



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Barn som pårørende- når mor eller far har kreft

Children as relatives- when mum or dad has cancer

Kandidatnummer: 259 & 204

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 14.06.2021

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Barn som pårørende- når mor eller far har kreft

Bakgrunn for valg av tema: Hvert år opplever nesten 3 500 barn at en av foreldrene får kreft. Dette fører ofte til store forandringer i barnas liv, og hverdagen deres kan bli preget av engstelse og bekymring. Helsepersonell er pliktig til å ivareta barn som pårørende og deres behov, og i 2014 ble barn som pårørende et eget satsingsområde i regjeringens opptrappingsplaner. Etter vår erfaring er det lite fokus på barn som pårørende på studiet og praksisarenaer, og vi ønsker å lære mer før vi starter å jobbe som sykepleiere.

Problemstilling: Hvordan kan kommunikasjon med helsepersonell bidra til å forbedre livskvaliteten hos barn med kreftsyk forelder?

Metode: Oppgaven baserer seg på litteraturstudie hvor vi har brukt eksisterende forskning for å besvare problemstillingen.

Oppsummering av funn og konklusjon: Forskingen viser at barn som pårørende har behov for tidlig inkludering når en forelder blir kreftsyk. De ønsker konkret og alderstilpasset informasjon både fra helsepersonell og foreldre. Foreldre trenger veiledning i hvordan en skal snakke med barna om sykdommen. God kommunikasjon med helsepersonell kan bidra til å redusere bekymringer og angst hos barn av kreftsyke foreldre, men det viser seg at helsepersonell opplever at de ikke strekker til i møte med barna grunnet manglende kompetanse på området.

Nøkkelord:

Barn som pårørende, kreftsyk forelder, kommunikasjon, informasjon, livskvalitet

Summary

Title: Children as relatives- when mum or dad has cancer

Background: Every year, almost 3500 children experience that one of the parents gets cancer. This often leads to major changes in children's lives, and their daily lives can be marked by anxiety and worries. Health care professionals are obliged to take care of children as relatives and their needs, and in 2014 children as relatives became a separate focus area in the government's plans. In our experience, there is a lack of focus on children as relatives in the education program for nurses, and we want to learn more before we start working as nurses.

Research question: How can communication with health care professionals help to influence and improve the quality of life of children with a parent with cancer?

Method: The thesis is based on a literature study where we used current research to answer the research question

Findings and conclusions: The research found that children as relatives needs to be included early when a parent is diagnosed with cancer. The children want concrete and age-appropriate information from both health care professionals and parents. Parents need guidance on how to talk to their children about the disease. Good communication with health care professionals can help reduce worries and anxiety in children of parental cancer. It turns out that health care professionals doesn't always feel that they are able to connect with the children due to lack of competence and knowledge at this area.

Keywords: children as relatives, parental cancer, communication, information, quality of life

Innholdsfortegnelse

1 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 HENSIKT MED OPPGAVEN.....	2
1.3 PROBLEMSTILLING	2
1.4 AVGRENSNING.....	2
2 TEORETISK PERSPEKTIV	2
2.1 BARN SOM PÅRØRENDE.....	2
2.2 KOMMUNIKASJON.....	3
2.2.1 Omsorgsfull kommunikasjon.....	4
2.2.2 Informasjon	4
2.2.3 Kommunikasjon med barn	5
2.3 UTVIKLINGSPSYKOLOGI	5
2.4 LIVSKVALITET.....	6
3 METODE - SØKEORD OG DATABASER.....	7
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	7
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	7
3.3 KVALITETSVURDERING.....	8
3.4 SØKESTRATEGI	9
3.5 ETISKE VURDERINGER.....	9
3.6 ANALYSE	10
4 RESULTAT	11
4.1 KOMMUNIKASJON.....	11
4.2 INFORMASJON	12
4.3 HELSEPERSONELLETS PERSPEKTIV.....	12
4.4 FAMILIESAMTALE INTERVENSJON.....	13
4.5 LIVSKVALITET.....	14
5 DISKUSJON	15
5.1 KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON MELLOM BARN OG HELSEPERSONELL.....	15
5.2 FAMILIEINTERVENSJONER.....	18
5.3 LIVSKVALITET OG KOMMUNIKASJON.....	19
6 KONKLUSJON OG IMPLIKASJON FOR PRAKSIS	21
7 LITTERATURLISTE	22
8 VEDLEGG	26
8.1 VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA	26
8.2 VEDLEGG 2: SØKEHISTORIKK.....	26
8.3 VEDLEGG 3: ARTIKLER	30

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er en av våre mest utbredte og alvorlige sykdommer, og ifølge Kreftregisteret (2021) fikk 34 792 nordmenn en kreftdiagnose i 2019. Antall krefttilfeller i Norge er stadig økende, og mange som får kreft har barn i aldersgruppen 0-18 år. Hvert år opplever nesten 3 500 barn at en av foreldrene får kreft (Kreftforeningen, 2021). Dette fører ofte til store forandringer i barnas liv, og hverdagen deres kan bli preget av engstelse og bekymring (Kreftforeningen, 2021).

Selv om stadig flere med kreft overlever sykdommen, er kreft en diagnose knyttet til frykt og død (Bergem, 2018, s. 112). Studier viser at barn som opplever alvorlig somatisk sykdom som kreft i familien, har høyere risiko for atferdsproblemer og psykiske problemer som angst og depresjon, enn barn generelt (Bergem, 2018, s. 111). Barna kan bli sterkt berørt av foreldres kreftsykdom, oppleve vansker med sosial tilpasning, veksle mellom perioder med håp og fortvilelse og ha mange tanker rundt eksistensielle spørsmål som vedrører liv og død (Haugland et al., 2012, s. 45). Ifølge Bergem (2018, s. 111) er det mest belastende for barna i perioder med uforutsigbarhet, og når foreldres sykdom går over til å være uhelbredelig. Familiesituasjonen kan bli så belastende at det kan gå utover barnas psykososiale helse over tid (Haugland et al., 2012, s. 45).

Både Kreftforeningen og forskere har sett behov for økende psykososial hjelp til barn av kreftsyke foreldre (Haugland et al., 2012, s. 45). Barn som pårørende har fått mer oppmerksomhet, og ble i 2014 et eget satsningsområde i regjeringens opptrappingsplaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Ifølge Helsepersonelloven (1999, §10a) er helsepersonell pliktig til å ivareta disse barna og deres behov for informasjon og oppfølging. Forskning viser imidlertid at dette arbeidet ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Sykepleiere opplever at de ikke strekker godt nok til i arbeidet, og at de har for lite kompetanse til å ivareta barnas behov for tidlig inkludering og ærlig og konkret informasjon fra sykepleiere. Det er viktig å vite hvordan sykepleiere kan møte barn som pårørende på en god måte (Hauger et al., 2020, s. 266–267). Etter vår erfaring er det for lite fokus rundt dette temaet både på sykepleiestudiet og våre praksisarenaer, der oppmerksomheten ofte er rettet mot

pleie og omsorg av pasientene. Tidligere arbeidserfaring og studiepraksis har vist oss viktigheten av å ivareta barn som pårørende, og vi ønsket derfor å tilegne oss mer kunnskap om dette før vi starter i jobb som sykepleiere. Derfor omhandler denne bacheloroppgave barn som pårørende til foreldre med kreft, og hvordan sykepleiere kan ivareta disse barna og imøtekomme deres behov på en god måte.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilket behov barn som pårørende har når en forelder er kreftsyk. Vi vil se på hvordan helsepersonell kan være med å opprettholde god livskvalitet til barn, med fokus på kommunikasjon og informasjon.

1.3 Problemstilling

“Hvordan kan kommunikasjon med helsepersonell bidra til å forbedre livskvaliteten hos barn med kreftsyk forelder?”

1.4 Avgrensning

I oppgaven har vi tatt utgangspunkt i barn som pårørende fra 4-18 år. Forskjeller i alder blir en naturlig del av drøftingen utfra funn i artiklene. Vi har avgrenset til barn som pårørende når en forelder har kreft og går gjennom behandling, og har derfor ikke fokusert på tiden etter behandling. Artiklene vi benytter anvender begrepet helsepersonell. Vi har derfor valgt å videreføre dette i vår besvarelse, selv om vi fortrinnsvis retter fokuset mot sykepleiere, i samsvar med bacheloroppgavens overordnede hensikt. Øvrige begrep i problemstillingen som kommunikasjon og livskvalitet vil redegjøres for i teoridelen.

