



# Barn som pårørende

Barn til foreldre med en kreftdiagnose

Kandidatnummer: 261

VID vitenskapelige høgskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: BIS2018

Antall ord: 10129

Dato 28.05.21

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Omlag 700 barn og unge i Norge under 18 år opplever hvert år å miste en forelder til kreft. Mer enn 34 000 barn har foreldre eller søsken som har eller har hatt kreft, og det forekommer ca. 3500 nye tilfeller hvert år. Barn som pårørende er et nasjonalt satsningsområde og har fått stadig økende oppmerksomhet og fokus, blant annet gjennom endringer i helsepersonelloven §10a. Likevel opplever barn å ikke bli hørt og sett av helsepersonell.

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å få kunnskap om hvordan sykepleier kan ivareta barn som pårørende og deres behov for tilrettelagt informasjon og oppfølging.

**Metode:** Oppgaven er gjennomført som et litteraturstudie der 5 forskningsartikler er valgt ut for å belyse problemstillingen. Det er gjennomført et systematisk litteratursøk på søkedatabasene Cinahl, SweMed+ og Google Scholar. Annen teori og litteratur er funnet via skolens bibliotek.

**Resultater og konklusjon:** Å ivareta barn som pårørende er en omfattende og sammensatt sykepleieoppgave, helsepersonell er pliktig å gjennomføre. I en tid der barns omsorgsbehov økes, reduseres foreldrenes omsorgskapasitet. I følge forskningen i oppgaven mangler barna informasjon om forelderens sykdom. Både foreldrene og helsepersonell synes det er vanskelig å prate med barna om sykdommen – foreldrene fordi de føler de ikke har nok kunnskap, og helsepersonellet fordi de ikke har tid, kompetanse eller erfaring. Noe av det viktigste sykepleier kan gjøre, er å tone seg inn barnet og ivareta barnets fysiske, psykiske og mentale behov.

## Abstract

**Background:** About 700 children and young people in Norway under the age of 18 experience losing a parent related to cancer, every year. More than 34 000 children have parents or siblings that has or used to have cancer, and it occurs approximately 3500 new cases every year. Children as relatives is a national focus area and has gotten continuously increased attention and focus, including through changes in the healthcare professional law. Still, children experience not being heard and seen by healthcare professionals, at the same time healthcare professionals report deficient knowledge regarding the subject and feel insufficient in meeting the children.

**Aim:** The aim of this assignment is to get knowledge regarding how nurses can take care of children as relatives, and their need for arranged and appropriate information and follow-up.

**Method:** The assignment is carried out as a literature study. 5 articles were included. It was conducted a systematic and structured literary search on peer-reviewed in the databases Cinahl, SweMed+ and Google Scholar. Other literature has been found at the school's library.

**Results and conclusion:** Taking care of children as relatives is a comprehensive and compound task for nurses, in which they are obligatory to implement. In a time period where children's need for care is increasing, the parent's ability to meet this need, is reduced. According to the research within this assignment, children lack information about their parent's sickness. Both the parents and the healthcare professionals experience that it is difficult to talk with the children about the sickness - parents because they feel they don't have enough knowledge, and healthcare professionals because they don't have enough time, competence or experience. Some of the most important things a nurse can do is to focus on the child's need and care for the child's physical, psychological and mental needs.

## Innholdsfortegnelse

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>                                     | <b>5</b>  |
| 1.1      | <i>Bakgrunn for valg av tema .....</i>                      | 5         |
| 1.2      | <i>Problemstilling.....</i>                                 | 5         |
| 1.3      | <i>Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans .....</i> | 5         |
| 1.4      | <i>Avgrensning.....</i>                                     | 6         |
| 1.5      | <i>Begrepsforklaringer.....</i>                             | 7         |
| 1.6      | <i>Oppgavens videre oppbygging .....</i>                    | 7         |
| <b>2</b> | <b>Metode.....</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1      | <i>Beskrivelse av metoden .....</i>                         | 8         |
| 2.2      | <i>Beskrivelse av fremgangsmåte.....</i>                    | 9         |
| 2.3      | <i>Presentasjon av valgt forskning .....</i>                | 11        |
| 2.4      | <i>Kildekritikk.....</i>                                    | 12        |
| 2.4.1    | <i>Gyldighet, holdbarhet og relevans .....</i>              | 12        |
| 2.5      | <i>Etiske vurderinger.....</i>                              | 13        |
| <b>3</b> | <b>Resultater .....</b>                                     | <b>14</b> |
| 3.1      | <i>Joyce Travelbee sin sykepleieteori .....</i>             | 14        |
| 3.2      | <i>John Bowlby sin tilknytningsteori .....</i>              | 15        |
| 3.3      | <i>Kreft.....</i>   | 16        |
| 3.3.1    | <i>Barn som pårørende når en forelder har kreft.....</i>    | 17        |
| 3.4      | <i>Barns behov for trygghet.....</i>                        | 17        |
| 3.4.1    | <i>Barns møte med sykepleier .....</i>                      | 18        |
| 3.5      | <i>Barn i alderen seks til tolv år .....</i>                | 19        |
| 3.5.1    | <i>Barns kognitive utvikling.....</i>                       | 20        |
| 3.6      | <i>Lovverk og retningslinjer .....</i>                      | 20        |
| 3.7      | <i>Forskningsartikler – funn og resultater .....</i>        | 21        |
| <b>4</b> | <b>Drøfting .....</b>                                       | <b>24</b> |
| 4.1      | <i>Barns møte med sykepleier .....</i>                      | 24        |
| 4.2      | <i>Barns behov for trygge voksne .....</i>                  | 26        |
| 4.3      | <i>Barns behov for tilrettelagt informasjon .....</i>       | 29        |
| <b>5</b> | <b>Konklusjon.....</b>                                      | <b>33</b> |
|          | <b>Litteraturliste.....</b>                                 | <b>34</b> |

# 1 Innledning

I dette kapitlet vil valg av tema, problemstilling og avgrensning av oppgaven bli presentert. Videre vil sentrale begrep bli avklart før oppgavens videre oppbygning til slutt vil bli beskrevet.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven omhandler barn som pårørende, når en forelder er rammet av kreft. Valget av oppgavens tematikk er tatt på bakgrunn av egeninteresse og lidenskap om emnet. Jeg har alltid vært veldig glad i å jobbe med barn og har tidligere studert barnehagelærer. Jeg fascineres av hvordan barn tenker, kommuniserer og fantaserer. Barn som pårørende er en nasjonal satsning og har fått stadig økende oppmerksomhet og fokus, blant annet gjennom endringer i helsepersonelloven §10a (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011). Likevel er det mange voksne, inkludert helsepersonell, som synes det er vanskelig å kommunisere med barn om alvorlig sykdom (Bergem, 2014, s. 48). Min erfaring gjennom møter i praksis er at det krever god kommunikasjon og samhandling for å ivareta pårørende. Fordi mine erfaringer er begrenset i møte med barn som pårørende, har jeg et ønske om å tilegne meg mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan imøtekomme disse barna, slik at de føler seg trygge og ivaretatt. For å kommunisere med barn i en sårbar livssituasjon, vil det være hensiktsmessig å ha kunnskap om barns utvikling og modenhet, slik at informasjonen og ivaretagelsen tilpasses barnet på best mulig måte (Bergem, 2018, s. 60). Etter min mening er det for lite undervisning om barn som pårørende i løpet av sykepleierstudiet. Ønsket mitt med denne oppgaven er å tilegne meg mer kunnskap om barn som pårørende, slik at jeg kan bidra til å trygghet og ivaretagelse av de kommende pårørendebarna jeg møter som ferdig utdannet sykepleier.

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet for barn som pårørende?*

## 1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Hvert år opplever omkring 700 barn og unge i Norge under 18 år å miste en forelder til kreft. Mer enn 34 000 barn har foreldre eller søsken som har eller har hatt kreft, og det

forekommer ca. 3500 nye tilfeller hvert år (Kreftforeningen, 2020). Risikoen for å utvikle psykiske, sosiale og atferdsmessige problemer er høyere hos disse barna, enn hos andre barn (Sieh et al. 2010). Å ivareta barn som pårørende og sørge for at de får tilrettelagt informasjon, samt den oppfølgingen de trenger, er derfor en viktig sykdomsforebyggende oppgave. Sykepleiere er i følge helsepersonelloven (1999, § 10a) lovpålagt å legge til rette for denne ivaretagelsen, men forskningen til blant annet Ruud et al. (2015) viser at dette ikke følges opp i praksis. Hvordan kan sykepleiere bidra til at barn føler seg trygge i møte med helsevesenet og hva kan jeg som nyutdannet sykepleier gjøre? Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap, innsikt og erfaring om barn som pårørende og deres behov for trygghet, samt hvilken rolle sykepleieren har i møte med disse barna.

#### 1.4 Avgrensning

*Barn som pårørende* er en betegnelse brukt om barn som vokser opp med psykisk syke, somatisk syke eller rusavhengige foreldre (Helsedirektoratet, 2017). Grunnet oppgavens omfang og personlig interesse, avgrenses oppgaven til barn som pårørende til en kreftsyk forelder, der sykdommens utfall er usikkert. Det avgrenses ikke til en spesifikk kreftdiagnose, da barnets behov for trygghet vil være konstant, uavhengig av krefttype. Barnet lever i en trygg familierelasjon med to foreldre, der den ene forelderen er syk, uavhengig av om det er far eller mor. Der det er naturlig vil foreldre, søsken og annen familie bli nevnt.

