



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Campus Elverum

4KR20

Gry Cecilie Løkkesveen Drågen og Unn Torill Tveitane

BARN SOM PÅRØRENDE

CHILDREN AS NEXT OF KIN

Veileder: Toril Merete Nysæther

Videreutdanning i kreftsykepleie 2012/ 2014

Antall ord: 12 718

2014

Samtykker til utlån hos høyskolebiblioteket

JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA X NEI

Sammendrag

Tittel: Barn som pårørende

Utdanning: Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum

Kandidatnummer: 603 og 608

Veileder: Toril M. Nysæther

Antall ord: 12 718

Nøkkelord: Barn som pårørende, kreftsykepleier, informasjon, foreldre med kreft, mestring

Bakgrunn: I Norge finnes det tall på at 34.000 barn lever som pårørende med en forelder med kreft. Det viser seg at kreftsykepleier møter barn som pårørende i stadig økende grad, og det er viktig med kunnskap om denne pårørendegruppen.

Hensikt: Å belyse hvilke kunnskaper og egenskaper kreftsykepleiers bør ha i møte med barn som pårørende.

Problemstilling: *Hvordan kan kreftsykepleier bistå barn som pårørende med tilpasset informasjon, slik at de er i stand til å mestre hverdagen når en av foreldrene har kreft?*

Metode: Oppgaven er bygd opp som et litteraturstudie der vi bruker både egne erfaringer og erfaringer fra praksisfeltet.

Funn/ diskusjon: Funn viser at barn ønsker å vite mer og at de ønsker seg konkret og alderstilpasset informasjon om foreldres kreftsykdom. De har behov for å snakke med sine foreldre, men også kreftsykepleier. Barn ønsker å opprettholde en hverdag som er så normal som mulig. Dette gir dem også et fristed, hvor de kan tenke på andre ting. Kreftsykepleier spiller en sentral rolle i å veilede og støtte barn til mestring.

Konklusjon: Kreftsykepleier kan bistå barnet ved hjelp av ulike tilnæringsmåter som legger vekt på kreftsykepleiers evne til kommunikasjon, egenskaper, og intervensjoner og med det sette barnet i stand til å mestre sin hverdag. kreftsykepleier må møte hvert enkelt barn med deres ressurser og forutsetninger, for med dette å kunne tilpasse kommunikasjonen og informasjonen.

Abstract

Titel: Children as next of kin

Course: Public health studies, Campus Elverum

Author: 603 and 608

Supervisor: Toril M. Nysæther

Number of Words: 12 718

Keywords: Children as next of kin, Oncology nurse, Parents with cancer, Coping

Background: In Norway, numbers shows that 34,000 children live as next of kin of a parent with cancer. It turns out that the oncology nurse meets children as next of kin increasingly and it is essential to know the kin group.

Aim: To elucidate the knowledge and characteristics oncology nurse should have in the face of child dependents

Problem: *How can a oncology nurse assist children as next of kin with information to make them able to cope with everyday life when a parent has cancer?*

Method: The thesis is structured as a literature study in which we use both our own experiences and work experiences.

Findings/discussion: Findings show that children want to know more and that they want specific and age-appropriate information about parental cancer. They need to talk to their parents but also to the oncology nurse. Children want to maintain a life that is as normal as possible. This also gives them a sanctuary where they can think of other things. Cancer Nurses play a key role in guiding and supporting children to cope in everyday life.

Conclusion: The oncology nurse can assist the child using various approaches that emphasize communication skills, characteristics, and interventions and by this assist the child to cope with their everyday lives. Oncology nurse must meet each child with their resources and potential, to adapt the communication and information.

1.	INNLEDNING.....	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Problemstilling.....	8
1.3	Avgrensning.....	8
1.4	Presentasjon av oppgaven.....	10
1.5	Etisk refleksjon.....	10
2.	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	12
2.1	Valg av litterære kilder	12
2.1.1	Presentasjon av litteratur	12
2.2	Forskning	14
2.2.1	Presentasjon av funn.....	15
2.3	Kildekritikk.....	16
2.4	Etiske overveielser.....	17
3.	TEORETISK FUNDAMENT.....	18
3.1	Kreftsykepleiers teoretiske fundament	18
3.2	Kreftsykepleiers egenskaper.....	18
3.2.1	Kommunikasjon.....	20
3.2.2	Empati.....	21
3.2.3	Tillit og sympati	21
3.3	Utviklingspsykologi.....	22
3.4	Barn som pårørende og deres behov og reaksjoner.....	24
3.4.1	Mestring hos barn fra 6- 12 år.....	25
3.4.2	Empowerment	26
3.5	Kreftsykepleiers observasjoner og intervensjoner.....	27
3.5.1	Ramme for intervensjon	28
3.5.2	Betydningen av et tverrfaglig samarbeid.....	29
4.	DRØFTING	30
4.1	Kreftsykepleieren i møte med barnet.....	30
4.1.1	Barnets ønske om å forstå.....	32

4.1.2	Å se det enkelte barnet	34
4.1.3	Barnets frisoner	36
4.2	Hjemmet- arena for møte	37
5.	KONKLUSJON	39
	REFERANSELISTE	40
	Vedlegg 1 - Søkematrise	43
	Vedlegg 2 - Litteraturmatrise	45

1. INNLEDNING

Som en avslutning på videreutdanningen i kreftsykepleie skal vi skrive en avsluttende eksamen, der vi tar for oss et relevant tema innen kreftsykepleie, og viser faglig innsikt knyttet opp mot en avgrenset problemstilling (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Vi er to sykepleiere som har valgt å skrive denne oppgaven sammen. Den ene av oss har jobbet lenge i institusjon, mens den andre har lang erfaring fra kommunehelsetjenesten. Dette gjør at vi har arbeidserfaring fra to ulike arenaer der vi møter barn som pårørende.

Vi vil med denne oppgaven sette fokus på barn mellom 6 og 12 år, som er pårørende til en forelder som lever med kreft.

Denne oppgaven er bygget opp rundt kreftsykepleiers rolle i kommunehelsetjenesten i møte med barn som pårørende i hjemmet. Vi ønsker å belyse ulike kunnskaper og egenskaper kreftsykepleier bør ha for å være med på å sette barnet i best mulig stand til å mestre en hverdag med en kreftsyk forelder.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreftregisteret presenterer tall fra 2012 som viser at 34.000 barn under 18 år har en forelder med kreft (Kreftregisteret.no). Vi har ikke eksakte tall på hvor mange barn som befinner seg i vår aldersgruppe som er mellom 6 og 12 år, men tallene fra Kreftregisteret viser at barna under 18 utgjør hele 1,4 % av befolkningen. Det betyr at kreftsykepleier stadig oftere møter barn i denne aldersgruppen som pårørende, og det er viktig å ha tilgang til god kunnskap om temaet. Vi har funnet i litteratur og forskning at det er mange likhetstrekk mellom barn som pårørende til en kreftsyk forelder og barn som pårørende til foreldre med andre alvorlige og kroniske lidelser (Bugge, 2009). Vi ser derfor at det er stor grad av overførbarhet til andre problemstillinger og utfordringer hos barn enn de vi har presentert i oppgaven.

Vi har personlig erfaring med egne barn som har opplevd å miste nære besteforeldre, og har gjennom dette sett hvordan barn håndterer kriser og endring på ulike måter. Vi som foreldre opplevde å være usikre på om det vi gjorde i forhold til barna var riktig, om det ble informert for mye eller for lite, og om barna følte at de ble sett. Vi ser nytten av at kreftsykepleier har

gode sykepleierkunnskaper i forhold til måter å møte barnet på, slik at hun kan hjelpe barnet til å mestre situasjonen. Opplevelsene med egne barn gjorde oss nysgjerrige på temaet, og vi ser at erfaringen vi gjorde oss som foreldre er overførbart til hvordan vi tenker som kreftsykepleiere. Siden vi jobber på sykehus og kommunehelsetjeneste har vi med oss ulike arbeidserfaringer i forhold til hvordan vi ser at barn som pårørende blir ivaretatt. Erfaringer vi har gjort oss fra sykehus, er at barn kan bli utilpass ved synet av teknisk utstyr, spesielle nye lukter og synsinntrykk. Dette kan oppleves som skremmende for et barn (H. Larsen & W. Nordtvedt, 2011), mens i hjemmet er barnet tryggere i sine kjente omgivelser. Det kan være utfordringer i forhold til både syn og lukter knyttet til kreftsykdom i hjemmet også, men der er rammen kjent for barnet, og det har muligheter til å styre noe av inntrykkene selv. Barnet har større muligheter til å kunne trekke seg unna, og avlede seg selv i forhold til det som er vanskelig. Det kan besøke venner eller leke med egne leker i huset (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

Det er mange intervensjoner som kreftsykepleier kan bidra med ovenfor barn som er pårørende til kreftsyke foreldre, og vi har i oppgaven lagt vekt på informasjon til og kommunikasjon med barn. Vi støtter oss til Joyce Travelbees sykepleiefaglige fundament, med fokus på kommunikasjon.

Vi ser at dette temaet er overførbart til andre yrkesgrupper som har omsorg for og jobber med barn. Dette fordi oppgaven fokuserer på kommunikasjon med barn med vekt på egenskaper som er nødvendige for å komme i dialog med barnet. Vi skriver om barn som gruppe, og ikke enkeltindivid. Gjennom litteratur og funn har vi funnet kunnskap som kan anvendes av andre yrkesgrupper enn kreftsykepleiere.

I følge FN`s barnekonvensjon, har barn rett til egne meninger og de har krav på informasjon som gjelder dem selv og deres fremtid (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet/Regjeringen.no). Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med alvorlig somatisk sykdom kan ha som følge av foreldrenes tilstand (Helsepersonell loven § 10a). Det er et økende fokus på at barn har behov for informasjon når en nær voksen har kreft, og det viser seg at både foreldre og helsepersonell strever med hvordan man skal møte dette behovet (H. Larsen & W. Nordtvedt, 2011).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan kreftsykepleier bistå barn som pårørende ved hjelp av tilpasset informasjon, slik at de er i stand til å mestre hverdagen når en av foreldrene har kreft?

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven ønsker vi å sette fokus på hvordan kreftsykepleier, gjennom sine kunnskaper og egenskaper kan bistå barn fra 6 til 12 år, som er pårørende til en mor eller far som er syk.

Denne aldersgruppen spenner over seks år, og gjennom disse årene har barna ulike kognitive ressurser til å forstå kreftsykdommens omfang og uttrykke sine følelser (Bugge, Helseth & Darbyshire, 2008). Vi ønsker med denne oppgaven å gi de minste barna en sterkere «stemme» ved å se hva litteraturen sier om deres behov og hvordan de kan mestre en hverdag da mor eller far har kreft.

Vi fokuserer ikke på en spesiell kreftdiagnose da temaet for oppgaven er barn som pårørende til en forelder med kreft. Vi ser at mye av barnets behov og kreftsykepleiers intervensjoner er de samme, uavhengig av spesifikk kreftdiagnose. Ulike typer kreftsykdom kan føre med seg inntrykk som kan være en ekstra belastning for barnet, men vårt fokus i denne oppgaven er informasjon til og kommunikasjon mellom kreftsykepleier og barnet. Kreftsykepleier må se hvert enkelt barn som et individ og tilpasse informasjonen til barnet, og vil da ha fokus på den enkelte forelders sykdomsbilde.

For å ivareta barnet på best mulig måte er det svært viktig med et godt tverrfaglig samarbeid med skole og lærer, helsesøster og eventuelt andre relevante instanser i kommunen. Ved å ha et slikt samarbeid sikrer kreftsykepleier at alle som møter barnet har lik informasjon og kunnskaper om barnet og dets situasjon. På den måten kan barnet være ivaretatt også når det er på skole og SFO. Det er kreftsykepleiers plikt til å opprette kontakt med de instanser som det er behov for i hvert enkelt tilfelle og vi nevner derfor bare kort det tverrfaglige samarbeidet i denne oppgaven (Helse- og omsorgstjenesteloven, kap. 3).

Litteraturen vi anvender i oppgaven belyser flere kroniske sykdommer ved siden av kreft, som kan gi nokså like konsekvenser for barnet som pårørende. Vi ser derfor at kunnskapen i denne oppgaven er overførbar til barn som er pårørende til foreldre med andre typer lidelser enn kreft.

