



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 359

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9011

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 62

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

## BACHELOROPPGAVE

En sykepleiers omsorg til foreldre med et alvorlig sykt eller skadet barn

A nurse's care for parents with a seriously ill or injured child

**Kandidatnummer: 359**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.19

Jeg 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, § 10.

## Abstract

**Title:** A nurse's care for parents with a seriously ill or injured child.

**Research question:** How can a nurse, through the caring function, take care of the parents of seriously ill or injured child admitted to a somatic hospital?

**Method:** A literature study has been used as a method for this thesis. To find relevant articles, a systematic search was done in databases such as *Cinahl*, *Cochrane*, *Medline* and *Svemed+*. A manual search was also done in the school's own database, Ovid, and in the Norwegian magazine, *Sykepleien*. The keywords for the search were found through PICO (figure 1) and combined with "AND" or "OR" (Appendix I). Specific inclusion criteria were set, and the quality of the articles was assessed with the Norwegian Electronic Health Library's checklists. How the selection was made is shown in Appendix II.

**Result:** It was included six articles, where four were qualitative studies done by interviews and two review articles where the authors underwent several studies about family-centered care. The results were presented in four topics that were recurring in the articles: **1.** When life is turned up-side-down – parents' experiences. **2.** Parents' experiences with nurses **3.** Involvement and information **4.** Family-centered care.

**Conclusion:** Parents who get their child admitted to hospital because of serious or critical illness or injury, experience the situation as stressful, frightening and unknown. The study has shown that nurses can be important for the parents and be a bridge between the parents and the sick or injured child. The parents described that information, open communication and help to fill the parenting role as important for their wellbeing at the hospital. Models based on family-centered care have been shown to have some positive outcomes, but this is based on limited results.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Avgrensning .....	2
2.0 Teori .....	4
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	4
2.2 Å være foreldre på sykehus .....	5
2.3 Alvorlig syke eller skadde barn innlagt på somatisk sykehus .....	6
2.4 Sykepleierens omsorg til foreldrene .....	6
2.4.1 Kommunikasjon og informasjon .....	7
2.4.2 Følelsesmessig støtte.....	8
2.4.3 Støtte i foreldrerollen .....	8
2.4.4 Sykepleie av god kvalitet .....	9
3.0 Metode .....	10
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjons .....	10
3.3 Litteratursøk og søkehistorikk.....	11
3.4 Artikkellutvelgelse og kildevurdering.....	13
3.5 Kvantitative og kvalitative studier .....	14
3.6 Metodekritikk .....	15
3.7 Etske overveielser og akademisk redelighet .....	15
4.0 Resultat .....	17
4.1 Når livet blir snudd på hodet – foreldrenes opplevelser når barnet blir innlagt .....	17
4.2 Foreldrenes erfaringer med sykepleierne.....	17
4.3 Involvering og informasjon .....	18
4.4 Familiesentrert omsorg.....	19
5.0 Diskusjon .....	21
5.1 Å møtes i det kjente .....	21
5.2 Tilpasning av involvering og informasjon – å bare være mamma og pappa.....	22
5.3 Åpen kommunikasjon og det faglige skjønnet.....	24
5.4 Familiesentrert omsorg.....	26
6.0 Konklusjon .....	29
Litteraturliste.....	30
Vedlegg I Søkehistorikk for systematisk søk og manuelt søk .....	34
Vedlegg II Flytdiagram .....	37
Vedlegg III Litteraturmatrise .....	38

## 1.0 Innledning

Det er lett å forestille seg at en sykehusinnleggelse for et tidligere friskt barn kan medføre seg store utfordringer. Spesielt om barnet er alvorlig sykt eller skadet. Når et barn blir innlagt, blir ofte en hel familie berørt. Sykepleien kan ikke bare rettes mot den syke pasienten, men må også rettes mot familien. Foreldrene er en sykepleiers viktigste samarbeidsparter for at behandlingen og omsorgen til barnet skal være så optimalt som mulig. Grønseth og Markestad (2017, s. 89) skriver at de fleste foreldre kan bli usikre, engstelige og stresset når barnet eller ungdommen deres er syk og må legges inn på sykehus. Stress hos foreldre kan føre til stress hos barnet eller ungdommen og dessuten redusere foreldrenes omsorgsevne fordi de blir mindre oppmerksomme på dets behov (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). For at foreldrene skal fungere trenger de ivaretagelse og støtte i en vanskelig tid som når deres barn er alvorlig skadet eller sykt og innlagt på sykehus. Kunnskap om foreldrenes reaksjoner, kommunikasjon og hva som er viktig for dem, kan hjelpe en sykepleier for å iverksette tiltak for å ivareta og støtte dem.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 3.0, skal sykepleieren vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011). Rammeplan for sykepleierstudenter (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 8) beskriver at den nyutdannede sykepleier skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er i hovedsak rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 8). Omsorg og ivaretagelse av pårørende er dermed dekket både i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og i rammeplanen for sykepleiestudenter, noe som sier hvor viktig det er å tenke helhetlig, ikke bare om pasienten, men også om dens pårørende som er tilstede.

Som sykepleierstudent har jeg sett slitne og stressede foreldre i praksis, og opplevd utfordringer med å ivareta dem i en vanskelig situasjon i en travel avdeling. Bakgrunnen for valget av oppgaven var å få mer kunnskap om foreldrenes erfaringer og hva de opplevde som verdifullt når

barnet deres var alvorlig sykt eller skadet. Det var ønskelig med konkrete tiltak som bedret ivaretagelsen av foreldrene. Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2), og når barna er små henvender leger og sykepleiere seg oftest til foreldre eller foresatte. Dette er fordi de kjenner barnet godt og merker fort når noe ikke er som det skal. Foreldre trenger å bli sett og få støtte på at de er i en vanskelig situasjon og anerkjennelse for at barnets eller ungdommens sykdom har stor innvirkning på deres og familiens liv (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89). En bacheloroppgave som dette vil gi meg en ekstra kunnskap til møte foreldre på en bedre måte. Det ble gjennomført et litteraturstudium med søk i databaser, kritisk gjennomgang av litteratur og tilslutt ble det sammenfattet i et resultat. Resultatet ble så diskutert opp mot det teoretiske rammeverket. Det var ønskelig å finne konkrete tiltak som sykepleier kan bruke for å skape en opplevelse av ivaretagelse hos foreldrene og støtte dem i det en sykehusinnleggelse av barnet deres innebærer.

Problemstillingen ble således:

*«Hvordan kan en sykepleier, gjennom den omsorgsgivende funksjonen, ivareta foreldrene til alvorlig syke eller skadede barn som er innlagt på somatisk sykehus?»*

## 1.2 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til å handle om foreldrene til barn som er innlagt på somatiske barneavdelinger på sykehus. Personer under 18 år menes som barn, og barn skal fortrinnsvis legges inn på barneavdelinger (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999, §3-4). Derfor vil oppgaven omhandle barn mellom 0 og 18 år. Med foreldre menes biologiske foreldre eller andre med foreldreansvar. Oppgaven er ikke avgrenset for foreldrenes kjønn, som vil si at litteratur om fedre og mødre er like interessant. Jeg har valgt foreldre til barn innlagt for første gang med en somatisk diagnose eller skade som klassifiseres som *alvorlig* eller *kritisk*. Med kritisk sykdom menes det at tilstanden til pasienten er svært alvorlig. Pasienten kan ha svikt i flere livsviktige organer, og tilstanden regnes derfor ofte som livstruende. En slik tilstand krever kontinuerlig overvåkning med monitorering (Stubberud, 2013, s.17-18). Oppgaven avgrenses ikke til en spesiell diagnose eller skade, da omsorgstiltak rettet mot foreldre kan tenkes å være overførbare uansett innleggelsesårsak hos barnet. Det

er heller ikke gjort avgrensinger med tanke på hvilke avdelinger barna er innlagt på, fordi organiseringen av barneavdelingene kan variere.



## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Oppgaven tar utgangspunkt i Kari Martinsen og hennes tenkning rundt sykepleierens omsorg og det faglige skjønnet. Martinsen har vært omsorgens forkjemper i 20 år og har kjempet en verbal kamp for omsorgsverdier og ivareta sykepleiefagets egenart (Gjengedal, 2000, s. 37). På 70-tallet tok hun et oppgjør med profesjonaliseringstendenser som hun mente preget den fagpolitiske utviklingen den gangen. Hun advarte mot en utvikling og fremmedgjøring av praksis, der sykepleierens konkrete situasjonsforståelse skulle vike for kjennskap til abstrakte kategorier og generelle definisjoner (Gjengedal, 2000, s. 37). Martinsen og Wærness (1979, s. 109) skriver i boken *Pleie uten omsorg?* publisert i 1979: «Etter vår mening kan den konkrete «ta-hånd-om»-omsorg ikke «vitenskapeliggjøres», slik vitenskap defineres i dag. Godt omsorgsarbeid krever en intuitiv oppmerksomhet og lydhørhet overfor pasienters nære behov og problemer.» Martinsen var nylig aktuell i bladet *sykepleien*, der hun uttalte: «Pleien tar den tiden den tar» (Fonn, 2019).

