



Hvordan kan sykepleiere ivareta barnets behov som pårørende til en alvorlig kreftsyk forelder

Kandidatnummer: 250

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2018

Antall ord: 9675

28.05.2021

Sammendrag

Innledning: Det finnes lite kunnskap om hvordan sykepleiere kan tilstrekkelig ivareta barn som pårørende til en alvorlig kreftsyk forelder. Dette temaet må belyses for at sykepleieren skal møte disse barna på en god måte.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere ivareta barnets behov som pårørende til en alvorlig kreftsyk forelder?*

Metode: Oppgaven er basert på en litteraturstudie som belyser problemstillingen ut i fra relevant teori, pensumlitteratur, faglitteratur, fire forskningsartikler og egne erfaringer.

Teori: For å kunne besvare valgt problemstilling har jeg i teoridelen utdypet ulike temaer. Teori av Travelbee om menneske-til-menneskeforhold og Eriksons psykososiale utvikling. videre har jeg presenter fag- og pensumlitteratur innen barn som pårørende, lover og faglige retningslinjer, sykepleie og barnet og kommunikasjon.

Drøfting: Det drøftes hvordan sykepleier kan ivareta barns behov som pårørende ved hjelp av valgt forskningsartikler, fag og pensumlitteratur, sykepleieteori, lovverk og egen erfaring.

Konklusjon: Forskning viser at barn føler seg utilstrekkelig ivaretatt av helsepersonell. Sykepleieren må derfor tilegne seg tillitt til barnet. Dette gjøres gjennom Travelbee sine fire faser i menneske-til-menneskeforholdet, hvor sykepleieren kartlegger, informerer, kommuniserer, bygger tillit, trygghet og relasjon til barnet. Videre må sykepleieren opparbeide seg kunnskaper om barnet og dens behov.

Abstract

Introduction: There is little knowledge about how nurses can adequately care for children as relatives of a seriously cancerous parent. This topic must be highlighted in order for the nurse to meet these children in an good way.

The issue: *How can nurses take care of the child's needs as a relative of a seriously ill parent with cancer?*

Method: The thesis is based on a literature study that sheds light on the problem based on relevant theory, syllabus literature, non-fiction, four research articles and own experiences.

Theory: In order to be able to answer the chosen problem, I have elaborated on various topics in the theory section. Travelbee's theory of human-to-human relationships and Erikson's psychosocial development. Furthermore, I have presented professional and curriculum literature within children as relatives, laws and professional guidelines, nursing and the child and communication

Discussion: It is discussed how a nurse can take care of children's needs as a relative with the help of selected research articles, subjects and syllabus literature, nursing theory, legislation and own experience.

Conclusion: Research shows that children feel inadequately cared for by healthcare professionals. The nurse must therefore acquire confidence in the child. This is done through Travelbee's four phases in the human-to-human relationship, where the nurse maps, informs, communicates, builds trust, security and relationship with the child. Furthermore, the nurse must gain knowledge about the child and its needs.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	4
1.3 Oppgavens hensikt	5
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	5
1.5 Begrepsavklaring	6
1.6 Oppgavens videre oppbygning	7
2.0 Metode	8
2.1 Beskrivelse av metode	8
2.1.1 Litteraturstudie som metode	8
2.2 Fremgangsmåte søkehistorikk	8
2.3 Introduksjon av forskning	9
2.4 Kritisk vurdering av kilder	11
3.0 Teoretisk grunnlag	13
3.1 Barn og ungdom som pårørende	13
3.1.1 Erik Eriksons utviklingsteori	13
3.2 Joyce Travelbee's sykepleieteori	14
3.3 Sykepleiers juridiske og etiske ansvar	16
3.3.1 Yrkesetiske retningslinjer	17
3.4 Sykepleie og barnet	18
3.4.1 Behov for informasjon	18
3.4.2 Barnets behov for tillit	19
3.4.3 Kommunikasjon med barnet	19
3.5 Presentasjon av forskning	20
3.5.1 Barn og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft	20
3.5.2 How children cope when a parent has advanced cancer	21
3.5.3 Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial need and existing interventions	21
3.5.4 Recognition of Insufficient Competence—Nurses' Experiences in Direct Involvement With Adolescent Children of Cancer Patients	22
4 Diskusjon	23
4.1 Joyce Travelbee	23
4.1.1 Det innledende møtet	23
4.1.2 Fremvekst av identitet	26
4.1.3 Empati	27
4.1.4 Sympati og medfølelse	29
4.2 Kommunikasjon med barnet	30
5 Konklusjon	33
6 Litteraturliste	35
7 Vedlegg	39

1.0 Innledning

I denne oppgaven vil jeg se på sykepleiers oppgaver og ansvar til barn som pårørende til foreldre med kreft. Jeg vil innledningsvis presentere bakgrunn for valg av tema.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag overlever tre av fire som får kreft i Norge. I utgangen av 2019 var det 294 855 som har hatt kreft eller levde med kreft i Norge, men flere og flere som overlever (Kreftforeningen, u.å.). Antall nordmenn som får en kreftdiagnose økte med 30 prosent fra 2019 til 2020 (Kreftregisteret, u.å.). Kreft er en svært alvorlig sykdom, men det er også en relativt vanlig sykdom som rammer mange. Endringer i hverdagen til pasienten påvirker også dens pårørende. Som pasient og pårørende har man rett til å bli ivaretatt av det norske helsevesenet (Helsenorge, 2019). Et økende antall krefttilfeller fører til at det også blir et økende antall barn som pårørende til pasienter med kreft. Mer enn 3500 barn under 18 år opplever årlig at en av foreldrene får en kreftdiagnose. Rundt 700 av disse barna under 18 år, mister sin kreftsyke forelder (Kreftforeningen, 2021).

Mye av et barns liv endres når et barn får vite at en av foreldrene har fått kreft. Slike situasjoner kan være veldig belastende på barnet. Barnet blir mer sårbart og det oppstår mye usikkerhet, frykt og økt behov for støtte av familie og helsepersonell (Hauken, 2017). Barn har ulike behov som pårørende. De kan ha behov for informasjon, noen å snakke med om følelser og tanker, hjelp og støtte til å mestre situasjonen de befinner seg i, og behov for å snakke med helsepersonell (Reinertsen, 2012). Temaet jeg har valgt for oppgaven er sykepleierens funksjon ved ivaretagelsen av barn som pårørende til en kreftsyk forelder. Jeg har valgt dette temaet fordi jeg ser på det som en god mulighet til å lære mer om sykepleiers rolle, hvordan sykepleiere kan dekke barnets behov og være mer forberedt i møte med barn som pårørende.

1.2 Presentasjon av problemstilling

For å identifisere sykepleiers rolle i håndteringen og ivaretagelse av barns behov som pårørende har jeg utarbeidet denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere ivareta barnets behov som pårørende til en alvorlig kreftsyk forelder?

1.3 Oppgavens hensikt

Som sykepleier har man en plikt til å sørge for at alle barn som pårørende under 18 år er godt ivaretatt i møte med helsevesenet. I jobben som sykepleier vil man møte mange ulike pasienter med forskjellige kreftdiagnoser. Flere av disse pasientene har også barn under 18 år. Hensikten med oppgaven er å bidra med økt kunnskap og forståelse for barns behov som pårørende til en kreftsyk mor eller far. Som sykepleier skal man ha god formidlingsevne, fremme kunnskap, øke forståelse og gi god støtte til pasienten og pasientens pårørende. Å øke sin kunnskap skjer kontinuerlig og er rettet mot pasienten og dens pårørende ved at man som sykepleier har en funksjon for å fremme helse, forbygge, behandle, lindre og rehabilitere sykdom. (Kristoffersen et al, 2016, 16-18). Rammeplanen for sykepleierutdanningen fastslår at etter endt utdanning skal studenten kunne reflektere over og kjenne relevante lover og forskrifter, dette vil da også gjelde lover og forskrifter om barn som pårørende (Regjeringen., 2008; Helsepersonelloven, 1999 § 10).

En sykepleier skal ha profesjonell omsorg og fagkunnskaper om pasienten og dens situasjon, reaksjoner og behov for hjelp (Kristoffersen et al, 2016, 90-93). Barn som pårørende er en type pasientgruppe som har behov for informasjon, omsorg og kontakt når en forelder opplever krise (Reinertsen, 2012). Det er sykepleiers oppgave å formidle denne informasjonen og omsorgen til barnet med samtykke av foreldrene, dersom man ser at barnets behov ikke blir dekket (Helsepersonelloven, 1999 § 10).

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven begrenses til aldersgruppen 13-18 år, men videre vil jeg konsekvent bruke begrepet barn og ungdom uten å skille mellom dette i oppgaven.

I oppgaven vil jeg ikke gå inn på kreft som sykdom og dens sykdomsforløp. Dette er fordi hovedfokuset i problemstillingen vektlegger relasjonen mellom sykepleier og barnet, ikke sykdommen.

Barnets foreldre har en sentral rolle i barnets liv, men ettersom jeg har hovedfokus på relasjonen mellom sykepleieren og barnet, vil jeg ikke si noe om foreldrenes rolle. Jeg vil nevne det der det er naturlig i kontekst med sykepleiers begrensninger og begrunnelser.

Ettersom jeg har valgt å avgrense oppgaven til sengepost på sykehus vil jeg ta utgangspunkt i oppstartfasen hvor mor/far får kreftdiagnosen. I denne fasen av diagnoseforløpet har pasienten og barnet behov for informasjon fra sykepleiere og annet helsepersonell. Disse barna møter sykepleieren på sykehus. Sykepleieren som er ansvarlig for pasienten, har også ansvaret for barna. Jeg har tatt utgangspunkt i denne fasen i pasientens forløp fordi pasienten og dens pårørende mottar mye informasjon. Jeg vil senere i oppgaven trekke inn spesialisthelsetjenesteloven §3-7a.

