersvik, 2012).

3.6 ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse

Det kan være ulike årsaker til at barn har utfordrerne adferd, konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet. En årsak kan være diagnosen ADHD.

Symptomene ved ADHD er mer synlige når barna begynner på barneskolen. Da blir barna sittende i ro over lengre perioder, da det i tillegg kreves at de må gjøre det som læreren har planlagt og at det skal gjennomføres innen en viss tidsfrist. Det som skiller barn med ADHD-symptomer og andre jevnaldrende barn, er avvikende adferd. Det er konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet. Det kan føre til forsinket utvikling av kognitive ferdigheter, de presterer dårligere på skolen enn det som er forventet av det enkelte barnet. Disse barna sliter i læresituasjoner og har problemer med å forholde seg til andre og å bygge relasjon til barn og voksne på skolen, på fritiden og andre settinger. I den sammenheng kan disse barna ha vansker med å holde på venner og de kan ofte føle seg utenfor. Barn med ADHD kan ha rigid adferd, som kan føre til at de har vansker med å skjønne hva de andre barna og voksne mener. De kan fort mistolke de andres signaler. Dette

kan føre til at barn med ADHD kan føle seg ensomme og upopulære (Helsedirektoratet, 2014).

For pårørende som har barn diagnostisert med ADHD, kan det gi en ekstra påkjenning enn hva andre diagnoser kan gi. Barnet kan mistolke de signalene som andre sender, som igjen kan føre til utagerende atferd.

3.7 Det å få en alvorlig diagnose

Det å få en alvorlig diagnose er med å påvirker livssituasjonen til den syke og de nærmeste pårørende (Helsedirektoratet, 2008). Når det skjer en endring i livet, enten det er alvorlig eller vanskelig, har det en felles benevnelse; krise. Når et menneske opplever å komme i en krise, har de behov for å ha noen å dele sine tanker og følelser med. De har å behov for støtte fra familier og venner. Mennesker som opplever en krise går gjennom de ulike fasene i en krisereaksjon. Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfaen og nyorienteringsfasen (Eide & Eide, 1996).

Familien kan oppleve at de har manglende overskudd, til å holde den sosiale kontakten med sitt nettverk. Det er vanlig at de som har en langvarig psykisk sykdom og deres nærmeste ikke har en akutt krise, men får gjentatte ganger krisereaksjoner på grunn av endringer i sykdomsbilde. Det å gi pårørende informasjon om sykdommen og eventuell årsak, er med på å redusere selvbredelse og kan virke positivt inn på de pårørende sitt selvbilde (Helsedirektoratet, 2008).

Mennesker som opplever sorg og tap utsetter personligheten for belastninger som kan være med å utløse krisereaksjoner. Utløsende faktor kan f.eks være tap av nære personer, i form av dødsfall eller skilsmisser, tap av fysisk eller psykisk helse, i forbindelse med sykdom eller skade. Det kan føles vanskelig for de som opplever en krise og slippe sorgreaksjonen inn. I sjokkfasen vil en prøve å beskytte seg mot følelsene som tap og sorg. Når man kommer over i reaksjons,-og bearbeidelsesfasen begynner en å slippe inn de følelsene en beskyttet seg mot i sjokkfasen. Det kan da oppstå at en kan beskytte seg så sterkt, mot følelse som sorg og tap, at en ikke kommer over i bearbeidelsesfasen eller at bearbeidelsen fasen blir begrenset. Når en holder følelser som sorg og tap ute, kalles det for en forsvarsmekanisme (Eide & Eide, 1996).

Når en har kommet i nyorienteringsfasen, har smerten over tapet, vært kontrollert eller

reduisert slik at en har fått bearbeidet følelsene. Da har personen fått tilbake overskuddet til å fortsette hverdagen (Hummelvold, 1982).

Som sykepleier bør en presisere at det er normalt å oppleve sterke følelser og kjenne seg fortvilet og hjelpeløs. De som opplever kriser har behov for å få utløp for sine følelser sine, som angst, smerte, sorg og aggressivitet. De som opplever kriser har behov for å få ventilert seg hos helsepersonell. Det kan være en faktor i seg selv, som gjør at de opplever at det er en naturlig reaksjon. Når de opplever at det er en normal reaksjon, vil kunne det være med på å minske skyldfølelsen og de unormale reaksjoner de kan ha (Hummelvold, 1982).

Skyldfølelse oppleves som en belastning for de nærmeste. Skyld kan komme av følelsen av å ikke strekke til. Pårørende kan oppleve at de får redusert tålmodighet, de kan føle seg mer sårbare og kan oppleve lav selvtillit eller de kan føle at de er følelseskalde. Det er mange av de pårørende som opplever at de er utilstrekkelige når det kommer til å ivareta andre familiemedlemmer (Helsedirektoratet, 2008)

3.8 Ressurs og styrker

Et menneske har flere indre styrker, som deles inn i ulike dimensjoner. De ulike dimensjonene er emosjonell styrke, vilje, motivasjonsressurs, kognitiv ressurs, relasjons,- og beskyttelsesressurs (Rotegård & Solhaug, 2004).

I tabellen under ser en noen eksempler på de indre styrkene og de forskjellige dimensjoner:

Dimensjoner	Eksempler
Emosjonell styrke	Optimisme, humor og glede og føle seg nyttig
Viljestyrke	Utholdenhet og pågangsmot
Motivasjonsstyrke	Håp, Framtidstro og Måltrettethet
Kognitiv styrke	Tenke positivt, være til stede i eget liv, selvbevissthet
Relasjonsstyrke	Tillit, føle seg sett og hørt
Beskyttelsesstyrke	Selvbeskyttelse og beskytte andre

(Rotegård & Solhaug, 2004, s. 196, tabell 11.1)

De ytre ressursene en pasient kan ha er familie, venner, jobb, medpasienter, helsepersonell

og de en møter på fritiden. Med den indre og ytre styrken kan en klare å mobilisere til meningsfulle aktiviteter, medbestemmelse, endre perspektiv og forståelse og få større egenkontroll (Rotegård & Solhaug, 2004).

I studien *Health assets: A concept analysis* av Rotegård, Moore & Fagermoen, 2009, kommer det fram at hvis en retter sykepleien mot de indre og ytre styrkene hos mennesket kan utfallet være at personen blir engasjert i diskusjoner, beslutninger og endringer i egen helse. Dette fører igjen til at personen føler mestring, selvrealisering og bedre helseutfall (Rotegård, Moore & Fagermoen, 2009).

3.9 Stress og mestring

Lund (2011) skriver i "Senk stresset i familielivet" at stress har en funksjon for mennesker. Alle har et optimalt stressnivå for forskjellige aktiviteter. Hvis man opplever stress på et middels nivå, vil mennesket kjenne seg tent og fokusert og da vil stresset bidra til å løse en oppgave på en presentasjonsfremmede måte. Hvis et menneske er lite stresset blir oppgaven utført på en sløv og kjedelig måte, mens for mye stress kan føre til en lammende utførelse.

