



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKH390

Predefinert informasjon

Startdato:	24-11-2022 12:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	08-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	333
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7995
----------------------	------

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:	4
Andre medlemmer i gruppen:	303

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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Helsekompetanse hos pårørende- en viktig forutsetning for å ivareta barns helse

Health literacy among care providers - an important prerequisite in safeguarding children's health

Kandidatnummer: 303 & 333

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie i Haugesund

Innleveringsdato: 08.12.2022

Antall ord: 7995

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, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Helsekompetanse hos pårørende- en viktig forutsetning for å ivareta barns helse

Bakgrunn: I tidlig barndom er det hovedsakelig foreldre og andre omsorgspersoner som er ansvarlig for sykdomshåndtering hos barn. Å ivareta helsen til barn med kronisk sykdom krever tilstrekkelig helsekompetanse. Det har vært endel søkelys på forholdet mellom helsekompetanse og hvordan det påvirker sykdomshåndtering hos foreldre og barn, men hvordan kan man øke selve helsekompetansen?

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til økt helsekompetanse hos pårørende til barn med kronisk sykdom på barneavdeling?

Hensikt med oppgaven: Hensikten med oppgaven er å sette søkelys på et viktig tema, og å forstå hvor essensielt helsekompetanse er for pårørende, samt hvor viktig sykepleierens pedagogiske rolle blir i et folkehelseperspektiv.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Besvarelsen inkluderer pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, lovverk, nasjonale retningslinjer og syv selvvalgte forskningsartikler til å belyse problemstillingen.

Resultat/analyse: De syv inkluderte forskningsartiklene ga mulighet for analyse av resultatene innen fire kategorier; kartlegging av foreldres helsekompetanse, undervisningsmetoder som virkemiddel til å øke helsekompetanse, inkludering av barnet selv, og eventuelle barrierer som kan påvirke helsekompetansen negativt.

Konklusjon/avslutning: Kartlegging av foreldrenes helsekompetanse, undervisningsmetoder og virkemidler som kan øke foreldrenes forståelse, og inkludering av barnet i undervisningen kan være viktige redskaper sykepleiere på barneavdeling kan implementere i praksis.

Abstract

Title: Health literacy among care providers - an important prerequisite in safeguarding children's health

Background: During early childhood, it is mainly parents and other close care providers who are responsible for managing the child's disease. It is essential that care providers have sufficient health literacy to offer care and proper health maintenance to children with chronic illnesses. Up until now, the key focus has been on the relationship between how health literacy affects parents and the child's own management of his/her disease. But what measures can be taken in order to increase health literacy?

Research question: How can nurses contribute to increased health literacy among care providers to children with chronic illnesses in pediatric wards?

Purpose: The purpose of the thesis is to shed light on an important topic, and to understand how essential health literacy is for caregivers and how necessary the nurse's educational role is in a public health perspective.

Methodology: This bachelor's thesis is a study of literature and includes literature from the curriculum, self-determined literature, legislation, National guidelines and seven self-determined research articles to highlight the chosen subject.

Findings/Analysis: The seven included research articles allowed for analysis of the results within four categories; mapping parents' health literacy, teaching methods as means of increasing health literacy, inclusion of the child and possible obstacles to health literacy.

Conclusion/end Mapping the parents' health literacy, improving teaching methods and providing tools to increase parental understanding, and including the child in the learning process are important practices nurses at pediatric wards could find useful.

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn	7
1.1 Kronisk sykdom.....	8
1.2 Lovverk.....	8
1.3 Helsekompetanse	9
1.4 Sosiale helseforskjeller.....	9
1.4.1 Helsepersonell i møte med pasient og pårørendes helsekompetanse.....	10
1.5 Kommunikasjon med barn og pårørende.....	10
1.6 Tidligere forskning.....	11
1.7 Teoretisk perspektiv.....	12
1.8 Hensikt.....	13
1.9 Presentasjon av problemstilling	14
2.0 Metode.....	14
2.1 Litteraturstudie.....	14
2.2 Litteratursøk	15
2.2.1 Søkestrategi	17
2.3 Etiske overveielser	22
2.4 Kildekritikk.....	23
2.5 Metodekritikk	24
3.0 Analyse	25
3.1 Kartlegging av foreldrenes helsekompetanse	27
3.2 Undervisningsmetoder som virkemidler for å øke helsekompetansen	28
3.3 Inkludering av barnet	29
3.4 Barrierer som kan hindre helsekompetansen.....	29
4.0 Drøfting	30
4.1 Kartlegging av foreldrenes helsekompetanse	30

4.1.1 Kartleggingsverktøy	31
4.2 Undervisningsmetoder som virkemidler for å øke helsekompetansen	32
4.3 Inkludering av barnet	34
4.4 Mangel på tid og kompetanse bidrar til barrierer på sengepost	36
5.0 Konklusjon/avslutning	38
7.0 Referanseliste	40

Tabeller:

- 1: Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier
- 2: Oversikt over søk
- 3: Fremstilling av inkluderte forskningsartikler
- 4: Forarbeid til analyse

Vedlegg:

- 1: Sjekkliste for kvalitativstudie
- 2: Sjekkliste for tverrsnittstudie
- 3: Sjekkliste for systematisk oversikt

1.0 Bakgrunn

Vi har valgt å sette søkelys på helsefremmende og forebyggende arbeid hos pårørende til barn med kronisk sykdom som er innlagt på barneavdeling. I tidlig barndom er det hovedsakelig foreldre og andre nære omsorgspersoner som er ansvarlig for sykdomshåndteringen. Mæland (2021, s.80) hevder at utviklingen de første årene ofte har konsekvenser for helsen senere i livet. I sykepleiere sitt møte med pårørende til barn på barneavdeling tror vi det vil være en viktig oppgave å kartlegge pårørendes helsekompetanse og ressurser, og gi informasjon ut fra pårørende sitt kunnskapsnivå. Dette for å sikre at pårørende har best mulig grunnlag til å ivareta barnets helse utenfor sykehuset. For å ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å kunne ivareta barnets sykdom, trenger foreldrene nødvendig informasjon og opplæring før barnet skrives ut av sykehuset (Grønseth & Markestad, 2017, s.88).