2 Teoretisk perspektiv

2.1 Barn som pårørende

Grunnlaget for sykepleie er respekt for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleier skal inkludere pårørende og vise dem respekt og omtanke. Når pårørende er barn skal sykepleier bidra til å ivare ta den enkeltes behov (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Barn er pårørende når en av foreldrene, omsorgsperson eller søsken blir syk, skadet, har

funksjonsnedsettelse eller rusproblem. Lovbestemmelsene for barn som pårørende gjelder barn under 18 år, både biologiske barn, stebarn, fosterbarn og adoptivbarn (Bergem, 2018, s. 18). Det er mange faktorer som spiller inn på hvordan barn og unge påvirkes av at en forelder blir syk. Sykdommens alvorlighetsgrad, foreldrenes egen mestring av sykdommen, deres kapasitet og omsorg samt organisering av hverdagslivet har noe å si for hvordan barnet påvirkes av situasjonen. Det er ulikt hvordan barn og familier opplever situasjonen, og ved alvorlig sykdom kan det være en langvarig krisesituasjon i familien (Bergem, 2018, s. 111). Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige pårørende barn eller søsken av alvorlig somatisk syke pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a). Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal pårørendeveileder som beskriver pårørendes rettigheter, helsetjenestens plikter samt anbefaling av god praksis. Den trekker frem viktigheten av å veilede foreldre i hvordan best mulig støtte barna. Det legges vekt på veiledning av foreldre i hvordan en kan snakke med barna om sykdom, behandling, skole eller barnehage, fritid og sosialt nettverk når en forelder er syk. Den beskriver også fordeler ved å besøke mor eller far som er innlagt på sykehus for å gi barnet mer oversikt over situasjonen (Helsedirektoratet, 2019).

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som en prosess hvor et budskap av informasjon blir sendt og mottatt enten verbalt eller nonverbalt, fra en sender til en mottaker (Heyn, 2015, s. 364). Når en snakker om klinisk kommunikasjon innenfor sykepleien handler det om utveksling av budskap mellom to eller flere aktører, som sykepleier, pasient, pårørende og kolleger. Det bygger på gjensidighet mellom partene ved at man både gir og mottar informasjon (Heyn, 2018, s. 14).

Kommunikasjon som begrep har flere aspekter som utspiller seg i ulike måter å kommunisere på. Kommunikasjon som informasjonsoverføring handler om å overføre et budskap fra en sender til en mottaker. Troverdighet og tillit hos sender er viktig for at budskapet skal bli mottatt best mulig. Innholdet i budskapet og hvordan det formidles påvirker også hvordan det blir mottatt. Det er viktig å kjenne til mottakeren av budskapet for

å tilpasse hvordan man formidler. For sykepleier handler ikke dette om å holde tilbake informasjon, men hvordan informasjonen blir presentert. Ved kommunikasjon som dialog er begge parter aktive, responderer og bidrar til at dialogen utvikler seg. Man veksler mellom å være sender og mottaker, og er bevisst på at den andre parten har noe å formidle. Kommunikasjon kan også handle om mer enn å formidle budskap frem og tilbake. I en interaktiv prosess skjer det også noe på relasjonelt og følelsesmessig nivå som er bygd opp av det nonverbale i kommunikasjonen (Gustin, 2016, s. 284–287).

2.2.1 Omsorgsfull kommunikasjon

Kommunikasjon kan beskrives som noe som blir til mellom mennesker, der gjensidig forståelse er lagt mer vekt på enn informasjonsoverføring. Innenfor kommunikasjonsbegrepet beskrives tre aspekter. Relasjonell kommunikasjon handler om hvordan vi ved hjelp av både ord og nonverbale uttrykk kan danne relasjon eller skape avstand til et annet menneske. Etisk kommunikasjon omhandler hvordan vi respekterer andres sårbarhet og maktaspekter i kommunikasjon, og den genuine omsorgen for samtalepartnern. Kommunikasjon i det daglige, når en forteller noe, beskrives som narrativ kommunikasjon (Gustin, 2016, s. 287).

2.2.2 Informasjon

Helsepersonell er pliktig til å ivareta mindreårige barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging når forelder eller søsken er pasient med somatisk sykdom eller skade. En skal avklare om pasienten har mindreårige barn eller søsken, og kartlegge behov for informasjon og oppfølging. Pasienten, barnet og eventuelle andre med omsorg for barnet skal tilbys å delta i samtale om informasjon og veiledning om eventuelle tiltak. Videre skal helsepersonell bidra til at barnet gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Når en skal gi informasjon bør man tilpasse budskapet til mottakers behov, og formidle slik at mottaker kan ta imot og nyttiggjøre seg av informasjonen. I informasjonssamtalen kan en påvirke den andre partens kunnskap og forståelse over situasjonen, og en bør tenke gjennom måten man informerer på, og hvorfor man gjør det på denne måten (Eide & Eide, 2017, s. 217–218).

2.2.3 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon er viktig for sykepleiere, både med pasienter og med pårørende (Bugge, 2001, s. 102–103). Når et familiemedlem blir syk, endres ofte rollene innad i familien. Tilstrekkelig og god informasjon fra sykepleier kan lette hverdagen til de pårørende. Når pårørende er barn, kan kommunikasjonen være utfordrende (Heyn, 2015, s. 382–384). Det finnes ingen entydig oppskrift for hvordan en skal kommunisere med barn. Den fysiske, psykiske og sosiale utviklingen hos barnet er faktorer som påvirker utgangspunktet for kommunikasjon. Det er derfor hensiktsmessig å tilpasse kommunikasjon til alder og utvikling, men også med utgangspunkt i individuelle behov. Andre variabler som kan spille inn er temperament hos barnet, frykt og angst hos foreldrene og holdninger hos sykepleier (Nilsson, 2018, s. 57). Mange barn kommer i kontakt med helsevesenet i løpet av oppveksten, og da er god kommunikasjon mellom barnet og sykepleieren viktig for barnets opplevelse av møtet. Det er ikke uvanlig at sykepleier fokuserer på å kommunisere med foreldre eller omsorgspersoner istedenfor med barnet. Barnets mening og innflytelse skal vektlegges i når det gjelder barnet selv, og det er viktig at sykepleier har kunnskap om barnets kognitive utvikling i kommunikasjonen (Nilsson, 2018, s. 55).

2.3 Utviklingspsykologi

Når en skal kommunisere med barn i vanskelige livssituasjoner, er det hensiktsmessig å kunne noe om hvordan barn oppfatter og tenker rundt hendelser i livet. I tillegg til individuelle forskjeller og subjektive forhold, har barn i ulik alder forskjellige forutsetninger (Ruud, 2011, s. 65). Gjennom oppveksten går barnet gjennom flere endringsprosesser for å lære seg å mestre tilværelsen på stadig mer komplekse nivåer (Gustin, 2016, s. 142–143). Psykologen Jean Piaget beskriver kognitive funksjoner som noe barn lærer i samspill med omgivelsene, og som utvikler seg i en bestemt rekkefølge. Basert på barnets kognitive evner, skjer kunnskapsbyggingen i perioder der oppmerksomheten er rettet mot ulike mentale operasjoner. En operasjon kan beskrives som en måte å gjøre erfaringer forståelig på. Barnet bruker seg selv og sine erfaringer når det danner seg bilde av virkeligheten, noe som avhenger av modningsnivået (Gustin, 2016, s. 151).

Piagets teori bidrar med kunnskap om hvordan en som sykepleier skal tilpasse seg barn i ulike modningsnivå, slik at barnet involveres utfra sine forutsetninger. Dette er viktig for at

barn skal kunne fortelle hvordan ting er, og ikke anstrenge seg for å svare det de tror de voksne vil høre. En må tilpasse kommunikasjonen nærmest mulig deres virkelighet for at de best mulig skal forstå (Gustin, 2016, s. 154).

2.4 Livskvalitet

Livskvalitet får mer og mer oppmerksomhet i samfunnsplanlegging og forvaltning, og har en egen målsetting i politikken i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I 2018 fikk helsedirektoratet i oppgave å utforme en strategi for å sikre data om befolkningens livskvalitet for å kunne tilrettelegge best mulig for et godt liv (Nes et al., 2018). Det finnes et bredt spekter av definisjoner på hva livskvalitet og helserelatert livskvalitet er. Et fellestrekk er at livskvalitet er en subjektiv og objektiv opplevelse av livet. Den subjektive opplevelsen av livskvalitet referer til ens egen oppfatning av hvordan livet føles (Folkehelseinstituttet, 2019b; Nes et al., 2018). Den objektive opplevelsen omhandler helsetilstand, materielle levekår, sosiale relasjoner, frihet og trygghet (Bowling, 2005, s. 7–9; Folkehelseinstituttet, 2019b; Nes et al., 2018), og påvirker ens subjektive opplevelse av livet (Nes et al., 2018).