Jeg vil se nærmere på sykepleiers rolle ved ivaretagelsen av barns behov som pårørende. Det vil bli gjennomgått lovverk og retningslinjer som gjelder for norske sykepleiere i håndteringen av barn som pårørende. Videre vil jeg ta for meg relevante forskningsartikler, litteratur og pensumlitteratur i kapittel tre for å kunne besvare problemstillingen.

1.5 Begrepsavklaring

Kreft: Begrepet kreft kan brukes om malign og ikke malign kreftceller, altså ondartet og ikke ondartet kreft. Ved kreft oppstår det mutasjoner i cellens arvestoff, dette gjør at cellene deler seg ukontrollert. Det vil deretter bli en samling av kreftceller der kreften startet, videre vil det dannes en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2020).

Barn som pårørende: Begrepet brukes om barn som pårørende til søsken og barn av pasienter og med alvorlig somatisk sykdom, psykisk sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet. I Norge gjelder bestemmelsen alle barn under 18 år (Helsedirektoratet, 2018).

Barns behov: kan hovedsakelig deles inn i to. Fysiske og psykologiske behov. Det kan videre deles inn i behovet for helsehjelp, sikkerhet, god ernæring, læring, sosiale og emosjonelle behov (Folkehelseinstituttet, u.å.). I denne oppgaven tolker jeg barnets behov sett i lys av

helsepersonelloven § 10 a. Sykepleieren skal ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging (Helsepersonelloven, 1999, § 10a).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Kapittel 2 omhandler metodiske rammeverk. Jeg viser hvordan jeg har gått frem i søkeprosessen, presentasjon av valgt litteratur, introduksjon av forskningsartiklene og kildekritikk. Kapittel 3 er presentasjon av relevant teori. I kapittel 4 vil jeg drøfte valgt problemstilling med forskning, teori og annen litteratur jeg har beskrevet. I kapittel 5 vil jeg konkludere mine funn.

2.0 Metode

I dette kapitlet skal jeg forklare metode og gjøre rede for valget av metode og forskningslitteratur. Jeg vil beskrive kildekritikk og hvordan jeg har funnet frem til relevant litteratur.

2.1 Beskrivelse av metode

Metode er et verktøy som brukes for å finne frem til kunnskap om valgt tema. Valget av metode sier noe om hvilke fremgangsmåter jeg må bruke for å finne denne kunnskapen (Dalland, 2014, 111-112). Vilhelm Aubert omtaler metode på følgende måte: «En metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer og komme frem til kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2014, 11-112). Metode deles så inn i kvalitative og kvantitativ metode. Kvalitativ metode gir deltakeren mulighet til å dele meninger og opplevelser og gir ofte mer utbredte svar. Kvantitativ metode gir målbar data i form av tall (Dalland, 2014, 112-113).

2.1.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie anvendes allerede eksisterende forskning og litteratur om et valgt tema. Hensikten er å gi en oppdatert og ny forståelse av valgt tema. Man går systematisk gjennom litteraturen knyttet til en problemstilling og setter seg inn i de ulike metodene litteraturen bruker (Thidemann, 2015, 77-82).

2.2 Fremgangsmåte søkehistorikk

I søk etter relevant forskning har jeg hatt tilgang til ulike søkedatabaser gjennom høgskolen VID sitt elektroniske bibliotek. Jeg har brukt databaser som er rettet mot helsefaget, oppfyller krav til faglig relevans og inneholder sykepleielitteratur (Dalland, 2014, s.149-155). Andre databaser som er brukt er Svemed+, ORIA OG EBSCOhost. EBSCOhost har innad i sin søkedatabase muligheter til å søke på andre databaser. Av disse har jeg brukt CINAHL, Academic Search Elite og MEDLINE . Det har også blitt søkt etter relevante lover i lovdata.

Innledningsvis gjorde jeg et bredt søk i skolens bibliotek og google scholar etter aktuell faglitteratur og forskningslitteratur for å få en oversikt over tilgjengelig litteratur om temaet. Jeg tok utgangspunkt i ord fra problemstillingen og søkte deretter med ord som sykepleier, barn, pårørende og kreft. Dette ga en overordnet oversikt over litteratur som var tilgjengelig på ønsket område. Søket etter litteratur ble begrenset til forskning fra 2011-2021. Dette er valgt på bakgrunn av gyldighet og relevans for oppgaven.

I Svemed+ brukte jeg feltet «avansert søk». Det ble brukt søkeord som «children» i fritekst søkefeltet og «parents with cancer» i MeSH-term søkefeltet. Det ga 22 treff. Ved å kombinere søkeordene, valgte jeg litteraturstudie fra 2011. «*Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft*» skrevet av Larsen og Nortvedt.

Innad i EBSCOhost søkte jeg på databasene Academic Search Elite, CINAHL, CINAHL full text og MEDLINE. Søkeordene «oncology», «coping», «children», «advanced cancer» ble brukt. Videre kombinerte jeg søket med «AND». Søket ga 14 resultater, hvor jeg valgte ut en kvalitativ studie fra 2009 skrevet av Kennedy og Lloyd-Williams. Studien heter «*How children cope when a parent has advanced cancer*».

Videre i EBSCOhost, brukte jeg databasene Academic Search Elite, CINAHL, CINAHL full text og MEDLINE. Jeg skrev søkeordene «childrens needs» AND «parents with cancer». Med disse søkeordene fikk jeg 8 søketreff. Her valgte jeg ut en litteraturstudie fra 2016. «*Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions*» skrevet av Ellis, Wakefield, Burns, & Patterson.

Et nytt søk ble gjennomførte i EBSCOhost. Innad i EBSCOhost søkte jeg på databasen CINAHL. Jeg brukte søkeordene «adolescent» AND «nurses» AND «cancer patients». Dette ga 7 treff, hvor jeg valgte en artikkel fra 2018, «*Recognition of Insufficient Competence—Nurses' Experiences in Direct Involvement With Adolescent Children of Cancer Patients*».

2.3 Introduksjon av forskning

Barn og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft (Larsen & Nortvedt, 2011).

Studien er en fagfelleurdert systematisk oversiktsstudie. Det ble søkt systematisk etter tidligere forskning fra Johanna Briggs Institute, Evidence Based Nursing, Psycinfo, Medline, CINAHL og Svemed+. Studien er basert på artikler fra skandinavisk og engelsk litteratur fra 1998 til februar 2010. Søket ble begrenset til barn fra 0-18 år. Det ble da søkt etter forskning som beskriver barn og ungdoms informasjonsbehov ved kreftsykdom hos mor eller far. Det ble funnet tilsammen 11 enkeltstudier og en oversiktsartikkel som ble inkludert i litteraturstudien. Alle funnene hadde kvalitativt design. Hensikten med denne litteraturstudien var å gjennomgå eksisterende forskning som konkretiserer og utdyper barn og ungdoms behov for informasjon når mor eller far får kreft. Dessuten å styrke helsepersonells kompetanse innen dette område slik at de lettere kan hjelpe foreldrene i å ivareta omsorgen overfor barna sine. Jeg valgte denne studien fordi den dekker deler av temaet jeg ønsker å belyse ved at den gir konkret informasjon om hvilke behov et barn har når en forelder får en kreftdiagnose.

How children cope when a parent has advanced cancer (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Kennedy & Lloyd-Williams (2009) skrev en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. Metoden som er brukt er semistrukturerte intervjuer med 28 deltakere fra 12 familier. Studien hadde som hensikt å utforske og kartlegge hvordan barn håndterer en kreftdiagnose hos en forelder og å identifisere barrierer barnet møter i sammenheng med dette. Denne studien valgte jeg fordi den belyser hindringer og utfordringer barnet møter, noe som kan øke kompetansen i hvordan sykepleiere skal ivareta barn som pårørende til kreftsyke foreldre.

Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial need and existing interventions (Ellis, Wakefield, Burns & Patterson, 2016). Studien er fagfelleurdert og systematisk litteraturstudie. I artikkelen ble det søkt systematisk etter relevant forskningslitteratur i kilder fra Medline, CINAHL, PsychInfo, EMBASE and Social Work Abstracts. Søket etter forskningsartikler ble avgrenset fra 1985 til 2015. Det ble funnet 98 fulltekster, og av disse artiklene rapporterte 12 av artiklene om barns psykososiale behov når en forelder har fått kreft. Hensikten med studien var å oppsummere barn og ungdoms psykososiale behov som pårørende til en forelder med kreft.

Artikkelen ble valgt da den sier noe om barns behov som pårørende, noe som er veldig aktuelt for min oppgave.

Recognition of Insufficient Competence—Nurses' Experiences in Direct Involvement With Adolescent Children of Cancer Patients (Tafjord, 2018).

Tafjord (2018) har skrevet en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 12 sykepleiere innenfor kreftomsorgen. Formålet med studien var å utforske sykepleiers opplevelse av ungdommer som pårørende til kreft. Denne artikkelen ble valgt fordi den sier noe om sykepleiers erfaring i møte med ungdommer.

2.4 Kritisk vurdering av kilder

Kildekritikk er å kritisk vurderer de kildene man bruker og vurderer om disse er relevant for egen problemstilling. Kildekritikk er å reflektere over og vurdere kildenes relevans troverdighet, pålitelighet og gyldighet (Dalland, 2014, 63-64,67-68).