Vi har valgt dette temaet da det er kjent at mennesker med sosioøkonomiske utfordringer har lavere helsekompetanse enn de med høyere sosioøkonomisk status (Syse, 2022). Vi mener det vil være interessant å se hvordan pårørendes helsekompetanse kan påvirke barns helse. Studier har avdekket at nivået på pårørendes helsekompetansen varierer, og det kan være viktig å adressere og håndtere denne faktoren for at alle barn i Norge skal få det samme helsetilbudet. Ifølge Mæland (2021, s.200) er familien den viktigste gruppen vi tilhører. Det er familien som gir oss mat, omsorg og trygghet, som former vår oppvekst og utvikling, som er med på å gi oss identitet og tilhørighet, og som for de fleste forblir den rikeste kilden til fellesskap og praktisk hjelp (Mæland, 2021, s.200). Krokstad & Mæland (2020) viser til nyere forskning (Holmboe et al., 2006) som har avdekket at sosiale helseulikheter i voksen alder langt på vei er en følge av de sosioøkonomiske og psykososiale vilkårene barn vokser opp med. Ifølge Mæland (2021, s.202) bør det i et forebyggende perspektiv mot sosial ulikhet rettes fokus mot barns livssituasjon. Aller viktigst er det å legge best mulig til rette for at barn blir godt ivaretatt i den nære familien (Mæland, 2021, s.202). En politikk som styrker barns mulighet for en trygg og stimulerende barndom er den beste helseinvesteringer et samfunn kan gjøre (Mæland, 2021, s.202).

1.1 Kronisk sykdom

Kronisk sykdom defineres som langvarig sykdom, det vil si sykdom som varer i mer enn tre måneder, samt tilstander som ikke kan behandles, eller som opptrer i tilbakevendende mønstre (Grønseth og Markestad, 2017, s.180).

Ifølge Grønseth og Markestad (2017, s.179) har 10-15% av barn og unge en kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne som påvirker hverdagen. Kroniske sykdommer kan sette begrensninger for det vanlige livsmønsteret og kan kreve mer eller mindre spesiell assistanse eller tilpasning (Grønseth og Markestad, 2017, s.179). Videre belyser Grønseth og Markestad (2017, s.179) flere faktorer som påvirker barnets og familiens evne til å mestre livssituasjonen. Flere faktorer kan spille inn som hvor alvorlig sykdommen er, kreves det mye tilpasning med stor arbeidsbelastning, er barnet og familien avhengig av mye hjelp, finnes personlig kompetanse og evne til å vurdere hva som skjer og finnes evner i miljøet til å løse problem (Grønseth & Markestad, 2017, s.179).

Det er en kompleks oppgave å sørge for helhetlig sykepleie til barn med kronisk sykdom og familien deres (Grønseth & Markestad, 2017, s.180). Ifølge Grønseth og Markestad (2017, s.180) er dette en av de største utfordringene en kan møte på ved barneavdeling, og det krever omfattende innsikt, kunnskap og erfaring. Hovedprinsippene i sykepleie er å ha en helsefremmende tilnærming til familien (Grønseth & Markestad, 2017, s.180). Dette innebærer å styrke barnets og foreldrenes ressurser slik at de selv kan ivareta egenomsorgen og å redusere familiens samlede belastninger (Grønseth og Markestad, 2017, s.180).

1.2 Lovverk

“FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen) er en internasjonal avtale om barns rettigheter. Barnekonvensjonen er også kalt barnas egen grunnlov. FN

barnekonvensjon artikkel 24 e) sikre at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, har tilgang til undervisning om og støttes i bruken av grunnleggende kunnskaper om barns helse og ernæring, fordelene ved amming, hygiene, miljø hygiene og forebygging av ulykker. f) utvikle forebyggende helseomsorg, foreldreveiledning, og undervisning og tjenester innen familieplanlegging” (Forente nasjoner, 1989, artikkel 24).

1.3 Helsekompetanse

Ingstad (2021, s.73) definerer health literacy/ helsekompetanse som enkeltpersoners evne til å forstå, vurdere og fornuftig anvende helseinformasjon for å opprettholde best mulig helse.

1.4 Sosiale helseforskjeller

Ifølge Ingstad (2021, s.62) er sosial ulikhet systematiske forskjeller i helsetilstand og er en konsekvens av sosiale og økonomiske årsaker som for eksempel yrke, utdanning og inntekt. Disse helseforskjellene er sosialt skapt (Ingstad, 2021, s.62).

Ingstad (2021, s.62) hevder at den norske befolkningen generelt har god helse, samtidig som han peker på at gjennomsnittstallene skjuler store helseforskjeller blant folk. Flere undersøkelser nasjonalt og internasjonalt viser en tydelig sammenheng mellom sosial posisjon og helsetilstand (Ingstad, 2021, s.62). De med flest ressurser, slik som god utdanning, kunnskap, inntekt, høy materiell levestandard, yrkesstatus og arbeidsforhold har gjennomsnittlig bedre helse og lever lengre (Ingstad, 2021, s.62). Det er flere årsaker til sosiale helseulikheter, både sosiale og biologiske faktorer, men fremfor alt ulike forhold i barndommen, som materielle faktorer, helseatferd og psykososiale forhold (Ingstad, 2021, s.66). Mæland (2021, s.199) hevder at sosiale omstendigheter i barndom og oppvekst påvirker risiko for sykdom og uførhet senere i livet.