I kapittel 3.5.1 redegjør vi for sykepleiers intervensjoner. I den sammenheng belyser vi hvordan kreftsykepleier kan bruke deler av ”Familiesamtaler ved kreftsykdom” (Bugge, 2007), som er en manual for intervensjon som et rammeverk i møte med barnet. Vi beskriver ikke manualen som eget behandlingsprogram.

Barn er avhengige av familie og omsorgspersoner. Det er vanskelig å se på barnet uten å se det som en del av sin familie. Vi velger å ha fokus på barna og ikke på familien, men det er likevel naturlig å trekke inn foreldre og familie flere steder i oppgaven, da det er ulike problemstillinger som knytter seg til foreldre og familie.

Vi beskriver ikke ett spesielt barn i denne oppgaven, men barn som pårørende i aldersgruppen 6- 12 år. Vi beskriver behov og reaksjoner som kan oppstå hos barn i denne alderen, men har utelukket å gå inn de ulike reaksjonene som sinne, sorg, søvnforstyrrelser, mareritt, depresjon etc. da vårt fokus er på informasjon til og kommunikasjon med barnet. Kreftsykepleier må ta tak i de reaksjonene som oppstår hos det enkelte barnet.

Vi legger som forutsetning at barnet lever i en familie. Familie beskrives i Store Norske Leksikon (snl.no) som ”... *de som bor i huset sammen*”. Den vanligste familietypen er en kjernefamilie, som består av to voksenpersoner med egne så vel som adopterte barn (Familie, s.a.).

Barn kan oppleve andre utfordringer i tillegg til at en forelder har kreft, og det kan være mange problemstillinger i forhold til hvordan barnet kommuniserer med andre. Vi har valgt å ikke beskrive spesifikke utfordringer, da kreftsykepleier må kartlegge hvert enkelt barn, og ta tak i de utfordringene som avdekkes.

I utviklingspsykologien skilles det på reaksjonsmønster mellom gutt og jente (Ulvund, 2009), men det vi har sett i forskningen er at behovet for informasjon er likt for begge kjønn (H. Larsen & W. Nortvedt, 2011). Vårt fokus er å bistå barnet ved å dekke deres behov for informasjon gjennom kommunikasjon, og vi har derfor ikke lagt vekt på kjønnsforskjeller i denne oppgaven.

1.4 Presentasjon av oppgaven

Oppgaven er bygget opp med en innholdsfortegnelse og en innledning der vi beskriver bakgrunnen for hvorfor vi valgte temaet ”Barn som pårørende”. Problemstillingen vi ønsker å finne svar på er hvordan kreftsykepleier kan bistå barnet som lever med en kreftsyk forelder til å oppleve mestring i sin hverdag.

Videre er det en metodedel som redegjør hva vi har brukt av litteratur, og hvordan vi har funnet forskning som gir svar på vår problemstilling, samt kildekritikk av de ulike kildene.

I det teoretiske fundamentet utdyper vi hva det innebærer å være barn med en kreftsyk forelder. Vi anvender Joyce Travelbees sykepleieteori, og legger vekt på den mellommenneskelige relasjonen, med fokus på kommunikasjon og hvilke egenskaper kreftsykepleier må ha i den sammenheng. I tillegg beskriver vi hva barn har behov for, ved å trekke inn utviklingspsykologi for barn fra 6- 12 år. Vi redegjør for kreftsykepleiers rolle i møte med barnet, hvilke egenskaper kreftsykepleier bør ha og hvilke sykepleiefaglige kunnskaper som er viktige for å kunne bistå barnet i en mestringsprosess. Vi beskriver i denne sammenhengen Antonovskys teori om salutogenese. Vi nevner til slutt i kapittelet en manual som kan være et hjelpemiddel for kommunikasjon og informasjon for kreftsykepleier i møte med barnet.

I drøftingskapittelet diskuterer vi litteratur og forskning fra det teoretiske fundamentet. Vi drøfter ulike sider av problemstillingen, og redegjør for betydningen av kreftsykepleiers kunnskaper og egenskaper opp mot barnets informasjonsbehov. Vi bruker noe av vår egen erfaring, i tillegg til den kunnskapsbaserte erfaringen vi har tilegnet oss i løpet av skriveprosessen.

Til slutt i oppgaven gjør vi en konklusjon av problemstillingen ut ifra de funn og erfaringer vi har drøftet.

1.5 Etisk refleksjon

Vi nevner ikke navn, alder eller kjønn på barna, dette for å opprettholde anonymisering.

Det vil alltid være elementer av avhengighet og makt mellom kreftsykepleier og pårørende (Reitan, 2010).

Kreftsykepleier har i denne oppgaven et maktforhold ovenfor barnet. Både i kraft av å være en voksenperson, men også ved å være helsepersonell. Vi må huske å være bevisste hvordan vi fremstår og kommuniserer med barnet, for å ikke underbygge dette maktforholdet, men prøve å viske det ut slik at kreftsykepleier kan oppnå barnets tillit.

Som privatpersoner er vi også mødre til barn under 12 år. Vi sitter derfor med erfaringskunnskap om hvordan man tenker som forelder og hvordan våre barn reagerer. Vi har forsøkt å se på litteraturen med «nye» øyne, slik at ikke vår personlige erfaring skal komme i veien for hvordan vi tolker litteraturen. Vi vet at ulike barn har ulike behov og derfor kan vi ikke nødvendigvis overføre egne erfaringer i møtet med andre barn.

2. LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Denne oppgaven er et litteraturstudie, i henhold til retningslinjer for fordypningsoppgave i videreutdanning i kreftsykepleie. Metoden i et litteraturstudie er en systematisk og åpen fremgangsmåte der målet er å finne og oppsummere enkeltstudier om det samme temaet (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Vi benytter allerede eksisterende viten med den hensikt at vi tilegner oss kunnskap som kommer både pasienten og oss som kreftsykepleiere til nytte (Bjørk & Solhaug, 2008). Den litterære oppgaven skal i hovedsak bygge på skriftlige kilder, og vurderingene av de skriftelige kildene i form av kildekritikk er en del av det metodiske redskapet (Dalland, 2012).

2.1 Valg av litterære kilder

I oppgaven har vi brukt både selvvalgt litteratur og pensumlitteratur. Den selvvalgte litteraturen består av både faglitteratur, forsknings- og fagartikler, lovverk og offentlige retningslinjer. Vi har lagt vekt på faglitteratur som vi mener gir gode svar på vår problemstilling, og veien frem dit.

2.1.1 Presentasjon av litteratur

I boken «Barn og ungdom som sørger» (2009). Skriver Kari Elisabeth Bugge (sykepleier) og Eline Grelland Røkholt (pedagogisk – psykologisk rådgiver) om hvordan man kan gi faglig støtte til barn og ungdom som sørger, for å redusere unødvendig lidelse og styrke barn og ungdoms mestringsvilkår på kort og lang sikt. Dette er primærlitteratur, som er en førstehåndskilde, eller selve ”originalen”, der forfatter presenterer eget materiale (Bjørk & Solhaug, 2008)

Fra boken «Kreftsykepleie» (2010) har vi anvendt relevant kunnskap i forhold til pårørende og kommunikasjon. Dette er et redaktør verk av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Shjøberg som er begge sykepleiere. Sammen med ulike kliniske spesialister har de utviklet en sammensatt bok med fokus på spesielle fagområder innen kreftomsorg.

I boken «Palliasjon» (2008). Har redaktør Stein Kaasa som er lege og professor i palliativ medisin utarbeidet boken med bidrag fra flere fagpersoner.

Selvvalgt litteratur

I sine bøker «*Forstå ditt barn*» (5-8 år, 2009 og 8-12 år, 2010), har Stein Ulvund, som er professor i pedagogikk med fokus på barns utvikling, gått detaljert inn på barnets utvikling og behov på de ulike aldersstadier. Boken er lett og forstå og vi ser at den kan brukes for oss som kreftsykepleiere, men også til foreldre med kreft som ønsker å støtte sine barn på best mulig måte.

Etter å ha snakket med en Helsesøster fikk vi tips om boken «*Utviklingspsykologi*» (2000). Vigdis Bunkholdt har utarbeidet denne på bakgrunn av at hun er psykolog og har praktisk og pedagogisk erfaring. Boken er på pensumlisten til videreutdanningen i barnesykepleie ved Høgskolen i Oslo, så vi mener denne også er aktuell for oss i forhold til utviklingspsykologi for barn 6-12 år.

Boka «*Personlighetens psykologi*» (1979) er skrevet av Marchen Møller og handler om psykologen Erik Erikson og hans syn på utviklingspsykologi. Dette er en sekundærkilde som er en andrehåndskilde der materialet fra primærkilden er bearbeidet. Ulempen med å bruke sekundærkilde kan være at sekundærforfatter har tolket primærforfatter på en måte som gjør at materialet kan ha noe endret fokus og mening (Bjørk & Solhaug, 2008).

I boken «*Profesjonelle barnesamtaler*» (2011) gir Kari Trøften Gamst oss en pedagogisk fremstilling av konkrete og systematiske beskrivelser av kommunikasjon med barn. Hun er relevant for oss ettersom hun viser til lang erfaring i arbeid med barn fra barnehage/skole og barnepsykiatri og har erfaringer med barn i kriser.

«*Kommunikasjon i relasjoner*» (2007) er en forskningsbasert fagbok om kommunikasjon i sykepleien og andre helsefag. Den er skrevet av Hilde Eide og Tom Eide som gir oss nyttig kunnskap om tema med blant annet en sykepleierfaglig vinkling med utgangspunkt fra dialoger og fortellinger fra praksis.

Vi legger vekt på sykepleieteoretiker Joyce Travelbees sykepleieteori i oppgaven. Vi mener at hennes teori er viktig for oss som kreftsykepleiere i møte med barn ved at hun legger vekt på menneske-til menneske relasjonen, istedenfor sykepleie- pårørende relasjonen (Travelbee, 2001).

Vi støtter oss videre på lovverket da dette er selve fundamentet for kreftsykepleiers faglige, etiske og personlige ansvar i utøvelsen av sykepleie i møte pasienter og deres pårørende (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Vi trekker inn Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet, kapittel 3, § 3-1 og § 3-3 som henholdsvis sier noe om kommunens ansvar for å tilby dens innbyggere nødvendige helse- og omsorgstjenester, og kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid: ”...forebygge sykdom, skade og sosiale problemer... ved opplysning, råd og veiledning” (Lovdata.no). Videre trekker vi inn Helsepersonelloven, med vekt på § 10 a som en ramme omkring oppgaven, da den pålegger helsepersonell en plikt til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasienter med blant annet alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av foreldrenes tilstand (Lovdata.no).

2.2 Forskning

Forskning må integreres som en større del av sykepleien i kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt et.al., 2013). Vi har valgt å søke etter forskning med hovedvekt på engelske søkeord, da vi med det inkluderer forskning gjort i andre land utenfor Norden. Dette gir funnene våre en større validitet, da vi ser likheter i funn mellom de ulike artiklene.

Av forskning har vi brukt både enkeltstudier, men også oversiktsartikler. Oversiktsartikler er artikler som sammenfatter resultatene fra to eller flere litterære kilder med samme problemstilling, skrevet og oppsummert av andre enn forfatterne av litteraturen (Bjørk & Solhaug, 2008).

Vi søkte i Oria, Chinal, SweMed og Cochrane. Vi søkte også i tidsskriftet Sykepleien Forskning, for å se om det var artikler der som var relevante for vår problemstilling. Der brukte vi søkeordene ”kreftsykepleier”, ”barn”, ”pårørende”. Av engelske søkeord har vi brukt blant annet “cancer nurse” og MESHtermen “oncology nursing”, “children”, “information”, ”psychological impact”, “parent AND cancer”.

Søkematrise og litteraturmatrise ligger som vedlegg 1 og 2, og gir en utfyllende innføring i søkeord, antall treff og hvilke artikler vi valgte å inkludere.

2.2.1 Presentasjon av funn

Forskningen vi har funnet beskriver barn som pårørende med aldersspenn fra 5- 18 år, men vi har trukket ut det som er relevant for aldersgruppen 6- 12 år, da dette er fokus for oppgaven.

Vi har valgt å inkludere blant annet artikler fra Norge og England der mye av tenkemåten i forhold til barn og familien er noe av det samme som i Norge. Dette fordi vi ser at ulike tenkemåter og kulturer har innvirkning på hvordan barn som pårørende blir møtt, og det har derfor vært viktig for oss å finne artikler som har overførbarhet til norske forhold.