Å gå med forhøyet stress over lengre tid kan føre til smerter i kroppen, søvnvansker, utmattelse og nedsatt energinivå. Det kan også føre til vansker med å fatte beslutninger, overfølsomhet eller at en overreagerer mer enn vanlig, engstelse eller nedstemthet, økt utålmodighet, frustrasjon, grettenhet og får en "kortere lunte" (Lund, 2011).

Som voksne, har barn de samme stress systemene, og stress påvirker barn på lignende måte som voksne. Voksne mennesker har evner som kreves for å mestre stress, men hos barn er ikke de evnene ferdigutviklet.

Hvis foreldrene stresser, stresser barnet, barnet klarer ikke å kontrollere det som skjer og det fører til utagering. Mange fritidsaktiviteter fører til store prestasjonskrav og stort tidspress (Lund, 2011).

Det kan ofte være lettere for de som er nær den som er syk å tolerere avvikende adferd, når de nærmeste opplever adferden som et symptom på sykdommen. De pårørende som har gode mestringsstrategier og et godt forhold til barn som er sykt, opplever å ha mindre belastning. Som helsepersonell bør en inneha kunnskap om forskjellige mestringsstrategier, får å gi pårørende råd og hjelp om å fokusere på stressmestring og tilpassing. Eksempler på mestringsstrategier er åpenhet, grensesetting, samtale med familie og venner om sykdommen (Helsedirektoratet, 2008).

3.10 Empowerment og PTMO

For at sykepleiere kan bidra til å fremme helse, vil vi benytte empowerment. WHO definerer empowerment som: «*is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health*» (WHO, 1998).

Empowerment er en prosess som skal bære preg av likeverd mellom partene i samarbeidet, der pasienten igjennom flere faser får en økende kontroll. Når en sykepleier jobber aktivt med en pasient eller pårørende er samarbeid et viktig nøkkelord. Det er vesentlig at det er pasienten eller pårørende som er aktive og helsepersonell skal tilpasse sykepleien utfra pasienten eller pårørendes ressurser og muligheter til deltagelse. Empowerment på individ nivå har tre hovedelementer. Det første elementet er å stimulere pasienten eller pårørendes ressurser og muligheter, det andre er å fremme energi og krefter og det tredje er å fjerne de elementene som fremmer stress (Gammersvik, 2012).

Empowerment er sentralt i PTMO sine behandlingsprinsipper (Apeland, 2014).

Elisabeth Askeland, Anett Apeland & Roar Solholm (2014) forklarer PTMO slik:

«PTMO står for Parent Management Training – Oregonmodell. Dette er en modell som er rettet mot foreldre og nærmiljø, for å behandle atferdsvansker. I dette programmet gjennomgår foreldre trening, veiledning og terapi, hvor de tilegner seg kunnskap som de bruker i samhandling med barn, for å redusere atferdsvansker»(s. 250).

Foreldreferdighetene som blir brukt i PTMO, skal sørge for at den positive atferden fremmes og at det negative atferdsmønsteret enten stoppes helt eller reduseres hos barnet (Helsedirektoratet, 2014).

Modellen er bygd opp for å styrke foredlerne sin motivasjon, å bygge opp foreldrene sin tro på egen kompetanse og gi foreldre anledning til i bistå sitt eget barn. I PTMO er foreldrene nøkkelpersoner i endringsarbeidet. Helsepersonell er en ressurs som ser hva som må til for å oppnå de ønskede endringer. Det er foreldrene som står sentralt i barnas dagligliv og det er foreldre som blir brikkene i endringsarbeidet med å snu den negative utviklingen i barnets adferdsmønster (Apeland, 2014).

Noen av faktorene for å opprettholde en samarbeidsallianse mellom helsepersonell og foreldre er: «*Legge vekt på å skape håp, det å ha klare mål for terapien og en tydeliggjøring*

av hva som forventes for å nå målene av både terapeut og foreldre (innlæring, øvelser og praktiske hjemmeoppgaver» (Apeland, 2014, s. 109).

Når en familie starter opp med PTMO er det viktig å legge vekt på å dysse ned skyldfølelsen som foreldrene eventuelt innehar, dette kan gjøres ved at helsepersonell bruker virkemidler som normalisering, være støttende og bekreftende ovenfor foreldrenes opplevelse.

Sykepleieren skal legge vekt på samarbeidsalliansen og ta hensyn til den enkelte families særegne historie og ta imot familiens ideer om hva som kan være et hinder og hva som kan fremme endringer i deres familie. Å invitere foreldrene til å komme med hvordan de opplever problemene og høre på de tanker foreldrene har om hvordan og hvorfor barnets atferdsproblemer oppsto og videreutviklet seg. Sykepleier må gjennom hele endringsarbeidet være fleksibel og tilpasse seg etter familiens mottakelighet og mestringsnivå. Det er ofte ikke nok at sykepleier aksepterer foreldrenes oppfatning av problemet. For å starte en endringsprosess er det avgjørende at foreldrene tar i bruk de nye ferdighetene de har lært. Å legge vekt på at foreldrene skal dra i samme retning i endringsarbeidet er viktig, da konfliktnivået i familier til med barn med atferdsvansker ofte er høyt. Det er viktig at en som sykepleier kan styrke samarbeide mellom foreldrene (Apeland, 2014).

I familier med barn som har atferdsproblemer, er ofte samarbeidet mellom barnet og foreldrene en utfordring. Når et barn ikke samarbeider eller bryter regler, kan det være vanskelig for foreldre å se om barnet gjør noe positivt. Det sies at ved bruk av grensesetting skal en gi fem ros eller oppmuntringer til barnet (Askeland, Christiansen & Kure, s.a.). Samholdet mellom foreldrene er viktig for at de skal arbeide mot samme mål. De bør holde sine uenigheter skjult mellom seg, de må bli enige om et sett med husregler og sammen planlegge framover. Foreldre til barn med utfordrerne atferd kan oppleve belastninger i hverdagen som skaper en stressreaksjon. Stressreaksjonen kan gi følgende plager; slitenhet, hodepine, irritabilitet, magesmerter, angst o.l. Når en familie over lang tid strever med konflikter, kan det føles vanskelig eller nesten umulig for familien å finne løsninger (Askeland, Christiansen & Kure, s.a.).

Morawska og Sanders (2010), skriver i sin studie at hvis foreldrene kombinerer time out med andre strategier vil de sannsynlig bruke mindre time out. Om foreldrene vil bruke time out som et verktøy, er det viktig at det kombineres med et varmt, kjærlig og støttende

familiemiljø, siden time out er en konsekvens for upassende atferd (Morawska & Sanders, 2010).

4.0 Drøfting

4.1 Case

For å belyse vår problemstilling har vi laget en case og tar utgangspunkt i følgende:

”Ei jente på 10 år, Ida, er inne på barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) med en alvorlig grad av ADHD. Hun ble diagnostisert med ADHD når hun var syv år. Foreldrene har vanskeligheter med å forholde seg til hennes ADHD. Det er vanskelig for Ida å kontrollere sin atferd og er mye sint på foreldrene og de i nettverket rundt henne. Foreldrene bruker mye tid på å skjerme Ida og gjør tiltak som på kort sikt hjelper, men over lengre tid fører det ikke til en positiv atferd.