1.4.1 Helsepersonell i møte med pasient og pårørendes helsekompetanse

Helsetjenesten kan bidra til å redusere sosial ulikhet ved å prioritere dem som trenger det mest (Helsedirektoratet, 2019). Ifølge Ingstad (2021, s.73) må man som helsepersonell ta hensyn til pasientens helsekompetanse og tilpasse kommunikasjonen til pasientens ferdigheter, egenskaper og oppfatning av egen helsesituasjon. Mange kan ha vanskeligheter med å forstå faguttrykk, noe som kan føre til at informasjonen som blir gitt kan bli misforstått. Som sykepleiere må man legge vekt på å forstå pasientens opplevelse av sin situasjon og hvordan hen forstår og bruker helseinformasjon (Ingstad, 2021, s.73). Skal pasientene få samme goder, må pleiere tilrettelegge tjenester ut fra pasientens behov (Ingstad, 2021, s.73). Det kan bety at en må bruke ulik mengde ressurser på pasienter med samme lidelse, hvis en ønsker å oppnå samme resultat. God kommunikasjon, åpenhet og respekt for forskjellighet er avgjørende for kvaliteten på møte mellom pasient og helsepersonell (Ingstad, 2021, s.73). Som sykepleier må man forholde seg til pasienters språkkunnskap og deres evne til å kunne ta til seg informasjon (Ingstad, 2021, s.66).

1.5 Kommunikasjon med barn og pårørende

Heyn (2018, s.16) hevder at pasienter og pårørende sitter inne med mye informasjon. Det er viktig å kartlegge og nyttiggjøre seg denne informasjonen for å oppnå god behandling av pasienten. Ifølge Heyn (2018, s.18) er det når pasienten opplever tillit at det er størst sannsynlighet for at hen åpner seg. Det er viktig at sykepleiere møter pasienten med et åpent sinn, og tilpasser seg den enkelte sitt ståsted (Heyn, 2018, s.19). Ifølge Heyn (2018, s.19) er det viktig at sykepleiere evner å skape tillit, da pasienten overlater noe av sin egen makt til sykepleieren, som skal ta riktige avgjørelser. Heyn (2018, s.19) understreker at det derfor er viktig å være kritisk til maktposisjonen sykepleieren står i, og kontinuerlig arbeide for å utjevne denne maktfordelingen. Sykepleierne må være tydelig med pasienten og forklare at de har mye

kunnskap om sykdom og fag, men at det er pasientens ansvar å tydeliggjøre sine behov, verdier, mestringsevne og livssituasjon (Heyn, 2018, s.18).

Nilsson (2018, s.54) hevder at når sykepleie rettes mot barn er det barnet som er hovedpersonen, men fortsatt foreldrene og omsorgspersoner som innehar det meste av informasjonen om barnets ønsker, behov, mestringsevne og opplevelser. Ifølge Nilsson (2018, s.55) er det viktig at barn får ha innflytelse på spørsmål som angår dem, og barnas mening bør legges til grunn så langt det er mulig. For å kunne møte og støtte barn kreves det at sykepleier har et barnesentrert perspektiv, der det legges vekt på barnas forståelse og egne meninger (Nilsson, 2018, s.55). Det er også viktig at barna vet hva som skjer, og får den informasjonen de behøver (Nilsson, 2018, s.54). Forskning viser også det at foreldre og omsorgspersoner ofte foretrekker at barna får kommunisere direkte med sykepleier (Nilsson, 2018, s.55). Grønseth og Markestad (2017, s.180) hevder at familiesentrert omsorg med et nært og likeverdlig samarbeid mellom barn/ungdom/foreldre og helsepersonell letter kommunikasjonen og forståelsen for familiens situasjon. Videre kan dette bidra til bedre helse og livskvalitet hos barn og unge med kronisk sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s.180).

1.6 Tidligere forskning

Da vi startet søk etter relevante forskningsartikler fant vi flere artikler som belyser forholdet mellom foreldres helsekompetanse og barns helseutfall. DeWalt & Hink (2009) har gjennom en systematisk gjennomgang av litteraturen sett på forholdet mellom foreldre og barns helsekompetanse og barns helseutfall. Studien finner at foreldre med lav leseferdighet hadde mindre helsekunnskap og hadde en atferd som var mindre fordelaktig for barnas helse, sammenlignet med foreldre med høyere leseferdighet. Det kommer frem at det burde vært forsket mer på temaet, for å supplere forskning som allerede er gjennomført. Ny forskning bør også inkludere forskning som undersøker hvilke intervensjoner som effektivt reduserer helsekompetanse-relaterte forskjeller (DeWalt & Hink, 2009). Berkman et al. (2011) har i sin systematiske oversikt sett på intervensjoner for å øke helsekompetanse og deres resultater. De

finner at bevisstyrken på flere av studiene var utilstrekkelig til lav, som igjen begrenset validiteten av konklusjoner for hvordan det påvirket bruk av helsetjenester og helseutfall (Berkman et al., 2011). Det kommer frem at fremtidig forskning bør prioritere å fremme designfunksjonen til intervensjoner. Det kommer frem at fremtidig forskning bør prioritere å fremme designfunksjonen på intervensjoner. Den bør også inkludere testing av nye tilnærminger for å øke motivasjon, teknikker for å levere informasjon muntlig eller skriftlig og bestemme de effektive komponentene i allerede testede intervensjoner (Berkman et al., 2011). DeWalt & Hink (2009) og Berkman et al. (2011) ble ikke inkludert i denne oppgaven da forskningsartiklene er eldre enn ti år.