Jeg anser pensumlitteratur fra skolen som relevant og sikker til min oppgave, men jeg har vært kritisk til den selvvalgte litteraturen. Artikkene jeg har valgt i min oppgave er fagfelleverderte artikler, noe jeg mener kvalitetssikrer litteraturen (Dalland, 2014, s 78).

I mitt søk etter forskning var et av inklusjonskriteriene mine at forskningen ikke skal være eldre enn 10 år. Forskningsartikkelen «*How children cope when a parent has advanced cancer*» (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) er eldre enn 10 år. Dette kan være en svakhet, men på bakgrunn av dens relevante forskning har jeg valgt å bruke den for å besvare min problemstilling. Dette fordi den antas å enda kunne gi et gyldig perspektiv. Jeg har forholdt meg kritisk til artikkelens alder.

Jeg har ikke gjort noen avgrensninger av hvilke land studiene er skrevet i eller tar utgangspunkt i, da ivaretagelsen av barn som pårørende er et universelt arbeid.

To av forskningsartiklene jeg har funnet er systematiske litteraturstudier som følger IMRaD struktur. En fordel med litteraturstudiene jeg har funnet er at det er god oversikt og lett å trekke ut informasjon fra artikkelen (Thidemann, 2015, 79-82).

To av forskningsartiklene jeg har funnet er kvalitative studier. En fordel med kvalitative studier er at forskerne kan gå i dybden innen gitt tema og få mer detaljert informasjon samt stille oppfølgingsspørsmål grunnet et mindre antall deltakere. En generell svakhet med kvalitative studier er at det ofte er færre deltakere, noe som kan gi en upålitelig representasjon av resten av befolkningen. Jeg har derfor valgt kvalitative studier og litteraturstudier for å besvare min problemstilling (Thidemann, 2015, s 76-82).

Tre av forskningsartiklene jeg har funnet er skrevet på engelsk, en svakhet med dette er at det under oversettelsesprosessen fra engelsk til norsk kan det oppstå feiltolkninger og misforståelse av betydningen i artikkelen. Det er i tillegg viktig å være oppmerksom på kulturelle forskjeller i ulike land, men jeg vil likevel hevde at disse artiklene har en overføringsverdi til norsk kultur.

Under bruken av lovverk innad i oppgaven har jeg brukt lovdata.no som litteratur. Lovene oppdateres fortløpende dersom det oppstår lovendringer. Jeg har også brukt helsedirektoratet sin hjemmeside for å finne retningslinjer til brukt lovverk.

3.0 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet skal jeg presentere teorier jeg har valgt og ulike faglige perspektiver som skal hjelpe meg i å besvare min problemstilling. Jeg har valgt teorier av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, psykolog Erik Erikson, ulike forskningsartikler, pensum litteratur, samt fag- og forsknings litteratur.

3.1 Barn og ungdom som pårørende

Når en forelder får en kreftdiagnose oppstår det ofte en krise innad i familien og hos barnet. Barnet kjenner på usikkerhet, engstelser og endringer i familieroller. Det normale livet blir satt på pause. Nye roller inntar barnets liv og barnet blir kjent med sykepleiere og annet helsepersonell (Eide & Eide, 2018, s. 288). I slike situasjoner er det viktig at det skapes rammer som gir barnet en følelse av kontroll. Dette kan oppnås gjennom trygge omgivelser, god informasjon og støtte (Eide & Eide, 2018, s. 288). Det er foreldrene til barnet som har hovedansvaret for barnet. Dersom mor eller far ikke klarer å oppfylle barnets behov skal helsepersonell sørge for at barnets behov blir ivaretatt med samtykke av foreldrene (Helsepersonelloven, 1999, § 10a).

Ungdommer håndterer krise innad i familien forskjellig og er sårbare grunnet stadiet i deres kognitive og psykologiske utvikling. Ungdommer har en risiko for å utvikle adferd og emosjonelle problemer, samt å oppleve usikkerhet, frykt og ensomhet knyttet til en forelders kreftdiagnose (Tafjord, 2018). Mange ungdommer søker etter informasjon om sykdommen selv. I denne aldergruppen begynner ungdommene å forme egne meninger. De begynner å se ut som voksne, men de er enda barn. Det er viktig for ungdommen å finne aktiviteter i hverdagen som kan gi et avbrekk fra en ellers forandret hverdag. Ungdommer lærer av hverandre, og et tilbud om en samtalearena sammen med andre i samme situasjon kan gjøre stor nytte for ungdommens behov for samtale (Eide & Eide, 2018, s. 303; (Reinertsen., 2012).

3.1.1 Erik Eriksons utviklingsteori

Erik H. Erikson utviklet en teori om psykososial utvikling. Denne psykososiale utviklingen deles inn i åtte faser og hver fase påvirker et vendepunkt som bidrar til karakteristiske

endringer i personens psykososiale utvikling. Utviklingen av individet henger sammen med omgivelsene, samfunnet og kulturen. Hver fase medfører utfordringer som må løses. Jeg vil gå nærmere inn på fase fem, *identitet versus forvirring* (14-20 år) da jeg tar for meg barn i alderen 13-18 i min oppgave (Håkonsen, 2018, s. 57).

I fasen *identitet versus forvirring* skjer det en dramatisk forandring hos individet. Det skjer biologiske og fysiske forandringer. Store hormonelle endringer er også vanlig. I tillegg er dette en fase med sosial utvikling i forbindelse med utprøvelser av seksualitet og seksual modning. Ofte fører dette til sosial og følelsesmessige spenninger hos den enkelte. Den voksne verden kommer stadig nærmere, og det kan føre til at den enkelte kan gjenoppleve livskriser fra tidligere faser. Utviklingen av egoidentitet foregår også i denne fasen. Grunnlaget for egoidentitet kommer som resultat av tidligere livskriser. Dersom individet klarer å opprettholde en følelse av kontroll, mestring og forutsigbarhet i denne fasen, vil forutsetningene for et godt resultat være tilstede. I denne krevende fasen kan individet, uten riktige forutsetninger, oppleve en økende forvirring omkring egen person. Hvem er jeg, og hva skal jeg bli, kan være spørsmål som kommer til overflaten. I denne perioden knytter individet seg ofte til en vennegruppe for å oppleve identitet og tilhørighet (Håkonsen, 2018, s. 57).

3.2 Joyce Travelbee's sykepleieteori

Joyce Travelbee definerer sykepleie som *en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne meningen i disse erfaringene*. Joyce Travelbee legger vekt på at utøvelsen av sykepleie er en mellommenneskelig prosess (Travelbee, 1999, s 177).

Joyce Travelbee er en anerkjent sykepleie teoretiker. Med sin teori om menneske-til-menneske forhold har hun utviklet en teori som er like aktuell i dag som i 1966 da hun ga ut boken *Internasjonal Aspects in Nursing*. I boken skriver Travelbee om mellommenneskelige forhold i sykepleie. Hovedtanken i boken er at sykepleier og pasienten skal etablere et forhold. Sykepleier og pasient skal se på hverandre som individer og ikke som «sykepleier»

og «pasient». Teorien har fokus på relasjonen som skapes mellom sykepleier og pasienten og utviklingen av denne relasjonen mellom dem (Travelbee, 1999, s 177).

Joyce Travelbee anser sykepleie som en mellommenneskelig prosess som har til hensikt å hjelpe et individ eller familie med å forebygge og mestre sykdom og lidelse. Når partene i menneske-til-menneskeforholdet ser på hverandre som unike vil de klare å etablere kontakt mellom sykepleier og den hen har ansvar for. Menneske-til-menneskeforholdet tar tid å etablere og opprettholde, fordi individet og dens pårørende skal føle seg trygge og ivaretatt i sykepleierens omsorg. Alt sykepleieren gjør og sier for individet eller familien hjelper å oppfylle sykepleierens hensikt. Barn er en del av familien, og som sykepleier skal man hjelpe familien i å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s 177-179). Sykepleieren og pasienten må gjennom fire faser for å danne et menneske-til-menneskeforhold.

Det innledende møtet, er når sykepleieren møter en person for første gang. Sykepleieren og pasienten vil observere og gjøre opp antagelser og tanker om hverandre. I dette møtet oppfatter man hverandre og danner et førsteinntrykk. Denne oppfatningen kan endres over tid. I denne fasen anser individene hverandre i stereotypiske roller. Det er sykepleiers oppgave å endre denne oppfatningen av hverandre (Travelbee, 1999, s. 187-188).

Fasen *fremvekst av identiteter* karakteriseres ved å verdsette den andre som et unikt individ og etablere tilknytning til hverandre. I denne fasen knytter sykepleier og pasienten seg til hverandre og anser hverandre mindre som stereotypiske kategorier, og mer som unike individer. I denne fasen vil sykepleieren observere og lære hva pasienten føler, tenker og oppfatter ulike situasjoner. Det er viktig for pasienten og pårørende å bli sett. Denne fasen legger grunnlaget for empati og forståelse (Travelbee, 1999, s 188-189).

I *empatifasen* prøver individene å forstå og ta del i den andres psykiske tilstand. Individene viser empati, og knytter seg til den andre. Forutsetningen for at empati skal oppstå mellom partene er at sykepleieren forstår tankene og følelsene til individet. Når empati har oppstått mellom individene, vil det ikke kunne gå tilbake slik det var før empatien oppsto (Travelbee, 1999, s. 193-195).

I den siste fasen opplever individene sympati og medfølelse. Denne fasen springer fra empatifasen. I denne fasen vil individet føle en trang eller et ønske om å lindre plager. Denne fasen virker forsterkende og utdypende på forholdet mellom sykepleier og individet. En viktig del av denne fasen er at sykepleieren bryr seg om individet, samtidig som hen gir følelsesmessig støtte til barnet i en vanskelig tid (Travelbee, 1999, s. 200-202).