Hun vil ikke legge seg om kveldene, så hun er som oftest i seng sent om kvelden og hun spiser det hun vil når hun vil. På skolen er Ida urolig og har vansker med å konsentrere seg og får ikke med seg så mye av undervisningen. Den siste tida har Ida utviklet en voldelig atferd der hun slår og biter foreldrene, klassekamerater og lærere. Foreldrene føler de har kommet i en vanskelig situasjon og føler seg fastlåst. På skolen og hjemme har det blitt bestemt at hvis Ida blir utagerende skal time-out brukes. Hun skal gå til en bestemt plass og være der til hun får roet seg.

Ida henger etter på skolen, foreldrene uroer seg mye og får ikke tid til å fokusere seg om daglige gjøremål og det går utover livskvaliteten til familien. De kommer ingen vei og ønsker nå å få en samtale med sykepleier på avdeling for hvordan de kan endre situasjonen. Foreldrene har lav selvtillit, stresser mye og føler skyldfølelse overfor Ida. De føler ikke de gjør det de kan for at hun skal ha det best mulig.

Du som sykepleier skal møte foreldrene til Ida som er å besøker henne på avdelingen. Der skal du hjelpe dem med kunnskap de trenger slik at de kan ta vare på seg selv og styrke selvtilliten og minske skyldfølelsen. ”

4.2 Innledning til drøfting

Å være pårørende til barn med ADHD er en krevende og uforutsigbar situasjon. Foreldre går gjennom en prosess som er tidkrevende og de trenger ressurser utover sine egne får å kunne få en god hverdag. Foreldrene kan oppleve en sorgreaksjon etter at barnet blir diagnostisert med ADHD. Pårørende til barnet har som oftest en jobb å gå til, de har kanskje andre barn som det må tas hensyn til og de skal få hverdagen til å gå opp. Vi synes det er viktig å få frem foreldrene opplevelser av å ha barn med ADHD og vi har laget en virkelighetsnær case som beskriver pårørendes opplevelse og hvordan vi som sykepleiere skal imøtekomme dem.

4.3 Å ha barn med ADHD: Foreldrenes opplevelse

Foreldre med barn som har ADHD diagnostisert opplever dette forskjellig. Barn som får stilt diagnosen ADHD har symptomer som konsentrasjonsvansker, avvikende atferd, hyperaktivitet og impulsivitet. Disse symptomene kan føre til at barn blir hengende etter på skolen siden de har en forsinket utvikling av kognitive ferdigheter. Det er også en psykisk belastning for barnet å føle at den er annerledes enn andre barna (Helsedirektoratet, 2014).

For mødrene oppleves det som en sorg når deres barn blir diagnostisert med ADHD, mens fedre takler det bedre siden de nå vet hvorfor barnet er annerledes (Larson, Hall-Lord & Hedelin, 2011).

Som sykepleiere må vi ta det med inn i samtalen med foreldrene siden foreldrene kan oppleve dette forskjellig og de kan være i ulike stadier i en krisereaksjon. Det at ens barn får en alvorlig diagnose påvirker livssituasjonen til familien (Helsedirektoratet, 2008). Foreldre som opplever en krise med å få barnet sitt diagnostisert med ADHD har behov for å dele sine tanker og følelser. De trenger støtte og bekreftelse fra nettverket rundt seg og bekreftelse (Eide & Eide, 1996). Som sykepleiere må vi presisere at det er normalt å oppleve sterke følelser og kjenne seg fortvilet og hjelpeløs. Familien som opplever krise har behov for å få utløp for sine følelser, som angst, smerte, sorg og aggressivitet. Foreldrene føler skyld og de kan føle at de ikke kan uttrykke sin sorg, for det er selvforskyldt. Som sykepleier må vi trygge foreldrene på at det er naturlig å føle en sorg og at det er en naturlig reaksjon. I møte med sykepleier kan de føle seg trygge og få pratet ut om angsten, smerten, sorgen og aggressiviteten, og selv få føle at dette er en normal reaksjon. Når foreldrene bearbeider disse følelsene, kan det være med på å minske skyldfølelsen (Hummelvold, 1982).

Familier som har barn med ADHD viser tydeligere symptomer på en dysfunksjonell familie og det igjen gir barnet med ADHD flere symptomer som fører til en dysfunksjon hos barnet (Foley 2010). Har familien vansker med å akseptere at Ida er diagnostisert med ADHD, kan det føre til at de blir dysfunksjonell. De tar ikke innover seg at Ida har en diagnose som trenger planlegging og struktur og mangler evnen til å iverksette dette. Dette er den ene siden av den dysfunksjonelle familien. Den andre siden er at foreldrene aksepterer diagnosen til Ida og blir overbeskyttende ovenfor seg selv og Ida. De tillater seg ikke at Ida skal møte motgang på grunn av sin ADHD og derfor velger å beskytte Ida.

Dysfunksjon er et negativt ladet ord, men det betyr at en funksjon mangler eller er forstyrret og det kan korrigeres (Foley, 2010).

Helsedirektoratet (2008) skriver i veileder-hefte "Pårørende som ressurs" at foreldre som mestrer sitt barns sykdom bra, opplever å ha mindre belastning som stress. Når foreldre kommer i den fasen at de aksepterer barnets diagnose og ikke har skyldfølelse lenger, er det enklere for foreldrene å akseptere avvikende atferd, siden det er et symptom på diagnosen. Da kan for eksempel foreldrene til Ida bruke forskjellige mestringsstrategier ut ifra symptomene Ida får. Et eksempel på det kan være at Ida er rastløs når hun er hjemme å sitter og gjør lekser. Foreldrene prøver å hjelpe henne med å få konsentrere seg, men da begynner hun å slå etter foreldrene. Da kan foreldrene bruke grensesetting som en mestringsstrategi for å få Ida til å roe seg.

I forskningen "*Making sense of ADHD: A battle for understanding? Parents view of their children being diagnosed with ADHD*" (Harbone, Wolpert & Clare, 2004) viser det seg at foreldrene får høre kommentarer som at ADHD ikke eksisterer, at det er foreldrene som har gitt barna dårlig oppdragelse og at foreldrene nå skylder på at barna har ADHD. Foreldre synes dette er nedverdiggende og opplever skyldfølelse. Dette fører til at foreldre trekker seg unna sosiale sammenkomster, for å unngå samtaler der de kan bli beskyldt for å være dårlige foreldre. Det er da viktig at vi som sykepleiere lytter på deres bekymring og gir de informasjon om sykdommen og hva som kan være årsaken til det, slik at det kan være med på å bearbeide selvbekreftelsen som kan føre til at pårørende utvikler et positivt selvbilde (Helsedirektoratet, 2008). For at foreldre kan bearbeide selvbekreftelsen trenger de støtte på ulike vis i følge Martinsen (Holter, 2004). Som sykepleiere er det viktig at vi ser samspillet med foreldrene, men også å se de forskjellige behovene foreldrene har, for å kunne gi en individuell støtte som vil styrke begge to. Joyce Travelbee (2011) mener at vi som sykepleiere kan bruke den mellommenneskelige prosessen for å oppnå ønsket endring. Sykepleieren og foreldrene har en likeverd og sykepleieren skal møte foreldrene på de områdene de har behov for økt mestring.

