

Avdeling for folkehelsefag

Sigrid Severinsen og Sophie Skau Solberg

Veileder: Wenke Moldjord

Bacheloroppgave i sykepleie  
Trygghet til barn som pårørende

Safety for children as next of kin

Antall ord: 12 301

BASY 2015

2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I 2010 ble Helsepersonelloven endret i form av at barn som pårørende fikk flere nedfelte rettigheter. Det å få en forelder innlagt på sykehus kan oppleves som svært utrygt og kan få uheldige konsekvenser. Vi har erfaring med at temaet er lite belyst i praksis og i undervisningen i utdanningsløpet.

**Hensikt:** Å tilegne oss ny kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan gi trygghet til barn når en forelder er innlagt på somatisk sykehus. Forskning belyser at sykepleiere har for lite kunnskap om ivaretagelse av barn som pårørende, noe også våre egne erfaringer underbygger. Hensikten med denne oppgaven vil også være at vi som nyutdannede sykepleiere kan arbeide kunnskapsbasert i møte med barn som pårørende i sykehus.

**Problemstilling:** *“Hvordan kan vi som sykepleiere gi trygghet til barn som pårørende til en alvorlig somatisk syk forelder?”*

**Metode:** Denne oppgaven er en litteraturstudie. Etter høgskolens retningslinjer er oppgaven basert på seks forsknings- og fagartikler, faglitteratur samt egne erfaringer.

**Konklusjon:** For at barn skal oppleve trygghet har vi gjennom forskning kommet frem til at informasjon, kommunikasjon og et godt sykehusmiljø er de viktigste faktorene. For at disse tre faktorene skal kunne gjennomføres må en god relasjon til barnet ligge til grunn. I relasjonsbyggingen har vi tatt utgangspunkt i Travelbees teori om menneske-til-menneske forholdet. Hensikten med denne metoden er å oppnå gjensidig forståelse og kontakt mellom barn og sykepleier. Felles for alle møter med barn som pårørende er å møte hvert enkelt barn med respekt, verdighet og anerkjennelse.

*Du vet  
når du sitter inne  
om vinteren  
og en solstråle utenfra  
plutselig  
og overraskende  
treffer kinnet ditt  
gjennom glasset  
og gjør deg varm  
et øyeblikk?  
Blikket ditt var den solstrålen.  
Da du så  
meg  
den dagen.*

*Anne Kristine Bergem*

---

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	8
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	9
1.4 Hensikten med oppgaven.....	9
<b>2. Teori.....</b>	<b>11</b>
2.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee .....	11
2.2 Sykepleierens plikter .....	12
2.2.1 FN-konvensjonen .....	12
2.2.2 Yrkesetiske retningslinjer .....	12
2.2.3 Lovgrunnlag.....	13
2.3 Barn som pårørende.....	13
2.3.1 Barn i krise.....	14
2.4 Barns utvikling .....	15
2.4.1 Jean Piagets teori om kognitiv utvikling .....	15
2.4.2 Erik Homburger Eriksons teori om psykososial utvikling.....	15
2.5 Kommunikasjon .....	16
2.5.1 Kommunikasjon til barn .....	16
2.6 Barn og trygghet.....	17
<b>3. Metode .....</b>	<b>18</b>
3.1 Metodevalg.....	18
3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	19
3.3 Kildekritikk.....	20
3.4 Etske overveielser .....	22
<b>4. Resultat .....</b>	<b>23</b>
<b>5. Diskusjon.....</b>	<b>29</b>
5.1 Barn som pårørende – hvem har ansvaret? .....	29
5.1.1 Relasjon gjennom menneske-til-menneske forholdet .....	30
5.2 Kommunikasjon til barn som pårørende.....	32
5.2.1 De tre grunnleggende prinsippene i kommunikasjon .....	33

---

<b>5.3</b>	<b>Trygghet gjennom informasjon .....</b>	<b>35</b>
5.3.1	Informasjonens innhold .....	36
5.3.2	Informasjon til barn i krise .....	38
<b>5.4</b>	<b>Trygghetsskapende miljø på sykehus.....</b>	<b>39</b>
<b>6.</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>41</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>43</b>
<b>7.</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>47</b>
7.1	Vedlegg 1 PICO-skjema.....	47
7.2	Vedlegg 2 Søkehistorikk .....	48
7.3	Vedlegg 3 Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning .....	51

## 1. Innledning

I en familie knytter man tette bånd, og når sykdom rammer den ene i familien vil også resten av familien bli påvirket. Særlig vil barn kunne trenge særskilt oppfølging når mor eller far blir syk. I 2015 ble det anslått at det var ca 235 000 barn som er pårørende i Norge, og herunder 200 000 barn som er pårørende til en forelder som er somatisk syk (Ruud Et Al., 2015). Til tross for at det finnes så mange pårørende barn, synes det å være lite fokus på å hjelpe og å forstå dem. Barn som pårørende er ikke pårørende på samme måte som det voksne er. Barna trenger hjelp til å finne mening i situasjonen, og skal slippe belastninger som er større enn hva de kan mestre (Haugeland, Ytterhus & Dyregrov, 2012).

Tidligere i Norge var holdningene slik at barn ikke hadde noe på sykehus å gjøre, med mindre de var syke selv. Ivaretakelsen av barn som pårørende ble beskrevet som tilfeldig, til dels fraværende og personavhengig. Arbeidet med denne gruppen har kommet frem i lyset de siste årene, og utvikles sakte i positiv retning. Først i 2010 kom det en lovendring som plikter helsepersonell til å ivareta barn som pårørende. I følge lovverket skal helsepersonell sikre at nødvendig informasjon blir gitt til barnet og at barn får god oppfølging (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a). De nye lovbestemmelsene som trådte i kraft i 2010 hadde som mål å sikre barn tidlig hjelp, og sørge for å være helsefremmende og forebygge problemer. Vi vet gjennom forskning at barn som pårørende står i risiko for å utvikle psykososiale utfordringer dersom de ikke får tilstrekkelig oppfølging og støtte. Det blir derfor svært viktig at disse lovendringene fungerer i praksis og ikke bare på papiret (Larsen & Nortvedt, 2011; Ellis, Wakefield, Antill, Burns & Patterson, 2017). Gjennom praksiserfaringer og forskning vet vi at helsepersonell og foreldre har utfordringer med å møte barnas behov for informasjon, trygghet, støtte og hjelp når en forelder er alvorlig syk. Ut i fra våre erfaringer kan det tenkes at barn som pårørende ikke får tilstrekkelig informasjon og oppfølging. Vi stiller oss derfor undrende til om målet med lovendringene er oppnådd i praksis.

Når mor eller far blir innlagt på sykehus kan rutiner og forutsigbarheten i dagliglivet bli brutt. Det kan føre til at barn mister følelsen av kontroll og beskyttelse, noe som igjen kan føre til utrygghet hos barnet. Barn som er pårørende til en alvorlig somatisk syk forelder kan ifølge forskning ha større risiko for å utvikle problemer som angst, stress og depresjon

(Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016). Som sykepleiere kan vi bidra til å gjøre en forskjell for barn som pårørende ved å forsøke å skape trygghet hos barna.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av sykepleierstudiet har vi hatt en del undervisning knyttet til ivaretagelse av pårørende, men herunder ikke barn. Vi har valgt dette temaet da vi ser det som relevant i vår arbeidshverdag som sykepleiere. Mest sannsynlig vil vi møte barn som pårørende i hjemmesykepleien, psykiatrisk sykehus og på somatisk sykehus. Som sykepleiere har vi ikke bare et etisk ansvar overfor barn, men vi har også et juridisk ansvar i form av at vi er lovpålagt å ivareta barn som pårørende. Helsepersonelloven ble i 2010 endret til at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov for oppfølging og informasjon. Målet med disse endringene er at barna skal bli fanget opp tidlig, og at barna sammen med forelder skal mestre situasjonen når en forelder er alvorlig syk. Ettersom Helsepersonelloven (1999, § 10 a) fastslår at helsepersonell plikter å ivareta mindreårige barn som pårørende til foreldre, vil det kreve at vi som sykepleiere har kunnskap om dette temaet. Bestemmelsene gjelder for spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester. Vi har valgt dette temaet da vi har stått i ulike situasjoner gjennom sykepleiestudiet hvor vi har blitt utfordret i møte med barn, og skulle ønske at vi hadde mer ferdigheter og kunnskap om dette. Våre erfaringer tilsier at det mangler kunnskap hos erfarne sykepleier på dette området ute i praksis.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

For å identifisere barn som pårørendes behov for trygghet har vi valgt å formulere problemstillingen slik;

*Hvordan kan vi som sykepleiere gi trygghet til barn som pårørende til en alvorlig somatisk syk forelder?*



## 1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven omhandler barn som pårørende til en alvorlig somatisk syk forelder. Vi begrenser oppgaven til at sykepleien utføres på somatisk sykehus og at forelderen er innlagt over lenger tid grunnet alvorlig sykdom. Vår problemstilling vil ta utgangspunkt i hvordan vi som sykepleiere kan gi trygghet til barn på somatisk sykehus. Vi tar utgangspunkt i at barnet har to foreldre, og at den andre forelderen er frisk og kan ivareta hjemmet. Vi har valgt å ikke fokusere på en spesiell pasientgruppe ettersom vi i vår arbeidshverdag kommer til å møte barn med forelder som har ulike alvorlige somatiske sykdommer. Dette vil også kunne begrense vårt litteratursøk. Hovedfokuset vil dessuten ikke være på forelderens sykdom, men hvordan vi skal kunne gi trygghet til barna.

Med alvorlig somatisk sykdom menes først og fremst livstruende, dødelige tilstander eller noe som forandrer livet. Noen flere kjennetegn vil være kroppslige endringer som vanskelig lar seg forklare og behandling i sykehus som tar tid. Andre faktorer som kjennetegner alvorlig somatisk sykdom er symptomer og plager som hemmer måten å leve på. I tillegg kan fare for dødelig utfall være et kjennetegn (Bugge, Røkholt & Aamotsmo, 2015). Hva som legges i begrepet “trygghet” blir beskrevet i teorikapittelet. Vi har med bakgrunn i utviklingsteorier valgt å ta for oss barn i aldersgruppen 7 til 12 år. På grunn av ordbegrensningen i denne oppgaven, er det ikke anledning til å inkludere andre aldersgrupper. Vi er klar over at barns utvikling i denne aldersgruppen er svært individuell og avhenger mye av blant annet modenhet og kjønn (Eide & Eide, 2012). Det vil derfor være nødvendig å tilpasse sykepleien ut i fra barnets individuelle behov. I vår oppgave om barn som pårørende tar vi utgangspunkt i at pasienten samtykker til at vi gir informasjon til barnet, og velger å ikke omtale videre handlingsalternativer dersom pasienten ikke samtykker.

## 1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven vil være å øke vår bevissthet rundt ansvaret vi har i arbeid med barn som pårørende. Vi ønsker å styrke våre kunnskaper om dette temaet ved å besvare problemstillingen. Som ferdige sykepleiere skal begge forfatterne av oppgaven jobbe på

somatisk sykehus, og vi vil anta å møte på barn som pårørende. Ved å øke våre kunnskaper om hvordan vi kan ivareta barn som pårørende, vil vi bidra til å sette barn mer i fokus i praksis, og å være gode forbilder for andre sykepleiere.