Omsorg er beslektet med det tyske ordet «sorgen» som kan oversettes med «omtenksomhet», «å bekymre seg for». Sorg betyr mer å sørge *for* enn å sørge og rent språklig er vårt omsorgsbegrep sammensatt av «om» og «sorg». Omsorg forutsetter at det er to parter, der den ene har omtensksomhet og bekymring for den andre (Martinsen, 2003, s. 68-69). Martinsen uttalte i intervju med *sykepleien* at omsorg kommer til uttrykk med å være omtenssom og medfølende – sansende oppmerksom i utøvelsen av det faglige skjønnet (Fonn, 2019). Det faglige skjønnet er beskrevet i boken *fra Marx til Løgstrup* (1993, s. 141), noe man i *sykepleien* lærer i levende, kliniske sammenhenger, sammenvevd med vår grunnleggende og naturlige medmenneskelighet, barmhjertighet og tillit. Generelt sier Martinsen (1993, s. 138) at på sitt beste formidler skjønnet både faglighet og omsorgens barmhjertighet. I helsefaglig sammenheng er omsorg knyttet til å ivareta og sørge for andre mennesker som har behov for hjelp og støtte (Eide & Eide 2007, s.32). Martinsen (2003, s. 71) skriver i sin konklusjon av omsorg i *sykepleien*, at omsorg er en sosial relasjon og har med felleskap og solidaritet å gjøre. Omsorg handler om forståelse som man tilegner seg gjennom å gjøre ting for eller sammen med andre, og disse felles erfaringene gjør at vi kan

forstå hverandre. For at omsorgen skal være ekte må det være en gjensidighet til stede, og man må forholde seg til andre ved at man anerkjenner dem ut fra deres situasjon. Hun mener også at forståelse for den andres situasjon er sentralt i omsorgen, og at man som medmenneske kan forstå den syke fordi livene våre har likhetstrekk. Egne erfaringer av for eksempel kvalme eller smerter gjør en i stand til å sette seg inn i andres kvalme eller smerte. De situasjonene man har erfaring fra kan man formidle til hverandre gjennom handling eller ord. Fordi situasjonen er gjenkjennbar kan man forstå pasienten og forsøke å lindre plagene, som for eksempel kvalme eller smerter (Martinsen, 2003, s. 76). Martinsen skriver videre at sykepleiere, i tillegg til sin kunnskap som medmenneske, har fagkunnskaper som gjør dem enda bedre til «å sørge for» pasienter. Med sykepleiebakgrunn kan man ved enkle redskaper som en vaskeklut, bekken eller skje, sørge for viktige behov som pasienten har og lage situasjonen kjent. Alle har vasket seg med en vaskeklut, vært på toalettet eller spist med en skje. Pleieren gjør da pasienten til deltaker, ved å gjøre en situasjon kjent, noe som kan oppleves som trygt og ikke fremmed. Dette beskriver Martinsen (2003, s. 76) som det mest fundamentale i en omsorgssituasjon. En sykepleiers fagkunnskap og bruken av dagligdagse redskaper vil gi en omsorgsfull pleie, fordi det gir en mulighet til å forstå den felles sammenhengen man befinner seg i.

## 2.2 Å være foreldre på sykehus

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-3. b.) er barns pårørende foreldre eller andre som har foreldreansvaret, og i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon menes også fosterforeldre eller andre som opptrer i foreldrenes sted (1999, § 3.). Sjøbjerg (2013, s. 186) mener at foreldrene representerer det trygge og forutsigbare og er normalt sett de viktigste personene for barn. De er sykepleierens viktigste samarbeidspartnere når barn ikke kan uttrykke seg, og de kjenner barnets reaksjoner best. Ved en sykehusinnleggelse er endringen i foreldrerollen noe av det mest stressende. De er vant til å ivareta barnets behov og sikkerhet, og kan nå føle seg hjelpeløse fordi de ikke vet hvordan de kan eller skal møte det syke barnets reaksjoner eller symptomer. Det er også vanskelig for dem å vite hva som forventes av foreldre ved sykehusinnleggelser (Sjøbjerg, 2013, s.189). Foreldre til kritisk syke barn kan være bekymret om barnet overlever dersom tilstanden er ustabil, og Sjøbjerg (2013, s. 190) som sier at foreldrenes angst og stress er større, jo mer ustabil tilstanden er

for. Noe som også støttes av kildene brukt av Grønseth og Markestad (2017, s. 87). Når et barn må legges inn på sykehus blir de fleste foreldre usikre, engstelige og stresset. Dette kan på sikt også gå utover foreldrenes helse, og det er derfor viktig å styrke foreldrene sine ressurser mens barnet er sykt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87).

### *2.3 Alvorlig syke eller skadde barn innlagt på somatisk sykehus*

Sjøbjerg (2013, s. 114) har hentet tall fra statistisk sentralbyrå som sier at barn og ungdom hadde nær 145 000 døgnopphold i somatisk sykehus i 2012. 75 prosent av disse innleggelsene gjaldt barn under 10 år. For de yngste barna var sykdommer i luftveiene eller medfødte sykdomstilstander den vanligste innleggelsesårsaken, mens det i aldersgruppen 10-19 år oftest skyltes skader eller forgiftninger. Sykdom er en fellesbetegnelse på tilstander som fører til forstyrrelser i kroppens normale funksjoner (Roald, 2017). Barn reagerer ulikt på sykehusinnleggelse og reaksjonen avhenger av ulike faktorer som alder, utviklingsnivå, tidligere erfaringer med lignende stressende situasjoner, sykdommens art, antall invasive prosedyrer og mengden og type informasjon barnet får. I tillegg kan foreldrene påvirke barnets reaksjon med sin uro og angst (Sjøbjerg, 2013, s. 127-128). Ved sykehusinnleggelse blir det kjente og forutsigbare borte. Det blir nye og ukjente omgivelser med nye rutiner, mye venting, maskiner, sterkt lys og uvante lyder. Barn kan få skremmende, ubehagelig og eventuelt vonde opplevelser, og blir gjerne avkledd av fremmede mennesker som skal undersøke og ta på uten av barnet skjønner det selv (Grønseth & Markestad, 2017, s.64). Å bli forlatt er noe av det barn og unge frykter mest når de legges inn på sykehus. Derfor er det viktig at foreldrene er mest mulig til stede (Grønseth & Markestad, 2017, s. 72).

### *2.4 Sykepleierens omsorg til foreldrene*

Familiesentret omsorg er en arbeidsmetode som kan hjelpe foreldrene til å mestre barnets eller ungdommens sykehusopphold, som ifølge Grønseth og Markestad er dokumentert i flere forskningsartikler (2017, s. 88). Dette støttes av Sjøbjerg (2013, s.191) som bruker begrepet familiefokusert omsorg, men som innebærer mye av det samme. I familiefokusert omsorg er det troen på at barns følelsesmessige og utviklingsmessige behov best ivaretas når tjenesten støtter familiens evne til å imøtekomme barnets behov. Videre skriver hun at

sykepleie til barn og ungdom bør være et samarbeid mellom foreldre og helsepersonell, og prinsippene for den familiefokuserte omsorgen bygger på gjensidig respekt, samarbeid, å dele informasjon, deltakelse og støtte (Søbjerg, 2013, s. 191). Grønseth og Markestad (2017, s.88) beskriver *Nurse-Parent Support Model* som kan benyttes som en guide for å støtte foreldrene. Modellen er utarbeidet av Margaret Shandor Miles (2003, s.62-64) og beskriver fire overlappende temaer: Fortløpende kommunikasjon og informasjon, følelsesmessig støtte, støtte i foreldrerollen og sykepleie av god kvalitet.

#### *2.4.1 Kommunikasjon og informasjon*

Det stiller store krav til personalets evne til å kommunisere med familier i krise (Søbjerg, 2013, s. 192). Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «*commiccare*», som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller ha forbindelse med. Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn eller signaler mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007, s. 17). Tegnene og signalene kan være verbale eller nonverbale og hver enkelt person kan tolke disse forskjellig. Ord og hvordan man sier dem kan blant annet oppfattes som entusiastiske, ironiske, spydige, vennlige, altså ha dobbel betydning. Det kan tolkes som godt, ubehagelig, sårende, irriterende eller inspirerende. Selv om ord eller spesielle ansiktsuttrykk, som smil, ofte er entydige, kan både verbalt og nonverbalt uttrykk som ikke stemmer med hverandre gi disse en ny betydning (Eide & Eide, 2007, s. 18). Grønseth og Markestad (2017, s. 88) hevder at foreldre syns sykepleieren er lite omsorgsfull når hun eller han ikke svarer på et spørsmål, gir feile opplysninger, bruker et teknisk og medisinsk språk, unngår foreldrene eller blir irritert når de spør. Som sykepleier er det viktig å være tilgjengelig, ta kontakt ofte og snakke mye med foreldrene for å etablere en åpen kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

Søbjerg (2013, s.192) skriver at foreldre har et stort behov for åpen og ærlig informasjon om barnets tilstand og behandling. Hun mener at mangel på adekvat informasjon kan forsterke foreldrenes stressreaksjon og kan i verste fall føre til posttraumatisk stress. Helsepersonell er i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1993, §3), pålagt å gi foreldrene og barn fortløpende informasjon om sykdommen. Loven sier at informasjon skal gis på en

hensynsfull og at helsepersonell skal forsikre seg om at informasjon er forstått.

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

#### *2.4.2 Følelsesmessig støtte*

Grønseth og Markestad (2017, s.89) skriver at foreldre trenger å bli sett og få støtte i den vanskelige situasjonen når barnet er innlagt på sykehus. Barnets eller ungdommens sykdom kan ha stor innvirkning på deres og familiens liv. Behovet kan være større enn det sykepleierne i utgangspunktet antar. Ved akutt eller kritisk sykdom er det sykepleien til barnet som er i fokus, men foreldre har i stor grad også et behov for å kjenne at det er noen som bryr seg om dem (Sjøbjerg, 2013, s.196). Det oppleves for eksempel som omsorgsfullt om man kommer med støttende bemerkninger og viser interesse for familien under sykehusoppholdet. Det er viktig å informere om at følelser og reaksjoner som skyldfølelse er normale (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89). Sjøbjerg (2013, s. 197) mener at foreldre til alvorlig syke barn ofte glemmer sine egne grunnleggende behov, som drikke, mat og søvn, og at det er helsepersonell som har ansvar for at disse behovene blir dekket. Både Grønseth og Markestad (2017, s. 89) og Sjøbjerg (2013, s. 197) beskriver viktigheten av at foreldrene må få hjelp til praktiske problemer og avlastning slik at de får en pause til å gjøre noe annet.

#### *2.4.3 Støtte i foreldrerollen*

Grønseth og Markestad (2017, s.90) henviser til forskning som sier at dersom foreldrene gis anledning og får hjelp til å fylle foreldrerollen mens barnet er sykt, vil de få en styrket selvtillit, redusert stressnivå og en følelse av at de mestrer å være foreldre. Når et barn blir innlagt på sykehus kan nemlig foreldrene, i varierende grad, oppleve å miste sin rolle som foreldre. Barnet skal muligens gjennom vonde prosedyrer, og det er vondt for foreldrene å ikke kunne holde eller beskytte barnet sitt. Sykepleieren må vise respekt for ulike synspunkter og ønsker, og involvere foreldrene i beslutninger. De må anerkjenne foreldrene som en ressurs og styrke deres omsorgsressurser. Det er viktig med en avklaring av roller og finne ut hvilke oppgaver foreldrene selv ønsker å utføre. Sykepleieren og foreldrene utfyller hverandre i samarbeidet om omsorgen. Sykepleieren har fagkunnskapen og innsikt i avdelingens rutiner og drift, mens foreldrene kjenner barnets reaksjoner, uttrykk og vaner

best. Rollefordelingen har en direkte sammenheng med alvorlighetsgraden av barnets tilstand. Jo sykere barnet er, jo mer ansvar har sykepleieren. Etter hvert som barnets tilstand endrer seg må rollefordelingen justeres, slik at foreldrene får en mer selvstendig rolle. De bør få støtte og ros for alle bidrag de kommer med (Grønseth & Markestad, 2017, s. 90-92).

#### *2.4.4 Sykepleie av god kvalitet*

Grønseth og Markestad (2017, s. 92) skriver at foreldre oppfatter sykepleiere som bryr seg, handler aktivt og målrettet når det er nødvendig, behersker ulike oppgaver, koordinerer pleie og behandling og er kunnskapsrike og trygge i jobben sin, som flinke og ansvarlige. Videre skriver de at sykepleierne som gir barnet god pleie, behandler det med respekt og verdighet og anerkjenner foreldrenes rolle i omsorgen. De hevder at tilliten til helsepersonellet og tilfredshet ved sykehusoppholdet bygger på at foreldrene opplever klar kommunikasjon og en empatisk holdning.

### 3.0 Metode

En metode er redskapet i møte med det man vil undersøke. Metoden er altså et hjelpemiddel for å samle inn data og den informasjonen man trenger til undersøkelsen og for å svare på problemstillingen (Dalland, 2007, s.81). I metodekapittelet beskrives det hvordan en skal gå fram for å samle inn data til oppgaven. Man beskriver hvilken metodetilnærming og hvilke typer data som skal benyttes. Alle valg for metode skal beskrives i dette kapittelet og skal være så presist formulert at andre skal kunne etterprøve det en har gjort og komme til samme konklusjon (Thidemann, 2017, s. 76).

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

I arbeidet med denne oppgaven ble det gjennomført litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie systematiserer man kunnskap fra skiftelige kilder (Thidemann, 2017, s. 79). Magnus og Bakketeig (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2017, s. 79-80) sier at det å systematisere kunnskap innebærer å samle litteratur, kritisk gå gjennom den og tilslutt sammenfatte det hele. Videre skriver Thidemann (2017, s. 80) at hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan man har kommet fram til kunnskapen.

#### 3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjons

For å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur, ble det definert noen eksklusjon- og inklusjonskriterier, som vist i figur 3.1, s. 11. Dette gjør i, følge Thidemann, søket mer hensiktsmessig opp mot problemstillingen (2017, s. 84). Sykepleie er et fagfelt som vokser raskt, og Dalland (2007, s. 70) skriver at det nettopp derfor vil være nødvendig si noe om artiklene er tilstrekkelig oppdatert. Derfor er det satt en grense på at artiklene må være publisert mellom 2009-2019. Forskingen måtte ha foregått på vestlige sykehus fordi det var ønskelig at det var innholdet var overførbart til norsk praksis, og artiklene måtte være engelsk- eller skandinaviskspråklige. Artiklene måtte være fagfellevurdert, og ikke kunne ikke falle utenfor for avgrensingen av oppgaven. For å avgrense pasient- og pårørendegruppen, ble barn med onkologiske sykdommer og barn som fikk palliativ behandling utelukket.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskningsartikler publisert i 2009-2019</li> <li>• Engelsk og skandinavisk (norsk, dansk, svensk) skriftspråk</li> <li>• Publisert i vestlige land</li> <li>• Fagfellevurdert</li> <li>• Omhandler foreldre til barn innlagt på somatiske sykehus</li> <li>• Fokus med samarbeid mellom sykepleier og foreldre</li> <li>• Barna må være friske før skaden eller sykdommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn med onkologiske sykdommer</li> <li>• Barn som får palliativ behandling</li> </ul>

**Figur 3.1** Inklusjons og eksklusjonskriterier

### 3.3 Litteratursøk og søkehistorikk

Til å begynne med ble det utført et bredt og usystematisk søk med «parents», «needs» «critically ill children», «critically injured children», «foreldres opplevelser» og «nurse» i *Google scholar*, i bladet *sykepleien* og bibliotekets egen søkemotor *Oria* ved manuell søking (Thidemann, 2017, s. 83). To artikler ble inkludert på grunn av sin relevans for problemstillingen fra det manuelle søket, henholdsvis en fra *Oria* og en fra bladet *sykepleien*. Søket er presentert i vedlegg I, søkehistorikk, s. 3 av 3.

Utgangspunktet for det systematiske litteratursøket var at problemstillingen var søkbar og presis, og for å forberede problemstillingen ble PICO benyttet som verktøy som presenter i figur 3.2, s. 12 Bokstavene i PICO står for «population/patient/problem», «intervention», «comparison» og «outcome» (Helsebiblioteket, 2016 a). **P** betegner hvilke typer pasienter eller personer problemstillingen handler om. **I** betegner hvilke tiltak eller hvilken intervensjon man ønsker å vurdere. Det kan blant annet handle om informasjon, veiledning, forbyggende tiltak eller andre tiltak. **C** fylles ut om man ønsker å sammenligne to typer tiltak.



O betegner hvilke endepunkter man er interessert i (Thidemann, 2017, s. 86). Med hjelp fra søkeakutten, som er et tilbud på biblioteket campus Kronstad, ble det funne søkeord ut fra PICO. For å finne gode søkeord er det også brukt den helsefaglige emneordlisten MeSH - Medical Subject Headings (Thidemann, 2017, s.87).

	Norske ord	Engelske ord	Mesh-terms
P - patient/problem	Foreldre Familie Barn Kritisk sykdom Akutt skade	Parents Family Child Critical illness Acute injury	#Family #Child #Critical illness
I - intervention	Forelder-sykepleier relasjon Profesjon-familie relasjon Familiesentrert omsorg	Parent-nurse relation Professional-Family relations Familycenterd care	#Professional-family relations
C - Comparison	-	-	-
O - Outcome	Opplevelse av ivaretagelse Omsorg	Care	

**Figur 3.2** Pico

P, population, er foreldrene til de kritisk syke eller skadde barna innlagt på sykehus. I, intervensjonen, er relasjonsbyggende tiltak som kan være ulike former for omsorg. Ut fra problemstillingen er det ingen intervensjoner som skal sammenlignes og derfor utelukkes C. O er utfallet og det man ønsker å finne svar på ut ifra P og I. O er opplevelsen av å bli ivaretatt.

*Cinahl, Cochrane, Medline og Svemed+* er databaser som var aktuelle for problemstillingen og det systematiske søket. De dekker sykepleiefag og helsefaglige tidsskrifter (Thidemann, 2017, s. 85), og har vært brukt i kunnskapsbasert praksis tidligere i studieforløpet.

Databasene har forskjellige layout, men søkeprinsippene er de samme. Søkeordene ble kombinert med «OR» og «AND». Synonymer på søkeord ble kombinert med «OR» og ordene ble så kombinert med «AND». Søket ble også avgrenset for årstall og skriftspråk, for å ekskludere de som er for gamle eller de som ikke var engelsk- eller skandinaviskspråklig. Alle ordene i det systematiske søket ble skrevet på engelsk. Ordene er søkt på som MeSH-terms og som keywords, det vil si ord som forfatteren selv har lagt som søkeord. Det systematiske søket er presentert i vedlegg I, søkehistorikk, s. 1 av 3 og s. 2 av 3.

### 3.4 Artikkellutvelgelse og kildevurdering

Hvordan artikkellutvelgelsen ble gjort vises i vedlegg II, Flytdiagram. Artikkene ble først vurdert om de møtte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Så ble de vurdert for sin relevans i overskrift og ingress. Av de som var tilgjengelige ble 14 studier lest i fulltekst og kritisk vurdert. Fra det systematiske søket ble det tilslutt inkludert 5 artikler. 2 fra Cinahl, 1 fra Medline, 1 fra svemed+, som også var en del av resultatet i Cinahl, og 1 fra Cochrane. 2 av artiklene er valgt ut fra det manuelle søket. Disse ble først valgt ut fra sin relevans i overskrift og deretter lest i fulltekst.

Kildene ble vurdert både for om det var relevant for problemstillingen, men også med tanke på innholdets kvalitet. Artikkene som ble inkludert etter artikkellutvelgelsen var 4 studier utført ved intervju og 2 oversiktsartikler der flere forskningsartikler er sammenfattet. For å lette arbeidet med å kritisk vurdere forskningslitteraturen som ble inkludert, ble helsebibliotekets sjekklister brukt som hjelpemidler (2016 b). Helsebiblioteket sine sjekklister dekker de fleste studiedesign og er bygd opp slik at det er lett å følge dem. Den kvalitative sjekklisten ble brukt til artiklene med intervju, og sjekklisten for oversiktsartikkel ble brukt på oversiktsartiklene.

De fire inkluderte enkeltstudiene basert på intervju var relativt små og bestod av få deltagere. Dette kan sees i sammenheng med at det kan ha vært vanskelig å rekruttere foreldre i den krisen det er å ha et kritisk skadet eller sykt barn, men også at foreldre ikke møtte studienes inklusjonskriterier. Foreldrene som møtte inklusjonskriteriene hadde store

likheter når det gjelder etnisitet, noe som kan svekke overførbareheten til foreldre med andre etnisiteter.

Det ble også inkludert en oversiktsartikkel og en systematisk oversiktsartikkel som gjennomgår flere studier av implementering av ulike modeller av familiesentrert omsorg. Oversiktsartikkelen hadde 13 inkluderte studier, mens den systematiske bare hadde 1 studie som møtte inklusjonskriteriene. Fordi den systematiske oversiktsartikkelen bare hadde inkludert en artikkel, kan resultatet være for begrenset til at man kan bruke det. I tillegg var inklusjonskriteriene alder på 0-12 år, som vil si at de fra 13-18 år er ekskludert.

Artiklene var publisert i anerkjente tidsskrifter som, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *Journal of Pediatric nursing*, *Journal of Child Health Care*, *Injury*, *Cochrane Library* og bladet *sykepleien*. De var publisert i henholdsvis Australia, Norge og Sverige, men ene oversiktsartikkelen av Curtis, Foster, Mitchell og Van (2016, s. 334-337) hadde inkludert en studie fra Thailand. Oversiktsartikkelen ble likevel inkludert fordi majoriteten av de inkluderte studiene var fra Australia og USA.

Det som også må tas i betraktning er at artiklene, som er inkludert, i stor grad baserer seg på sekundærlitteratur. Noe som betyr at teksten i artiklene er bearbeidet og presentert av en annen en de opprinnelige forfatterne (Dalland, 2007, s. 70).

### 3.5 Kvantitative og kvalitative studier

Forskningsartiklene som er inkludert i oppgavebesvarelsen, er både basert på kvalitativ og kvantitativ forskning. Ifølge Dalland (2015, s. 112) bidrar dette på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. *Kvantitative data* er såkalt harde og objektive data i målbare henter som tall. De er nødvendige når en ønsker svar på objektive data der en vil vite hvordan flere forhold samvarierer, for å forta sammenligninger og finne tydelige mønstre som gjør at kunnskapen kan generaliseres. Typisk for kvantitative studier er spørreundersøkelser (Thidemann, 2017, s. 77-78). Hensikten med *kvalitative data* er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker,

forventninger, motiver og holdninger, og for å få frem nyanser. Disse dataene kalles ofte for myke data, og kjennetegnes ved å tilegne seg dybdekunnskap om et tema. Typisk for kvalitativ metode er intervju (Thidemann, 2017, s. 78).

### 3.6 Metodekritikk

Dalland (2015, s. 114) skriver at ingen metode er perfekt og at det derfor krever at forskeren må gjøre rede for på hvilken måte usikkerhet ved metoden kan ha påvirket resultatet.

Når man gjennomfører en litteraturstudie sammenfatter man data innhentet av andre, og bruker det for å svare på en problemstilling som kan ha en annen vinkling enn det studien i utgangspunktet hadde. Resultat fra disse studiene ble nøye vurdert og plukket fra hverandre og kan føre til feilkilder i litteraturstudiet. Dessuten var fem av seks artikler på engelsk, noe som kan medføre til feiltolkninger av ord og uttrykk. På grunn av dette har det vært viktig å lese artiklene nøye for å få en riktig forståelse av innholdet.

Inklusjonskriterier og kombinasjoner i søket kan ha ført til at relevant litteratur ikke har blitt oppdaget og dermed ikke inkludert. For eksempel ble to av artiklene med svært høy relevans funnet i det manuelle søket. Disse dukket ikke opp i det systematiske søket. Noe som er en svakhet.

### 3.7 Etske overveielser og akademisk redelighet

Alle artiklene er fagfellevurderte, det vil si at forskningsbidraget er kvalitetssikret av ved at eksperter innenfor faget kritisk vurderer bidraget før publikasjon (Svartdal, 2018). De fire enkeltstudiene med intervju er etisk vurdert av enten regionale forskningskomiteer eller etiske komiteer på sykehus eller universitet. Det er forøvrig oppgitt i Sjuls og Johannessen (2015, s. 251) at studien deres følger Helsinkideklarasjonen, men det sier ikke de andre artiklene noe om. Det kommer ikke like godt fram i oversiktsartiklene hvilke etiske overveielser som er tatt, slik som i de andre studiene som har egne avsnitt for dette. En av artiklene var fra Cochrane library, og det er generelt kjent at disse artiklene er av svært høy kvalitet. Alle som er intervjuet i artiklene er anonyme, frivillige deltakere og de kunne trekke seg når de ville fra studien.

Dalland (2015, s. 83-84) skriver at ved å referere korrekt, oppfyller man de akademiske verdiene som åpenhet, etterprøvbarehet, vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon. Dette gjør det også lettere for leseren å følge tankegangen og finne fram til skiftelige kilder som er brukt i oppgaven. Plagiat betyr å utgi andres arbeid som ditt eget, men ved å referere korrekt unngår man dette. Derfor er det etter beste evne referert til all inkludert litteratur og fulgt APA 6th referansestil for å presentere informasjonen fra disse.

## 4.0 Resultat

Litteraturen er sammenfattet etter tema som er gjentakende i artiklene. Oversikt over resultatene og de inkluderte artiklene vises i vedlegg III, litteraturmatrise.

### 4.1 Når livet blir snudd på hodet – foreldrenes opplevelser når barnet blir innlagt

Flere av de inkluderte studiene beskrev hvordan foreldrene opplevde at barnet deres ble kritisk syke eller skadde og innlagt på sykehus. Forfatterne refererer både til tidligere studier gjort av andre, og foreldrenes opplevelser som var en del av det innsamlede materialet til artikkelen.

Enkelte av foreldrene i studien til Sjuls og Johannessen (2015, s.251), beskrev at de var i krise og redde for at barnet skulle dø. En av foreldrene forteller: «Det er sjokkartet. Å si det høyt: Han ligger på respirator på intensiv. Det er absurd rett og slett». For dem oppstod ubehaget når behandlingen ikke gikk som det var tenkt, og deres uvisshet rundt diagnose og tidsperspektiv gjorde dem nervøse og anspente. Medisinsk utstyr bidrog til alvor og de som hadde barn på respirator opplevde størst bekymring og usikkerhet. I begynnelsen av intensivoppholdet opplevde foreldrene at de var i en unntakstilstand, men at de foreldrene fikk mer ro jo lengre ut i forløpet de kom. Foreldrene i Dahav og Sjöström-Strands (2018, s. 366-367) beskrev situasjonen som uvirkelig og kaotisk, og i Mattsson, Arman og Castrens (2014, s. 341) studie opplevde foreldrene en fysisk og følelsesmessig avstand til barnet når de ble flyttet til den pediatrike intensiv avdelingen. Den alvorlige tilstanden til barnet skremmende og forhindret foreldrene å være nær barnet. Alle foreldrene i Foster, Young, Mitchell, Van og Curtis (2017, s.115) studie beskrev barnets skade som et sjokk uavhengig av hvordan skadene oppstod. Mange av foreldrene var tillegg følelsesmessig traumatiserte av skaden barnet hadde, og følte stor sorg, frykt og tristhet.

### 4.2 Foreldrenes erfaringer med sykepleierne

For foreldrene i Dahav og Sjöström-Strands (2018, s. 367) studie var det viktig å få et personlig forhold til helsepersonellet som tok seg av barnet. Dette forholdet kunne

personalet skape ved å introdusere seg selv, forklare hva de gjorde, forklare situasjonen og skissere en plan for oppholdet. Foreldrene var veldig fornøyd med personalet som gjorde dette. Dette reduserte stressopplevelsen deres og skapte en tillit mellom helsepersonellet og foreldrene.

Flere av foreldrene i Sjuls og Johannessen (2015, s. 252) opplevde det som vanskelig å forholde seg til mange forskjellige mennesker. En forelder i Sjuls og Johannessen studie beskrev det slik:

Det kommer leger, det kommer sykepleier. Alle tar deg i hånden og hilser på, men jeg vet ikke hvem som er hvem egentlig. Noen kommer i grønn frakk, noen kommer i hvit frakk. Noen har en tykk notisbok i lomma og du regner med at kanskje han er lege. Men du vet ikke. (2015, s. 252)

Foreldrene opplevde også at den faglige kompetansen på den aktuelle avdelingen var høy, og det var positivt når personalet vedkjente sin begrensing og henviste til andre.

En forelder forklarte det slik:

De sa at dette var de ikke så gode på: «Nå må vi bare snakke med noen som kan dette.» Og det er litt deilig fordi jeg skjønner jo såpass mye at fordi om en jobber på intensiv så kan en jo ikke være spesialist i alt. (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 252)

#### 4.3 Involvering og informasjon

I Dahav og Sjöström-Strands studie (2018, s. 365) beskriver foreldrene betydningen av å være involvert i barnets omsorg. Deres deltakelse opplevdes som viktig både for seg selv og for barnet, og de var svært takknemlig når helsepersonellet på avdelingen tok initiativ til å involvere dem. Personalet spurte foreldrene om de ville delta eller ikke, og respekterte hva de ville, noe som fikk foreldrene til å føle seg bedre. Når barnets tilstand hadde stabilisert seg klarte foreldre å ta mer del i omsorgen og vanlige gjøremål som å skifte bleie eller mate barnet. Dette var veldig verdifullt for dem, og en forelder utalte: «We could deal with the

usual care and it felt so good to hold on to something ordinary» (Dahav & Sjöström-Strand, 2018, s. 365).

I studien til Mattsson, Arman og Castren (2014, s. 341) ble sykepleieren beskrevet som en brobygger som gjennom sin omsorg for barnet, og et rolig og tillitsfullt miljø, viste hvordan foreldrene skulle snakke til og røre det alvorlig syke barnet. En forelder fortalte:

They talked a lot, like, now we are going to put a tube in your throat. Now I'll touch your right hand a bit, and will hold here so now we are going to, now you'll feel a bit cold here. When I sat beside and felt, wow, he understands me, I can also talk like that to him. After that I talked more with him, read more, talked to him. (Mattsson et al., 2014, s. 341)

Mattsson et al. (2014, s. 341) mener at dette utdraget fra et av intervjuene viser hvordan en bro kan åpne muligheter for at foreldrene kan se gjennom sykdommen til barnet.

#### 4.4 Familiesentrert omsorg

Curtis, Foster, Mitchell og Van (2016, s. 330) mente i sin studie at det er behov for å utvikle og evaluere omsorgsmodeller basert på familiesentrert omsorg som kan gi positive følger for kritisk syke barn og deres familier. I denne studien gikk forfatterne gjennom 13 studier der det var implementert forskjellige modeller av familiesentrert omsorg. Studiene er av forskjellig studiedesign, som vil si både kvalitative og kvantitative studier. Mange av studiene i denne oversiktsartikkelen viser til resultat der modeller av familiesentrert omsorg har hatt positive effekter. Utfallene har blant annet vært redusert angst og stress hos foreldrene, høyere tilfredshet med omsorgen utøvd av sykepleierne og en bedre åpen kommunikasjon mellom sykepleierne og foreldrene. Reduksjonen i angst kom som følge implementering av en familiesentrert modell som førte til økt selvtillit, engasjement og bevissthet for barnets behandlingsplan hos foreldrene. Selv om disse modellene for familiesentrert omsorg kan skape positive utfall for familiene til kritisk syke barn, konkluderer forfatterne med at det er behov for å beskrive hvordan man best mulig kan forme og implementere slike modeller slik at det passer inn i de forskjellige avdelingene.



I den systematiske oversiktsartikkelen ville Shields, Zhou, Pratt, Taylor, Hunter og Pascoe (2012, s. 1) finne hvilken effekt familiesentrerte modeller hadde på omsorgen til det innlagt barnet, familien, og helseforetakene i forhold standard modeller. Det ble satt en rekke eksklusjons og inklusjonskriterier for denne systematiske oversiktsartikkelen og det var bare en studie som møtte alle kriteriene (Shields et al. 2012, s. 2). Den inkluderte studien var en RCT (randomisert kontrollert studie) og hensikten var å måle hvilken effekt «care-by-parent unit (CBPU), hadde for de involverte i pleien, og hvilke økonomiske og fysiske utfall det hadde. Det viste seg at implementeringen førte til at barna i større grad fikk den omsorgen de trengte sammenlignet med standard innleggelsesforløp. Foreldrene var i tillegg mer fornøyd med CBPU, som ble vurdert før utskrivelse og 7 dager etter utskrivelse av barnet. Kostnadene var lavere for CBPU sammenlignet med standardpasientbehandling. Det ble ikke rapportert andre utfall for implementeringen av CBPU. Forfatterne skriver at de har funnet begrensede, og moderate evidenser for at er noen fordel av en familiesentrert omsorg for barn, foreldre eller kostnadsmessig. De skriver videre at det trengs mer forskning på hvordan modeller av familiesentret omsorg kan virke inn på pleien til barn og familier på sykehus.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Å møtes i det kjente

Når en sykepleier tar imot foreldre som har et kritisk sykt eller skadd barn, møter hun eller han redde, usikre og engstelige mennesker som befinner seg i en stressende og hjelpeløs situasjon. Lignende følelser skildres både av foreldrene i intervjuet til Sjuls og Johannessen (2015, s. 251), Foster et al. (2017, s. 115) og Dahav og Sjöström-Strand (2018, s. 366-367). Foreldrene beskriver sjokkerte følelser og være uten kontroll. Når barnet da legges inn er det som regel uten forvarsel og de involverte har ofte ikke hatt tid til å forberede seg (Sjøbjerg, 2013, s. 186). Foreldre og barn kommer inn i et ukjent miljø, som kan virke skremmende. Dersom barnet er så sykt eller skadd at det må overføres til en intensivavdeling, vil det ifølge Stubberud (2013, s. 18) være avhengig av kontinuerlig overvåkning med monitorering av kroppens vitale funksjoner, intensiv medisinsk behandling og sykepleie i sykehus. Dersom en pasient må overvåkes innebærer det som oftest mye utstyr som for eksempel scope som kan monitorere blant annet puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens og oksygenmetning. Pasienter som krever medisiner intravenøst har ofte flere pumper som styrer dette og noen pasienter trenger også hjelp til å puste med en respirator. Alle maskinene piper eller blinker og har minst en ledning som skal festes på barnet. En far fra praksis beskrev dette som spagettikaos.

I flere av studiene beskrev foreldrene konkrete tiltak som sykepleierne gjorde for å skape en kjent, trygg situasjon og atmosfære for dem. For eksempel tilbydde sykepleierne i studien til Mattsson et al. (2014, s. 342) en god stol å sitte i til foreldrene. Dette opplevdes som en innbydende og imøtekommende gest. I Dahav og Sjöströms studie (2018, s. 366) fortalte foreldrene at selv om barnet var kritisk sykt, følte de at personalet tok seg tid til å ivareta dem. Det kunne være små ting som å tilby dem noe å drikke, eller spørre om de var sultne. Foreldrene intervjuet av Sjuls og Johannessen (2015, s. 252) følte også at personalet tok vare på dem og var omsorgsfulle. De opplevde at personalet gav dem en ekstra service i form av at de tilbydde mat, delte personlige erfaringer eller gav dem en paracet. Sjøbjerg (2013, s. 197) mener at foreldre i krise ofte glemmer å ivareta sine egne grunnleggende behov som søvn, mat og drikke. Å passe på dette kan virke omsorgsfullt for foreldrene, og er nødvendig

for at foreldrene skal fungere i samarbeidet om barnets pleie. Da trenger de energi, væske og søvn.

Martinsen (2003, s. 76) skriver at det mest fundamentale i en omsorgssituasjon er å gjøre den kjent slik at den oppleves som trygt og ikke fremmed. En stol, et måltid eller en kopp kaffe er dagligdagse ting som de fleste kan assosiere med noe godt. En god stol å sitte i kan assosieres med en trygg og lun stue, hvor man kan hvile seg og slappe av. De fleste har opplevd å være sliten etter en lang dag på enten jobb eller fjelltur, og følelsen av å endelig sette seg i en myk og god stol er lett å kjenne seg igjen i. Å tilby noen mat er mange kulturer sett på som en hyggelig gest, og i kriser kan det være godt når noen hjelper deg å huske på å spise og drikke. Skal man gå ut ifra opplevelsene til foreldrene i artiklene kan enkle gjenstander som er kjent fra livet utenfor sykehuset, skape en kjent og trygg situasjon i spagettikaoset av ledninger og medisinteknisk utstyr. Martinsen mener at vi er i en tid der sykepleierne opplever at helsevesenet skal effektiviseres og at det skal tenkes økonomi i alle ledd (Fonn, 2019). Da kan det være fort gjort å glemme disse enkle redskapene. En god stol, en kopp kaffe eller en brødkive. Med tanke på dette er kanskje Martinsens kamp for omsorgsverdier og ivaretagelsen av sykepleiers egenart like aktuell i dag som på 70-tallet. Sykepleiers egenart handler selvfølgelig om mer enn brødkiver, men å hente en kopp kaffe til en sliten pappa trenger ikke å ta lang tid, og følelsen av å få noe varmt i kroppen når man er engstelig og trøtt kan være uvurderlig. Et lite hint fra sykepleieren av at «*jeg ser deg*», som ikke krever mer enn et «*ja, takk*» eller «*nei, takk*». En sånn gest kan bidra til at foreldrene føler seg ivaretatt.

## 5.2 Tilpasning av involvering og informasjon – å bare være mamma og pappa

Betydningen at foreldrene kunne delta i omsorgen til det innlagte barnet er dratt fram i flere av artiklene og i teorien som er inkludert. Sjøbjerg (2013, s. 194) skriver at foreldrenes viktigste rolle i sykehuset er å sørge for at barnet blir godt ivaretatt, men at dette kan være utfordrende hvis barnet overføres til en intensivavdeling. Videre mener hun at foreldrene kan bli helt oppslukte i den kritiske situasjonen, og at bekymringene som dette medfører fyller all deres tid. I Sjøbjergs (2013, s. 194) teori om deltakelse framhevet foreldrene at det

viktigste for dem var å delta i omsorgen og være tilstede for barnet. De ønsket å etablere et samarbeid med helsepersonellet og dele sin erfaring som foreldre.

I mangel på dette samarbeid kan foreldrene bli mistroiske og årvåkne. Som nevnt føler ikke foreldre seg hjemme i et sykehusmiljø og usikkerheten kan gi dem en hjelpeløs følelse. Sjøbjerg (2013, s. 194) henviser til forskning at denne følelsen kan slå ut på flere måter. For noen foreldre kan følelsen av usikkerhet innebære at de tar fullt ansvar for barnet og oppfører seg som ansatte på avdelingen. De stiller spørsmål og følger nøye med på det som foregår. Andre foreldre kan bli passive og kan føle at de er i veien og til bry. Foreldrene kan reitere forskjellig utfra deres forutsetninger. Dette kommer også fram i de inkluderte studiene. De fleste foreldrene satte stor pris på ærlig, direkte og oppriktig informasjon, selv om prognosene var dårlige (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 252; Dahav & Sjöström-Strand, 2018, s. 367; Foster et al., 2017, s. 116), men noen foreldre beskrev at det ble en stressfaktor om de fikk for mye informasjon om det som skulle skje framover, når det var nok å takle det som skjedde her og nå (Dahav & Sjöström-Strand, 2018, s. 367). Noen foreldre så på det som deres ansvar å forstå behandlingen barnet fikk og stille spørsmål om prognosen til barnet (Foster et al., 2017, s. 116). Andre understreket at det var godt å slippe å ha behandlingsansvaret for barnet (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 252). På bakgrunn av det som kommer fram i studiene er det ikke en fasit på når foreldrene føler seg klar for informasjon og hva de vil involveres i.

Sentralt i Martinsens (Martinsen, 2003, s. 71) omsorgsteori står forståelsen av det andre mennesket. At man anerkjenner mennesker ut fra deres situasjon og at man som medmenneske kan forstå den syke fordi livene våre har likhetstrekk. For å kunne tilpasse informasjonen og vite når det er rett å involvere foreldrene, må sykepleierne kjenne foreldrene, spørre dem og anerkjenne dem ut fra deres situasjon. Foreldre til kritisk syke eller skadde barn kan ha forskjellig bakgrunn, og erfaringsmessig kan det være avgjørende for sykepleieren å bli godt kjent med foreldrene. Noen foreldre er kanskje leger eller sykepleiere som har mye erfaring fra sykehus, mens andre knapt nok har vært innenfor dørene. Det er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, s. §3) at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og at den er tilpasset mottakers

forutsetninger. Det vil bli vanskelig å tilpasse informasjonen til mottakers forutsetninger eller vite når man skal involvere foreldrene om man ikke har blitt kjent med de først.

Det å tilpasse graden av involvering til foreldrene handler i stor grad om å avklare rollene til de forskjellige som har ansvar det kritisk syke eller skadde barnet. Grønseth og Markestad (2017, s. 90) skriver at foreldrene trenger støtte i foreldrerollen og henviser til forskning som sier at foreldre som gis anledning og hjelp til å fylle foreldrerollen mens barnet er sykt, får en styrket selvtillit, redusert stressnivå og en følelse av at de mestrer å være foreldre. Det å føle seg nyttig er også noe som foreldrene beskrev som godt og er dratt fram i artikkelen til Sjuls & Johannessen (2015, s. 252). Å hjelpe til i de daglige rutinene på avdelingen beskrev foreldrene som noe godt: «Så kan en gjøre noe, om det bare er å dra av et plaster eller tørke med en klut eller noe sånt. Der er så godt å gjøre noe» (s. 252). Mens noen foreldre beskrev i den samme artikkelen at de følte seg av og til i veien (Sjuls & Johannessen, 2015, s.252).

Det å kunne tilpasse involveringen og informasjonen ser ut til å være en viktig del av en sykepleiers omsorgsgivende funksjon for å ivareta foreldre til kritisk syke eller skadde barn. Både på bakgrunn av det som kommer fram i det intervjubaserte studiene og det som kommer fram i teorien. Det kan se ut til å redusere angst og stressfølelsen, og bidra til opplevelse å ha kontroll og skape en nærhet mellom foreldrene og barnet. Det må tas høyde for at foreldrene er forskjellige og at de trenger individuell hjelp til å komme nærmere barnet sitt. Involveringen bør kanskje begrenses til at foreldrene kan dekke basale behov for barnet som mat, toalettbesøk og stell (Sjøbjerg, 2013, s. 195). Da at de har muligheten til å bare være mamma og pappa, og ikke leger eller sykepleier. Ved riktig tilpasning anerkjenner man dem ut fra deres situasjon, noe som ifølge Martinsen er en av de fundamentale kvalitetene ved omsorg.

### 5.3 Åpen kommunikasjon og det faglige skjønnet

Kommunikasjon er beskrevet både av Grønseth og Markestad (2017, s. 88) og Sjøbjerg (2013, s. 192) som et vesentlig moment i omsorgen til pasientens foreldre. En åpen kommunikasjon kan etableres gjennom det å være tilgjengelig, ta ofte kontakt og snakke mye med foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Videre mener Grønseth og

Markestad (2017, s. 88) at kommunikasjon kan forbedres ved bruk av mer tid og stillhet, eller ved å unngå vanskelig medisinsk fagterminologi og heller forklare det på en forståelig måte. I forskningen til Dahav og Sjöström-Strand (2018, s. 366) kommer det fram at helsepersonell som tok seg tid til å sitte ned og snakke med foreldrene om andre ting enn barnets sykdom, hadde en positiv effekt. Det fikk foreldrene til å føle seg mer avslappet. Det var også viktig for dem å få et personlig forhold til helsepersonellet. Foreldrene mente at dette kunne skapes ved at personalet introduserte seg selv, forklarte situasjoner og hva de gjorde med pasienten (2018, s. 367). Disse tingene fikk dem til å føle seg fornøyd, det reduserte stressfølelsen og skapte en tillit til helsepersonellet. Det å snakke om andre ting enn det syke barnet er også noe som er trukket fram av foreldrene i studien til Sjuls og Johannessen (2015, s. 252). Foreldrene fortalte at det opplevdes godt dersom sykepleieren klarte å snakke om andre ting og ta oppmerksomheten litt vekk fra det syke barnet. Videre fortalte de at de forholdt seg til mange ulike personer under oppholdet, og beskrev disse som «varme» og «kalde» mennesker. Hvordan personalet var som personer kunne være helt avgjørende om de stolte på dem eller ikke. Foreldrene kunne bli spesielt knyttet til personer som gav litt mer av seg selv enn det man kunne kreve. Når personalet opptrådte med skrikende stemme og virket stresset kunne foreldrene oppfatte at personalet ikke hadde kontroll (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 253). Det opplevdes som omsorgsfullt for foreldrene i studien til Mattsson et al. (2014, s. 342) dersom sykepleiere eller leger som gjorde noe litt utenfor rutinene, som for eksempel å finne en leke til barnet. Med dette følte foreldrene at helsepersonellet hadde et spesielt engasjement for deres barn.

Martinsen (1993, s.140) beskriver det faglige skjønnnet i sykepleiefaglig sammenheng å være åpen og medlidende for den andres lidelse og smerte, samtidig som man vurderer tilstanden faglig. Med dette arbeider medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten sammen med fagkunnskapene når sykepleieren handler riktig og godt mot andre. På sitt beste hevder Martinsen at skjønnnet formidler faglighet og omsorgens barmhjertighet (1993, s. 138). Martinsen (Fonn, 2019) fastslår i sitt intervju med bladet *sykepleien* at vi lever i en hastig tid der pleien utfordres. Hun har forholdt seg til tekster av pasienter og pårørende og på bakgrunn av dette hevder hun at det er veldig tempo og et akselerert samfunn. Martinsen hevder videre at tempo hindrer sykepleieren å se klart og skyldfølelsen kan melde seg når hun eller han kommer i garderoben. Tempoet kan hindre sykepleieren å ta imot

pasientinntrykkene. Av det som kommer fram i teorien og forskningen kan det tenkes at åpen kommunikasjon, det å snakke om andre ting enn sykdom og gi litt ekstra av seg selv kan oppleves som omsorgsfullt for foreldre med alvorlig syke eller skadde barn innlagt på sykehus. Men disse elementene tar tid, og på bakgrunn av Martinsen påstander og egne erfaringer fra praksis, er tid en mangelvare i sykepleien. Dersom man har tid til å stille seg åpen for inntrykkene som uttrykkes av den andre (Martinsen, 1993, s. 138), har man tid til å utøve det faglige skjønnet. En sykepleier som kan oppfatte en forelders lidelse, gjennom for eksempel sine kommunikasjonsferdigheter, altså faglige kunnskaper, og kan lindre lidelsen ved å sette seg ned med dem, snakke rolig, hjelpe dem å få tankene over på noe annet eller forklare en situasjon. Ut fra teorien vet man foreldrene kan påvirke barnets reaksjon med sin uro og angst (Sjøbjerg, 2013, s. 127-128), og dersom en sykepleier lindrer lidelsen til foreldrene vil dette ha en positiv effekt på barnet som er pasient.

#### 5.4 Familiesentrert omsorg

Familiesentrert omsorg er i litteraturen beskrevet som en arbeidsmetode som kan hjelpe foreldrene til å mestre barnets eller ungdommens sykehusopphold, og ifølge Grønseth og Markestad (2017, s. 88) er dette dokumentert i flere forskningsartikler. Det støttes også i Sjøbjergs teori (2013, s. 190) som bruker begrepet familiefokusert omsorg, som i stor grad innebærer det samme. Curtis et. al. (2016, s. 330) mener at det er behov for å utvikle modeller der hensikten er å implementere familiesentrert omsorg for å bedre utfallet til kritisk syke barn og deres familier. I den studien til Shields et. al. (2012, s. 1) var hensikten å vurdere effekten familiesentrerte omsorgsmodeller hadde på barn, familier og helsepersonell, og sammenligne dette med standard modeller. I sin artikkel mener de at familiesentert omsorg innebærer involvering og samarbeid med foreldre (eller familiemedlemmer). I motsetning til det de kaller standard modeller der helsepersonellet spiller en større rolle i planlegging og utformingen av behandlingsplaner, basert på barnets eller familiens behov. Familien forventes da generelt å overholde de planene som er satt av helsepersonellet (Shields et al., 2012, s. 4).

Selv om forfatterne Shields et. al (2012, s. 13) og Curtis et. al (2016, s. 339-340) skriver i sine konklusjoner at det er gode indikasjoner for at familiesentrerte omsorgsmodeller kan ha

positiv innvirkning på ivaretagelsen både barn, familier og helsepersonell, mener de at det var basert på begrensede data. De mener videre at det trengs mer forskning på hvilke modeller som er effektive, og hva de gjør for barn, familier og helsepersonell. Det er ikke rapportert om skade som har skjedd i forbindelse med implementeringen av de familiesentrerte modellene, men Shields et. al. (2012, s. 4) diskuterer potensielle ulemper med en slik implementering. Potensielle ulemper kan være at foreldrene eller familiene kan føle at de må gi innspill til omsorgen for barnet som er utenfor deres evner, eller at de får mer informasjon enn det barnet eller familien er klar for å høre. Dette kan forårsake ekstra stress eller angst for både foreldrene og barnet. Shields et al. (Shields referert i Shields et al. 2012, s. 4) henviser til den forrige *Cohrane* studien fra 2010, der det stilles spørsmål om det er etisk å fortsette å bruke en modell som det ikke finnes noe bevis for hvor effektiv den er.

Trivette og Johnson (Trivette; Johnson referert i Shields et al. 2012, s. 3) mener at familiesentrert omsorg baserer seg på å anerkjenne familien som en del av pasienten, legge til rette for et godt samarbeid mellom foreldre og helsepersonell på alle nivåer i helsevesenet, anerkjenne familiens styrker og individualiteter, respektere ulike måter å takle situasjoner på, informasjonsflyt, følelsesmessig og økonomisk støtte og utforming av et helsevesen som er fleksibelt, kulturelt kompetent og lydhør for familienes behov.

Spørsmålet er om disse elementene kan settes i bestemte modeller? Er omsorg noe man kan putte i modeller? Shields et al. (2012, s. 2) og Curtis et al. (2012, s. 332) beskriver forskjellige modeller som ble brukt på forskjellige avdelinger og på ulike pasienter og foreldre. Med tanke på det som kommer fram i de intervjubaserte studiene, hadde foreldrene forskjellig oppfatning av hva akkurat de trengte når deres barn ble innlagt på sykehus. Selv om barnet ble innlagt på samme avdeling og hadde den samme diagnosen eller skaden, hadde foreldrene forskjellige behov og en modell hadde dermed kanskje passet for noen men ikke for andre. Det som Shields et al. (2012, s. 3-4) og Curtis et al. (2016, s. 332) beskriver som viktige elementer for familiesentret omsorg, er også trukket fram som viktig for foreldrene intervjuet i de kvalitative studiene. Å jobbe utfra modeller for familiesentrert omsorg kan være en god metode for å ivareta både barn, foreldre og helsepersonell. Ved implementering av modellene kan man sikre seg om at alle får den samme omsorgen for eksempel basert på det Trivette og Johnson (Trivette og Johnson, referert i Shields et al.,



2012, s 3) mener om familiesentret omsorg, men modellene trengs tilpasning til hvert enkelt tilfelle for at man skal best skal ivareta mennesker med forskjellige forutsetninger.

## 6.0 Konklusjon

Foreldre som får barnet sitt innlagt på sykehus på grunn av alvorlig eller kritisk sykdom, opplever situasjonen som stressende, skremmende og ukjent. Hensikten med dette litteraturstudiet var å undersøke hvordan en sykepleier gjennom den omsorgsgivende funksjonen kan ivareta disse foreldrene. Arbeidet med denne oppgaven har vist at sykepleiere kan være viktige støttespillere for foreldrene og en brobygger til det syke barnet. I studiene som ble inkludert, beskriver foreldrene at god informasjonsflyt, åpen kommunikasjon og hjelp til å fylle foreldrerollen har vært viktige for dem under sykehusoppholdet. Noe som sykepleiere kan bidra med i sin omsorgsgivende funksjon ved å anerkjenne foreldrene utfra deres situasjon, legge til rett i et ukjent miljø og involvere dem i pleien til barnet. Konkrete tiltak som blant annet det å presentere seg, snakke om andre ting en sykdom og forklare om medisinteknisk utstyr er trukket fram som betydningsfullt for foreldrene. Dette er også elementer i familiesentrert omsorg, som kan være en nyttig arbeidsmetode for å hjelpe foreldrene med å mestre barnets sykdom eller skade. Ulike modeller basert på familiesentrert omsorg har vist seg å ha noe positive effekter for barn, familier og helsepersonell, men dette er basert begrenset resultat i artiklene.

## Litteraturliste

- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 330-441 <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Dahav P. & Sjöström-Strand, A. (2018) Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32 (1), 363-370. <https://doi.org/10.1111/scs.12470>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fonn, M. (2019). Pleien tar den tiden den tar. *Tidsskriftet sykepleien*, (1), 70-75.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (1999). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (LOV-1999-07-02-61-§3-6). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_2)
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 48(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>
- Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Red.), *Omsorgstenkning* (s.37-55). Stavanger: Fagbokforlaget

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016 a, 3.juni). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016 b, 3.juni). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierstudenter*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanslighet i sykepleien*. Oslo: TANO.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. & Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax forlag.

Mattsson, J. Y., Arman, M., Castren, M. & Forsner, M. (2014) Meaning of caring in the pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study. *Journal of Child Health Care*, 18(4), 336-345. <https://doi.org/10.1177/1367493513496667>

Miles, M. S. (2003). Support for Parents During a Child's Hospitalization: A nurses guide to helping parents cope. *American Journal of Nursing*, 103(2), 62-64. [https://www-jstor-org.galanga.hvl.no/stable/29744962?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www-jstor-org.galanga.hvl.no/stable/29744962?seq=1#metadata_info_tab_contents)

Norsk sykepleierforbund. (2011, 9. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra

<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile?fbclid=IwAR31gVK4svokkxk1li4TYfUuSmF5B8sKT-7oeGuNz1-r5iKcepQmpWkUDZ8>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Roald, B. (2017). sykdom. I B. Roald (red.), Store medisinske leksikon. Hentet 23. mai 2019 fra <https://sml.snl.no/sykdom>

Shields, L., Zhou, H. Q., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J. & Pascoe, E. (2012). Family centred care for hospitalized children aged 0-12 years. *Cochrane Database Syst Rev.*,10(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004811.pub3>

Sjuls, M. & Johannessen, B. (2015). Foreldres opplevelser i intensivavdelingen. *Sykepleien forskning*, (3), 248-255. <http://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55027>

Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s.13-41). Oslo: Gyldendal akademisk.

Svartdal, F. (2018) Fagfelleevaluering. I F. Svartdal (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 23. mai 2019 fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>

Søbjerg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 114-151). Oslo: Gyldendal akademisk.

Søbjerg, I. L. (2013). Omsorg til foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 186-199). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg I Søkehistorikk for systematisk søk og manuelt søk

Side 1 av 3  
Systematisk søk

Cinahl		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
#1 = MH Child OR Child		533 201
#2 = MH Critical illness OR critical illness		12 053
#3 = accidental injury		322
	#4 = #2 OR #3	12 373
#5 = MH Parents OR parents		89 241
#6 = MH Family OR family		239 621
	#7 = #5 OR #6	302 610
#8 = parent-nurse relations OR MH Professional-Family relations		14 514
	#9 = #1 AND #4	1 620
	#10 = #7 AND #9	303
	#11 = #8 AND #10	51

Svemed+		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
#1 = Child		12831
#2 = Critical illness		468
#3 = Parents		2154
	#4 = #1 AND #2	38
	#5 = #3 AND #4	9
	Limits: peer reviewed	6

## Side 2 av 3

Medline		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
#1 = Child.mp OR Child/		2 003 750
#2 = critical illness.mp. OR Critical Illness/		29 703
#3 = accidental injury.mp		1 118
	#4 = #2 OR #3	30 818
#5 = Parents/ OR parents.mp.		182 306
#6 = family.mp. OR Family/		936 690
	#7 = #5 OR #6	1 066 859
#8 = professional-family relation.mp. OR Professional-Family Relations/		14 186
#9 = parent-nurse relations		0
	#10 = #8 OR #9	14 186
	#11 = #1 AND #4	3 635
	#12 = #7 AND #11	470
	#13 = #10 AND #12	67

Cochrane Library		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Family-centred care		2

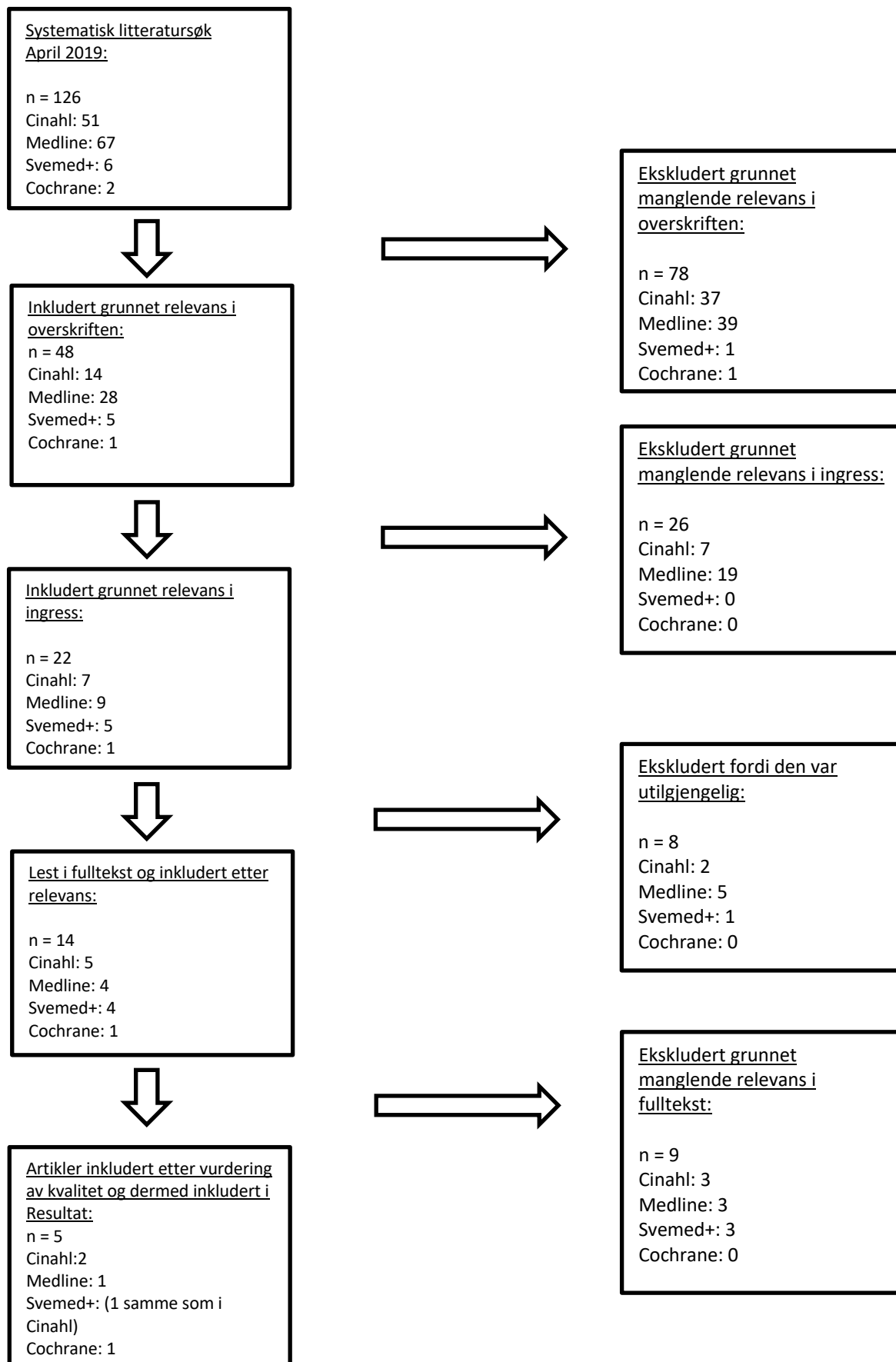


**Side 3 av 3**  
**Manuelt søk**

Sykepleien		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Foreldres opplevelser		167

Oria		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Experiences and needs of parents of critically injured children		3 332

## Vedlegg II Flytdiagram



## Vedlegg III Litteratormatrise

## Side 1 av 8

Litteratormatrise				
Forfatter, <i>tittel</i> pub. år, land, hvor artikkelen er publisert, <b>database</b>	Hensikt	Utvalg	Metode	Resultat
Dahav & Sjöström- Strand,  <i>Parents’ experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study– like being in another world</i>  2017  Sverige,  Scandinavian Journal of Caring Sciences <b>Cinahl og Svemed+</b>	Hensikten med studien var å beskrive foreldrenes erfaringer med å få barnet sitt innlagt på en intensivavdeling for barn. Å identifisere og beskrive deres erfaringer kan legge til rett for å bedre foreldrestøtten på den pædiatriske intensivavdelingen og hjelpe dem å håndtere en stressende situasjon.	Foreldrene til 12 pasienter. Totalt 7 mødre, 2 fedre og et par (mor og far). 11 av barna var diagnostisert med medfødt hjertefeil og 1 barn med brokk i diafragma. Barna hadde vært innlagt i mer en 3 døgn på avdelingen. Alle måtte være svensktalende.	Intervju med kvalitativt design. Det ble brukt åpne spørsmål. Intervjuet varte fra 33-62 min. Intervjuene ble analysert basert på innholdsanalyse.	To kategorier kom fram i denne analysen: «Å være involvert» og «å bli informert», som igjen ble delt inn i syv underkategorier: «omsorg for foreldrene», «trygghet og tillit» «forandring i foreldrenes rolle», «stress og frykt» «viktigheten av å vite», «å være involvert i pleien og være forberedt». Et overordnet tema som oppstod var opplevelsen av å være i en annen verden. Studien konkluderer med at det er en stressende situasjon for foreldrene at barnet er innlagt på en pædiatrisk intensivavdeling, og for å hjelpe foreldrene med å håndtere angst og stress, må de være informert og involvert i barnets omsorg.

## Side 2 av 8

Litteratormatrise				
Forfatter, tittel, pub. år, land, hvor artikkelen er publisert, database	Hensikt	Utvalg	Metode	Resultat
Curtis, Foster, Mitchell & Van.  <i>Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature.</i>  2016  Australia  Journal of pediatric nursing  <b>Cinahl</b>	Gjennomgang av internasjonal litteratur som omhandler ulike modeller av familiesentrert-omsorg.	13 studier med forskjellig studiedesign,	Systematisk gjennomgang av 13 studier med forskjellig studiedesign utført mellom 1988-2015 i Australia, Irland, Thailand og USA. Fokus på barn som er innlagt på sykehus for en akutt, uventet og plutselig sykdom, som krever behandling på intensivavdeling, og hvordan man har implementert en modell for å fremme familiesentrert omsorg.	Modeller basert på familiesentrert omsorg rettet mot kritisk syke barn og deres familier kan skape positive endringer for familiene. Men det er behov for å finne ut hvordan en best mulig kan gjennomføre disse modellene. Suksessen for implementering av disse intervensjonene vil være avhengig av hvordan avdelinger velger å gjennomføre modellen, hvilken relevans det har for avdelingen og innstillingen og forpliktelsen til de som jobber der.

--	--	--	--	--

## Side 3 av 8

Litteratormatrise				
Forfatter, <i>tittel</i> pub. år, land, hvor artikkelen er publisert, <b>database</b>	Hensikt	Utvalg	Metode	Resultat
Mattesson, Arman, Castren & Forsner  <i>Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study</i>  2014  Sverige  Journal of Child	Hensikten med denne studien var å undersøke betydningen av omsorg fra foreldrenes perspektiv når barnet er innlagt på en pediatrisk intensiv avdeling.	Foreldre med barn innlagt på tre ulike intensivavdelinger i Sverige. 11 foreldre til 7 innlagt barn ble inkludert i studien.	Observasjon i 2-4 timer av interaksjonen av foreldre og barn. Intervju i 30-60 min der foreldrene beskriver sine egne erfaringer.	Sykepleiere fungerte som mellommenn som la til rette for at foreldrene kunne komme nærmere barnet og bygde en bro mellom dem. Bekymringene til foreldrene lettet når de fikk kontinuerlig og kronologisk informasjon om barnets behandling, medisiner og bedring. De opplevde det som meningsfylt når behandlerne ble kjent med barnet og gjorde noe «utenom det vanlige». For eksempel å gi dem en leke. Rommet på intensivavdelingen opplevdes som fremmed. Foreldrene trengte hjelp til å finne seg til rette. For eksempel var en god stol en innbydende gest og et signal om å bli møtt. Omsorg i den pediatriske intensivavdelingen (PICU) betyr å etablere et åpent og et tillitsfullt forhold mellom foreldre og helsepersonell, som igjen støtter foreldrenes involvering i omsorg for deres kritisk syke barn.

Health Care				
<b>Medline</b>				

## Side 4 av 8

Litteratormatrise				
Forfatter, tittel pub. år, land, hvor artikkelen er publisert, database	Hensikt	Utvalg	Metode	Resultat
Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis  <i>Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation</i>  2017  Australia  Injury  <b>Manuelt søk i bibliotekets database</b>	Undersøke foreldrenes erfaringer med å ha et kritisk skadet barn i alderen 0-13 år i den akutte fasen av sykehusoppholdet, og for å fastslå deres behov for støtte i denne tiden.	Foreldre til barn mellom 0-13 år med alvorlige skader som er innlagt på en intensiv avdeling. Utvalget var plukket ut av en sykepleier som var traumekoordinator på avdelingen. 40 foreldre til 30 kritisk skadde barn ble intervjuet. Barna var skadet i bilulykker, påkjørsler, fallulykker, hestespark, gokartulykke eller brannskade.	Foreldrene ble intervjuet på stille rom på det aktuelle sykehuset. En person med erfaring som intervjuer, intervjuet foreldrene med en semistrukturert dybdeintervju. Emnene som ble inkludert var hvordan foreldrene opplevde å ha et kritisk skadet barn og deres behov og hvordan de ble møtt evt. ikke møtt og av hvem. Intervjuene varte mellom 12-60 min. Alle deltakere har fått pseudonymer.	Studien har flere nøkkelfunn om foreldres behov for støtte og deres opplevelse av den akutte fasen på sykehuset når barna deres er kritisk skadet. Foreldrene hadde en rekke forskjellige reaksjoner, inkludert en følelse av sjokk, håndtere behandlingen til barnet og vanskeligheter med å balansere livet på sykehuset med det hjemme. De opplevde at livet ble snudd på hodet og at de måtte ta en dag av gangen. Gradvis forstod foreldrene omfanget av skaden og hvordan det påvirket barnet og familien rundt. Mange foreldre hadde en skyldfølelse selv om de ikke var involvert i ulykken. Foreldrene var spesielt bekymret for barnas helse etter ulykken, både mentalt og fysisk. Personlige faktorer som påvirker hvordan foreldrene søkte støtte, inkluderte foreldrenes oppfatning av deres egen skyld i forhold til barns skader, deres personlige mønster for å takle stress og angst, deres vanlige tilnærming til å kommunisere med andre og tilgang til deres daglige støttenettverk. Foreldrene var åpne til å ta imot praktisk hjelp som for eksempel med

				parkering. Det var mer utfordrende å ta imot
<b>Side 5 av 8</b>				
				<p>emosjonell støtte. Noen foreldre var veldig opptatt av barnas behov og glemte å ta vare på seg selv. Noen syntes det var nyttig med støtte fra helsepersonell, mens andre søkte støtte i sitt private nettverk. Mange foreldre følte seg ikke forberedt til utskrivelse av barnet, men søkte støtte hos helsepersonell for å lette overgangen. Foreldrene forslø tid i permisjon hjemme før utskrivelse og bedre kommunikasjon med kommunehelse-tjenesten.</p> <p>Studien konkluderer med at det er behov for målrettet psykologisk pleie for foreldre til barn med kritisk skadede barn i den akutte sykehusfasen, som inkluderer psykologiske førstehjelp og til for at foreldrene skal takle skyldfølelsen. Forfatterne mener at både barn og foreldre vil ha nytte av en implementering av familie-sentrert omsorg for å forberede dem på videre behandling og utskrivelse, og at det vil gjøre en konkret forskjell i omsorgen som ytes for kritisk skadde barn og deres familier.</p>



## Side 6 av 8

Litteratormatrise				
Forfatter, tittel pub. år, land, hvor artikkelen er publisert, database	Hensikt	Utvalg	Metode	Resultat
Shields, Zhou, Pratt, Taylor, Hunter & Pascoe  <i>Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years (review)</i>  2012  Australia  Cochrane Library  <b>Cochrane Library</b>	En oppdatering av den systematiske oversiktsartikkelen om familiesentrert omsorg som var publisert i 2007. Familiesentrert omsorg er en ubredt model innenfor pediatrien, og er antatt å være den beste måten å gi omsorg til barn på sykehus.	Randomiserte kontrollerte studier (RCT) hvor familiesentrerte omsorgsmodeller sammenlignes med standardmodeller for omsorg til innlagte barn mellom 0-12 år, der premature barn er utelatt. Studiene måtte oppfylle kriterier på familiesentrert omsorg. 6 studier ble opprinnelig sett på som relevante, men bare 1 studie møtte kravene til den	Forfatterne har gjort søk i en rekke databaser, og systematisk gjennomgått disse. For å vurdere graden av familiesentrert omsorg i de inkluderte studiene, ble det brukt en karakterskala. Karakteren er basert på i hvilken grad studiene hadde implementert intervensjoner på avdelingen. For å bli inkludert måtte artiklene møte 50 % av kravene for å bli inkludert. I studien fra 2007 var kravet på 80 %.	Den ene studien som ble inkludert var en upublisert RCT som involverte 288 barn som hadde gjennomgått tonsillektomi og som ble innlagt på en avdeling der modellen care-by-parent (CBPU) ble brukt. Modell går ut på at foreldrene utøver omsorgen for barnet. Denne sammenlignet forfatterne da med pasienter som fikk det de kaller for standard omsorg. Den inkluderte studien målte hvilken effekt CBPU hadde på adferden til barna, hvilke økonomiske eller fysiske utfall. Det viste seg at implementeringen førte til at barna i større grad fikk den omsorgen de trengte sammenlignet med standard innleggelsesforløp. Foreldrene var i tillegg mer fornøyd med CBPU-omsorg, som ble vurdert før utskrivelse og 7 dager etter utskrivelse. Kostnadene var lavere for CBPU sammenlignet med standardpasientbehandling. Det ble ikke rapportert andre utfall for implementeringen av CBPU.  Forfatterne mener at denne systematiske oversiktsartikkelen har funnet begrenset og kvalitetsmessige moderate bevis som tyder på at

	Likevel er ikke effekten av	familiesentrerte omsorgen som		det er noen fordel med familiesentrert omsorg for barnet, foreldrenes tilfredshet eller økonomi. Men
--	-----------------------------	-------------------------------	--	--

**Side 7 av 8**

	denne modellen for omsorg blitt målt systematisk. Hensikten med denne artikkelen var å vurdere effekten av familiesentrerte modeller for omsorg for barn innlagt på sykehus mellom 0-12 år, sammenlignet med standardmodeller for omsorg for barn, familie og helsetjenestene.	forfatterne var ute etter.		forfatterne skiver at dette er basert på et lite datasett og at det trengs større RCT-er. Det er ikke registrert skader som følge av implementeringen. Videre skriver de at samlet sett er det fortsatt lite høykvalitets kvantitative forskninger tilgjengelig om effekten av familiesentrert omsorg. Det er nødvendig med ytterlig forskning om bruk av familiesentrert omsorg som en modell for omsorg til barn og familier på sykehus. Ulike deltakergrupper og andre kliniske settinger bør undersøkes, og det må vurderes et bredt spekter av utfall det har for barn, foreldre, ansatte og helsetjenester.
--	--	----------------------------	--	---

## Side 8 av 8

Litteratormatrise				
Forfatter, <i>tittel</i> pub. år, land, hvor artikkelen er publisert, <b>database</b>	Hensikt	Utvalg	Metode	Resultat
Sjuls & Johannessen  <i>Foreldres opplevelser i intensivavdelingen</i>  2015  Norge  Sykepleien  <b>Manuelt søk i Sykepleien</b>	Få innsikt i opplevelser og erfaringer til norske foreldre når barnet deres er innlagt på en intensivavdeling.	5 mødre og 1 far. I ett av intervjuene deltok begge foreldrene, og fire var det bare mor som deltok. Alle var norsktalende. Barna deres var 0- 18 år og var innlagt på intensivavdelingen i mer en 12 timer. Eksklusjonskriterier var foreldre til barn som døde og de som ikke snakket norsk.	Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Data ble analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering.	Foreldrene opplever ulike følelsesmessige reaksjoner og har ulike erfaringer med helsepersonells profesjonalitet. De har ulike opplevelser av å være inkludert, opplever forskjellig personlige egenskaper hos personalet og har ulike opplevelser knyttet til selve intensivrommet.