Vår erfaring fra praksis er at foreldre bruker mye energi på å forsvare sitt barn når folk i deres nettverk, på skolen og familiemedlemmer og lignende, tror at det er dårlig oppdragelse kombinert med ADHD som er årsaken til atferdsvanskene hos barna. De må kjempe i skolen for at barnet skal få et tilrettelagt opplegg, som tettere oppfølging eller en assistent som hjelper barnet på skolen. Foreldrene møter mange fordommer og de har derfor vansker med

å komme ut av sorgprosessen som foreldre ofte får når barnet deres får stilt en psykiatrisk diagnose.

For at vi som sykepleiere skal forstå utfordringene Ida og hennes foreldre har, er det viktig at vi ser alle sidene av Ida. Vi må sette oss inn i hvordan Ida er hjemme, på skolen, på fritidsaktiviteter og hvordan hennes atferd er når det fungerer bra og når den forandrer seg til å bli en utagerende atferd. Vi må også kunne forstå hvordan dette videre påvirker foreldrene hennes. Dette er holisme og skal vi oppnå et godt resultat med foreldrene til Ida er det viktig at vi bruker en slik tankegang. Ved å bruke en helhetsforståelse kan vi på sikt oppnå å ha foreldre som er komfortable med å håndtere forskjellige hendelser med Ida, men også at de kan bli mer avslappet i foreldrerollen som fører til at de kan ta litt tid for seg selv (Brinchmann, 2005).

I praksis har vi opplevd at foreldre opplever å bli sett ned på av helsepersonell. De føler at de blir trampet ned i stedet for å bli bygget opp. En mor vi møtte i praksis sa at sykepleierne som oftest var travle og tok seg ikke tid til å sette seg inn i hva utfordringene til mora var. De mente at hun bekymret seg for mye over små bagateller som at sønnen, 13 år, ble sløv av medisinene og at moren aldri klarte å ha en samtale med sønnen som ikke endte opp i krancling. Sykepleieren mente dette var hverdagslige hendelser som alle slet med. Moren følte det ikke slik, og hun og sønnen kunne ikke ha et normalt samvær siden sønnen enten var sløv og sov mye. Sønnen oppfattet moren som overbeskyttende og kritiserte han når hun stilte spørsmål om hvordan det gikk på skolen. Moren fikk lite tillit til sykepleierne og unngikk derfor samtaler med sykepleier, siden hun fikk dårligere selvtillit og følte seg som en dårlig mor. Dette gikk igjen utover sønnen, for når sykepleier og mor ikke har et tillitsforhold kan ikke de jobbe sammen for at det skal komme sønnen til gode.

Fra denne erfaringen tenker vi at sykepleieren gjorde flere avgjørelser som ikke er bra for pasienten. For det første skal sykepleieren følge etiske prinsipper som "Ikke-skade prinsippet". I vårt eksempel fra praksis gjorde sykepleieren skade med å bryte et tillitsforhold som er viktig mellom sykepleier og pårørende, og sykepleier og pasient. Som sykepleiere skal vi tilstrebe å handle godt for pasienten, noe som vil si at vi skal beskytte pasienter og pårørende mot dårlig omsorg som kan være til skade. Det kan tenkes at sykepleieren vurderte det slik at moren bekymret seg for "vanlig tenåringsopprør" og mente

det godt når hun sa at det var små bagateller. Det kan tenkes at hun brukte velgjørhetsprinsippet om å gjøre godt mot andre. Hvis det var situasjonen så kommuniserte sykepleieren ikke det godt nok. Sykepleieren burde tatt seg tid med moren og få hørt mer om hendelsene moren syntes var vanskelige. Slik kunne sykepleieren fått innsikt i utfordringene til moren og tatt i bruk sykepleieprosessen for å identifisere behov og eller problem og sammen med moren laget mål som å komme til en ønsket løsning (Rotegård & Solhaug, 2004).

Sykepleieren etablerte heller ikke relasjon med moren, siden sykepleieren ikke lyttet til moren sin versjon av situasjonen, noe som er viktig for videre behandling av sønnen. Sykepleieren har kun en generell kompetanse om sønnens sykdom, men det er moren som sitter inne med kunnskaper om hvordan sønnens ADHD fungerer (Helsedirektoratet, 2008). Vi mener at sykepleieren håndterte denne situasjonen på en dårlig måte og vi ville ha lyttet til hva moren synes var vanskelig og diskutert ut ifra den kompetansen og erfaringene vi har, får å kunne bistå med en løsning til dette.

4.4 Sykepleier i samhandling med pårørende

Vår rolle som sykepleiere er å ivareta de grunnleggende behovene til pasientene (Nortvedt & Grønseth, 1985). I casen vi har valgt er Ida pasienten og foreldrene er pårørende, men pårørende blir også våre pasienter.

Barn under 16 år har foreldre som har rett til å samtykke til helsehjelp. Derfor er det foreldrene til Ida som bestemmer hvilke helsehjelp hun skal ha, men Ida skal få informasjon om hva som er planen for behandling og Ida kan få komme med sine meninger om hvilken helsehjelp som tilbys for å ivareta hennes integritet. Ida og foreldrene har også rett på å vite hvordan det er med Idas helsetilstand og hva helsehjelpen går ut på (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2015). Det er viktig at vi som sykepleiere trygger Ida på at det hun forteller oss i fortrolighet forteller ikke vi videre til foreldrene hvis hun ikke vil. Vi må skille på hva foreldrene skal få vite og ikke, for å opprettholde et godt tillits,-og samarbeidsforhold med Ida.

4.4.1 Relasjonsbygging

For at sykepleieren skal få til en god samhandling med pårørende er relasjonsbygging viktig, siden det er foreldrene som innehar kunnskaper om Ida. Ved at sykepleieren lytter aktivt til pårørende og lar de fortelle om sine opplevelser med Ida og hvordan hverdagen fungerer, styrke utviklingen av relasjonen mellom sykepleier og pårørende. Gjennom hele drøftingen

har vi med hvordan vi kan skape gode relasjoner til pårørende, siden det er et viktig hjelpemiddel for oss som sykepleiere. Ved å la foreldrene fortelle om hvordan de opplever Idas ADHD kan vi lære om hvilke ressurser de har og finne ut hvor skoen trykker som mest (Helsedirektoratet, 2008).

Uten foreldrene kan ikke vi gi Ida en optimal behandling og vi kan heller ikke bidra med problemløsning som bidrar til en bedre hverdag. Hvis en ikke skaper en god relasjon kan det føre til at foreldrene ikke får styrket sine ressurser og får en lav selvtillit og mestringsfølelse, som fører til at de føler seg maktesløse. Det igjen går utover Ida på en negativ måte, siden hun ikke får den støtten hun trenger fra foreldrene og at sykepleieren ikke vet hva den beste behandlingen for henne er.

4.4.2 Pårørende som ressurs

Idas viktigste ressurs er foreldrene. Foreldrene er verdifulle for de kjenner Ida best og det er også de som ser hva Ida trenger for å få en hverdag som fungerer godt for henne. Følger vi Kari Martinsens teori (Holter, 2004), må sykepleieren se foreldrene som ett par, men også som individuelle personer. For at de skal kunne være gode foreldre må de fungere som ett par, men de må også fungere som individuelle personer (Holter, 2004).

For Ida og oss som er sykepleiere er foreldrene en viktig og nødvendig samarbeidspartner, som innehar ulike ressurser som kan hjelpe Ida. Foreldrene har kunnskaper om Ida som vi ikke har, og pårørende kjenner Ida sin bakgrunn og hvilke utfordringer hun har. Foreldrene vet hva som kan være med å fremprovosere hennes atferdsvansker ved å observere symptomene ved endret atferd. De har selv gjort sine erfaringer med tiltak som fungerer og ikke fungerer. Vi som sykepleiere må lære av erfaringene de har og utvikle andre tiltak sammen med dem (Helsedirektoratet, 2008).

Mor og far har noe av de samme indre og ytre ressurser, men de har også ulike ressurser. Sykepleieren sin oppgave er å finne ut om de forskjellige indre og ytre ressursene mor og far har, og videreutvikle disse for å øke mestring og motivasjon. Med økt mestring og motivasjon håper vi som sykepleiere at foreldrene føler mestring med Ida og at de kan oppleve gleden av å være aktive på andre arenaer, som jobb og sosiale sammenkomster (Rotegård, Moore & Fagermoen, 2009).

I samtale med foreldrene til Ida ville vi ha spurt hva deres sterke og svake ressurser er.

Slik ville de ha blitt bevisst på hvilke ressurser de har som de kan spille videre på og hvilke ressurser det kan jobbes mer med for å få fremhevet de. Det vil også være aktuelt å spørre mor om hvilke sterke ressurser far har og omvendt, slik at de kan bli mer bevisste på hverandres sine ressurser og hvordan de sammen kan bruke dette. Det kan tenkes at mor synes at far er målrettet, som er en motivasjonsstyrke, og at mor synes far skal bruke denne ressursen mer. Far kan igjen føle at han er nedstemt og ikke får utnyttet denne styrken, men ved å høre fra sin partner at det hjelper henne og Ida, vil han motiveres til å utnytte denne styrken i større grad.

Far synes moren har en beskyttelsesstyrke som blir for mye for Ida. Han vil at Ida skal skjermes til en viss grad og at de skal beskytte henne, men mor reagerer ofte med at Ida ikke skal være med på aktiviteter utenom skolen for hun er redd at Ida skal være utagerende og det fører til at det blir mye negativt snakk om Ida og at de er dårlige foreldre.

Ved at de kan bli bevisste på hva deres sterke og svake sider er, vil de kunne jobbe med å bli flinkere til å fremheve sine positive styrker. Dette kan styrke forholdet mellom dem, men også mellom foreldrene og Ida.

Idas foreldre er meget stresset og har vært det over lengre tid. Dette er en negativ styrke som kan føre til fysisk sykdom hos dem som hypertensjon, vektøkning og magesår og lignende. Stress påvirker også hvordan de er som foreldre med at de kan få kortere lunte når Ida utagerer, de har lite tålmodighet og får nedsatt energinivå, slik at de ikke får fulgt opp Ida godt nok (Lund, 2011).

Vi må bruke forskjellige innfallsvinkler når vi møter foreldrene til Ida. Det som bør være fokus på møtet er hvordan foreldre opplever hverdagslige problemer og konflikter med pasienten eller hverandre (Berger & Repål, 2000).

For å få en god samtale med foreldrene kan det være lurt å dele møtet inn i tre faser. I begynnelsen skal vi skape relasjonen med foreldrene der det er tillit mellom oss som sykepleiere og foreldrene. Ved å gjøre dette skaper vi en kontakt og en trygghet som er nødvendig for at foreldrene kan kunne fortelle hvilke opplevelser de har. Sykepleieren bør før samtalen har noen rammer for samtalen, for eksempel det at foreldrene skal fortelle om de hverdagslige problemer og konflikter de har med Ida. Dette må foreldrene til Ida identifisere og sykepleieren kan forklare at foreldrene kan ha forskjellig synspunkter på hva som er problematisk og det er ikke feil svar på hva som er problematisk. Sykepleieren må lytte til foreldrene for å høre hva de synes er problematisk og foreldrene må lytte til

hverandre, slik at får vi en åpen situasjon der for alle parter (Eide & Eide, 1996).

I andre fase av samtalen skal en utforske problemstillingen ved å gå i dybden av problemet. Ved å gå i dybden av problemet kan foreldrene prøve å forstå den andres perspektiv og Idas perspektiv. Hvis det er flere problemer kan det være lurt at foreldrene velger ut en eller to problemer som diskuteres på dette møte som de mener er viktigst. Sykepleieren skal prøve å forklare eller gi informasjon om noe hvis de lurer på noe eller hvis det er noe foreldrene ikke vet, for å kunne gi de en forståelse for hvorfor Ida har den atferden hun har (Eide & Eide, 1996).

Den tredje fasen er avslutningsfasen der sykepleieren informerer om at de nærmer seg slutten. Da kan pårørende få oppsummere samtalen og sykepleieren kan justere hvis det er noe som ikke blir oppsummert av foreldrene. Det siste man kan gjøre er å avtale ny dato for en samtale hvis sykepleieren synes det er nødvendig eller hvis foreldrene ønsker dette (Eide & Eide, 1996).

Det viktigste er å lytte til foreldrene for å høre hvordan de har det og hva de synes fungerer bra og mindre bra. Vi må sette oss inn i hvordan deres hverdag er, for å kunne hjelpe dem i denne situasjonen. De er i en sårbar situasjon og vi sykepleiere må ikke fremstå som noen bedrevitere som mener de er dårlige foreldre.

Ved å bruke Travelbees (2011) mellommenneskelige prosess kan vi sammen med foreldrene komme frem til en endring som er til nytte for Ida og foreldrene. Sykepleieren klarer å se foreldrenes opplevelse på en annen måte og kan derfor, basert på foreldrenes erfaring, imøtekomme behovet til foreldrene og Ida. Dette kan for eksempel være at Ida og foreldrene sitter sammen med sykepleier og forteller hvordan hver enkelt opplever situasjoner når Ida blir utagerende (Berget & Repål, 2000). Da kan Ida selv fortelle hva hun føler når det skjer og samme kan foreldrene. Sykepleieren kan da sammen med de tre lære hva som foregår, og hvorfor de reagerer slik de gjør. Da kan familien reflektere sammen hva den enkelte kan gjøre for å roe situasjonen uten å få en økende konflikt blant partene (Berget & Repål, 2000). I en slik samtale med Ida og foreldrene er det viktig at vi som sykepleiere er nøytrale og ikke støtter en av personene. Det kan tenkes at mor synes far takler en utagerende situasjon med Ida feil, mens far synes mor reagerer på en feil måte. For å unngå at de tre skylder på hverandre i en slik samtale er det viktig at alle tre får si det en føler, mens sykepleieren stiller spørsmål som vekker refleksjoner hos familien.

Det kan være at foreldrene har forskjellige meninger om hvordan de oppfatter situasjonen når Ida er utagerende. Mor kan prøve å roe ned Ida og spør hvorfor hun er sint og moren sier gjentagende: ”Nå må du roe deg ned, hvis ikke får du time-out!”, mens far trekker seg litt tilbake og venter til situasjonen roes ned. Sykepleieren kan da spørre: ”Hvordan oppleves dette for dere?” Da kan hver enkelt få si noe om den andres oppførsel på en konstruktiv måte, uten å kritisere de andre.

4.4.3 Empowerment

Å ha barn diagnostisert med ADHD er uten tvil en vanskelig opplevelse for foreldrene. Fra forskningsartiklene ”*Making sense of ADHD: a battle for understanding? Parents view of their children being diagnosed with ADHD*” (Harbordne, Wolper & Clare, 2004) og ”*Condtending and adapting every day: Norwegian parents lived experience of having a child with ADHD*” (Moen, Hall-Lord & Hedelin, 2011), sier foreldrene at de føler seg misforstått av andre i samfunnet og de opplever en sorg. I vår case møter vi, som sykepleiere, foreldrene til Ida for å hjelpe dem til å få mer forståelse og kunnskaper om ADHD, slik at de kan ta vare på Ida og seg selv, på best mulig måte. I den forbindelse vil vi trekke inn empowerment. For at foreldrene skal kunne øke sine kunnskap og ressurser, må de igjennom en prosess som gjør de i stand til å øke denne kontrollen. Da må sykepleiere gå foreldrene i møte som likeverdige og støtte dem gjennom de forskjellige fasene de vil møte. Vår rolle der er å støtte foreldrene og støtte dem utfra deres ressurser og muligheter til deltagelse. Så det første vi vil gjøre er å stimulere deres ressurser og muligheter.

Det andre vi må gjøre er å fremme energi og krefter. Vi må kartlegge hva som gir foreldrene energi og krefter (Lund, 2011). For å sikre at foreldrene kan bruke sine ekstra ressurser på Ida, må de ta vare på sin egen helse. De har lett for å nedprioritere sine egne behov for Ida og vi som helsepersonell må snakke om behovene foreldrene har (Helsedirektoratet, 2008). Vi tenker at det kan være at foreldrene inngår en avtale om at de har hver sin kveld som en ”frikveld”, der de kan velge selv hva de vil gjøre. Moren vil kanskje delta på bokkveld med venninner eller at faren kan mekke på en bil i garasjen. Da kan de få en kveld der de gjør aktiviteter som fremmer deres energi med at de får fokuset på noe annet enn en krevende hverdag. Vi kan tenke oss at dette kan være både positivt og negativt. Det vil kanskje være utfordrende i starten og ”gi slipp” på hverdagen i noen timer og at de føler seg egoistisk. Det positive vil kanskje være at de får tid utenom huset og ha litt alene-tid eller møte bekjente å ivareta sosiale forhold. Ved å kunne ivareta seg selv vil de få overskudd til å ta vare på familien og møte utfordringer på en bedre måte. Det tredje vi vil gjøre er å hjelpe dem med

å finne elementene som fremmer stress. Ved å fjerne stress kan man forebygge utmattelsestilstand (Lund, 2011).

Ved å ta i bruk en slik metode tar vi i bruk Martinsen (Holter, 2004) omsorgsteori som handler om at vi sykepleiere ser både mor og far som individuelle personer og forstår at begge de trenger forskjellige handlinger for at de kan øke sin gode helse. Ved at de øker sin gode helse vil de også øke samspillet dem i mellom, når de skal hjelpe Ida til en bedre hverdag.

4.4.4 PMTO – Parent management training

Helsedirektoratet (2008) anbefaler at vi som sykepleiere gir konkrete råd til foreldrene om å støtte pasienten på best mulig måte ved å ha oversikt over situasjonen pasienten er i, være medvirkende i hvilke behandling pasienten får, at pårørende tar vare på seg selv og sin helse og at familien samhandler med den som er syk og fokusere på familien som en helhet.

For å redusere atferdsvanskene hos Ida kan vi sykepleiere foreslå at foreldrene til Ida kan delta på kurset Parent management training (PMTO). Hvis de vil følge dette programmet får de trening, veiledning og terapi der de får flere kunnskaper om hvordan de kan samhandle med Ida for å redusere atferdsvansker. Vi mener at foreldrene til Ida kan ha gode resultater ved å benytte denne modellen for å lære seg ferdigheter i samhandling med Ida. For å sørge for at foreldrene til Ida får en helhetlig opplæring om hvordan de skal handle Idas utagerende oppførsel.

I praksis har vi erfart at foreldre prøver forskjellige taktikker for å hindre utagering. De vi har møtt i praksis har hatt en disiplinær tilnærming der det har vært strenge timeplaner og store krav til barnet. For eksempel har de fleste brukt time-out når barnet blir utagerende. Da skal barnet sitte alene i en viss periode til det har roet seg. Etterpå har foreldrene forklart barnet hvorfor de bestemte at barnet skulle sitte i time-out og hvilke konsekvenser det får for resten av dagen hvis slike hendelser skjer igjen.

4.4.5 Time Out

I erfaringer fra praksis har vi hørt fra mange foreldre som sier de bruker time-out på barna sine for enten å hindre en utagering med voldelig tendenser eller for å få barna til å roe seg.

På barnepsykiatrisk sykehus brukte de også time-out når barna ble utagerende og blir en fare for seg selv eller andre.

