

Barn som pårørende i koronaens tid.

Nina Lien Osen, psykiatrisk sykepleier og Andreas Jarlalein Knutsen, overlege i psykiatri, Akuttseksjonen avd. Østmarka, St. Olavs hospital

Hvordan vi har forsøkt å opprettholde ivaretakelsen av barn som pårørende ved Akuttseksjonen på Østmarka under koronakrisen.

12.mars 2020 ble starten på en gjennomgripende omstrukturering av samfunnet vårt generelt, og av helsevesenet spesielt, som følge av koronaepidemien. Over natten fikk vi strenge instruksjoner og restriksjoner med øyeblikkelig virkning som hadde til dels store konsekvenser for vår daglige praksis og behandlingen av pasienter i spesialisthelsetjenesten.

En av restriksjonene lød på at besøk av pårørende måtte begrenses til et absolutt minimum, og gjennomføres kun i unntakstilfeller med strenge forhåndsregler. Barnesamtaler (samtaler med barn som pårørende) måtte i all hovedsak foregå ved hjelp av videosamtaler – i den grad det kunne prioriteres av hensyn til livsviktig helsehjelp.

Nå, snart to måneder senere, kan vi si litt om hvordan vi fant alternative løsninger, og får det til å fungere i den unntakstilstanden som vi fortsatt befinner oss i på ubestemt tid.

Raskt etter oppstarten av unntakstilstanden ga St. Olavs hospital åpne nettkurs for ansatte om hvordan vi kunne komme i gang med krypterte videosamtaler via Skype business, godkjent for samtaler med pasienter og pårørende. Vi måtte ha teknisk støtte for innkalle pårørende, men det lot seg raskt gjennomføre og var på plass i løpet av noen få dager.

Så var det den *mentale* omstillingen – hvordan tilby og gjennomføre barnesamtaler via videomøter? Bli det ikke litt unaturlig og vanskelig? Er ikke barnesamtaler vanskelige nok som det er? Får barna noe ut av det? Kanskje bedre å la det være?

Situasjoner med alvorlig psykisk syke foreldre og søsken har imidlertid ofte så stor og dramatisk innvirkning på pårørendes liv at tekniske utfordringer og mentale sperrer raskt overskygges av det åpenbare behovet for oppfølging. I tillegg er det en lovpålagt plikt vi har som helsepersonell (jf. helsepersonelloven §10a), unntakstilstand eller ikke.

Sigurd, 38, tvangsinnlegges med mani i begynnelsen av koronakrisen. Han er i fast jobb, samboer og har en sønn på 6. Han har en kjent bipolar lidelse med flere tidligere innleggelses. I den siste tiden har han vært svært aktiv og urolig og har nesten ikke sovet. Han har mange prosjekter på gang, blamerer seg på sosiale medier og i nærmiljøet, og er urolig, høylytt og oppfarende hjemme. Sønnen er redd og uroet av farens adferd. Sigurds samboer tilkaller legevakt en kveld situasjonen eskalerer, mens sønnen gråter voldsomt. Politiet må bistå legevakten for å få han med til sykehuset, da han setter seg til motverge. Sigurd blir værende innlagt i en og en halv måned før han overføres til et DPS.

Ansvarlig overlege og sykepleier har telefonsamtaler med hans samboer for å informere og støtte henne. (Nærmeste pårørende har rett til informasjon ved tvangsbehandling jf. Psykisk helsevernloven). Sigurd selv er i en psykisk tilstand som gjør ham ute av stand til å diskutere sønnens situasjon.

Kort tid etter innleggelsen tilbyr vi mor og sønn en barnesamtale via videomøte. Dette fordi sønnen ble svært skremt av fars adferd forut for innleggelsen, og mor ønsker hjelp til å forklare ham om sykdommen og behandlingen. Samtalen må gjennomføres uten Sigurd, da han er alt for syk og urolig

til å delta. Når en forelder er for syk til å ta stilling til spørsmål om informasjon til barn, og til å innta barnets perspektiv, kan vi allikevel gjøre noe for å følge opp barn som pårørende i tråd med helsepersonelloven §10a, jf. pårørendeveilederens kap. 5.3:

Bidra til å ivareta barn som pårørende også når samtykke ikke oppnås. (...) All involvering av barnet selv må være til barnets beste. (...) Snakk med barnet om det barnet allerede kjenner til. Hvis barnet vet hvor forelderen får helsehjelp og hva han eller hun får hjelp for, gi informasjon om:

- *muligheten for besøk*
- *hva barnet/ungdommen kan forvente av behandlingstilstanden*
- *generell informasjon om tilstanden*

Vi kan altså samtale med sønnen om det han allerede er kjent med, dvs fars endrede adferd og handlinger i den siste tiden, og at han er innlagt på avdelingen vår for å få hjelp. Generell informasjon om hjelp er også det vi erfarer at barn er opptatt av, ikke detaljerte helseopplysninger.

Det er viktig å tilføye at slike samtaler med barn må foregå i samarbeid med den friske foresatte. Da gjelder at denne også er kjent med det samme som barnet om den sykes helsetilstand og behandlingssted (for mer om dette, se pårørendeveilederen).

Hvilke forberedelser gjør vi så før vår første barnesamtale via videomøte?