Når det gjelder barns livskvalitet, trekker FHI frem autonomi, familierelasjoner og økonomi som påvirkende faktorer (Folkehelseinstituttet, 2019a). De vanligste instrumentene brukt for å måle barns livskvalitet er spørreskjema og intervju som inneholder spørsmål vedrørende fysisk aktivitet og helse, humør, selvfølelse, familie og fritid, venner, skole og læring (Folkehelseinstituttet, 2019a). Sett fra et internasjonalt perspektiv, definerer Worlds Health Organization livskvalitet som et individs oppfatning om hvor de er i livet i sammenheng med kultur og samfunnet de lever i, og i forhold til deres mål, forventninger, standarder og bekymringer (World Health Organization, 2012).

Aspekter som omhandler livskvalitet, vil påvirke hverandre enten i positiv eller negativ retning. Det er empirisk bevis på at mennesker har et felles sett med verdier når det kommer til livskvalitet, men prioriteringene varierer fra menneske til menneske. Folk flest definerer deres livskvalitet i forhold til følelsesmessig velvære, ved å ha god fysisk og mental helse, at de er i stand til å gjøre det de ønsker, har gode relasjoner til venner og familie, være selvstendig og ha nok ressurser (Bowling, 2005, s. 9). Det finnes altså ikke en universell enighet om definisjonen på hva livskvalitet er, men mange inkluderer Maslow's grunnleggende behovspyramide. Den bygger på menneskers fundamentale behov som mat

og drikke, sikkerhet, trygghet, stabilitet, sosiale behov, behov for selvaktelse, vekst og selvrealisering (Mørch, 2021).

3 Metode - søkeord og databaser

Metode forklarer hvordan vi bør gå frem for å skaffe kunnskap eller etterprøve kunnskapen. Sosiologen Vilhelm Aubert forklarer metode som “.. en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode” (Dalland, 2017, s. 51).

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap med hensikt å belyse en problemstilling. Problemstillingen bestemmer hvilken metode som antas å gi best mulig informasjon for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 76). I en litteraturstudie innhenter man først informasjon fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori som er relevant til problemstillingen vi har valgt. Neste steg er systematisering av kunnskapen fra skriftlige kilder (Dalland, 2017, s. 207; Thidemann, 2015, s. 79). Ved å systematisere kunnskap menes det å søke etter, samle inn data og informasjon og vurdere den med et kritisk blikk, for så å sammenfatte den og knytte den opp mot drøftingen i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 79).

Hovedfokuset i vår litteraturstudie, og tema er; er barn som pårørende. Dalland (2017, s. 213) forklarer at problemstillingen skal settes inn i en faglig sammenheng og ha relevans for utdanningen. Ved å ha utviklet en presis og avgrenset problemstilling, har vi systematisk kunne besvare den ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Dalland, 2017, s. 14).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

En søkeprosess kan deles inn i to faser der den første fasen er å forberede litteratursøk og den andre fasen er selve søket. I det første trinnet avgrenser og presiserer man problemstillingen, mens en i trinn to av søkeprosessen definere inklusjonskriterier

og eksklusjonskriterier for å avgrense og tydeliggjøre litteratursøket (Thidemann, 2015, s. 84).

For at forskning og artikler skulle bli inkludert i vår litteraturstudie måtte de omhandle barn i alder 4 – 18 år, som pårørende til kreftsyke foreldre. Vi har ikke avgrenset alder ytterligere da vi ønsker å se funnene opp mot Piagets utviklingsteori om barn. Etter flere søk etter forskning om barn som pårørende, så vi at det fantes mye forskning fra 2015 og nyere. Dermed valgte vi å ekskludere artikler eldre enn 2015, med unntak av én artikkel, *“Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychological intervention for young children”*, som var fra 2013. Vi vurderte denne ut fra CASP-modellen og IMRaD-strukturen og konkluderte med at den var av god kvalitet. Vi valgte også å ta den med da den inneholder synsvinkler som er relevant for dagens forskning, og diskusjon og konklusjon samstemmer med nyere forskning. Alle inkluderte artikler følger IMRaD-strukturen, som blir nærmere forklart under kvalitetsvurdering. Vi har ikke begrenset søket til et stadium i sykdomsforløpet, men har valgt å ekskludere artikler som kun omhandler psykisk syke og annen somatisk sykdom enn kreft.

3.3 Kvalitetsvurdering

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen en har funnet. Det er viktig å stille seg kritisk til kildene som blir brukt, og man legger særlig vekt på om kildene er troverdig og ekte (Dalland, 2017, s. 158–159). Vi har vurdert artiklene ut ifra om de følger IMRaD-struktur, og det gjør alle artiklene våre. Dette er en god kvalitetssikring da vitenskapsartikler innen medisin og helsefag som oftest følger IMRaD-strukturen, og man kan raskt finne ut om artikkelen er aktuell for problemstillingen vår. Strukturen bygger opp artiklene med introduksjon, metode, resultat og drøfting (Thidemann, 2015, s. 68). Vi har brukt kvalitetsbedømmingsskjemaet CASP-modellen som er en anerkjent modell for kritisk vurdering av forskningslitteratur med ulik design (Thidemann, 2015, s. 91). I sjekklisten er det ulike spørsmål som inneholder om vi kan stole på resultatene, hva resultatene er og om det kan brukes i vår praksis. Vi gikk systematisk gjennom spørsmålene etter hvert som vi leste artiklene og svarte på dem muntlig til hverandre. Alle de inkluderte forskningsartiklene våre består av både primær- og sekundærlitteratur, der de har benyttet seg av kvalitative, kvantitative og metodetriangleringsmetode. Når litteraturstudier har benyttet seg av

sekundærlitteratur er det viktig å ta i betraktning at innholdet kan være tolket slik at det opprinnelige perspektivet har endret seg (Dalland, 2017, s. 158–159). På bakgrunn av vår kvalitetsvurdering er inkluderte artikler vurdert til å være av god kvalitet.

3.4 Søkestrategi

Å finne en god søkestrategi er vesentlig for et godt og effektivt søkearbeid. Det handler om å bli enig om databaser, bestemme seg for søkeord og kombinasjoner av disse i de ulike databasene. De forskjellige databasene har egne standardiserte emneordssystemer. Derfor utarbeidet vi et PICO-skjema (vedlegg 1) for å gjøre problemstillingen søkbar og for å få struktur i søket (Dalland, 2017, s. 86–87). For å finne relevant forskning og litteratur har vi brukt Høgskulen på Vestlandet sine databaser. Vi brukte Academic Search Elite, MEDLINE og CINAHL som søkedatabaser da vi anser de som pålitelige og relevant for helsefaget. Vi har også brukt Sykepleien forskning i søkeprosessen. Søkeord vi har brukt er: children, children as relative, parental cancer, kinship, parental caregiving, prenatal illness, childrens need, cancer nursing, information, communication, quality of life, health related quality of life, well-being, safety, children's self-report, intervention, support, guidance, network, health and social care professionals, nurse. Vi kombinerte søkeordene ved å bruke AND og utarbeidet skjema for søkeord samt kombinasjoner, databaser og antall treff (vedlegg 2). På denne måten er det lett å finne igjen artiklene som ble brukt i litteraturstudiet. Inkluderte artikler er fremstilt i skjema i vedlegg 3.

3.5 Ethiske vurderinger

Forskning som angår mindreårige barn, og da særlig barn som er i en sårbar situasjon, har alltid etiske implikasjoner (Dalland, 2017, s. 241). De fleste artiklene vi har inkludert har mottatt en etisk tillatelse eller godkjenning. Studiene har da innhentet samtykke fra både barn og foreldre, de har fått både skriftlig og muntlig informasjon om hva studiet omhandler og at de kan trekke seg når som helst. Alle har vært anonymisert og de har fått tilbud om profesjonell hjelp hvis det var behov under intervju og spørsmål. Alle studiene var publisert i godkjente databaser og tidsskrifter, hvor det stilles krav til riktig etisk gjennomføring.

3.6 Analyse

I analysen av innholdet i artiklene har vi tatt utgangspunktet i et analysearbeid som kategoriserer litteratur i stedet for å presentere artiklene hver for seg. Etersom artiklene vi har funnet og inkludert tar for seg ulike synsvinklinger, mener vi at en struktur der man kategoriserer litteraturen passer best for vår oppgave. Den går ut på at man i trinn 1 blir godt kjent med artiklene for å få detaljert forståelse av dem, i trinn 2 identifiserer og plasserer man temaene og går gjennom hovedfunnene. I trinn 3 gransker man temaene og ser om det er likheter og forskjeller i materialet, før en i trinn 4 sammenfatter, tolker og diskuterer resultatet. Diskusjon av resultat i trinn 4 har vi valgt å ta med i diskusjonsdelen. Vi startet prosessen med å lese nøye gjennom en og en artikkel og satt dem inn i matriser hvor tema, hovedfunn og relevans for oppgaven ble notert. Videre fargekodet vi de ulike funnene for å lettere se om det var likheter til andre artikler. Hver for oss leste vi artiklene og gikk gjennom matrisen for å få en subjektiv tolkning, hvilket kan bidra til å styrke studien (Thidemann, 2015, s. 94).