I et menneske-til-menneskeforhold er behovet til den syke i fokus, i dette tilfelle pasienten behov. Det medfører dermed en bestemt adferd fra pasienten og fra sykepleieren. Som sykepleier forventes det at en utøver profesjonell adferd og at sykepleier skal ivareta pasienten behov. Sykepleieren har ulike metoder for å sørge for at pasientens behov er tilfredsstilt. Sykepleieren observerer og dokumenterer gjennom samtale og observasjon. Gjennom kommunikasjon opprettholdes menneske-til-menneske forholdet som har blitt etablert mellom sykepleier og pasienten (Travelbee, 1999, s 177-179).

3.3 Sykepleiers juridiske og etiske ansvar

Helsepersonelloven kom i 1999 og skal bidra med sikkerhet for pasienter og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1-3). I 2010 la helsepersonelloven frem en endring som pålegger sykepleiere og annet helsepersonell å ta økt ansvar for barn som pårørende. Loven ble kalt Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. Etter helsepersonelloven § 10a plikter sykepleiere å ivareta barns behov som pårørende, samt å se foreldrenes behov for hjelp i den vanskelige situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §10 a).

Lovendringen tydeliggjorde ansvaret helsepersonell har overfor barn som pårørende til pasienter av alvorlig somatisk sykdom, rusavhengighet, psykisk sykdom og skade. Loven plikter helsepersonell til å avklare med pasienten om pasienten har barn eller mindreårige søsken. Sykepleier skal avklare deres behov for informasjon og oppfølging samt gi informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og tilpasset informasjon til barnets alder og forutsetninger. Som sykepleier skal man kartlegge behov og utføre tiltak som kan oppfylle barnets behov. Et eksempel på et slikt tiltak kan være behovet for samtale og informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10a,b).

Etter lovendringen i 2010 fikk barn som pårørende en viktigere og mer sentral rolle i arbeidet til sykepleiere. Barna til pårørende har ulike behov som må innfris. Med samtykke av foreldrene kan vi som helsepersonell, hjelpe og sørge for at barnets behov blir dekket. Som sykepleier har man ikke lenger bare pasientens behov å ivareta, men har også større ansvar for barn som pårørende og deres behov (Helsepersonelloven, 1999, § 10a,b).

Som en del av helsepersonelloven må man som sykepleier opprettholde taushetsplikt, også overfor barna til pasienten. Det er nødvendig for sykepleiere og annet helsepersonell å avklare med pasienten at hen godkjenner og samtykker til videreformidling av taushetsbelagt informasjon til barnet og andre pårørende (Helsepersonelloven, 1999, § 10a,b).

Det er viktig å trekke inn spesialisthelsetjenesteloven §3-7a, ettersom jeg har valgt å avgrense oppgaven til en sengepost på sykehus. Denne loven handler om at helseinstitusjoner som f.eks. sykehus skal ha barnansvarlig personell. Dette innebærer at det barnansvarlige personellet skal ha ansvaret for å koordinere og fremme oppfølgingen av mindreårige som er pårørende til alvorlig somatisk syke, rusmiddelavhengige, psykisk syke eller skadde pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-7a).

3.3.1 Yrkesetiske retningslinjer

Norges sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer som sykepleier skal forholde seg til. Grunnlaget for de yrkesetiske retningslinjene er at sykepleie skal baseres på omsorg, medfølelse og respekten for menneskerettighetene. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer kommer det frem at sykepleieren skal vise omtanke, respekt og inkludere de pårørende. Sykepleieren bidrar også til at pårørendes rett til informasjon til ivaretatt og når barn er pårørende skal sykepleier sørge for at barnets særskilte behov blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, u.å.)

3.4 Sykepleie og barnet

Sykepleieren har et ansvar overfor barn som pårørende. Barnet har ulike behov som må dekkes. Det blir sykepleierens ansvar å hjelpe foreldrene og barnet å dekke disse behovene (Helsepersonelloven, 1999, § 10a). Dersom foreldrenes kapasitet til å ivareta barnets behov faller fra, vil sykepleieren bli pliktet til å hjelpe foreldrene til å ivareta barnets behov som pårørende med samtykke av foreldrene (Helsepersonelloven, 1999, § 10a; Kreftforeningen, 2021; Tafjord, 2018).

I slike situasjoner hvor forelderrollen svikter plikter sykepleiere å bidra til ivaretagelsen av og vise omsorg til barn som pårørende. Ettersom dette foregår på et sykehus, er det viktig å ha et barneansvarlig personell. Barneansvarlig personell samhandler og koordinerer oppfølgingen av barna. (Helsedirektoratet, 2018; Helsepersonelloven, 1999, § 10a; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-7a; Norsk sykepleierforbund, 2021; Larsen & Nortvedt., 2016).

3.4.1 Behov for informasjon

Når mor/far blir syk har barnet behov for informasjon om foreldrenes prognose, sykdomsforløp, bivirkninger og behandling. Informasjonen som blir gitt til barnet skal være tilpasset barnets individuelle forutsetninger (Helsedirektoratet, 2018). Dette betyr at informasjonen som skal formidles til barnet må nå frem på en forståelig måte. Barnet skal både høre, forstå og huske det som har blitt sagt. Det er viktig å gi barna informasjon om sykdommen så tidlig som mulig. Mange barn har en viss anelse om at noe er galt før de har fått vite at en forelder er syk. Dersom informasjonen når barnet for sent, kan barnet tro at foreldrene holder tilbake informasjon (Larsen & Nortvedt., 2011; Eide & Eide., 2018, s.218).

Balansen mellom for mye, og for lite informasjon må derfor være til stede. For mye informasjon kan føre til forvirring (Larsen & Nortvedt, 2011). For lite informasjon kan føre til misforståelser, bekymringer, stress, depresjon og angst hos barnet (Ellis et al, 2016). Videre kan manglende informasjon skape fantasier som er verre enn virkeligheten. Foreldrene er barnets viktigste informasjonskilde. Dersom informasjon blir tilbakeholdt kan det føre til

brudd i tillitsrelasjonen mellom barnet og foreldre. Det er også vist at barn har behov for å snakke med helsepersonell, fordi de har kunnskaper om sykdommen som foreldrene ikke har. Dette skaper en trygghet hos barnet (Reinertsen., 2012; Dyregrov., 2012, s. 50).

3.4.2 Barnets behov for tillit

Tillit utvikles gjennom åpenhet, undring og aktiv lytting. Det er ikke enkelt å vite hva et barn trenger av støtte og hjelp i vanskelige situasjoner og det kan ta tid å etablere tillit. Barn vil ikke dele sine behov uten videre. Mange barn holder følelser og tanker for seg selv, spesielt for fremmede. Ved at sykepleier viser nysgjerrighet overfor barnets interesser, uttrykker det respekt og empati til barnet, og utgjør grunnlaget for tillit (Eide & Eide, 2018, s. 291-292).

Sykepleieren skal være en støttespiller for barnet gjennom den vanskelige situasjonen. Det er viktig for sykepleier å vise empati når barnet har det vanskelig. Når sykepleieren snakker med barnet må sykepleieren innhente informasjon om barnets tanker og følelser. Videre må man respondere på en hjelpende og støttende måte slik at barnet føler seg anerkjent og ivaretatt. Ved at sykepleier bekrefter barnets følelser og tanker, bygges det tillit gjennom kommunikasjonen med barnet. Videre må sykepleier igangsette tiltak for å hjelpe barnet dersom det er behov for det (Eide & Eide., 2018,s.160-161; Haugland et al., 2012, s. 13).

3.4.3 Kommunikasjon med barnet

For å kommunisere med et barn må det skapes tillit (Eide & Eide, 2018, s. 292). Sykepleieren må bruke sine kommunikasjonsferdigheter for å kommunisere med barnet. Aktiv lytting er en grunnleggende og viktig ferdighet sykepleieren bør ha. Aktiv lytting kan deles inn i verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon innebærer at sykepleier utforsker, oppmuntrer og viser interesse i samtalen med barnet. Nonverbal kommunikasjon kan være bruken av øyekontakt, kroppsholdning og bruk av stillhet for å gi barnet mulighet til å reflektere over samtalen (Eide & Eide, 2018, s. 118).

Barn kan være sjenert og usikker i møte med sykepleier, og ønsker ikke alltid å kommunisere med sykepleieren. Sykepleieren må etablere tillit for å ha en samtale med barnet. Samtalens innhold skal være mellom barnet og sykepleieren. Barnet må vite at det hen forteller til sykepleieren ikke blir fortalt videre til foreldrene uten barnets samtykke. Sykepleieren skal informere barnet om dersom det kommer frem alvorlig informasjon må foreldrene få vite om det for å ivareta foreldreansvaret (Helsedirektoratet, 2018). Bekreftende kommunikasjon er viktig i kommunikasjonen med barnet. Sykepleieren formidler gjennom ord at hen har sett og forstått barnet. Det gir en bekreftelse som styrker barnets selvfølelse og fyller psykologiske behov for tilknytning til sykepleieren for videre kommunikasjon (Eide & Eide, 2018, s. 155). Når man kommuniserer med barnet er det viktig å forholde seg til barnets psykologiske utvikling, og hvor barnet er i denne utviklingen. Foreldrenes kreftdiagnose kan medføre så store belastninger på familiesituasjonen at det utgjør en risiko for barnets psykososiale helse, og gir barnet økt risiko for angst, depresjon og sorgreaksjoner (Dyregrov, 2012, s. 45). Når barnet opplever slike reaksjoner må sykepleieren anerkjenne barnet, gi omsorg, skape trygghet og gi barnet muligheter til utvikling (Eide & Eide, 2018, s. 288-289).