Problemstillingen tar utgangspunkt i barneskolebarn fra alderen seks til tolv år. Fordi likhetene i denne aldersgruppen er større enn forskjellene, beskrives disse barnas opplevelser av sin situasjonen samlet. Der alder spiller en viktig rolle vil det bli poengtert. Oppgaven tar ikke utgangspunkt i barnets kjønn. Språkproblematikk og kulturforskjeller, som er en faktor for pasienter og pårørende av utenlandsk opprinnelse, blir ikke tatt i betraktning i oppgaven. Det tas høyde for at foreldrene har gitt sykepleier samtykke til å utlevere pasientinformasjon til barnet, slik at taushetsplikten ivaretas (helsepersonelloven, 1999, § 10a). Sykepleieren vil i denne oppgaven refereres til som «hun». Dette er tilfeldig og det kunne like gjerne vært motsatt. Møtene mellom sykepleier og barnet finner sted på sykehuset, der den syke forelderen kommer til jevnlig behandling. «Barn», «barnet» og «barna» vil bli brukt om hverandre og betyr i denne sammenheng barn som pårørende, hvis ikke annet oppgis.

## 1.5 Begrepsforklaringer

**Barn som pårørende:** Når barn lever i en familie der foreldre eller søsken lider av rusmiddelavhengighet, psykiske lidelser eller somatisk sykdom regnes barnet som pårørende (Dyregrov, 2012, s.12). *Politikens nudansk leksikon* (2002) beskriver pårørende som de som «står nært eller er i familie med» og «pårørende» blir mest brukt om den nærmeste personen til en som trenger pleie, er syk eller død (Nordenhof, 2008, s.26).

**Trygghet:** Abraham Maslow beskriver trygghet som et grunnleggende behov i mennesket og som nødvendig for at en relasjon mellom mennesker skal kunne utvikle seg (Helgesen, 2017, s.146). Trygghet er et behov for forutsigbarhet og beskyttelse og kan defineres som «følelsen av å være sikker på den andre, basert på erfaringer og bevis» (Thorsen, 2011, s.110).

## 1.6 Oppgavens videre oppbygging

Oppgavens oppbygning baseres på IMRaD-prinsippet, med innledning, metode, resultater og drøfting. Innledningskapittelet etterfølges av kapittel 2, der valgt metode, forskningslitteratur og kildekritikk beskrives. I kapittel 3 presenteres sykepleieteori, annen relevant teori og resultatene fra forskningen. I tillegg presenteres relevant lovverk. Den påfølgende diskusjonen i kapittel 4 søker å drøfte problemstillingen ved å samle teori, forskning, lovverk og egen erfaring. Oppgavens konklusjon vil til slutt bli presentert i kapittel 5.

## 2 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn kunnskap og informasjon for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Dette kapittelet tar for seg den metodiske tilnærmingen som er brukt i oppgaven, samt hvordan data har blitt samlet inn. Videre vil den valgte forskningen bli presentert og det vil bli gjort kildekritikk av denne.

### 2.1 Beskrivelse av metoden

Vilhelm Aubert beskriver metode som «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, 2007, s. 81). Dalland (2007, s. 82) skiller mellom to ulike metoder: kvantitativ og kvalitativ metode. Både den kvantitative og kvalitative metoden har som mål å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, samt hvordan mennesker, grupper og institusjoner fungerer hver for seg og sammen. Kvantitative data er enheter som kan måles og tallfestes, mens kvalitative data gir oss kunnskap om menneskelige egenskaper som blant annet tanker, meninger, opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2019, s. 76).

Oppgaven er et litteraturstudie, som er basert på eksisterende faglitteratur og empirisk kunnskap som forskere allerede har skrevet og undersøkt om virkeligheten (Støren, 2013, s. 39). Valget av metode er tatt på bakgrunn av at det allerede finnes mye forskning om temaet, og det anses derfor som lite hensiktsmessig å supplere fagområdet med kunnskap som allerede eksisterer.

Studien samler inn litteratur, går kritisk gjennom den, for så å sammenfatte litteraturen til slutt. Hensikten med en slik studie er å gi leseren oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, samt beskrive fremgangsmåten som er brukt for å komme frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77-78).



## 2.2 Beskrivelse av fremgangsmåte

I følge Dalland (2007, s. 93) er det viktig å tenke over to ting når litteratur skal innhentes og vurderes. Litteraturen må være relevant i forhold til problemstillingen og den må være pålitelig. Litteraturen i denne oppgaven er hentet fra fagbøker og fagartikler. Både pensumlitteratur og skolebibliotekets database er blitt brukt for å innhente forskning og relevant litteratur. Informasjon fra helsedirektoratet, kreftforeningen og lovdata er også anvendt, da dette er utgitt av fagpersoner og anses som sikre og oppdaterte kilder.

Søkeprosessen for å finne relevant forskning begynte med generelle søk, der hensikten var å undersøke hva som var forsket på innenfor temaet *barn som pårørende*. Det første søket ble gjort på Google Scholar med søkeordene «children as relatives», «nursing» og «safety». Dette resulterte i over 156 000 treff. Google Scholar sorterer automatisk etter relevans, og artikkelen «Children as relatives to a sick parent: Healthcare professional's approaches» (Knutsson et al., 2016) var den første artikkelen som fremkom i søket. Jeg anså tittelen som relevant for oppgavens problemstilling. Fordi jeg i denne fasen av søkeprosessen kun ønsket å undersøke hva som allerede var skrevet om og forsket på, ble den nevnte artikkelen lagret, mens jeg fortsatte søket mitt etter annen relevant litteratur. Mange av artiklene omhandlet foreldre som pårørende til et sykt barn, istedenfor barn som pårørende til en syk forelder. Jeg valgte derfor å utvide søket mitt til å både søke på norsk og engelsk.

Søket ble fortsatt i Swemed+ og Cinahl, da dette er databaser som dekker helsefaglige tidsskrifter. Jeg endte opp med å bruke søkeordene «barn som pårørende», «child of impaired parents», «coping», «nursing» og «cancer» i mine videre søk. Kombinasjonene av disse, samt funn og aktuell database er presentert i tabell 2 senere i kapittelet. Alle de valgte artiklene ble funnet ved å avgrense søket til fagfelleverderte eller «peer reviewed» artikler. Det vil si at forskningsartiklene er blitt vurdert, bedømt og godkjent av to eller tre upartiske og anonyme eksperter innenfor fagfeltet (Utdanningsforskning, 2016). Ved et tilfeldig søk på helsedirektoratet sine hjemmesider, kom jeg over en rapport som virket inviterende. Selve søket på nettsiden ga 3541 treff med søkeordene «barn som pårørende» og rapporten lå lagret som treff nummer 2.

For å sikre at utvelgelsen av artikler er relevant, har det vært en fordel å ta utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene i tabell 1. Et par av de valgte artiklene unnviker fra de satte kriteriene, men er likevel blitt inkludert i studiet da de oppleves som aktuelle, sett i lys av oppgavens problemstilling.

*Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk*

| Inklusjonskriterier                               | Eksklusjonskriterier                                |
|---|---|
| Fagfellevurderte artikler                         | Ikke-fagfellevurderte artikler                      |
| Publisering siste 10 år                           | Eldre enn 10 år                                     |
| Engelsk og nordiske språk                         | Andre språk   |
| Barn som pårørende                                | Unge voksne og voksne som pårørende                 |
| Sykepleierens rolle i møte med barn som pårørende | Artikler som ikke er av sykepleiefaglig relevans    |
| Barn som pårørende til kreftpasienter             | Barn som pårørende ved annet sykdomsbilde enn kreft |

I tabell 2 er søkene i de ulike databasene presentert.

*Tabell 2 Litteratursøk*

| Artikkel nr. | Database       | Søkeord                                   | Treff | Utvalgt artikkel  | Dato for søket |
|--------------|----------------|---|-------|---|----------------|
| 1            | <b>SweMed+</b> | “Child of impaired parents” AND “nursing” | 7     | <b>Children as relatives to a sick parent: Healthcare professionals’ approaches</b> | 22.01.2021     |
| 2            | <b>SweMed+</b> | “Child of impaired parents” AND “cancer”  | 5     | <b>Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft</b>                | 27.01.2021     |

|   |                                |   |      |  |            |
|---|--------------------------------|---|------|--|------------|
| 3 | <b>Cinahl</b>                  | “Child of impaired parents” AND “coping” AND “cancer” | 21   | <b>Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer</b> | 27.01.2021 |
| 4 | <b>Cinahl</b>                  | “Barn som pårørende”                                  | 2    | <b>Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende</b>   | 30.01.2021 |
| 5 | <b>Helse-<br/>direktoratet</b> | “Barn som pårørende”                                  | 3541 | <b>Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie</b>  | 01.02.2021 |

### 2.3 Presentasjon av valgt forskning

#### **Artikkel 1: *Children as relatives to a sick parent – healthcare professionals approaches***

Denne forskningen ble gjennomført i Sverige av Knutsson et al (2016). Artikkelen er valgt fordi det er interessant for oppgaven å undersøke helsepersonells perspektiv på arbeidet med barn som pårørende.

#### **Artikkel 2: *Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft***

Dette studiet er utført av Hofset Larsen og Nortvedt (2011) og er gjennomført i Norge. Forskningen er aktuell for min oppgave fordi den konkret går inn i enkelte av de behovene barn har når en forelder får kreft. Sykepleiere er lovpålagt å ivareta barns behov for tilpasset informasjon og jeg anser derfor denne artikkelen som meget relevant for oppgaven.