## 2. Teori

I dette kapittelet presenteres relevant teori for å kunne svare på vår problemstilling. Dette legger grunnlaget for drøftingen i kapittel 5. Vi velger å presentere sykepleieteori først for å kunne få flere perspektiver og en god oversikt innenfor sykepleierens oppgaver og tankegang. Sykepleieteorier skal hjelpe oss til å tenke, vurdere og handle som sykepleiere (Kristoffersen, 2015). Vi har valgt å ta i bruk Joyce Travelbees sykepleieteori, fordi hun er opptatt av å skape relasjoner. Hennes teori har ikke bare fokus på pasienten, men også familien rundt. Deretter velger vi å presentere aktuelt lovverk og plikter sykepleieren er underlagt. Videre blir teori om barns utvikling, utviklingsteoretikere og krisereaksjoner presentert. Avslutningsvis ser vi det som relevant å trekke inn teori om kommunikasjon med barn og trygghet for å kunne svare på problemstillingen senere i oppgaven.

### 2.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) arbeidet som psykiatrisk sykepleier og som lærer ved sykepleierutdanning. I hennes teori er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt, men også ulikt alle andre. Hun mente at sykepleie dreier seg om pasient, sykepleier og familie (Travelbee, 2001). Travelbee (2001) definerer sykepleie på denne måten: “Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”. I følge Travelbees definisjon er hun opptatt av å skape en mellommenneskelig relasjon ikke bare knyttet til den syke pasienten, men også til dens familie. I dagens samfunn anerkjennes barna som en del av familien, og i følge Travelbees sykepleiedefinisjon mener hun at sykepleieren skal hjelpe en familie med å mestre erfaringer knyttet til sykdom og lidelse.

Det å mestre erfaringer knyttet til sykdom kan sees i sammenheng med Travelbees definisjon av menneske-til-menneske-forholdet. “Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt.” (Travelbee, 2001). For å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold må sykepleieren og barnet ha gjennomgått fire faser. Disse fasene er det innledende

møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Målet for menneske-til-menneske forholdet er å etablere gjensidig forståelse og kontakt. Dette skjer når sykepleieren og den syke har gått gjennom de fire fasene. I løpet av disse fasene vil sykepleieren og barnet bygge opp forholdet seg i mellom. I dette forholdet anses og oppfattes begge parter som et individ. Det vil si at barnet oppfattes og vil bli behandlet som et unikt menneskelig individ, og ikke en “oppgave” eller “jobb som må gjøres” (Travelbee, 2001).

Travelbee mener at kommunikasjon er en forutsetning for å oppnå sykepleiens hensikt, nemlig det hjelpe pasient og familie til å mestre sykdom og lidelse. Travelbee mener også at kommunikasjon er det verktøyet som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold til individet. Gjennom å ha gode kommunikasjonsevner vil dette bidra til å gi barna trygghet ettersom budskap formidles gjennom kommunikasjon (Travelbee, 2001).

## 2.2 Sykepleierens plikter

I møte med barn har sykepleieren plikter og lover å forholde seg til. Det vil være relevant å trekke frem helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, FN-konvensjonen og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

### 2.2.1 FN-konvensjonen

FN har utarbeidet en konvensjon om barnets rettigheter. Denne konvensjonen bygger på barnets menneskerettigheter, og har spilt en stor rolle for utformingen av lovverket for barn slik det er i dag. Barnekonvensjonen ble vedtatt i FN i 1989, men ble ikke tatt i bruk i norsk lov før i 2003. Konvensjonen laget av Barne- og likestillingsdepartementet sier at barnas beste skal ligge til grunnlag for alle handlinger. Den sier også at alle barn har rett til å si sin mening i alt som angår dem, og dette skal vektlegges (Vallesverd & Thorsen, 2014).

### 2.2.2 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer er retningslinjer som skal sikre at sykepleiere utøver god sykepleiepraksis, og sier noe om sykepleierens profesjonsetikk (Norges sykepleierforbund, 2011). Sneltvedt (2014) skriver at de yrkesetiske retningslinjene bygger på noen

---

grunnleggende verdier som barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Relevant for vår problemstilling er punkt 3.1, som sier at “sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon bli ivaretatt”. Punkt 3.2 sier videre at “Når barn er pårørende bidrar sykepleieren til ivaretagelse av deres særskilte behov” (NSF, 2011).

### 2.2.3 Lovgrunnlag

Helsepersonelloven er gjeldende for alt helsepersonell, og sier noe om plikter og ansvar man har. Loven er til for å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet, samt for å skape tillit mellom helsepersonell og pasient (Helsedirektoratet, 2017). I januar 2010 ble helsepersonelloven endret, slik at helsepersonell plikter å ivareta barn som pårørende. Lov om helsepersonell (1999, § 10 a) sier at: “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”. Det vil si at man som første tiltak må avklare om pasienten har mindreårige barn som pårørende. I tillegg sier loven at helsepersonell skal ha en samtale om barnets behov for informasjon sammen med pasienten. Helsepersonelloven (1999, § 10 a) fastslår at helsepersonell plikter å gi barnet informasjon om pasientens sykdomstilstand og behandling. Helsepersonell er også pliktig til å tilpasse informasjonen etter barnets egen forutsetning for forståelse. For å kunne følge opp barna er det også viktig å innhente samtykke fra pasienten, slik at barna kan følges opp på den måten som anses som hensiktsmessig. Helsepersonelloven (1999, § 10 a) sier også at dersom ikke pasienten motsetter seg det, kan opplysninger som er taushetsbelagte gis til samarbeidende personell for å ivareta barnas behov som pårørende. Videre vil lov om spesialisthelsetjeneste (1999, § 3-7a) være relevant i arbeid med barn som pårørende. Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-7a) fastslår at alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten plikter å ha et barneansvarlig personell. Personellet som er barneansvarlig skal koordinere og fremme arbeidet rundt barn som pårørende.

## 2.3 Barn som pårørende

I 2015 ble det anslått at det var ca 235 000 barn pårørende i Norge, og herunder 200 000 barn som er pårørende til en forelder som er somatisk syk (Ruud Et Al., 2015). Ytterhus (2012) skriver at det kan

være vanskelig å definere barn som pårørende da det juridiske og hverdagslivet ikke alltid har like definisjoner. Vi er våre foreldres barn hele livet, men juridisk sett er vi barn frem til vi har fylt 18. Barn som har en forelder som er alvorlig somatisk syk står ofte i risiko for å belastes mer enn de skal. Barna står i fare for å utvikle sosiale, emosjonelle og atferdsmessige problemer. Barnas og familiens behov er ulikt ut i fra alvorlighetsgraden på forelderens sykdom, hvordan den friske forelder fungerer, annet nettverk, sykdommens forløp, samt barnas alder og utvikling (Haugland, Bugge, Tronsen & Gjesdahl, 2015).

### **2.3.1 Barn i krise**

Cullberg (2011) definerer krise som en “avgjørende vending, plutselig forandring eller skjebnesvanger endring”. Bugge (2008) definerer en krise slik: “En krise kan betegnes som en situasjon som er eller oppleves truende for viktig moralske verdier, identitet, liv, helse og livsgrunnlag”. Eide & Eide (2012) deler krise inn i to grupper: livskrise og traumatisk krise. Livskrise er forbundet med utvikling, eksempelvis å flytte hjemmefra eller ekteskap. Traumatisk krise kan omtales som belastninger som ikke inngår i et normal livsforløp, for eksempel sykdom eller ulykker. Når et barn opplever at en forelder er alvorlig somatisk syk, vil dette være en traumatisk krise for barnet.

Når en person rammes av en krise, vil også de pårørende rammes. Større barn og ungdom vil oppleve krisereaksjoner på lik linje med voksne, men ut i fra barnets alder og modenhet vil reaksjonene uttrykkes og forstås på ulike måter (Eide & Eide, 2012). Små barn i førskolealder vil reagere på informasjonen når krisen får konsekvenser. Det vil si at informasjonen som blir gitt ikke gir krisereaksjoner, men at det er selve konsekvensen av krisen som skaper reaksjoner. Eksempelvis vil helsepersonell merke endringer ved små barn i førskolealder når det oppstår endringer, som at forelder må være på sykehus, at barn ofte har behov for barnevakt og at barnet ser endringer hos andre familiemedlemmer (Bugge, Røholt & Aamotsmo, 2015). Hvert barn har ulike reaksjoner på sorg og krise. Reaksjonene kan være av ulik intensitet og kan komme i bølger. Vanlige reaksjoner hos barn i krise kan være angst, redsel, gråt, utrygghet, sinne, uro, skyld, skam, skolevansker eller søvnplager (Ruud, 2011).

## 2.4 Barns utvikling

Når vi nå skal forklare barns utvikling vil vi inkludere kognitiv og psykososial utvikling, her beskrevet gjennom Piagets og Eriksons teori. Dette vil gi oss en forståelse av barns forutsetninger for å forstå situasjonen og informasjon som blir gitt.

### 2.4.1 Jean Piagets teori om kognitiv utvikling

Jean Piaget har en teori om stadier i barns kognitive utvikling. Han deler utviklingen inn i fire stadier; det sensomotoriske (0-2 år), det preoperasjonelle (2-7 år), det konkret operasjonelle (7-12 år) og til slutt det formelt operasjonelle stadiet (fra 11 år og oppover) (Eide & Eide, 2012). Vi har innsnevret vår oppgave til å omhandle barn i 7-12 årsalderen, og vil derfor ha fokus på det konkret operasjonelle stadiet.

I seksårsalderen vil den kognitive utviklingen skyte fart. Barn i den konkrete operasjonelle fasen er fortsatt selvsentrert, men begynner å tenke mer logisk. De utvikler en evne til å resonnerer seg frem til konsekvenser av handlinger, samt at de får en bedre forståelse for omverden. I denne alderen vil familietilhørighet fremdeles være viktig for barnet. Barn i denne fasen har også begynt å utvikle en forståelse for hvordan andre reagerer (Eide & Eide, 2012). I denne aldersgruppen har barn utviklet evnen til å holde lenger på oppmerksomheten, samt at de klarer i større grad å skille mellom relevant og irrelevant informasjon.

### 2.4.2 Erik Homburger Eriksons teori om psykososial utvikling

Erik Erikson deler den psykososiale utviklingen inn i åtte faser, og mener at alle mennesker gjennomgår disse fasene. Hver av disse fasene inneholder i følge Erikson en livskrise som vil være med på å forme hvordan man utvikler seg og blir som menneske (Cullberg, 2011). Utfallet av livskrisene kommer an på hvordan omgivelsene tilfredsstiller de behovene man har. Hvis behovene blir dekket, vil fasen få et positivt utfall, men dersom behovene ikke blir dekket vil utfallet bli negativt. Fasen som Erikson omtaler som fra barndom til ungdom eller tidlig skolealder vil være aktuell for oss, da den strekker seg fra 7-12 årsalderen. I denne fasen vil barnet enten utvikle en følelse av å lykkes, eller en følelse av mindreverd (Renholen, 2015). Barnet vil i denne fasen begynne å sammenlikne seg med andre jevnaldrende, og de vil bli mer kritisk til sine egne evner. Barn i 7 til 12 års-alderen vil ha

behov for hjelp til mestring. Positive tilbakemeldinger vil bidra til at barn får tro på seg selv og sine prestasjoner (Eide & Eide, 2012).

