



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	457
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7925
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	70
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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



# BACHELOROPPGAVE

Barn som pårørende når foreldre har kreft i  
palliativ fase

Children as relatives when parents have  
cancer in the palliative phase

**Kandidatnummer: 457**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 27.05.22

Antall ord: 7925

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:** Children as relatives when parents have cancer in the palliative phase

**Background:** Every year around 3500 children and adolescents under the age of 18 years, endure that one parent gets cancer. These are numbers from the Cancer Registry in Norway, which also show that more than 34 000 children and adolescents under the age of 18 years, have a parent, who either has cancer or has had cancer. In 2010 and 2018, there were legislative changes that were to ensure the rights of children and adolescents as relatives.

**Purpose:** The aim of this study was to shed light on children and adolescents experiences as relatives of parents with cancer in palliative phase, and to find out how the nurses can take care of these children in the best possible way.

**Method:** Literature study, where selected research articles and literature is used to reply the research question.

**Results:** The literature search resulted in 366 articles, of which 3 articles were included in this literature study. Nurses experiences the challenge of adequately caring for the children as relatives of cancer patients in palliative phase. The results show the lack of knowledge and information, poor facilitation of support for the children, little time and resources, and not age-appropriate communication with the children.

**Conclusions:** The results indicates that health service does not have a good enough focus on children as relatives, and that the legislative changes in 2010 and 2018 are not followed up well enough. It needs to be provided information and knowledge to all parts involved. The children needs to be supported in their unique situation, adapt the communication based on the childrens' age, experience and situation, maintain routines, and finally help the children look ahead. The nurses should be given more emphasis in the nursing education to strengthening the knowledge, information and communication skills. To do that, the management need to support and facilitate this for the nurses.

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innleiing	5
1.1 Sjukepleiars mandat	5
1.2 Bakgrunn for val av tema	5
1.3 Problemstilling	6
1.3.1 Avgrensningar	6
1.4 Begrepsavklaringer	7
1.4.1 Barn som pårørande	7
1.4.2 Palliativ fase/ palliasjon	7
2.0 Teori	8
2.1 Kreft	8
2.1.1 Palliativ fase	8
2.2 Barn	9
2.2.1 Barn som pårørande	9
2.2.2 Kommunikasjon med barn	9
2.2.3 Utviklingsteorien til Erikson	9
2.3 Teori om omsorg, stress og mestring, og krise	10
2.3.1 Martinsens omsorgsteori	10
2.3.2 Benner og Wrubel's teori om stress og mestring	10
2.3.3 Stress- sårbarhetsmodellen	11
2.3.4 Cullberg sin kriseteori	11
2.4 Juss og etikk	11
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 PICO, MeSH og boolske operatører	13
3.3 Val av databaser	13
3.4 Søkeprosess	14
3.4.1 Inklusjons-kriteriar	14

3.5 Kritisk vurdering av artiklar	15
3.6 Analyse og syntese	15
3.7 Etisk drøfting	15
3.8 Metodekritikk	16
4.0 Resultat	18
4.1 Barn treng kunnskap og informasjon om forelderen sin situasjon	18
4.2 Barna trenger å bli møtt på sine behov og støttes ved å oppretthalde rutinar	19
4.3 Å kommunisere opent om sjukdommen er utfordrande	19
4.3.1 Kommunikasjon mellom barn og foreldre	19
4.3.2 Kommunikasjonen mellom barnet og sjukepleiaren	20
4.3.3 Kommunikasjon mellom foreldre og sjukepleiarar	21
4.4 Betydninga av å sjå framover	21
5.0 Diskusjon	23
5.1.1 Barn trenger kunnskap og informasjon om forelderen sin situasjon	23
5.1.2 Barna trenger å bli møtt på sine behov og støttes ved å oppretthalde rutinar	24
5.1.3 Å kommunisere opent om sjukdommen er utfordrande	26
5.1.4 Betydninga av å sjå framover	28
5.2 Metodediskusjon	29
6.0 Konklusjon	31
7.0 Kjeldeliste	32
Vedlegg	37
Vedlegg 1 PICO-skjema	37
Vedlegg 2 PRISMA-FLOW diagram	38
Vedlegg 3 Oversikt over søkehistorikk	39
Vedlegg 4. Litteraturmatrise	40

# 1.0 Innleiing

I løpet av livet vil 1/3 av befolkninga oppleve å få ein kreftdiagnose. Kvart år får ca 35 000 nordmenn kreft, og 3500 barn og unge under 18 år opplever at ein av foreldra får kreft. I løpet av eit år er det 700 barn og unge som mister ein forelder av kreft. Tal frå kreftregisteret viser at 34 000 barn og unge lever med mor eller far som enten har hatt eller har kreft (Kreftregisteret, 2021).

01.01.2010 kom det endringar i Helsepersonellova som sikra barn og unge sine rettigheitar som pårørande (Dyregrov, 2012, s. 44). I 2018 vart lova utvida til også å inkludere søsken som pårørande (Helsedirektoratet, 2018, § 10a). I henhold til Helsepersonellova er barn som pårørande, alle barn under 18 år, til foreldre eller søsken med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade (Helsepersonelloven, 1999, § 10a).

## 1.1 Sjukepleiars mandat

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norsk sykepleierforbund, u. å.). Sjukepleiarar skal også, etter NSF sine retningslinjer, bidra til ivaretakinga av barnas særskilte behov når dei er pårørande (Norsk sykepleierforbund, u. å.).

## 1.2 Bakgrunn for val av tema

Tidlegare forskning viser at barn blir sterkt berørte ved foreldres kreftsjukdom eller død, dei har auka risiko for angst, depresjon og sorgreaksjonar, samt at dei slit med sosiale tilpassinga og eksistensielle spørsmål (Dyregrov, 2012, s. 45). I eit multisenterstudie fra 2015 (Ruud et al.) konkluderast det med at barn som pårørande fortsatt er eit viktig tema som må fokuserast meir på. Nokre av hovudfunna var at behova for informasjon og tilpassa hjelp er i stor grad udekkja, at barn og ungdom har behov for å snakke om sin situasjon, og at

lovendringa i 2010 ikkje har i tilstrekkeleg grad ført til dei planlagte endringane, så det er nødvendig med ytterlegare tiltak. Det kjem også fram at helsepersonellet i spesialisthelsetenesta har begrensa kompetanse i familiefokusert praksis og at dei følgjer berre delvis opp loven om barn som pårørande (Ruud et al., 2015, s. 11). Alt dette tyder på at noko må gjerast for å sikre framtidige barn som pårørande god hjelp og støtte.

I sjukehuspraksisen var eg på ei kreftavdeling. Her møtte eg menneskjer med ulike kreftsjukdommar og deira pårørande. Eg opplevde gjennom denne praksisperioden at ivaretagelse av pårørande var ei viktig oppgåve. I tillegg til erfaring frå praksis, har eg sjølv vore pårørande til bestefar med kreft og eg har også mange veninner som har opplevd å vere barn som pårørande til ein forelder med kreft.

Med bakgrunn i tidlegare forskning og egne erfaringar frå praksis, valte eg å skrive bacheloroppgåve med temaet barn som pårørande. Formålet med denne bacheloroppgåva er å belyse barn og unges opplevingar og erfaringar som pårørande til foreldre med kreft i palliativ fase, for å gi betre forståelse på korleis sjukepleiar kan ivareta desse barna på best mogleg måte.

### 1.3 Problemstilling

- Korleis kan sjukepleiarar ivareta barn, i alderen 8-18 år, som pårørande når foreldre har kreft i palliativ fase?

#### 1.3.1 Avgrensningar

For å ikkje gå så mykje i bredden har eg valt å avgrense barnets alder til aldersgruppa 8-18år. Frå fylte åtte år er barna i stand til å sjå sosiale samanhenger og dei forstår i større grad andre sine reaksjonar. Frå 12-års alderen byrjar barna å tenke meir hypotetisk og abstrakt, og kan forestille seg korleis noko kan vere (Eide & Eide, 2017, s. 302).



## 1.4 Begrepsavklaringer

### 1.4.1 Barn som pårørende

Barn er pårørende dersom ein i familien, søsken eller forelder, blir sjuk eller skada, har eit rusmiddelproblem eller funksjonsnedsettelse. Barn i denne samanhengen meinast barn under 18 år og omfattar både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn, i tillegg til å omfatte biologiske søsken og andre barn som lever med pasienten som søsken (Helsedirektoratet, 2018, § 10a).

### 1.4.2 Palliativ fase/ palliasjon

”Den palliative fasen er en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør” (Roaldset & Aass, 2021).

”Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Målet er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende” (Norsk Palliativ Forening, 2022).

## 2.0 Teori

I teoridelen vil eg presentere litteratur som er relevant for å kunne svare på mi problemstilling.

### 2.1 Kreft

Kreft er ein samlebetegnelse på rundt 200 ulike kreftformer (Kreftforeningen, 2022). Det er ein utbredt diagnose svært mange blir berørt av, anten direkte eller indirekte som pårørende, og statistikk frå 2020 viser at ein av tre nordmenn har fått minst ein kreftdiagnose før fylte 75 år. Sjølv om andelen krefttilfeller aukar, er det stadig fleire som overlever og blir heilt friske. Dette skyldast ein kombinasjon av førebygging, tidlegare diagnostisering, og betre tilpassa behandlingsmetodar for dei ulike kreftformane. Til tross høgare overlevelse, døde nesten 11.000 nordmenn av kreft i 2020 (Kreftregisteret, 2021).

#### 2.1.1 Palliativ fase

Moderne kreftbehandling medfører at fleire pasientar lever lengre med kreften, og antall pasientar med behov for palliativ behandling, omsorg og pleie aukar. I 2011 kom WHO med ein ny definisjon av palliasjon, som seier følgande: "Palliativ behandling, pleie og omsorg er ein tilnæringsmåte som har til hensikt å forbetre livskvaliteten til pasientar og deira familie i møte med livstruande sjukdom, gjennom førebygging og lindring av liding, ved tidleg identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemar av fysisk, psykososial og åndeleg art" (Roaldset & Aass, 2021). Palliativ behandling kan delast inn etter behandlingsintensjonen: livsforlengende, symptomlindrande eller symptomførebyggande. Den palliative fasen kan vare i alt frå få dagar, månadar, til mange år. Fasen inkluderar også sorgarbeid og oppfølging av etterlate. (Roaldset & Aass, 2021).

## 2.2 Barn

### 2.2.1 Barn som pårørende

Alt arbeid med barn som pårørende skal skje i samråd og samarbeid med pasienten, og det skal skje innfor rammene av taushetsplikta. Det er derfor viktig at helsepersonell innhenter samtykke frå den sjuke. Det er først og fremst foreldre sjølv som må avgjere om dei skal ta kontakt med helsetenesta for å få hjelp til barn og unge, men helsepersonell skal bistå foreldre med å ta vare på barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999, § 10a).

### 2.2.2 Kommunikasjon med barn

Begrepet kommunikasjon definerast "kommunikasjon er det å formidle og dele idear og informasjon, for eksempel ved hjelp av språk" (Allott, 2019). Kommunikasjon kan vere både verbal, i form av ord og språk, og nonverbal, i form av augekontakt, mimikk eller kroppsholdning (Svartdal, 2020). Å kommunisere med barn kan vere svært utfordrande då det er store individuelle ulikheiter mellom barn på same alder (Osen et al., 2019, s. 52). Barn har ulike behov og ulik evne til å ta inn informasjon og bearbeide inntrykk og opplevingar, og samtaler med barn som pårørende har derfor eit informativt og støttande mål (Osen et al., 2019, s. 44).

### 2.2.3 Utviklingsteorien til Erikson

Erik Erikson var opptatt av barn og unges utvikling og er kjent for sin teori om personlegheitsutvikling. Han meinte at personlegheita utviklar seg i åtte fasar knytta til bestemte alderstrinn, der kvar fase inneheld kriser og moglegheiter. Erikson meinte også at; "utvikling i livet er knyttet til begreper som nærhet, tillit, identitet, seksualitet, familie og arbeid" (Håkonsen, 2017, s. 57). I oppgåva mi tek eg for meg barn i alderen 8-18 år, og vil derfor gå nærmare inn på den fjerde fasen *kreativitet versus underlegenheit* (6-14 år), og den femte fasen *identitet versus forvirring* (14-20 år) (Håkonsen, 2017, s. 57).

I den fjerde fasen, kreativitet versus underlegenheit, er barnet opptatt av å lære aktivitetar, både fysiske og intellektuelle. Erikson meiner at ein "skapande" eller "underlegen"

grunnhaldning, vil saman med resultatata frå dei tidlegare livskrisane, vere viktige element i den vidare personlegheitsutviklinga. I denne fasen vil eit gunstig resultat vere at barnet utviklar kompetanse og ferdigheiter, som kan hjelpe på ulike områder i livet (Håkonsen, 2017, s. 57).

I den femte fasen, identitet versus forvirring, meiner Erikson at forandringane er dramatiske, både på grunn av biologiske faktorar, men og på grunn av den sosiale utviklinga. Livskriser frå dei tidlegare fasane blir ofte gjennomlevd på nytt i desse åra då store kjenslemessige og sosiale spenningar oppstår, i tillegg til at den vaksne verda stadig nærmar seg. Eit gunstig resultat frå denne fasen er å oppleve meining og forutsigbarheit der individet opplever å kontrollere livet sitt, då denne fasen er spesielt viktig for utviklinga av individets egoidentitet. Resultata frå tidlegare livskriser, håp, vilje, hensikt og kompetanse, har alle grunnlagt egoidentitet. (Håkonsen, 2017, s. 57).

## 2.3 Teori om omsorg, stress og mestring, og krise

### 2.3.1 Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens definerer omsorg som "Omsorg er en fundamental grunnholdning i tilnærmingen til pasienten. Omsorg som moralsk skjønn er innlevelse i situasjonen, og en faglig vurdering basert på kunnskap om lidelsens grunner, kombinert med tiltak som kan avhjelpe lidelsen" (Kirkevold, 1998, s. 177).

### 2.3.2 Benner og Wrubel's teori om stress og mestring

Patricia Benner og Judith Wrubel definerer stress som "eit brudd i meining, forståelse og uhemma funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfarast, og sorg, tolkning eller nye ferdigheiter er påkrevd". Mestring er eit anna begrep i teorien deira, og forklarar forholdet mellom stress og mestring slik: "Stress er opplevelsen av brudd i meining, forståelse og uhemma funksjon. Mestring er det man gjer med dette bruddet" (Kirkevold, 1998, s. 202).

### 2.3.3 Stress- sårbarhetsmodellen

”Stress-sårbarhetsmodellen er en grunnleggende tankemodell for forståelse av hvordan psykisk lidelse oppstår i et komplekst samspill mellom arv og miljø. Tankemodellen forklarer hvordan psykisk lidelse skapes i en kombinasjon av enn foreliggende sårbarhet på den ene siden og stress som overstiger det personen klarer å hanske med, på den andre siden” (Zubin & Spring, 1977, sitert i Tviberg et al., 2021, s. 202).

### 2.3.4 Cullberg sin kriseteori

Johan Cullberg delte kriseforløpet i fire faser: *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *bearbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*. I sjokkfasen opplever ein eit emosjonelt kaos der det er umogleg å forstå hensikta eller meininga med det som har skjedd. I reaksjonsfasen vil reaksjonar som sorg og depresjon saman med dårleg matlyst og søvnevanskar, vere vanleg når personen tar verkelegheita inn over seg. Bearbeidingsfasen, som kan vare i opp til fleire år, inneberer å akseptere det som har skjedd og forsøke å gi tilværelsen eitt nytt innhald og meining. I den siste fasen, *nyorienteringsfasen*, vil personen akseptert hendinga og lage seg ei ny plattform for livet sitt. Livshendelser eller traumatiske hendingar vil kanskje aldri bli heilt ferdig bearbeida, men når ein er komt i nyorienteringsfasen vil ikkje slike hendingar dominerer like psykisk (Håkonsen, 2017, s. 256).

## 2.4 Juss og etikk

I Helsepersonellova §10a er det nedfelt at helsepersonell har ei plikt til å avklare om pasienten har barn eller mindreårige søsken, avklare barnas omsorgssituasjon og informasjonsbehov, gi råd og veilede foreldre og andre med foreldreansvar, og planlegge og gjennomføre tiltak i samarbeid med foreldrene. Arbeidet med barn som pårørende skal, så langt som mogleg, skje i samråd og samarbeid med pasienten, og alt skal i utgangspunktet skje innafor rammene av taushetsplikta. Ein treng derfor samtykke frå den som er sjuk for å ivareta barna og samarbeide med andre (Helsepersonelloven, 1999, § 10a).

Desse lovbestemmelsane bygger på barnekonvensjonen, som seier blant anna; ”ved alle handlinger som berører barn, skal det grunnleggende hensynet være barnets beste”, ”Staten plikter så langt som mulig å sørge for at barn overlever og utvikler seg”, og ”Barnet har rett

til å si sin mening i alt som vedrører det, og barnets meninger skal tillegges vekt” (Barne- og familiedepartementet, 2000).

I Spesialisthelsetenestelova §3-7a (1999) er det nedfelt at alle helseinstitusjonar som omfattast av spesialisthelsetenestelova, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarleg personell. Desse skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn som pårørende av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige, alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar.

## 3.0 Metode

Metode er den systematiske framgangsmåten du nyttar for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse ei problemstilling (Thidemann, 2020, s. 74).

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I bacheloroppgåva har eg valt å bruke litteraturstudie som metode. Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Dette inneberer å samle inn litteratur frå bøker, tidsskrifter og databaser, gå kritisk gjennom dette og til slutt samanfatte det heile (Thidemann, 2020, s. 77). Hensikta med litteraturstudiar er å gi lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen på det området som problemstillinga etterspør og beskrive korleis ein har kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2020, s. 78).

### 3.2 PICO, MeSH og boolske operatører

For å få ein systematisk og effektiv søkestrategi, som kan gi meir relevante treff, har eg tatt i bruk rammeverket PICO. Rammeverket har fleire funksjonar som skal hjelpe deg i arbeidet med å operasjonalisere problemstillinga, slik at den blir presis og søkbar, og står for population, (phenomenon of) interest og context (Thidemann, 2020, s. 82). Eg gjekk inn på terminologibasen MeSH. MeSH "er eit verktøy for begrepsforståelse av medisinske og helsefaglege termer på norsk og engelsk" (Skjerdal, 2016), og bidrar til å gi meir presise søk av god kvalitet. Etter å ha laga PICO-skjemaet (vedlegg 1, s. 37) ved hjelp av MeSH-termer, var neste steg å finne ut kva databaser ein skulle velge. Søkeorda frå PICO`en vart anten kombinert med AND og OR. AND blir brukt for å kombinere fleire søkeord, medan OR blir brukt for å anten søke på det eine eller det andre søkeordet.

### 3.3 Val av databaser

Når eg skulle finne relevant forskning og teori til problemstillinga mi, nytta eg meg av Høgskulen på Vestlandet sin bibliotek- nettside. Her er det fleire ulike måtar å finne

fagressurssar på, eksempel databasar, bøker, artiklar og avisar (Høgskulen på Vestlandet, 2022). Databasane eg valte å bruke var *BMJ Best Practice*, eit medisinsk og helsefagleg oppslagsverk for primær- og spesialisthelsetjenesten, og *UpToDate*, eit kunnskapsbasert oppslagsverk som dekker emner innafør medisinske spesialiteter (Høgskulen på Vestlandet, u. å.). Vidare brukte eg *Epistemonikos*, *MEDLINE*, *CINAHL*, *PubMed* og *PsycINFO*, då dette er sjukepleiefaglege databaser.

### 3.4 Søkeprosess

Ved søk etter relevant litteratur brukte eg kunnskapspyramiden frå Helsebiblioteket (2016), som er ein modell som hjelper deg å velje kva ein skal søke etter og kvar du skal finne det. Øvst på kunnskapspyramiden finn ein oppsummert forskning, nederst finn ein kjelder til enkeltstudiar. Søkinga starta på *BMJ Best Practice* og *UpToDate*, før eg gjekk vidare til *Epistemonikos*, *MEDLINE*, *CINAHL*, *PubMed* og *PsycINFO*. Eg fekk hjelp av bibliotekar frå skulen til å søke i dei ulike databasane, for å sikre at eg ikkje gjekk glipp av viktige artiklar. I tillegg til å søke på databaser, har eg også sett på kildene til andre bacheloroppgåver og brukt bøker for å innhente relevant teori.

Fleire gonger gav søka færre og dårlegare treff, når fleire søkeord vart kombinert, medan bruk av få søkeord gav meir relevante treff. For å finne relevante studiar for oppgåva mi las eg abstracten til studiane for å sjå om målet og funna i studiane kunne brukast til å svare på mi probelmstilling. Etter å ha ekskludert 348 studiar ved å lest abstracten og resultatata, las eg gjennom dei 18 resterande studiane som var relevante. Vidare sjekka eg om dei passa med inklusjonskriteria.

#### 3.4.1 Inklusjons-kriteriar

For å tydeleggjere litteratursøket og avgrense mengda litteratur, har eg inklusjons-kriteriar (Thidemann, 2020, s. 83). Studiane som vart inkludert måtte omhandle; barn under 18 år som pårørande til forelder/foreldre med kreft i palliativ fase, engelsk og/eller norsk som språk og studiar publisert etter 2016. 15 studiar vart fjerna då dei ikkje oppfylte



inklusionskriteriane. Dei tre resterande studiane vart kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister på Helsebiblioteket (2016). Dette er blitt presentert i vedlagt PRISMA-flow-skjema (vedlegg 2, s. 38).

### 3.5 Kritisk vurdering av artiklar

Hensikta med kritisk vurdering av valgte studier er å vurdere gyldigheita av informasjonen og resultatata i studien (Helsebiblioteket, u.å.). For å lette arbeidet med kritisk vurdering av studiane anbefalast det å bruke sjekklister som hjelpemiddel. Det finst ulike sjekklister for ulike typar studiedesign, og desse er laga som pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskaplege artiklar (Thidemann, 2020, s. 91). Eg gjekk gjennom sjekklister frå Helsebiblioteket (2016) som passa artiklane mine sine design (oversiktsartikkel, intervensjonsstudie, kvalitativ studie), og studiane innfridde alle kriteriar.

### 3.6 Analyse og syntese

”Å analysere en tekst er å granske hva teksten forteller, og du tolker teksten for å forstå den” (Thidemann, 2020, s. 92). Når eg skulle analysere resultatata til studiane eg har valt, laga eg ein litteraturmatrise. Litteraturmatrise er eit hjelpemiddel der studiane samanstillast og det blir notert viktig informasjon frå kvar av artiklane som ein har valt. Dette gir oversiktleg kontroll på kva hovudelementa i kvar studie er, i tillegg til å sjå alle elementa samla (Thidemann, 2020, s. 95). Etter å ha lagt studiane inn i matrisen (vedlegg 4, s. 40) kunne ein lettare sjå lik- og ulikheiter og gjentakande funn. Dei gjentakande funna vart kategorisert og fargekoda, og presenterast narrativt i resultatdelen.

### 3.7 Etisk drøfting

Forskere og forskningsinstitusjonar har eit lovfesta ansvar for å sikre at forskningsetiske normer blir fulgt i all forskning (Kunnskapsdepartementet, 2021). Forskning på mindreårige barn, og i dette tilfellet som pårørende, er ein ekstra sårbar gruppe (Solbakk, 2014). I alle studiene eg har funne har dei tatt hensyn til dette (Eklund et al., 2020, s. 9; Hanna et al.,

2019, s. 20; Hauger et al., 2020, s. 270). I studiane hadde deltakarane fått skriftleg og munnleg informasjon om hensikta med artikkelen og kva deltakelse innebar, i tillegg til å innhente samtykke frå både foreldra og barnet. Det var frivillig å delta og all data var anonymisert i tråd med regionale komiteer (REK) (Kunnskapsdepartementet, 2021).

I søka har eg jobba transparent, men eg som forsker i andre sin litteratur har mine egne "briller på", noko som vil påverke utvelgelsen av artiklar. Dette gjer at det aldri vil bli heilt objektivt i arbeidet med litteraturstudium, og eg vil derfor no vere kritisk til metoden.

### 3.8 Metodekritikk

Ved val av databasar tok eg utgangspunkt i dei databasane som var egna for sjukepleiarar. Av alle databasane som er tilgjengeleg, brukte eg berre eitt fåtall av dei. Dette kan ha påverka utvalget av funna. I tillegg kan min mangel på erfaring med å søke etter studiar, påverke kva eg har funnet. Søkeorda, og kombinasjonen av dei, er også med på å påverke utvalget. Valga ein tek får konsekvens for resultata, men eg har jobba transparent og holdt meg så sakleg som mogleg.

Når eg skulle finne forskningslitteratur var det viktig at studiane eg skulle inkludere var nyare enn 5-6 år. Sjukepleiaryrket er i stadig endring og sjukepleiarar har plikt til å halde seg fagleg oppdaterte (Norsk sykepleierforbund, u. å.). Av studiane eg valgte å bruke, er den eldste publisert i 2019.

Alle artikkane eg har funne er skrevet på engelsk utenom ein. Da engelsk-språket har fleire ord i sitt vokabular, kan det ved oversettelse frå engelsk til norsk ligge eit element av fortolking i oversettelsen. I tillegg er ikkje engelsk mitt morsmål, noko som også kan føre til tolkning og gje rom for misstolkning.

Dei tre artikkane eg valgte ut var kvalitativ studie, intervensjonsstudie og systematisk oversiktartikkel. Å inkludere fleire ulike studiemetodar kan gi resultatar som vi ikkje kunne fått ved å berre inkludere ein metode. Likevel er det den kvalitative studien og

oversiktsartikkelen, som legger grunnsteinen for oppgåven, då det er desse som gir barna sine erfaringar med eigne ord. Samtidig må ein vere oppmerksam på at nokre av desse kvalitative studia berre har nokre frå deltakarar. Å bruke ein oversiktsartikkel kan i nokre tilfeller gi ei god oversikt over forskning som er blitt gjort tidlegare på same området, men ofte kan slike studiar også innehalde eldre og utdaterte artiklar som gjer at dei kan bli utelukka. Likevel har eg valt å bruke ein oversiktsartikkel i min litteraturstudie, då den kan gi ei god oversikt over kva barna meiner fungerer og ikkje, for å finne ut kva vi må gjere for å forbetre oss på området *barn som pårørnde*. Ved å bruke ein intervensjonsstudie i litteraturstudien min, får eg belyst kva intervensjon som eventuelt fungere og ikkje, for å ivareta barna som pårørnde.

## 4.0 Resultat

Etter søk og bruk av inklusjonskriteriar, endte eg opp med tre artiklar (vedlegg 3, s. 39). Desse er satt inn i ein resultatmatrise (vedlegg 4, s. 40). Under vil teamene som svarer på min problemstilling og som særleg gjentok seg bli presentert i fire kategoriar.

### 4.1 Barn treng kunnskap og informasjon om forelderen sin situasjon

Studien til Hanna, McCaughan og Semple (2019, s. 5) viser at barna har behov for deltatt og konsistent informasjon på tvers av sjukdomsforløpet. Ved manglande informasjon rapporterte barna kjensler av ekskludering, lav sjølvtilitt og bitterheit etter forelderens død (Hanna et al., 2019, s. 16).

Resultatar frå intervensjonsstudien til Eklund, Alvariza, Kreicbergs, Jalmsell og Lövgren (2020, s. 5) viser at etter at barna hadde deltatt på "Family Talk Intervention" (FTI), hadde fleirtalet fått auka kunnskap om forelderen sin sjukdom. Resultata frå dei to studiane viser at barna treng informasjon og kunnskap tilpassa alder og erfaring, då dei ellers ikkje ville forstå kva som vart sagt (Eklund et al., 2020, s. 6; Hanna et al., 2019, s. 5).

I studien om sjukepleiarane sitt perspektiv på barn som pårørande, rapporterte dei opplevelsen av utilstrekkeligheit både ved å ikkje ha tilstrekkeleg med tid, ressursar, kunnskapar eller erfaringar (Hauger, Wiker, & Hamnes, 2020, s. 271). Sjukepleiarane opplevde også at det var lite undervisning om barn som pårørande, og at dei derfor mangla kompetanse for å kunne ivareta barna. Dei meinte også "at det var viktig med felles opplæringstiltak for å sikre en felles rutine for hvordan man møter, ivaretar og følger opp barna" (Hauger et al., 2020, s. 272).

## 4.2 Barna trenger å bli møtt på sine behov og støttes ved å oppretthalde rutinar

I studien til Hanna et al. (2019, s. 17) kjem det fram at det å bruke allerede eksisterande nettverk, for eksempel utivda medlemmar av familie og venner, vart sett på som støttande for både foreldra og barna. Sjukepleiarane opplev at dei ikkje strekk til og at ivaretaginga av palliative pasientar på den eine sida, og familien på den andre sida, krev tid dei ikkje har (Hauger et al., 2020, s. 271).

To av studiane viser at profesjonell rådgiving og veiledning var noko barna og foreldra satt pris på og fekk nytte av (Eklund et al., 2020, s. 6; Hanna et al., 2019, s. 18). Sjukepleiarane ytra eit behov for fokus på og implementering av fagområdet barn som pårørande (Hauger et al., 2020, s. 272). Dei ytra også eit ønske om ein barneansvarleg, og meinte det ville auke engasjementet rundt fagområdet (Hauger et al., 2020, s. 273).

Hanna et al. (2019, s. 17) fant at barna og foreldra hadde eit sterkt ønske om normalitet og rutinar. Kvardagslege aktivitetar vart ofte avbrutt på grunn av krava frå forelderens sjukdom, endringar i familiens dynamikk og økonomisk press. I same studie rapporterte barna at rutinane var ein beskyttelsessone kor dei hadde moglegheiter til å motta empatisk støtte frå venner til å dele bekymringar og samtidig få ein pause frå den intense og plagsomme situasjonen heime. Deltakinga i FTI hjalp barna til å få støtte frå andre enn familien (Eklund, et al., 2020, s. 6), og barna i Hanna et al. (2019, s. 18) syntes det var støttande å ha uformelle forbindelsar med ungdom som opplever det same som dei.

## 4.3 Å kommunisere opent om sjukdommen er utfordrande

### 4.3.1 Kommunikasjon mellom barn og foreldre

Foreldrene unngjekk ofte samtalar med barna om forelderens sjukdom, som ein metode for å beskytte barna sine mot kjenslemessige påverknadar av forelderens unngåelege død. Ofte nekta foreldra at døden var verkeleg og oppretthaldt håp og optimisme om at behandlinga kunne forlenge livet. Dette resulterte i at foreldra ikkje fekk eit behov for å informere og

forberede barna på døden, og feilvurderte ofte kva barna deira kunne forstå angående alvorlighetsgrada av situasjonen (Hanna et al., 2019, s. 5). Foreldra fortalte derimot om at open kommunikasjonen gav dei moglegheit til å skape minner saman som ein familie, oppretthalde og styrke foreldre-barn-forholdet, dele kjensler og usikkerheit, og la barna ta sine egne valg (Hanna et al., 2019, s. 16).

Etter å ha deltatt i FTI rapporterte barna i Eklund et al. (2020, s. 7) at dei vart meir mottaklege og betre til å forstå dei andre i familien sin ikkje-verbale kommunikasjon, slik som kjensler og reaksjonar. Fleirtalet av dei yngre barna frå same studie rapporterte også at dei syntes det var lettare å prate med foreldra sine og at det opna for kommunikasjon i familien. Ein tenåring frå same studie rapporterte likevel at det var viktig å fortsette kommunikasjonen i familien, då dette gav han ein kjensle av kontroll i tillegg til forståelse av foreldrenes situasjon (Eklund et al., 2020, s. 6-7).

Ved mangel på open kommunikasjon innad i familien kjente barna på å ikkje kunne innrømme korleis ein hadde det, og dei vart ofte motvillige til å gi uttrykk for sine emosjonelle, praktiske og mentale bekymringar. Dette var fordi barna frykta å forårsake ytterlegare sinne og frustrasjon hos foreldra. Mange av ungdommane rapporterte at dette førte til meir aggresjon når dei var med venane sine, medan dei resterande opplevde kjenslar av einsamheit, depresjon og angst (Hanna et al., 2019, s. 16).

#### 4.3.2 Kommunikasjonen mellom barnet og sjukepleiaren

I arbeid med barn som pårørende rapporterte sjukepleiarane at det var utfordrande og vanskeleg då dei ikkje visste kva dei skulle sei til barna. Det var og rapportert at sjukepleiarane var redde for å sei noko feil som kunne gjere barna sin situasjon verre, samtidig som dei følte dei ikkje nådde fram til barna. Til slutt kom det fram at fleire av sjukepleiarane påpeikte viktigheita av erfaring, som mange av dei ikkje hadde (Hauger et al., 2020, s. 271).

#### 4.3.3 Kommunikasjon mellom foreldre og sjukepleiarar

Mange foreldre ønska veiledning og støtte på korleis dei kunne kommunisere med barna sine, med fokus på ord og språk. Når foreldrane ikkje hadde klar informasjon eller forståelse av sjukdommen, rapporterte dei at dei var dårleg rusta til å diskutere og forberede barna sine på forelderens død (Hanna et al., 2019, s. 5). I same studie kjem det og fram at den friske foreldereren opplevde at helsepersonalet unngjekk å gi ærleg og tydeleg kommunikasjon for å bevare håpet og positiviteten i familien.

#### 4.4 Betydninga av å sjå framover

Å finne styrkar for å oppretthalde kvardagen og kunne sjå framover, til tross for foreldereren sin sjukdom, var noko FTI hjalp barna med. Barna i artikkelen til Eklund et al. (2020, s. 6) rapporterte at det var styrkande å sette ord på tankar og kjensler. Nokre av barna rapporterte at dei hadde byrja å hjelpe til i heimen, både for å gjere det enkelt for dei andre familiemedlemmane, men også for å førebygge konflikhtar (Eklund et al., 2020, s. 7).

Mange av barna rapporterte at det å planlegge ting fram i tid, eksempel å planlegge begravelsen, hadde hjulpet dei med å møte framtida. Etter at eit av barna hadde planlagt begravelsen sammen med sin døande forelder, fortalte ho at det føltes godt å få vere med og at ho kjente på kontroll. Dei hadde også diskutert kva dei eventuelt skulle gjere ved ein nødsituasjon og snakka saman om den føreståande døden (Eklund et al., 2020, s. 7).

I to av studiane kjem det fram at dei brukte meir kvalitetstid med familien sin (Eklund et al., 2020, s. 7; Hanna et al., 2019, s. 16), og barna rapporterte om tilfredstilheit med å sjå tilbake på positive minner fanga gjennom bilder, videoar, musikk og handtverk, i sorgperioden (Hanna et al., 2019, s. 16). Både foreldre og barn uttrykte ønske om å oppretthalde ein positiv atmosfære i heimen til tross for den føreståande døden. Barna rapporterte at dette gav dei tilknytning til foreldra (Hanna et al., 2019, s. 16).

Mange ungdommar rapporterte om problem med å akseptere forelderens død, og viste auka nivåar av frykt, angst og motstand, medan andre ungdommar starta prosessen med å

akseptere og sørge over forelderens død lenge før hendinga inntraff (Hanna et al., 2019, s. 17). På grunn av dette trengte foreldra å forstå barn og unges mestringsmekanismer for å kunne støtte dei i denne perioden, samtidig som barna vart anbefalt å vere meir villig til å opne seg og dele kjenslene sine med venner og familie (Hanna et al., 2019, s. 18).



## 5.0 Diskusjon

Hovudfunn frå litteraturstudien min tyder på at barna ikkje opplever å bli tilstrekkeleg ivaretatt når dei er pårørande til foreldre med kreft i palliativ fase. Informasjon og kunnskap er svært ønska av både barn, foreldre og sjukepleiarar, i tillegg til at kommunikasjonen mellom alle tre partane trengjer å bli betre. Resultata viser at barna trengjer at sjukepleiarane imøtekammer behov og støtte, samtidig som sjukepleiarane sjølv opplever manglande kunnskap, erfaringar og rutiner for å kunne ivareta desse barna.

### 5.1.1 Barn trengjer kunnskap og informasjon om forelderen sin situasjon

I multisenterstudien (Ruud et al., 2015, s. 9) kom det fram at informasjon og tilpassa hjelp til barn som pårørande ikkje er tilstrekkeleg og at det er nødvendig med ytterlegare tiltak. Same studie belyser også at lovendringane frå 2010 ikkje har ført til tilstrekkelig endringar, i tillegg til at det er ikkje gjort mykje for å forbetre oss på dette området. Barn rapporterer om manglande informasjon og kunnskap, medan sjukepleiarane rapporterer om manglande kunnskap og erfaring (Hauger et al., 2020, s. 272). Det rapporterast derimot om i Eklund et al. (2020, s. 6) at ein større andel av barna som hadde deltatt i FTI hadde fått auka kunnskap om forelderen sin sjukdom. Dette tyder på at intervensjonen er eit mogleg hjelpemiddel i arbeidet med barn som pårørande, og burde implementerast i det daglege arbeidet med barn. På den andre sida er denne type intervensjon svært tidskrevande, og når sjukepleiarane allereie gjev tilbakemelding på å ikkje strekke til (Hauger et al., 2020, s. 271), kan det vere vanskeleg å oppretthalde ein god rutine på det.

Tilpassa informasjon inngår som eit av hovudpunkta i Helsepersonelloven §10a (1999), men som ein kan sjå frå resultata er det fleire barn som rapporterte om manglande tilpassa informasjon og kunnskap (Eklund et al., 2020, s. 6; Hanna et al., 2019, s. 5). I tillegg viser studien av Hauger et al. (2020, s. 272) at sjukepleiarane ikkje hadde tilstrekkeleg med undervisning og kompetanse til å kunne ivareta barn som pårørande. Desse funna bekrefter igjen at kunnskap og informasjon ikkje er god nok. Stress er eit brudd i meining og forståelse, og sorg, tolkning eller nye ferdigheiter er då påkrevd. Kva ein gjer med dette bruddet kallar ein for mestring (Kirkevold, 1998, s. 202). Denne teorien av Benner og Wrubel

forsterker nødvendigheita av at barn trenger tilpassa informasjon, for å auke mestring og minke stresset. Barn trenger i tillegg informasjon for å kunne forstå kva som skjer og for å mestre ein ny livssituasjon med kreft i familien (Kreftforeningen, 2022). Dette støttes også opp under Erikson sin teori kor han skriver i sin fjerde fase *kreativitet versus undelegenheit* at eit gunstig resultat vil vere at barnet utviklar kompetanse og ferdigheitar (Håkonsen, 2017, s. 57). I funna kjem det fram at foreldra og sjukepleiarane ikkje gav barna den informasjonen dei trengte. Barna rapporterte då kjensler av ekskludering, lav sjølvtilitt og bitterheit etter forelderens død (Hanna et al., 2019, s. 16).

Å få informasjon er viktig for barn då ein kjenner seg involvert og betydningsfulle i det som skjer (Kreftforeningen, 2022). Likevel er det mange foreldre som lar vere å informere barna sine om sjukdommen og den døande forelderens, i hensikt av å beskytte barna mot den psykiske påkjenninga (Hanna et al, 2019, s. 5). Det foreldre ofte gløymer er at barna får med seg mykje meir enn det dei trur og særleg dei yngre barna, i alderen 6-12 år, kan få tankar om skyld og ansvar ovanfor det som har skjedd med forelderens (Bergem, 2018, s. 63). Yngre barn, samt ungdommar, trenger derfor informasjon om det som skjer med den sjuke forelderens, og forklaringane må vere med ordentlege ord og fortelle det slik som det er. Å skåne barn mot vonde hendingar er ikkje mogleg, men det går derimot an å sørge for at barn kjenner seg trygge på at dei får den informasjonen dei treng og at foreldra er opne og ærlege om det som skjer (Bergem, 2018, s. 63). Barn og ungdommar trenger som sagt å få nok informasjon til å skjønne sin eigen livssituasjon, og det må vurderast i kvart tilfelle kva som er tilstrekkeleg (Ruud, 2021, s. 109).

### 5.1.2 Barna trenger å bli møtt på sine behov og støttes ved å opprethalde rutinar

Sjukepleiarane rapporterte om at dei ikkje strekker til og at ivaretaginga av palliative pasientar på den eine sida, og familien på den andre sida, krev tid dei ikkje har (Hauger et al., 2020, s. 271). Som nevnt tidlegare, står det i dei yrkesetiske retningslinjene at vi skal bidra til ivaretaking av barnas særskilte behov når dei er pårørande (Norsk sykepleierforbund, u. å.), men som vi ser frå funna strekker ikkje sjukepleiarane til med

arbeidet. Eitt av tiltaka som sjukepleiarane sjølv meinte ville hjelpe i arbeidet med barn som pårørande var å få ein barneansvarleg på avdelinga (Hauger et al., 2020, s. 273). I spesialisthelsetenesteloven står det i §3-7a (1999) at alle helseinstitusjonar som omfattast av spesialisthelsetenesteloven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarleg personell. Desse skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn som er pårørande av psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatis sjuke eller skadde pasientar. Sjukepleiarane som kom med ønske om ein barneansvarleg jobba på ein sjukeheim, altså i primærhelsetenesta og ikkje spesialisthelsetenesta. På bakgrunn av ynskjer og erfaringar frå sjukepleiarane, hadde kanskje ein lov om barneansvarleg i primærhelsetenesta også vore ein moglegheit for å få støtta større andelar av barna som pårørande. Sjukepleiarane belyser også ønsket om at nokon på arbeidsplassen kunne ha eit ekstra fokus på fagområdet (Hauger et al., 2020, s. 272). Dette er noko arbeidsplassen burde kunne støtte og tilrettelegge, for at sjukepleiarane kan overhalde plikta deira til å ivareta barna på best mogleg måte.

Å ha moglegheit til å motta empatisk støtte frå venner til å dele bekymringar og samtidig få ein pause frå den intense og plagsomme situasjonen heime, var også noko barna i Hanna et al. (2019, s. 17) poengterte. På bakgrunn av dette var det svært viktig, både for foreldra og barna, å oppretthalde normalitet og rutinar. Det var likevel ikkje alltid like enkelt for familiane å oppretthalde dei, då krav frå forelderens sjukdom, økonomisk press og endringar innad i familiens dynamikk skapte avbrytelsar (Hanna et al., 2019, s. 17). Når stress overstig det personen klarer å handtere, samt at ein føreliggande sårbarheit ligg i botn, kan dette resultere i ein psykisk lidelse. I dette tilfellet kan stress-sårbarheitsmodellen bidra til å forstå kva som er med på å vedlikehalde eller motverke problemer eller sjukdom (Tviberg et al., 2021, s. 202). Av den grunn er det viktig at sjukepleiarane kartlegger kva som hjelper for det enkelte barnet.

Alle barn og unge har egne preferansar på kva dei ser på som støttande og hjelpesamt, og det er viktig at sjukepleiarar finner ut kva det er som fungerer for kvar og ein av barna. Tiltak som helsepersonell kan tilby barna er å møte andre barn som er i samme situasjon, gjennomføre samtalar med barna, informere skule/barnehage, utarbeide ein "plan for familien" med barnet og samarbeide med andre tenester som helsesjukepleiar eller

kontaktlærarar (Pårørendesenteret, u.å.). Som det kjem fram i Hanna et al. (2019, s. 18) var uformelle forbindelsar med andre ungdom ved støttetjenestar svært hjelpesamt, då dei følte dei ikkje var aleine. Venner er viktig for ungdommar, og kanskje spesielt viktig for ungdommar som er pårørande. Mange av desse ungdommane tilbringer likevel mindre tid med vennane sine, og det er derfor viktig å sørge for at dei får tid og friheit til å leve sine egne liv (Bergem, 2018, s. 65).

I tillegg til å støtte barna ved å maksimere nettverket og tilby hjelp via samarbeid med andre tenestar, er det også viktig å støtte barna i deira egne reaksjonar. Av erfaring vil alle reagere på sin unike måte ved beskjeder som kan endre livet til personen. Dette støttast av Pårørandesentret (u.å.) som seier at det er store individuelle forskjellar på korleis barn og unge reagerer ved alvorleg sjukdom i familien. Faktorar som kan spele inn er alder, situasjon og tidlegare erfaringar (Pårørendesenteret, u.å.). For barn kan deira reaksjonar opplevast som uvanlege, og det er då viktig at sjukepleiarar viser omsorg og forklarar at det er normalt å reagere ulikt på situasjonar. Dersom sjukepleiarane skulle fulgt Martinsens teori måtte dei satt seg inn i den aktuelle situasjonen til barnet, som her handlar om at dei er pårørande til ein forelder med kreft i palliativ fase. Vidare må dei vurdere grunnen til lidelsen og finne ut kva tiltak som kan iverksettast. Ved nok omsorg vil barn føle at behova deira blir møtt (Kirkevold, 1998, s. 177).

### 5.1.3 Å kommunisere opent om sjukdommen er utfordrande

I boka *Barn som pårørande* peikar barna på betydinga av informasjon og kommunikasjon gjennom sjukdomsforløpet og ved død. Spesielt ynskjer dei hjelp til å kommunisere alle vanskane og endringane i dagleglivet (Dyregrov, 2012, s. 53). Sjukepleiarar har plikt til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging av mindreårige barn som pårørande (Helsepersonelloven, 1999, § 10a), og dette kan gjerast blant anna gjennom samtalar. Samtalar mellom barn kan vere alt frå muntleg kommunikasjon, teikning og fargelegging, og til og med gjennom leik. I samtalar med yngre barn og unge er det viktig å ta hensyn til språk og begreper, då barna sitt språk ikkje er like utvikla som hos vaksne (Ruud, 2021, s. 71). I samtalar med ungdom, i alderen 12-18, kan ein derimot bruke

tilnærma vaksent språk, men det er likevel viktig å unngå faguttrykk og framandord (Bergem, 2018, s. 64). FTI har som mål å auke sjukdomsrelatert kunnskap og kommunikasjon i familien, støtte foreldra og forbetre mestring (Eklund et al., 2020, s. 2). I studien til Eklund et.al. (2020, s. 7, 16) kjem det fram at deltakinga i FTI gav fleirtalet av barna og familien betre kommunikasjon, i tillegg til at barna vart meir mottaklege og betre til å forstå den ikkje-verbale kommunikasjonen til dei andre familiemedlemmane. Likevel belyste ein tenåring frå same studie, viktigheita med fortsettelse av kommunikasjon i familien, då dette gav han ein kjensle av kontroll og forståelse av situasjonen.

Sjølv om fleire barn rapporterte om meir open kommunikasjon innad i familien etter deltakelsen i FTI (Eklund et al., 2020, s. 7), var det mange barn som kjente på å ikkje ha moglegheit til å kunne innrømme korleis ein eigentleg hadde det (Hanna et al., 2019, s. 16). For barn er familien og foreldra svært viktig for dei, og eventuelle forandringar i heimen vil raskt bli lagt merke til (Bergem, 2018, s. 62). Resultata frå Hanna et al. (2019, s. 16) viser at barna ofte var motvillige til å gi uttrykk for sine emosjonelle, praktiske og mentale bekymringar, i frykt for å forårsake ytterlegare sinne og frustrasjon hos foreldra. Parallellt kjem det fram at foreldra ofte unngjekk samtalar med barna om sjukdommen, for å beskytte barna mot kjenslemessige påverknadar av forelderens død (Hanna et al., 2019, s. 5). Denne gjensidige respekten og beskyttelsen kan påverke den opne kommunikasjonen i familien, og som eit resultat av at dette følte ungdommane på større aggresjon, einsamheit, depresjon og angst (Hanna et al, 2019, s. 16). Det er derfor viktig at sjukepleiarane oppfordrar til open og ærleg kommunikasjon.

Kommunikasjon med barn kan vere svært utfordrande då det kan vere store individuelle ulikheiter mellom barn på same alder (Osen et al., 2019, s. 52). Barn har ulike behov og ulik evne til å ta inn informasjon og bearbeide inntrykk og opplevingar, og samtalar med barn som pårørande har derfor eit informativt og støttande mål (Osen et al., 2019, s. 44). Mange foreldre kom med ønske om veiledning og støtte av sjukepleiarane på korleis dei kunne kommunisere med barna sine, til tross for at fleire av foreldra også opplevde at sjukepleiarane unngjekk å gi ærleg og tydeleg kommunikasjon (Hanna et al., 2019, s. 5). At sjukepleiarane ikkje gir open og ærleg kommunikasjon til foreldra og barna kan vere på grunn av manglande erfaring, liten kompetanse, og av frykt for å sei noko feil. Som eit

resultat av dårleg veiledning var ikkje foreldra rusta til å diskutere og forberede barna sine (Hanna et al., 2019, s. 5).

I samtale med barn og ungdom som har det vanskeleg, er det ekstra viktig å finne barnas "ståsted", der barnet befinner seg utviklingsmessig og kjenslemessig. Dette er for å kunne hjelpe å "nå fram" til barn og unge i samtalar, gi støtte i belastande situasjonar og skape ein relasjon (Ruud, 2021, s. 49). I resultatata frå Hauger et al. (2020, s. 271) kom det fram at sjukepleiarane var redde for å sei noke feil som kunne gjere barna sin situasjon verre, samtidig som dei følte dei ikkje nådde fram til barna. På bakgrunn av dette, fremmer det viktigheita av at sjukepleiarar har kunnskap om barnas utvikling på ulike stadier, i tillegg til å kunne kartlegge og vurdere barnets behov i forhold til informasjon. Her kjem Erikson sin teori om personlegheitsutvikling til nytte då han var særleg opptatt av barnets kjenslemessige og sosiale utvikling (Håkonsen, 2017, s. 55). Denne teorien kan hjelpe oss til å sjå kva forutsetningar barn har i ulike aldrar, men det er likevel viktig å hugse på at dette er teori og at barn er unike.

#### 5.1.4 Betydninga av å sjå framover

Ungdomstida er ein sårbar periode med fysiske, psykiske og sosiale forandringar, og ein trenger då at familien er ein trygg og stabil base (Pårørendesenteret, u.å.). Endringar i kropp og sinn kan gi ungdommen ein opplevelse av å vere i sentrum i alt som skjer og kan gi ein ny fase med egosentrisitet (Bergem, 2018, s. 64). Dette kan også forklarast av Eriksons femte fase identitet versus forvirring, der fasen er spesielt viktig for utviklinga av individets egoinditet. Han meiner at forandringane er dramatiske på grunn av store kjenslemessige og sosiale spenningar som oppstår i tillegg til at den vaksne verda stadig nærma seg. I denne fasen er det også viktig for ungdommen å ha ein opplevelse av meining og forutsigbarheit, og her kan det å sjå framover og skape ein kvardag spele ein viktig rolle (Håkonsen, 2017, s. 57).

Mange barn og ungdommar sliter med å akseptere at forelderen skal døy og ein kan sei at barnet er i reaksjonsfasen. Reaksjonsfasen var i følge Cullberg (Håkonsen, 2017, s. 256) ein

fase kor reaksjonar som depresjon og fortvilelse saman med søvnevanskar og dårleg matlyst var vanleg når personen prøvde å ta verkelegheita inn over seg. Dette kan også støttes opp under tidlegare og nyare forskning, som viser at barn har auka nivåar av angst, frykt og motstand når dei ikkje klarte å akseptere forelderens død (Dyregrov, 2012, s. 45; Hanna et al., 2019, s.17). I same studie kom det også fram at nokre barn aksepterer, og begynte å sørge over forelderens død lenge før hendelsen inntraff. Utifrå Cullberg sitt kriseforløp ville desse barna blitt plassert i nyorienteringsfasen, då dei har akseptert hendinga og laga seg ei ny plattform for livet sitt (Håkonsen, 2017, s. 256). Det er likevel viktig at sjukepleiarar ikkje følger dette kriseforløpet slavisk, då dette er eit teoretisk utgangspunkt, og alle barn kan reagere ulikt til ein kvar tid.

Barn og unge kan ha forskjellige mestringsmekanismer. I studien til Eklund et al. (2020, s. 6) sa barna at FTI hadde hjulpet dei til å finne styrkar til å oppretthalde kvardagen. Nokre av barna sa at det var styrkande å sette ord på tankar og kjensler (Eklund et al., 2020, s. 6). For foreldra og barna var det viktig å oppretthalde ein positiv atmosfære, og for barna gav det dei ein tilknytning til foreldra (Hanna et al., 2019, s. 16). Å planlegge framover i tid gav barna forutsigbarheit og meir tid til å nyte kvalitetstiden med familien. Kvalitetstida med familien gav barna noko å sjå tilbake på i etterkant av ein forelders død, og i sorgperioden kunne dei gjennom bilder, videoar, musikk og handtverk sjå tilbake på den fine tida dei hadde (Hanna et al., 2019, s. 16).

I Barnekonvensjonen står det "Staten plikter så langt som mulig å sørge for at barn overlever og utvikler seg" (Barne- og familiedepartementet, 2000). Det er derfor viktig at sjukepleiarar tilrettelegger og ivaretek barn som pårørande til forelder med kreft i palliativ fase, for å hjelpe dei til å sjå framover.

## 5.2 Metodediskusjon

I søka mine var det fleire studiar som tok opp temaet barn som pårørande, men fleirtalet av studiene som vart funne var retta mot foreldre som pårørande til kreftsjuke barn. Her kan ein diskutere om søkeorda, kombinasjonen av søkeorda og val av databasar var riktig i

forhold til min problemstilling. Ved å få hjelp frå bibliotekar fekk eg større forsikring om at søkinga er prøvd på fleire måtar. I søka mine anvendte eg også "care" og "information", men desse gav ingen relevante treff.

Det var viktig å forsikre seg om at studiane var relevante for oppgåva mi, og eg brukte derfor inklusjonskriteriane som utgangspunkt. Inklusjonskriteriet, forelder med kreft i palliativ fase, gjorde at mange studiar ikkje vart inkludert, då studiane ikkje fokuserte på kor forelderen var i forløpet, men meir om generell påverknad av kreft. Det kan diskuteras om det å kun inkludere studiar som inneheldt kreft i palliativ fase hos ein forelder, har gitt færre og kanskje dårlegare treff. Likevel var eg bestemt på at fokuset skulle vere på barna med forelder som hadde kreft i palliativ fase, då pårørande til kreftpasientar i andre fasar av sjukdommen kan ha eit anna perspektiv og erfaringar. I artiklane eg valgte opphaldt den sjuke forelderen seg både på sjukeheim, i ein palliativ enheit og i ukjent lokalisasjon. Eg valgte å ikkje ha noko kriteriar på kvar den palliative pasienten opphaldt seg, eksempelvis sjukehuset, då det førte til færre og ikkje-relevante treff. Barn under 18år var også eitt kriterium, men utifrå alderen til barna i studiane, fokuserer eg nærmare på barn i alderen 8-18år.

Studiene eg valgte hadde opphav frå Norge, Sverige og Storbritannia. Når ein inkluderer tekstar frå forskjellige land er det viktig å hugse på at desse kan ha andre lovverk, kulturar og sjukepleiepraksis. Då funna beskriver barna, foreldra og sjukepleiarane sine opplevsar, erfaringar og tankar, vurderast artiklane likevel som overførbare til min oppgåve.



## 6.0 Konklusjon

Funna frå min litteraturstudie viser at sjukepleiarar opplever det utfordrande å tilstrekkeleg ivareta barn som pårørande til kreftpasientar i palliativ fase. Dette handlar om manglande kunnskap og informasjon, dårleg tilrettelegging for støtte til barna, dårleg tid og ressursar og ikkje alderstilpassa kommunikasjon med barna. Alt dette tyder på at helsetenesten ikkje har godt nok fokus på barn som pårørande, og at lovendingane i 2010 og 2018 ikkje følgast godt nok opp.

Tiltaka som har komt fram som kan hjelpe sjukepleiarane til å ivareta barna er å gi informasjon og kunnskap til foreldra og barna om sjukdommen og forløpet vidare, imøtekomme behova, støtte barna i deira unike situasjon, tilpasse kommunikasjonen utifrå barnets alder, erfaring og situasjon, oppretthalde rutinar, og til slutt hjelpe barna med å sjå framover.

Å styrke sjukepleiarane sin kunnskap og informasjon er også eit tiltak som vil vere med på å gi betre omsorg for barna. For å få til dette bør temaet barn som pårørande vektleggast meir i utdanninga, i tillegg til at kurs, veiledning og oppfølging om temaet etter endt utdanning bør oppretthaldast. Ved å få meir kunnskap og erfaring i temaet barn som pårørande, kan sjukepleiarane møte barna slik som retningslinjane og lovverket fortel at dei skal. Men til tross for at det er opp til kvar og ein å overhalde lover og regler, er det viktig at ledelsen støtter og tilrettelegger for at sjukepleiarane kan gjere dette.

## 7.0 Kjeldeliste

Alott, N. (2019, 30. mai). Kommunikasjon. I *Store Norske Leksikon*.

[https://snl.no/kommunikasjon#-Kommunikasjon\\_med\\_og\\_uten\\_spr%C3%A5k](https://snl.no/kommunikasjon#-Kommunikasjon_med_og_uten_spr%C3%A5k)

Barne- og familiedepartementet. (2000). *Barnekonvensjonen nynorsk* [Brosjyre].

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barnekonvensjonen-nynorsk/id87589/>

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

Dyregrov, K. (2012). Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. I B. S. M.

Haugland & B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 44-53). Abstrakt forlag.

Eide, H., Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eklund, R., Alvariza, A., Kreicbergs, U., Jalmsell, L. & Lövgren, M. (2020). The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care – potential effects from minor children’s perspectives. *BMC Palliative Care*, (50), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00551-y>

Hanna, J. R., McCaughan, E. & Semple, C. J. (2019). Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: A systematic review. *Palliative Medicine*, 33(8),

1-28. <https://doi.org/10.1177/0269216319857622>

Hauger, B., Wiker, M. & Hamnes, B. (2020). Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende. *Nordisk sygeplejeforskning*, 10(4), 266-279.

<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-04-05>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kritisk vurdering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentar*. (§ 10a) [Rundskriv].

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#paragraf-10a-helsepersonells-plikt-til-a-bidra-til-a-ivareta-mindrearige-barn-som-parorende>

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

Høgskulen på Vestlandet. (2022, 31. januar). *Finn litteratur og fagstoff*.

<https://www.hvl.no/bibliotek/finn/>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.) *Søk etter fagressursar*. Hentet 26. November 2021 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kreftforeningen. (2022, 24. januar). *Hva er kreft?* <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftforeningen. (2022, 27. januar). *Barn og ungdom som pårørende*.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/barn-og-ungdom/barn-og-ungdom-som-parorende/>

Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kunnskapsdepartementet. (2021, 3. oktober). *Etikk i forskningen*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

Norsk Palliativ Forening. (2022). *Begrep*. Hentet 1. mars 2022 fra

<https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 26. November 2021 fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Osen, N. L., Relling, M., Overvik, M. & Glørstad, T. (2019). *Barne- og familiesamtaler når barn er pårørende: En praktisk håndbok for helsepersonell* (2.utg.). KF.

Pårørendesenteret. (u.å.). *Rettigheter: Når barn og unge er pårørende*. Hentet 20. april 2022

fra <https://www.parorendesenteret.no/rettigheter/når-barn-og-unge-er-pårørende>

Pårørendesenteret. (u.å.). *Ta vare på barna*. Hentet 20. april 2022 fra

<https://www.parorendesenteret.no/ta-vare-på-barna>

Pårørendesenteret. (u.å.). *Ta vare på familien: Vanlige reaksjoner hos barn som pårørende*.

Hentet 20. april 2022 fra <https://www.parorendesenteret.no/ta-vare-på-barna/vanlige-reaksjoner-hos-barn-som-pårørende>

Pårørendesenteret. (u.å.). *Ta vare på familien: Vanlige reaksjoner hos ungdom som*

*pårørende*. Hentet 20. april 2022 fra <https://www.parorendesenteret.no/ta-vare-på-barna/vanlige-reaksjoner-hos-ungdom-som-pårørende>

Roaldset, A. H. & Aass, N. (2021, 16. mars). *T21 Palliativ behandling*. I Norsk

Legemiddelhåndbok. [https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ\\_behandling](https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling)

Ruud, A. K. (2021). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (2. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Amlund, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E., Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende: Resultater fra en multisenterstudie* (Rapport nr. IS-0522). Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/\\_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20pårørende%20-%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf)

Skjerdal, Å. (2016, 17. oktober). Medisinske og helsefaglige termer/ MeSH på norsk og engelsk. *Legemiddelaktuell*.

<https://legemiddelaktuell.wordpress.com/2016/10/17/medisinske-og-helsefaglige-termermesh-pa-norsk-og-engelsk/>

Solbakk, J. H. (2014, 10. oktober). *Sårbare grupper*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/sarbare-grupper/>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Svartdal, F. (2020, 27. mai). Nonverbal kommunikasjon. I *Store Norske Leksikon*. [https://snl.no/nonverbal\\_kommunikasjon](https://snl.no/nonverbal_kommunikasjon)

Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Tviberg, K., Elgsås, T. & Malt, E. A. (2021). Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming: Risiko- og sårbarhetsfaktorer for psykisk lidelse. I M. T. Gonzalez(Ed.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 200-210). Gyldendal Norsk Forlag AS.

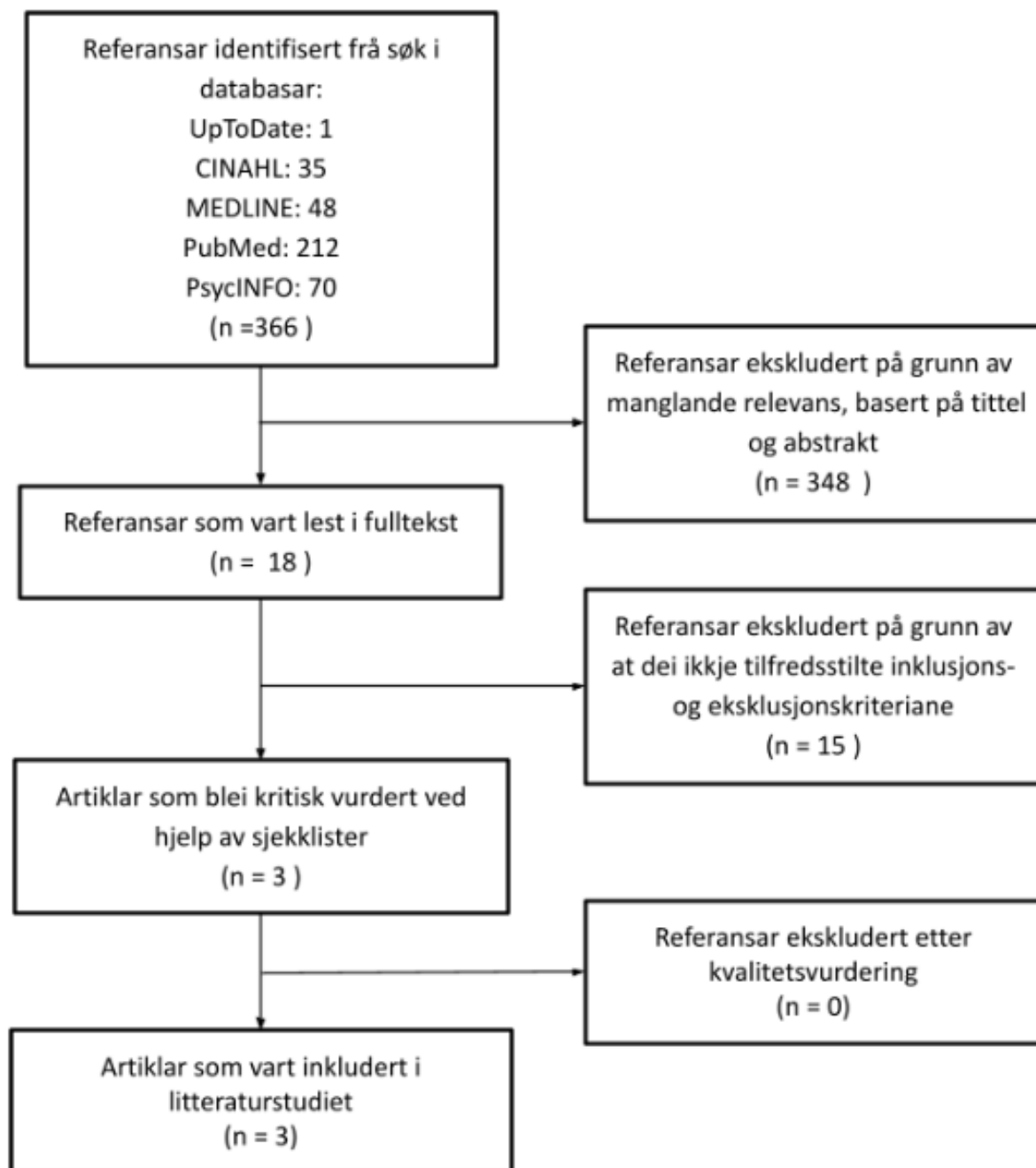
# Vedlegg

## Vedlegg 1 PICO-skjema

**Din problemformulering:** Korleis kan sjukepleiar ivareta barn som pårørende når foreldre har kreft i palliativ fase?

	<b>P:</b>	<b>I:</b>	<b>Co:</b>
Norsk formulering hentet fra din problemstilling	Barn, unge, pårørende,	Omsorg, Informasjon	Foreldre med kreft i palliativ fase
MeSH ord	Child, next of kin, relatives, children of palliative cancer patients	Care, Information	Neoplasms, cancer, palliative phase
Medline	Child, children, next of kin	Care, Information	Neoplasms, cancer, palliative phase, parent with palliative cancer, parental cancer
CINAHL	Child, children as relatives	Care, Information	Neoplasms, cancer, palliative phase
PsycINFO	Child, children, next of kin, relatives	Care, Information	Parental cancer, parent with palliative cancer, palliative phase

## Vedlegg 2 PRISMA-FLOW diagram





### Vedlegg 3 Oversikt over søkehistorikk

Database	Søkeord	Avgrensingar	Antall treff	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
MEDLINE EBSCO	"Children as relatives"	2016 - 2022	40	3	Eklund, R., Alvariza, A., Kreicbergs, U., Jalmsell, L. & Lövgren, M. (2020) <i>The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care- potential effects from minor children's perspectives.</i> BMC Palliative Care: 2020
CINAHL	"Children as relatives"	2016 - 2022	32	2	Hauger, B., Wiker, M. & Hamnes, B. (2020) <i>Sykepleiere strekker ikke til i arbeid med barn som pårørende.</i> Nordisk sygeplejeforskning: 2020, Vol.10, Utg.4
PsycINFO	((children or child) and (next of kin or relatives) and (parental cancer or parent with palliative cancer	2016-2022	70	7	Hanna, J. R., McCaughan, E. & Semple, C. J. (2019) <i>Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: A systematic review.</i> Palliative

	or palliative phase))				Medicine: 2019, Vol.33, p 1017-1044
--	-----------------------	--	--	--	-------------------------------------

## Vedlegg 4. Litteratormatrise

Metode					Resultater			
Forfatter År Tidsskrift Land	Tittel	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Hensikt	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi	Styrker/ Svakheiter
Eklund, R., Alvariza, A., Kreicbergs, U., Jalmzell, L. & Lövgren, M.  2020  BMC Palliative Care  Sverige	The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care – potential effects from minor children’s perspectives	Pilot intervensjons studie  Spørsmål og 6 intervju  23 barn svarte på spørsmåla  22 barn vart intervjuet etter deltakinga av spørsmåla	Totalt 25 barn deltok fra 16 familier  Store deler av den sjuke forelderen hadde kreftdiagnose  8 foreldre døde i løpet av studiet, 2 av dei døde  Alderen på barna som deltok var 8-17 år	Å utforske dei potensielle effektene av FTI, frå mindreårig barn sitt perspektiv, når ein forelder blir tatt hand om i palliativ omsorg.	”The children reported that FTI increased their knowledge about their parents’ illness. They said the intervention helped them to handle school-related problems, establish counselling, and find strenght to maintain everyday life. Children aged 8-12 reported that talking	”Children who participated in FTI reported that it was helpful in many ways, providing illness-related information and improving family communication when a parent has a life-threatening illness. Other potential positive effects reported by the children were that FTI facilitated	- Resultatene av denna studien viser at FTI er ein lovande intervensjon for barn som har forelder som blir tatt hand om i palliativ omsorg.  -FTI var av verdi for dei deltakande barna, og ein kan dermed indikere at FTI kan vere nyttig for andre barn også	Styrke: - Den første studien som har utført FTI i ein palliativ omsorgssetting som brukar både spørsmål og intervju, som er å foretrekke når ein evaluerer komplekse intervensjonar  - Barnas eigne vurderingar vart brukt  Svakheiter: - Innvolverer kun svensk-

					with their parents became easier after FTI, whereas communication was unchanged for teenagers and between siblings. Children also reported having been helped to prepare for the future, and that they benefitted from advice about how to maintain everyday life and minimize conflicts within the family."	their preparation for the future, decreased family conflicts, and started to build up resilience."		talende familiar - Har ingen samanliknings-gruppe - FTI bør evaluerast vidare i større studiar som involverer familiar med mindreårige barn og med eit familiemedlem i palliasjon
Hanna, J. R., McCaughan, E. & Semple, C. J.  2019	Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: A	Systematisk mikset metode	27 kvalitative studier publisert mellom 2000 og 2018  Alderen på barna som	Undersøkte opplevelsene til foreldre og barn når ein forelder er ved slutten av livet, for å	"In all, 7829 records were identified; 27 qualitative and 0 quantitative studies met the inclusion	" Lack of understanding in relation to the parent's prognosis, denial and feeling ill-equipped were		Svakheter: - Funna kan ikkje generaliserast til heile befolkninga, da dei reflekterer til kvite toforeldrefamilier i

Palliative Medicine  Storbritannia	Systematic review		deltok var 0-18år	sjå utfordring ar, støttebeh ov og faktorar som legg til rette for god praksis	criteria. Eight descriptive themes were identified, further categorised into two broad themes: (1) barriers and facilitators in sharing the news that a parent is dying and (2) strategies to manage the changing situation.”	suggested as barriers for parents to share the news with their children. Engageme nt with social networks, including extended family relatives and peers, and maintainin g routines such as attending school were suggested supportive by parents and children. Findings are limited primarily to White, middle- class two- parent families. A number of areas for future research are identified.”		middelklas sen
Hauger, B., Wiker, M. & Hamnes, B.	Sykeplei ere strekker ikke til i arbeid	Kvalitativ metode met eit beskrivend e design	15 sjukepleier e, med gjennomsni ttleg sju års	Å utforske sjukepleie res opplevels	”Analysen av datamateri alet resulterte i	”Sjukepleie rene ønsker å gjøre en god jobb		Styrke: - Stor variasjon i informante nes alder,

2020	med barn som pårørende	Individuelle semistrukturerte intervjuer	erfaring med barn som pårørende	Ar den på barna som deltok var 0- 18år	ar med oppfølging av barn som pårørende av kreftpasienter i palliativ fase i sjukeheim	tre temaer som beskrevet informanternes opplevelser i møte med barn som pårørende, og omhandlet sykepleiers opplevelse av utilstrekkelighet, deres ønske om mer kompetanse samt opplevelse av lite støtte fra ledelsen”	med barna, men opplever at de ikke strekker til i arbeidet med barn som pårørende, og at de har for lite kompetanse til å ivareta barna”	<p>kjønn og erfaring, noko som aukar moglegheit a for å få belyst problemstillinga så bredt som mogleg</p> <p>- Informantene er henta frå tre sjukeheim i forskjellige kommunar</p> <p>Svakheter:</p> <p>- Om informantene hadde hatt ein anna kjønnsfordeling med større andel menn kunne det muligens gitt andre resultater</p> <p>- Forskernes begrensede erfaring med kvalitativ forskning</p>
------	------------------------	--	---------------------------------	--	--	---	--	--