Etter å ha lest artiklene kom vi frem til disse temaene: kommunikasjon, informasjon, helsepersonellens perspektiv, familiesamtale intervensjon og livskvalitet. Funnene i artiklene tar for seg ulikt perspektiv fra helsepersonell, barn og foreldre. Vi har ikke kategorisert funnene etter perspektiver, men velger heller å diskutere de ulike perspektivene under de ulike temaene. Kommunikasjon omhandler hvordan man kommuniserer, hvordan man ordlegger seg i forhold til alderen og hva man kommuniserer. Informasjon inkluderer hvor barna fikk informasjon fra, og hvilken informasjon og kunnskap barna hadde og ønsket mer av. Helsepersonell sitt perspektiv tar for seg hvordan helsepersonell opplever arbeidet med barn som pårørende. Familiesamtale intervensjon ser vi på som et kommunikasjonsrelatert tiltak som kan bidra til at barn lettere kommuniserer sine tanker, komme i kontakt med familier og kartlegge barnas behov. Hva familiesamtale intervensjon inneholder og hvordan det foregår vil komme frem i resultatdelen og vi vil diskutere det i diskusjonsdelen av oppgaven. Under livskvalitet inkluderer vi hvilke faktorer som påvirker barnas og hvordan helsepersonell kan bidra til å forbedre barnas velvære.

4 Resultat

Vi vil nå presentere funn fra de åtte inkluderte artiklene. Artiklene benytter seg av både kvalitativ og kvantitativ metode, samt metodetriangulering og belyser ulike problemstillinger. Funnene blir presentert etter de overnevnte kategoriene.

4.1 Kommunikasjon

Flere av studiene beskriver viktigheten av kommunikasjon og åpenhet for å senke barnas bekymringer vedrørende sykdom til en forelder. Ved å ha åpen kommunikasjon og deling av informasjon vil det også føre til at barn føler seg inkludert, og det er dermed lettere å starte samtaler og vise følelser innad i familien (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Golsäter et al., 2021; Hauken et al., 2018; Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). Barn har også ønsker om å bli inkludert for å forsikre seg om at forelderen blir ordentlig tatt vare på (Golsäter et al., 2021; Semple & McCaughan, 2013). Eklund, Alvariza, et al. (2020) presiserer at man må ordlegge seg riktig i forhold til barnas alder, og at man må forsikre seg om at de har forstått hva som blir sagt. Oppstår det misforståelser kan det føre til frykt og angst som kan utvikle seg til psykiske problemer i en senere alder (Eklund, Kreicbergs, et al., 2020; Morris et al., 2016).

I Eklund, Kreicbergs, et al. (2020) sin studie belyser de at det er flere barn som ikke tørr å stille spørsmål vedrørende sykdommen, og Eklund, Alvariza et al. (2020) og Semple & McCaughan (2013) beskriver at barn åpner seg mer opp når det er mindre folk involvert i samtalen. Ved veiledning i samtalen som føres av en profesjonell aktør klarer barna å sette ord på tanker og følelser, og lærer ulike metoder og verktøy for å klare å håndtere disse følelsene og tankene (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Semple & McCaughan, 2013).

Eklund, Kreicbergs, et al. (2020) ser kommunikasjon fra et forelders perspektiv, og kommer frem til at mange foreldre synes det er vanskelig å kommunisere med barna. De trenger veiledning fra profesjonelle for å finne riktige ord og hvordan man skal ordlegge seg i samtale med barna. Flere studier belyser også at foreldre unnlater å snakke om kreftsykdom og død til barna da de ønsker å beskytte dem, og at de ikke får den veiledningen de trenger for å snakke med dem (Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013).

4.2 Informasjon

Alle forskningsartiklene vi har funnet viser at barn ønsker mer informasjon om forelderens sykdom. Flere av studiene viser at lite informasjon kan føre til frykt, bekymringer og egen fantasi hos barna (Eklund, Kreicbergs, et al., 2020; Golsäter et al., 2021; Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). Det var også flere av artiklene som viste at når barn fikk lite informasjon om sykdommen, kunne de tro at de hadde forårsaket kreften hos forelderen og at de selv kunne få det på lik linje som en smittsom forkjølelse (Golsäter et al., 2021; Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). Kommunikasjon og informasjon er ofte sparsomt når en forelder får en livstruende sykdom (Eklund, Kreicbergs, et al., 2020), og Hauken et al. (2018) skriver at åpenhet i familien med tanke på informasjon og kommunikasjon om sykdommen påvirker barnas tilpasning til kreftsykdommen. Informasjonen må gis etter barnas ønske og behov ut ifra situasjonen deres (Golsäter et al., 2021; Morris et al., 2016). Golsäter et al. (2021) begrunner at barna i studien trenger informasjon og kunnskap om forelderens situasjon, og at informasjonen de får helst skal komme fra samme person. Spesielt om det er helsepersonell fra sykehuset viser det seg viktig at informasjonen kommer fra samme person som har innsyn og følger opp forelderen for at informasjonen skal oppleves som gyldig og god nok. Studien belyser også at barna har behov for informasjon om hvor de kan få hjelp videre hvis det trengs. Det er for lite informasjon om hvem de skal kontakte hvis de ønsker hjelp på skolen, hjemme eller i annen sosial setting, og det er vanskelig for barn å skille ut hva som er god informasjon og hva som er dårlig.

4.3 Helsepersonellets perspektiv

I artikkelen til Hauger et al. (2020) kommer det frem tre utfordringer helsepersonell har i møte med barn som pårørende: utilstrekkelighet, mangel på kompetanse og støtte fra ledelsen. Selv helsepersonell med lang arbeidserfaring med barn uttrykker mangel på kunnskap for å yte den profesjonelle hjelpen de er pålagt. Flere av studiene belyser mangel på ferdigheter blant helsepersonell når det gjelder alderstilpasset kommunikasjon og rådgivning med barn som pårørende (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Franklin et al., 2019; Golsäter et al., 2021; Hauger et al., 2020). I Golsäter et al. (2021) sin studie kommer det frem at barn i studien føler seg velkommen og inkludert av helsepersonell på sykehus når de får god og lærerik informasjon om sykdom og behandling, men at de også trenger veiledning fra helsepersonell når det gjelder å mestre skolesituasjon og det sosiale. Studien til Semple &

McCaughan (2013) og Golsäter et al. (2021) viser at det er mangelfull oppfølging fra helsepersonell vedrørende hjelpen videre for barna utenfor institusjon.

En annen barriere helsepersonell møter under arbeid med barn som pårørende er i møte med foreldrene. Frykt for å si noe feil som kan forverre situasjonen til barnet og skape stress og konflikt i familien er faktorer som trekkes frem. Det påpekes også at barn ikke alltid er synlig eller tilstedeværende når en forelder får kreft, hvilket kan føre til at de blir oversett og passerer gjennom hele helsesystemet uten å få den støtten de trenger (Franklin et al., 2019). Eklund, Kreicbergs, et al. (2020) belyser også at helsepersonell må ta hensyn til foreldrenes ønsker om hvor mye informasjon barnet skal få, som kan være begrensende i møte med barn som pårørende. Studien til Franklin et al. (2019) trekker frem egne følelser hos helsepersonell som kan hindre i å være rasjonell i møte med barn. Flere av studiene belyser at barn viser mer tillit til helsepersonell når de blir møtt i barnevennlige omgivelser, og når helsepersonellet viser empati, åpenhet og gir den informasjonen barnet ønsker (Franklin et al., 2019; Golsäter et al., 2021; Hauger et al., 2020).

4.4 Familiesamtale intervensjon

Flere av studiene belyser at en familiesamtale intervensjon har vært positiv for både barn og familier som er rammet av kreftsykdom i familien, og at intervensjoner er et godt verktøy for å kartlegge barnas behov (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Golsäter et al., 2021; Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013).