3.5 Presentasjon av forskning

3.5.1 Barn og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft

Forskningsresultatet viser at barn har et behov for informasjon når mor/far får kreft. Flere av barna ønsket informasjon om behandling, prognose og noen ønsket å vite hva som var forventet av dem under sykdomsforløpet. Mangel på informasjon førte til bekymringer og misforståelser hos barna og ønsket om informasjon steg med økende alder. De ønsket å bli inkludert fra starten og behovet for informasjon ble større når foreldrene ble sykere. Ungdommene i studien søkte til dels etter informasjon selv, men barna flest oppga foreldrene som viktigste informasjonskilde. Det kom dessuten frem i studien at flere av barna ønsket å prate med helsepersonell. Artikkelen konkluderer med at barn som pårørende til foreldre med kreft har et behov for konkret og ærlig informasjon om prognose, behandling og fremtiden. Det kommer også frem at foreldrene er den viktigste informasjonskilden. Dette er viktig å bemerke seg fordi sykepleiere kan bistå foreldrene i å ivareta barnets behov for informasjon (Larsen & Nortvedt, 2011).

3.5.2 How children cope when a parent has advanced cancer

Konklusjonen i intervjuene viste at barna i studien hadde bekymringer omkring foreldrenes sykdom. Videre konkluderte studiene med at mange av barna var redde og bekymret for sykdommens forløp og utvikling. Det kom også frem at barna ikke ønsket å stille spørsmål til foreldrene om sykdommen i frykt for å gjøre foreldrene opprørt. Flere av barna i studien hadde også ulike mestringsstrategier. Dette inkluderte å ha en positiv holdning, prøve å opprettholde normale aktiviteter, ulike former for distrahering, tilbringe mer tid med den syke, distansering fra den syke, snakke om sykdommen og ikke snakke om sykdommen. Det ble også rapportert et behov for å snakke med noen utenfor familien, men barna opplevde mangel på tilgang av slike tilbud. Noen av barna opplevde også manglende informasjon. Studien konkluderer med at barn har ulike reaksjoner når foreldre får en kreftdiagnose. Barnet mestrer dette på ulike måter, men å opprettholde en normal hverdag viste seg å være viktig for både foreldrene og barna (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

3.5.3 Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial need and existing interventions

I denne undersøkelsen diskuteres barns behov for aldersbestemt og tilpasset informasjon om foreldrenes kreftdiagnose. Dette gjelder spesielt informasjon om planlagt behandling, prognose og fremtidige tester. Ungdommene i studien oppga et økt behov for mer informasjon om hvordan de kan hjelpe foreldrene, og et ønske om å bli inkludert. Både barn og ungdom i studien ønsket ikke å gjøre foreldrene opprørt med spørsmål om sykdommen. Barn trenger et miljø der de kan dele positive og negative følelser. De uttrykte et behov for å snakke med noen om sykdommen. Det ble konkludert med at barn og ungdom som pårørende til en forelder med kreft mottar mye ulik informasjon, men trenger konkret, tilpasset, tilgjengelig og aldersbestemt informasjon. Det kommer også frem at barn har sosiale, emosjonelle og praktiske behov som sjeldent blir innfridd aktiv tilrettelegging (Ellis, Wakefield, Burns & Patterson, 2016).

3.5.4 Recognition of Insufficient Competence—Nurses' Experiences in Direct Involvement With Adolescent Children of Cancer Patients

I studien kom det frem at fordi ungdommer har en tendens til å være emosjonelt og fysisk fraværende, ble de ikke ivaretatt i like stor grad av sykepleierne. Sykepleierne rapporterte også om begrenset erfaring og kompetanse om hvordan de skulle støtte og tilnærme seg ungdommer som pårørende til en kreftsyk forelder. Ungdommene var stille, utilgjengelige og vanskelige å nå inn til. Mange av sykepleierne opplevde at ungdommer var en utfordring, fordi de gjennomgår en psykososial forandring og hadde problemer med å uttrykke sine behov. Det ble derfor vanskelig for sykepleierne å vurdere ungdommens behov for informasjon, støtte og hjelp til mestring. Samme studien viste likevel til at dersom sykepleierne inkluderte og satte av tid til å bli kjent, kom det frem at ungdommene ønsket å ta del i sykdomsforløpet til mor/far. Studien konkluderer med at ungdommer i større grad blir oversett på grunn av deres emosjonelle og fysiske fraværelse. Det kommer også frem at ungdommer blir negativt berørt av foreldrenes sykdom, men involvering og tilgang til støtte av helsepersonell er foreslått til å forbedre ungdommers håndtering og adaptering av situasjonen (Tafjord, 2018).

4 Diskusjon

Min problemstilling er «*Hvordan kan sykepleiere ivareta barnets behov som pårørende til en alvorlig kreftsyk forelder*». I dette kapitlet vil jeg belyse problemstillingen med teori, pensumlitteratur, forskning, lovverk, relevant litteratur og egne erfaringer. Jeg vil fokusere på sykepleiers ivaretagelse av barns behov i lys av Joyce Travelbee sine fire faser i menneske-til-menneske forhold, samt betydningen av kommunikasjon med barnet.

4.1 Joyce Travelbee

Sykepleieren og pasienten må gjennom fire faser for å danne et menneske-til-menneskeforhold. Fasene er *det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati, og sympati og medfølelse* (Travelbee, 2001, s 177-179).

4.1.1 Det innledende møtet

I fasen *det innledende møtet*, møter sykepleieren pasienten for første gang, her dannes et førsteinntrykk av hverandre (Travelbee, 1999, s. 187-188). For mange barn vil det første møtet med sykepleier være på et sykehus. Sykehuset er gjerne en ukjent arena for barnet og oppholdet på sykehuset kan skape frykt hos barnet. Barnet kan oppleve det som skremmende med leger og sykepleiere i uniformer, mange pasienter og besøkende. I artikkelen til Larsen & Nortvedt (2011) kommer det frem at enkelte barn ble skremt av sterke inntrykk som blod og medisinsk utstyr, dette bekreftes av Kennedy og Lloyd-Williams (2009). Likevel viser forskning at disse besøkene bidro til økt kunnskap og forståelse av mor/fars sykdom dersom barnet var forberedt på hva som kunne møte barnet på sykehuset (Larsen & Nortvedt., 2011; Reinertsen., 2012). Det er derfor grunnleggende at sykepleierne møter barnet med forståelse og kunnskap. Å bygge tillitt med barnet danner grunnlaget for videre kommunikasjon.

Barn som pårørende har lovfestet rettigheter til å bli ivaretatt (Helsepersonelloven, 1999, § 10a; Travelbee, 1999, s. 187-192). Funn i forskning viser at barn oppga å føle seg oversett og ikke ivaretatt av sykepleiere (Ellis et al., 2016; Tafjord., 2018). I studien til Tafjord (2018) kommer det frem at til tross for om sykepleiere plikter til å ivareta barns behov som

pårørende, viser det seg at dette ikke blir gjennomført i like stor grad hos ungdommer som pårørende. Sykepleierne i artikkelen følte på usikkerhet, manglende erfaring og kunnskap om ungdommer og deres psykososiale behov. Ungdommene ble sett på som fysisk og psykisk ikke tilstede og ble assosiert med å være umodne og uinteressert i forelderens sykdomsbilde. På bakgrunn av dette var sykepleierne usikre på hvordan de skulle møte ungdommens behov. Dette kan en tenke seg å føre til at de ikke tok initiativ til å danne et grunnlag for videre faser i menneske-til-menneskeforholdet. Sykepleierens frykt for å bli avvist, førte til at sykepleiere neglisjerte og unngikk ungdommenes behov. Samme studie viste til at møtet med yngre barn var lettere og at de her følte seg mer kompetente. Funn i studier bekrefter min mistanke om at sykepleiere manglet kunnskaper og erfaringer med barn og ungdom som pårørende (Tafjord., 2018; Reinertsen., 2012). Norsk sykepleieforbund (u.å.) viser til at man som sykepleier plikter å holde seg oppdatert om forskning og utvikling av ny kompetanse. Dessuten pliktes sykepleier til å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Sykepleieren må derfor ta et eget ansvar for å øke, forbedre og utvikle sin kunnskap om barn og deres behov. Dette vil øke mestring og bedre ivaretagelsen av barns behov som pårørende. Som sykepleierstudent har jeg selv erfaring med at når man gjør noe for første gang kan man føle seg usikker i sin rolle. Gode kunnskaper, tidligere erfaringer og gode kollegaer gir trygghet i rollen som sykepleier.

Lovendringen i 2010 satte fokus på å øke sykepleiers kompetanse og skulle forbedre barns rettigheter som pårørende til for eksempel kreftsyke foreldre. Det har siden lovendringen blitt jobbet mer konsekvent for å ivareta barn som pårørende, barn som pårørende har derfor fått en mer sentral rolle i arbeidet til sykepleierne (Tafjord., 2018; Helsepersonelloven., 1999, § 10a&b). Det kan likevel stilles spørsmål ved om vi som helsepersonell tar mer ansvar i ivaretagelse av barn som pårørende? Jeg har selv erfaringer med, og observert at det er krevende for sykepleiere å ivareta barn som pårørende. En årsak til dette kan være at det er vanskelig for barn og foreldrene å formidle barnets behov til helsepersonell. I praksis har jeg erfart at en sykepleier valgte å ekskludere pasientens barn fra samtalen, og ba barnet vente på gangen utenfor pasientrommet. Jeg tolker dette som manglende kunnskap hos sykepleieren om ivaretagelse av barn som pårørende og barnets behov for informasjon. Dette førte til at barnets behov ikke ble godt nok ivaretatt av både foreldre og helsepersonell. Da barnet ikke fikk informasjonen barnet trenger. Dette

bekrefter også det forskning viser at barn føler seg avvist og uønsket (Tafjord., 2018; Larsen & Nortvedt., 2011).