I litteraturstudien "*Parental use of time out revisited: A useful or harmful parenting strategy?*" (Morawska & Sanders, 2010) drøfter de om det er en effektiv disiplin praksis og hvordan det påvirker barnet. Foreldre bør prøve å roe ned barnet før det får en time-out. Det kan foreldrene gjøre ved å finne ut hvorfor barnet utagerer, oppfordre barnet til å roe seg ned for å løse situasjonen eller sette seg sammen med barnet og kanskje ha barnet på fanget å se om den roer seg. Det er også viktig at foreldrene selv er rolig, slik at de ikke akselerer barnet. Hvis barnet er såpass utagerende at den slår mot mennesker, kaster stoler etc. i veggene eller er en fare for seg selv er det ikke skadelig for barnet å måtte sitte i time-out en liten stund. Det som er viktig er at foreldrene har forklart barnet reglene ved time-out. Det bør foreldrene ta opp med barnet når barnet er rolig og da kan foreldrene forklare at hvis de opplever barnet utagerende og barnet ikke roer seg, så skal barnet sitte på en bestemt plass til det roer seg og når det har roet seg sitte i for eksempel fem minutter for å tenke over hva som har skjedd. Når foreldrene tar time-out skal de forklare hvorfor barnet blir satt i time-out og hvor lenge den skal sitte. Hvis en av foreldrene skal sitte med barnet i time-out forklares også det. Når barnet er ferdig med time-out skal foreldrene komme å si ifra og ta en prat med barnet om hvorfor den fikk time-out og hvorfor de ikke så noen annen utvei. Deretter er det viktig å prate om hvorfor barnet begynte å utagere og reflektere om barnet kunne ha klart å reagert på en annen måte og hvordan barnet kan reagere hvis en lignende situasjon oppstår (Morawska & Sanders, 2010). Hvis foreldre vil bruke time-out, bør det være siste mulige tiltak hvis barnet er utagerende. Hvis foreldrene bruker time-out med en gang de aner at barnet holder på å bli utagerende misbruker de på sett og vis systemet og barnet kan føle seg mislykket hvis den får gjentatte time-out`er. Blir barnet voldelig og det er fare for at barnet skader seg selv eller andre og ingen andre taktikker fungerer, vi kan se at time-out kan brukes innen bestemte rammer og det er viktig at foreldrene informerer hvorfor de velger å gi time-out og hvor lenge det skal vare.

Som sykepleier er det ikke vårt ansvar å råde foreldrene til bruk av time-out eller ikke, men dette bør drøftes i teamet som har ansvaret for behandlingen av Ida. Vi kan fortelle foreldre om de positive og negative sidene ved bruk av time-out. De positive sidene kan være at barnet blir mindre fysisk og verbalt utagerende, barnet får sjansen til å roe seg ned og reflektere over hva som foregår og barnet kan lære å kontrollere den utagerende atferden. De negative sidene kan være at barnet blir mer trassig og får en mer utagerende atferd etter å ha

bli satt i time-out og at det gir en psykisk belastning som kan skade barnet (Morawska & Sanders, 2010).

4.4.6 Belønning

I USA på barnepsykiatrisk avdeling hadde de et system med belønning for barna som gjorde det de fikk beskjed om. Hvis de fulgte beskjeder som å gå til rommet, sitte stille når det var undervisning eller rekke opp hånden hvis de lurte på noe, ble de belønnet med en gullmynt. Samlet de nok gullmynter i løpet av fire timer kunne de få en premie. Jo flere gullmynter de fikk, jo bedre premier kunne de få. Premiene kunne være at de skulle få være 15 minutter ekstra i ballhallen, få spille dataspill i 15 minutter eller sitte å male i 15 minutter.

Sykepleierne på avdelingen anbefalte foreldrene å bruke dette systemet hjemme også, for å berømme god innsats. Det motiverte barna og det er enkle regler. Hvis barna hadde tjent en gullmynt for god oppførsel, men senere på dagen ble utagerende, kunne ikke personalet eller foreldrene ta tilbake den gullmynten de allerede hadde gitt. Den hadde barnet allerede fått og når barnet blir større vil de erfare at hvis de gjør en god jobb tjener de lønn og den tar ingen, men gjør du en dårlig jobb får du ikke lønn. Så belønningen har et kortsiktig mål om at barnet får belønningen for god oppførsel der og da, og et langsiktig mål der barn lærer om hvordan livet fungerer når de skal arbeide. Mange foreldre opplevde at dette fungerte godt og de hadde dialog med skolen til sine barn der de tok i bruk belønningssystemet. Et slikt system ser vi også at blir brukt her i Norge i PMTO-modellen.

I PMTO er et av rådene, for å oppnå atferdsendring, å bruke belønningssystem. Dette kan være å bruke et slikt system som en brukte i USA eller når man korrigerer barnet, skal man også gi fem positive oppmuntringer eller ros. Alle barn må få ros for det de gjør riktig og spesielt barn med ADHD trenger oppmuntring og trenger å føle at de gjør det som er riktig og at de tar riktige beslutninger. Barn med ADHD føler at de blir misforstått og møter motstand ofte for at folk ikke skjønner dem (Helsedirektoratet, 2012). Ved å ha klare rammer når barn skal få belønning og hvilke premier de får, kan det gi gode resultater der barnet føler mestring og får en høyere selvtillit, samtidig som foreldrene kan bidra til å utvikle positiv atferdsendring hos barnet. Men det trenger nødvendigvis ikke å være et belønningssystem med premier som koster penger eller fysiske gaver. Det kan være å få

være ute å leke i en litt lengre tidsperiode eller at barnet får bestemme en lørdagsaktivitet som fremmer fysisk helse, økt mestring og familiesamhold.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å finne ut hvordan sykepleiere kan ivareta foreldrene slik at de kan styrke sine ressurser for å få en bedre hverdag når de har barn med ADHD. Gjennom mye litteratur og forskning har vi funnet noen aspekter som vi synes er viktig for sykepleierens rolle.

Det første som er viktig er å skape en god relasjon mellom oss som sykepleiere og foreldrene. Hvis foreldrene føler at de kan snakke til oss om alt de opplever og synes er utfordrende, kan vi samhandle bedre med dem, noe som fører til at Ida vil få en bedre behandling. Vi kan tenke oss til at det kan være vanskelig for foreldrene å få profesjonell hjelp i hvordan de skal samhandle med sitt eget barn. Foreldrene er i en sårbar situasjon, der de kanskje er redde for å bli stigmatisert som dårlige foreldre. Vi må gjøre foreldrene trygge på at vi ikke dømmer noen og at ADHD er en diagnose like mye som en fysisk diagnose.

Det andre som er viktig, er å lytte til foreldrene. For at de skal få tilegnet seg kunnskaper om ADHD og hvordan de skal samhandle med Ida for at hun skal få en bedre hverdag, må vi som sykepleiere lytte til hvordan de opplever hverdagen. Hvis vi lytter til foreldrenes erfaring, får vi som sykepleiere bedre innsikt i deres situasjon og kan hjelpe dem med å få styrket ressurser på de områdene det trengs. Det er viktig at vi oppnår et godt samarbeid med foreldrene til Ida, for det mener vi vil bidra til en bedre behandling.

Gjennom veiledning kan vi som sykepleiere bevisstgjøre pårørende sine ressurser. I samhandling med foreldrene vil vi kunne gi veiledning og informasjon der de trenger det. Da kan sykepleierne hjelpe foreldrene til å styrke sine ressurser og mestringsfølelse. Alle mennesker har de nødvendige ressursene i seg, men av og til klarer de ikke å finne frem til disse uten veiledning.

Foreldrene må gjenvinne kontroll over egne følelser for å bevare roen i møte med barn som har utagerende atferd. De kan ikke klare å roe situasjonen, uten selv å ha kontroll på egne følelser og handlinger.

Pårørende innehar mye kunnskaper om sitt barn og for at vi skal gi god sykepleie må vi ikke dømme foreldrene. Vi må benytte oss av kunnskapen de har. Ved å gjøre dette vil sykepleien Ida får, bli bedre.