1.7 Teoretisk perspektiv

Aaron Antonovsky (sitert i Mæland, 2021, s.80) mener at en viktig salutogen faktor er det å oppleve verden som forutsigbar og sammenhengende. Dette blir etablert i barndoms- og ungdomsårene og forutsetter nære og stabile omsorgspersoner (Mæland, 2021, s.80). Salutogenese fokuserer på det motsatte av sykdomsfremkallende forhold (patogenese), dermed forebygging og arbeid for å styrke helsen (Mæland, 2021, s.80). Antonovsky (2012, s.38) mener at opplevelsen av sammenheng (OAS) er avgjørende for om en person bevarer sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse. OAS består av de tre kjernekomponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s.39).

“Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i” (Antonovsky, 2012, s.41).

Antonovsky (2012, s.40) mener at begripelighet og håndterbarhet er viktige komponent i helsefremmende arbeid, og med det mener han hvordan et menneske opplever og forstår

informasjon. Mennesker med høyere grad av begripelighet og håndterbarhet tenker at alt har en forklaring, og når det skjer noe uventet har de tilstrekkelig med ressurser og klarer å tilpasse seg og finne en løsning; dette gir vedkommende trygghet (Antonovsky, 2021, s.40). Personer som i mindre grad har evnen til å oppfatte og tolke situasjoner og endringer kan ha vanskeligheter med å forstå hva som skal til for å oppnå kravene for tilpassing og finne nye løsninger; dette kan føre til at de mister kontroll og føler seg utrygge (Antonovsky, 2012, s.40).

Eriksson & Lindström (2008) har med bakgrunn i Antonovskys teori laget en metafor, «Livets elv». Den går ut på at det er ikke nok å bare bygge broer, man må også lære å svømme. Om en går på broen og kan svømme er man ikke livredd for å falle uti, og dermed opplever man trygghet. Kan man derimot ikke svømme vil opplevelsen føles utrygg og ukjent. Mittelmark et al. (2018, s.15) mener på bakgrunn av denne teorien at helsefremmende arbeid handler om hvordan man tilrettelegger for at enkeltmennesker skal føle de har større kontroll over eget liv og helse. Det er her økt egenmestring, eller empowerment, som Mittelmark velger å referere til, kommer inn. Ifølge Mittelmark et al. (2018, s.32) er empowerment en prosess med det formål å gi individer eller grupper av mennesker økte ressurser, styrke deres selvbilde, og gjenoppbygge evnen til å kunne handle på egne vegne i hverdagen. Mæland (2021, s.81) hevder at det å oppleve kontroll over sitt eget liv er viktig for mestringsevnen og selvbildet.

1.8 Hensikt

Formålet med oppgaven er å sette lys på et viktig tema, og prøve å forstå hvor essensielt helsekompetanse er hos pårørende og hvor nødvendig sykepleierens pedagogiske rolle er i et folkehelseperspektiv.

1.9 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til økt helsekompetanse hos pårørende til barn med kronisk sykdom på barneavdeling?

Tematikken er omfangsrik, og det er mange komponenter som spiller inn. For å utforske viktigheten av helsekompetanse hos foreldre med kronisk syke barn har vi derfor valgt en problemstilling som stiller spørsmål ved akkurat dette. Vi har valgt å rette fokuset vårt mot arbeid som sykepleiere, men også å ta med aspekter fra foreldrene og barnets side, slik at vi kan se og forstå deres opplevelser. Med dette kan vi forhåpentligvis forstå alle parter behov i denne prosessen. For å synliggjøre og utforske viktigheten av denne symbiosen av forståelse hos alle parter, har vi valgt å avgrense problemstillingen vår til sykepleieres møte med foreldre til kronisk syke barn på en barneavdeling.

2.0 Metode

Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s.53). Thidemann (2019, s.74) beskriver metode som den systematiske fremgangsmåten man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. I denne oppgaven vil vi ta i bruk litteraturstudie som metode.

2.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en studie hvor man systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s.77). Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte (Thidemann, 2019, s.77). Ifølge Christoffersen et al. (2015, s.62) er systematiske litteratursøk ofte brukt i sykepleierutdanningen. Litteraturstudien starter oftest

med en litteraturgjennomgang, hvor man planlegger en studie ved å først finne frem til den forskningen som allerede finnes på området (Christoffersen et al., 2015, s.62). En litteraturstudie kan bygge på både kvalitative og kvantitative studier, men man kan også kombinere begge. De kvantitative metodene har den fordelen at det gir oss data i form av målbare enheter (Dalland, 2020, s.54). De kvalitative metodene tar derimot sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måles (Dalland, 2020, s.54). Både kvalitative og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler eller samhandler (Dalland, 2020, s.54). Oppgaven vil i hovedsak ta for seg kvalitative data hvor man vil se på kunnskap og kompetanse blant sykepleiere, og erfaringer og opplevelser blant barns pårørende. Den vil også inkludere noen kvantitative funn i form av statistikk som viser sammenheng mellom pårørendes utdanningsnivå og/eller leseferdigheter og hvordan det påvirker helsekompetansen deres.