#### **Artikkel 3: *Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer***

Forskningen er gjennomført i Danmark av Thastum et al. (2008). Artikkelen er inkludert i oppgaven fordi den undersøker barns emosjonelle følelser og opplevelser når en forelder har kreft, i tillegg til hva slags informasjon de har fått om sykdommen og på hvilken måte de har fått det.

#### **Artikkel 4: Sykepleiere strekker ikke til i arbeidet med barn som pårørende**

Studiet er utført i Norge av Hauger et al. (2020). Artikkelen fanget oppmerksomheten min fordi forskningen er ny og fordi den omhandler utfordringene sykepleiere står ovenfor i arbeidet med barn som pårørende.

#### **Artikkel 5: Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie**

Denne multisenterstudien er utført i Norge av Ruud et al. (2015). Jeg har valgt å inkludere denne multisenterstudien i oppgaven min fordi det er en omfattende studie som utforsker flere relevante temaer som er aktuelle for oppgavens tematikk.

### 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å karakterisere og vurdere den anvendte litteraturen (Dalland, 2007, s. 64). Kildekritikk er en metode som skal være til hjelp for å fastslå at kilden og opplysningene er korrekte og sanne. Gjennom kildekritikk skal det vises ovenfor leser at utvelgelsen av litteratur er gyldig, holdbar og relevant overfor problemstillingen (Dalland, 2007, s. 64).

#### 2.4.1 Gyldighet, holdbarhet og relevans

Den anvendte faglitteraturen er hentet fra pensumlisten til VID vitenskapelige høgskole og skolebiblioteket, og anses derfor å være kvalitetssikker. Det er tilstrebet å bruke primærkilder til oppgaven, men sekundærkilder har i noen tilfeller blitt brukt der det har vært vanskelig å oppdrive den opprinnelige kilden. Ved å bruke primærkilder vil sjansen for å overføre andres feiltolkninger og unøyaktigheter til oppgaven minimeres (Dalland, 2007, s. 79).

Valg av søkeordene i oppgaven kan ha gjort at aktuell forskning har blitt utelatt, og valg av andre søkeord kunne ført til andre søkeresultater. Samtlige av artiklene er fagfellevurdert og fire av artiklene er rangert som nivå 1 eller 2 på NSD sin vitenskapelige publiseringskanal. En mulig svakhet ved artikkelen *Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie* kan være at den ikke utelukkende omhandler barn til en kreftsyk forelder, men barn som

pårørende generelt. Dette kan også anses som en styrke for oppgaven, fordi studien gir en mer utfyllende forståelse av hvordan helse Norge ivaretar barn som pårørende på generell basis. Også artikkel 1: *Children as relatives to a sick parent – healthcare professionals approaches* refererer til barn av psykisk syke foreldre og barn generelt og fraviker fra inkluderingskriteriene. De nevnte artiklene er likevel verdifulle sett opp i mot oppgavens problemstilling og er derfor blitt inkludert. Informasjonen som velges ut og anvendes fra disse studiene vil være nøye gjennomtenkt med tanke på oppgavens avgrensning. To av forskningsartiklene er skrevet på engelsk og mistolkning av data, samt utelukkelse av viktig informasjon kan ha forekommet i oversettelsen.

Det er tilstrebet å anvende så ny forskning som mulig i oppgaven. Artikkel 3: *Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer* er blitt inkludert, selv om den er eldre enn 10 år og ikke inngår i inklusjonskriteriene. At artikkelen er publisert før endringen av helsepersonelloven § 10a (1999) ble iverksatt, kan derfor være en svakhet for funnene. Det er fordelaktig at tre av studiene er utført i Norge. De to resterende artiklene er publisert i henholdsvis Danmark og Sverige. Dette anses å være en styrke for oppgaven, fordi helsevesenet og kulturen slik vi kjenner det i disse landene, vurderes å være overførbare til den norske kulturen og det norske helsevesenet.

Kilder fra lovdata, helsedirektoratet og Norsk Sykepleierforbund er vurdert som trygge og sikre kilder.

## 2.5 Etiske vurderinger

Jeg står inne for at dette er mitt eget arbeid og har forsøkt å kreditere arbeidene som er inkludert i denne oppgaven etter beste evne. Retningslinjene for oppgaveskriving og APA henvisningsstil er blitt fulgt så nøye som mulig. Enkelte feil kan likevel ha forekommet og er utilsiktede. Personlige meninger skal ha kommet tydelig frem.

### 3 Resultater

I følgende kapittel blir kunnskapsgrunnlaget for drøftingen presentert. Teorier om sykepleie, tilknytning og barns utvikling gjøres rede for. Videre beskrives det hva kreftsykdom er og på hvilken måte denne sykdommen kan påvirke barn når det rammer familien. Det gjøres rede for barns behov for trygghet og barns møte med sykepleier. Avslutningsvis presenteres aktuelle lovverk og retningslinjer, før funnene fra forskningsartiklene beskrives.

#### 3.1 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1926-1973) er blant annet kjent for sin teori om sykepleiens mellommenneskelige prosesser (Eide & Eide, 2018, s. 365). Hennes teori fremhever menneske som et unikt individ, som vil reagere på egne opplevelser og erfaringer på en unik måte (Travelbee, 2001, s. 57). Hvorvidt sykepleieren er i stand til å hjelpe et annet menneske, avhenger av hennes syn og tanker på blant annet menneskeheten, sykdom og lidelse, samt hennes åndelige verdier og livssyn (Travelbee, 2001, s. 45). Travelbee sin teori er omfattende og det er hennes syn på menneske-til-menneske-forholdet som vil bli anvendt i denne oppgaven.

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn til å unngå eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse og, eventuelt, å finne mening i denne opplevelsen» (Travelbee, 2001, s. 29).*

Et *menneske-til-menneske-forhold* er primært erfaringer og opplevelser som deles av sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Forholdet er en gjensidig prosess der både sykepleieren og den syke bygger opp forholdet seg i mellom (Travelbee, 2001, s. 178). Ansvaret for å etablere og opprettholde dette forholdet ligger hos den profesjonelle sykepleieren og aldri hos den syke. Menneske-til-menneske-forholdet etableres ved fire forutgående faser:

- *Det innledende møtet* er det første møtet mellom sykepleieren og den syke (eller den sykes familie). I denne fasen vil begge parter observere og gjøre seg opp meninger og antagelser om den andre og ut i fra dette vil følelser oppstå. Observasjonene og

antakelsene danner grunnlaget for det interaksjonsmønsteret som utvikles. I denne fasen er det viktig å klare å se forbi stereotypen «sykepleier» og «pasient» og heller betrakte hverandre som et unikt menneske. I det sykepleieren klarer å se på pasienten som nettopp dette, vil den syke kunne klare å respondere deretter. Forholdet mellom dem vil da kunne utvikles til det som er den neste fasen, der deres identitet trer frem (Travelbee, 2001, s. 186 – 188).

- Den andre fasen, *fremvekst av identiteter*, karakteriseres ved evnen begge partene har til å verdsette den andre som et unikt individ, samtidig som det etableres en tilknytning til hverandre. Den andre betraktes i mindre grad som «sykepleier» «pasient» og i større grad av sin egen identitet. Forholdet er i en mellomfase der grunnlaget for empati blir lagt og en gjensidig forståelse blir lagt til grunne for relasjonen (Travelbee, 2001, s. 188 – 189).
- *Empatifasen* handler om prosessen der man tar del i den andres sinnstilstand på en slik måte at man forstår betydningen av hva den andre tenker og føler, selv om man ikke selv tenker og føler det slik. Det betyr at sykepleieren og den syke føler at de er sammen om noe, samtidig som de er to ulike personer (Travelbee, 2001, s. 193).
- *Sympati og medfølelse* er den siste fasen i menneske-til-menneske-forholdet og har sitt utspring fra empatifasen. I denne fasen av forholdet vil det foreligge en grunnleggende trang hos sykepleier, til å lindre den sykes plager, fordi hun oppriktig kjenner på den andres ulykke og føler at den angår henne selv. Hovedmålet i denne fasen er at sykepleieren bruker disse følelsene til å utøve konstruktive sykepleiehandlinger (Travelbee, 2001, s. 200 – 210).

### 3.2 John Bowlby sin tilknytningsteori

John Bowlby er kjent som skaperen av tilknytningsteorien og basert på hans teori tenker vi at mennesket er klar til å innlede samspill og sosiale relasjoner, allerede fra fødselen av (Skagestad & Klette, 2008, s. 111). På bakgrunn av egne observasjoner og teorier formulerte Bowlby en hypotese om at alle mennesker har et medfødt, biologisk betinget behov for å

knytte seg til andre mennesker, da spesielt de som oppfattes å kunne gi en opplevelse av beskyttelse (Klette, 2017, s. 21). Gjennom oppveksten vil det som regel være barnets foreldre som er de nærmeste og viktigste tilknytningspersonene (Klette, 2017, s. 26).