Eksempelet som er beskrevet over strider mot sykepleiernes plikt i å inkludere barn som pårørende til å delta i foreldrenes sykdom og behandling. Sykepleiere skal gi god informasjon om sykdommen og prognose med foreldrenes samtykke (Helsepersonelloven, 1999, § 10a,b). Når barn og ungdom opplever å føle seg avvist, uønsket og dårlig ivaretatt, kan det tyde på at barnets behov for informasjon, kommunikasjon og samtale ikke blir fulgt opp av sykepleieren (Tafjord., 2018; Larsen & Nortvedt., 2011). En kan anta at sykepleierne i artikkelen til Tafjord (2018) forhåndsdomte mange av ungdommene på grunn av tidligere opplevelser, uten at de fikk mulighet til å etablere et menneske-til-menneskeforhold.

Selv om barn og ungdom kan virke uinteressert, er det viktig å vise initiativ overfor barnet og presentere seg som sykepleier. Det er viktig å legge til grunn at ungdommer er i en psykososial forandring og på grunn av dette ikke ønsker kontakt med sykepleier (Tafjord., 2018). Det kan imidlertid være vanskelig for en sykepleier å ta kontakt med et barn/ungdom dersom barnet tydelig uttrykker at de ikke ønsker å ta del i mor eller fars sykdom. Det er likevel viktig å være på tilbudssiden dersom barnet/ungdommen får et behov for å snakke med en sykepleier.

Barn ønsker som nevnt ikke alltid å vite alt av hva som feiler mor/far. Noen kan likevel ha behov for informasjon om sykdommen for å håndtere sine egne følelser og tanker i tråd med dette (Tafjord, 2018; Ellis et al., 2016; Larsen & Nortvedt., 2011). Det er imidlertid viktig for sykepleieren å ikke presse barnet. Det kan føre til at barnet blir skremt og kan skape en avstand til sykepleieren. Jeg mener det likevel er viktig at sykepleieren bruker de mulighetene en får til å snakke og danne relasjon med barnet dersom barnet viser noe interesse. Uansett hva barnet har behov for av støtte, samtale og informasjon, bør barnet vite at sykepleieren er der dersom barnet har behov for samtale og trygghet.

4.1.2 Fremvekst av identitet

I fasen *fremvekst av identitet* etablerer partene en tilknytning til hverandre og lærer å verdsette den andre (Travelbee, 1999, s 188-189). Tilfeller der sykepleier skal ivareta barn som pårørende er det viktig å bygge tillitt, tilknytning og en relasjon til barnet. På den ene siden er det viktig at sykepleieren viser interesse for barnet, slik at relasjonen utvikler seg. Det kan føre til at barnet føler seg mer komfortabel med sykepleieren og våger å spørre spørsmål dersom barnet lurer på noe (Eide & Eide., 2018; Reinertsen., 2012; Travelbee.,1999). På den andre siden, kan det være vanskelig for sykepleieren å bygge på relasjonen til barnet, da barnet kan ha forståelse for at oppholdet på sykehuset er midlertidig, og at relasjonen mellom sykepleieren og barnet ikke har utviklet seg nok til at barnet føler seg trygg i relasjonen sykepleieren (Eide & Eide., 2018; Reinertsen., 2012, Travelbee., 1999; Ellis et al., 2016). Dette bygger opp under det Travelbee's teori om menneske-til-menneske-forholdet og hva det innledende møtet belyser. Nettopp viktigheten av det å bli sett og bygge en tilknytning til den andre parten.

Forskning viser at mange barn opplever møtet med sykehus og sykdom som både skremmende og ukjent. Ved å skape trygge rammer og tillit i relasjon med barnet vil det være lettere for barnet å åpne seg, dele tanker, følelser, behov og spørsmål noe som vil gjøre det lettere for videre kommunikasjon med barnet. En slik tilnærming vil dessuten gi et godt utgangspunkt for videre utvikling av menneske-til-menneskeforholdet (Eide & Eide., 2018; Reinertsen., 2012, Travelbee., 1999; Ellis et al., 2016). I artikkelen til Larsen & Nortvedt (2011) kommer det frem at stress beskrives som brudd i mening, forståelse og normal funksjon. Det er kjent at barn opplever psykososialt stress i sammenheng med frykt for å miste den syke forelderen, endringer i familieroller, samhandlingen og hverdagen. For å takle dette stresset viser artikkelen til Kennedy & Lloyd-Williams (2009) at barn har ulike mestringsstrategier når de håndterer psykososialt stress når mor/far har kreft. Som tidligere nevnt inkluderer dette å ha en positiv holdning, prøve å opprettholde normale aktiviteter, ulike former for distrahering, tilbringe mer tid med den syke, distansering fra den syke, snakke om sykdommen og ikke snakke om sykdommen (Kennedy & Lloyd-Williams.,2009).

Barnet har behov for å se og vite hva som foregår på sykehuset når en forelder blir behandlet for kreft. Når barnet oppholder seg på sykehuset sammen med mor/far kan sykepleieren gripe denne muligheten, med samtykke av foreldrene og deretter gi barnet informasjon om behandlingen og sykdommen den syke foreldereren går gjennom. Gjennom denne informasjonen vil barnet oppleve å bli inkludert, bli mer forberedt på hva de kan forvente seg, lære å gi omsorg og få mulighet til å hjelpe foreldrene. Ved god informasjon og læringssituasjoner på sykehuset kan barnet få en bedre forståelse av hvordan kreften påvirker mor/far. Dette fører til redusert følelse av skyld, hjelpeløshet, separasjon og ensomhet hos barnet (Reinertsen, 2012).

Flere studier konkluderer med at barn har behov for et ivaretagende trygt miljø hvor de kan dele tanker og følelser, noe som sykepleieren kan være en nøkkelrolle i ved å dekke disse behovene (Kennedy & Lloyd-Williams., 2009; Ellis et al., 2016; Tafjord., 2018; Reinertsen., 2012). Imidlertid viser forskning at ikke alle barn føler de har et nettverk eller helsepersonell de kunne henvende seg til og få støtte av. Dette bekreftes i artikkelen til Ellis et al (2016) og Kennedy & Lloyd-Williams (2009). Jeg har selv erfart at barn med foreldre på sykehus oftere får tilbud om samtale med helsepersonell, enn barn med foreldre som blir behandlet for kreft hjemme av hjemmesykepleien. En kan diskutere om årsaken til dette kan være mangel på tid, kunnskap og personale. Jeg har selv erfart at sykepleierne i hjemmesykepleien ikke hadde lagt opp nok tid for å kunne utføre, eller gi tilbud om samtale til et barn som var pårørende til en veldig kreftsyk mor. Jeg kunne tydelig se at barnet hadde behov for å snakke med noen, var redd og utrygg. Behovet for den trygge relasjonen ble ikke møtt. En slik tilnærming i sykepleie er ikke forenelig med det Travelbee beskriver som fasen fremvekst av identiteter, hvor barnet og sykepleieren etablerer en tilknytning til hverandre og lærer å verdsette den andre (Travelbee, 1999, s 188-189).

4.1.3 Empati

I empatifasen beskriver Travelbee (1999) en fase hvor individene deler erfaringer og følelser. Sykepleieren skal tilstrebe å involvere seg i følelser og tanker som barnet har. Ved en slik involvering vil de begge oppnå en trygg og tillitsfull relasjon. Som sykepleier kan det

imidlertid være utfordrende til enhver tid å være følelsesmessig involvert i alle pasienter sykepleieren møter. Likevel viser teori at dette går imot det Travelbee (1999) mener at sykepleieren må være følelsesmessig tilstede for å opprettholde et menneske-til-menneskeforhold. Jeg har selv erfart at når man som sykepleier har ansvar for mange pasienter vil det være krevende å konstant opprettholde personlig og følelsesmessig involvering i alle pasienter og pårørende. På den andre siden mener jeg at man kan utføre god sykepleie selv om man ikke er konstant følelsesmessig eller personlig involvert. Det er likevel en fordel om sykepleieren har erfaringer barn som pårørende. Dette for å kunne relatere til barnets situasjon (Travelbee, 1999).

I empatifasen deler individene erfaringer og følelser. Mange barn har behov for å snakke med noen om sine behov og følelser. Da kan sykepleieren være til god hjelp for barnet. Sykepleieren skal vise empati når barnet opplever å ha det vanskelig. Det er viktig for sykepleieren å respondere på en støttende og hjelpende måte, slik at barnet føler seg ivaretatt og anerkjent. Noen barn har imidlertid ikke behov for å snakke med en sykepleier om følelser og erfaringer, det må sykepleieren respektere (Eide & Eide., 2018, s.160-161; Haugland et al., 2012, s.13).

Forskning viser at barn holder tilbake spørsmål, følelser og tanker overfor foreldrene i frykt for å gjøre foreldrene opprørt. Barna ønsker å beskytte foreldrene og mener foreldrene har det tungt nok fra før. Barna var usikre på hvordan de skulle for å vite mer om sykdommen og forløp fra foreldrene. Forskning viste også at foreldrene tilbakeholdt informasjon fra barnet for å skjerme barnet. Dette kan skape usikkerhet og mistro mellom foreldrene og barnet (Larsen & Nortvedt., 2011; Reinertsen., 2011; Ellis et al., 2016; Kennedy & Lloyd-Williams., 2009).