2.2 Litteratursøk

De ulike databasene gir mulighet for å finne frem utallige artikler. Dalland (2020, s.148) belyser hvordan man med problemstillingen som grunnlag bør utarbeide kriterier som kan begrense søkene. På bakgrunn av problemstillingen utarbeidet vi ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier som utgangspunkt for valg av artiklene vi brukte. Forutsetninger for at vi valgte å inkludere artikler var at de handlet om helsekompetanse hos barns pårørende med kronisk sykdom og/eller hvordan helsekompetanse påvirket barn med kronisk sykdom. Artiklene måtte også ta for seg hvordan helsekompetanse påvirket sykdomshåndteringen. Det var også viktig å se på hvordan sykepleiere kartlegger helsekompetanse til foreldre og underviser ut fra deres forutsetninger. Vi har valgt å inkludere to artikler som har undersøkt både helsepersonell og pårørendes perspektiv, her får man foreldres og helsepersonells perspektiv og erfaringer med

undervisningsmetoder rettet mot å øke helsekompetansen. En annen forutsetning for at artikler ble inkludert var at de foregikk i spesialisthelsetjenesten, dermed på sengepost eller poliklinikk. Artikler ble ekskludert dersom de kun tok for seg kommunehelsetjenesten eller undervisningsmetoder utført av leger. Artikler ble også ekskludert dersom de var fra utviklingsland, bakgrunnen for dette er større helseforskjeller fra industriland. Tabell 1 viser en oversikt over inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som ble benyttet i denne oppgaven.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Undersøker	Helsekompetanse, undervisningsmetode	Andre temaer
Kontekst	Spesialisthelsetjenesten	Andre helseforetak
Informanter	Pårørende til barn med kronisk sykdom, barn med kronisk sykdom	Studier som involverer andre
Yrkesgruppe	Sykepleier eller sykepleier og lege	Kun lege eller annet helsepersonell
Utgivelsesår	2012-2022	Artikler eldre enn 10 år
Geografi	Forskning fra industriland	Forskning fra utviklingsland
Språk	Språk: Engelsk, norsk, dansk, svensk	Andre språk

Studiedesign	Kvalitative, mixed methods, tverrsnittstudie, systematisk oversikt	Kvantitative
---------------------	--	--------------

2.2.1 Søkestrategi

Vi har foretatt søk etter forskningsartikler i ulike databaser, henholdsvis Cinahl, PubMed og Ovid Medline. Vi valgte å benytte disse databasene da vi er godt kjent med søkemetoden, og siden disse databasene hovedsakelig inneholder sykepleieforskning. Søkene ble utført i perioden september til november 2022. Søkene ble utført ved å ta i bruk søkeordene health literacy, parents, nurse, education, chronic disease, socioeconomic factors, asthma. Søkeordene ble kombinert med AND for å spesifisere og begrense søkene. Vi valgte også å kombinere søkeord som har lik betydning, synonyme begreper, med OR for å oppnå flere treff. Et eksempel på dette er caregivers OR parents. Søkene ble avgrenset til artikler publisert de siste ti årene, engelskspråklige og fagfelleverdert. Sekundærsøk ble utført i referanselisten til Keim-Malpass et al. (2015). Tabell 2 viser en oversikt over søk som har blitt utført.

Problemstillingen var opprinnelig å finne ut hvordan sykepleiere kan øke helsekompetansen hos pårørende til barn innlagt på barneavdelingen. Våre søk på denne problemstillingen avdekket flere forskningsartikler som tok for seg sykdomshåndtering i forhold til helsekompetansen blant pårørende til barn med barneastma. Dette ledet oss til å fokusere på temaet astma og hvordan øke helsekompetansen til barna sine pårørende. Det å fokusere på astma ble imidlertid noe ensartet i forhold til oppgaveskrivingen, og vi valgte derfor å omdefinere oppgaven til å gjelde kompetanseøkning blant pårørende til barn med kroniske sykdommer. Ifølge Grønseth og Markestad (2017, s.254) rammes omtrent ti prosent av barn av astma, og det gjør den til den vanligste kroniske barnesykdommen. Derfor vil vi bruke mye av den forskningen som er gjort rundt denne kroniske sykdommen som grunnlag når vi skriver oppgaven vår. Etter gjennomført søk endte vi med å inkludere syv forskningsartikler, hvor to av

artiklene er systematiske oversikter. Tabell 3 viser en oversikt over hensikt, metode og resultater fra de inkluderte forskningsartiklene.

Tabell 2. Oversikt over søk

Database/ dato for søk	Spesifikasjoner i databasen	Søkeord	Treff	Inkludert	Ekskludert
Medline (02.09.22)	Årstall: 2012-2022 English language	“Health literacy” OR “Socio-economic factors” AND “Child health”	32	0	32
Medline (02.09.22)	Årstall: 2012-2022 English language	“Health literacy” AND “Child” AND “Chronic disease”	10	1- Riemann et al., 2021	9
Medline (14.09.22)	Årstall: 2012-2022 English language	“Health literacy” AND “Pediatrics”	43	1- Badaczewski et al., 2017	42
Cinahl (14.09.22)	Årstall: 2012-2022 English language	“Health literacy” AND “Pediatric nursing”	11	0	11
PubMed (14.09.22)	Årstall:2012- 2022 English language	“Health literacy” AND “Low income”	152	1- Ohns, 2019	151
Cinahl (15.09.22)	Årstall: 2012-2022 Peer Reviewed English language	“Health Literacy” AND “Parents” AND “Asthma”	5	0	5
Cinahl (20.10.22)	Årstall: 2012-2022 Peer Reviewed English language	“Asthma” AND “Parents” AND “Education”	1	0	1