I studien til Semple & McCaughan (2013) er intervensjonen en psykososial tilnærming med barn hvor tegning og lek blir brukt for å lære barna om kreftsykdommen og følelser rundt den. Eklund, Alvariza, et al. (2020) bruker en mer systematisk tilnærming hvor de gjennomgår 6 trinn med mål om å øke kunnskap og gi informasjon om kreftsykdommen. De andre artiklene diskuterer en form for intervensjon hvor de inkluderer hele familien og en-til-en samtale med barna (Franklin et al., 2019; Golsäter et al., 2021). Studiene vi har sett på viser at utfallet av intervensjoner fører til redusert frykt og bekymring hos barna, bedre kommunikasjon innad i familien og at det blir lettere for barna å starte samtale med søsken eller foreldre (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Franklin et al., 2019; Golsäter et al., 2021; Hauken et al., 2018). Artiklene presiserer også viktigheten av alderstilpasset kommunikasjon

og informasjon i intervensjonene. Barna i studiene rapporterer at en slik intervensjon ledet av profesjonelle hjelper dem å tenke positivt, identifisere ressurser samt viktigheten av å opprettholde et sosialt og normalt liv med venner og aktiviteter utenom familien (Eklund, Alvariza, et al., 2020). Hauken et al. (2018) presiserer at for å kartlegge et barns velvære må man identifisere barnas behov, og ikke bare hva de mangler, men også hvilke ressurser de har. I studien til Semple & McCaughan (2013) og Eklund, Alvariza, et al. (2020) er det fokus på å kartlegge følelser og behov, hjelpe barna med å normalisere de vanskelige følelsene samtidig som de informerer og hjelper til mestring. I studien til Eklund, Alvariza, et al. (2020) gir de også veiledning for hvordan barn kan søke, finne støtte og hjelp videre ut til skoler og annen profesjonell hjelp.

4.5 Livskvalitet

Samtlige artikler presiserer viktigheten av å kartlegge barnas behov (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Franklin et al., 2019; Golsäter et al., 2021; Hauken et al., 2018). Hauken et al. (2018) fokuserer på helsereelatert livskvalitet når et barn får en kreftsyk forelder, og viktigheten av å ha et flerdimensjonalt fokus på barna som kan gi helsepersonell kunnskap om barnas situasjon. Helsereelatert livskvalitet er et vidt begrep og beskrives som en individuell evaluering av hans/hennes egen oppfatning av velvære (Hauken et al., 2018). Morris et al. (2016) presiserer også viktigheten av å få forståelse av barns velvære for å kunne gi best mulig støtte til dem. Studien viser at flere barn med kreftsyk forelder lider av stress som kan føre til depresjon, humørsvingninger og aggresjon. Barna i studien har høyere nivå av angst og nedsatt selvtillit, der selvtillit er knyttet til dårlig tilpasning til kreftsykdommen. Studien belyser mulige langsiktige konsekvenser av å ha en kreftsykforelder, og konkluderer med at barn kan få søvnproblemer og tvangsmessig atferd, så vel som psykologiske problemer med angst og depresjon.

Barnas opplevelse av stress og nedsatt livskvalitet samstemmer med når foreldre får behandling og ved store endringer i de daglige rutinene. Bieffekter av kreftbehandlingen som for eksempel hårtap viser også å ha en negativ effekt på stressnivået til barna i studiene (Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). Hauken et al. (2018) viser til resultater der mesteparten av barna skårer generelt lavere på helsereelatert livskvalitet, fysisk velvære, selvtillit og skole. Nesten halvparten av barna i studien skårer lavere enn ønsket når det

gjelder påvirkning av sykdommen, noe som indikerer at barn blir påvirket i en negativ retning når en forelder blir kreftsyk. Studien konkluderer med at fokus på barnas helserelaterte livskvalitet kan gi bedre indikasjon på deres utfordringer, så vel som ressurser. Artikkelen belyser at et flerdimensjonalt perspektiv på barna kan gi viktig informasjon til å finne gode tiltak som kan fremme livskvalitet og helseutvikling.

5 Diskusjon

5.1 Kommunikasjon og informasjon mellom barn og helsepersonell

Når barn blir pårørende er det mange faktorer i hverdagen som endrer seg som følge av at mor eller far blir syk, og behovet for informasjon om situasjonen øker (Hauger et al., 2020). Som helsepersonell skal en bidra til at barn som pårørende blir ivaretatt utfra den enkeltes behov for informasjon og oppfølging (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Mange barn trenger tidlig inkludering og informasjon av profesjonelle helsearbeidere (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Eklund, Kreicbergs, et al., 2020; Golsäter et al., 2021; Morris et al., 2016). Flere barn har gitt uttrykk for en positiv opplevelse av møte med helsepersonell på sykehus, der de føler seg velkommen, inkludert og får informasjon om både sykdom og behandling. For at barn skal få utbytte av informasjonen er det viktig at helsepersonell tilpasser den etter barnas behov og ønske. Flere barn gir uttrykk for at deres situasjon er forskjellig fra andres, og at helsepersonell må ta hensyn til dette når en tilnærmer seg barnet (Golsäter et al., 2021). Som sykepleier må en likevel være bevisst på ansvar og begrensninger. Selv om en forelder er syk, er det fortsatt foreldrene som har ansvar for barnet og bestemmer hvor mye informasjon det skal få (Heyn, 2015, s. 382–384). En bør derfor informere foreldre om viktigheten av at barn får den informasjonen de har behov for, og sørge for at dette blir fulgt opp (Hauken et al., 2018).

Mange barn opplever bekymringer og angst når en forelder blir syk. Informasjon og kommunikasjon rundt sykdommen kan bidra til å senke slike bekymringer (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Golsäter et al., 2021; Hauken et al., 2018; Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). Barna står plutselig i en ny situasjon og trenger at helsepersonell repeterer informasjonen slik at det forstår hva som blir sagt. De trenger også hjelp til å sortere ut hva som er viktig og hvor de kan finne mer informasjon (Golsäter et al., 2021).

Selv om dette er et viktig moment for barnas velvære, opplever likevel helsepersonell at de ikke strekker til og at de ikke har kompetanse til å utføre arbeidet godt nok (Franklin et al., 2019; Hauger et al., 2020). Formålet med å gi informasjonen til barna er å virkelighetsorientere dem, og det har vist seg at barn setter pris på å få slik informasjon (Eklund, Kreicbergs, et al., 2020; Semple & McCaughan, 2013). Når man skal gi slik informasjon er det viktig å bruke ord som blir forstått av barn, slik at det ikke blir rom for egen tolkning og fantasier hos dem (Golsäter et al., 2021; Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). For barna er det ikke nødvendigvis ordene som er skremmende, men de voksnes følelser og reaksjoner. Det er derfor viktig å ufarliggjøre det å snakke om følelser, og heller få dem til å forstå at følelser er en naturlig reaksjon i en vanskelig situasjon (Bergem, 2018, s. 115). Barna i studien til Golsäter et al. (2021) har et ønske om veiledning når de besøker kreftsyke foreldre på institusjon. De ønsker informasjon om behandling og hva som foregår underveis for å vite at forelderen blir godt ivaretatt. Det blir også trukket frem at barn merker når helsepersonell ikke er ordentlig orientert om forelderens behandling og sykdomshistorikk, noe som gjør at de føler seg usikre og redd for å møte ukjent helsepersonell. Barna viser derimot tillit og takknemmelighet til helsepersonell som kjenner til både pasient, barn og sykdomsforløpet. I Eklund, Kreicbergs, et al. (2020) sin studie kommer det frem at det er flere barn som ikke tørr å stille spørsmål vedrørende sykdommen, men at dette er lettere når et kjent helsepersonell møter familien. Når barnet blir kjent med helsepersonellet, kan det skape tillit som gjør at det snakker mer åpent og tør å stille spørsmål. Selv om helsepersonell har et stort ønske om å gi familiefokusert omsorg, møter de likevel på barrierer og utfordringer i kommunikasjon med barn. Helsepersonell rapporterer at barn ikke alltid er synlig og det blir vanskelig å nå frem til dem. Dette kan bunne i at enkelte foreldre benekter alvoret av kreftsykdommen og dermed ikke ønsker at helsepersonell skal snakke med barna. Noen barn ønsker heller ikke å være med på institusjoner, mens andre barn distanserer seg når helsepersonell kommer på hjembesøk (Franklin et al., 2019). I andre tilfeller prøver foreldre å beskytte barna sine ved å ikke fortelle om sykdom og behandling. Alt dette er tilfeller som kan gjøre situasjonen verre for barna da de likevel merket forandringer i hjemmet (Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013).