I søkeprosessen fant vi en oversiktsartikkel fra 2011 som omhandler hvordan barn i grunnskolealder påvirkes psykologisk av å ha en forelder med kreft: » *Psychological impact of having a parent with cancer* «. Artikkelen sier at kreftsykepleiere har en sentral rolle i å gi støtte og veiledning til kreftpasienter som har barn hjemme. Det blir også sagt at for å kunne gi skreddersydd omsorg for disse barna, er det anbefalt for helsearbeidere å ha en tilnærming med fokus på barnet.

Vi fant artikkelen ”*Barns informasjonsbehov når mor eller far får kreft*” som er en oversiktsartikkel fra 2011. Den handler om barns behov for ærlig og konkret informasjon om sykdom og behandling når en forelder har kreft.

I forbindelse med at vi beskriver en manual til intervensjon i møte med barn, har vi tatt kontakt med Kari E. Bugge som utarbeidet denne manualen i 2007. Da fikk vi artikkelen «*Children`s experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer*” (2007), som handler om hvordan barn 6-16 år opplevde å ta del i manualen til familieprogrammet der en av foreldrene hadde kreft. Målet med studien var å se spesielt på hvordan barna opplevde at kreftsykepleiers anvendelse av familieprogrammet avdekket deres behov og støttet deres mestring.

Tidlig i søkeprosessen fant vi en artikkel som senere ikke lenger var relevant til vår problemsstilling. I referanselisten til denne artikkelen fant vi oversiktsartikkelen “*Interventions for improving communication with children and adolescents about a family members`s cancer*”, og søkte opp denne via Google Scholar i Cochrane sin database.

Artikkelen utdyper blant annet viktigheten av konkret informasjon og kommunikasjon med barn i alderen 6-17 år, der vi har benyttet informasjonen som gjelder barn mellom 6 og 12 år.

Underveis i søkeprosessen kom vi over en fagartikkel som heter «*Barn til kreftsyke vil vite mer*» (2012) som oppsummerer flere artikler der fokus er på barns behov for informasjon når en forelder er alvorlig kreftsyk. Den sier noe om hvilke kunnskaper som er viktig for kreftsykepleier i møtet med barnet som pårørende.

Forskningsartiklene vi tok med er skrevet på norsk og engelsk, men vi vurderte også artikler på svensk og dansk. Kriterier for de artiklene vi valgte å ta med i oppgaven var at de hadde fokus på barn som pårørende til kreftsyke foreldre og at det var fokus på kommunikasjon. Et annet kriterie var at artiklene presenterte funn som har relevans for kreftskepleier, og resultatene måtte ha overførbarhet til praksis. Videre måtte artiklene ha fokus på barn i aldersgruppen 6- 12 år. Noen av artiklene omhandler barn i eldre aldersgrupper også, men vi brukte kun informasjonen som gjaldt aldersgruppen 6- 12 år. Ettersom fokuset på barn som pårørende har endret seg mye de siste årene, har vi valgt å ikke vurdere forskning som er eldre enn 10 år, da vi tenker at forskning kan bære preg av å være lite oppdatert. Forskningen vi valgte å ta med i oppgaven er gjort i vestlig- Europeiske land. På artiklene der forskningen er utført i andre land enn Norge har vi sett på om funnene er overførbare til norske forhold før vi valgte å ta dem med i oppgaven.

Vi valgte å utelukke artikler som omhandler barns reaksjoner i akuttfasen av sykdomsforløpet, og artikler som omhandler reaksjoner etter en forelders død.

Vi har hentet faglitteratur fra forfattere med ulike yrkesbakgrunn, som har både teoretisk og praktisk erfaring i forhold til barn. Dette tilfører oppgaven perspektiver fra andre fagfelt i tillegg til det sykepleiefaglige.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012) sier at kildekritikk betyr å beskrive og vurdere litteraturen som er benyttet i oppgaven.

Av primærlitteratur har vi blant annet benyttet Travelbee (2001), Bunkholdt (2009), Gamst (2011), Eide og Eide (2007), Ulvund (2009/ 2010), Nortvedt (2012), Nortvedt et.al. (2012), Bugge og Røkholt (2009). Dette betyr at vi har mange kilder der forfatter har skrevet materialet selv, og det er ikke fortolket av andre. Dalland (2012) sier videre at det bør tilstrebes å benytte primærlitteratur, da det kun er vi som oppgaveskrivere som har fortolket innholdet. Vi har likevel benyttet sekundærlitteratur om psykologen Erik Erikson. Dette kan

være en svakhet i oppgaven, da Eriksons kunnskap er fortolket før vi benytter oss av den inn i oppgaven.

Når det gjelder forskningen så har vi søkt etter og funnet artikler som vi har vurdert. Vi satte som kriterie at vi ikke skulle bruke artikler eldre enn 10 år, og den eldste artikkelen vi har benyttet i oppgaven er fra 2007. Vi har sett på hvordan forfatter har satt opp artikkelen, hvilken metode som er brukt for å finne svar på problemstillingen, og og hvilke funn som foreligger.

2.4 Etiske overveielser

Forsberg (2008) sier at man i prosessen frem mot en problemstilling kan ha ulike meninger og forforståelser. Vi beskriver innledningsvis at vi har egne erfaringer som foreldre til barn som opplever kriser og endring i forbindelse med alvorlig sykdom i nær familie. Dette kan ha vært med på å farge vår forståelse av litteraturen. Vi har imidlertid prøvd å være bevisste på dette, og har etter beste evne forsøkt å distansere oss fra foreldreerfaringen og sett på litteraturen som kreftsykepleiere.

I litteraturen som beskriver helsepersonell i rollen som utøver har vi vurdert overførbarhet til kreftsykepleier i den rollen, og bruker begrepet kreftsykepleier i teksten.

Det har til tider vært utfordrende å lese engelske artikler, og vi må ta høyde for at våre engelskkunnskaper kan ha påvirket vår oversettelse og tolkning av innholdet.

Forskningen som er gjort i andre land har hatt sykehus som arena. Vi mener likevel at funnene er overførbare både til norske sykehus, men også til kommunehelsetjenesten. Dette fordi artiklene har fokus på barnets behov og kreftsykepleiers kunnskaper.

Vi har anvendt litteraturen på en redelig måte, og har henvist til tekstens forfatter slik som retningslinje tilsier.

Vi har kritisk reflektert rundt den litteraturen vi bruker, og etter beste evne anvendt litteraturen med redelighet ved å benytte oppdatert APA standard fra Høgskolen i Hedmark.

3. TEORETISK FUNDAMENT

I dette kapitlet beskriver vi først kreftsykepleierens teoretiske fundament før vi redegjør for kreftsykepleiers nødvendige kunnskaper og egenskaper i møte med barn. Videre presenterer vi utviklingspsykologi for barn mellom 6 og 12 år, før vi presenterer hva teorien sier om barns behov når de er pårørende til en kreftsyk forelder. Til slutt i det teoretiske fundamentet beskriver vi hvordan kreftsykepleier med sine kunnskaper og egenskaper kan bistå barnet til å oppleve mestring i hverdagen.

3.1 Kreftsykepleiers teoretiske fundament

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i 1926. Hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier, og rettet i sin teori oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien.

Travelbee (2001) definerer sykepleie som: *...” en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001) skriver at hun heller enn å legge vekt på forholdet mellom sykepleier og pårørende, vil ha fokus på menneske- til menneske forholdet.

Travelbee forholder seg til ethvert menneske som et individ. Det enkelte mennesket er enestående og uerstattelig, forskjellig fra andre mennesker. Hun beskriver kommunikasjon som et viktig redskap når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske forhold.

3.2 Kreftsykepleiers egenskaper

For å kunne kommunisere med barn er kreftsykepleier avhengig av ulike egenskaper.

Travelbee (2001) beskriver tillit som en trygghet overfor en annen person som kan være

basert på en blanding av både erfaring og andre mer subjektive grunnlag som beundring og respekt. Videre beskriver hun begrepet trygghet mellom mennesker som ”... *følelsen av å være sikker på den andre, basert på erfaring og bevis.*” I følge Travelbees (2001) tenkning er trygghet enda et skritt videre i forhold til tillit.

I noen barnesamtaler forteller Gamst (2011) at det kan være nødvendig at kreftsykepleier tydeliggjør temaene man skal inn i samtalen for å skape trygghet.

K. E. Bugge og Røkholt (2009) sier at det er essensielt å bli kjent med barnet, gjerne ved å snakke om ufarlige og hverdagslige emner. Denne kontakten kan legge grunnlaget for videre samtaler om vanskeligere tema. Når barnet blir kjent med kreftsykepleier, og vet hva hun står for så kan det være med på å gi trygghet hos barnet (K. E. Bugge & Røkholt, 2009).

Væremåte og holdninger legger grunnlaget for relasjonen mellom barnet og kreftsykepleier. Hvordan kreftsykepleier møter barnet, snakker med og omtaler det og gjennom berøring, blick og stemme kan kreftsykepleier prøve å bygge opp tillit og trygghet hos barnet (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Eide og Eide (2007) sier at det er viktig å la barnet holde føringen i kommunikasjonen. I det ene øyeblikket kan barnet være åpent for kontakt, mens i det neste er oppmerksomheten rettet mot noe annet, før det like plutselig igjen er åpent for kontakt.

I artikkelen fra Bugge og Helseth (2008) sier barna at det var godt og nyttig å snakke om sykdomssituasjonen med en kreftsykepleier, selv om det var litt skummelt å gjøre det i starten ettersom de ikke kjente dem.

Eide og Eide (2007) beskriver ulike kommunikative ferdigheter som er viktige for å kunne starte, opprettholde og avslutte en kommunikasjon. Dette kan være å stille åpne, lukkede, ledende eller utprøvende spørsmål. En annen ferdighet er evnen til innlevelse ved å ha empatisk forståelse og å ha responderende ferdigheter. Samtaleferdigheter omhandler evnen til å starte, vedlikeholde og avslutte en samtale slik at den oppleves positiv for deltakerne. Burleson (2003) beskriver viktigheten av evnen til å formidle informasjon til andre slik at budskapet er forståelig. For å få til dette sier Burleson (2003) at hjelperen (kreftsykepleieren) må ha utviklet en kommunikativ kompetanse som innebærer evne til å tåle og mestre tvetydighet og usikkerhet hos den andre parten i samtalen. Kreftsykepleieren må ha evne til å observere og analysere underveis i samtalen, samt evne til å kunne forutse mulige fremtidige

hendelser i kommunikasjonsprosessen. Kreftsykepleier må kunne kontrollere og reflektere over egen atferd, og kunne synkronisere egen atferd med andres.

3.2.1 Kommunikasjon

Barn er ikke en ensartet gruppe, men mange unike individer. Det er derfor ingen fasit på hvordan vi best kommuniserer med barn (Eide & Eide, 2007). Videre sier Eide og Eide (2007) at det kreves mer enn bare språk for å kunne kommunisere med barn, og en tilnæringsmåte i møte med barn kan være å kommunisere gjennom lek.

Travelbee beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess der et menneske formidler tanker og følelser til et annet menneske. Kommunikasjon har som hensikt å gjøre kreftsykepleier kjent med barnet og dermed bli i stand til å møte dets behov (Kristoffersen, 1996).

Siden barn ikke har samme evne som voksne til å uttrykke seg verbalt, og fordi ord og uttrykk kan ha ulik mening for barn og voksne, stiller det krav til at kreftsykepleier bruker andre kommunikasjonsformer. Dette for at barnet skal få uttrykke sine behov og følelser, men også for at kreftsykepleier skal nå frem til barnet med sin kommunikasjon (Eide & Eide, 2007).

Det skilles på verbal og non-verbal kommunikasjon og en stor del av vår kommunikasjon er non-verbal. Dette kan være seg et blick, øyekontakt, ivrige nikk eller rynke i pannen. Disse uttrykkende må fortolkes sier Eide og Eide (2007). Gamst (2007) sier at non-verbal kommunikasjon er grunnleggende, som hjelper anvender gjennom prosessen. Den viktigste funksjonen er kanskje å møte den andre på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom det skape den trygghet og tillit som den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser.