Cinahl (20.10.22)	Årstall: 2012-2022 Peer Reviewed English language	"Asthma" AND "Parents" OR "Caregivers" AND "Health literacy"	11	0	11
Medline (21.10.22)	Årstall: 2012-2022 English language	"Asthma" AND "Parents" OR "Caregivers" AND "Health literacy" AND "Nurse"	0		
Medline (24.10.22)	Årstall: 2012-2022 English language	"Asthma" AND "Nurse"	32	1- Searle et al., 2017	31
Cinahl (27.10.22)	Årstall: 2012-2022 English language Peer Reviewed	"Parents" OR "Caregivers" OR "next of kin" AND "Health literacy" OR "Social class" OR "Socioeconomic factors" AND "Education" OR "Counseling" OR "Guidance"	103	1- Sørensen et al., 2022	102
Cinahl (27.10.22)	Årstall: 2012-2022 English language Peer Reviewed	"Parents" OR "Caregivers" OR "next of kin" AND "Health literacy" OR "Social class" OR "Socioeconomic factors" AND "Education" OR "Counseling" OR "Guidance" AND "Nurse"	6	0	6
PubMed (27.10.22)	Årstall: 2012-2022 English language Systematisk review	"Parents" OR "Caregivers" AND "Health literacy" AND "Health care"	56	1- Keim- Malpass et al., 2015	55
Sekundærsøk (31.10.22)	I referanselisten til (Keim-Malpass et al., 2015)		34	1- Harrington et al., 2013	33

Tabell 3. Fremstilling av inkluderte forskningsartikler

Forfatter	Hensikt	Metode	Resultat
(Badaczewski et al., 2017)	Teste et teoretisk rammeverk for hvordan bruk av «Teach-back» kan påvirke kommunikasjonen under det pediatriske møtet.	Denne studien benyttet metoden «mixed methods». Det ble gjennomført lydopptak av pediatrisk primærhelsetjeneste med 44 barn med astma. På slutten av studien ble foreldre som hadde deltatt i lydopptakene invitert til å delta i fokusgrupper for å	Temaer som er felles for både klinikere og foreldre var at «Teach-back» var effektivt, skulle gjøres på en måte som unngår ubehag, skulle brukes med barn, og også skulle gjøres av sykepleiere. Temaer som var spesifikke for klinikere inkluderte bekymringer om at «Teach-back» var tidkrevende

		diskutere deres opplevelse av lege-pasient-kommunikasjon. To 60-minutters fokusgrupper med foreldre og en fokusgruppe med de fire deltakende klinikerne.	og ikke var fastlagt. Temaer som er spesifikke for foreldre inkluderer at «Teach-back» viser omsorg fra helsepersonellet og at foreldre bør be om «Teach-back».
(Harrington et al., 2013)	Hensikten med studien er å se hvordan pediatrik helsepersonell vurderer foreldres helsekompetanse, hvor samsvarende de er med validerte mål på helsekompetanse, og hvordan disse oppfatningene kan påvirke behandlingsanbefalinger, hvordan instruksjoner gis og hvor pålitelige de oppfatter foreldrene til å utføre instruksjoner.	281 foreldre til 6–12 år gamle astmapasienter som deltok på et pediatrik klinikk besøk ble rekruttert til en tverrsnittstudie av helsekompetanse og astma utfall. Fjorten pediatrik helsepersonell deltok. Foreldre fullførte undersøkelser som inkluderte to mål for helsekompetanse: TOFHLA og REALM. Umiddelbart etter besøket, fullførte pediatrik helsepersonell en kort undersøkelse der de spurte om deres vurdering av foreldrenes helsekompetanse og hvordan det påvirket behandlings instruksjoner og anbefalinger.	Helsepersonells oppfatninger påvirket anbefalingene for astmabehandling og hvordan behandling instruksjoner ble gitt. Helsepersonellet som deltok indikerte at deres oppfatninger ble formet av foreldres verbale kommunikasjonsevner og mønstre av tidligere atferd relatert til barns astma håndtering
(Keim-Malpass et al., 2015)	Hensikten med denne systematiske gjennomgangen var å vurdere tilgjengelig bevis fra studier som undersøkte foreldre/omsorgspersoners helsekompetanse til barn med spesielle behov for helsehjelp.	Den systematiske oversikten ble utført ved bruk av tilgjengelig biomedisinsk litteratur. Det ble utført søk i databasene PubMed, OVID Medline og CINAHL. Tretten studier som oppfylte inklusjonskriteriene ble inkludert i gjennomgangen.	Begrenset helsekunnskap ble bestemt til å ha en generell middelmådig assosiasjon til sykdomshåndtering fordi fem av de inkluderte studiene etablerte korrelasjoner mellom begrenset helsekunnskap og dårligere sykdoms behandlingsresultater.
(Ohns, 2019)	Hensikten med denne studien var å identifisere den foretrukne undervisningsmetoden for omsorgspersoner med lav inntekt for å lære om vanlige barnesykdommer i et forsøk på å møte deres behov for helsekompetanse.	Metoden som ble benyttet var fokusgruppestudie. Deltakerne ble bedt om å rangere fem utdanningsalternativer i foretrukket rekkefølge.	Deltakerne delte kommentarer angående rangeringen av utdannings alternativene og hvorfor de rangerte alternativene slik de gjorde. De to temaene som kom frem av deltakernes kommentarer var knyttet til tilgang til informasjon og helhet av informasjon. De primære årsakene til