Bowlby skiller mellom to hovedgrupper av tilknytningsstrategier: trygg og usikker tilknytning (Klette, 2017, s. 31). En trygg tilknytning gir barnet opplevelsen av beskyttelse og trøst ved behov. I denne sammenheng forstås trygghet ved at barnet stoler på at omsorgsgiveren vil gi beskyttelse og trøst ved behov. Når barnet opplever fare eller trusler vil det være i stand til å rette fokuset sitt mot omsorgsgiveren og søke trøst der (Klette, 2017, s. 31). For å utforske de forskjellige aspektene av livet, både de gode og de dårlige, må det en sikker base til. For at dette skal være mulig kreves det en voksen å betro seg til for å få støtte, oppmuntring og sympati (Bowlby, 1988/1995, s. 154). Med en sikker base og trygg havn menes det i dette tilfellet at foreldrene har tillatt barnet å undersøke verden, med en visshet om at de til enhver tid kan søke tilbake til dem for emosjonell støtte, trøst og beroligelse (Bowlby, 1988/1995, s. 20-21). En usikker tilknytning synes som et fravær av en stabil tilgjengelighet for beskyttelse og trøst fra barnets nærmeste (Klette, 2017, s. 31).

### 3.3 Kreft

Det finnes omkring 200 ulike kreftformer (Kreftforeningen, 2020) og *kreft* er samlebetegnelsen på alle disse. Fellestrekkene for de ulike krefttypene er mange, men det er også mye som skiller de fra hverandre. Sykdomsforløpet, behandlingen og overlevelse vil derfor variere. Felles for alle er at det er ukontrollert vekst av celler, som følge av mutasjoner i vekstregulerende gener (Aronsen et al., 2018, s. 18). Den ukontrollerte celledelingen vil etterhvert skape en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet og det vil dannes en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2020). Kreftsvulstene vil gradvis kunne gi symptomer, avhengig av i hvilket organ kreftcellene har dannet svulst. Vanlige symptomer kan blant annet være kvalme og oppkast, nedsatt matlyst og vekttap, smerte, epileptiske anfall, feber og tungpust (Aronsen et al., 2018, s. 22). Kreftbehandling består hovedsakelig av kirurgi, strålebehandling og cellegift (Kreftforeningen, 2020). Bivirkningene av disse behandlingene er mange og de vil kunne variere fra person til person. Noen bivirkninger kan være hårtap, kvalme, blødninger, tretthet og nedsatt muskelkraft (Kreftforeningen, 2020).



### 3.3.1 Barn som pårørende når en forelder har kreft

Å vokse opp med syke foreldre er en stor belastning for barn, og barn av kreftsyke foreldre vil være sterkt berørte av forelderens sykdom (Bergem, 2018, s. 112). Til tross for at flere og flere i Norge overlever kreft i dag (Kreftforeningen, u.å.) er det knyttet mye frykt til ordet *kreft* og for mange er *kreft* synonymt med død (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 147).

Forskning viser at barna gjennom de gode og dårlige sykdomsperiodene, veksler mellom følelsen av håp og fortvilelse og at de i sin helhet preges av frykten for å miste den syke forelderens, samt frykten for å selv å bli syk av kreft. Som følge av forelderens kreftsykdom, risikerer barna å oppleve en utrygg tilknytning og de kan i senere tid oppleve utfordringer med å knytte seg til gode og nære voksne (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 147). Hvorvidt, og på hvilken måte barn påvirkes av forelderens kreftsykdom har sammenheng med informasjonen de får om sykdommen, foreldrenes situasjon og omsorgskapasitet, samt tilgjengelige støttetiltak (Dyregrov, 2012, s. 46).

Når en forelder får kreft, betyr det ofte store forandringer i barns liv, og hverdagen blir brått snudd på hodet (Bergem, 2014, s. 49) og barna preges i stor grad av engstelse og uro (Kreftforeningen, 2018). Som et resultat av den store belastningen i familien, viser forskning at foreldrenes omsorgskapasitet reduseres, i en tid der barnas omsorgsbehov økes (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 142). Det er ikke uvanlig at barn setter sine egne behov til side, for å lette på situasjonen for foreldrene. De får, eller tar, mer ansvar hjemme og påtar seg voksenoppgaver de kanskje ikke er egnet til å klare. Barna påvirkes både følelsesmessig, fysisk og sosialt, på en slik måte at det ofte går utover blant annet søvn, konsentrasjon, hukommelse, matlyst og skolesituasjon (Dyregrov, 2012, s. 48). Det er også vanlig med sterke følelsesmessige reaksjoner som angst, sinne og tristhet. Flere plages av følelser som skyld, utilstrekkelighet og skam (Skagestad & Klette, 2008, s. 7). Manglende åpenhet gjør det vanskeligere for barna å håndtere den tøffe perioden de befinner seg i og de savner informasjon om sykdommen, behandlingen og forløpet (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 145).

### 3.4 Barns behov for trygghet

Tilknytningsatferd er et grunnleggende trekk ved den menneskelige natur og det bidrar til utvikling av faste og nære relasjoner (Grønseth & Markestad, 2013, s. 144). Ved trygg tilknytning utvikler barnet evner til å regulere følelser, som igjen gjør at barnet våger å utforske verden og er bedre rustet i møte med farer, fordi barnets erfaringer er at deres

omsorgsperson er en trygg havn de kan søke tilbake til for trøst og hjelp (Skagestad & Klette, 2008, s. 112). Forskning om barnets utvikling har vist hvor viktig trygghet er for at barnet skal modnes til å bli sunne og ansvarlige voksne (Skagestad & Klette, 2008, s. 112). Sykepleieren sin oppgave, i møte med barnet, vil være å skape betingelser som tilrettelegger for følelsen av trygghet. I første omgang betyr dette å skape en trygg base for barnet, der det skapes en god og tillitsfull relasjon som utgangspunkt for utforskningen av følelser og opplevelser hos barnet (Eide & Eide, 2018, s. 373).

Måten sykepleieren kommuniserer på kan være med å bidra til å skape trygghet, tillit, håp og mening (Eide & Eide, 2018, s. 50). Psykiateren Daniel Stern har utviklet en intersubjektivitetsteori der han blant annet vektlegger hvordan det nonverbale språket er en avgjørende faktor for utviklingen av kontakt og trygghet i relasjoner (Eide & Eide, 2018, s. 135). Nonverbal bekreftende kommunikasjon bidrar til trygghet, tillit og motivasjon og er særlig viktig i arbeidet med barn, da deres kognitive evner enda ikke er fullt utviklet (Eide & Eide, 2018, s. 137). Trygghet handler i stor grad om en følelse av kontroll og oversikt over en situasjon, i dette tilfellet sykdommen og sykdomsforløpet (Eide & Eide, 2018, s. 305). Eide og Eide (2018, s. 305) mener derfor at det er viktig å kommunisere med barnet og gi det tilpasset informasjon om forelderens tilstand for å skape tillit og trygghet mellom sykepleieren og barnet.

#### 3.4.1 Barns møte med sykepleier

Barns møte med sykehus og sykdom kan ofte føre til usikkerhet, ubehag, stress og utrygghet. Sykehuset kan oppleves som et ukjent miljø, der uforutsigbare situasjoner kan oppstå (Grønseth & Markestad, 2013, s. 51). Elementer som de hvite uniformene, de lange korridorene, lukter av medisin og oppkast, medisinsk utstyr og andre pasienter kan oppleves skremmende for barna (Michelsen, 2015). Barn og unge er utlevert de voksne og deres evne til å skape trygge og omsorgsfulle omgivelser (Eide & Eide, 2018, s. 288). Ethvert barn er unikt og befinner seg i sin egen utviklingsspiral. Dette fordrer at sykepleieren evner å se barnet der det er, og at hun klarer å fremme og styrke en god relasjon mellom seg selv og barnet (Eide & Eide, 2018, s. 288).

Nedenfor nevnes ti ønsker fra et pårørende barn, i møte med helsepersonell på sykehus. Disse punktene kan være med å trygge barnet og gjøre sykehusbesøket litt mindre skremmende (Michelsen, 2015).

1. Se på meg og lær deg navnet mitt
2. Smil til meg
3. Spør om det er noe jeg trenger
4. Våg å se meg inn i øynene
5. Vis vilje til å se verden fra mitt perspektiv
6. Still meg åpne spørsmål
7. Legg fra deg permene og nøklene når du prater med meg
8. Fortell meg at det er greit å gråte
9. Gi meg lov til å være et barn
10. Vær deg selv, slik *du* er.

### 3.5 Barn i alderen seks til tolv år

For å ha realistiske forventninger til barn, vil det være fordelaktig å kunne noe om barns utvikling. Det er likevel viktig å understreke at ethvert barn er unikt og at det alltid vil være individuelle forskjeller mellom barn innenfor hvert alderstrinn, som følge av blant annet personlighet, livserfaring, kunnskap og biologi (Eide & Eide, 2018, s. 287).

Barn i aldersgruppen seks til tolv år går fra å tenke mye her-og-nå, til å huske, lære av erfaringer og opplevelser og til å se forskjell på fantasi og virkelighet (Bergem, 2018, s. 62). De trenger likevel informasjon på en konkret måte, og en fin måte å få de til å forstå hva som menes når man prater om sykdommen kan være å gi en omvisning på sykehuset eller vise bilder og rekvisitter (Bergem, 2018, s. 62). Barna i denne alderen evner å se situasjoner og hendelser fra andres perspektiv og kan i økende grad reflektere over egne tanker og kognitiv kompetanse (Gamst, 2017, s. 73). Det er viktig å være klar over at barn i denne alderen kan ha urealistiske tanker om ansvar og skyld, knyttet til sykdom i familien (Bergem, 2018, s. 62). De må derfor få tilpasset informasjon om endringene som skjer i hjemmet og med den syke og de må kjenne seg trygge på at de voksne rundt dem er åpne og ærlige om sykdommen og konsekvensene av den (Bergem, 2018, s. 63). Det er også verdt å nevne at et barn på seks år

og et barn på tolv år vil kunne ha ulik forståelse og oppfatning av en situasjon og at det er viktig å ikke undervurdere de eldste barna, samtidig som at de skal få lov til å være barn som ikke har kunnskap og forståelse om alt (Bergem, 2018, s. 63).