I verbal kommunikasjon sier Gamst (2011) at måten kreftsykepleier formulerer seg på, virker inn på kontakten med barnet og hvordan barnet forstår det som blir sagt. Det skilles mellom åpen og lukket kommunikasjon, der den åpne karakteriseres som ikke-ledende form med en positiv vinkling. Denne teknikken kan stimulere barnet til å fortelle og snakke fritt om egne følelser og tanker (Eide & Eide, 2007). Den lukkede karakteriseres ved ledende spørsmål, og bør ikke forekomme i en barnesamtale (Gamst, 2011). Eide og Eide (2007) sier at lukkede

spørsmål er smale og får tilsvarende smale svar. Gamst (2011) sier at utsagn kan virke fremmede på kommunikasjonen mellom barnet og kreftsykepleier og en viktig regel er at spesifikke spørsmål alltid skal være åpne for å gi mer korrekte svar og fortellinger. Eide og Eide (2007) forteller at kreftsykepleier kan bruke stillhet og pauser som et kraftfullt virkemiddel. Dette kan stimulere barnet til å fortsette å dele sine tanker og følelser eller gi barnet tid og rom til å dvele ved det som er følelsesmessig ladet (2007). Eide og Eide (2011) sier at kreftsykepleier kan vite at man har oppnådd en god kontakt med barnet hvis det uttrykke seg verbalt i fri fortelling, viser blikkkontakt, uttrykke seg personlig og uoppfordret kommer med spontane innspill.

3.2.2 Empati

Empati er i følge Travelbee (2001) å ta del i eller å forstå en annens psykiske tilstand i øyeblikket. Videre sier hun at ved empati kan en person delta i og forstå meningen med den andres tanker og følelser. Nortvedt (2012) sier at du føler ikke det samme som den andre personen, men du opplever å bli berørt av hans eller hennes tilstand. For kreftsykepleier gir empatisk forståelse viktig informasjon når det gjelder å forstå den andre personens opplevelse (Travelbee, 2001). I barnesamtaler er evne til empati en grunnleggende forutsetning for å oppnå kontakt og vinne barnets tillit sier Gamst (2011). Hun sier videre at formidling av empati optimaliseres mulighetene for barnet til å våge å kommunisere sine opplevelser (2011)

3.2.3 Tillit og sympati

Kreftsykepleier må være bevisst på sin væremåte, og at denne kan både hemme og fremme tillit (Norås, 2010). I de fleste situasjoner vil det være gjennom holdninger og væremåte at kreftsykepleier formidler sin sympati eller mangel på sympati overfor den pårørende. Sympati er et resultat av en empatisk prosess sier Travelbee (2001).

Sympati er den innstilling eller holdning som kreftsykepleier formidler til barnet. Denne tilstanden viser at kreftsykepleier er engasjert i barnet som person, og at hun bryr seg om hvordan barnet har det (Travelbee, 2001). I mange situasjoner vil opplevelsen av kreftsykepleiers sympati og støtte gjøre barnet i stand til å bedre mestre sin situasjon. Barnet

som pårørende kan få sterk tillit til en kreftsykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en som barnet kan stole på (Travelbee, 2001). (Gamst, 2011) utdyper også at barns evne til å ha tillit til og stole på andre mennesker betyr mye når det gjelder hvilke forutsetninger barnet har for å etablere en relasjon i en samtalesituasjon.

Relasjonsaspektet er knyttet til den måten ulike handlinger utføres på. Dette omfatter kreftsykepleierens holdning og væremåte, og vil være avgjørende for hvordan barnet opplever kreftsykepleieren. Hennes væremåte vil bidra til at barnet føler seg vel, akseptert og respektert- eller det motsatte (Travelbee, 2001). Gamst (2011) sier at barnet trenger en trygg voksen som tør å nærme seg og lytte for å etablere trygghet og tillit. Hun forteller videre at tillit forutsetter at kreftsykepleier behersker en kommunikasjonstilnærming og en holdning til barnet som får barnet til å ville fortelle hva det opplever. Barnets evne og motivasjon til å formidle seg, avhenger av hvordan det blir møtt, og hvordan kreftsykepleier våger å møte barnets erfaringer følelsesmessig.

3.3 Utviklingspsykologi

Vi beskriver i denne oppgaven utviklingspsykologi i forhold til aldersgruppen 6- 12 år, da det er denne gruppen barn vi har fokus på. Det er viktig for kreftsykepleier å ha kunnskap om normalutvikling for barn, for å kunne identifisere eventuelle utfordringer som barnet har.

For at kreftsykepleiere som jobber med barn lettere skal kunne forstå hvilke forutsetninger, ønsker og behov barn i barneskolealder har, så er det viktig at de har et innblikk hva barn trenger av fysiske, materielle og psykologiske forhold slik at de kan utvikle sin mestringsevne (Bunkholdt, 2000). Erik H. Erikson mente at barnets sosiale miljø er en medbestemmende faktor for menneskers utvikling, derfor kalles også hans teori også for psykososial teori (Bunkholdt, 2000). Erikson mente at mennesket utvikler seg gjennom hele livet, men at grunnlaget for utviklingen og betydningen av erfaringene i barneårene var av stor betydning for utviklingen senere i livet. Fra en tradisjonell utviklingspsykologis forståelse legger Erikson (1968) stor vekt på den sentrale barndomstiden fra 6 til 12 år. Han sier at det er i den perioden barn utvikler evnen til å mestre. Han sier også at dette er en viktig del av identitetsutvikling og selvbylde; ”Er jeg en som mestrer eller ikke?”

Erikson mente at de som arbeider med barn kan hjelpe barnet ut av situasjoner hvor utfordringen blir for store, ved å bygge opp en opplevelse av mestring og kontroll gjennom veiledning fra voksne (Bunkholdt, 2000).

Hos barn i alderen 6- 12 år gjennomgår kroppen store fordringer og selvbilde og personlighet blir stadig mer avgjørende for hvordan barnet oppfatter seg selv. Intelligensen får næring gjennom samspill med andre barn, søsken og voksne (Ulvund, 2009). I 7 års alder dukker de psykologiske og sosiale egenskapene opp og barnet får en større innsikt i seg selv som person. Et positivt og realistisk selvbilde gjør barn lykkelige og robuste, slik at de takler nederlag og påkjenninger bedre. Foreldrenes kjærlighet, akseptering og oppmuntring er viktig for å styrke selvbildet (Ulvund, 2009). Barn i 6- 7 års alder blir nå flinkere til å tenke logisk, men er avhengig av at de oppgavene de skal løse er konkrete. I denne perioden har barnet ofte stor interesse for tegning. Tegning kan være et middel til å sette ord på tanker og følelser (Ulvund, 2009). For 7 åringen vil det ofte være naturlig å tenke høyt og sette ord på sine tanker, mens en 7- 8 åring begynner å benytte mer indre tale. Nå begynner barnet å bearbeide tanker/følelser og kan oppmuntre seg selv til å tenke positivt eller forsøke å glemme det som er trist ved å tenke på noe annet. De første årene på skolen er det foreldrenes reaksjoner som føles viktigst for barnet, men etter hvert får tilbake meldingen fra jevnaldrene stadig større betydning (Ulvund, 2009). K. E. Bugge og Røkholt (2009) skriver at barn i skolealder ofte ordlegger seg konkret både om opplevelser og om tanker og følelser. De kan fortelle en historie som gir mening, men kan ha problemer med å forstå logiske sammenhenger. Barn i denne alderen vil gjerne ha forklaringer i detalj om det som skjer. De kan spørre mange ganger om det samme, som et ledd i bearbeidelsen av informasjon selv om denne er kjent fra før. Hvis barnet har fått sprikende eller avvikende forklaringer tidligere, vil barnet gjerne spørre mange ganger, for å undersøke om forklaringen står ved lag.

K. E. Bugge og Røkholt (2009) skriver videre at barn i skolealder kan reflektere mer over hvilken virkning det de sier har på andre. De kan oppleve skyld for ting de har sagt eller gjort mot den syke, eller for ting de skulle ønske og ha gjort annerledes. Mange kan ha vanskeligheter med og sett ord på følelser og det de opplever, og kan ha behov for at hjelpere støtter dem i denne prosessen. Skolebarn har ofte god forståelse, og kan ha en godt utviklet innlevelse for hvordan ting oppleves for andre enn dem selv (K. E. Bugge & Røkholt, 2009).

I 8-12 års alder kan barnet begynne å tenke mer abstrakt og begynner gjerne å tilbringe mer tid med venner. Gode venner er viktig for alle barn, fordi de gir en følelse av tilhørighet og

styrket selvbilde (Ulvund, 2010). 11- 12 års alderen blir den personlige delen av barnet viktig. Tilbakemeldinger i en studie fra barn som hadde forelder med kreft, var at de ønsket at hverdagen skulle være så normal som mulig og at de kunne holde på med de aktivitetene de pleide til tross for situasjonen (Bugge, Helseth & Darbyshire, 2008). Dette kommer også frem i en studie om barns mestring når mor eller far har kreft. Det blir sagt at opprettholdelsen av normalitet og distraksjoner som å være med venner var de mest fremtredende mestringsstrategiene barna benyttet seg av (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

3.4 Barn som pårørende og deres behov og reaksjoner

Resultatene fra de ulike forskningsartiklene som Hofset Larsen og Wammen Nortvedt (2011) har tatt for seg viser at barn som var pårørende til en forelder med kreft hadde forstått mye lenge før de fikk informasjon, og mange hadde hatt mistanke om at noe var alvorlig galt før de ble fortalt som sykdommen. Barna hadde vært gode til å observere endringer i foreldrenes helse, og de hadde trukket slutninger om begge foreldrenes emosjonelle tilstand ut ifra endringer i atferd, kroppsholdning, ansiktsuttrykk og atmosfæren i hjemmet. Det viste seg også at ved manglende informasjon, så trakk barna egne slutninger og forklaringer på hva som skjedde (H. Larsen & W. Nortvedt, 2011). Reinertsen (2012) skriver at barn som opplever at en forelder blir alvorlig syk, kommer i ubalanse, og dette vil føre til at barnet strever etter å gjenopprette balansen.

H. Larsen og W. Nortvedt (2011) fant ut at de fleste barna ønsket ærlig og konkret informasjon om forelderens sykdom og behandling, men de fant også ut at mange var forvirret når det gjaldt årsaken til sykdommen. Kennedy og Lloyd- Williams (2008) skriver at barna uttrykte et behov for informasjon om forelderens sykdom, og skriver at informasjon og kommunikasjon henger tett sammen. Noen av barna i denne studien ønsket å få helt ærlig informasjon, mens andre ønsket at informasjonen ble ”filtrert” slik at det var lettere å akseptere. Alle studiene som H. Larsen og W. Nortvedt (2011) har sett på viste at noe av det barna var mest opptatt av var om forelderen kom til å overleve. De ønsket å vite hva de kunne vente seg og hva som ville skje med dem og familien. I tillegg til usikkerheten rundt selve sykdommen, kom det frem at barna også opplevde adskillelsen ved sykehusinnleggelser som belastende og skremmende.

Videre resultater fra forskningen som H. Larsen og W. Nordtvedt (2011) har samlet viser at barna noen ganger kunne føle ansvar for kreftsykdommen og de ulike humørsvingningene hos foreldrene.

De fleste barna hadde ønsket å bli inkludert helt fra starten av sykdomsforløpet, og mange ga uttrykk for at de hadde mer behov for informasjon rett etter diagnosetidspunktet og ved endringer i den syke forelderens tilstand (H. Larsen & W. Nordtvedt, 2011).

Barn trenger informasjon tilpasset sin alder og kunnskap, og den voksne hjelperen må forsøke å forstå situasjonen ut ifra barnets perspektiv, og må bruke et språk som er tilpasset barnets alder og utviklingstrinn (R. G. Bugge, 2008).

Reinertsen (2012) beskriver i sin artikkel at barna kan ha behov for å uttrykke sine bekymringer og de har behov for hjelp til å forstå seg selv og til å takle vanskelige følelser, tanker og reaksjoner. Hun skriver videre at de ønsker informasjon og åpenhet om diagnose og behandling, og de trenger at denne informasjonen er adekvat og tilpasset. Slik kan de være mer forberedt på fremtiden, de kan føle seg mer inkludert og kanskje til og med kunne gi omsorg og være til hjelp på en måte som ikke er belastende for dem.

Kaasa (2008) sier at mange foreldre ikke vil vekke unødig engstelse hos barna, og velger derfor ikke å snakke med dem om sykdommen. Dermed får barn ofte for lite informasjon.