			omsorgspersonenes rangeringer sentrerte seg rundt umiddelbar tilgang til informasjon og bredden av informasjonen som ble gitt.
(Riemann et al., 2021)	Hensikten med denne gjennomgangen er å undersøke eksisterende bevis på sammenhengen mellom helsekunnskap og dens resultater hos kronisk syke pediatriske pasienter.	Denne studien benyttet systematisk oversikt som metode. Fire elektroniske databaser (PubMed, Scopus, CINAHL, PsycINFO) ble søkt for å identifisere relevante artikler. Av 11 137 første resultater oppfylte 11 artikler kvalifikasjonskriteriene.	Resultatene når det gjelder bruk av helsetjenester var ikke entydige. Når det gjelder helseutfall, påvirket ikke helsekompetanse de fleste fysiologiske parametere, men det forbedret helserelatert livskvalitet betydelig. Samlet sett er bevis fortsatt usikre, men tyder på at helsekunnskap er assosiert med selveffektivitet, helserelatert livskvalitet og bruk av helsetjenester hos pediatriske pasienter.
(Searle et al., 2017)	Hensikten med denne kvalitative multi-perspektivstudien var å utforske synspunktene til barn, foreldre og helsepersonell for å få innsikt i tilnærmingen til klinisk behandling i håndteringen av barneastma.	I denne kvalitative studien ble det gjennomført intervjuer med ni foreldre-barn (6-8 år) dyader, og 13 helsepersonell som arbeider i primær- og spesialisthelsetjenesten.	Tre sentrale temaer dukket opp som var felles for alle helsepersonell, foreldre og barn; (1) Barns og foreldres bevissthet om symptomer; (2) Ledelse og barns velvære; og (3) Profesjonell kommunikasjonsutdanning og konsultasjon med familier.
(Sørensen et al., 2022)	Hensikten med denne studien var å utforske sykepleieres oppfatning av deres pedagogiske rolle, pedagogiske kompetanse og praksis i å lære barn med revmatiske sykdommer og deres foreldre å håndtere subkutane injeksjoner hjemme.	I denne kvalitative studien ble det brukt tematisk analyse for å analysere data fra tre fokusgrupper med 14 sykepleiere med ansvar for pasientutdanning ved en barneavdeling og to poliklinikker.	Identifiserte tre hovedtemaer: utallige forventninger, bevissthet om egen kompetanse og tilrettelegging og prioritering av pasientundervisning. Sykepleiere oppfattet pasientutdanning som en forventet, men utfordrende plikt i arbeidet. De beskrev mangel på pedagogisk kompetanse, usikkerhet i å håndtere foreldres og barns frykt og bekymringer, og begrensede organisasjonsstrukturer som styrer deres pedagogiske rolle.

2.3 Etske overveielser

Kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og måten de forholder seg til samfunnet på, er det bare menneskene selv som kan gi oss (Dalland, 2020, s.167). Etske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er en viktig forutsetning for å ivareta et godt forhold til menneskene som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser (Dalland, 2020, s.167). Dalland (2020, s.168) understreker at forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt ikke må skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Etske prinsipper som må ivaretas er frivillighet, anonymitet og informert samtykke (Thidemann, 2019, s.12). De fem forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven er gjennomgått og godkjent av etsk komité. Oppgaven inkluderer også to systematiske oversikter, de er ikke godkjent av etsk komité da det ikke er aktuelt. Rapportering av de to systematiske oversiktene ble gjort i samsvar med PRISMA-erklæringen. PRISMA er en sjekkliste for rapportering og inneholder relevante retningslinje (Tidsskriftet for Den Norske Legeforening, u.å.). Dette inkluderer en formell vurdering av den interne validiteten til de inkluderte artiklene og av hvor stor tillit man har til resultatene samlet sett (Tidsskriftet for Den Norske Legeforening, u.å.).

Vi har gjennom våre søk etter forskningslitteratur gjort etske vurderinger av artiklene. Våre vurderinger er at personvernet er ivaretatt og at det har blitt innhentet informert samtykke fra informantene. Studiene som inkluderer barn har også innhentet samtykke fra barna i forkant av deltakelse. Vår vurdering er at forskningsartiklene har overholdt etske retningslinjer og ikke blitt gjort på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Vi studerte de utvalgte forskningsartiklene, og leste gjennom dem flere ganger både på engelsk og norsk. Vi brukte oversettelsesprogrammet Google Translate til å oversette ord og uttrykk. Dette gjorde vi for å sikre at vi har forstått innholdet og resultatet av forskningen, slik at vi kan gjengi det slik forfatterne har fremstilt det.

2.4 Kildekritikk

Dalland (2020, s.143) definerer kildekritikk som de metodene som benyttes for å fastslå om en kilde er troverdig, det vil si å vurdere og karakterisere kildene som benyttes. Dalland (2020, s.143) sier videre at hensikten med kildekritikk er at leserne skal få del i de refleksjonene vi har gjort om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. For å besvare problemstillingen har vi tatt i bruk pensumlitteratur som er relevant for sykepleierutdanningen, selvvalgt litteratur, lovverk, nasjonale retningslinjer, forskningsartikler og systematiske oversikter. I oppgaven har vi benyttet primærkilder på hovedteori. Det er ett unntak der vi har benyttet Mæland (2021) som er en sekundærkilde på Aaron Antonovskys teori om salutogenese. Grunnen til at vi valgte å inkludere Mæland (2021) som sekundærkilde er at han gir oss et perspektiv på Aaron Antonovskys teori sett utenfra. Vi har hatt tiårs grensen som et prinsipp når vi har jobbet oss igjennom litteraturen. Grunnen til dette er at vi ønsker å være relevante og gi et tidsriktig bilde av det som er fokus i vår tids litteratur og forskning. Vi har også benyttet de nyeste utgavene av litteraturen vi har valgt å inkludere. Det er likevel noen unntak av litteratur som er eldre enn ti år deriblant barnekonvensjonen fra Forente nasjoner (1989) og Eriksson & Lindström (2008) som har utarbeidet metaforen «Livets elv» med bakgrunn i Aaron Antonovskys teori.