### 3.5.1 Barns kognitive utvikling

Jean Piaget deler barnets utvikling inn i fire ulike stadier, der barn i alderen 7-11 år er i en fase kalt *konkret operasjonelle* (Eide & Eide, 2018, s. 293). Teorien hans peker på hvordan barn tenker konkret, på en annen måte enn det voksne gjør, og at barn har liten evne til å tenke abstrakt før de nærmer seg tenårene. Det er derfor viktig å være klar over at ord og begreper vil forstås ulikt for et barn med mangelfull abstrakt tenkning, enn for voksne som har utviklet denne evnen. Dette må sykepleier ta i betraktning når hun kommuniserer med ord og begreper (Eide & Eide, 2018, s. 293).

### 3.6 Lovverk og retningslinjer

I 2009 vedtok Stortinget en lovendring i helsepersonelloven (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011). Endringene skal styrke barns rolle som pårørende og skal sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar barns behov for informasjon og oppfølging, så tidlig som mulig (Helsepersonelloven, 1999, § 10a). Informasjonen skal gis på en sånn måte at den møter barnets alder og modenhet, samt at taushetsplikten ivaretas (Helsepersonelloven, 1999, § 10a). Helsepersonelloven § 10a lyder som følger:

*«Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade».*

*De yrkesetiske retningslinjene* for sykepleiere utdyper hvordan grunnleggende verdier og menneskesyn bør ivaretas i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er sykepleieren sitt ansvar å utføre en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, i tillegg til å understøtte håp, mestring og livsmot. Sykepleieren skal også inkludere pårørende og vise respekt og omtanke. Pårørendes rett til informasjon skal ivaretas av sykepleieren og når

barn er pårørende skal hun bidra til ivaretagelse av deres særskilte behov (Norsk sykepleierforbund, 2011).

### 3.7 Forskningsartikler – funn og resultater

#### **Forskningsartikkel 1: Children as relatives to a sick parent: Healthcare professionals' approaches (Knutsson et al., 2016)**

Hensikten med denne studien var å undersøke og beskrive hvordan helsepersonell tilnærmer seg barn som pårørende til en syk forelder, som er innlagt på sykehus. Undersøkelsen ble gjort ved hjelp av kvantitativ og kvalitativ tilnærming, der en elektronisk spørreundersøkelse ble sendt ut til 1052 helsepersonell i Sverige. Både sykepleiere, sosialarbeidere og enhetsledere på somatiske og psykiatriske avdelinger deltok i undersøkelsen. Funnene fra forskningen viser at det er mangel på retningslinjer og rutiner når det kommer til ivaretagelse og oppfølging av barn, når en forelder er innlagt på sykehus. Sykdom hos et familiemedlem vil påvirke alle medlemmene av familien og for barn vil det være svært viktig å bli inkludert i pleien og behandlingen av den syke. Psykiatriske avdelinger ser ut til å ha utviklet bedre rutiner i forhold til tilnærmingen og ivaretagelsen av barna, enn det somatiske avdelinger har. Resultatene indikerer at man må ha strukturerte tilnærminger og være oppmerksom på barnets behov, og samtidig utvikle et barnevennlig miljø på de ulike avdelingene.

#### **Forskningsartikkel 2: Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011)**

Hvert år opplever omkring 4000 barn i Norge at en i nærmeste familie får kreft og for disse barna oppleves ofte kreftsykdommen som en påkjenning. Som følge av sykdom og behandling skjer det omveltende endringer i hverdagslivet og innad i familien. I 2010 ble det gjort endringer i helsepersonelloven og barns rett til informasjon ble styrket. Hensikten med denne undersøkelsen var å gjennomgå allerede eksisterende forskning vedrørende barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft, samt å styrke helsepersonells handlingskompetanse innenfor området. Studiet er gjennomført som et systematisk litteratursøk, der totalt 11 enkeltstudier og en oversiktsartikkel er inkludert. Barna og ungdommens informasjonsbehov synliggjøres innenfor seks områder: barnets forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse. Barna

ønsker ærlig og konkret informasjon om sykdommen og behandlingen og det er foreldrene som er barnas viktigste informasjonskilde. Hvor mye informasjon barnet ønsket seg så ut til å være styrt av alder og modenhet.

### **Forskningsartikkel 3: Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer (Thastum et al., 2008)**

Hvorvidt barn påvirkes av en forelders kreftsykdom kan sees i sammenheng med informasjonen barnet får om sykdommen, hvordan familien kommuniserer med hverandre og i hvilken grad barnet opplever sosial støtte. Temaene har blitt belyst i tidligere studier, men ingen har sett på barns subjektive erfaringer i forhold til erfaringen av mestring og hvordan dette kan sees i sammenheng med barnets opplevelse av foreldrenes emosjonelle tilstand. Studiens formål var å undersøke måter å informere barn om foreldrenes kreftsykdom, finne ut hvordan barnet håndterer å ha en forelder med kreft, undersøke hvordan barnet opplever foreldrenes emosjonelle tilstand, samt å se om det var en sammenheng mellom barnas og foreldrenes håndtering av sykdommen og familiesituasjonen. Dette er en kvalitativ studie der 21 barn og deres foreldre er blitt intervjuet. Barna og foreldrene ble intervjuet hver for seg og det er tilsammen 15 familier som er inkludert i studien. Gjennomsnittsalderen på barna som deltok i studien er 11 år. Resultatene fra forskningen viser at barna blir svært påvirket når en forelder blir syk. Flere av barna var gitt faktabasert informasjon om sykdommen, men det var mangelfull kommunikasjon vedrørende de emosjonelle aspektene innad i familien. Barna var veldig observante ovenfor både den friske og den syke forelderens emosjonelle tilstand. Familiens kommunikasjon og foreldrenes håndtering av situasjonen virket å ha en tydelig sammenheng med hvordan barna mestret forandringene i familien og hvilke mestringsstrategier de brukte. Distraksjon, håpefulle tanker, å holde tanker og følelser for seg selv, og rollebytte der barna hjelper andre, var de vanligste mestringsstrategiene blant barna.

### **Forskningsartikkel 4: Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende (Hauger et al., 2020)**

Sykepleiere i Norge er pliktig å ivareta barn som pårørende, men forskning viser at arbeidet ikke gjøres på en tilstrekkelig måte. Det er behov for mer forskning relatert til barn som pårørende og hvordan arbeidet med denne gruppen fungerer. Studiens hensikt var å utforske sykepleieres opplevelser angående oppfølgingen av barn som pårørende til kreftpasienter i palliativ fase på sykehjem. Studien er kvalitativ og datainnsamlingen er utført gjennom individuelle intervjuer med femten sykepleiere. Sykepleierne har i gjennomsnitt syv års erfaring fra arbeidet med barn som pårørende (0-18 år). Analysen av datamaterialet resulterte i tre temaer som belyste informantenes opplevelser i arbeidet med barn som pårørende: sykepleierens opplevelse av utilstrekkelighet, deres ønske om mer kompetanse på området, samt en opplevelse av lite støtte fra ledelsen i henhold til deres arbeid. Sykepleierne ønsker å gjøre en god jobb med disse barna, men opplever en utilstrekkelighet i forhold til arbeidet som skal gjøres.

#### **Forskningsartikkel 5: Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie (Ruud et al., 2015)**

Dette tverrsnittstudiet er et kvantitativt arbeid, der både kvantitative og kvalitative data har blitt inkludert. 534 familier fra fem ulike helseforetak har blitt inkludert i studien og barna som er med er i alderen 8-18 år. Hensikten med dette prosjektet var å gi ny kunnskap om barn som pårørende til pasienter i spesialisthelsetjenesten. Studiet fokuserer på barns og foreldres opplevelser, utfordringer og erfaringer når sykdom rammer familien. Hvorvidt de nye lovendringene i helsepersonelloven § 10a er implementert i de ulike helseinstituttene, ble også undersøkt. Funnene fra studien viser blant annet at barn som pårørende har behov for å snakke om sin situasjon og sine opplevelser. Mange av barna ytrer ønske om tydeligere og mer tilpasset informasjon om sykdommen, forløpet og behandlingen til den syke. Barn som pårørende er i risiko for å utvikle emosjonelle problemer i senere tid. En andel av de inkluderte barna sa de ofte ble overlatt til seg selv og at de tok eller fikk mye arbeid i form av husarbeid og omsorgsoppgaver. Rapporten viser sprikende funn i helsetjenestenes oppfølging av arbeidet med barn som pårørende.

## 4 Drøfting

I dette kapitlet legges oppgavens anvendte teori og forskning til grunne for å forsøke å drøfte og svare på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos barn som pårørende?* Egne erfaringer og refleksjoner vil bli inkludert i drøftingen.