## 2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som “meningsfylte tegn som utveksles mellom to eller flere parter”. Aktiv lytting er i følge Eide & Eide (2012) en grunnleggende og viktig ferdighet i profesjonell kommunikasjon. Aktiv lytting kan deles inn i to hovedgrupper: Nonverbal kommunikasjon og verbal kommunikasjon. Med nonverbal kommunikasjon menes kommunikasjon som formidles via kroppsspråk, eksempelvis øyekontakt, berøring eller ansiktsuttrykk. På den andre siden vil verbal kommunikasjon være det vi sier med ord, for eksempel det å stille spørsmål, speile følelser eller å oppmuntre pasienten (Eide & Eide, 2012).

### 2.5.1 Kommunikasjon til barn

I følge Ruud (2011) er det tre viktige prinsipper når man skal kommunisere med barn. Det første prinsippet er mening. Det innebærer at man bidrar til å skape mening i situasjonen ved å hjelpe barnet til å forstå. Dersom barnet ikke får hjelp til å skape mening i situasjonen, kan barnet danne sine egne forklaringer. Barn tenker annerledes enn voksne, noe som gjør det utfordrende å kommunisere med barn, samt at det kan oppstå misforståelser. Årsaken til dette er begrenset hukommelse og språkutvikling. Det neste prinsippet er verdighet. Dette innebærer at man ikke skal krenke eller ydmyke barnet i samtalen. For å bevare barnets verdighet i kommunikasjon og samtale, handler det om å ikke fokusere på problemet, men heller på løsningen. Det kan være en utfordring å snakke med barn om problemer og det vanskelige, uten at barnet mister sin verdighet. Det siste prinsippet i kommunikasjon med barn er anerkjennelse. Det er viktig å møte barnet med anerkjennelse og akseptere måten barnet fremstiller seg selv på. Anerkjennelse handler også om å forstå barnets evne til å kommunisere ut i fra sitt utviklingsstadium. I tillegg kan man anerkjenne barnet ved å være interessert i barnets subjektive oppfatning av situasjonen (Ruud, 2011).



## 2.6 Barn og trygghet

Eriksen (2006) skriver at «Det er neppe noen overdrivelse å si at mennesker overalt og til alle tider er og har vært trygghetssøkende». Eriksen mener det er mange måter å oppleve trygghet på. Eksempelvis kan man være trygg på seg selv, trygg i trafikken, trygg på sin familie og relasjoner, samt trygg i sin livssituasjon.

Innen sykepleie kan man se på trygghet som et grunnleggende behov, i følge psykologen Maslow. Trygghet sett som et grunnleggende behov innebærer behov for forutsigbarhet og beskyttelse. Trygghet kan også innebære at noe er pålitelig og at man føler seg ubekymret. I møte med barn som pårørende vil behovet for trygghet være viktig. For barn kan trygghet være å bli sett, bli forstått og at de får oppmerksomhet. En forelders sykehusinnleggelse kan føre til at rutiner og forutsigbarheten blir svekket, noe som kan føre til utrygghet i barnets hverdag (Thorsen, 2015). Opplevelse av kontroll er grunnlaget for at barn skal føle trygghet. For at barn skal oppleve kontroll er trygge omgivelser, kjente personer og at de vet hva som skal skje en forutsetning. God informasjon slik at barnet forstår situasjonen kan bidra til å øke barnets følelse av kontroll, og derav også følelsen av trygghet (Eide & Eide, 2012).

### 3. Metode

Metode er i følge Dalland (2017) en fremgangsmåte for å samle inn relevant data. Ulike metoder kan bidra til å belyse problemstillingen, og er et verktøy for å tilegne seg ny kunnskap (Dalland, 2017).

#### 3.1 Metodevalg

Vår oppgave er en litteraturstudie i henhold til Høgskolen i Innlandet sine retningslinjer. Oppgaven bygger på forskningslitteratur, offentlige styringsdokumenter, faglitteratur, samt våre egne erfaringer fra praksis. En litteraturstudie er i følge Thidemann (2015) en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Ved å bruke en litteraturstudie som metode bruker vi eksisterende fagartikler og forskningsartikler til å svare på vår problemstilling. Vi arbeider kunnskapsbasert ved å benytte oss av kunnskap gjennom forskning, erfaring fra sykepleiere og brukerkunnskap fra barn og foreldre (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Styrken ved å anvende en litteraturstudie er at vi tilegner oss ny kunnskap gjennom å undersøke forskning- og faglitteratur for å kunne besvare problemstillingen. Svakheten ved å anvende en litteraturstudie vil være at vi ikke får vår egen direkte vinkling mot problemstillingen. Våre erfaringer med litteraturstudie er at det finnes en risiko for å finne kilder som er upålitelige, og at det kreves nøyaktighet i søkeprosessen. Vi må også være kildekritiske og vurdere relevansen for tema og problemstillingen vår. For å finne ut hva som er pålitelig i studiene har vi lest og gransket mange kilder og sammenlignet de med hverandre. Vi har funnet likhetstrekk og satt de opp mot andre skriftlige kilder (Dalland, 2017).

For å belyse problemstillingen vår har vi valgt å benytte oss av forskning som bruker kvalitative og kvantitative metoder. Selv om de fleste artiklene vi har brukt anvender begge metodene, har vi fokusert mest på de kvalitative resultatene. Vi har hentet statistikk og talldata fra studier som bruker kvantitativ metode. Dette har vi valgt å bruke fordi det gir oss en konkret oversikt i form av målbare enheter. Kvalitativ metode innebærer å innhente meninger og opplevelser, som ikke er målbart, men som kommer til uttrykk gjennom samtale eller intervju. Vi har valgt å anvende denne metoden, fordi det gir oss en dypere

---

forståelse av problemstillingen. Kvantitativ metode gir oss informasjon som kan tallfestes, for eksempel gjennom spørreundersøkelser (Dalland, 2017).

## 3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Før vi satte i gang med litteratursøket var vi nødt til å avgrense problemstillingen og temaet vårt. Vi har valgt å søke i kjente databaser innen sykepleie og medisin. Deretter oppsøkte vi skolens anbefalte databaser og beskrivelsen av disse, for å være sikre på at databasene vi benyttet oss av er pålitelige. Vi har valgt å benytte oss av Cinahl, SweMed+, Medline, British Nurse Index, samt bibliotekets søkemotor Oria. I tillegg utførte vi et pyramidesøk på helsebiblioteket nettside og fant oppsummert forskning på databasen Uptodate. Før vi satte i gang med litteratursøket, valgte vi å utforme et PICO-skjema. Gjennom å anvende PICO-skjema blir problemstillingen vår strukturert på en hensiktsmessig måte og spørsmålet vårt vil bli systematisert. For å finne gode søkeord valgte vi å ta i bruk helsebibliotekets terminologibase for MeSH på norsk og engelsk. Dette gjør det mulig å finne søkeord med relevans og kvalitet via lenker til databaser som benytter MeSH. Søkeord er lagt ved som vedlegg 1. Søkehistorikk med antall treff, styrker og svakheter ved studiene ligger som vedlegg 2.

I begynnelsen av søkeprosessen valgte vi å begrense søketreffene til å ikke være eldre enn fem år gamle. Dette for å kunne innhente den nyeste forskningen. Vi fant etterhvert ut at barns oppfatning av det å være pårørende til en forelder som er alvorlig somatisk syk ikke har forandret seg stort de siste årene. Derfor har vi valgt å inkludere en fagfellevurdert artikkel fra 2011. I tillegg til å ta for oss sykepleierens opplevelse av møte med barn som pårørende, har vi også valgt å ta med artikler som tar for seg barnas opplevelser i en slik situasjon. Dette har vi valgt å gjøre for å belyse vår problemstilling fra to forskjellige synsvinkler. Vi har valgt å ikke fokusere på en spesiell pasientgruppe ettersom vi i vår arbeidshverdag kommer til å møte barn med forelder som har ulike alvorlige somatiske sykdommer, samt at dette vil kunne begrense vårt litteratursøk. Hovedfokuset i denne oppgaven vil dessuten ikke være på forelderens sykdom, men hvordan vi skal kunne trygge og hjelpe barna til å mestre hverdagen når mor eller far er alvorlig syk. Vi har valgt å inkludere forskningsartikler som inneholder studier på barn av kreftsyke foreldre, da vi

regner resultatet av disse studiene som overførbare i forhold til vår problemstilling. Studien vi har inkludert skiller ikke på kjønn.

Vi har valgt å ekskludere artiklene hvor alle deltakerne var under 7 år, og dersom studien var gjort på kun ungdom. Dersom artikkelen ikke var relevant eller overførbart til vår problemstilling, valgte vi å ekskludere denne. Vi har prioritert fagfellevurdert forskning i vår oppgave. I følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim & Reinart (2012) er fagfellevurdert forskning en vurderingsprosess som kontrollerer kvaliteten og viktigheten av forskningen. En artikkel som er fagfellevurdert vil være kvalitetssikret av en ekspert på fagfeltet.

### 3.3 Kildekritikk

I en litteraturstudie er det viktig at vi er kildekritiske til kildene våre. Kildekritikk vil si at vi må vurdere kilden ut ifra kvalitet, pålitelighet og om den er relevant for vår problemstilling. En kilde kan i følge Dalland (2017) defineres som alt som kan bidra til vår oppgave. Det første skrittet i å være kildekritisk er å finne ut om opplysningene er sanne. For å fastslå dette må man undersøke om opphavet til kilden er troverdig, og deretter finne ut hvilken type kilde det er (Dalland, 2017). For å vurdere relevansen og gyldigheten på våre forskningsartikler har vi stilt oss noen spørsmål underveis. Er kilden relevant, og belyser den vår problemstilling? Hva slags artikkel eller kilde er det? Hvilket land og når teksten er skrevet, er også viktig å ta hensyn til når vi skal vurdere overføringsverdien til vår problemstilling. Vi har vært kildekritiske til våre kilder ved å vurdere svakheter og styrker ved de ulike forskningsartiklene vi fant (se vedlegg 2). For å kvalitetssikre artiklene har vi benyttet oss av kunnskapssenteret sine sjekklistor for kvalitative og kvantitative forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014). Sjekklisten ligger som vedlegg 3. Alle våre forskningsartikler scorer "ja" på alle punkter på sjekklisten for kvalitativ studie. Artiklene vi har inkludert er fra Norge og Sverige, samt at vi har valgt å inkludere en artikkel fra Australia. Vi ser den som overførbart for vår oppgave da Australias befolkning lever på vestlig vis, og at barna mest sannsynlig har de samme behovene for omsorg.

Det var mye forskningslitteratur å finne på barn som pårørende, men mange av studiene var gjennomført på barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Noen av artiklene vi har funnet

---

inneholder forskning hvor foreldrene i studien deles i grupper. En gruppe er psykisk syke, en annen er rusmiddelavhengig og den siste gruppen er somatisk syke. Vi velger likevel å ta med disse artiklene da forskningen skiller tydelig mellom disse gruppene i resultatene. Det har også vært utfordringer med å finne forskning som er spesifikk for vår valgte aldersbegrensning. I databasen Cinahl var det mulig å krysse av for at artiklene skulle inneholde studier på barn fra 6-12 år. I flere artikler blir “barn” omtalt som én gruppe og “ungdom” som en annen gruppe. Vi har derfor ikke overført resultater fra gruppen “ungdom” i vår oppgave, da vi tolker det som at disse barna er over tolv år. En svakhet kan være at vi har måttet overføre resultater fra forskning som ikke er like aldersspesifikk som vår aldersbegrensning. Forskningen vi har benyttet oss av, som er gjort i andre land, er gjort på ulike sykehusavdelinger. Vi mener at funnene i disse forskningsartiklene er overførbare til norske sykehus, ettersom artiklene har fokus på barnas behov og sykepleierens kunnskaper.

For å finne pensumbøker og andre fagbøker har vi benyttet oss av Høgskolen i Innlandet sitt bibliotek. Vi har så langt det latt seg gjøre forsøkt å unngå og benytte oss av sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur vil si at fagstoffet er bearbeidet, oversatt og gitt ut av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2017). Dette for å unngå at fagstoff vi bruker er fortolket, og at det opprinnelige stoffet kan ha endret seg. Det har ved noen tilfeller ikke vært mulig å finne primærlitteratur, samt at flere av pensumbøkene er sekundærlitteratur. I tillegg har vi strebet etter å benytte oss av den nyeste utgaven av pensumbøkene. Dette for å benytte oss av ny og oppdatert kunnskap. Der vi har brukt bøker som er eldre, er det fordi fagstoffet ikke har endret seg. Et eksempel er boka av Joyce Travelbee som er fra 2001, da hennes tanker vil være de samme i dag som i 2001.

Lovene vi har tatt utgangspunkt i er hentet fra lovdata. Lovdata inneholder primære rettskilder og blir oppdatert ettersom lovene endrer seg.

### 3.4 Etiske overveielser

Barn kan ha nedsatt evne til å forstå formålet med en undersøkelse, og de har ofte ikke fullt utviklet evne til å ta et selvstendig standpunkt. Foreldre kan i slike situasjoner være med på å vurdere om barnet bør delta (Dalland, 2017). Man kan derfor stille seg spørsmålet om det er etisk riktig at barn skal delta i forskning. I studiene vi har inkludert, samtykker foreldre og barn til å delta. Deltakerne i studiene er anonymisert. Barna fra våre egne erfaringer er også anonymisert for å overholde taushetsplikten. Forskningsartiklene vi har inkludert er hentet fra anbefalte databaser og godkjente tidsskrift. Dette sikrer oss at artiklene har gjennomført intervjuene etter etiske prinsipper.

## 4. Resultat

I henhold til retningslinjene som sier at oppgaven skal baseres på minimum seks fag-og forskningsartikler, har vi valgt ut artikler som belyser vår problemstilling fra forskjellige vinkler. Fire av artiklene har gjort studier rundt barnas behov i rollen som pårørende til alvorlig somatiske syke foreldre. De resterende to artiklene har gjennomført studier som undersøker hvordan sykepleiere og helsepersonell ser på sin rolle i møte med barn som pårørende. For å gi leseren en god oversikt har vi valgt å presentere artiklene i hvert sitt avsnitt. I hver artikkel presiserer vi hvilken type artikkel det er, hensikten, metode og resultater. Til sammen presenteres seks artikler.

Artikkel nr. 1

### **Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft (Larsen & Nortvedt, 2011)**

Denne artikkelen er en oversiktsartikkel. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2012) definerer oversiktsartikkel som en sammenfatning av forskning rundt et bestemt tema.

*Hensikten* med denne litteraturstudien er å sammenfatte eksisterende forskning som tar for seg, og konkretiserer barns og ungdoms informasjonsbehov når en forelder er kreftsyk. Det var også et mål å undersøke om de nye lovendringene fra 2010 blir fulgt i praksis.

*Metoden* i denne artikkelen består av både kvalitative og kvantitative artikler. Forfatterne av denne oversiktsartikkelen har samlet 11 enkeltstudier og 1 oversiktsartikkel. Studiene er hovedsaklig fra barnas perspektiv, men også noe fra foreldrenes synspunkt. Det ble utført søk i følgende databaser; Joanna Briggs Institute, Evidence Based Nursing, PsycInfo, Medline, Cinahl og SweMed+.

*Resultater* i artikkelen er at barn har et informasjonsbehov innenfor seks områder. De seks områdene er barnets forståelse, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse. Hovedfunnene i artikkelen er at barn av kreftsyke foreldre ønsker ærlig og konkret

informasjon om forelderens sykdom og behandling, samt hvordan dette vil påvirke det fremtidige livet. Et annet viktig resultat er at foreldrene er den viktigste informasjonskilden. Denne artikkelen konkluderer med at de nye lovendringene blir fulgt (Larsen & Nortvedt, 2011).

Artikkel nr. 2

**Children as relatives to a sick parent: Healthcare professionals' approaches (Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Marie Golsäter, 2016)**

Dette er en svensk tverrsnittstudie.

*Hensikten* med studien var å beskrive helsepersonells tilnærminger til barn som pårørende til alvorlig syke foreldre.

*Metoden* i denne artikkelen er både kvalitativ og kvantitativ. Spørsmål ble sendt ut til 2839 helsepersonell, hvorav 1549 åpnet mailen og 1052 svarte på undersøkelsen. Ni av spørsmålene var av kvantitativ metode, da det var lukkede spørsmål. Tre av spørsmålene var av åpne spørsmål og kvalitativ metode. Av deltakerne jobbet 89 % på somatisk og 11 % på psykiatrisk avdeling. Vi velger å fokusere mest på resultatene fra den kvalitative delen, da disse er mest relevant for vår problemstilling.

*Resultatene* i denne studien viser at en del helsepersonell ikke opplever barn som pårørende som en del av deres oppgaver i hverdagen. Grunner til at barn ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av helsepersonell er mangel på rutiner, at barn som pårørende ikke blir oppdaget og at de ikke blir invitert med til sykehuset. Mangel på erfaring, tid og kunnskap, samt et lite barnevennlig miljø på avdelingene er også årsaker til dette.

Det kom frem i studien at det er mangel på kunnskap om barn, retningslinjer og rutiner for identifisering av barn som pårørende. I tillegg er det mangel på innsyn i hva lovverket sier om barn som pårørende blant helsepersonell. Resultatet viste også at psykiatriske avdelinger har kommet lenger enn somatiske avdelinger i arbeidet rundt barn som pårørende. Studien påpeker at for å møte barnas behov er det nødvendig å skape et barnevennlig miljø, få mer kunnskap og erfaring, samt introdusere for familiebasert omsorg. Dette ansvaret bør ilegges barneansvarlige (Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016).



Artikkel nr 3

**Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions ( Ellis, Wakefield, Antill, Burns & Patterson, 2017)**

Dette er en oversiktsartikkel som oppsummerer psykososiale behov for barn som pårørende til foreldre med kreft.

*Hensikten* med denne studien var å oppsummere psykososiale behov barn av en kreftsyk forelder kan ha, og å se på virkningen av allerede igangsatte tiltak.

*Metoden* som er brukt i denne studien er både kvalitative og kvantitative. Det ble gjort søk i Medline, Cinahl, Psychinfo, Embase og Social Work Abstracts. Søket ble avgrenset til fagfelleurdert forskning og til å være fra tidsrommet 1985-2015. Det ble gjort to ulike søk, hvor det første søket var rettet mot barnas behov for støtte. På dette søket ble det funnet 12 artikler som møtte kravene til forfatterne. Det andre søket var rettet mot de eksisterende tiltak som allerede er iverksatt for å støtte barn som pårørende. Dette søket inkluderte også 12 artikler. For å bli inkludert i denne oversiktsartikkelen måtte hver artikkel inkludere minst en virkning av iverksatte tiltak.

*Resultatene* blir delt inn i søk 1 og søk 2. Resultatene på søk 1 viser at barn trenger alderstilpasset informasjon om forelderens kreftdiagnose. Ofte er forelderens sykdomstilstand bedre enn hva barnet forventer, og tidlig informasjon kan derfor bidra til trygghet. Videre er resultatet at barn trenger støtte når de skal kommunisere med forelderen og andre familiemedlemmer. Barn og ungdom trenger også støtte fra andre barn i samme situasjon for å redusere følelsen av å være alene, og for å føle seg normal.

Andre resultater i studien er at barn har behov for en "trygg plass" hvor de kan dele sine følelser og bekymringer. For å takle forelderens sykdom har barn og ungdom behov for tilpasset og individuell støtte. Mestringsstrategier for å takle situasjonen varierer ut ifra kjønn, alder og kultur. Videre viser det seg at barn trenger spesialisert støtte og oppfølging når kreften utvikler seg, eller om forelderen dør. Søk 2 ga utfordringer med å finne klare bevis på effekten av iverksatte tiltak på grunn av mangel på kontrollerte data, og på grunn av

ulike utfall av iverksatte tiltak. Vi har derfor valgt å ekskludere søk 2 fra vår oppgave (Ellis, Wakefield, Antill, Burns & Patterson, 2017) .

Artikkel nr 4

**Barn som pårørende - En undersøkelse i Sykehuset Innlandet (Winterberg, G, Korum, Vold & Wilberg, T, 2014).**

Dette er en forskningsrapport hvor undersøkelsen tar for seg seks ulike divisjoner ved Sykehuset Innlandet.

*Hensikten* med denne studien var å undersøke helsepersonells kjennskap til helsepersonelloven, prosedyrer og oppfølging av barn som pårørende.

*Metoden* som benyttes i denne rapporten er kvalitativ og kvantitativ. Data er innhentet ved hjelp av pasientjournalssystemet DIPS, DocuLive og intervjuer (2014). Deltakerne i intervjuet var seks leger, ni barneansvarlige sykepleiere og ti sykepleiere. Alle som ble intervjuet er tilknyttet en indremedisinsk post. Vi ser denne undersøkelsen relevant for vår problemstilling fordi vi antar at på indremedisinske avdelinger vil man kunne møte alvorlig somatisk syke foreldre med barn.

*Resultatet* i undersøkelsen viser at personalet ved de ulike avdelingene ikke har nok kjennskap til lovendringene og prosedyrene som skal følges. Likevel mener de at det iverksettes tiltak, selv om kunnskapen ikke anses som god nok. Det vil si at sykepleiere i Sykehuset Innlandet gjør mer i oppfølgingsarbeidet enn hva som blir dokumentert.

Undersøkelsen peker på at dersom kunnskap om arbeid med barn som pårørende bedres, vil motivasjonen og viljen til å arbeide med denne gruppen bli mer sentralt. Et siste resultat vi vil trekke frem i undersøkelsen er at informasjon til barna om forelderens tilstand og behandling blir i liten grad ivaretatt. Informantene begrunner dette med at tiltaket krever mye tid, kunnskap, erfaring, samt at det ikke er fysisk tilrettelagt i form av "samtalerom". Det kommer frem at det å få informasjon om forelderens diagnose har mye å si for hvordan barna

takler situasjonen både før og etter tapet av forelderen (Winterberg, Korum, Vold & Wilberg, 2014).

Artikkel nr. 5

### **Barn som pårørende - resultater fra en multisenterstudie (Ruud Et al., 2015).**

Dette er en tverrsnittsstudie fra fem deler av landet som utgjør totalt 1 660 000 innbyggere, dette er fordeling på land og by.

*Hensikten* med studien er å undersøke barnas opplevelse av å være pårørende, foreldrenes erfaringer rundt situasjonen, hvilke utfordringer de opplever, samt hvordan de har opplevd hjelpen de har fått fra spesialisthelsetjenesten.

*Metoden* i denne studien er kvantitativ. 534 familier i alt deltok i studien, hvorav 202 av disse familiene var innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Informasjon ble innhentet ved hjelp av spørreskjema. I alt er 1433 spørreskjemaer utfylt, og deltakerne i studien er barn av syke foreldre, syke foreldre, andre foreldre og lærere i skolen.