Vi plasserer en bærbar PC med kamera på familierommet vårt, rigger den til foran den store tavla som barn og voksne pleier å tegne på når vi til vanlig har besøk av familier. Vi tester lyd og bilde, og prøver ut tegninger på tavla. Når vi er ferdige med de praktiske forberedelsene samtaler vi med Sigurds samboer på telefon. Hun forteller hva sønnen konkret har sett og hørt, hva han har vært opptatt av og hva hun har forklart ham så langt. Vi blir så enige om innholdet i samtalen. Målet er at sønnen skal trygges på at far blir ivaretatt på en god måte, få svar på spørsmål og mulighet til å snakke om det han er opptatt av.

Samtalen går bedre enn vi hadde forventet. Sønnen virker fortrolig med videosamtale. Det er jo også den formen for kommunikasjon alle landets skolebarn blir vant med gjennom hjemmeskole under koronaepidemien. Han prater vekselvis med oss, med moren, spiser frukt, viser fram en tegning han har laget, og lytter til det vi forteller om tankesykdommen som gjorde at tankene til pappa gikk fryktelig fort rundt i hodet hans før han kom til sykehuset, og som førte til at han sa og gjorde mye rart og leit. Moren supplerer oss og bidrar inn i samtalen. Vi har i forkant sendt dem en bildebok om Akuttseksjonen som vi har laget for barn, samt en «lommevenn» (en bamse). Mor har lest boka sammen med ham før samtalen. Nå vil han lese høyt for oss fra boka, og vi hører på mens han leser. Vi bekrefter at akkurat slik som han leser er det på sykehuset hvor pappa er: han blir tatt godt vare på av snille leger og sykepleiere, får god mat, hvile, medisiner og samtaler, eget rom og bad, og en god seng å sove i.

Vi har ellers fokus på det sønnen er opptatt av. Det får han hjelp av mor til å formidle. Vi avslutter etter ca 20 minutter. I samtaler med fysisk besøk (til vanlig) kan barnesamtaler vare litt lenger, med mer prat om løst og fast, og da kan også personalet trekke seg ut etter en stund, og foreldre og barn ha videre samvær. Videosamtaler kan oppleves litt mer distanserte, noen ganger med litt dårligere lyd og kontakt, og det kan være naturlig å gjøre samtalen noe kortere. Det vi merker oss gjennom denne og senere videosamtaler med barn er at det - i enda større grad enn ellers - gjelder å være:

- Rett på sak
- Tydelig og konkret

- Bruke færre ord, være mer kortfattet enn i en vanlig samtale
- Tydelig turtaking
- Følge barnets fokus

En og en halv måned senere er Sigurd tilfrisknet og klar for overføring til DPS. Han er blitt så mye bedre av sin mani at han er i stand til å gjennomføre en kort videosamtale med sønnen sin med litt støtte fra oss og en klar ramme for samtalen. Denne gangen sitter Sigurd sammen med sykepleier ved pc'en på familierommet. Det er gjensidig gjensynsglede hos far og sønn når de ser hverandre. Far prater rolig og greier å holde fokus på sønnen gjennom samtalen som varer i et kvarters tid. Sigurd og sykepleieren forteller at tankene til pappa nå er blitt mye roligere, at han kan tenke vanlige tanker igjen. Videre at han skal reise til DPS hvor han skal bli til tankene er enda roligere, og han er frisk nok til å komme hjem. Deretter snakker de om dagligdagse tema og hendelser hjemme som sønnen får fortelle om, bl.a. at han gleder seg til å begynne på skolen.

Etter den første samtalen med Sigurds sønn og samboer har vi hatt flere samtaler med barn, ungdommer og voksne pårørende via videokonferanser, i tillegg til vanlige telefonsamtaler. Hva er erfaringen så langt? At det fungerer helt greit, og bedre enn vi forventet. Om ikke like «nært» som en samtale ved et fysisk møte, så får vi utvekslet informasjon, og barn og unge får stille spørsmål og snakke om ting som opptar dem rundt den syke moren, faren eller andre i familien. Vi har diskutert om det ikke til og med kan være en *gunstigere* løsning for noen barn og unge med litt «betryggende avstand» som en nettsamtale gir. Barnet, eller ungdommen, sitter i eget hjem, på kjent og trygg grunn, og kan «skru oss av og på». For noen barn kan det hende være et like godt alternativ som å komme til et ukjent og noen ganger skremmende sykehus i en krisepreget situasjon. En del barn og unge bor også langt unna forelders eller søskens behandlingssted, og ulike praktiske forhold kan stå i veien for fysisk oppmøte til barnesamtaler.

I tiden som gjenstår av koronakrisen med tilhørende rammer og restriksjoner for hvordan vi organiserer hverdagen vår i helsevesenet får vi høste oss videre erfaringer med alternative kontaktformer og varianter av barnesamtaler. I skrivende stund har vi akkurat gjort avtale med et brødrepar i tenårene, hvor yngstemann bor hjemme og eldstemann studerer et annet sted i landet. Deres mor er innlagt med depresjon og har ønsket at vi snakker med barna uten henne i første omgang. Eldstemann foreslo selv på telefonen at han kunne «koble seg på» videosamtalen vi hadde planlagt med broren i morgen. Den muligheten hadde ikke vi tenkt på. Det vi i alle fall kan fastslå etter koronakrisens utbrudd, er at barn og unge helt åpenbart er langt mer fortrolige med videokommunikasjon enn vi voksne.