### 4.1 Barns møte med sykepleier

Med sykdom og sykehusinnleggelse følger det ofte usikkerhet, ubehag og stress, både for foreldre og barn. Sykehuset er et fremmed miljø, med mange elementer som kan oppleves utrygge (Grønseth & Markestad, 2013, s. 51). Eide og Eide (2018, s. 11) beskriver hvordan barn opplever å ha kontroll i trygge omgivelser, der det er kjente personer. Der det ikke er personer barna kjenner, kan andre omsorgsfulle og varme personer være til god hjelp. Abraham Maslow beskriver trygghet som helt nødvendig for at en relasjon mellom mennesker skal kunne utvikle seg (Helgesen, 2017, s. 146). Det er et behov for forutsigbarhet og beskyttelse (Thorsen, 2011, s. 110). I følge Travelbee (2001, s. 180) må det oppstå tillit, før det kan oppstå trygghet. Det er sannsynlig å anta at det er nødvendig for sykepleier å vise tillit, for å vinne tillit. Å få et barns tillit er som oftest ikke gjort på et blunk (Eide & Eide 2018, s. 289) og ofte krever det at man prøver seg frem med ulike metoder.

Med dette i tankene anser jeg det som svært viktig at sykepleier er imøtekommende ovenfor barnet og at hun forsøker å lytte etter hvor barnet har sin oppmerksomhet og hva det er opptatt av. Dette kan på en annen side være utfordrende å finne tid og rom til dette, ettersom listen over pasienter ofte er fullpakket og at man som sykepleier sjonglere flere oppgaver samtidig. Samtidig viser forskningen at sykepleiere er engstelige og usikre i møte med barn (Knutsson et al., 2016) og at manglende kunnskap, erfaring og tid, gjør det utfordrende å følge opp barna på den måten de er lovpålagt (Hauger et al., 2020; Knutsson et al., 2016; Ruud et al., 2015). Dette stemmer for øvrig med min egen erfaring fra studiet og praksis, da min opplevelse er at det har vært manglende undervisning om barn som pårørende og barn generelt. Hadde det ikke vært for min utdanning som barnehagelærer, hadde jeg derfor besittet lite informasjon om hvordan man skal fremtre i møte med barn og jeg har forståelse for at mine kollegaer opplever dette som utfordrende.



For å drøfte hvordan sykepleier kan gå frem i møte med barn som pårørende, skal vi se nærmere på den første og den tredje fasen i Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 2001, s. 178). Travelbee var svært opptatt av å anerkjenne ethvert individ som unikt og mente at sykepleiers hensikt ble oppfylt ved at behovene til pasienten og de pårørende ble møtt (Eide & Eide, 2018, s. 365). Hennes tankegang samsvarer med helsepersonelloven §10a og setter en fin standard for hvordan sykepleie burde utøves.

Et menneske-til-menneske-forhold etableres ved fire forutgående faser: *det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empatifasen og sympati og medfølelse* (Travelbee, 2001, s. 178). *Det innledende møtet* er det første møtet mellom sykepleieren og barnet. I denne fasen vil de observerer hverandre, vurdere og trekke slutninger og observasjonene og antagelsene fra dette første møtet vil danne grunnlaget for relasjonen videre (Travelbee, 2001, s. 180). Dette vil med andre ord si at sykepleierens oppgave vil være å sette til side sine egne fordommer og forutforståelser om barnet, for å klare å se det unike individet. Det kan også tenkes at sykepleier bør gå inn i det første møtet med en visshet om at barnet kan føle seg usikker og utrygg. En enkel årsak til dette kan være at sykehuset oppleves fremmed og at det er mange fremmede personer der. Et tydelig og godt møte kan være med å bidra til at barnet føler seg trygg på sykepleieren og på situasjonen (Henriksen & Aarflot, 2004, s. 157). Jeg mener derfor at det er viktig at sykepleieren har forberedt seg til det første møtet med barnet, og at foreldrene har gjort det samme. Sykepleieren bør i det minste vite navnet til barnet, alderen og kanskje også forhørt seg med foreldrene, i forhold til deres oppfatning av barnets tilnærming til sykdommen. På samme måte bør også foreldrene ha forberedt barnet, ved hjelp av bilder eller bøker om sykehuset og behandlingen. Dette støttes også av forskningen til Hofset Larsen og Nortvedt (2011). På denne måten stiller sykepleieren litt sterkere, når hun først møter barnet.

Sykepleieren må likevel være innstilt på at det er barnet som beholder føringen for hvordan interaksjonen foregår og at barn som opplever utrygghet over lenger tid, kan utvikle en midlertidig tilknytning, preget av ambivalens og unnvikelse (Eide & Eide, 2018; Skagestad & Klette, 2008). Det er derfor nærliggende å tro at det lureste sykepleieren kan gjøre, er å tone seg inn på barnet og la barnet få uttrykke hva det ønsker og trenger, enten verbalt eller non-verbalt. Skal vi tro Stern er det non-verbale språket en avgjørende faktor for utviklingen av

kontakt og trygghet (Eide & Eide, 2018, s. 135). Dette forutsetter at sykepleieren viser interesse ovenfor barnet og at hun klarer å plukke opp signalene det sender. Å sette seg ned på huk, smile til barnet og stille noen åpne og enkle spørsmål kan være en fin innfallsvinkel for å åpne en samtale, som kan føre til tillit og økt opplevelse av trygghet. I de ti ønskene til helsepersonell, fra et pårørende barn (Michelsen, 2015) uttrykkes det at noe av det barn ønsker seg fra helsepersonell er at de ser dem, smiler til dem og anerkjenner dem. Dette styrker antakelsene mine i at det å sette seg ned med barnet og å rette oppmerksomheten sin mot det, vil være en fin måte å vinne tillit på. Måten sykepleieren kommuniserer på vil altså være med å bidra til å skape trygghet, tillit, håp og mening (Eide & Eide, 2018, s. 50). Det er også nærliggende å tro at dårlig kommunikasjon kan bidra til det motsatte, nemlig mistillit og følelse av utrygghet.

*Empatifasen* er den tredje fasen i Travelbee (1999, s. 181) sin teori om menneske-til-menneske-forholdet. I denne fasen er forhåpentligvis grunnlaget for kommunikasjonen mellom sykepleier og barnet lagt til rette og de har nå fått tid til å bli kjent gjennom lek og samvær. Eide & Eide (2018, s. 290) beskriver hvordan leken åpner opp for kommunikasjonen med barn i vanskelige livssituasjoner. Gjennom leken får barn uttrykt både glede, sinne og sorg og basert på egen erfaring fra blant annet arbeid i barnehage, er det ingen tvil om at for eksempel rollelek vil kunne avdekke veldig mange følelser, tanker og forestillinger barn sitter med. På denne måten vil det også være lettere for sykepleieren å danne seg et bilde av hvilke tanker, følelser og oppfatninger barnet har av sykdommen og sykdomssituasjonen. Derfor kan det i denne fasen være en fin mulighet for å skape en dialog og dypere relasjon mellom de to partene. Travelbee så på denne fasen som en mulighet til å ta del i og forstå et annet individs psykologiske tilstand (Eide & Eide, 2018, s. 367).

#### 4.2 Barns behov for trygge voksne

Når kreftsykdom rammer familien, vil barn ha behov for noen som kan løfte byrdene fra skuldrene deres. De trenger hjelp og støtte til følelsesmessige, mentale og praktiske behov (Skagestad & Klette, 2008, s. 118).

Bowlby sin tilknytningsteori viser til barns grunnleggende behov for å knytte trygge og sterke bånd til en omsorgsperson, allerede fra ung alder (Skagestad & Klette, 2008, s. 111). Barnet

har et behov for å bli sett av foreldrene og at de er i stand til å fange opp signalene barnet gir, i tillegg til at de responderer tilstrekkelig på signalene. Når en av foreldrene i familien rammes av kreft, rammes hele familien og det vil ofte være vanskelig for foreldrene å gjennomføre dagligdagse gjøremål, og samtidig dekke barnas behov for omsorg og trygghet (Bergem, 2018, s. 56). Dette understøttes av studien til Ruud et al. (2015) der foreldrene fra intervjugruppene rapporterer om svært redusert kapasitet til oppfølging av barnas behov og det praktisk arbeidet i hjemmet.

I boken *Se meg! Å vokse opp med syke foreldre* beskriver Skagestad og Klette (2008, s. 119) hvordan barn som pårørende ved alvorlig sykdom kan endre tilknytningsstrategi og utvikle en utrygg tilknytning som en konsekvens av manglende oppmerksomhet fra omsorgspersonene, til tross for at de i oppveksten har hatt en trygg tilknytning. Forskning om barns utvikling viser at de trenger trygghet for å modnes og bli sunne, ansvarlige voksne (Skagestad & Klette, 2008, s. 112). Jeg forstår det derfor som at barnet har et grunnleggende behov for trygghet fra foreldrene, mens kreftsykdommen og utfordringene den fører med seg gjør det vanskelig for foreldrene å vie barnet den oppmerksomheten og omsorgen det trenger. Med tanke på at barnets behov kommer i konflikt med foreldrenes omsorgskapasitet kan det tenkes at barnet vil trenge en alternativ trygg tilknytning utenfor hjemmet.