Barn er utfra lovbestemmelsene definert som barn som pårørende frem til de er 18 år (Bergem, 2018, s. 18), og det er dermed en bred aldersgruppe. Når en skal kommunisere med barn i vanskelige situasjoner er en viktig forutsetning å vite noe om barnas utvikling da barn i ulik alder har ulike forutsetninger (Ruud, 2011, s. 65). Piaget forklarer utviklingen av barnets kognitive evner som noe som endrer seg, og hvordan en forstår virkeligheten er noe som utvikles med alderen (Gustin, 2016, s. 151). For at barnet best mulig skal forstå hva som blir sagt har de behov for at kommunikasjonen er tilpasset nærmest mulig deres virkelighet (Gustin, 2016, s. 154) og at informasjonen er alderstilpasset (Eklund, Alvariza, et al., 2020). Når en kommuniserer med barn er det derfor viktig å tenke på å ordlegge seg på en slik måte at de forstår hva som blir sagt (Golsäter et al., 2021; Semple & McCaughan, 2013). Ved for lite informasjon kan barn gjøre seg opp egne meninger og fantasier om situasjonen, som kan virke mye skumlere enn det faktisk er. Flere barn rapporterer at de har en fantasi om hva kreft er, og mange er redd for at de selv kan få det, eller at de har forårsaket at forelderen har fått det. Dette blir særlig forsterket når foreldre får behandling og bieffekter som kvalme og hårtap (Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). Til tross for viktigheten av alderstilpasset informasjon, opplever helsepersonell utfordringer i møte med barn som pårørende. Helsepersonell har et sterkt ønske om å støtte og bygge gode relasjoner med barna, men de har mangel på kompetanse på området, spesielt når det angår alderstilpasset kommunikasjon med barna (Franklin et al., 2019; Hauger et al., 2020). Dette skaper en barriere for helsepersonell som forhindrer dem i å involvere seg med barna fordi de er redd for å si noe feil, eller gjøre situasjonen verre for barna ved å øke stress og konflikt i familien (Franklin et al., 2019). I studien til Hauger et al. (2020) trekkes det frem at arbeidet rundt barn som pårørende ikke blir tilstrekkelig ivaretatt på grunn av mangel på kompetanse, lite fokus på barn som pårørende og for lite støtte av ledelsen. I Franklin et al. (2019) sin studie trekker de frem utfordringer der helsepersonell sine egne følelser kommer i veien i møte med barn som pårørende. Begge studiene har enighet om at det trengs mer konkret opplæring i hvordan man skal møte og kommunisere med barn, men også at de ønsker støtte fra ledelse og organisasjon, og rom for å håndtere egne følelser i møte med barn og familier.

5.2 Familieintervensjoner

Ved alvorlig sykdom kan det være en langvarig krisesituasjon i familien. Foreldrenes kapasitet, mestring av sykdommen samt organisering av hverdagslivet kan påvirke barnets opplevelse av situasjonen (Bergem, 2018, s. 111). Mange foreldre synes det er vanskelig å vite hvordan og når de skal snakke med barna om sykdommen og uttrykker behov for veiledning fra helsepersonell for å vite hvordan de skal ordlegge seg i samtale med barna (Eklund, Kreicbergs, et al., 2020). Likevel opplever flere foreldre at de ikke får den støtten og hjelpen de trenger (Eklund, Kreicbergs, et al., 2020; Franklin et al., 2019). Helsepersonell oppgir ofte et stort ønske om å hjelpe og støtte, men møter utfordringer ved utførelse (Franklin et al., 2019; Hauger et al., 2020). Helsepersonell sitt arbeid og ressurser blir påvirket av systemet de arbeider i, grunnleggende læring i utdanning, praktiske verktøy og regler som går negativt utover pasienter og deres behov (Franklin et al., 2019).

Franklin et al. (2019) belyser at den friske forelder har stort fokus på den kreftsyke forelder og kan dermed glemme barnas behov. Flere av studiene trekker frem familieintervensjon som et positivt tiltak for barn og foreldre (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Golsäter et al., 2021; Semple & McCaughan, 2013). En slik intervensjon kan ta for seg å øke kunnskap om sykdommen til barn, sette fokus på kommunikasjon innad i familien og finne støtte til barn videre (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Semple & McCaughan, 2013). Det at barnet får samtale med noen som ikke er involvert i selve behandlingen av den kreftsyke har vist seg å være positivt (Golsäter et al., 2021).

Barn som deltar på intervensjon opplever at det er et trygt sted hvor de kan sette ord på tanker og følelser, og hvor de lærer seg teknikker og verktøy for å håndtere komplekse følelser som sinne og frykt (Semple & McCaughan, 2013). De får også hjelp til å identifisere egne ressurser og opprettholde aktiviteter utenfor familien som venner og lek. Dette bidrar til å fokusere på positive faktorer som gir energi og styrke til å fortsette hverdagen i en ellers vanskelig tid (Eklund, Alvariza, et al., 2020). Etter deltakelse i intervensjon opplever barn også at kommunikasjonen innad i familien forbedrer seg ved at det er lettere for barna å starte samtale med foreldrene. Helsepersonell har også en oppgave med å dekke barnas behov, men det er ikke alltid like lett å identifisere behovene. I en familiesamtale intervensjon kommer det frem at det blir enklere og mer tydelig å se barnas behov, da de får mulighet til å åpne seg mer opp og snakke fortrolig i en-til-en samtale. Dette gjør det lettere

for helsepersonell å møte behovene og gi barna den hjelpen de trenger, som for eksempel ønske om å prate med helsesøster på skolen eller ha telefonen tilgjengelig på skolen (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Semple & McCaughan, 2013).

5.3 Livskvalitet og kommunikasjon

Barn av kreftsyke foreldre har høyere risiko for å utvikle problemer enn barn generelt (Bergem, 2018, s. 111), og Haugland et al. (2012, s. 45) trekker særlig frem risiko for angst, depresjon og sosiale tilpasninger. Hauken et al. (2018) viser at barn som pårørende skårer lavere på helserelatert livskvalitet, fysisk velvære og i skolesituasjon. Det er mest belastende for barna når det er endring i sykdomsforløpet hvor kreft går over til uhelbredelig eller forverring (Bergem, 2018, s. 111). Studien til Morris et al. (2016) viser at barns stressnivå har en sammenheng med alvorlighetsgraden av sykdommen. Hauken et al., (2018) fant derimot ingen sammenheng mellom grad av angst og alvorlighetsgrad av sykdommen. Barn kan bli påvirket i en negativ retning når forelderens gjennomgår kreftbehandling. Det er de fysiske elementene ved behandlingen som for eksempel hårtap, kvalme og utmattelse som gjør at barn får økt stressnivå og angst (Morris et al., 2016). Semple & McCaughan (2013) viser også at endring i oppførsel hos forelder med kreft påvirker barna. Det er spesielt humørsvingninger der forelderens blir trist, trøtt og amper som følge av behandlingen som trekkes frem. Kommunikasjon har betydning for hvordan barn mestrer situasjonen som dermed fører til redusert stressnivå, og når foreldre deler informasjon med barn, skaper det tillit og barnet føler seg mer inkludert.

Folkehelseinstituttet trekker frem familierelasjoner og autonomi som nøkkelfaktorer for barnas livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2019a). I følge flere av studiene diskutert i denne oppgaven er dette også gjeldende når barn er pårørende. At barn har den muligheten til å velge hvilken informasjon de skal få, og hvor mye de skal være delaktig i behandling har vist seg å redusere angstnivået til barna (Golsäter et al., 2021; Morris et al., 2016; Semple & McCaughan, 2013). Det er viktig at barna får velge selv hvor mye de skal involvere seg, da studien til Golsäter et al. (2021) viser at noen barn føler seg tvungen til å delta ved å for eksempel besøke sykehus uten at de egentlig ønsker eller har behov for det. Men vel så viktig for barnas livskvalitet er familierelasjoner (Hauken et al., 2018; Morris et al., 2016). Det viser seg at når barn får for lite informasjon og ved dårlig kommunikasjon med foreldre

fordi de ønsker å opprettholde normaliteten i familien, kan det føre til dårlig mental helse hos barna (Morris et al., 2016).

Ruud (2011, s. 65) beskriver at barnas alder spiller inn på hvordan de oppfatter og tenker rundt hendelser i livet, noe studiene til Hauken et al. (2018) og Morris et al. (2016) støtter opp under. Barnas alder og modenhet påvirker hvordan de reagerer på og opplever en kreftsyk forelder (Hauken et al., 2018). Generelt er det de yngre barna som blir mest påvirket av foreldrenes sykdom. Dette fordi det blir store endringer i deres hverdag, eksempelvis ved at det blir mindre tid til sosiale aktiviteter eller andre enn foreldre må kjøre dem på skolen (Hauken et al., 2018; Semple & McCaughan, 2013). Ungdommer i alder 12-18 år opplever psykologiske utfordringer som emosjonelle problemer og depresjon hvilket reduserte livskvaliteten deres, mens yngre barn i alder 4 – 12 opplevde problemer som endring i humør, atferdsproblemer og angst (Morris et al., 2016).