Sykepleieren har kompetanse om sykdommen og kan svare på spørsmål barnet har. Forskning viser at mange barn har behov for å snakke med helsepersonell når mor/far blir syk fordi sykepleiere har økt kunnskap om sykdommen. Funn i studiene viste at barn har et behov for en trygg plass å dele sine tanker og følelser. Sykepleieren kan gi forståelse av situasjonen og trøst. Dessuten er det en god mulighet for barnet å snakke fritt uten å tenke på foreldrene. Forskning viser imidlertid at sykepleiere mangler kunnskaper om ungdommer

og deres psykososiale utvikling og behov. (Ellis et al.,2016; Tafjord.,2018; Kennedy & Lloyd-Williams.,2009; Larsen & Nortvedt., 2011). Sykepleiere i studien til Tafjord (2018) rapporterte om at ungdommer sjeldent stiller sykepleierne spørsmål om foreldrenes sykdom. En årsak til at de ikke stiller spørsmål kan være at de har manglende tiltro til sykepleieren. Sykepleierne i artikkelen rapporterte om at de imidlertid ikke gjorde en så stor innsats for å prate med ungdommene om deres følelser, tanker og behov. Dette kan være en annen årsak til at ungdommen ikke involverte seg.

At barnet ønsker å snakke med sykepleier om tanker, følelser og stille spørsmål om sykdommen kan være en fordel både for sykepleieren og barnet. På den ene siden får sykepleieren direkte kontakt med barnet og får informasjon om barnets tanker og følelser. Sykepleieren kan gi råd og hjelpe barnet. Sykepleieren kan også foreslå tiltak og fortelle om lignende situasjoner om andre barn, for å støtte opp om barnet i sine følelser. På den andre siden får barnet delt sine tanker og følelser, uten å føle at man er en byrde for foreldrene. Noen barn har også problemer med å snakke om tanker og følelser. Slike samtaler med barnet gjør at sykepleieren kan forstå barnet og hva det tenker. Det er grunnleggende for empati (Travelbee., 1999,s. 193; Reinertsen, 2012; Larsen & Nortvedt., 2011; Tafjord., 2018; Ellis et al., 2016).

4.1.4 Sympati og medfølelse

Den siste fasen er sympati og medfølelse. I denne fasen blir det viktig for sykepleieren å lindre barnets plager. I denne situasjonen kan barnet oppleve å ha emosjonelle plager. På den ene siden må sykepleieren være tilgjengelig for barnet, sette av tid og være villig til å hjelpe barnet å lindre plager. Sykepleieren kan bidra til dette gjennom samtale, bekreftende kommunikasjon og støtte. På den andre siden har man som sykepleier ansvar for flere pasienter på et sykehus. Det kan derfor til tider være vanskelig for sykepleieren å være tilgjengelig for barnet. Selv om sykepleieren ønsker å være tilgjengelig, er det ikke alltid tid og muligheter for det (Travelbee, 1999,s. 200-202; Eide & Eide, 2018,s.290-295; Ellis et al., 2016; Tafjord., 2018; Reinertsen., 2012).

I følge Eide og Eide (2018) mangler barna en følelse av kontroll og trygghet når omgås mange nye mennesker i nye omgivelser som kan virke skremmende. Imidlertid kan sykepleieren gi barnet en følelse av kontroll gjennom å trygge barnet. Sykepleierens kommunikasjon med barnet kan bidra til å bygge trygghet, tillit, håp, positive følelser og mening i vanskelige situasjoner med sykdom hos foreldrene (Ellis et al., 2016; Tafjord., 2018; Reinertsen., 2012). Bekreftende kommunikasjon til barnets tanker, følelser og spørsmål bidrar til å bygge videre på denne tillitten. Tryggheten og motivasjonen hos barnet er nødvendig for å lindre barnets emosjonelle plager. Av og til skal det ikke mer til enn et vennlig smil, oppmuntrende ord, en myk berøring eller anerkjennende nikk for å imøtekomme barnets behov som pårørende. Likevel har noen barn et større behov for trygghet enn sykepleieren klarer å fylle (Eide & Eide, 2018,s.50,137). tilknytning og en relasjon til barnet. Videre er det ikke alltid lett å bygge tillit til noen man så vidt kjenner. Derfor mener jeg at det er viktig for sykepleieren å vise interesse i barnet. Sykepleieren kan gi informasjon, vise barnet rundt på sykehuset, vise frem medisinsk utstyr for å vekke interessen hos barnet. Slike tiltak vil gjøre det lettere for barnet å ta kontakt med sykepleieren dersom barnet har behov for det. Målet med menneske-til-menneskeforholdet er at sykepleieren og pasienten får oppfylt sine behov gjennom denne erfaringen (Travelbee, 1999, s.177).

4.2 Kommunikasjon med barnet

I følge Travelbee danner kommunikasjon grunnlaget for menneske-til-menneskeforholdet mellom sykepleier og pasient. Ved å fylle fasene i teorien menneske-til-menneskeforholdet gjør at sykepleieren opparbeider seg tillitt og letter kommunikasjonen med barnet (Travelbee, 1999). Kommunikasjon er et viktig verktøy for sykepleieren i samhandling med barn som pårørende. Kommunikasjonen med barnet skal skje på barnets premisser, her gjelder det å ikke være for påtrengende. Det kan føre til at barnet blir stresset og trekker seg unna. På den andre siden må ikke sykepleieren være for unnvikende, da dette kan føre til at barnet oppfatter sykepleieren som usikker og gi et dårlig inntrykk av sykepleieren. Å tilpasse seg barnet og respektere endringer i samtalen er veien til god kommunikasjon med barnet. For at barnet skal føle seg sett og forstått må sykepleieren bruke nonverbal og verbal kommunikasjon i samtalen, slik opparbeides en bekreftende kommunikasjon (Eide & Eide, 2018,s.291,118,155; Tafjord.,2018; Reinertsen., 2012). Funn i studier viser at barn kan være redde for å snakke med sykepleiere. Sykepleieren må opparbeide tillit og trygghet til barnet,

for at barnet skal være villig til å dele tanker og følelser. Andre barn oppsøkte imidlertid sykepleieren for informasjon (Reinertsen., 2012; Tafjord.,2018; Larsen & Nortvedt.,2011; Kennedy & Lloyd-Williams., 2009; Ellis et al., 2016).

Funn i studier viser at barn ønsker informasjon om diagnose, prognose, behandlinger og ulike tester. Det kommer også frem at barn ønsker ærlig og konkret informasjon, samt å bli inkludert fra starten av sykdomsforløpet. Når barnet mottar informasjon skal sykepleieren gi informasjonen i forhold til barnets forståelse, alder, psykososial utvikling og ønske.

Foreldrene er likevel barnets viktigste informasjonskilde, og det kan derfor være en fordel at foreldrene gir denne informasjonen til barnet. Behovet for informasjon og dens omfang økte med alder og sykdomsforverring (Larsen & Nortvedt.,2011; Kennedy & Lloyd-Williams., 2009; Ellis et al., 2016; Tafjord., 2018; Helsepersonelloven, 1999, §10 a; Reinertsen,2012). Jeg har selv erfart at barn etterspør mer informasjon når mor/far blir syke, og sett at eldre barn har en økt forståelse for sykdommen og konsekvensen knyttet til sykdommen. Det er i tillegg viktig å respektere de barna som ikke vil ha like mye informasjon om mor eller fars sykdomsutvikling.

Funn i studier viser at ved mangelfull informasjon konstruerer barnets egne forklaringer på sykdommen og dens omfang. Det kan også føre til misforståelser og bekymringer hos barnet. Det er sykepleierens ansvar å avklare med barnet hvilken informasjon barnet har fått, for å gi barnet den informasjonen barnet trenger for å få bedre forståelse av sykdommen. Imidlertid viser forskning at dersom sykepleier gir barnet for mye informasjon kan det virke belastende og skape frykt hos barnet (Tafjord., 2018; Larsen & Nortvedt.,2011; Kennedy & Lloyd-Williams.,2009; Ellis et al., 2016; Helsepersonelloven, 1999, §10 a; Reinertsen., 2012). Dette mener jeg strider imot barnets krav på tilpasset informasjon. Det står skrevet i helsepersonelloven av sykepleiere skal bidra til å ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging (Helsepersonelloven, 1999, §10a&b).

I vanskelige situasjoner hvor barnet opplever psykososialt stress relatert til mor eller fars kreftdiagnose kan informasjon til barnet redusere stress. God informasjon kan gi økt opplevelse av kontroll og mestring. Det kommer også frem at god og tilgjengelig informasjon reduserer angst hos barn med kreftsyke foreldre. Det er viktig at sykepleieren avklarer med

foreldrene om barnets informasjonsbehov, samt observerer barnets behov og forståelse av informasjonen som blir gitt. Når barnet opplever stress må sykepleieren gi omsorg, skape trygghet og anerkjenne barnet (Tafjord., 2018; Larsen & Nortvedt.,2011; Kennedy & Lloyd-Williams.,2009; Ellis et al., 2016; §10 a; Reinertsen., 2012; Eide & Eide.,2018,s.288-289).

Kommunikasjon kan være preget av sykepleierens holdning til barnet. Det kommer frem i studien til Tafjord (2018) at sykepleierne i artiklene hadde en negativ holdning mot ungdommer som pårørende. Dette kan føre til at noen aldergrupper blir neglisjert av helsepersonell. Sykepleierene i artikkelen synes det er vanskelig å forholde seg til ungdommer som pårørende på grunn av deres psykososiale utvikling, utstråling og holdning, og valgte ved flere tilfeller å ignorere dem. Ungdommer er imidlertid enda barn, derfor har de både krav og rettigheter for ivaretagelse av helsepersonell (Tafjord., 2018; Helsepersonelloven, 1999, §10a&b).