Jeg tenker imidlertid at en av de viktigste sykepleieroppgavene i denne perioden, vil være å kartlegge familiens behov, informere om de ulike tilbudene for hjelp og støtte, samt koble barnet på alternative omsorgspersoner hvis det er nødvendig. Bergem (2018) beskriver hvordan sykepleier kan ivareta barn som pårørende ved å veilede eller hjelpe familien med å informere skole, helsesykepleier og annen familie, slik at andre betydningsfulle voksne i barnets hverdag kan bidra med ekstra støtte og omsorg i den vanskelige tiden. På en annen side er det kanskje vell så viktig, om ikke viktigst, å ivareta den friske forelder, slik at han eller hun har mulighet og overskudd til å fortsette å være barnets viktigste omsorgsperson. Det er ofte svært belastende for den friske forelder, når den står alene med ansvaret for både hjemmet, barna og følelsene knyttet til at en de er glad i, er syk eller døende (Bergem, 2018, s. 240). Både Hofset Larsen og Nortvedt (2011) og Bergem (2018, s. 240) omtaler den friske forelder som en svært viktig ressurs for ivaretagelse av barnet og det anses derfor

som viktig å avlaste og støtte denne forelderens. Jeg mener derfor at det er helt vesentlig at sykepleieren er klar over sin rolle som støttemedspiller og at hun i den grad det er mulig, tilrettelegger for at den friske forelderens kan fungere som en grunnmur for barnet. Da vil jeg anse det som et viktig helsefremmende tiltak å ivareta den friske forelderens da også han/hun går gjennom en stor krise og trenger å bli sett og hørt, for å igjen kunne klare å se, trygge og følge opp barnet. Dette støttes forøvrig av forskningen til Hofset Larsen og Nortvedt (2011) og Ruud et al. (2015), samt i litteraturen til Dyregrov (2012, s. 54). Foreldrene på sin side etterspør mer hjelp fra lærere, helsesøster og BUP (Ruud et al., 2015).

Det er ikke bare den friske forelderens som får et økende praktisk ansvar i hverdagen. Studien til Ruud et al. (2015) viser at barn til somatisk syke foreldre ofte får økt ansvar i hjemmet, i form av praktiske oppgaver og omsorgsoppgaver, fordi foreldrenes belastninger er så store at de ikke har kapasitet til alt som forventes av dem. Disse funnene støttes forøvrig av faglitteraturen, der Dyregrov (2012, s. 48) og Nordenhof (2012, s. 27) beskriver hvordan barn bistår med den omsorgen og hjelpen som trengs, på bekostning av egen trivsel, livskvalitet og skolehverdag. I lys av dette er det sannsynlig å tro at noe av den beste hjelpen familier i en sykdomssituasjon kan få, er praktisk hjelp i hverdagen, slik at de kan få mere tid til hverandre. På en annen side, kan det være verdt å påpeke at noen barn trives derimot veldig godt med det økte ansvaret i hjemmet og synes det er godt å kunne bidra (Dyregrov, 2012; Ruud et al., 2015). Sykepleieren må derfor være bevisst omkring de ulike familiens behov for støtte og oppfølging, og tilbudene til den enkelte familie må tilpasses akkurat den familiens behov (Bergem, 2018, s. 239).

Dette høres veldig fint og flott ut i teorien, men i praksis betyr det at sykepleier har god nok tid til å bli kjent med hver familie og deres særskilte behov, i tillegg til at hun er oppdatert på de ulike tilbudene som finnes og at hun kan gi familiene hjelp deretter. Forskningen viser derimot at mangel på tid er en av hovedårsakene til at barn ikke blir sett, ivaretatt og fulgt opp på den måten de har krav på (Knutsson et al., 2016). En løsning her kan være at de ansatte samarbeider om å frigjøre og avlaste ansvarshavendesykepleier for den syke forelderens og barnet. På denne måten får hun tid og rom til å sette seg ned med barnet og bli kjent med det og dermed få større innsikt i hvilke behov barnet og familien har. Hvis dette skal være gjennomførbart er man avhengig av at sykepleierens kollegaer har tid til å ta

på seg hennes oppgaver for en viss periode, og basert på egne erfaringer kan dette til tider være utfordrende å få til.

Det kan i følge forskningen til Ruud et. al. (2015) se ut som at foreldre strever med å få innsikt i hvordan barna deres takler forandringene som kommer med sykdommen og at foreldrene overvurderer barnas livskvalitet og trivsel. Barn blir sterkt berørt når en forelder rammes av kreft (Knutsson et al., 2016) og en konsekvens av dette kan være følelsesmessige utfordringer som blant annet angst, depresjon, sinne, frykt og skyldfølelse (Dyregrov, 2012; Ruud et al., 2015). Samtidig viser funnene fra både forskningen og teorien at det ofte oppstår brudd i kommunikasjonen innad i familien og at barnas behov blir tilsidesatt, i tillegg til at de ofte blir gående alene med tankene og følelsene sine (Nordenhof, 2012; Ruud et. al., 2015; Skagestad & Klette, 2008; Thastum et. al., 2008).

Som sykepleier bør man etter min mening derfor forsøke å skape trygge rom og samtaler, der man lar barna stå helt fritt til å dele bekymringer og tanker, stille spørsmål og være frie til å føle alt det de føler. Det er nærliggende å tro at selv for barn i sunne og gode familier vil *selve* tryggheten og stabiliteten i familien bli truet når en forelder blir rammet av kreft. Jeg tenker at det derfor kan være fint for barnet å forholde seg til færrest mulig personer på sykehuset, slik at det kan bygge opp en tillitsfull og trygg relasjon til noen utvalgte. På denne måten blir det antageligvis lettere for barnet å tørre å åpne opp om det som kan være vanskelig og utfordrende. Eide og Eide (2018, s. 288) beskriver det som hensiktsmessig at det planlegges at barnet får møte den samme sykepleieren når han/hun kommer på besøk, slik at barnet opplever en viss forutsigbarhet, og dermed også trygghet.

#### 4.3 Barns behov for tilrettelagt informasjon

Funn fra forskningsartiklene viser at et av de viktigste bidragene for at barn som pårørende skal oppleve trygghet når en forelder har kreft, er tilpasset og konkret informasjon om sykdommen og sykdomsforløpet (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011; Ruud et al., 2015; Thastum et al., 2008). Likevel viser de samme studiene at barna ikke får den informasjonen de trenger, og at de savner åpenhet rundt sykdommen og forandringene i familien (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011; Ruud et al., 2015; Thastum et al., 2008). Det viser seg at både foreldre og helsepersonell strever med hvordan de skal imøtekomme barnas

informasjonsbehov, og mange foreldre ønsker råd og veiledning fra helsepersonell om hvordan de kan snakke med barna (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011). Det er med andre ord en avstand mellom barnas behov og de voksnes kompetanse til å imøtekomme dette behovet. Med tanke på at helsepersonell synes det er vanskelig å informere barna om sykdommen, er det nærliggende å tro at det også vil være utfordrende for de å gi råd og veiledning til foreldrene, om hvordan de kan samtale med dem.

Informasjon er forøvrig ikke bare et behov barna har, men også en faktor sykepleiere er pliktige å etterfølge, gjennom lovverk og retningslinjer (Helsepersonelloven, 1999, § 10a; Norsk sykepleierforbund, 2011). Min erfaring er at hverken studie eller arbeidsplasser tilbyr nødvendig undervisning og opplæring om barn som pårørende, og jeg stiller meg spørrende til at det er slik, når vi som helsepersonell er pliktige å ivareta barns behov for tilpasset informasjon og oppfølging. Mine erfaringer støttes forøvrig av forskningen til Hauger et al. (2020) og Knutsson et al. (2016), som viser at helsepersonell har mangelfull kunnskap om barns utvikling og deres behov for tilpasset kommunikasjon.

Hvis sykepleieren skal klare å etterfølge helsepersonelloven § 10a og de yrkesetiske retningslinjene, anser jeg det som nødvendig at hun er i stand til å vurdere hvert enkelt barns behov i forhold til alder, utvikling og modenhet. Hun må i tillegg legge til rette for at informasjonen gir mening for barnet. Piaget sin teori om barns kognitive utvikling viser at barn i alderen seks til tolv år mangler evner til å tenke abstrakt og at ord og uttrykk vil oppfattes helt konkret. Sykepleieren er derfor nødt til å ta dette i betraktning når ord og begreper skal forklares (Eide & Eide, 2018, s. 293). I løpet av sykepleierstudiet har vi blitt oppfordret til å lære oss sykepleiefaglige ord og termer, slik at vi fremstår profesjonelle og holder oss faglig oppdatert. I møte med barn derimot, mener jeg at man blir nødt til å legge dette i fra seg, for å klare å møte barnet der det er. Hvis du forteller et barn med manglende abstrakt tankegang, at «for at mamma skal få i seg den næringen hun trenger, så skal hun få en slange inn gjennom nesa», så er det nettopp det barna ser for seg: en levende grønn slange, som går inn i nesa på mamma. I følge Bergem (2018, s. 290) kan det derfor være en ide å bruke hjelpemidler som bilder, videoer, ufarlig sykepleieutstyr og bøker, for at barna lettere kan forstå hva som blir fortalt.

Både Knutsson et al. (2016), Bergem (2018, s. 62) og Eide og Eide (2018, s. 294) hevder at sykepleieres kunnskap om barn som pårørende og barns utvikling er viktig for å imøtekomme deres behov der de er, når en forelder blir syk. Bergem (2018, s. 239) peker imidlertid også på at sykepleierens holdninger og interesse for barn spiller en vesentlig rolle, i forhold til sykepleien som utøves ovenfor barnet. På bakgrunn av dette lurer jeg på om kunnskap alene, vil være nok til at sykepleiere kan oppnå en god, tillitsfull og trygg relasjon til barnet. Nordenhof (2012, s. 62-63) og Eide og Eide (2018, s. 10-11) støtter hverandre i at bruk av blant annet lek vil være en fin inngangsvinkel for å vinne tilliten og oppmerksomheten til barnet. For å ta i bruk lek som et virkemiddel er det naturlig for meg å tenke at sykepleieren må klare å legge fra seg sin profesjonalitet for et øyeblikk, for så å bruke fantasi og å leve seg inn i barnets virkelighet. Derfor tenker jeg at kunnskap, i tillegg til egnethet og evne til å ha et godt lag med barn, vil være viktige faktorer når sykepleier skal bygge relasjon og samtale med barnet. Bergem (2018, s. 239) mener forøvrig at det først og fremst handler om å vise interesse ovenfor barnet og at man viser at man bryr seg om det.