Barnas angst og bekymring blir redusert under samtale med helsepersonell. De føler trygghet i intervensjoner med en-til-en samtale, hvor de tørr å stille de spørsmålene de ellers ikke ville stilt (Eklund, Alvariza, et al., 2020; Eklund, Kreicbergs, et al., 2020; Semple & McCaughan, 2013). I traumatiske situasjoner hvor følelser og tanker blir forsterket har kommunikasjon, både verbalt og ikke-verbalt vist seg å være nøkkelfaktorer for å mestre situasjonen (Eklund, Kreicbergs, et al., 2020). Barna i studien til Morris et al. (2016) får veiledning til ulike mestringsstrategier under intervensjonssamtaler, og blant de mest brukte er distrahering, ønskefull tenkning, være med å hjelpe foreldre og få støtte utenfra.

Barna som skårer lavere på følelsesmessig velvære har foreldre som har eller går gjennom kreftbehandling og lever med alvorlig sykdom. Det er derfor viktig at barna får tilbud om støtte for å takle situasjonen. Slike tilbud kan omhandle hvordan man praktisk skal håndtere hverdagen, informasjon og kommunikasjon, sosial nettverksstøtte og hvordan tilrettelegge for skolesituasjonen. Ved å fokusere på livskvalitet kan helsepersonell lettere kartlegge barnas utfordringer og ressurser for å fange opp hva barnet trenger som igjen kan fremme livskvaliteten til barnet (Hauken et al., 2018).

6 Konklusjon og implikasjon for praksis

Hensikten med oppgaven har vært å se på hvordan kommunikasjon med helsepersonell kan påvirke livskvaliteten til barn som pårørende til en kreftsyk forelder. Det viser seg at barna har et stort behov for informasjon og tidlig inkludering når en forelder blir kreftsyk. God kommunikasjon og relasjon med helsepersonell kan bidra til å redusere bekymring og angst. Ut fra vår litteraturstudie ser vi at barn som pårørende trenger alderstilpasset informasjon for at de skal forstå best mulig. De setter pris på å lære om sykdom og behandling, men det anbefales at hvert enkelt barn får bestemme selv hvor mye de skal inkluderes. Flere av artiklene viser at barn som pårørende har nytte av familiesamtale intervensjon, hvor de lærer mer om kreftsykdom, får nødvendig støtte og lærer ulike teknikker for å håndtere tanker og følelser samt opprettholde en mest mulig normal hverdag. I møte med barn som pårørende er det hensiktsmessig å fokusere på den enkeltes behov og ressurser, og veiledning for hvordan barnet kan håndtere hverdagen best mulig. Det anbefales også å sørge for at barnet får oppfølging i hverdagen med støtte og veiledning i tråd med hvert enkelt barns behov.

Helsepersonell på sin side uttrykker et sterkt ønske om å hjelpe barn som pårørende, men møter utfordringer i praksis. Mangel på kompetanse, støtte fra ledelsen og frykt for å si noe feil er faktorer som har blitt trukket frem i artiklene vi har brukt. Slike barrierer har hindret helsepersonell i å fange opp barnas behov. I praksis ser man et behov for felles opplæring og kursing for at helsepersonell skal bli tryggere i møte med barn som pårørende til kreftpasienter. For å tette kompetansegapet er det hensiktsmessig å se på og eventuelt endre rutiner og retningslinjer på avdelinger for å øke kvaliteten i arbeidet med barn som pårørende.

7 Litteraturliste

Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal.

Bowling, A. (2005). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (3. utg.). Open Univ. Press.

Bugge, K. E. (2001). Hvordan støtte familier i sorg? I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (s. 87–107). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Eklund, R., Alvariza, A., Kreichbergs, U., Jalmsell, L. & Lövgren, M. (2020). The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care – potential effects from minor children’s perspectives. *BMC Palliative Care*, 19(50), Artikkel 50. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00551-y>

Eklund, R., Kreichbergs, U., Alvariza, A. & Lövgren, M. (2020). Children’s Self-Reports About Illness-Related Information and Family Communication When a Parent Has a Life-Threatening Illness. *Journal of Family Nursing*, 26(2), 102–110. <https://doi.org/10.1177/1074840719898192>

Folkehelseinstituttet. (2019a, 20. september). *Hva betyr livskvalitet og trivsel for barn og unges psykiske og fysiske helse?* Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/fakta-om-livskvalitet-og-trivsel-ho/>

- Folkehelseinstituttet. (2019b, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*.
Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Franklin, P., Arber, A., Reed, L. & Ream, E. (2019). Health and social care professionals' experiences of supporting parents and their dependent children during, and following, the death of a parent: A qualitative review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 33(1), 49–65. <https://doi.org/10.1177/0269216318803494>
- Golsäter, M., Knutsson, S. & Enskär, K. (2021). Children's experiences of information, advice and support from healthcare professionals when their parent has a cancer disease—Experiences from an oncological outpatient department. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101893>
- Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.
- Hauger, B., Wiker, M. & Hamnes, B. (2020). Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende. *Nordisk sygeplejeforskning*, 10(4), 266–279.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-04-05>
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Abstrakt forlag AS.
- Hauken, M. A., Senneseth, M., Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2018). Anxiety and the Quality of Life of Children Living With Parental Cancer. *Cancer Nursing*, 41(1), 20–27.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000467>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 26. mai). *Satsingen på barn som pårørende i Norge*. Regjeringen.no; regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Satsingen-pa-barn-som-parorende-i-Norge/id761041/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 27. mars). *Meld. St. 19 (2014-2015)*
[Stortingsmelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helsedirektoratet. (2019, 28. januar). *Pårørendeveileder*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parende>

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

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Cappelen Damm akademisk.

Heyn, L. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13–31). Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen. (2021, 24. april). *Barn og ungdom som pårørende*. Kreftforeningen.
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/barn-og-ungdom/barn-og-ungdom-som-parende/>

Kreftregisteret. (2021, 18. mars). *Nøkkeltall om kreft*. Kreftregisteret.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Morris, J. N., Martini, A. & Preen, D. (2016). The well-being of children impacted by a parent with cancer: An integrative review. *Supportive Care in Cancer*, 24(7), 3235–3251.
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3214-2>

Mørch, W. T. (2021, 10. mai). Abraham Maslow. I *Store norske leksikon*.
http://snl.no/Abraham_Maslow

- Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* (IS-2727). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem>
- Nilsson, S. (2018). Kommunikasjon med barn. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 51–70). Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner* (1. utg.). Gyldendal akademisk.
- Semple, C. J. & McCaughan, E. (2013). Family life when a parent is diagnosed with cancer: Impact of a psychosocial intervention for young children. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 219–231. <https://doi.org/10.1111/ecc.12018>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2012, 1. mars). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema

P (patient/problem)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
Children, child, minor child, child as relative, children relatives, parental cancer, kinship, network, parental caregiving, parental illness, physical illness, health and social care professionals, healthcare providers,	Information, communication, children's need, cancer nursing, children's self-reports, palliative care, intervention, measures, support, guidance,		Childrens needs, follow-up, safety, well-being, quality of life, health related quality of life, knowledge, hope

8.2 Vedlegg 2: søkehistorikk

Database/dato	Søk	Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Avgrensning	Inkluderte artikler
Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 29.04.21	S1	Children as relatives	21 369	Full text Årstall 2015- 2018	Anxiety and the Quality of life of Children Living With Parental Cancer
	S2	Parental Cancer	1814		
	S3	Anxiety	418 987		
	S4	Children + parental cancer + anxiety	338		

	S5	Children + parental cancer + anxiety + health related quality of life	103		
Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 19.05.21	S1 S2 S3	Children + parental cancer Family life + children + parental cancer Family life + children + parental cancer	785 297 256	Full text Årstall 2011-2021	Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of psychological intervention for young children
Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 29.04.21	S1 S2 S3	Palliative care + children Palliative care + children + communication Palliative care + children + communication + information needs	18 306 5581 784	Full text Årstall 2015-2021	Children's self-reports about illness-related information and family communication when a parent has a life-threatening illness

Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 29.04.21	S1	Childrens as relatives + nurses	2209	Full text Årstall 2015-2021	Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende
	S2	Childrens as relatives + nurses + cancer patiens	246		
Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 19.05.21	S1	Children + parental cancer	989	Full text Årstall 2015-2021	The well-being of children impacted by a parent with cancer: an integrative review
	S2	Children + parental cancer + well-being	291		
	S3	Children + parental cancer + well-being + distress	191		
Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 20.05.21	S1	Children as relatives + cancer	2 533	Full text Årstall 2015-2021	Children´s experiences of information, advice and support from healthcare professionals when their parent has a cancer disease – experiences from an oncological outpatient department
	S2	Children as relatives + cancer + parent	1 417		
	S3	Children as relatives + cancer + parent + information	1 123		
	S4	Children as relatives + cancer + parent + healthcare	859		

Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 29.04.21	S1	Health and social care professionals	5467	Full text Årstall 2015-2021	Health and social care professionals' experiences of supporting parents and their dependent children during, and following, the death of a parent: A qualitative review and thematic synthesis
	S2	Health and social care professionals + children	2120		
	S3	Health and social care professionals + children + parents	1030		
	S4	Health and social care professionals + children + parents + relations	675		
Academic search elite, Cinahl with fulltext, Cinahl, Medline. 29.04.21	S1	Children as relatives	21 372	Full text Årstall 2015-2021	The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliativ care – potential effects from minor children's perspectives
	S2	Children as relatives + families	12 095		
	S3	Children as relatives + families + children self report	459		
	S4	Children as relatives + families + children self report + palliativ care	5		

8.3 Vedlegg 3: artikler

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Maty Aasebø Hauken, Mette Senneseth, Atle Dyregrov, Kari Dyregrov	«Anxiety and the Quality of life of children living with parental Cancer” (2018)	Cancer Nursing	Hensikten med studien var å undersøke den helserelaterte livskvaliteten til barn som lever med en kreftsyk forelder og forholdet mellom angst og helserelatert livskvalitet blant de barna.	En kvalitativ studie der 35 barn mellom 8 og 18 år med en kreftsyk forelder var med. De ble spurt spørsmål om helserelatert livskvalitet og angst. De ble også målt opp mot en kontrollgruppe av barn mellom 8- 16 år uten kreftsyk forelder.	Barn som har en kreftsyk forelder skårer høyere på angst og lavere på helserelatert livskvalitet enn kontrollgruppen. Barnas fysiske, emosjonelle, og skolerelaterte velvære viste seg å være betydelig hemmet. Barnas angst hadde en negativ virkning på deres helserelaterte livskvalitet, uavhengig av kjønn og alder. Et perspektiv på helserelatert livskvalitet vil gi både foreldre og helsepersonell verdifull informasjon og indikasjoner på områder som er viktig for barna.
2	Marie Golsäter, Susanne Knutsson, Karin Enskär	“Children’s experiences of information, advice and support from healthcare professionals when their parent has a cancer disease – experiences from an oncological outpatient department” (2020)	European Journal of Oncology Nursing	Hensikten med studien var å evaluere barnas opplevelse etter å ha deltatt i en pilotstudie av klinisk intervensjon kalt «See mee», som tok sikte på å støtte barn som pårørende.	En kvalitativ, utforskende metode med barn i alder 7-18 år, hvor intervju ble brukt	Resultatene viser at pilotstudien som bygger på en samtale intervensjon som ble kalt «See mee» kan bli brukt som et start punkt for å forsikre at barn får den informasjonen, råd og støtte i samråd med loven og slik at det blir praktisk mulig ute i feltet. Det ble oppdaget at det trengs mer kompetanse og kunnskap for at helsepersonell skal kunne møte barn som pårørende og tilby omsorg til

						dem og pasienten. Det ble oppdaget at barn gikk gjennom systemet uten å faktisk få den hjelpen de trengte.
3	Rakel Eklund, Ulrika Kreicbergs, Anette Alvariza, Malin Lövgren	“Children’s self-reports about illness-related information and family communication when a parent has a life-threatening illness” (2020)	Journal of Family Nursing	Hensikten med studien var å se hvor barn fikk informasjonen fra når en forelder ble kritisk syk, hvor mye informasjon de fikk, og hvorvidt de følte de kunne kommunisere med familien og andre under sykdomsforløpet.	En kvalitativ studie med baselineundersøkellesdata fra en pågående intervensjonsstudie. 48 barn i alder 6-19 år som levde med en kreftsyk forelder ble tilsendt spørsmål angående informasjon og kommunikasjon vedrørende deres foreldres sykdom. Helsepersonell var tilgjengelig for å hjelpe de familiene som hadde behov for det	Funnet i studien viser at det er mangel på kommunikasjon både innad og utad i familier når en forelder blir kritisk syk. Barna rapporterte at de ikke fikk nok informasjon, og mange opplevde at de ikke kunne snakke og vise følelser for noen i familien sin. Selv om det er lover og regelverk som regulerer at barn som pårørende skal bli ivarettatt, strekker det ikke til.
4	Birgit Hauger, Marit Wiker, Bente Hamnes	«Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende» (2020)	Nordisk sygeplejerforskning	Hensikten med studien er å utforske sykepleieres opplevelse med oppfølging av barn som pårørende av kreftpasienter i palliativ fase i sykehjem.	En kvalitativ deskriptiv studie med individuelle intervjuer av 15 sykepleiere mellom 29-64 år som hadde i gjennomsnitt 7 års erfaringer med barn som pårørende.	Funnet i studien førte til tre temaer som informantene opplevde i møte med barn som pårørende og omhandlet at de ikke strakk nok til, både på tid og ressurser, ønske om mer kompetanse og at de opplevde lite støtte fra ledelsen. Sykepleierne ønsket å gjøre en god jobb, og vil ha mer fokus og felles rutiner på hvordan de skal møte, ivareta og følge opp barn som pårørende.

5	Julia N. Morris, Angelita Martini, David Preen	“The well-being of children impacted by a parent with cancer: an integrative review” (2016)	Support Care Cancer	Hensikten med studien var å se hvordan barn sin trivsel blir påvirket når en forelder rammes av kreft.	En litteraturstudie som gjennomgikk fagfellevurderte vitenskapelig litteratur, hvor barn i alder 0-18 år deltok.	Av de vurderte studiene viste det at barn og foreldre var tydelig påvirket av kreftsykdommen. Foreldre undervurderer barnas fysiske og psykiske belastning av kreft og kapasiteten de har til å ta vare på barnas sine behov. Studien viser også at det er et behov for flere familiebasert støtteprogrammer, og at det dermed bør legges mer vekt på opplæring og trening i praksis.
6	Penny Franklin, Anne Arber, Liz Reed, Emma Ream	“Health and social care professionals ‘ experiences of supporting parents and their dependent children during, and following, the death of a parent: A qualitative review and thematic synthesis” (2019)	Palliative Medicine	Hensikten med studien var å systematisk identifisere og analysere litteratur som har forsket på hvordan helsepersonell opplever å støtte familier under behandling og når døden inntreffer.	En systematisk kon litteraturstudie basert på tidligere forskning. En konstruert kvalitativ gjennomgang og tematiske fremstillinger, hvor 15 av 15 758 artikler var aktuell. Inklusjons- og eksklusjonskriteri er ble brukt, og begrenset årstall fra 1990-2018	Helsepersonell sliter med å møte familien på det emosjonelle nivået når de skal forberede og støtte barna når en forelder er livstruende syk. Bevissthet og kunnskap om helsepersonellens behov for å yte god støtte til familier vil muliggjøre bedring på det feltet.
7	Rakel Eklund, Anette Alvariza, Ulrika Kreicbergs, Li Jamsell, Malin Lövgren	«The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care – potential effects from minor children’s	BMC Palliative Care	Hensikten med studien var å se potensielle effekter av en familie samtale intervensjon fra et mindreårig barns perspektiv, der en av forelderens får palliativ behandling i spesialhelsetjenesten	Studiet er en metodetrianglering ved bruk av kvantitativ og kvalitativ metode med spørreskjema og intervju av 34 barn hvor 23 barn svarte på spørreskjema og 22 intervjuet etter deltagelsen	Funnet i studien viste at barn sin kunnskap om forelderens sykdom økte. En familie samtale intervensjon hjalp dem med å håndtere skolerelaterte problemer, få profesjonell rådgiving og finne styrke til å

		perspectives " (2020)				opprettholde det daglige livet. Samtalen med foreldrene etter en familie samtale intervensjon ble lettere blant barn i 8-12 års alderen, derav tenåringer ikke merket noe forskjell. Barna rapporterte også at de var mer forberedt på fremtiden og at de fikk bruk for rådene om hvordan opprettholde dagliglivet og unngå konflikter med familien.
8	Semple C.J, E. McCaughan	"Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychosocial intervention for young children" 2012	European Journal of Cancer Care	Hensikten med studien er å se på familiers opplevelse og erfaringer av å ha en kreftsyk forelder, og virkningen av en psykososial intervensjon for små barn med en kreftsyk forelder.	Studien har brukt et deskriptivt kvalitativt design, hvor barn i alder 5-12 år deltok.	Studien viser at foreldrekreft er utfordrende for hele familien og kan føre til fysiske, psykiske og sosiale utfordringer, som senere kan utvikle seg til atferdsproblemer og utfordringer innad i familie relasjoner. Helsepersonell må bevisst på at foreldre ønsker støtte underveis i sykdomsforløpet når de har barn som pårørende. Intervensjonene var utelukkende en positiv opplevelse for barna da de lærte mer om kreftsykdommen, de fikk den støtten de trengte og lærte teknikker fr å håndtere negative følelser.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Aud Berit Fossøy		

Deltaker

Kandidatnr.:	204
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7840
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei