



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Barn som pårørende

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Avdeling for helsefag

Juni 2017

7036 ord

Ingrid Holsen

Sissel Hjelle Øygaard

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Samandrag

Tittel: Barn som pårørende.

Bakgrunn for val av tema: Pårørende er eit viktig tema i sjukepleiarutdanninga, likevel er det lite fokus på korleis ein møter dei. Eiga erfaring viser at det ofte tek lang tid før det vert kartlagt om barn som pårørende vert ivaretatt. Som sjukepleiar møter ein pårørende i alle arenaer, emnet vert difor belyst for å oppnå meir kunnskap på området.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar ivareta barn som pårørende til foreldre med kreft?

Framgangsmåte: Litteraturstudie basert på faglitteratur og forskning.

Summering av funn/konklusjon: Det kan vere ei utfordring å ivareta barn som pårørende. Ein ser likevel at sjukepleiaren har ein viktig funksjon når det gjeld å ivareta barn, og at foreldre er våre viktigaste samarbeidspartnarar. I tillegg kan det første møtet med barnet ha mykje å seie for vidare kommunikasjon. Det er samtidig viktig å hugse på at kvart barn er unikt, og at ein såleis ikkje kan gjere det same i kvar situasjon.

Barn, pårørende, kreft, informasjon, kommunikasjon

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Samfunnsperspektiv	1
1.2 Sjukepleieperspektiv	1
1.3 Bakgrunn for val av tema	1
1.3.1 Problemstilling og avgrensing	2
1.4 Definisjon av omgrep	2
1.4 Gangen i oppgåva	2
2.0 Metode	3
2.1 Søkeprosessen etter forskingsartiklar	3
2.2 Søkeprosessen etter anna faglitteratur	3
2.3 Utval av litteratur og kjeldekritikk	4
3.0 Teori	6
3.1 Å skape tillit	6
3.2.1 Joyce Travelbee og den mellommenneskelege prosess	7
3.2 Kommunikasjon og informasjon til barn	7
3.1.1 Samtale med barn	7
3.1.2 Hjelpemiddel i kommunikasjon med barn	8
4.0 Funn i forskning	9
4.1 Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft	9
4.2 Information and communication when a parent has advanced cancer	9
4.3 Barn og unge som pårørende ved kreft	10
4.4 Å treffe andre som virkelig forstår	10
5.0 Drøfting	11
5.1 Korleis sikre at informasjonsbehovet vert dekt?	11
5.2 Korleis møte barnet	13
5.3 Samtale med barnet	15
6.0 Konklusjon	17
Kjeldeliste	18

1.0 Innleiing

1.1 Samfunnsperspektiv

I Noreg lever mange barn med kreftsjukdom i nære relasjonar, og det er nesten 3500 nye barn som pårørande til foreldre med kreft kvart år (Værholm, u.å). I tillegg har fleire enn 34 000 barn og unge under 18 år ein forelder som har/har hatt kreft. På tross av at svært mange barn opplev at foreldre får ein alvorlig somatisk sjukdom, har det vore relativt lite fokus på å forstå og å hjelpe desse barna (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012, ss. 44-45). Dessutan viser forskning at barn vert sterkt berørt av foreldra sin sjukdom, og det konkluderast med at det er auka risiko for internaliserande problem som; angst, depresjon og sorgreaksjonar, samt sosiale tilpassingar og eksistensielle spørsmål. Vidare kan ein forelders kreftsjukdom medføre ein så belastande familiesituasjon at det utgjør ein risiko for barna si psykososiale helse også over tid.

1.2 Sjukepleieperspektiv

I lovendringa frå 01.01.2010 vart barn sin sjølvstendige rett styrka gjennom helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Lovendringa omfattar at ein skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sjukdom eller skade, kan ha som følgje av forelderen sin tilstand. I lova vert det også presisert at helsepersonell har som plikt å avklare om pasienten har mindreårige barn (Helsepersonelloven, 2013, § 10a). I spesialisthelsetjenesteloven (2013) § 3-7a er det beskrive at helseinstitusjonar omfatta av denne lova skal ha barneansvarlig personell. Dei har ansvar for å fremje og koordinere helsepersonell si oppfølging av mindreårige barn av pasientar som nemnt over.

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar beskriver det etiske fundamentet for all sjukepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011). Blant anna står det at sjukepleiaren har ansvar for ein sjukepleiepraksis som fremjar helse og førebyggjer sjukdom. Vidare står det også at ein skal vise respekt og omtanke for pårørande, og bidra til å ivareta retten til informasjon, samhandle med og behandle deira opplysningar fortruleg. Dessutan skal sjukepleiaren ivareta barn som pårørande sine særskilde behov. Likevel må ein innhente samtykke frå foreldra dersom ein vurderer det som nødvendig at barnet får vidare oppfølging (Helsedirektoratet, 2010).

1.3 Bakgrunn for val av tema

Erfaringsmessig er pårørande eit viktig emne i grunnutdanninga i sjukepleie, barn som pårørande er derimot lite vektlagt. Samtidig er det lite fokus på korleis ein som sjukepleiar skal møte dei pårørande. Forsking viser at sjukepleiarar opplev å ha for lite kunnskap om korleis foreldre sin

kreftsjukdom påverkar barna (Reinertsen, 2012). I tillegg viser eiga erfaring at barn som pårørande ofte vert forsømt, og at det tek lang tid før det vert kartlagt om barna er ivaretatt. Som sjukepleiar møter ein pårørande i alle sjukepleiefaglege arenaer, og med denne oppgåva vert emnet belyst.

1.3.1 Problemstilling og avgrensing

”Korleis kan sjukepleiarar ivareta barn som pårørande til foreldre med kreft?”

I denne bacheloroppgåva vert det tatt utgangspunkt i at ein som sjukepleiar møter barna i ei sjukehusavdeling der forelderen er innlagd. Forelderen sin kreftsjukdom og behandling vil ikkje verte nærare belyst, då barnet er i fokus. Noko av forskinga tek med ivaretaking av barna etter forelderens død, dette er ikkje med i oppgåva då fokuset er på barn med ein kreftsjuk forelder i sjukdomsprosessen. Barnets alder er avgrensa til 6-12 år på grunnlag av alderen til barna i forskinga, samt at yngre og eldre barn treng ulik tilnærming.

1.4 Definisjon av omgrep

Barn som pårørande er i helsepersonelloven (2013) § 10 a. definert som mindreårige barn av pasient med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sjukdom eller skade. Det skal likevel tolkast vidt og omfattar biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn (Helsedirektoratet, 2010).

Kommunikasjon definerast som ei utveksling av meningsfylte teikn mellom to eller fleire partar (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Informasjon definerast som opplysing eller underretting, og ein kan forstå det som hovudsakleg einvegs formidling av fakta eller opplysingar (Tveiten, 2013, s. 68).

1.4 Gangen i oppgåva

Oppgåva vil fortsette med ein presentasjon av metoden som er nytta, korleis relevant forskning og anna litteratur er funne, etterfulgt av kjeldekritikk. Deretter vert teori- og forskingsgrunnlaget for oppgåva presentert. Problemstillinga vert så drøfta i lys av teori og forskning frå oppgåva, samt vert eigne erfaringar trekt inn, før oppgåva sin konklusjon vert presentert til slutt.

2.0 Metode

Metode fortel oss noko om korleis ein bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, ss. 111, 228). Denne oppgåva er eit litteraturstudie, det vil sei at den baserer seg på allereie eksisterande kunnskap, der ein gjer greie for val av litteratur.

2.1 Søkeprosessen etter forskingsartiklar

Utan tilstrekkelege haldepunkt i data kan ein ikkje belyse problemstillinga godt nok (Dalland, 2012, s. 139). I følgje Dalland bør ein avgrense litteratursøka til forskning frå dei siste ti år, då kunnskap fort kan verte utdatert i fagområde som er i stadig utvikling (Dalland, 2012, ss. 72, 76). Det vert vidare vist til søkehistorikk. Det er berre vist til søk med funn av artiklar, då oppgåva ville fått for stort omfang dersom alle søka utan resultat skulle vore med. Søkemotorane Svemed+, Academic Search Elite (med søk i Cinahl og Medline), ORIA og Sykepleien Forskning er nytta. Ein del av søkemotorane gav ikkje resultat på grunnlag av oppgåvas avgrensingar og på grunn av artiklar med manglande tilgang til fulltekst.

Søket begynte med å google "Hvordan ivareta barn som pårørende", det kom då opp ein del bacheloroppgåver og nokre offentlege dokument. Nokre bacheloroppgåver vart nytta for å finne eventuell relevant forskning i desse, slik vart artikkelen "Information and communication when a parent has advanced cancer" (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) funnen.

Søk i tidsskriftet Sykepleien Forskning vart gjort for å finne eventuell norsk forskning, det vart søkt opp "barn og kreft" avgrensa som forskningsartikkel, der var 40 treff, alle titlane og to abstract vart lesne. Etter å ha lese abstracta vart begge desse artiklane med for vidare utval; "Å treffe andre som virkelig forstår" (Ensby, Dyregrov, & Landmark, 2008) og "Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft" (Larsen & Nortvedt, 2011).

I pensumboka "Barn som pårørende" (Haugland, et al., 2012), var det vist til ein artikkel som heiter "Barn og unge som pårørende ved kreft" (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Søk i ORIA gav ikkje resultat, deretter vart google nytta og artikkelen vart funnen på nettsida "krisepsyk.no".

2.2 Søkeprosessen etter anna faglitteratur

Heilt i starten av søkeprosessen vart det funne faglitteratur via andre bacheloroppgåver skrive om emnet, noko av dette vart valt med vidare. Søkemotoren ORIA på Høgskulen på Vestlandet sine heimesider er nytta, med søkeord som "barn som pårørende", "barn", "kommunikasjon", "informasjon", "pårørende", "kreft", og ulike kombinasjonar av desse. Det er også nytta litteratur frå biblioteket når det er gjort funn av relevant teori. Dersom det i bøker er referert til andre kjelder, er

primærlitteraturen søkt opp og nytta. I tillegg er det nytta relevant litteratur frå sjukepleiestudiets pensum.

2.3 Utval av litteratur og kjeldekritikk

I denne oppgåva er det nytta både pensumlitteratur, forskingsartiklar og sjølvvalt faglitteratur. Ved å stille seg kritisk til kjeldene ein nyttar, vurderer og karakteriserer ein litteraturen ein finn (Dalland, 2012, s. 72). For å kontrollere kvaliteten av forskingsartiklane er det nytta sjekklister for vurdering av forskingsartiklar (Kunnskapssenteret, 2017). Ved hjelp av desse sjekklisene kontrollerer ein formål, relevans og kvalitet på studien. Såleis er dei fire utvalde artiklane vurdert som relevante for å svare på problemstillinga, samt at dei er av god kvalitet.

Det er nytta to forskingsartiklar som kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode (Dyregrov & Dyregrov, 2011; Ensby, et al., 2008). Desse artiklane er relevante for oppgåva då dei kombinerer metodane, dei gjev eit innblikk i subjektive kjensler samtidig som dei viser tiltak. Metodane bidreg på kvar sin måte til ei betre forståing av situasjonen (Dalland, 2012, s. 112).

Artikkelen til Ensby et al. er frå 2008, dette er før nytt lovverk trødde i kraft. Ein kan anta at det ikkje var like stort fokus på å ivareta barn som pårørande ved ei kvar sjukehusavdeling på dette tidspunktet. I tillegg kan kunnskap fort verte utdatert innan fagfelt i stadig utvikling (Dalland, 2012, s. 76). Artikkelen er likevel tatt med då den tek for seg barna sine reaksjonar, og ein kan anta at dei er ganske like uavhengig av lovverk.

Ein systematisk oversiktsartikkel er nytta (Larsen & Nortvedt, 2011), slike artiklar skal summere og samanfatte resultat av alle relevante studiar (Dalland, 2012, s. 79). Det er derimot sekundærlitteratur og inneheld tolking av andre sitt arbeid. Likevel skal den vere tilnærma objektiv dersom den er korrekt gjennomført. I tillegg er systematiske oversiktsartiklar vekta høgare i S-pyramiden enn enkeltstudiar (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 45). Artikkelen er vurdert som relevant for å svare på problemstillinga, då den får fram ei summering av forskning innanfor feltet.