*Resultatene* vi har valgt å fokusere på er fra den delen av studien som får frem barnas situasjon og erfaringer rundt det å være pårørende. I tillegg har vi innhentet resultater fra delen som handler om oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Et interessant funn som er gjennomgående i denne studien, er at barna scorer seg selv dårligere fungerende enn det foreldrene scorer dem til. Det barna opplever som hovedutfordringer med å være pårørende til en alvorlig syk forelder, er å se deres syke forelder lide, å klare seg selv, hjelpe den syke og håndtere forelderens humør. Forelderens manglende tilstedeværelse og innleggelse, samt å stå alene med egne følelser var også utfordringer som barna trakk frem. Også i denne studien er et hovedfunn at barn ikke får tilstrekkelig informasjon til å forstå forelderens sykdom, samt at de har et behov for å dele tanker om sin situasjon.

**Preparing children for the loss of a loved one (Muriel, A.C, 2017).**

Dette er oppsummert forskning og innholdet vil oppdateres kontinuerlig. Denne artikkelen skiller mellom ulike aldersgrupper. Vi har fokusert på funnene som er gjort på barna i alderen 6-12 år.

*Hensikten* med denne artikkelen er å oppsummere hvordan man kan samtale med barn om døden, og hvilken informasjon barn ønsker om forelderens tilstand.

*Metoden* som brukes i oppsummert forskning er både kvalitativ og kvantitativ, da innholdet baseres på ulike artikler.

*Resultatet* fra oppsummert forskning viser at barn i alderen fra 6 - 12 år forstår at når en person dør, blir personen borte for alltid. Det viser seg at barn i denne alderen er opptatt av å få informasjon om den døendes sykdom og situasjon. Barn i denne alderen har ikke forståelse for tidsperspektiv, eksempelvis hvis en pasient kommer "for å dø hjemme", kan barnet tolke det slik at personen vil dø denne dagen. Det kommer frem i den oppsummerte forskningen at rutiner kan være hjelpende i en slik situasjon. Det blir også påpekt at informasjon om tilstand og sykdom lettere forstås av barna dersom informasjonen kommer fra foreldrene istedenfor helsepersonell. Konsekvensen ved å ikke gi barna informasjon, kan være at de trekker egne konklusjoner om forelderens sykdom og forløp som er feilaktig. Det er også verdt å nevne fra denne artikkelen at informasjonen bør tilpasses barnets utvikling.

## 5. Diskusjon

I dette kapittelet skal vi forsøke å drøfte hvordan vi som sykepleiere kan gi trygghet til barn som pårørende på sykehus. I henhold til oppgavens retningslinjer vil vi gjøre dette gjennom forskningen vi har valgt ut, teori og egne erfaringer. Vi skal forsøke å analysere, vurdere og tolke funnene i teoridelen og forskningen vi har funnet (Dalland, 2017). Vi velger å begynne med å diskutere sykepleierens ansvar og rolle, og deretter hvordan man kan skape en god relasjon til barnet sett i lys av Travelbees teori om menneske-til-menneske forholdet. Vi har valgt å gjøre det slik da vi mener at en god relasjon må ligge til grunn for å skape trygghet. Deretter velger vi å ta for oss hvordan kommunikasjon og informasjon kan være trygghetsskapende tiltak. Selv om kommunikasjon og informasjon skilir noe over i hverandre, har vi likevel valgt å dele disse inn i forskjellige punkter. Dette for å gjøre drøftingen mer strukturert. Videre diskuterer vi hvordan man kan tilrettelegge sykehusavdelingen slik at barn opplever trygghet. Gjennomgående i drøftingen har vi tatt hensyn til utviklingsteori om barn for å sørge for at sykepleien vi gir tar utgangspunkt i barnets forutsetninger, og at den er tilpasset barn i alderen 7-12 år.

### 5.1 Barn som pårørende – hvem har ansvaret?

I en studie gjort av Sykehuset Innlandet kommer det frem at det er stor variasjon i kjennskapen helsepersonell har til arbeidet rundt barn som pårørende. En tredjedel av sykepleierne som deltok i studien sier selv at de har “litt” eller “ingen grad av kjennskap” til lov, prosedyrer og oppfølging av barn som pårørende (Winterberg, Korum, Vold & Wilberg, 2014). I løpet bachelorutdanningen i sykepleie har vi selv erfart at det er lite fokus på dette tema i form av undervisning og ute i praksisfeltet. Andre erfaringer som vi mener er relevant å trekke frem er at de fleste sykepleiere har gode holdninger og verdier, men at det er lett å fokusere på behandlingen av pasienten i en travel sykehushverdag. Vi stiller oss spørsmål om barnet får den oppfølgingen og informasjonen som er lovpålagt. En artikkel fra 2011 konkluderer med at de nye lovbestemmelsene samsvarer med hva som utøves i praksisfeltet (Larsen & Nortvedt, 2011). I en multisenterstudie gjort fire år senere kommer det likevel frem at den nye lovgivningen krever flere tiltak for å være optimal (Ruud et. al, 2015). Vi stiller oss undrende til hvordan en studie fra 2011 hevder at barn som pårørende blir ivaretatt, mens en multisenterstudie fra 2015 sier at lovendringen ikke følges opp. Det som

kommer frem i multisenterstudien er at deler av spesialisthelsetjenesten har mangelfulle ressurser.

Før man kan starte arbeidet med å gi trygghet til barn som pårørende, er det første man må gjøre å kartlegge om pasienten har mindreårige barn. Dette er noe vi er lovpålagt gjennom helsepersonelloven (1999, § 10 a). Helsepersonell skal tidlig avklare om pasienten har mindreårige barn, samt avklare og ivareta barnets informasjons- og oppfølgingsbehov. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) underbygger også dette, som sier at sykepleiere skal ivareta barns særskilte behov når de er pårørende. Forskning på den andre siden, viser at mangel på rutiner og kartlegging bidrar til utilstrekkelig ivaretagelse av barn (Winterberg, Korum, Vold & Wilberg, 2014; Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016). Kartleggingen av barnas informasjonsbehov skal skje gjennom samtale med pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 10 a). Et interessant funn i multisenterstudien er at foreldrene har begrenset innsikt i hvordan barna har det når en forelder er syk. Barn scorer seg selv dårligere fungerende enn hva foreldrene scorer barna til. Dette angår fysisk helse, trivsel og livskvalitet (Ruud et. al, 2015). Vi stiller oss derfor undrende til om det er tilstrekkelig å kartlegge kun gjennom foreldrene, samt om andres vurderinger også burde blitt tatt med i betraktning. I kartleggingen av informasjons- og oppfølgingsbehovet mener vi at også barnas mening bør vektlegges og tas i betraktning. Dette underbygger også FN-konvensjonen om barns rettigheter (Vallesverd & Thorsen, 2014).

### **5.1.1 Relasjon gjennom menneske-til-menneske forholdet**

Etter at det er kartlagt om pasienten har mindreårig barn, og sammen med foreldrene kartlagt barnets informasjons- og oppfølgingsbehov, vil det være viktig å forsøke og bygge en relasjon til barnet. En god relasjon er viktig for å kunne kommunisere og formidle informasjon slik at barnet opplever trygghet. Å skape en relasjon handler om at man bygger opp et forhold slik at barnet har tillit til sykepleieren (Eide & Eide, 2012). Her vil Travelbees teori være sentral. Travelbee skriver i sin teori om menneske-til-menneske forholdet som en forutsetning for å kunne gi trygghet, og å formidle informasjon. Som presisert i teoridelen er interaksjonsprosessen en forutsetning for å kunne bygge et menneske-til-menneske forhold. For å oppnå dette forholdet må sykepleieren og barnet gjennomgå fire faser. Vi mener at disse fire fasene er grunnlaget for å skape en god relasjon til barnet.

---

Den første fasen som Travelbee (2001) beskriver er det innledende møtet. I det innledende møtet møter sykepleieren en person for første gang. Her danner sykepleieren seg et førsteinntrykk av barnet gjennom observasjoner (Travelbee, 2001). Vi mener at dersom vi som sykepleiere skal bygge en relasjon til et pårørende barn, kreves det at vi viser tålmodighet, og at det er avsatt nok tid til barnet. Ruud (2011) underbygger dette ved å si at det er viktig at vi skaper fred og ro i det første møtet. Et skjermet sted uten avbrytelser kan bidra til at barnet får følelsen av at det blir tatt på alvor. Barn kan ofte føle usikkerhet overfor fremmede, og kan holde tanker og følelser for seg selv (Eide & Eide, 2012). Vi mener at forutsetningen for å skape en god relasjon er at man får barnets tillit. I det første møte med barnet på sykehuset, tenker vi det er en god start å håndhilse på barnet og presentere seg selv. Veien til tillit kan i følge Eide & Eide (2012) være at man toner seg inn på barnets nivå, og at man lar barnet styre tempoet. Vi tenker at dette kan gjøres ved å vise interesse, være åpen, undrende og ved å lytte til barnet. Kontinuitet av sykepleiere vil være viktig for å etablere en trygg relasjon i de innledende møtene. I midlertid har vi erfaringer med at sykepleiere ofte arbeider under et tidspress på somatisk sykehus. Det kan derfor være en utfordring å sette av nok tid til å bygge en god relasjon. Dette underbygges også av forskning, som sier at mangel på tid er en av grunnene til at barn ikke blir ivaretatt som pårørende (Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016).

Eide & Eide (2012) sier at for å skape tillit må man tilpasse seg barnet, og ha respekt for atferd og følelser. Dette kan sees i sammenheng med Travelbees teori om menneske-til-menneske forholdet, og fasen om fremvekst av identiteter. Denne fasen handler om å ha evnen til å se barnet som et unikt individ, og kunne skape tilknytning mellom sykepleier og barnet. Barnet og sykepleieren ser på hverandre som to unike individer, og har gått vekk fra rollene som “sykepleier” og “pårørende”. I denne fasen får sykepleieren et innblikk i barnets følelser, tanker og oppfatning av situasjonen (Travelbee, 2011). Våre erfaringer er at barn i denne aldersgruppen ofte ikke deler sine tanker og følelser med fremmede, og at de har vanskeligheter for å sette ord på følelser. Vi har erfart at denne fasen krever mye tid, og at arbeidet med å få barn til å uttrykke følelsene sine kan være tidkrevende. Videre må barnet og sykepleieren gjennom empatifasen for å skape et menneske-til-menneske forhold. Empatifasen innebærer at sykepleieren evner å se forbi barnets ytre reaksjoner, og at man klarer å tolke og har forståelse for disse reaksjonsmønstrene (Travelbee, 2001). Det vil være en fordel for både barnet og sykepleieren å snakke om barnets indre følelser. Dette gir på den ene siden sykepleieren et innblikk i hva som er viktig for barnet og hva det føler. På den

andre siden vil også barnet få mulighet til å dele sine følelser og bekymringer med sykepleieren. Empati er i følge Travelbee en følelse av å bli forstått. Dersom barn reagerer med å vise følelser som sinne, redsel, utrygghet og skyldfølelse, kan vi se dette i lys av Travelbees teori om empatifasen. Da har vi som sykepleiere grunnlag for å forstå at denne atferden er knyttet til sykdomssituasjonen, og at reaksjonene ikke er rettet mot oss som sykepleiere. Forskning viser at sykepleiere ikke har god nok kunnskap om barns reaksjoner når mor eller far er alvorlig syk. Dette gjenspeiler seg i deres ivaretagelse av barna (Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016). Slik vi forstår det kan dette handle om at sykepleiere trekker seg unna og distanserer seg fra barnet fordi de ikke klarer å tolke barnets reaksjonsmønster. Empati er ikke alene godt nok for å oppnå gjensidig forståelse og kontakt. Det er viktig at forholdet mellom sykepleieren og barnet utvikler seg til siste fasen som er sympati og medfølelse. Denne fasen innebærer at sykepleieren oppriktig ønsker å hjelpe barnet, og man føler at barnets plager også angår oss som sykepleiere. Sykepleieren kan vise sympati non-verbalt og verbalt. Gjennom sympati viser man som sykepleier at man deler barnets fortvilelse og bekymringer, slik at barnet unngår å bære byrden som pårørende alene. Da barnet og sykepleier har gjennomgått de fire fasene, kan man i følge Travelbee si at man har oppnådd en gjensidig forståelse og kontakt.

## 5.2 Kommunikasjon til barn som pårørende

Vi har stilt oss spørsmål om hva som kan bidra til at barn skal kunne føle trygghet på sykehuset når mor eller far er innlagt. Våre hovedfunn i denne litteraturstudien omhandler informasjon, kommunikasjon, samt å skape et barnevennlig sykehusmiljø. Dette er de tre viktigste trygghetsskapende tiltakene ifølge forskning og faglitteratur som vi ønsker å drøfte videre i oppgaven for å belyse vår problemstilling. Først tar vi for oss hvordan kommunikasjon kan skape trygghet til barn.

I følge Travelbee er kommunikasjon nøkkelen til å bli kjent med hverandre, og bidrar til at et menneske-til-menneske forhold kan etableres. For å oppnå sykepleierens mål om å hjelpe pasient og familie til å mestre sykdom og lidelse, er kommunikasjon en forutsetning (Travelbee, 2001). I følge Larsen og Nortvedt (2011) ønsker noen barn å snakke med helsepersonell, og det viste seg at de hadde nytte av å snakke med noen som har kunnskap om forelderens sykdom. Barn forteller at de har behov for å samtale med helsepersonell som



---

kan vise forståelse. I samtale med helsepersonell hadde barna erfaring med at de kunne åpne seg og fortelle om sine følelser. I motsetning til å samtale med foreldrene, da noen barn holdt igjen sine følelser i ønske om å skjerme foreldrene sine for deres bekymringer (Ellis, Wakefield, Antill, Burns & Patterson, 2017). Når vi kommuniserer med barn, er vi nødt til å huske at disse ikke er små voksne. Vi må tilpasse kommunikasjonen ut fra deres perspektiv for å kunne forstå hva de opplever når mor eller far er alvorlig syk. Barn i denne aldersgruppen er svært forskjellige både emosjonelt og i form av språkforståelse og utvikling. Barna har ofte fantasier som er feilaktige, og en opplevelse av tid som er svært ulik det vi opplever (Bugge, 2008).

### **5.2.1 De tre grunnleggende prinsippene i kommunikasjon**

Man kan tenke seg at det er tre hovedprinsipper i kommunikasjon med barn og unge (Ruud, 2011). Det første er å skape mening i situasjonen, noe som innebærer å hjelpe barnet til å forstå situasjonen. Travelbee sier at den profesjonelle sykepleieren må hjelpe pasienten og familien til å finne mening i sykdom. Hun understreker at uansett hvor håpløs og meningsløs en sykdomssituasjon kan føles, vil det alltid være noe man kan gjøre for å hjelpe pasienten og familien til å finne mening i situasjonen (Travelbee, 2001). Det er viktig å hjelpe barnet til å finne mening slik at det ikke danner seg sine egne fantasier. Disse fantasiene kan være mer belastende å bære enn virkeligheten. Bugge (2011) understreker at det er viktig å være tydelig når barn er i en usikker situasjon, og har behov for hjelp til å finne mening i situasjonen. Piaget hevder at barn i alderen 7-12 år kan ha utfordringer med å finne løsninger på et problem, og vil derfor bruke mye krefter på å tolke sin situasjon (Eide & Eide, 2012). Eksempelvis kan barn trekke konklusjoner om at det er deres feil at mor eller far er syk på grunn av noe de har gjort. Med støtte i forskning og faglitteratur, mener vi det er sykepleierens oppgave å undersøke om barnet har dannet seg en egen forklaring på situasjonen, samt om barnet opplever skyldfølelse. For å avklare om barnet opplever skyldfølelse, mener vi at sykepleieren bør stille oppklarende spørsmål til barnet. Dette kan gjøres ved å få tak i barnets forståelse av innholdet som er formidlet, og ved å be barnet gjenfortelle hva han eller hun har forstått. Eksempelvis kan syvåringer uttrykke seg gjennom tegning, mens tolvåringer vil få bedre utbytte av å gjenfortelle. Videre mener vi at man som sykepleier må være tydelig og konkret i kommunikasjonen med barnet. Det vil være viktig for å oppklare barnets antagelser og hjelpe barnet til å forstå situasjonen. Dette kan gjøres

ved å tidlig komme til poenget i innholdet og unnlate å “gå rundt grøten” i form av komplimenter og småsnakk. Samtidig mener vi at man må fokusere på hvordan innholdet blir formidlet. Både i nonverbal kommunikasjon; i form av kroppsspråk, og verbal kommunikasjon; i form av ord og uttrykk.

Det andre prinsippet er å ivareta barnets verdighet, selv i en livssituasjon som er vanskelig. Det vil si at man som sykepleier bør møte barnet på en slik måte at det opplever respekt og verdighet på sykehuset. Sykepleier og foreldre må hjelpe barnet til å fokusere på løsninger, fremfor å fokusere på det problematiske (Ruud, 2011). For at barn skal kunne kjenne seg respektert på sykehuset mener vi at sykepleieren må bygge en trygg relasjon. Dette underbygges av Travelbees teori om menneske-til-menneske forholdet, som sier at rollene “sykepleier” og “pårørende” blir mindre tydelig når en relasjon er bygget. Da oppstår en gjensidig respekt og forståelse mellom menneskene i relasjonen.

Det siste prinsippet er å anerkjenne barnet. Anerkjennelse er kjernen i kommunikasjonen. Det handler om å anerkjenne barnet for den måten det velger å fremstille seg selv på og ulike hendelser (Eide & Eide, 2012; Ruud, 2011). I følge Erikson vil barn i vår valgte aldersgruppe begynne å sammenlikne seg selv med jevnaldrende, og trenger bekreftelse på deres følelsesmessige reaksjoner (Eide & Eide, 2012). På grunnlag av faglitteratur og utviklingsteori, mener vi sykepleiere kan anerkjenne barnet ved å informere om at det er lov å vise forskjellige reaksjoner. Det er lov å vise sinne eller frustrasjon når man ser at mor har det vondt, men på den andre siden er det også lov å vise glede sammen med venner. Her tenker vi at barnet vil få muligheten til å vite at det er greit å vise forskjellig følelser, og dermed vil kunne føle seg akseptert og anerkjent. Vi får støtte i dette av Ruud (2011) som sier at barn vil føle seg anerkjent, dersom man aksepterer barnets væremåte.

For at sykepleieren skal oppnå de tre nevnte prinsippene om kommunikasjon, kan man benytte seg av ulike virkemidler i samtalen med barnet. Det kan eksempelvis være aktiv lytting. Dette vil kunne føre til at barnet får en følelse av at sykepleieren er interessert, nysgjerrig og er positiv til å lytte til det barnet har å fortelle. Fortrinnsvis er det lurt å benytte seg av gjentakelser som et virkemiddel for å vise barnet at man har forstått det som har blitt sagt og tatt det innover seg. Sykepleieren kan med fordel oppsummere underveis i samtalen for å få barnet til å forklare mer rundt tema, og for å forsikre seg om at det ikke har oppstått misforståelser. Dersom barnet har noe å holde på med under samtalen, som eksempelvis

---

tegnesaker, vil dette bidra til at barnet selv kan regulere blikkontakt og nærhet til sykepleieren. Bruk av “voksne” ord kan føre til at barnet synes det er vanskelig å åpne seg for sykepleieren, og at det kan være vanskelig å forstå det som blir sagt (Ruud, 2011). Derfor bør man som sykepleier tilpasse språket til barnet og være bevisst på ordvalg. Det kan være lurt at man bruker ord og uttrykk som barnet allerede har i sitt ordforråd.

### 5.3 Trygghet gjennom informasjon

Informasjon trekkes frem i faglitteratur, forskning og av barn selv som den viktigste faktoren for at barn skal oppleve trygghet når de er pårørende. I multisenterstudien til Ruud et al. (2015) kommer det frem at barna med foreldre i somatikken scorer høyest på livskvalitet, og svært få opplever langvarige problemer knyttet til mor eller fars sykdom. Det kommer likevel frem en klar sammenheng mellom informasjonen barna får og psykiske, fysiske og sosiale konsekvenser i ettertid (Dyregrov, 2012). Det vil kunne oppstå problemer dersom den syke forelderen mener at barnet er tilstrekkelig informert, når barnet selv føler mangel på informasjon. Dersom man holder tilbake informasjon for barna som angår familien og dem selv, kan dette føre til svekket tillit til forelderen (Dyregrov, 2012).

Våre erfaringer tilsier at foreldrene er barnas viktigste informasjonskilde. Dette på grunn av den trygge tilknytningen barna har til foreldrene. Forskning understøtter også dette (Larsen & Nortvedt, 2011; Muriel, 2017). Likevel uttrykker foreldre at det er utfordrende å kommunisere og gi informasjon til barna sine knyttet til sykdommen (Dyregrov, 2012). Vi mener da at sykepleieren har en støttende og veiledende funksjon til foreldrene, og hjelper de til å kunne kommunisere alderstilpasset informasjon til barna sine. Pasientene selv trenger ofte tid på seg for å kunne ta innover sykdommens alvor før de er i stand til å snakke med barna om det. Som sykepleier er det da viktig at vi er tidlig ute med å fange opp barnas behov, og starter en dialog med pasienten og den friske forelderen om det å involvere barna i sykdomsprosessen (Bugge, Røkholt, Aamotsmo, 2015). Gjennom helsepersonelloven (§10 a) plikter vi å tilby informasjon og veiledning. Gjennom veiledning vil foreldrene kunne hjelpe barna sine til å forstå seg selv, lære hvordan de kan takle vanskelige situasjoner, tanker, ulike følelser og reaksjoner (Larsen & Nortvedt, 2011). Mange foreldre er usikre på hvor mye de skal dele med barna sine, og holder derfor tilbake informasjon. Dette gjør de fordi de ikke tror barna vil forstå budskapet, fordi de selv mangler kunnskap, fordi de ønsker

å skåne barna, eller er redd for spørsmål knyttet til død (Larsen & Nortvedt, 2011). Her kan vi som sykepleiere underbygge viktigheten av at barna får informasjon med forskning. Dette ettersom det gjennom forskningsbasert kunnskap kommer frem at informasjon er det viktigste tiltaket for å skape trygghet hos barnet. På den andre siden stiller vi oss undrende til om veiledning av foreldrene er tilstrekkelig for at barnet skal oppleve trygghet når informasjon formidles. Sykepleier plikter å ivareta barn som pårørende, og man kan ikke være sikker på at barnets informasjons- og oppfølgingsbehov blir tilfredsstillende dekket, selv om foreldrene har fått veiledning. Vi mener på grunnlag av forskning og faglitteratur at det derfor kunne vært nyttig med en felles familiesamtale med barnet, foreldrene og sykepleier.

I en slik samtale kan man formidle et sykdomsbudskap, og samtidig skape en felles forståelse gjennom et familiesamtaleprogram. Programmet er delt inn i 4-5 møter som brer seg over en tid på 6-8 uker. Første samtale er med foreldrene, og andre samtale vil inkludere hele familien. Deretter vil det gjennomføres samtaler med barna hver for seg, før hele familien samles til en samtale. Som vi har presisert tidligere i oppgaven er foreldrene barnas viktigste informasjonskilde, og familiesamtaleprogrammet bygger på dette. Målet med dette programmet er at foreldrene skal kunne kommunisere sin opplevelse av situasjonen og sin forståelse av sykdommen til sine barn. Det er også viktig at barna får kommunisert sine erfaringer slik at det skal skapes en gjensidig forståelse (Bugge, Røkholt & Aamotsmo, 2015). I følge forskning har barn og foreldre hatt god nytte av familiesentrert behandling. Familiesentrert behandling knytter barn, foreldre og sykepleieren tettere sammen og kan bidra til å skape et bedre samarbeid. En slik samtale kan bidra til at det blir lettere å snakke om egne tanker og følelser. Dette kan ved senere anledninger føre til åpenhet omkring bekymringer og følelser i familien uten at sykepleieren er tilstede (Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016).

### **5.3.1 Informasjonens innhold**

Larsen & Nortvedt (2011) konkluderer med at tilpasset og konkret informasjon er en viktig faktor for at barn skal kunne oppleve trygghet. Fra utviklingspsykologien om kognitiv utvikling, kan vi benytte oss av kunnskap som gjør at vi kan forstå hvordan barn oppfatter og tenker. Det hjelper oss slik at vi kan sette oss inn i barnets forutsetninger for å forstå, og på den måten tilpasse informasjonen. Som nevnt i teoridelen er barn i 7-12 årsalderen ifølge

---

Piaget på det konkrete operasjonelle stadiet. Barna utvikler en evne til å tenke mer logisk, og har en større forståelse for omverdenen på dette utviklingstrinnet. Det kan bety at barna forstår mye av forelderens situasjon, og at de lettere kan avsløre at noe ikke stemmer. Barn i 11 -12 årsalderen vil ha større innsikt i sykdomssituasjonen enn 7-8 åringer (Eide & Eide, 2012). Vi mener at det kan være lurt å ta utgangspunkt i hva barnet selv ønsker å vite når informasjon skal gis. I forskning (Muriel, 2017) kommer det konkret frem at barna i aldersgruppen 7-12 år bør få informasjon om sykdommens navn og hva som skjer i kroppen når man har denne sykdommen. På den andre siden kan “voksne” ord og uttrykk bidra til usikkerhet (Ruud, 2011). Vi mener derfor at man som sykepleier bør tilpasse informasjonen ut i fra alder, kjønn og modenhet, samt bruke ord og uttrykk som barn har forutsetninger for å forstå. Dette for å unngå usikkerhet. Våre erfaringer tilsier at medisinsk språk og navn på diagnoser kan være vanskelig å forstå. Vi mener derfor at man bør forklare hva som ligger bak diagnosen og ikke bare sykdommens navn. Eksempelvis kan leukemi være vanskelig å forstå, og man kan forklare det med andre ord som kreft eller sykdom i blodet. Dette for å ikke skape usikkerhet hos barnet rundt ukjente ord.

I følge forskning er barn i 7-12 årsalderen mest opptatt av å få konkret og ærlig informasjon om forelderens sykdom og behandling, samt om foreldereren kommer til å overleve. Barn har ofte spørsmål knyttet til død og forelderens prognose (Larsen & Nortvedt, 2011; Ellis, Wakefield, Antill, Burns & Patterson, 2017). Da barna har fylt 7 år har de fleste en forståelse av at når en person dør vil den være borte for alltid. Som nevnt innledningsvis har barn i 7-8 årsalderen et ulikt tidsperspektiv enn det voksne har. Eksempelvis kan tidsperspektivet rundt døden være vanskelig å forstå. Barn kan misforstå en setning som at “foreldereren kommer hjem for å dø”, og tolke det dithen at foreldereren skal dø samme dag (Muriel, 2017). Overordnet kan man si at jo eldre barnet er, jo større ønske om informasjon har barnet. Svært detaljert informasjon om sykdommen på cellenivå kan ifølge forskning føre til misforståelser, og vil derfor ikke være nødvendig. Vi mener det vil være mer relevant å gi informasjon om foreldereren kommer til å endre utseende, humør eller atferd. Her får vi støtte i forskning gjort av Larsen og Nortvedt (2011).

Manglende informasjon kan føre til usikkerhet og misforståelser, på den andre siden kan for mye, detaljert informasjon bidra til forvirring (Larsen & Nortvedt, 2011). Når man skal bestemme innholdet i informasjon kan man på den ene siden holde igjen informasjon og la sannheten om situasjonen utebli, eller man kan på den andre siden la barnet få informasjon

om alt. I hvert enkelt tilfelle mener vi at sykepleiere bør vurdere om barnet har fått tilstrekkelig informasjon for å kunne forstå situasjonen. Med utgangspunkt i hva forskningen sier at barn ønsker informasjon om, mener vi at man bør informere barnet om hva han eller hun kan vente seg, og hva som kan skje. Dette kan vi gjøre ved å informere om hvordan forelderen eventuelt kommer til å endre utseende og atferd, samt forberede barnet på synet av medisinsk utstyr. Ved å forberede barnet på hva som kommer, og hvordan møtet med forelderen på sykehuset vil bli, kan barnet oppleve følelse av kontroll. Følelse av kontroll kan igjen føre til trygghet (Eide & Eide, 2012).

### **5.3.2 Informasjon til barn i krise**

Informasjonsbehovet varierer etter hvor forelderen er i sykdomsforløpet. Mange barn har økt informasjonsbehov rett etter at diagnosen er stilt, eller når sykdommen progredierer (Larsen & Nortvedt, 2011). I følge Ruud (2011) er barns krisereaksjoner forskjellige og ofte kommer reaksjonene i bølger. Det vil si at barnet går “inn og ut” av reaksjonene. Stress, usikkerhet og sinne som kan oppstå i tyngende livssituasjoner kan påvirke forutsetningen barnet har til å motta informasjon, og til å tenke logisk. (Eide & Eide, 2012). På grunnlag av barns krisereaksjoner mener vi at man ikke alltid bør formidle informasjonen til barnet så tidlig som mulig, men ta hensyn til at barnet kan ha en “dårlig” dag. Det kan derfor være lurt å være bevisst på at man gir informasjon når barnet er rolig, og mer mottakelig for informasjon. Dersom barnet ikke ønsker å snakke med sykepleieren ved første møte, må man som sykepleier akseptere dette og snakke med barnet når barnet selv er klar for det. Man kan da prøve igjen samme dag eller neste dag. Barnet kan få følelsen av at du som sykepleier bryr deg dersom man ønsker å samtale ved flere anledninger. Hvis barnet er i en krisereaksjon kan det også være nødvendig å gi den samme informasjonen flere ganger (Cullberg, 2010). Som sykepleier kan det videre være viktig å informere om at aktuelle krisereaksjoner som barnet opplever er normalt. Dette på bakgrunn av Erik Eriksons utviklingsteori om psykososial utvikling.

---

## 5.4 Trygghetsskapende miljø på sykehus

En sykehusavdeling fremstår ofte som svært steril og lite innbydende for barn. Barna ser ofte mange tekniske utstyr de aldri har sett før. Ulike alarmer går, og maskinen mor eller far er koblet til begynner plutselig å pipe. Det kan oppstå akutte nødsituasjoner som barna blir vitne til hvor det blir vanskelig å ivareta barna. Eriksen (2006) sier at det å være trygg har en sammenheng med det å kunne forutsi dagen, planlegge og kontrollere et hendelsesforløp. Det å være trygg handler om å ha kontroll over situasjonen. Det kan tenkes at barn i et hektisk sykehusmiljø ikke alltid opplever disse gitte faktorene til trygghet. Dette ettersom en sykehushverdag ofte er preget av uforutsette hendelser. Dermed stiller vi oss spørsmål om hvordan vi kan skape trygghet til barn i et sykehusmiljø?

Sprøyter, kanyler og annet utstyr kan være fremmed for barnet. Deltagelse i utøvelsen av prosedyrer kan bidra til at medisinsk teknisk utstyr ufarliggjøres. Vi tenker at dette eksempelvis kan gjøres ved å la barnet kjenne på utstyret, og ta del i noen prosedyrer. På denne måten kan barnet få en følelse av å hjelpe forelderen, og samtidig få følelsen av kontroll, og dermed trygghet. Vi kan på denne måten hjelpe barnet til å vise omsorg for forelderen. På den andre siden kan det oppleves som en påkjenning å være delaktig i disse prosedyrene, og samtidig se sin egen forelder syk. Det vil være viktig å unngå at barnet føler at det får en for voksen- eller for stor omsorgsoppgave. Man må som sykepleier vurdere ut i fra hver enkelt situasjon, og ta utgangspunkt i hvor involvert barnet selv ønsker å bli.

I forskning kommer det frem at det er behov for et barnevennlig miljø for å kunne skape gode relasjoner, og for å kunne ivareta barn som pårørende. Et barnevennlig miljø kan innebære at barnet blir møtt med god tid, at barnet får sine behov og rettigheter dekket, og at de fysiske og psykososiale omgivelsene i arbeidsmiljøet er tilrettelagt. Helsepersonell mener at det kunne vært nyttig med et "familierom" tilpasset barn i ulike aldre (Knutsson, Ensäkr, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016). Vi mener at et eget rom for barn og familien med mindre "sykehus-preg", vil kunne bidra til at omgivelsene føles tryggere og tilnærmet normalt. Det at barnet har få å forholde seg til, og kan gjenkjenne kjente sykepleiere tenker vi er viktig for å skape kontinuitet og forutsigbarhet. Vi mener dette er viktige faktorer for å skape trygghet. For å skape kontinuitet i oppfølgingen av barn som pårørende, mener vi det vil være viktig å dokumentere hva man har snakket med barnet om, og hvordan man har snakket med barnet. Dette gjør at annet helsepersonell får innsyn i hvordan man har gått

frem i samtalen. Da har man grunnlag for å fortsette arbeidet med å skape en relasjon og trygghet.

I forskning kommer det frem at helsepersonell mener at dersom avdelingen har en barneansvarlig sykepleier, ville sykehusavdelingen blitt mer barnevennlig. Det kommer frem at det er behov for et helsepersonell som oppdaterer og veileder de andre sykepleierne på barns rettigheter og lovverk, og støtter annet helsepersonell i arbeidet med barn som pårørende (Knutsson, Enskär, Andersson-Gäre & Golsäter, 2016).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-7 a) sier at helseinstitusjoner skal om nødvendig ha barneansvarlig personell. Den som har fått tildelt dette ansvaret, har en oppgave som innebærer å fremme og å koordinere helsepersonells oppfølging av barn som pårørende. Våre egne erfaringer fra praksis på somatiske sykehusavdelinger er at vi aldri har blitt introdusert for hvem som er barneansvarlig sykepleier. Vi har erfart at barn som pårørende ikke har blitt møtt av barneansvarlig, eller at det har blitt sørget for å koordinere andre helsepersonells oppfølging. Våre erfaringer tilsier at det kunne vært nyttig å ha en tilgjengelig barneansvarlig sykepleier å henvende seg til i slike situasjoner. Vi mener at det kunne vært til hjelp med en barneansvarlig sykepleier som oppdaterer annet helsepersonell på avdelingen om rutiner, og som kunne laget en slags "sjekklister" for ivaretagelsen av barn som pårørende. På den andre siden mener vi at man i arbeid med barn ikke kan bli alt for opphengt i rutiner og sjekklister, men at man også må bruke kreativitet og tilpasse seg hvert enkelt barn. Sett i lys av Travelbee (2001) må man bruke seg selv terapeutisk i møte barn som pårørende. Det innebærer at man bruker sin egen personlighet og kunnskaper for å etablere et forhold til barnet, og for å strukturere sykepleiehandlingene. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke sin egen fornuft. I dette tilfelle vil det si at man ikke følger sjekklister blindt, men at man åpner øynene for mer alternative tilnærminger og tilpasser seg hvert enkelt individ.



## 6. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å besvare vår problemstilling. *Hvordan kan vi som sykepleiere gi trygghet til barn som pårørende til en alvorlig somatisk syk forelder?*

For å ivareta barnets behov for trygghet må man tidlig kartlegge om pasienten har barn, og hvilket informasjons- og oppfølgingsbehov dette barnet har. Det er viktig å kartlegge ut i fra deres individuelle behov, og være bevisst på at behov for et barn ikke nødvendigvis er det samme for et annet. Gjennom denne oppgaven har vi sett at det er viktig at man som sykepleier oppretter et menneske-til-menneske forhold til barn som pårørende. Dersom man danner denne relasjonen mener vi at det kan føre til at barnet får tillit til sykepleieren. En god relasjon og tillit er avgjørende for videre arbeid, for at barnet tør å dele følelser, og for at barnet skal kunne føle trygghet.

Innledningsvis stilte vi oss undrende til om barn blir tilstrekkelig ivaretatt gjennom de nye lovendringene. Denne litteraturstudien har vist oss at barn ikke får tilfredsstilt behovet for informasjon og oppfølging, tross det som er hjemlet i helsepersonelloven. Årsaker til dette har vist seg å være mangel på tid, kunnskap, erfaringer og rutiner. Ut ifra forskning som er gjort etter lovendringen, ser vi at temaet er blitt mer belyst. Det blir fortsatt gjort studier omkring barn som pårørende. Disse utvikler seg i en positiv retning.

Gjennomgående i forskning, litteratur og egne erfaringer, kommer det frem at behovet for informasjon, kommunikasjon og et godt sykehusmiljø er de mest sentrale behovene for at barn skal oppleve trygghet. For å kunne gi barna god informasjon er det viktig at vi som sykepleiere har kunnskaper om hvordan vi formidler et budskap. I kommunikasjonen med barn er respekt, anerkjennelse og verdighet de tre viktigste prinsippene. Sykepleieren må derfor ha kunnskap om og forstå barns utvikling, følelser og krisereaksjoner. Kunnskaper om dette alene er likevel ikke tilstrekkelig, ettersom hvert barn er unikt, utvikler seg forskjellig og krever individuell tilnærming. For at informasjonen skal formidles på en god måte, må noen faktorer ligge til grunn. Blant annet må man som sykepleier forsøke å skape et barnevennlig miljø i sykehusavdelingen. Dette innebærer at omgivelsene barnet befinner seg i oppleves trygge, at barnet har få sykepleiere å forholde seg til, og opplever kontroll i situasjonen. Kontroll viser seg å være en grunnleggende faktor for å oppleve trygghet. Vi

kan si at det ikke finnes noe entydig fasitsvar på hvordan man kan gi trygghet til barn. Det som oppleves som trygt for et barn, må nødvendigvis ikke gi den samme opplevelsen til et annet. Sykepleieren sammen med foreldrene må enes om barnets evne til forstå budskap og sørge for at informasjonen som gis er tilpasset barnets utvikling. Disse faktorene er viktig å ta hensyn til for å kommunisere alderstilpasset informasjon, og for å skape trygghet. I hvert møte med barn som pårørende vil det likevel være noen grunnleggende tilnærminger. Sykepleieren må møte barnet med respekt, verdighet og anerkjennelse.

---

## Litteraturliste

Bugge, R.G. (2008). *Når krisen rammer barn og unge*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Bugge, K. E., Røkholt, E. G. & Aamotsmo, T. (2015). En tiltakskjede for ivaretagelse av barn som pårørende. I S. Gjesdahl (Red.). *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 45-64). Bergen: Fagbokforlaget

Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dyregrov, K. (2012). Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. I B. S. M Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s.44-65). Oslo: Abstrakt Forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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>

Eriksen, T. H. (2006). *Trygghet*. Oslo: Universitetsforlaget

Folkehelseinstituttet (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning, 2014*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. (Veileder IS-2587). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/nyheter/parendeinvolvering-og-stotte-nyveileder-viser-god-praksis>

Haugland, M. S. B., Trondsen, V.M., Gjesdahl, S. & Bugge. (2015). På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. I S. Gjesdahl (Red.). *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 13-25). Bergen: Fagbokforlaget

Haugland, M. S. B., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.). (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2018). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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>

Kristoffersen, J.N. (2015). *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I N.J Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Larsen, H.B. & Nortvedt, W.M. (2011). Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien Forskning*. 6(1)(70-77). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0068>

Muriel, A.C. (2017) Preparing children for the loss of loved one. *Up to date*. Hentet fra [https://www.uptodate.com/contents/preparing-children-for-the-loss-of-a-loved-one?search=children%20as%20relatives%20and%20support%20and%20needs&source=search\\_result&selectedTitle=11~150](https://www.uptodate.com/contents/preparing-children-for-the-loss-of-a-loved-one?search=children%20as%20relatives%20and%20support%20and%20needs&source=search_result&selectedTitle=11~150)

---

Norges Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, V.L. & Reinart, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm AS

Renholen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Ruud, K. A. (2011) *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M...Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie*. Akershus Universitetssykehus HF, Rapport IS- 05/2010. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parørende-IS-5-2010.pdf>

Sneltvedt, T. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg., s.97-116). Oslo: Gyldendal Akademisk

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. (2018). Hentet fra <https://lovdata.no/>  
Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Thorsen, R. (2015). Trygghet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s.105-132). Oslo: Gyldendal Akademisk

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vallesverd, V. U. & Thorsen, V. U. (2014). FN's konvensjon om barnets rettigheter. I V. U. Vallesverd & I. K. Thorsen (Red.), *I for store sko: en tekstsamling om barn i omsorgsroller* (s. 144-145). Stavanger: Hertervig Forlag

Winterberg, G., Korum, J., Vold, H. & Wilberg, T. (2014). *Barn som pårørende - en undersøkelse i Sykehuset Innlandet*. Høgskolen i Lillehammer Forskningsrapport nr. 163. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/226185>

Ytterhus, B. (2012). Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag AS

## 7. Vedlegg

### 7.1 Vedlegg 1 PICO-skjema

P	I	C	O
Child Adolescent Family Parents Parent-child-relations Terminally ill Barn som pårørende Children as relatives Children of impaired parents Impaired parent Parental illness	Nursing Nurse Nurses role Informasjon Information Sykepleiere Sykepleie Hospital Approaches Safety		Ivaretakelse av barnas behov Trygghet Informasjon Støtte Mestring

## 7.2 Vedlegg 2 Søkehistorikk

Database og søkeord	Dato for søk og antall funn	Tittel, forfatter og årstall	Styrke	Svakheter
Helsedirektortatet  Barn som pårørende	Søkt 9/4-18 505 treff	Barn som pårørende: Resultater fra en multisenterstudie. IS-0522,rapport 2015. (Ruud, et.al, 2015)	Norsk undersøkelse. Helsedirektoratet er en anerkjent, pålitelig kilde.  Tverrsnittstudie med stort utvalg familier fra flere deler av landet.	Omfattende, vanskelig å velge ut det viktigste for vår problemstilling.
Oria  Barn som pårørende	9/4-18 937 treff	Barn som pårørende: en undersøkelse i sykehuset innlandet (Winterberg, Korum, Vold & Wilberg, 2014).	Norsk studie.  Inkluderer barneansvarlig sykepleier, sykepleiere fra medisinsk avdeling.	Deltakerne i intervjuet kan ha lite erfaring og lite kjennskap til arbeid med barn som pårørende. Manglende direkte erfaring med barn som



				pårørende, kan resultere i at informantens oppfatning av oppfølging er dårligere enn det den er i praksis.
Sykepleien.no  Barn og informasjonsbehov	12/4-18  15 treff	Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft (Larsen & Nordtvedt, 2011)	Norsk studie.  Basert på 11 enkeltstudier og en oversiktsartikkel som gir oss en god oversikt over tema.  Sammenfatter mye informasjon fra ulike steder og årstall, som gir et bredt spekter av informasjon.	Vidt aldersspenn: 0-18 år.  Eldre enn fem år.
Cinahl  Parent-child relations AND children of	13/4-18  28 treff	Supporting children facing a parents cancer diagnosis: a systematic review of childrens psychosocial needs and	Oversiktsartikkel som bare har inkludert fagfelleurdert forskning.	Australsk studie.  Vidt aldersspenn

impaired parents AND needs		existing interventions.  S.J. Ellis, et. al. 2017	Ny forskning fra 2017.	0-18 år.
Cinahl  Children as relatives AND approaches AND nurses role	16/4-2018 2 treff Krysset av på 6-12 år	Children as relatives to a sick parent: healthcare professionals' approaches	Svensk studie  Ny forskning fra 2016.	Liten respons på spørreskema, men likevel deltok 1052 helsepersoner ll fra Sverige.
Helsebiblioteket s kunnskapspyram ide, uptodate.com  Children as relatives AND needs AND support	16/4-2018 52 treff på uptodate.c om	Preparing children for the loss of a loved one.	Oppsummert forskning, oppdat eres kontinuerlig. Sist oppdatert 2017.  Skiller mellom skolealder (6-12) og andre aldersgrupper som gjør den relevant for vår problemstilling.	Litt rotete fremstilling av innholdet.

### 7.3 Vedlegg 3 Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

## **SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

INNLEDENDE SPØRSMÅL



<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</i></li> <li>• <i>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</i></li> <li>• <i>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder,osv.)?</i></li> </ul>	<p><b>Ja</b>                      <b>Uklart</b>                      <b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/>                      <input type="radio"/>                      <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i>  <i>Er metoden som ble valgt god for å belyse</i></p>	<p><b>Ja</b>                      <b>Uklart</b>                      <b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/>                      <input type="radio"/>                      <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><i>problemstillingen?</i></p> <p><i>Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</i></p> <p><i>Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</i></p>	

Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?	
-----------------------------------------------------	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Ja</b>                      <b>Uklart</b> <b>Nei</b></p> <p style="text-align: center;">O                                      O</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Ja</b>                      <b>Uklart</b> <b>Nei</b></p> <p style="text-align: center;">O                                      O</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p><b>Kommentar:</b></p>



**KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?****Hvor nyttige er funnene fra denne studien?***TIPS:*

*Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.*

- *Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?*
- *Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?*

**Kommentar:**