Konsekvensen av å ikke bli sett kan være at ungdommene ikke lenger ønsker å snakke med en sykepleier. Ungdom kan verge seg for å ta kontakt fordi sykepleierne allerede har laget seg forutbestemte fordommer i møtet med ungdommer som pårørende (Tafjord., 2018; Eide & Eide., 2018,s.300-305; Håkonsen.,2018,s.57). Artikkelen til Tafjord (2018) viser også at barn følte de manglet informasjon. Hensikten med å gi barn informasjon bør være å hjelpe barnet til å oppleve mening, forståelse og forutsigbarhet samt redusere barnets bekymringer og stress. Dersom sykepleieren ikke aktivt arbeider for å dekke disse behovene, strider dette imot sykepleierens plikt til å ivareta barnet (Larsen & Nortvedt., 2011; Kennedy & Lloyd-Williams.,2009; Tafjord., 2018; Ellis et al., 2016; Helsepersonelloven, 1999, §10a&b). En kan derfor konkludere med at informasjon er et viktig tiltak for å kommunisere med barna. Dette bekrefter Travelbee i teorien om det primære menneske-til-menneske-forholdet der kommunikasjon dekker grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Der dekkes barnets behov ved å individuelt tilpasse informasjon, veiledning, samtale og kommunikasjon (Travelbee, 1999).

5 Konklusjon

I 2010 kom det en lovendring av helsepersonelloven som la et større ansvar på helsepersonells ivaretagelse av barn som pårørende. Hensikten med dette litteraturstudiet har derfor vært å belyse og gi svar på hvordan sykepleiere kan ivareta barns behov som pårørende til en alvorlig kreftsyk forelder.

Disse barna kan oppleve at livssituasjonen deres endres, dette kan medføre at barnet opplever psykososialt stress. Barnet kan da kjenne på følelser som angst, stress, frykt og tristhet, separasjon og ensomhet. Barn håndterer slike situasjoner forskjellig. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere er tilstede for barnet, når barnet trenger det. Forskning viser at barn føler seg utilstrekkelig ivaretatt av helsepersonell, dette kan føre til mer usikkerhet hos barnet.

Menneske-til-menneskeforholdet er viktig i samhandling med barnet. Gjennom de fire fasene i Travelbee sin teori kan sykepleieren oppnå tillit, trygghet, empati, respekt, sympati og medfølelse gjennom å tilpasse kommunikasjonen til barnet alder, psykososiale utvikling og lytte til barnet. Dette viser seg å være avgjørende for at barnet skal føle seg trygg sammen med sykepleieren. Når barnet opplever å føle seg trygg og ivaretatt har barnet lettere for å dele følelser og tanker med sykepleieren. Noe som er viktig for begge parter. Sykepleieren får direkte informasjon fra barnet, og barnet kan dele tanker og følelser.

Barn har ulike behov for informasjon når det gjelder sykdommen til mor/far. Dette skal sykepleieren respektere og legge til rette for når informasjon blir gitt til barnet. Gjennom forskning ser man at barn etterspør informasjon om sykdommen til mor/far og oppgir at de ikke får tilstrekkelig med informasjon. Sykepleiers holdninger til barn påvirker hvordan sykepleieren opptrer i samhandling med barnet. Dette skjer spesielt med ungdommer, og vil ha en innvirkning på interaksjonen, kommunikasjonen og relasjonen til disse ungdommene. I forskningen kommer det frem at dette hovedsakelig skjer fordi sykepleieren mangler kompetanse, erfaring og kunnskap om denne aldergruppen.

Sykepleieren må ha større fokus på barn som pårørende. Sykepleieren må øke sine kunnskaper, holde seg faglig oppdatert og øke sin kompetanse og erfaring med barn, for å på

best mulig måte ivareta barnas behov. Ved å se på ulike teorier og forskning kan jeg konkludere med at det ikke finnes et bestemt svar for hvordan sykepleiere kan ivareta barns behov som pårørende til en alvorlig kreftsyk forelder, men at det finnes verktøy og retningslinjer som man bør benytte seg av for å ivareta barnets behov på best mulig måte.

6 Litteraturliste

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving: Hva er metode?* (5. utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende: Når foreldrene har alvorlig kreftsykdom- eller dør av den*. Abstrakt forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg). Gyldendal Norsk forlag.

Ellis, S.J., Wakefield, C.E., Antill, G., Burns, M. & Patterson, P. (2017). Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions. *European Journal of Cancer Care*. (26).

<https://doi.org/10.1111/ecc.12432>

Folkehelseinstituttet. (u.å.). *En god grunnmur*. Hentet 18. april 2021 fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/medieklipp/barns-behov-foreldre-og-barn-2017-nr9.pdf>

Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende: Barn i sentrum- hva vil vi løfte frem?*. Abstrakt forlag

Hauken, M. A. (2017, 27. november). *Alle trenger støtte når mamma eller pappa er syk*.

Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2017/11/alle-trenger-stotte-nar-mamma-eller-pappa-er-syk>

Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). 3.2. *Barn som pårørende: Avklar om pasienten har barn eller søsken under 18 år*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/avklare-hvem-som-er-parende-deres-rolle-og-fore-journal/barn-som-parende#avklar-om-pasienten-har-barn-eller-sosken-under-18-ar-begrunnelse>

Helsedirektoratet. (2018, 18. januar). 5.3 .*Enkle støttetiltak for barn som pårørende: Tilby samtaler med barn som pårørende ved behov.*

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parende/enkle-stottetiltak-for-barn-som-parende#tilby-samtaler-med-barn-som-parende-ved-behov-praktisk>

Helsedirektoratet. (2018, 18. juni). § 10a. *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-10a.helsepersonells-plikt-til-a-bidra-til-a-ivareta-mindrearige-barn-som-parende>

Helsenorge (6. november 2019). *Din rett til helsehjelp.*

<https://www.helsenorge.no/rettigheter/rett-til-helsehjelp/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§5

Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg). Gyldendal Norsk forlag.

Kennedy, V. L. & Lloyd-Williams, M (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-Oncology* 18: 886-892. DOI: 10.1002/pon.1455

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie, Bind 1. Hva er sykepleie?* Gyldendal Norsk Forlag.

Kreftforeningen. (2021, 24. mars). *Barn og ungdom som pårørende.* Kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/barn-og-ungdom/barn-og-ungdom-som-parende/>

Kreftforeningen. (2020, 23. oktober). *Hva er kreft*. Kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftforeningen. (u.a.). *Kreft i Norge*. Hentet 14. april 2021 fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Kreftregisteret. (u.a.). *30 prosent flere får kreft i 2020*. Hentet 14. april 2021 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/30-prosent-flere-far-kreft-i-2020/>

Larsen, B. H. & Nortvedt, M. W. (2011). Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 70-77.

<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0068>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 18. april 2021 fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Regjeringen (2008, 25. januar). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Reinertsen, K. (2012). *Barn til kreftsyke vil vite mer*. Sykepleien.

https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/894937.pdf?fbclid=IwAR0f4TJ5u_4XdfBmqnEQlFtDJI0HBVHwaCkWW7-Klsu3kBGaiw70Xq7JLuc

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjeneste (LOV-1999-07-02-61).

Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_1

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Litteratursøk*.

Universitetsforlaget.

Travelbee, K. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. Utg 1999, 7. opplag 2014). Gyldendal Norsk Forlag.

Tafjord, Trine (2018). Recognition of insufficient competence : nurses' experiences in direct involvement with adolescent children of cancer patients. *Cancer Nursing*. ISSN 0162-220X. 43(1), s 32- 44. doi: 10.1097/NCC.0000000000000646

7 Vedlegg

Søkehistorikk tabell

Database og søkeord	Dato for søk og antall funn	Tittel, forfattere og årstall	Styrker	Svakheter
Svemed+ Children AND parents with cancer.	Søkt 23/03- 21- 22 treff	<i>Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft</i> (Larsen & Nortvedt, 2011).	Studien gir et bredt spekter med en oversiktsartikkel og 11 enkeltstudier. Har kunnskaper fra mange årstall som gir bred og god informasjon. Norsk studie.	Sier ingen ting om hvem som sier hva. Stort aldersspenn, 0-18 år.
EBSCOhost Oncology AND coping AND children AND advanced cancer.	Søkt 24/03- 21. 14 treff	<i>How children cope when a parent has advanced cancer</i> (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).	Semistrukturerte intervjuer med 28 deltakere. Intervjuene ble analysert ved hjelp av konstruksjonistisk grunnlagt teoritilnærming. Engelsk studie.	Fra 2009, eldre enn ti år. Få deltakere for å dekke en hel populasjon. Relativt stort aldersspenn-
EBSCOhost Childrens needs AND parents with cancer	Søkt 24/03- 21 12 treff	Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial needs	Har et bredt spekter med 12 artikler om barns psykososiale behov. Har kunnskap fra mange årstall som	Bredt aldersspenn, 0-18 år.

		and existing interventions (Ellis, Wakefield, Burns, & Patterson, 2016).	gir bred og god informasjon. Australsk studie.	
EBSCOhost Adolesent AND nurses AND cancer patients	Søkt 24/03- 21 103 treff	<i>Recognition of Insufficient Competence— Nurses' Experiences in Direct Involvement With Adolescent Children of Cancer Patients</i> (Tafjord, 2018).	Relativt ny studie. Handler om ungdom, 13-18 år. Sier noe om sykepleiers perspektiv i møte med ungdommer. Norsk studie. 12 intervjuer med sykepleiere.	Sier ingen ting om ungdommens perspektiv.