Barna kan være redd for at de ikke får vite hele sannheten, eller at informasjon blir holdt tilbake. Og barna kan også holde tilbake spørsmål i frykt for å stresse foreldrene, eller gjøre situasjonen vanskeligere for dem ved å stille spørsmål (Reinertsen, 2012). Noen barn kan også være redde for å fortelle om sine følelser, bekymringer og spørsmål fordi de er redde for å uroe foreldrene, men også fordi de ikke vet hvordan de skal gjøre det (Larsen & Nordtvedt, 2011). Gamst (2011) sier at hvis barn i kommunikasjonen ikke behandles i tråd med sitt utviklingsnivå og sine forutsetninger, vil noen barn være mer sårbare enn andre fordi de er i en utsatt posisjon.

3.4.1 Mestring hos barn fra 6- 12 år

Mestring hos barn brukes vanligvis om forhold som fremmer håndtering eller tilpasning til en situasjon. Dette er likevel et komplisert begrep ettersom det som kan være bra for barn på kort sikt kan være skadelig på lang sikt. Eksempelvis evnen til å holde smerte på avstand kan være

skadelig på lang sikt, da det minsker sjansen for bearbeiding (Dyregrov, 2000). Mestring dreier seg om hvordan mennesket møter belastende livssituasjoner. Reitan (2010) hevder at mestring oppfattes som summen av indre og ytre ressurser som mobiliseres i møte med krevende livssituasjoner. Barnets indre og ytre ressurser er gjensidig avhengig av hverandre. Det er viktig å avklare hvilke ressurser personen har å sette inn ovenfor utfordringer og problemer som skal mestres.

Mestring er det et menneske gjør for å takle stress, og barn har ulike mestringsstrategier å ty til når en forelder blir alvorlig syk. De kan prøve å ha en positiv holdning, ha et ønske å få informasjon, prøve å opprettholde et normalt liv, få tankene over på noe annet og få mest mulig tid sammen med forelderen (Reinertsen, 2012).

3.4.2 Empowerment

Antonowsky's teori om Salutogenese «Det som skaper helse» handler om å rette fokus mot individets sterke sider som kan fremme mestring (2012).

Antonovsky (2012) mente at motstandskraft og evne til mestring er knyttet til den enkeltes opplevelse av sammenheng i livet; "Sense of coherence".

Empowerment handler om individets mulighet til å ta beslutninger og kontroll over eget liv og ha tro på egen evne og muligheter for mestring (Tveiten, 2008). Antonovsky (2012) sier at barn med strekt opplevelse av sammenheng og begripelighet er bedre i stand til å håndtere og leve med de problemene som ikke lar seg løse, enn de barna med svak opplevelse av sammenheng.

I følge Gammersvik og Larsen (2012) er det for kreftsykepleier viktig å gi mennesker økt ressurser til å styrke deres selvbilde og gjenbygge evne til å kunne handle på egne vegne i hverdagen. Videre sier de om empowerment at det fremmes i situasjoner som preges av fellesskap. Tillit og trygghet gjør det mulig å opparbeide seg styrke og kraft til å mestre hverdagen, og bli i stand til å motarbeide krefter som holder en nede. Samtidig sier empowerment noe om å legge til rette for å påvirke forhold på en helsefremmende måte. (Gammersvik & Larsen 2012).

3.5 Kreftsykepleiers observasjoner og intervensjoner

Kreftsykepleier møter barnet i hjemmet, der det er i trygge og forutsigbare omgivelser. Det er avdekket at barnet har behov for informasjon tilpasset sin alder, og kreftsykepleier skal være med på å sette barnet i stand til å mestre sin hverdag med en kreftsyk forelder.

Kreftsykepleier skal utøve faglig forsvarlig sykepleie til pårørende, med respekt for pårørendes integritet og ressurser (Reitan, 2010). Kaasa (2008) sier at informasjon må gis tidlig og være en kontinuerlig prosess gjennom hele sykdomsperioden. Informasjonen må også stå i forhold til barnets alder og utvikling. Reitan (2010) skriver videre at god kommunikasjon og samhandling med pårørende er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie. Kommunikasjon er et godt verktøy ved overføring av informasjon men også et middel til å bli kjent med pårørende, i denne sammenheng barnet. Norås (2010) sier at ved å møte barnet i hjemmet kommer kreftsykepleier nærmere barnet på en annen måte enn i en institusjon. Hun får innblikk i barnets livssituasjon og lærer barnet å kjenne i sitt eget miljø.

Barn har ulike behov og måter å håndtere kriser og sorg på, og kreftsykepleier kan være med å legge til rette for at barnet kan mestre situasjonen best mulig (R. G. Bugge, 2008).

Renate G. Bugge (2008) skriver at det er viktig å huske på at barn ikke er miniutgaver av voksne, men at de er i utvikling både følelses- og tankemessig. De har ikke den voksnes erfaring og har derfor begrenset mulighet til å vurdere det som skjer. Inntrykk blir satt sammen for at det skal gi mening for barnet, og siden de ofte får med seg mye av det som skjer er det viktig at de får hjelp til å sortere inntrykkene. Hvis de ikke får det, skjer det ofte at de danner seg en egen sannhet om hva som har skjedd.

Det er ingen fasit for hvordan barnet skal reagere, og kreftsykepleieren må balansere barnets behov for nødvendig støtte og veiledning fra voksne ressurspersoner. Uansett må utgangspunktet for all hjelp til barn være en grunnleggende respekt for barnet, og som eiere av sitt eget perspektiv (K. E. Bugge & Røkholt, 2009).

Ved å ta barna med på det som skjer kan vi øke deres evne til å mestre situasjonen de er i. En av kreftsykepleierens oppgave i forhold til barnet, er å skape rom for barnets egen uttrykksform, og ha forståelse for denne. I følge FN's barnekonvensjon fra 2008 har barn rett til egne meninger og det å gi åpent uttrykk for dem. De har også krav på skikkelig informasjon om forhold som gjelder dem selv og deres fremtid (Regjeringen.no). Barn kan og

bør få delta i det som har vesentlig innvirkning i deres liv- også vanskelige livssituasjoner (K. E. Bugge & Røkholt, 2009).

Ensby, Dyregrov og Landmark (2008) skriver at for å ivareta barn fra 6- 12 års sine behov er det nødvendig med støtte i form av informasjon, hjelp til å forstå og forutse utfallet av sykdommen, styrking av fysisk kapasitet, mestringsevne og problemfokuserede hjelpetiltak.

3.5.1 Ramme for intervensjon

Alvorlig sykdom påvirker familiens struktur og samhandling. Barn av pasienter med alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha en hverdag preget av engstelse og uforutsigbarhet. De har ofte behov for informasjon og nødvendig oppfølging for å forstå hva som skjer og føle seg trygge. I 2007 utarbeidet Kari E. Bugge et forebyggende familieprogram til foreldre med uhelbredelig kreftsykdom som har barn under 18 år. Denne er anbefalt å inngå som en del av pasientens individuelle plan (Pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven §5-2§ 4-3a) hvor barns behov også blir integrert, slik at de kan bli ivaretatt på en god måte over lengre tid (K. E. Bugge, 2007). Kreftsykepleier skal gjennom intervensjonen med barna bringe frem alderstilpasset informasjon og kunnskap, både om sykdommen og opplevelser som andre barn har hatt i lignende situasjoner tidligere. Bugge, Helseth & Derbyshire (2008) sier at støtten fra foreldrene var viktig, men at de verdsatte også støtten fra en kreftsykepleier som møtte dem på deres kognitive nivå.

Manualen har til mål å forebygge psykiske plager og problemer til barn som har alvorlige syk forelder, også å utvikle gode mestringsbetingelser som gir barn og unge personlig styrke og motstandskraft til å gå igjennom en alvorlig sykdomstid hos sine foreldre. Programmet kan gjennomføres av kreftsykepleiere innen kreftomsorg i både institusjoner og i hjemmet. Tilbudet kan brukes fra diagnositidspunktet, og intervensjonen er planlagt å gå som fire til fem møter over fire-seks uker.

I familiesamtalene er hensikten å bli kjent med barna og familiesamspillet, etablere tillit og trygghet for barna. Det er også viktig at barna får satt ord på sine erfaringer. Kreftsykepleier snakker med hvert enkelt barn i familien, og spør barna om deres erfaringer med skole, fritid, venner. De blir også bedt om å fylle ut et nettverkskart. En viktig del av intervensjonen er å gi alderstilpasset informasjon om vanlige reaksjoner på sykdommen som den syke, barn og ungdom og den voksne pårørende kan ha. I samtalene med barna er hensikten å få frem deres

forståelse, mening og funksjon i forhold til foreldrenes sykdom. Tydeliggjøre barnas ressurser styrker og hjelpe barn til å sette ord på sine opplevelser og gi informasjon. Barns erfaringer fra å delta i intervensjonen var blant annet at de satte pris på at kreftsykepleier hjalp barna med å løfte frem vanskelige temaer og spørsmål, mens foreldrene var til stede (Bugge, Helseth & Derbyshire, 2008). Kreftsykepleier tar utgangspunkt i hva barnet ønsker å vite og forklarer så konkret som mulig (K.E. Bugge, 2007).

3.5.2 Betydningen av et tverrfaglig samarbeid

Det er forventet at barnet som lever med en kreftsyk forelder går på skolen og er med på fritidsaktiviteter. For å få til dette på best mulig måte bør skolen være informert om barnets hjemmesituasjon, og om hvilke konsekvenser sykdommen kan ha. Lærer og helsesøster kan være gode støttespillere for barnet, og bør tilbys tilrettelagt informasjon fra kreftsykepleier (Kaasa, 2008). Kommunene er pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, som inbefatter helsetjeneste i skole og helsestasjonstjeneste ved Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3-2 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 1982). Kommunen er også pålagt å legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen, og med andre tjenesteytere der det er nødvendig, § 3-4 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 1982). I denne oppgaven er det kreftsykepleier i komunehelsetjenesten som skal koordinere det tverrfaglige samarbeidet rundt det enkelte barnet.

Mange barn ønsker å møte noen som har det som dem. Dette normaliserer deres opplevelser og gjør at de ikke føler seg spesielle i situasjonen (K. E. Bugge & Røkholt, 2009).

Empowerment fremmes i situasjoner som preges av fellesskap (Antonovsky, 2012).

Kreftsykepleier skal også vite om tilbud i den enkelte kommune i forhold til samtalegrupper eller samlingspunkt for barn som er pårørende. Kreftforeningen har startet opp mange Treffpunkt, som er en arena der barn som har opplevd eller lever med pårørende som er kreftsyke, kan møtes og utveksle erfaringer. Å møte noen som forstår kan bety mye og man kan utveksle erfaringer og få personlig støtte. Flere barn og ungdomsgrupper kombinerer samtale og samvær med opplevelsesorienterte aktiviteter (K. E. Bugge & Røkholt, 2009). Kreftforeningen sier barn og unge ofte deler viktige tanker og følelser mens de holder på med aktiviteter (Kreftforeningen.no).

4. DRØFTING

I denne oppgaven har vi presentert barnet i aldersgruppen 6- 12 år som pårørende til en forelder som har kreft. Vi har presentert litteratur og forskning som redegjør for hvilke behov barnet har, og hvordan kreftsykepleier best kan hjelpe barna med å få dekket disse behovene. I dette kapittelet har vi valgt å dele drøftingen i ulike underkapitler der vi først diskuterer kreftsykepleiers kunnskaper og egenskaper i møte med barnet. Vi går videre inn i problemstillingen og diskuterer hvordan kreftsykepleier kan bistå barnet til å oppleve mestring, før vi tilslutt drøfter ulike intervensjoner i møte med barnet i hjemmet.

4.1 Kreftsykepleieren i møte med barnet

”Det krever en stor lytter for å høre hva som faktisk sies, en enda større for å høre hva som ikke sies men som kommer til uttrykk i talen” (Palmer sitert i Eide & Eide, 2007)

Barn som lever med en kreftsyk forelder kan oppleve ulike utfordringer knyttet til dette. Kreftsykepleier møter barnet i hjemmet, og har som mål å bistå barnet slik at det kan mestre sin hverdag. Reitan (2010) sier at mestring best kan beskrives som hvordan barnet møter belastende situasjoner. Hun sier videre at mestring oppfattes som summen av de ressurser som mobiliseres i dette møtet. Vi mener at det er forskjell barns ressurser, og det er opp til kreftsykepleier å kartlegge det enkelte barnet i forhold til dets styrker og svakheter.

Eide og Eide (2007) sier at ethvert barn er unikt, og det finnes ingen fasit på hvordan man best kan kommunisere med barn. Kreftsykepleiers evne til å kommunisere blir utfordret av det enkelte barnets premisser og hvor det befinner seg kognitivt. Her tenker vi at kreftsykepleiers egenskaper spiller en viktig rolle. Dersom barnet møter en kreftsykepleier som ikke egentlig liker barn, og som synes at kommunikasjon er vanskelig i utgangspunktet, så tenker vi at grunnlaget for å oppnå resultater er svært dårlig. Derimot hvis kreftsykepleier har en interesse for barn, og har et genuint ønske om å bistå barnet på best mulig måte, så mener vi at grunnlaget for å oppnå resultater i møte med barnet er svært mye bedre. Travelbee (2001) sier

at empati er en viktig egenskap for kreftsykepleier, for at hun skal forstå meningen med barnets tanker og følelser. Hun sier videre at sympati er et resultat av den empatiske prosessen, og at sympati er den innsillingen eller holdningen kreftsykepleier formidler til barnet. Vi mener derfor at kreftsykepleier må ha evne til både empati og sympati for å kunne bistå barnet på veien til å mestre sin hverdag. På den andre siden må kreftsykepleier også være bevisst seg selv og sin rolle i møte med barnet. Hun skal ikke gå inn i barnets reaksjoner med sine egne følelser, men likevel kunne sette seg inn i hvordan barnet har det. Dette underbygger Nortvedt (2012) som sier at det er den andre personen det gjelder og ikke en selv.

For å kunne kommunisere med barn er det viktig at kreftsykepleier har evner til å skape tillit hos barnet. Bugge et. al. (2008) sier at kreftsykepleier er helt avhengig av å oppnå barnets tillit for å kunne få til en god kommunikasjon. Dette tar lang tid, og det krever at kreftsykepleier viser at hun er til å stole på. Hun må holde avtaler og gi beskjed hvis det blir endring i allerede bestemte avtaler. Hun må vise interesse for barnets hverdagsliv, og hvem barnet er. Det første møtet mellom kreftsykepleier og barnet legger grunnlaget for de neste møtene og hva som kommer ut av arbeidet med barnet. Det er også viktig å kunne snakke med barnet om det det er opptatt av og interessert i. Dette mener vi kan gjøre at barnet føler seg sett og at kreftsykepleier er interessert i å bli kjent med barnet som person. Dette kan igjen være med på å bygge opp tillit mellom kreftsykepleier og barnet. Dette finner vi igjen i litteraturen både hos Gamst (2011) og Eide og Eide (2007). Dette sier også Travelbee (2001) som legger stor vekt på det mellommenneskelige møtet, og viktigheten av god kommunikasjon.

Eide og Eide (2007) skriver at barn i møte med helsepersonell ofte føler at de ikke blir sett og hørt. Kreftsykepleier må derfor i møte med barnet være imøtekommende, være bevisst på hvordan hun bruker stemme og kroppsspråk og vise interesse for barnet og hva det er opptatt av (Eide & Eide, 2007). Vi tenker at på denne måten kan barnet føle seg sett, og det kan være lettere for barnet å skulle opparbeide tillit til kreftsykepleier. Det må skapes en gjensidig forståelse mellom barnet og kreftsykepleier om at de har et trygt forhold, men at det er basert på at kreftsykepleier skal kunne hjelpe barnet. Vi mener at det viktig med kontinuitet for å oppnå tillit hos barnet. Kreftsykepleieren vil være den som har den jevnlige kontakten med barnet, og som blir kjent med det. Vi ser at det er essensielt at det er den samme kreftsykepleieren som møter barnet gjennom hele prosessen, så langt det er mulig. Dette fordi det tar lang tid å bygge opp et tillitsforhold, og for at barnet skal bli mest mulig trygg på den

som skal hjelpe. Barnet må være trygg på at kreftsykepleier ikke forteller videre det barnet snakker om. Dette sier også Bugge (2007) som legger vekt på kontinuitet i samtaler med barnet over tid. Vi skrev innledningsvis om at det i følge Kaasa (2008) alltid er et maktforhold mellom den som skal yte og den som skal motta hjelp. Gamst (2011) på sin side påpeker også denne viktigheten av at kreftsykepleier ikke fremtrer som den som vet best, men at forholdet mellom barnet og kreftsykepleier skal være likeverdig, hvor barnet får status som ekspert på eget liv. Dette er to ulike synspunkt på barnets rolle i kommunikasjonsprosessen, og vi tenker at må være en balanse mellom disse synspunktene. Hvis barnet får bestemme alt, kan det resultere i at eventuelle problemer ikke blir håndtert. På den andre siden, hvis kreftsykepleier skal legge alle føringer kan barnet føle seg overkjørt, og kreftsykepleier klarer ikke å bistå barnet til å oppleve mestring. Vi mener at det svært viktig at kreftsykepleier reflekterer over eget språk når hun kommuniserer med barnet, og ikke stiller ledende spørsmål for å få de svarene hun ønsker. Gamst (2011) sier at barnet da kan lukke seg, og ikke ønske å fortelle mer.

Vi mener at kreftsykepleier har kunnskapen og verktøyene for å kunne hjelpe barnet. Det er likevel svært viktig for både samspillet og resultatet at barnet ikke føler seg overkjørt av kreftsykepleieren, men at det føler seg som en del av prosessen, der dets mening og tanker blir hørt.

4.1.1 Barnets ønske om å forstå

Kreftsykepleier skal bistå barnet slik at det kan oppleve mestring i hverdagen med en kreftsyk forelder. Det betyr at kreftsykepleier må kartlegge hvilke behov barnet har, og hvordan hun kan være med på å sette barnet i stand til å mestre hverdagen. Antonovksy (2012) sier i sin teori om salutogenese at det er viktig å rette fokus barnets sterke sider. Vi tenker at kreftsykepleier må finne ut hva som er barnets sterke sider, og anvende disse underveis i kommunikasjonsprosessen. Dette kan være egenskaper hos barnet som gir det selvtillit, og ferdigheter det føler at det mestrer.

H. Larsen og W. Nordtvedt (2011) sier at barn som bor hjemme uttrykker behov for ærlig og konkret informasjon om forelderens sykdom og behandling for å kunne mestre sin hverdag. Barna begrunnet dette ønsket med at hvis de fikk informasjon som de forstod, så lagde de ikke egne forklaringer av hva som skjedde med den syke foreldereren. Disse forklaringene kunne i

mange tilfeller være verre enn hva som var realiteten (H. Larsen & W. Nordtvedt, 2011, Reinertsen, 2012, Scott, Pricor, Harmsen, Broom, Entwistle, Sowden & Watt, 2003). Barn uttrykker ønske om å snakke med sine foreldre. Forskningen viser samtidig at barna også har behov for å snakke med kreftsykepleier (H. Larsen og W. Nortvedt, 2011).

Vi tenker at et barn som ikke blir informert om hva som skjer, men som likevel merker at noe er veldig galt, vil føle stor usikkerhet. Barnet vil merke endringer i humør, stemning og måten foreldrene snakker til det på. Dette underbygger H. Larsen og W. Nortvedt (2011) og Huzinga et.al. (2011), da de sier at barna ofte hadde forstått at noe var alvorlig galt før de ble fortalt om sykdommen. Vi har erfart at barn som ikke forstår hva som skjer med den som er syk, kan trekke seg unna og ikke ønske å ha kontakt med den syke. Konsekvensen av dette tenker vi kan være at barnet føler enda større usikkerhet omkring hva som skjer med den syke forelderen, og det har lite forutsetninger for å kunne forutse hva som skjer videre i sykdomsforløp. Dette kan igjen føre til at barnet ikke føler at det mestrer sin hverdag. Burleson (2003) sier at det er en viktig egenskap hos kreftsykepleier å kunne tåle usikkerhet hos barnet, og ikke ta det personlig hvis hun blir avvist. Dette sier også Eide og Eide (2007) som understreker at kreftsykepleier må tåle at barnet har sin egen mentale flyt, der det kan åpne og lukke for kontakt. Vi kan forstå at kreftsykepleier lett kan bli utålmodig hvis hun føler at kontakten blir brutt, men det er viktig at barnet ikke blir presset til dialog når det ikke er klart for det.

Forskningen vi har funnet viser at barn først og fremst ønsker å snakke med sine foreldre om det som er vanskelig, men også ønsket å snakke med kreftsykepleier. Både i forhold til informasjon om sykdommen, men også om sine egne følelser (H. Larsen & W. Nortvedt, 2011, Kennedy & Lloyd- Williams, 2009, Huzinga et. al, 2011 og Bugge et.al., 2008).

Noen ganger blir barnet i liten grad involvert og informert om kreftsykdommen av foreldrene fordi de ønsker å skjerme barnet. H. Larsen og W. Nortvedt (2011) sier at foreldrene holdt tilbake informasjon enten fordi de trodde barna ikke ville forstå, men også fordi foreldrene selv manglet kunnskap. Vi ser at det kan være lett å tenke at man beskytter barn ved å skjerme dem fra det som er vondt og vanskelig. Men vi vet nå med sikkerhet at barn har det best på lang sikt dersom de blir informert, tatt med, får brukt sine ressurser og blir forklart hva som har skjedd og hva som kan komme til å skje fremover. Dette underbygger også K. E. Bugge og Røkholt (2009).

Barna ga uttrykk for at de ønsket å vite hva de kunne vente seg og hva som ville skje med dem og familien fremover (H. Larsen & Nordtvedt, 2011). Kennedy og Lloyd- Williams (2008) på sin side skriver at noen av barna ønsket at informasjonen ble formidlet på en skånsom måte, slik at barnet følte at det kunne håndtere den. Her ser vi at kreftsykepleier må kartlegge hvert enkelt barn i forhold til hvilken grad av informasjon de ønsker å motta, og tilpasse etter dette.

4.1.2 Å se det enkelte barnet

Ingen barn er like, og utviklingspsykologi kan fortelle oss mye om hva som er vanlige reaksjonsmønstre hos barn i gitte aldersgrupper. Likevel kan det være store forskjeller hos hvert enkelt barn for hvordan de reagerer på at en forelder har kreft. Travelbee (2001) beskriver viktigheten av å se det enkelte individet som enesåttende og uerstattelig. Vi tenker at barn som ikke har passet inn i "normalboksen" for utvikling før sykdommen rammet, må ikke forventes å passe inn i den boksen nå. Dette sier også Bugge og Røkholt (2009). Dette underbygger Eide og Eide (2007) ved å si at at barn ikke er en ensartet gruppe, men at ethvert barn er unikt. Barnet må forstås ut ifra de ressurser det enkelte barnet har. Bunkholdt (2000) sier at det er viktig å ha innblikk i barnas ulike ressurser, slik at kreftsykepleier kan bistå dem i å utvikle sin mestringsevne.

Eriksson (1968) legger stor vekt på den sentrale barndomstiden fra 6- 12 år, da han sier at det er i den perioden barn utvikler evnen til å mestre. Det er en viktig egenskap for kreftsykepleier å kunne tilpasse måten å ordlegge seg på slik at barnet forstår meningen med det som blir sagt. Dette sier også Eide og Eide (2007). Vi ser at kreftsykepleier kan vise interesse for og delta i barnets lek, vise interesse for bilder og fortellinger, for på den måten å skape kontakt med barnet. For de minste barna på 6-7 år sier Bugge et. al (2008) at tegning kan være et godt hjelpemiddel for å uttrykke seg. Dette underbygger Ulvund (2009) som sier at barn bruker tegning som et middel til å sette ord på tanker og følelser, da barn i denne alderen ofte har stor interesse for tegning. Gamst (2011) sier også at tegning kan være til støtte for barnet, men at det bør brukes som et supplement, og introduseres mest effektivt når barnet oppfordres tydelig «... tegn og fortell meg». Barnet i 6- 7 års alder har språket for å kunne snakke om hvordan de har det, men det er ikke sikkert at de klarer å formidle det de ønsker. Hvis dette barnet får muligheten til å tegne, så kan det åpne for mange flere følelser

og tanker. Barnet kan få tegne akkurat det det vil, og resultatet kan gi et utgangspunkt for en samtale. Kanskje barnet tegner seg selv der det viser hva slags følelser det har, kanskje det tegner den syke forelderen eller kanskje det tegner noe helt annet. Kreftsykepleier kan spørre om barnet vil fortelle hva det har tegnet. Hvis barnet ikke vil si noe om tegningen på egen hånd, kan kreftsykepleier be om å få lov til å spørre barnet om tegningen. Vi ser likevel at selv om barn i denne aldersgruppen i følge utviklingspsykologien liker å tegne, så er ikke dette riktig for alle barn på 6- 7 år. Kreftsykepleier kan møte barn på 6 år som ikke ønsker å ta i en blyant, og langt mindre tegne en tegning. Det stiller andre krav til hvordan kreftsykepleier kan kommunisere med dette barnet, og vi tenker at lek da kan være et naturlig alternativ. Enten ved at hun inviterer barnet til lek, eller hvis tilliten er etablert, blir invitert med i leken av barnet.