Kennedy og Lloyd Williams (2009) nyttar kvalitativ metode i sin forskingsartikkel. Sjølv om denne artikkelen er åtte år gammal, er den stadig relevant då den summerar godt kva behov barn har for informasjon. Dette behovet kan ein anta er omtrent det same for barn som opplever at ein forelder får kreft i dag. Artikkelen er på engelsk, noko som kan skape rom for feiltolking, men ved bruk av ordbøker, kan ein redusere risikoen for dette. I tillegg er denne artikkelen med i oversiktsartikkelen til Larsen og Nortvedt (2011). Den er likevel nytta, då den er primærkjelda, og ved å ta med denne

artikkelen får ein informasjonen utan tolking. I tillegg vurderast artikkelen som relevant for å svare på problemstillinga, då den skaffar innblikk i barna si subjektive meining.

Når faglitteratur er valt har primærkjelder i hovudsak vorte nytta, for å unngå tolking. Det er ikkje nytta litteratur eldre enn ti år, med unntak av Travelbee sin litteratur frå 2001, dette er ei omsetjing til norsk, men litteraturen har ikkje endra seg sidan Travelbee skreiv den i 1971. Det er vurdert som tryggare å nytte ei anerkjend omsetjing enn å sjølv skulle omsetje litteraturen.

3.0 Teori

For mange barn er ordet "kreft" synonymt med død, dei gjer seg mange tankar og vert sterkt berørt av forelderen sin kreftsjukdom (Haugland, et al., 2012, s. 48). Samtidig opplev dei psykologiske og emosjonelle reaksjonar, samt sosiale og eksistensielle utfordringar frå dei får vite om diagnosen og gjennom heile sjukdomsforløpet. For nokre fortset desse vanskaner i lang tid, blant anna kan dei oppleve redsel for å sjølv få kreft heilt opp i vaksen alder.

3.1 Å skape tillit

Når ein går inn i ein situasjon for å hjelpe, er det viktig å hugse å verte kjend med dei pårørande (Bugge & Røkholt, 2009, s. 77). Dette må gjerast på ein heilt naturleg måte, og skapar grunnlaget for all seinare kommunikasjon, til dømes kan ein snakke om kjende daglegdagse ting. Først etter denne innleiande vert kjend-fasa kan ein kome inn på meir alvorlege emne. Å få eit barn si tillit er ikkje lett, og ofte krev det at ein prøvar seg fram med ulike metodar (Eide & Eide, 2007, ss. 358-359). Barn er i utgangspunktet skeptiske til framande, dei er også var for sjukepleiaren sine verbale og nonverbale signal (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Såleis likar barn best sjukepleiarar som snakkar venleg til dei, er snille, rolege og avslappa, som lyttar og nyttar tid med dei. Dei set også pris på augekontakt i same høgd. Det er samtidig viktig å hugse på at kvart barn og kvar situasjon er ulike (Eide & Eide, 2007, s. 358).

I situasjonar der alt er nytt og ukjent, kan framande verke trugande på barn (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Difor bør sjukepleiaren halde litt avstand til barnet i byrjinga, slik at barnet kan iaktta og venne seg til stemma og veremåten. I tillegg løner det seg ofte å prate med omsorgspersonane først, og deretter gradvis ta barnet med i samtalen. Tillit føreset kontakt, og kontakt føreset eit berøringspunkt, det vil seie noko som barnet er opptatt av og som sjukepleiaren kan delta i (Eide & Eide, 2007, s. 359). Difor er det ei god byrjing å lytte etter kvar barnet har merksemda si, kva det er opptatt av.

Når barn er på besøk på sjukehuset kan det vere lurt å vise barnet rundt i avdelinga og fortelje om daglege rutiner, som kva dei forskjellige i avdelinga gjer (Bugge & Røkholt, 2009, s. 129). Barn veit ofte lite om sjukehus, og kan vere redd for å gjere noko feil, difor kan det vere lurt å fortelje kvar dei kan finne leikar og/eller bøker, mat, drikke og toalett. I tillegg til å gje barna noko å gjere på, signaliserar bøker og leikar at dei er tenkt på og velkomne i avdelinga (Ruud, 2012, s. 129). Ein kan også gje barna sjukehusutstyr, som sprøyter eller bandasjar, slike gjenstandar kan bidra til å bearbeide sjukehusbesøket når barnet kjem heim (Bugge & Røkholt, 2009, s. 129).

3.2.1 Joyce Travelbee og den mellomenneskelege prosess

Joyce Travelbee meinte at den profesjonelle sjukepleiaren har som oppgåve å etablere eit menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 171). Når begge partar oppfattar kvarandre som unike menneskelege individ, ikkje som "sjukepleiar" og "pasient", kan ein reell kontakt oppstå. Dette forholdet gjer det mogleg å oppfylle sjukepleiaren sine mål og hensikt, nemlig å hjelpe eit individ (eller ein familie) å førebyggje eller meistre sjukdom og lidning, samt med å finne mening i desse erfaringane (Travelbee, 2001, s. 171).

Ved eit kvart møte føregår det kommunikasjon, både når ein samtalar og når ein er tause (Travelbee, 2001, s. 135). Travelbee meinte at ein ikkje berre kommuniserer med ord, men også med kroppsspråk. Vidare gjev all interaksjon høve til å verte betre kjend med den andre, og til å avdekke og ivareta behov.

3.2 Kommunikasjon og informasjon til barn

Ein føresetnad for å kunne kommunisere med barn i vanskelege livssituasjonar er kunnskap om korleis barn oppfattar og tenkjer omkring hendingar (Ruud, 2012, s. 65). I denne oppgåva er alderen avgrensa til 6-12 år, barna er då i ein fase kalla konkret-operasjonell fase i Jean Piaget sin utviklingsteori (Ruud, 2012, s. 67). Barnet har evne til å systematisere erfaringar på ein kvalitativt anna måte enn tidlegare. Barnet kan halde lenger på merksemda, og skilje mellom sentral og meir perifer informasjon, noko som er sentralt for moglegheita til å kommunisere med andre (Ruud, 2012, s. 67).

3.1.1 Samtale med barn

Barn har behov for informasjon for å handtere situasjonen dei er i (Helsedirektoratet, 2010, s. 5). På tross av dette kjenner mange vaksne seg klønete og tykkjer det er vanskeleg å prate med barn på deira premiss (Grønseth & Markestad, 2011, s. 87). Nokre sjukepleiarar snakkar heller med foreldra enn barna. Samtidig er foreldra viktige samarbeidspartnarar i samtale med barn (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86), då informasjon helst skal verte gitt i lag med og gjerne direkte frå foreldra (Nordenhof, 2012, s. 56). Dette legg til rette for at familien kan fortsette dialogen heime (Nordenhof, 2012, s. 86).

Foreldra kjenner barnets reaksjonsmønster og er ekspertar på å tolke deira signal og uttrykk (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86). Likevel treng nokre foreldre råd om kva dei skal seie eller svare på barna sine spørsmål. Slike råd skal ein tilby alle foreldre, også dei som framstår i stand til å handtere situasjonen (Helsedirektoratet, 2010, s. 5). Foreldra tykte noko av det vanskelegaste var å fortelje barna om alvoret i situasjonen (Bugge & Røkholt, 2009, s. 74). Dersom foreldra kjenner seg utilstrekkeleg i samtalar, må sjukepleiaren ta ansvar for kommunikasjonen med barnet (Grønseth &

Markestad, 2011, s. 86). Informasjon gitt på ein god måte kan dempe unødig angst hos barnet (Helsedirektoratet, 2010). Ein må gjennom dialogen forsikre seg om at informasjonen er tilpassa barnets alder, modenheit og ønskje om informasjon (Nordenhof, 2012, s. 56).

Når ein skal ha ein samtale med barn må ein hente inn samtykke frå foreldra (Helsepersonelloven, 2013, § 10 a). Samtidig skal helsepersonell sitt bidrag til å ivareta barnas behov for informasjon og nødvendig oppfølging føregå i nært samarbeid med foreldra (Helsedirektoratet, 2010, s. 9). Vidare bør begge foreldra vere med i samtalen om det er mogleg. Dersom informasjonen vert gitt av foreldra sjølv, kan dei velgje om dei vil ha med seg helsepersonell. Når helsepersonell er med, må ein førebu seg. Rundskrivet "Barn som pårørande", beskriv korleis ein førebur ein slik samtale, men også korleis det kan vere lurt at samtalen føregår (Helsedirektoratet, 2010, ss. 11-12).

Barn som pårørande er utsette og sårbare (Helsedirektoratet, 2010, s. 3), ein må difor sikre at barnets behov for informasjon vert ivaretatt (Helsepersonelloven, 2013). Barn av pasientar med alvorlig sjukdom har ofte behov for informasjon for å forstå kva som skjer, for å vere trygge og inkluderte, samt for å få hjelp til å meistre situasjonen dei lever i (Helsedirektoratet, 2010). Vidare skal informasjonen bidra til ei forståing av kva som skjer med den sjuke forelderen, familien og seg sjølv.

3.1.2 Hjelpemiddel i kommunikasjon med barn

Barn uttrykkjer seg både via språk og åtferd (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84). Av den grunn kommuniserer dei best og forstår lettast når ord og handling vert kombinert. I tillegg ser ein at bruk av hjelpemiddel i samtalsituasjonar skapar distanse til, og gjer det lettare å snakke om kjensler og opplevingar. Dessutan kan det at det ligg teiknesaker eller leikar framme gjere at samtalen vert mjuka opp, og barnet kan regulere nærheit, blick og kommunikasjon samtidig som det er sysselsett (Ruud, 2012, s. 89). I tillegg kan ein nytte desse hjelpemidla meir bevisst med omsyn til det som skal kommuniserast. Ein kan til dømes be barnet teikne noko det har opplevd eller korleis barnet kjenner seg, og deretter oppmuntre (ikkje tvinge) til å snakke om teikninga. Bøker kan også vere gode hjelpemiddel (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84), i boka "hva er egentlig kreft" har Herlofsen (2016) samla spørsmål frå barn i familiar ramma av kreft, og svart på desse. I tillegg inneheld den mykje informasjon tilpassa barn.

4.0 Funn i forskning

4.1 Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft

Dette er ein oversiktsartikkel frå 2011, skrive av Larsen og Nortvedt. Den omhandlar barn frå 0-18 år, og er gjennomført for å synleggjere informasjonsbehovet hos barn og ungdom med tanke på barnets forståing, informasjonens innhald og omfang, timing, informasjonskjelder og gjensidig vern. Studien viser at foreldra er barnas viktigaste informasjonskjelde, og at barn ønskjer ærlig og konkret informasjon om sjukdom og behandling.

Når ein forelder vert diagnostisert med kreft, kjem ei usikkerheit inn i familien og barnets verd. Sjukdomen kan skape psykososialt stress for barnet, då ein får ein redsel for at forelderen kan dø. I tillegg skjer det endringar i familien sine roller, samhandling og kvardagsliv på grunn av sjukdom og behandling. Mykje tydar på at informasjon kan redusere stress, og gje auka oppleving av meistring og kontroll. Både foreldre og helsepersonell strevar med korleis ein skal møte behovet barna har for informasjon. Barnas oppleving av tryggleik, tilfredsheit og tilstrekkeleg omsorg er sterkt knytt til foreldra sin livssituasjon (Larsen & Nortvedt, 2011).

Barnas forståing og reaksjon på informasjonen hang saman med alder og modenheit. Vidare også erfaringar, kva andre fortalde dei og korleis, kva dei las og hørde, samt kva ord som vart nytta. Dei fleste ønska ærlig og konkret informasjon om forelderens sjukdom og behandling. Dei ville vite om biverknader og forventade endringar i forelderens utsjånad, humør, energinivå og åtferd for å vere forberedt. Dei ønska også informasjon om eigne reaksjonar (Larsen & Nortvedt, 2011).

4.2 Information and communication when a parent has advanced cancer

Dette er ei studie gjort av Kennedy og Lloyd-Williams i 2009, ved hjelp av kvalitativ metode. Dei ønska å finne ut kva type informasjon barna hadde behov for, samt kvar, korleis og kven barna ønska å få informasjon frå når ein av foreldra er ramma av kreft. Dette gjorde dei for å finne umøtte behov og identifisere vanskeligheter for barna i å skaffe kunnskap om sjukdomen. Barna i studien er frå 7 år og oppover.

Barna rapporterte at dei ønska ærlig informasjon om forelderens helse og behandling. Dei ønska informasjon frå ulike kjelder, blant anna foreldre, helsepersonell, internett og bøker/brosjyrer. Barna beskrev vanskar i forbindelse med å få informasjon. Vanskane viste seg i at dei ikkje ønska å spørje foreldra i redsel for at dei vart lei seg, at dei ikkje hadde tilgang til helsepersonell, samt dårleg tilgang på alderstilpassa informasjon. I tillegg opplevde foreldra at det var ei utfordring å informere barna om sjukdomen, og å møte barnas spørsmål og bekymringar (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

4.3 Barn og unge som pårørende ved kreft

Dette er ei studie publisert i 2011, av Dyregrov og Dyregrov. Dei har nytta både intervju og spørjeskjema for å studere kva belastning kreft hos foreldre inneber for barna, kva hjelp dei har behov for og kva støtte dei får tilbod om.

Studien viste at diagnostisering av kreft hos ein forelder med påfølgjande behandling, remisjon, tilbakefall og eventuell terminal fase og død, fører til endringar i foreldras og familiens funksjon på fleire område. Desse endringane påverkar barnas åtferd, kjenslemessige og fysiske funksjon, samt sosiale situasjon. Barna lever ofte med ei sterk frykt knytt til diagnosen, og ofte er det ei vedvarande redsle for forelderens død under sjukdomsforløpet. Dei vekslar mellom fortvilning og håp i dei ulike sjukdomsperiodane. Barna får også eigne plager, som kan vise seg i søvnproblem, hukommelse- og konsentrasjonsvansker, og ulike emosjonelle reaksjonar som angst, sinne og liknande (Dyregrov & Dyregrov, 2011).

Fleirtalet av barna opplever vanskar og utfordringar i kommunikasjonen rundt sjukdomen. Dei understreker kor viktig det er med informasjon, og framhevar openheit og ærlegheit som ein nøkkel til god familiekommunikasjon. Dersom ein manglar openheit kan dette føre til "forstillelse" og at ein latar som ein har det bra. På tross av dette opplever dei også vekst og modning parallelt med alle vanskane (Dyregrov & Dyregrov, 2011).

4.4 Å treffe andre som virkelig forstår

Dette er ei studie publisert i 2008, gjort av Ensby, Dyregrov og Landmark, ved ein kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Det vart gjort ei kartlegging av kva hjelp og støtte barna (6-18 år) opplevde behov for. Det viste seg at deltakarane hadde problem med å snakke om sine vanskelege tankar til vaksne, samtidig som dei uttrykte eit stort behov for hjelp og støtte, som dei ikkje opplevde å motta.

Barn og ungdom som er pårørende til ein forelder med kreft opplever mykje tristheit, angst og usikkerheit. Familierehabiliteringskurs oppfylte barnas behov for å uttrykke tankar og kjensler, og for informasjon og omsorg frå fagfolk. Dei verdsette også støtta gjennom å møte andre i same situasjon, nær dialog med familien og lystbetont aktivitet i trygge omgjevnader (Ensby, et al., 2008).

5.0 Drøfting

Undervegs i drøftinga vil det verte nytta ein fiktiv familie for å vise korleis ein kan nytte teori og forskning i praksis, det vert tatt utgangspunkt i perioden frå første møte med forelder til samtale med familien. Dette er ein familie på tre, mor Kari, far Ola og dottera Sara. Mor har brystkreft, og er innlagd på sjukehus. I tillegg er det ein mannleg sjukepleiar med ansvar for behandlinga hennar.

5.1 Korleis sikre at informasjonsbehovet vert dekt?

I det ein person vert innlagd på sjukehus inntre plikter for sjukepleiarar. Ei av desse pliktene er å avklare om personen har mindreårige barn (Helsepersonelloven, 2013). Dersom ein ikkje gjer dette har ein ikkje gjort jobben sin som sjukepleiar. Når ein har skaffa informasjon om at vedkommande eventuelt har mindreårige barn, må ein sikre at barna får ivaretatt behovet for informasjon.

Forskning viser at barn av kreftsjuke opplev eit stort umøtt behov for informasjon (Dyregrov & Dyregrov, 2011; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Larsen & Nortvedt, 2011). Dyregrov og Dyregrov (2011, s. 33) beskriv i sin studie at barna formidla ønskje om å så raskt som mogleg verte informert om og forklart forelderens kreftdiagnose. Når dei fekk vite om diagnosen ønska dei i hovudsak informasjon om sjukdomen, behandling og eventuelle testar dei sjølv kunne ta (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Dei ønska sann, konkret og alderstilpassa informasjon, med moglegheit til å stille spørsmål, både undervegs i sjukdomsforløpet og spesielt ved endringar i situasjonen (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 80). På den andre sida opplevde barna konflikt når dei hadde uttrykt ønske om at foreldra var ærlege, men samtidig ønska å verte roa med at alt skulle gå bra (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). I tillegg var det nokre barn som ikkje ønska all informasjon, men at foreldra filtrerte ut informasjon for dei. Dette viser at ein alltid må vurdere den einkilde situasjonen, då kvart barn er unikt og har ulike behov (Eide & Eide, 2007, s. 358). Samtidig viser dette at det ikkje berre er ei side av ei sak, barna ønska at foreldra var ærlege, samtidig som dei ikkje ville miste håpet på at det kunne gå bra. Dette fortel at ein må vurdere å sile informasjonen ut i frå kva barnet tåler, samtidig som det er viktig at ein svarer på dei spørsmåla barna har. Dersom ein vert avslørt i å halde tilbake informasjon, kan det gjere meir skade enn dersom ein hadde sagt alt. Barn kan verte djupt såra dersom dei vert haldne utanfor viktige forhold som angår familien og seg sjølv (Ensby, et al., 2008). Det er svært viktig at barna kjenner seg inkludert og får moglegheit til å handtere situasjonen dei er i (Helsedirektoratet, 2010, s. 5).

Foreldre er viktige samarbeidspartnarar i samtale med barn (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86), og det er primært dei som skal gje informasjon og følgje opp barna (Nordenhof, 2012, s. 56). Dette bekreftar Larsen og Nortvedt (2011), då foreldra vert beskrive som den primære informasjonskjelda til barn. På tross av dette rapporterer barna at dei i varierende grad fekk informasjon om diagnosen

av foreldra (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 33). Barna var også bekymra for at foreldra heldt tilbake eller forenkla informasjon (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Dette viser at sjølv om foreldra er ei viktig informasjonskjelde, må ein følgje opp at dei faktisk gir tilstrekkeleg informasjon til barna.

Mange foreldre gjev uttrykk for at det er vanskeleg å informere og kommunisere med barna om kreftsjukdomen, noko som viser seg å ha samanheng med vanskar for barna (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Samtidig vert barna sterkt berørt av forelderens kreftsjukdom og gjer seg mange tankar om den. Ei usikkerheit er kome inn i familien og barnets verd (Larsen & Nortvedt, 2011). I studiar vert bekymringa til barn om at foreldre held tilbake informasjon bekrefta (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Larsen & Nortvedt, 2011). Foreldra begrunna dette med at dei ikkje trudde barna ville forstå, at dei sjølv mangla kunnskap, samt at dei ville verne barna sine eller at dei var redd for spørsmål om mulig død. Også mange av barna tidde. Dei torde ikkje å fortelje om sine kjensler, bekymringar og spørsmål, fordi dei var redd for å uroe foreldra, eller ikkje visste korleis dei skulle ta det opp (Larsen & Nortvedt, 2011). Dette skapar ei barriere i kommunikasjonen innad i familien (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Larsen & Nortvedt, 2011). Ein har også sett samanheng mellom problematisk kommunikasjon innad i familien og auka posttraumatiske stressymptom hos barna (Ensby, et al., 2008).

På den andre sida fortel foreldra at dei har tru på open kommunikasjon (Larsen & Nortvedt, 2011), samtidig som barna saknar meir kommunikasjon med foreldra (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Kennedy og Lloyd-Williams (2009) fann i sin studie at barna kjende at dei kunne spørje foreldra, men at dei ikkje ville uroe dei. Foreldra kan trenge råd om kva dei skal seie eller svare på barna sine spørsmål (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86), dette er noko helsepersonell kan bidra med.

Kari sat ved senga då sjukepleiaren kom inn på rommet. Etter at dei hadde prata litt la han merke til at ho hadde bilete av ei lita jente på nattbordet, og spurde om det var dottera. Det var det, Sara på åtte år. Vidare spurde han korleis ho hadde det i denne situasjonen. Kari fortalde at ho hadde det greit, men at det verka som ho ikkje forstod så mykje, samtidig som ho og mannen tykte det var vanskeleg å prate med ho om det.

I denne situasjonen har Sara allereie fått informasjon om at mora har ein kreftdiagnose, difor valde sjukepleiaren vidare å spørje korleis dei hadde fortalt det til ho, og kva informasjon ho hadde fått. Han begrunna spørsmåla med at barn har behov for informasjon for å handtere situasjonen, noko som er framheva av Helsedirektoratet (2010, s. 5). Samtidig som forskning viser at barn kan skape eigne, ofte uriktige, forklaringar ved mangelfull informasjon (Larsen & Nortvedt, 2011). Kari fortalde at dei ikkje hadde gitt så mykje informasjon om sjukdomen, men at Sara hadde fått vite at ho hadde brystkreft, og at ho trengde behandling på sjukehuset for å verte frisk. Vidare sa ho at Sara hadde

hatt spørsmål, men at dei tykte det var vanskeleg å svare. Etter å ha vurdert situasjonen saman, vart dei einige om at foreldra i første omgang skulle gje informasjon sjølve, då det var det dei ønska. Sjukepleiaren tilrådde å skaffe boka "Hva er egentlig kreft?" (Herlofsen, 2016), då ein finn konkret, beskrivande og alderstilpassa informasjon om sjukdomen i denne. Han valde å nemne denne boka allereie no fordi den kan vere eit godt verkty for Sara og foreldra når dei skal prate om sjukdomen. Den bidreg også til at Sara forstår at andre er i same situasjon som ho. Sjukepleiaren gav samtidig tilbod om at han kunne bidra i samtale med Sara, dersom dei ønska det på eit seinare tidspunkt. Helsedirektoratet (2010, s. 5) framhevar at dette er eit tilbod alle foreldre skal få. I tillegg set mange barn pris på å prate med fagfolk og stille spørsmål til nokon med kunnskap om sjukdomen (Larsen & Nortvedt, 2011).

5.2 Korleis møte barnet

Det er ikkje lett å få eit barn si tillit (Eide & Eide, 2007, s. 359). I situasjonar der alt er nytt og ukjent, kan barn føle seg truga (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). I tillegg er dei skeptiske til framande, det kan difor vere hensiktsmessig å prate med omsorgspersonane først, for deretter å gradvis inkludere barn i samtalen. Då får barnet moglegheit til å venne seg til sjukepleiaren sin veremåte. På den andre sida er kontakt ein føresetnad for tillit (Eide & Eide, 2007, s. 359). Travelbee (2001, s. 171) understrekar viktigheita av menneske-til-menneske-forhold, at ein reell kontakt først oppstår når ein ser på kvarandre som unike menneskelege individ, ikkje "pasient" og "sjukepleiar". Når ein skal opprette kontakt med barnet må dette gjerast på ein naturleg måte, ein kan til dømes byrje med å snakke om noko barnet har med seg (Bugge & Røkholt, 2009, s. 77).

Dette første møtet skapar grunnlaget for vidare kommunikasjon (Bugge & Røkholt, 2009, s. 77). Barn av pasientar med alvorlig sjukdom er utsett og sårbare (Helsedirektoratet, 2010, s. 3), og ein kan anta at dei kan vere meir avhengige av å observere framande før ein opprettar kontakt. Spesielt i ein situasjon der dei er på besøk på sjukehuset, noko som i seg sjølv kan vere skremmande (Larsen & Nortvedt, 2011). Dette er ei vurdering ein må ta i kvar einkilde situasjon, dersom barnet er avventande eller utrygt kan ein med fordel prate litt med foreldra før ein oppretter kontakt. Det kan likevel vere vanskelegare å oppnå kontakt og tillit med barnet på eit seinare tidspunkt. Barn og unge veit ofte lite om sjukehus og kan vere redde for å gjere noko feil (Bugge & Røkholt, 2009, s. 129). Dersom barnet vert kjent i avdelinga, kan ein tenke at barnet vert mindre skeptisk også ovanfor personal det ikkje har møtt tidlegare, då omgjevnadane er kjende. Larsen og Nortvedt (2011) sin studie bekreftar at besøk på sjukehus kan bidra til auka kunnskap og avmystifisering, med forbehold om at barnet er forberedt og forholda tilrettelagt.

På tross av dette viser forskning at foreldre opplev at sjukehusa ikkje hadde fokus på barna, at det mangla tilrettelegging og barnevenlegheit (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 122). Foreldra sakna at sjukepleiarane såg barna. Dette førte til at dei sjeldnare tok barna med på besøk til den sjuke, noko som gjorde barna endå mindre synlege for sjukepleiarane (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 122). Dette viser at vi har ein lang veg å gå. Sjukepleiarar har ansvar for å rette blikket mot barn som pårørnde (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Første gongen sjukepleiaren møtte Sara kom ho på besøk saman med faren. Medan dei gjekk i korridoren såg sjukepleiaren at ho gøymde seg bak faren. Sjukepleiaren gjekk bort til dei, helste på Ola, og spurde korleis det gjekk, før han henvende seg til barnet, noko Grønseth og Markestad (2011, s. 82) hevdar kan vere hensiktsmessig. Sjukepleiaren spurde om det var ho som var Sara. Han sette seg ned på huk. Teori viser at barn set pris på augekontakt i same høgd (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Sjukepleiaren fortalde at han kjende ho att frå biletet mora hadde, før han fortalde kven han var, og at det var han som passa på mora i dag. Dette framhevar Bugge og Røkholt (2009, s. 129) som hensiktsmessig for å skape tillit. Kroppsspråket til Sara fortel at ho er i ein utrygg situasjon. Sidan barn er skeptiske til framande (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82), stoppa sjukepleiaren etter denne korte samtalen. Sara ville få moglegheit til å venne seg til hans væremåte når han var inne på pasientrommet, då det i dei fleste tilfella er pasientrelaterte ting sjukepleiaren er der for å gjere. Å la barnet venne seg til framande sin væremåte er framheva av Grønseth og Markestad (2011, s. 12). Før Sara og Ola gjekk sa sjukepleiaren at neste gong ho kom, kunne han vise ho leikane som var i avdelinga.

Neste gong Sara kom smilte ho når ho såg sjukepleiaren. Ho verka som ei svært tillitsfull jente, og ville vere med å sjå leikane i avdelinga. Dei gjekk saman bort til stova der leikane var, og ho tok med seg nokre inn på rommet. Seinare såg sjukepleiaren at ho hadde gått ut i stova, og han spurde om ho ville vere med å sjå litt rundt i avdelinga, ho vart med. Sjukepleiaren fortalde ho kva som føregår her, og viste ho kvar ho kunne finne drikke og toaletta. Sidan barn ofte veit lite om sjukehus (Bugge & Røkholt, 2009, s. 129), kan dette vere med på å trygge Sara i situasjonen. Heilt til slutt fann sjukepleiaren nokre sprøyter og bandasjar som ho kunne få med seg heim. Dette kan hjelpe ho å bearbeide sjukehusbesøket (Bugge & Røkholt, 2009, s. 129). Dei gjekk inn til foreldra igjen, der ho stolt viste fram det ho hadde fått, og fortalde foreldra om alt ho hadde sett. Dette fortel at det var ei god oppleving for Sara. Det betyr likevel ikkje at same framgangsmåte fungerer på eit anna barn, då kvart barn og kvar situasjon er unik (Eide & Eide, 2007, s. 358).

5.3 Samtale med barnet

Mange foreldre tykkjer det er vanskeleg å kommunisere med barna om sjukdomen (Larsen & Nortvedt, 2011). For å sikre at barnets behov vert ivaretatt, må sjukepleiaren ta ansvar for kommunikasjon med barnet der foreldra kjenner seg utilstrekkelege (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86). Dette er vesentleg då informasjon gitt på ein god måte kan dempe unødig angst hos barnet (Helsedirektoratet, 2010, s. 12).

Ola var på besøk til Kari, og sjukepleiaren nytta høvet til å spørje korleis det gjekk med Sara. Foreldra fortalde at dei hadde prata litt om sjukdomen, og hadde kjøpt boka som vart tilrådd. Likevel var dei bekymra for Sara då ho verka meir inneslutta. Dei ville nytte seg av tilbodet om hjelp til samtale.

Ein del foreldre er usikre på kva, og kor mykje dei skal seie til barna og på kva tidspunkt (Dyregrov & Dyregrov, 2011, s. 156). Nokre vaksne vegrar seg mot å snakke om sjukdomen, fordi det er smertefullt for dei sjølve, og at dei vil unngå spørsmål. Barn er svært observante ovanfor sine foreldre, og er gode på å trekke slutningar om forelderens emosjonelle tilstand ut frå endringar i åtferd, kroppsholding, ansiktsuttrykk og atmosfæra i heimen (Larsen & Nortvedt, 2011). Dei kan ta på seg ansvaret for at foreldra er triste, og tenke at det er deira skuld at ein forelder er sjuk (Bugge & Røkholt, 2009, s. 43). Kombinasjonen at foreldra tier, tilbakeheld informasjon og samtidig endrar seg i forhold til tidlegare, gjer at barna kan prøve å skape eigne forklaringar på det som ikkje gjev mening. Desse forklaringane kan ofte vere prega av misforståingar (Larsen & Nortvedt, 2011). Det at foreldra opplev Sara som meir inneslutta fortel at ho kan ha behov for meir informasjon.

Dersom helsepersonell skal bidra til å ivareta barn som pårørande sine behov, skal samtykke frå foreldra verte gitt (Helsepersonelloven, 2013, §10 a). Ein kan sjå på det som samtykke når foreldra ber om hjelp. Helsepersonell sitt bidrag til ivaretaking av barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging skal føregå i nært samarbeid med foreldra (Helsedirektoratet, 2010, s. 9-12). Vidare er det viktig å førebu seg når ein skal ha samtale med barn og foreldre. I denne førebuinga inngår det å avklare kva rolle foreldra og helsepersonellet har i samtalen. Kven skal seie kva til barnet, kva skal seiast og ikkje, samt korleis ein møter vanskelege emner knytt til hendingar eller foreldrens tilstand som barnet bringar opp i samtalen.

Sara møtte til samtalen saman med mor og far. Det at foreldra er med på samtalen er ein stor fordel både for dei som familie, då det legg til rette for å fortsette dialogen heime (Nordenhof, 2012, s. 86), og sjukepleiaren fordi foreldra er ekspertar på Sara sine reaksjonsmønster og signal (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86). Sjukepleiaren byrja med å forklare at Sara var komen til samtalen for å få informasjon om sjukdomen til mora, og at dei kunne prate litt om reaksjonar som mange barn opplev og korleis familien kunne verte påverka av sjukdomen. I tillegg sa han at dei gjerne ville høyre på ho

om ho hadde noko å fortelje, men understreka at det ikkje var eit krav dersom ho ikkje ville prate. I følgje Helsedirektoratet (2010, s. 12) er denne framgangsmåten hensiktsmessig. Sjukepleiaren hadde undervegs i samtalen fokus på at den var tilpassa Sara sin alder, modenheit og ønskje om informasjon. Noko Nordenhof (2012, s. 56) framhevar i som viktig når ein pratar med barn.

Sara er åtte år, i følgje Jean Piaget sin utviklingsteori er ho då i den konkret-operasjonelle fasa (Ruud, 2012, s. 67). Det vil seie at ho kan systematisere erfaringar betre enn om ho var yngre, noko som kan bety at ho oppnår ei betre forståing av informasjonen ho får. Barn i denne fasa kan halde på merksemda lenger, og dei skiljer mellom viktig og mindre viktig informasjon, (Ruud, 2012, s. 67). Dette er sentralt for å kommunisere med andre og betyr at ho har evne til å få med seg det sjukepleiaren fortel, og samtidig vurdere kor vesentlig det som vert fortalt er. Likevel er det viktig å gje ho pausar undervegs i samtalen, dette for at ho skal få tid til å bearbeide informasjonen ho har fått (Helsedirektoratet, 2010, s. 12). Kommunikasjon føregår i følgje Travelbee (2001, s. 135) også når ein er tause, så sjølv om ein tek pausar, og ikkje seier så mykje, kan ein verte betre kjend ved hjelp av kroppsspråk.

Sidan barn uttrykkjer seg både via språk og åtferd, kommuniserer dei best og forstår lettast når ord og handling vert kombinert (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84). Difor har Sjukepleiaren tatt med nokre hjelpemiddel i samtalen med Sara. Han har lagt fram teiknesaker på bordet, noko som kan mjuke opp samtalen, og gjer at Sara sjølv kan regulere nærheit, blick og kommunikasjon (Ruud, 2012, s. 89). Sjukepleiaren kan også nytte teiknesakene aktivt i samtalen, ved at han til dømes teiknar medan han forklarar kreftsjukdomen. Sjukepleiaren kan også sjå litt på kva ho teiknar sjølv, og oppmuntre ho til å prate om teikningane (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84), då ho gjerne teiknar noko som kan knyttast til det som vert prata om.

6.0 Konklusjon

Ein sjukepleiar har mange ulike oppgåver og ansvar, det kan difor vere ei utfordring å ivareta barn som pårørande, då det i ein hektisk kvardag er mange hensyn å ta. Ein ser at sjukepleiaren har ein viktig funksjon når det gjeld å ivareta barn som pårørande, og sjukepleiarens første møte med barnet på besøk i avdelinga har mykje å bety for vidare kommunikasjon. Det er difor viktig å gjere barna trygge i desse omgjevnadane. Mange barn opplev eit udekt behov for informasjon, og skapar egne forklaringar på det dei ikkje forstår, i tillegg tykkjer mange foreldre det er vanskeleg å prate med barna om sjukdomen. I desse tilfella må sjukepleiaren ta ansvar for å bistå foreldra i å gi barnet den informasjonen det har behov for. Det er viktig å nytte kunnskapen dei sit på om barnet, på denne måten kan ein betre lese barnet og dets reaksjonar, og kommunisere på best mogleg måte. Foreldra er såleis den viktigaste samarbeidspartnaren vår når det gjeld å ivareta barna på ein hensiktsmessig måte. Kreftsjukdom hos ein forelder kan vere ei stor last for barnet, då er støtte frå sjukepleiar viktig i ei sårbar og vanskeleg tid. I samtale med barn må sjukepleiaren ha forståing for korleis ein kommuniserer på ein måte som gjer at barnet får ei oppleving av tryggleik og likeverd, til dømes ved bruk av hjelpemiddel som teikning, leik, bøker og anna. Det er også viktig å hugse på at kvart barn er unikt, og at ein såleis ikkje kan gjere det same i kvar situasjon.

Sjukepleiarar har mykje dei skal gjere i løpet av ein arbeidsdag, og i nokre tilfelle må ein prioritere. I valet mellom å smertestille ein pasient eller å ivareta eit barn, vil nok barnet ofte verte nedprioritert. Ivaretaking av barn er i tillegg noko ein må bruke ein del tid på, til dømes med tillitsbyggjing og samtale. Likevel er det viktig å førebyggje vanskar for barna, då det tek mindre tid og ressursar enn eventuell behandling på eit seinare tidspunkt.

I drøftinga er det vist til korleis ein kan ivareta barn som pårørande, i ein gitt situasjon, ved hjelp av foreldre som samarbeidspartnarar. Aspekta som er gått nærare inn på er foreldre som samarbeidspartnarar, kommunikasjon og utveksling av informasjon. Det er likevel mange områder ved det å ivareta barn som pårørande denne oppgåva ikkje har vore inne på, dette som følge av kravet om avgrensingar på oppgåvas lengd.

Kjeldeliste

- Bugge, K. E., & Røkholt, E. G. (2009). *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2011). *Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv?* Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ensby, T., Dyregrov, K., & Landmark, B. (2008). Å treffe andre som virkelig forstår. *Sykepleien Forskning* 2008 3(3)(118-127)DOI: 10.4220/sykepleienf.2008.0042
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugland, B. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende* (IS-5/2010). Henta 02.05.17 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>
- Helsepersonelloven. (2013). *Lov om helsepersonell m.v.*
- Herlofsen, S. R. (2016). *Hva er egentlig kreft?* Latvia: Herosa AS.
- Kennedy, V. L., & Lloyd-Williams, M. (2009). Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of Affective Disorders* 2009 Apr;114(1-3):149-55. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.022
- Kunnskapscenteret. (2017, 20.01). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta 05.05.17 frå <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Larsen, B. H., & Nortvedt, M. W. (2011). Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien Forskning* 2011 6(1)(70-77)DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0068
- Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta 01.05.17 frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Reinertsen, K. (2012, 27. 06.). Barn til kreftsyke vil vite mer. *Sykepleien* 2012 100(8)(66-69)DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0078

Spesialisthelsetenesteloven. (2013). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Ruud, A. K. (2012). *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal Akademisk .

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

Tveiten, S. (2013). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Værholm, R. (u.å.). *Når barn og ungdom blir pårørende.* Henta 06. 03., 2017 frå kreftforeningen.no:
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/barn-og-unge/nar-barn-og-unge-blir-parende/>