Skal vi tro Hofset Larsen og Nortvedt (2011) vil vi ved å ivareta barns behov for informasjon, kunne unngå at de konstruerer egne forklaringer og tanker om sykdommen, som igjen vil føre til mer engstelse, uro og utrygghet (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011). Å gi barna tilpasset og tilstrekkelig informasjon vil med andre ord kunne redusere stress og sorgrelaterte symptomer og i tillegg skape en følelse av kontroll og trygghet hos barnet (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011). Dette gir grunnlag for å tro at barn opplever hverdagen som mer forutsigbar, når de er tilstrekkelig informert. Dette støttes av Eide og Eide (2018, s. 288) som skriver at trygghet i stor grad handler om å ha kontroll.

De aller fleste barna i studien til Hofset Larsen og Nortvedt (2011) ønsket at foreldrene skulle informere dem om sykdommen. Dette hevder forøvrig annen faglitteratur og forskning også (Eide & Eide, 2018; Hofset Larsen & Nortvedt, 2011; Ruud et. al., 2015). Samtidig opplever foreldrene det som utfordrende å kommunisere med barna om sykdommen, fordi de ikke besitter den kunnskapen de tror de trenger, for å kunne prate med barna sine (Knutsson et. al., 2016). Flere foreldre holder også tilbake informasjonen, fordi de ønsker å skjerme barna (Hofset Larsen & Nortvedt, 2011). Samme studie viste også at flere av barna ikke fortalte om sine følelser, bekymringer og spørsmål, fordi de var redde for å såre foreldrene, og studien

får støtte fra forskningen til Ruud et al. (2015) og Thastum et al. (2008). Ut i fra egne erfaringer og opplevelser vet jeg hvor vanskelig det kan være å åpne opp om sårbare og vanskelige følelser, ettersom mine foreldre har ofte holdt sine følelser for seg selv. På denne måten har min erfaring blitt at man er sterk hvis man holder følelsene sine for seg selv og «tar seg sammen». De samme følelsene beskrives hos barn i forskningen til Dyregrov og Dyregrov (2011) og Ruud et al. (2015).

Med tanke på dette kan det tenkes at familier som rammes av kreftsykdom kan trenge hjelp og støtte til å gjennomføre en informasjonssamtale, der det både informeres om det sykdomsrelaterte, men også det emosjonelle og følelsesmessige rundt sykdommen. Forskningen til Thastum et al. (2008) viser nemlig at enkelte av barna kunne bekrefte at de hadde fått informasjon om sykdommen, men at de savnet å prate om de emosjonelle aspektene ved den. I mange av de berørte familiene vil foreldre klare å snakke med barna sine selv, så lenge de får veiledning på hvordan en slik samtale skal legges opp og foregå (Bergem, 2018, s. 237). Sånn sett kan det tenkes at det beste for barnet vil være at sykepleieren og foreldrene har pratet sammen i forkant av en samtale med barnet, slik at foreldrene selv forstår hva sykdommen gjør med kroppen til den syke, hvordan behandlingen fungerer og hva som vil skjer videre. Det kan også være en fin støtte og trygghet for familien, at sykepleieren er tilstede for å kunne veilede og svare på spørsmål foreldrene ikke har svar på (Eide & Eide, 2018; Knutsson et al., 2016). Skal hun klare dette betyr det at hun har kunnskap om sykdommen, at hun er trygg på barns behov og utvikling, samtidig som hun kjenner til pasientens behov og forutsetninger. I noen tilfeller vil det kanskje være nødvendig å påminne foreldrene om å ta en slik samtale, da barnas informasjonsbehov ofte kommer i bakgrunn, fordi bekymringer og andre tanker kommer i første rekke, i følge Bergem (2018, s. 237).



## 5 Konklusjon

Å ivareta barn som pårørende når en forelder har kreft, er en omfattende og sammensatt sykepleieroppgave. Oppgavens anvendte faglitteratur og forskning viser at å vokse opp med en syk forelder kan føre til ulike utfordringer for barnet og at det i verste fall kan føre til sykdom. Usikkerhet og utrygghet over tid kan føre til endringer i tilknytningsmønstre og et barn som i utgangspunktet har hatt en trygg tilknytning, kan skifte om å bli usikker og ambivalent. I en tid der barnets omsorgsbehov økes, reduseres foreldrenes omsorgskapasitet og barnet og foreldrene er derfor avhengige av tilrettelagt hjelp og oppfølging. Studiene viser at barnas viktigste informasjonskilde er foreldrene. I følge loven skal barnet tilbys informasjon og oppfølging som er tilpasset dets individuelle forutsetning med tanke på modenhet og alder. Sykepleierens jobb er derfor å identifisere og undersøke barnets behov, slik at den trygge tilknytningen til foreldrene og andre omsorgspersoner kan ivaretas. For å klare dette må sykepleieren evne å skape trygghet og tillitt hos barnet. Dette kan hun gjøre ved å tone seg inn på barnet og barnets behov og å dekke barnets fysiske, psykiske og mentale behov. Forskningen på sin side viser imidlertid at sykepleiere trenger mer kunnskap og erfaringer på området, for å kunne støtte og ivareta barn som pårørende.

## Litteraturliste

- Aronsen, M. A., Birkeland, J. A., Munkvik, M., Sjaastad, I., (2018). *Sykdomslære 1. Repetisjon og oppgaver*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bergem, A. K. (2014). *Da pappa fikk kreft*. Fagbokforlaget.
- Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal Akademisk.
- Bowlby, J. (1995). *En sikker base*. (B.Nake. Overs.) Det lille Forlag. (Opprinnelig utgitt 1988).
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dyregrov, K. (2012). Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. I B. Storm Mowatt Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. (s. 44-65). Abstrakt forlag.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2011). Barn og unge som pårørende ved kreft. *Senter for Krisepsykologi AS*.  
<https://www.montebellosenteret.no/images/stories/forskning/Barn%20og%20unge%20som%20prrende%20SFK%202011.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gamst, K. M. T., (2017). *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Hauger, B., Wiker, M. & Hamnes, B. (2020). Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende. *Nordisk sykeplejeforskning, 2020-12-01* (4), s. 266-279. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1892-2686-2020-04-05>
- Helgesen, A. K. (2017). Sosial kontakt. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. Hjelmeland Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141-167). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2017, 16.01). *Forskning om barn som pårørende*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/arbeidsprosess-og-kunnskapsgrunnlag/forskning-om-barn-som-parorende>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10a>

Henriksen, J-O., Aarflot, H. M. (2004). Å møte en annen. I I.T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt. *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 155-172). Gyldendal Akademisk.

Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521>

Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: - indblik i videnskabelige metoder* (s. 36-46). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Klette, T. (2007). *Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner.* (NOVA Rapport 17/07). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Knutsson, S., Enskär, K., Andersson-Gäre, B., & Golsäter, M. (2016). Children as relatives to a sick parent: Healthcare professionals' approaches. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 61–69. <https://doi.org/10.1177/2057158516662538>

Kreftforeningen. (2018, 13. februar). «Kjære helseminister» – barn og unges behov som pårørende kartlagt. <https://kreftforeningen.no/aktuelt/kjaere-helseminister-barn-og-unges-behov-som-paerørende-kartlagt/>

Kreftforeningen. (2020, 16. september). *Barn og ungdom som pårørende.*  
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/barn-og-ungdom/barn-og-ungdom-som-paerørende/>

Kreftforeningen. (2020, 23. oktober). *Hva er kreft?* <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftforeningen. (U.å.). *Kreft i Norge.* <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Hofset Larsen, B. H. & Nortvedt, M. W. (2011). Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien forskning. Nr 1, 2011* (6: 70-77).  
[10.4220/sykepleienf.2011.0068](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0068)

Michelsen, M. (2015, 4. mai). 10 ønsker fra et pårørende barn i møte med helsepersonell. *Barns beste.* <https://barnsbesteblogg.com/2015/05/04/10-onsker-fra-et-paerørende-barn-i-mote-med-helsepersonell/>

Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge.* Fagbokforlaget

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

*Politikens nudansk leksikon* (2002). Redigert av Bolette Rud. Pallesen mfl. København:  
Politikens Forlag

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E., Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie* (IS-0522).  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/\\_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf)

Sieh, D. S., Meijer, A. M., Oort, F. J., Visser-Meily, J. M., & Van der Leij, D. A. (2010). Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 13(4), 384–397. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0074-z>

Skagestad, T., & Klette, T. (2008). *Se meg! Å vokse opp med syke foreldre*. Noras Ark.

Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Cappelen Damm.

Thastum, M., Johansen, M. B., Gubba, L., Olesen, L. B. & Romer, G. (2008). Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), s. 123-138.  
<https://doi.org/10.1177/1359104507086345>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Utdanningsforbundet. (2016, 15. april). *Hva er en fagfelleurdert artikkel*.  
<https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelleurdert-artikkel/>