Når en møter pårørende til en pasient, vil det være forskjellige tilnæringsmåter for sykepleieren. Men det vi har drøftet i denne oppgaven og lært mer om er at det er viktig at sykepleieren har et menneske-til menneske-forhold til pasienten og eller pårørende. Da kan en se utfordringene i møte med forskjellige type pasienter med forskjellig problemstilling. Da vil pasienten få god sykepleie som er individuell tilpasset og det vil fremme god helse.

Etter vår mening vil det bli gitt en helhetlig sykepleie til denne gruppen, hvis sykepleieren innehar disse grunnleggende kunnskapene.

Litteraturliste

*ADHD Norge. (2014). *AD/HD hos barn og unge*

Lokalisert 15/02-15 på: <http://adhdnorge.no/index.asp?id=71263&open=71263>

*Apeland, A. (2014). SENTRALE TERAPUTISKE PROSESSER. Apeland, A., Askeland, E. & Solholm (Red). *PTMO – Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*(2014). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

*Askeland, E., Christiansen, T. & Kure, A. K.(s.a.). *Håndbok i Parent Management training (PTMO Oregon modellen), Tips til foreldre.* [Oslo] AtferdssenteretAS, Unirand ved Universitet i Oslo.

Berge, T. & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi.*(3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brinchmann, B. S. (Red). (2005) . *Etikk i sykepleien.* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

Dalland, O. (1993). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (1996). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* (2. utg.). Oslo: Gyldendal

*Foley, M. (2010). *A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD*. Lokalisert 15/02-15 på:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ba23762-25ba-4d44-a82b-1704fb4316a3%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4106>

Gammersvik, Å. (2012) Helsefremmende arbeid i sykepleie. Gammersvik, Å. & Laren, T. (Red). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*(s. 173-194). Bergen: Fagbokforlaget.

*Harbordne, A., Wolpert, M. & Clare, L. (2004) *Making Sense og ADHD: A Battle for Understanding? Parent's View of their children Being Dianosed with ADHD*. Lokalisert 15/02-15 på: <http://ccp.sagepub.com/content/9/3/327>

*Helsedirektoratet, (2014). *ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse- nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose- individuell oppfølging*. Lokaliser 15/02-15 på:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/adhdhyperkinetisk-forstyrrelse/Sider/default.aspx>

*Helsedirektoratet, (2008). *Pårørende – en ressurs*. Lokalisert 15/02-15 på:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Sider/default.aspx>

Holter, I.M. (2004). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. Holter, I. M. & Mekki, T. E. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 139-148). Oslo: Akribe AS.

Hummelvoll, J. K. (1982). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal

*Hårberg, G. B. & Grønlid, G. N. (s.a.) *Veiledning*, Lokalisert 15/02-15 på:

<http://ndla.no/nb/node/66326>

*Kristoffersen, N. J. (2011) TEORETISKE PERSPEKTIVER I SYKEPLEIE. Kristoffersen, N. J., Nordtevt, F. & Skaug, E-A. (Red). *GRUNNLEGGENDE SYKEPLEIE Bind 1, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.* (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademiske

Lov om pasient-og brukerrettiger, LOV-1999-07-02-63(2015). Lokalisert 15/02-15 på:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

*Lund, O. C. F. (2011) *SENK STRESSET I FAMILIELIVET, MINDFULLNESS I FORELDREROLLEN.* Oslo: Gyldendal Akademiske

Nortvedt, P & Grønseth, R. (1985). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red) *KLINISK SYKEPLEIE 1*, bind 1.(4.utg. s. 17-33). Oslo: Gyldendal Akademiske

Martinsen, J. (2004). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. Holter, I. M. & Mekki, T. E.(Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 1.*(s. 149-168). Oslo: Akribe

Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L. & Hedelin, B. (2011). *Contending and Adapting Evry Day: Norwegian Parent's Living Experience of Having a Child With ADHD*. Lokaliert 15/02-15 på: <http://jfn.sagepub.com/content/17/4/441>

*Morawska, A. & Sanders, M. (2010). *Parental Use of Time Out Revisited: A Useful or Harmful Parenting Strategy?* Lokaliert 15/02-15 på: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10826-010-9371-x>

Molven, O. (2004). Pasienters rettigheter og plikter. Holter, I. M. & Mekki, T. E. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 105-135). Oslo: Akribe AS.

Norges sykepleier forbund, 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Lokaliert 15/02-15 på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

*Ogden, T. & Hagen, K. A. (2008). *Tretment Effectiveness of Paren Management Training in Norway: A Randomized Contolled Trial of Children Wiht Conduct Problems*. KLokalisert 15/02-15 på: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/76/4/607.html>

*Rotegård, A. K., Moore, S. M., Fagermoen, M. S. & Ruland, C. M. (2009). *Health assets: A concept analysis*. Lokalisert 15/02-15 på: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909003125#>

Rotegård, A. K. & Solhaug, M. (2004). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. Holter, I. M. & Mekki, T. E. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 190-212). Oslo: Akribe AS.

SSB, 2014. *Demografisk av norske barn*. Lokalisert 15/02-15 på: <http://www.ssb.no/a/barnogunge/2014/bef/>

Strøm, A. & Fagermoen, M. A. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse – brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. Lerdal, A. & Fagermoen, M. A. (Red). *LÆRING OG MESTRING – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s.63-81). Oslo: Gyldendal Akademiske.

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

*Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

WHO (1998) *Health Promotion Glossary*. Lokalisert 15/02-15 på:

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>

Vedlegg 1

Søke ord	Databaser	Avgrensing	Antall	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Parent management training, PMOT, Norge , Norway	Psycnet	2005-2015	3	3	1	1 #Artikkel Nr 2
Parents experiences, ADHD	CINAHL	2005-20015	8	3	3	1 #Artikkel Nr 1
Parents experiences, ADHD, child	Orea	Artikkel, fagfelleverdert tidsskrift, 2010-2015	29	10	4	1 #Artikkel Nr 1
Family dysfunction. ADHD	CINAHL	Ingen	6	3	1	1 #Artikkel Nr 3
Family dysfunction, ADHD, nursing	Ores	Fagfelleverdert tidsskrift	3	1	1	1 #Artikkel Nr 3

Making sense, ADHD	SAGE	2004-2015	80	5	3	2 #Artikkel Nr 1 #Artikkel Nr 4

Vedlegg 2

PICO-skjemaet hjelper oss med å få en strukturert oversikt over det vi har søkt etter, på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt, 2012).

PICO står for

P: Population/pasient, hvilken type pasient

I: Intervention, hvilket tiltak

C: Comparison, hva ønskes å sammenligne

O: Outcome, hvilket utfall ønskes å se på

P: Population pasient, hvilken type pasient	I: Intervention, hvilket tiltak	C: Comparison, hva ønskes å sammenligne	O: Outcome, hvilket utfall ønskes å se på
Barn, children, parents, foreldre, ADHD	PTMO, guidence, veiledning, Time out, nursing	Behavior, adferd, family dysfunction	Norway, norge, parents' perspectives, foreldrene sine perpektiver,