Når barnet har blitt 8- 10 år er både språket men også den kognitive utviklingen kommet så langt at det er lettere å kunne snakke om hvilke tanker og følelser som rører seg hos barnet (Ulvund, 2010). Vi tenker at dersom forholdet mellom barn og kreftsykepleier er preget av tillit og trygghet, så kan det åpne for gode samtaler der de sammen kan finne strategier for hvordan barnet skal mestre sin hverdag. Et av målene i møte med barnet er å få til en kommunikasjon der barnet snakker fritt. Dette sier også Eide og Eide (2007) som sier at formålet med åpne spørsmål er få barnet til å snakke åpent om tanker og følelser. Dersom dette tillitsforholdet ikke er etablert, så tenker vi at kreftsykepleier har en stor utfordring i å få barna til å åpne seg i kommunikasjon.

Når barnet blir 11- 12 år er situasjonen igjen en annen. En 12 åring kan bli tverr og innesluttet, og det krever andre egenskaper hos kreftsykepleier for å få ”innpass”. Her må kreftsykepleier gjerne kartlegge litt i forkant for å finne ut hva dette barnet har av interesser, og kanskje få innpass ved å spille på barnets interesser. Kreftsykepleier må ha en annen tilnærming til dette barnet enn til den yngre delen av aldersgruppen, og hun kan bruke et litt mer voksent språk enn i møte med 6-8 åringene. Gamst (2011) sier at barn på 12 år har en godt utviklet språkforståelse. Kreftsykepleier skal likevel passe seg for å spille på ”voksne” sider av barnet på 12 år. Disse barna kan befinne seg i starten av en brytningstid der de både har et ønske om å bli voksne, men fortsatt tenker som barn. Vi mener at et barn på 12 år må få lov til å være barn, samtidig som kreftsykepleier kan bekrefte at det er i ferd med å nærme seg ungdomstiden, og derfor kan snakke med det på et annet nivå enn med mindre barn. K. E. Bugge og Røkholt (2009) sier at barn i barneskolealder ofte ordlegger seg konkret, både om opplevelser men også om tanker og følelser. Vi mener at kreftsykepleier må tilpasse språket

til det barnet hun snakker med, slik at hun kommuniserer på barnets premisser i forhold til modenhet og språkforståelse.

4.1.3 Barnets frisoner

Mange barn opplevde tap av normale aktiviteter og lite kontakt med jevnaldrende som en belastning og ønsket leve et så normalt liv som mulig (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009, H.Larsen og W. Nortvedt, 2011, Bugge, Helseth & Darbyshire, 2008). Bugge et. al. (2008) sier at barn trenger muligheten til å forstå seg selv, og lære hvordan de kan mestre et spekter av forvirrende og vanskelige følelser, tanker og reaksjoner. Siden barnet har en kreftsyk forelder i hjemmet, kan det sette begrensninger for det sosiale livet til barnet.

Vi tenker at det kan være vanskelig å ta imot besøk av andre barn hvis den syke er ømfintelig for lyd og inntrykk, og det kan være vanskelig for barnet å besøke andre da det kan få dårlig samvittighet over å ikke være hjemme. Når barnet har det slik kan kreftsykepleier bidra til å bekrefte at deres tanker er normale. Hun kan gi eksempler på hva andre barn har sagt eller gjort og på denne måten vise barnet at de ikke er alene om å tenke slik (Reinertsen 2012). Vi erfart å se en 6 år gammel gutt som skulle hilse på sin far for første gang etter at han hadde fått kreftdiagnosen. Gutten kom inn på rommet, kikket kort på faren sin og spurte så umiddelbart om å få leke med naboenta. Vi mener dette kan være en måte for denne gutten å håndtere denne vanskelige situasjonen på. Foreldrene ga uttrykk for at de syntes denne reaksjonen var vanskelig å håndtere; ”Er han ikke lei seg?” ”Er det greit at han bare skal gå og leke?” Det kan være godt for foreldrene til barn som er pårørende, at kreftsykepleier kan trygge dem også på hvordan barn kan reagere på vanskelige situasjoner og hendelser. Reinertsen (2012) sier at barn har sine «frisoner» der de ikke tenker på sykdommen, dette vil ikke si at de fortrenger sykdommen men at de har behov for å avlede seg selv. Dette underbygger også Kennedy og Lloyd- Williams (2009) ved å si at barn beskriver sosiale aktiviteter og venner som kilder til avledning. Kreftforeningen har en møteplass for barn som opplever kreftsykdom. Dette er en arena der barna møtes og kan snakke med andre barn i lignende situasjoner. Kreftsykepleier kan sette barnet og familien i kontakt med den lokale Kreftforeningen, slik at de kan vurdere om dette er aktuelt.

Vi tenker at å opprettholde normalitet i hverdagen er viktig for barnet, men vi tenker også at dette ikke bør komme i veien for en god kommunikasjon mellom foreldre og barn. Hvis

barnet hele tiden kan ”flykte” fra det som er vanskelig ved å avlede seg selv, kan det være vanskelig få til en arena der foreldrene kan snakke med sine barn. Her kan kreftsykepleier spille en viktig rolle i forhold til å sette rammene for samtale.

4.2 Hjemmet- arena for møte

Mange barn uttrykker behov for å snakke med helsepersonell. De sier at det å snakke med en kreftsykepleier alene, gjorde at de følte lettelse. De likte å snakke med noen utenfor familien som hørte på dem og som ikke fortalte videre det de hadde fortalt (Bugge et.al., 2008). Dette sier Bugge et.al. (2008) er grunnleggende for å kunne samhandle med barnet.

Vi tenker at når kreftsykepleier møter barnet i hjemmet må hun hilse på barnet og presentere seg. Hun må fortelle hva hun jobber med, og hvorfor hun kommer hjem til barnet. Dette underbygger Travelbee (2001) da hun mener at kommunikasjon er et viktig redskap når det kommer til å etablere mellommenneskelige forhold. Hun understreker videre viktigheten av at kreftsykepleier har empatiske egenskaper for å forstå barnets tilstand i øyeblikket.

Kreftsykepleier bør prøve å komme i samme høyde som barnet. Dette kan medvirke til at kreftsykepleier lettere får kontakt med barnet sier Eide og Eide (2007). Vi tenker at det videre er naturlig at kreftsykepleier spør barnet om hva det er interessert i, og spille videre på det barnet forteller. Kanskje har det noen leker det ønsker å vise frem, eller fotballplakater på rommet sitt. Å bli kjent med barnet og opparbeide tillit tar tid. Noen barn åpner raskere for kommunikasjon om vanskelige tema, men andre trenger lengre tid. Kreftsykepleier må i denne prosessen bli kjent med hvilke ord og uttrykk barnet er fortrolig med når det gjelder forelderens kreftsykdom.

Barna satte pris på å kunne snakke med noen som hadde kunnskaper om sykdommen, og hvordan det er å være i en familie der en av foreldrene har kreft (H. Larsen og W. Nortvedt, 2011). Når samtalene mellom kreftsykepleier og barnet begynner å komme inn på følelser og tanker som barnet synes er vanskelig, må kreftsykepleier vise at hun er til å stole på ved å ikke fortelle dette videre til foreldrene (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Konsekvensene ved å bryte et slikt løfte kan være at tilliten mellom barnet og kreftsykepleier blir brutt, og det vil ta lang tid å bygge den opp igjen, om det i det hele tatt er mulig. Det kan likevel være tilfeller da kreftsykepleier får informasjon fra barnet som foreldrene bør vite om, og hun må da forsøke å få lov til å informere foreldrene med samtykke fra barnet.

Som vi har beskrevet tidligere syntes barna at det vanskelig å snakke med foreldrene, selv om de ønsket det. Bugge et.al. (2007) sier at barn satte pris på at kreftsykepleier kunne stille de vanskelige spørsmålene deres til foreldre mens alle var tilstede.

Vi ser at både foreldrene og barna ønsker å beskytte og å skjerme hverandre for vanskelige og ubehagelige spørsmål og tema. Likevel har barna uttrykt et ønske om å kunne ha en åpen kommunikasjon. Vi ser at kreftsykepleier som møter barnet i hjemmet kan være med å lage en felles arena eller plattform der foreldrene og barnet kan snakke sammen om det som er vanskelig. Bugge (2007) har laget en manual for intervensjon som kan være et godt redskap for å sette rammen for en slik arena. Kreftsykepleier kan da styre samtalen, og snakke med foreldrene om barnas tanker, følelser og opplevelser. Ved å ha en gitt ramme for samtalen ser vi at det kan være lettere å få tanker, bekymringer og spørsmål frem i lyset. Etter å ha snakket om det som er vanskelig en gang, kan det hende at terskelen er lavere mellom foreldrene og barnet for slike samtaler senere. Noen kan ha behov for at kreftsykepleier deltar på mange samtaler, mens andre blir mer selvgående på dette området raskt. Ved å ha en åpen kommunikasjon viser forskning at familien føler at de kommer tettere sammen og klarer å sette pris på det de har (Kennedy og Lloyd- Williams, 2009).

Hvis barnet ikke føler at det mestrer hverdagen, og at det er vanskelig å konsentrere seg på skolen, tenker vi at kreftsykepleier kan etablere kontakt med læreren. Hvis barnet ønsker det, kan kreftsykepleier være med og informere klassen om forelderens sykdom, og på den måten hjelpe barnet med å svare på vanskelige spørsmål og reaksjoner fra klassekameratene. Hun kan også være med og informere på barnets fritidsaktiviteter, og hos venner.

Det er forøvrig viktig at den enkelte kreftsykepleiere kjenner til tilbudet i sin kommune, og kan sette barnet og familien i kontakt med de ulike instanser som er nødvendige.

5.KONKLUSJON

I oppgaven innledes det med å spørre hvordan kreftsykepleier kan bistå barn som pårørende ved hjelp av tilpasset informasjon slik at de er i stand til å mestre hverdagen når en av foreldrene har kreft.

Etter å ha skrevet oppgaven sitter vi igjen med en oppfatning av at kreftsykepleier *kan* bistå barnet ved hjelp av ulike tilnæringsmåter som legger vekt på kreftsykepleiers evne til kommunikasjon, egenskaper, og intervensjoner og med det sette barnet i stand til å mestre sin hverdag. Vi har lært at kreftsykepleier må møte hvert enkelt barn med deres ressurser og forutsetninger, for med dette å kunne tilpasse kommunikasjonen og informasjonen.

Vi tenkte før vi skrev oppgaven at kreftsykepleier kunne styrke barnet i kraft av å ha rollen som kreftsykepleier, men har erfart gjennom prosessen at det er vel så viktig å bruke familien som en ressurs i møte med barnet.

Gjennom prosessen med å skrive denne oppgaven har vi lært at for å kunne hjelpe barnet må kreftsykepleier gi foreldrene ressurser til å sette barnet i stand til å kunne mestre sin hverdag. Hvis vi skal skrive en oppgave som bygger videre på denne, ser vi at det vil være nødvendig å involvere foreldre og familie i langt større grad. Vi har også erfart at det er mange ulike problemstillinger som oppstår hos hele aldersgruppen fra 1- 18 år, og i en eventuell ny oppgave ville det vært naturlig å inkludere hele denne aldersgruppen. Som tallene fra Kreftregisteret viser utgjør denne gruppen hele 1,4 % av landets befolkning, og kreftsykepleier vil ha god nytte av kunnskap en slik oppgave ville gitt.

REFERANSELISTE

- *Antonovsky, A (2000) *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag (15 sider)
- Bjørk I.T., Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe (16 sider)
- *Bugge, K. E. (2009) *Familiesamtaler ved kreftsykdom*. Kreftsykepleie nr.2. (6 sider)
- *Bugge, K. E. (2007). *Manual til intervensjon-Familiesamtaler ved kreftsykdom*. Oslo: Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo (35 sider)
- Bugge, R. G.(2008) *Når krisen rammer barn og unge*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS-Norwegian Academic Press. (24 sider)
- *Bugge, K. E., Helseth, S, Darbyshire,P. (2008) *Children`s experiencec of participation in a family support program when their parent has incurable cancer*. Cancer Nursing. Vol 31, No. 6, s. 426-434
- Bugge K, E. Røkholt E,G. (2009) *Barn og ungdom som sørger- Faglig støtte til barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom eller død i nær familie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. (124 sider)
- *Bunkholdt, V. (2000) *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- *Burleson, B. (2003) *Handbook of communication and social int*. London: Taylor and Francis
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- *Ensby, T., Dyregrov, K., Landmark, B. (2008). *Å treffe andre som virkelig forstår- møtes i sorggrupper*. Tidsskriftet Sykepleien, Forskning nr. 3
- * Eide, H., Eide,T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk (2 utg.)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (45 sider)
- *Familie. (s.a.). I *Store Norske Leksikon*. Lokalisert på <http://snl.no/familie>
- * Frost, T. (2012). *Verdighet og design*. Nordisk tidsskrift for Palliativ medisin, Omsorg. nr. 4.

* Gammersvik, Å., Larsen, T. (2012) *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

* Gamst, K, T. (2011) *Profesjonelle barnesamtaler-å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget (32 sider)

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende. Mor/ Far er syk*. (Rundskriv IS- 5/ 2010). Oslo: Direktoratet

Helsepersonelloven, [LOV-2013-06-21-82](#). § 10 (2000)

Helse- og omsorgstjenesteloven, [LOV-2013-06-21-82](#) (2012)

*Huizinga G. A, Visser A, Zelders-Steyn, Y.E, Teule J. A, Reijneveld S. A, Roodbol. (2011) *Psychological impact of having a parent with cancer*.

Høgskolen I Hedmark (2013) *Retningslinjer for sykepleiefaglig fordypningsoppgave I kreftsykepleie*. (Rev. utg.) Elverum

* Kennedy V. L, Lloyd-Williams M (2009) *How children cope when a parent has advanced cancer*. *Psycho-oncology* 18. DOI.10.1002/pon.1455 (6 sider)

Kreftforeningen (12.05.14) *Treffpunkt*. Lokalisert på <https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/kurs-og-grupper/treffpunkt---moteplass-for-barn-og-unge-som-er-parorende/>

*Larsen, B. H., Nordtvedt, M. W. (2011). *Barn og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft*. Oslo: Tidsskriftet Sykepleien, Forskning nr. 1. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/643416/barns-og-ungdomsinformasjonsbehov-nar-mor-eller-far-far-kreft> (7 sider)

Lovdata.no

*Madsen, K. B. (1981). *Personlighetens psykologi*. Oslo: Forlaget Forum A-S, København og Dreyers Forlag. (26 sider)

Nordtvedt, M.W, Jamtvedt, G, Graverholt, B., Nordheim, L.V, Reinart, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS (32 sider)

Nordtvedt P. (2012) *Omtanke-en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. 1-11*.

*Reinertsen, K. (2012). *Barn til kreftsyke vil vite mer*. Sykepleien nr 8, Fag Kreftsykepleie. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/881653/barn-til-kreftsyke-vil-vite-mer> (4 sider)

Regjeringen.no

Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I Reitan, A.M. Og Schjøllberg T. K. (Red), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring-handling*. (3.utg., s 72-99). Oslo: Akribe AS

Schjødt, B., Haugen, D.F., Straume, M., Værholm, R. (2008) Familien. I Kaasa, S. (Red), *Palliasjon Nordisk lærebok* (2.utg., s. 89-114). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

*Tveiten, S. (2008) *Den vet best hvor skoen trykker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS (30 sider)

*Ulvund S. E. (2009) *Forstå barnet ditt 5-8*. Oslo: Cappelen Damm AS (138 sider)

*Ulvund S.E. (2010) *Forstå barnet ditt 8-12*. Oslo: Cappelens Damm AS (160 sider)

Vedlegg 1 - Søkematrise

Søkeord:	Databaser:	Antall treff:	Begrunnelse for eksklusjon:	Antall lest:	Antall inkludert:
1) Children Cancer Next of kin	Oria	3334	Unyansert søk, uten fokus på å finne svar på problemstillingen	0	0
2) Cancer Parent Children	Oria	29 848	Dette søket var altfor stort, og inkluderte heller ikke alle søkeord for å finne relevant forskning.	0	0
3) Cancer Parent Children Cancer nurse	Oria	4 977	Artiklene i dette søket hadde fokus på barna etter at de hadde mistet en forelder i kreft, og fylte dermed ikke inklusjonskriteriene.	0	0
4) cancer parent children oncology nurse information	Oria	1 456	Flest artikler om barn med kreft, men en relevant for problemstilling.	5	1
5) Children Cancer Next of kin	Chinal/ EBSCO	5	Disse artiklene hadde fokus på foreldre som var pårørende til barn med kreft, og derfor ikke relevant for problemstillingen.	0	0
6) cancer parent children oncology nurse information	Chinal/ EBSCO	50	Artikler om barn med kreft, eller kreftsykepleiers rolle i forhold til foreldrene. To artikler ble inkludert fra dette søket.	6	1
7) kreft Barn Informasjon pårørende	Oria	13	Artikler som omhandlet andre diagnoser enn kreft. Og artikler som hadde fokus på andre faser i sykdomsforløp enn vårt.	0	0

	Søk i referanselister:				
8)	Artikkel som ble forkastet til oppgaven; <i>Family lifte when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychosocial intervention for young children</i>	6	Fant relevant artikkel i referanselisten til forkastet artikkel. Søkte opp denne, og fant ny artikkel: Huizinga et.al (2011) som vi brukte i oppgaven	4	2
	Søk i tidsskrifter:				
9)Kreft Barn Pårørende informasjon	Sykepleien.no	17	Fokus på barn som pårørende, men mange omhandlet barn med søsken som er kreftsyke, eller var kreftsyke selv.	3	2

Vedlegg 2 - Litteraturmatrise

Referanse:	Hensikt/Proble mstilling og/eller forskningsspør smål	Metode og utvalg:	Resultat/ diskusjon/kon klusjon:	Styrke/svak heter:
<p>- <u>Fra søketreffmatrise:</u> 8)</p> <p>Forfattere: Kennedy V. L.,Lloyd-Williams M</p> <p>DOI:10.1002/pon.1455</p> <p>2009</p>	<p><i>How Children Cope When a parent has advanced cancer</i></p>	<p>UK</p> <p>Semi strukturete intervju med syke foreldre og friske foreldre og eller barn over 7 år. 28 familiemedle mmer fra 12 familier til</p>	<p>4 temaer ble tatt opp i intervjuene. –reaksjoner på diagnose, mestringsstrategie r, livs forandringer og positive aspekt.</p> <p>-Barn kunne fortelle at de engstet seg over at mor eller far hadde kreft og deres egen helse.</p> <p>-Funn viste også at distraksjon og oppretholdelse av et så normalt liv som mulig var av de viktigste mestringsstrategie ne barna hadde.</p> <p>Konklusjon: Åpen kommunikasjon i familien kan lede til bedre mestring og positivopplevelse for barn med forelder med avansert kreft.</p>	<p>Svakheter: deltakerne i artikkelen var rekruttert og derfor får man ikke med seg de barn og foreldre som hadde hatt behov og ønske om å delta.</p> <p>Studien har få informanter og man kan derfor ikke generalisere funnene til at det er slik alle opplever det.</p> <p>Styrker: Vi får innsikt i barns behov for informasjon når mor eller far har kreft.</p>

<p>Fra søkematrise 4)</p> <p>Bugge, Kare E.</p> <p>Helseth, Sølvi</p> <p>Darbyshire, Philip</p> <p>2008</p>	<p><i>Children`s experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer</i></p>	<p>Dybdeintervju: studien ble rettet mot barn i alderen 5-18 år. 12 barn i alderen fra 6-16 deltok</p>	<p>- Familieprogrammet hjalp barna til å føle seg mer sikre, økte deres kunnskap og forståelse; hjalp dem til å bli klar over deres rolle, deres familiestyrker og hvem de kunne søke hjelp hos. Barna ønsket å få mer informasjon om foreldrenes tilstand. Barna innså at det var godt og nyttig å snakke med kreftsykepleier. Barna ønsket seg normalitet i hverdagen sykdommen sammen med.</p>	<p>Svakheter: liten studie som omfattet gruppe på 12 barn fra 6 forskjellige familier funnene er ikke valide nok til å generalisere hvordan barns opplevelser er når en mor eller far har kreft i palliativ fase.</p> <p>Styrker: Man får godt innblikk i hvordan manualen for foreldresamtaler hadde påvirket barna og familien. Man ser viktigheten av at foreldrene og barnet snakker sammen.</p>
<p>- Fra søkematrise: 6)</p> <p>-Forfattere:</p> <p>Ensby, Torill</p> <p>Dyregrov, Kari</p> <p>Landmark, Bjørg</p> <p>DOI:10.4220/sykepleien</p>	<p><i>Møtes i sorggrupper</i></p>	<p>Intervju av 78 barn som deltok på rehabiliteringskurs</p>	<p>-Resultatene viste at barn opplevde store vanskeligheter ved å oppleve alvorlig sykdom (som førte til død).</p> <p>-Viste at likemannsarbeid var svært viktig for veldig mange av barna i</p>	<p>Svakheter:</p> <p>-Har mye fokus på barnet etter at det har mistet en forelder.</p> <p>Styrke:</p> <p>-Mange informanter, gir funnene</p>

f.2008.0042			forhold til at de kunne snakke åpent med noen som forstod. De behøvde ikke å ta hensyn til den de snakket med, fordi de hadde en felles forståelsesbakgrunn.	validitet. Styrker: -Viser viktighet av likemannsarbeid med god begrunnelse fra barna ift hvorfor det er viktig.
Fra søkematrise : 8) -Forfattere: Huizinga G,A.,Visser A.,Zelders-Steyn Y.E.,Tule J. A.,Reijneveld S.A.,Roodbol P.F. 2011	<i>Psychological impact of having a parent with cancer</i>	Oversiktsartikkel	Det viser seg at Kreftsykepleier spiller en sentral rolle i å gi støtte og veiledning til kreftpasienter som har barn hjemme. Barn ønsket seg sann og alderstilpasset informasjon. Barna hadde behov for å ha kontakt med venner og friserer gjennom aktiviteter i hverdagen.	Svakheter: Majoriteten av foreldre med kreft var mødre med brystkreft. Styrker: Det varierte hvor foreldrene var i sykdomsforløpet. Studien viser at barna i studien hadde mange like behov ift til informasjon og hvordan de ble påvirket uansett alder og hvor foreldrene var i sykdomsforløpet.
- Fra søkematrise: 9)	<i>"Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får"</i>	Sammenfatning av forskning utført med	- Fant at barna hadde et stort behov for informasjon når	- Svakheter: -Lite differensiert

<p>- Forfattere: Hofset Larsen, Berit Wammen Nortvedt, Monica</p> <p>DOI:10.4220/sykepleien f.2011.0068</p>	<p><i>kreft</i></p>	<p>gruppeinter vju, spørreskjem a og individuell intervju.</p>	<p>en forelder er syk.</p> <p>- Videre at barna har behov for ærlig og konkret informasjon om sykdom og behandling, og hvordan dette kan påvirke barnets hverdagsliv og fremtid.</p> <p>- Artikkelen beskriver at barnet ønsker informasjon fra foreldre, men også fra kreftsykepleier.</p>	<p>på faser av sykdomsforløp .</p> <p>Styrker:</p> <p>-God informasjon om hva barnet uttrykker behov for.</p> <p>-Trekker inn lovverk og rundskriv for å belyse kreftsykepleiers plikt overfor barn som pårørende.</p>
<p>- Fra søkematrikse: 9)</p> <p>- Forfattere: Reinertsen, Kristina</p> <p>DOI:10.4220/sykepleien s.2012.0078</p>	<p><i>“Barn til kreftsyke vil vite mer”</i></p>		<p>Sammenfatning av ulike artikler som beskriver barns behov når en forelder er alvorlig kreftsyk.</p> <p>Resultatene viste at barn har et stort behov for å få informasjon som er tilpasset deres alder og kognitive utvikling.</p> <p>Artikkelen viste også hvilke konsekvenser det hadde for barna hvis de ikke fikk informasjon som de forstod.</p>	<p>-Lite differensiert på tidsperspektiv og faser i sykdommen.</p> <p>Styrker:</p> <p>-Ved lite differensiering av faser i sykdommen viser funnene at barna har mange av de samme behovene gjennom store deler av sykdomsforløpet.</p>