De inkluderte forskningsartiklene har blitt kvalitetssjekket ved hjelp av sjekklister hentet fra Helsebiblioteket (2021). Helsebiblioteket (2018) understreker at forskningsresultater ikke kan benyttes ukritisk. Hensikten med kritisk vurdering av forskningsartikler er å vurdere gyldigheten av informasjon i studien (Helsebiblioteket, 2018). Sørensen et al. (2022) og Searle et al. (2017) er kvalitetssjekket ved hjelp av sjekklister for kvalitative studier. Vedlegg 1 sjekklister Sørensen et al (2022). Harrington et al. (2013) er en tverrsnittstudie. Den er kvalitetssjekket ved hjelp av sjekklister for tverrsnittstudier. Vedlegg 2 sjekklister Harrington et al. (2013). Badaczewski et al. (2017) og Ohns (2019) sine studier har benyttet metoden mixed methods. Vi har i hovedsak benyttet de kvalitative resultatene som kom frem gjennom fokusgruppen i besvarelsen på problemstillingen, av den grunn har vi valgt å kvalitetssjekke studiene ved bruk av kvalitativ

sjekklister. Riemann et al. (2021) og Keim-Malpass et al. (2015) er systematiske oversikter. De er kvalitetssjekket ved hjelp av sjekklister for systematiske oversikter. Vedlegg 3 sjekklister Riemann et al. (2021). De inkluderte forskningsartiklene har sin opprinnelse i industrilandene USA, Tyskland, England og Norge. Forskningsartiklene er fra nyere tid og er ikke eldre enn ti år. Et unntak av forskningslitteratur som er eldre enn ti år er DeWalt & Hink (2009) og Berkman et al. (2011). Disse forskningsartiklene blir ikke benyttet til drøfting, men de er inkludert for å vise til tidligere forskningsfunn som er gjort innenfor temaet.

2.5 Metodekritikk

Ifølge Dalland (2020, s.53) er begrunnelsen for å velge én bestemt metode at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Forsberg og Wengström (2015, s.26) sier at en forutsetning for å kunne gjennomføre litteraturstudier er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet som gir oss grunnlag til å foreta både vurderinger og konklusjoner. Med bakgrunn i problemstillingen vi ønsket å besvare mente vi litteraturstudie er det mest egnede metoden. En fordel, men også en ulempe med denne metoden vi tidlig oppdaget var at det finnes et hav av litteratur vi kunne tatt i bruk. Det ble et stort arbeid å sortere litteraturen for å finne de beste kildene som belyser de momentene vi ønsket å studere. Vi har vurdert artiklene både teoretisk og faglig. Vi har ikke hatt mulighet til å kartlegge eller lese all relevant litteratur innen temaet. Vi har prøvd å ta et best mulig valg ut fra de forutsetningene vi har tilegnet oss gjennom vårt studium. Her er tiden en viktig faktor å ta hensyn til.

Av forskningslitteratur var det flere artikler som belyser forholdet mellom foreldres helsekompetanse og barns sykdomshåndtering. Derimot var det færre forskningsartikler som så på hvordan sykepleiere kunne bidra til økt helsekompetanse hos foreldre. Vi benyttet flere ulike søkeord og kombinasjoner av søkeord som resulterte i artiklene vi har valgt å inkludere. Vi måtte foreta et valg, både av hensyn til mengden produsert informasjon om dette temaet, men

også tiden vi hadde til rådighet. Andre søkeord og/eller kombinasjoner kunne gitt en annen type treff.

3.0 Analyse

Ifølge Dalland (2020, s.221) er analysen et granskningsarbeid hvor utfordringer ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. Vi startet analysen ved å lime inn resultatdelen til de syv ulike forskningsartiklene inn i et tomt Word-dokument. Deretter benyttet vi ulike fargekoder samtidig som vi leste gjennom og markerte likhetstrekk. Da vi markerte likhetstrekk og sorterte innholdet med fargekoder fant vi flere kategorier vi kunne dele resultatene inn i. For å få et godt overblikk over de ulike kategoriene samlet vi like funn og sorterte dem i en tabell. Med bakgrunn i forarbeidet vi gjorde før analysen endte vi opp med fire kategorier som vi mener vil danne et balansert utgangspunkt for drøftingen. Kategoriene vi har delt inn i er; kartlegging av foreldrenes helsekompetanse, virkemidler for å øke helsekompetansen, inkludering av barnet og barrierer som kan hindre helsekompetansen. Vi har lagt ved et utdrag av tabellen vi utarbeidet i forkant av analysen som viser hvordan vi gjennomførte forarbeidet. Utdraget av tabellen inneholder to tema som ble ekskludert og ett tema som ble inkludert. Se Tabell 4 forarbeid til analyse.

Tabell 4. Forarbeid til analyse

	Utdrag av tema som kom frem gjennom analysen		
Forfatter	Lavere nivå av helsekompetanse	Medisin overholdelse	Inkludering av barn
Riemann et al. (2021)	En studie rapporterte at dårligere helsekompetanse er assosiert med en høyere andel psykososiale problemer hos barn og ungdom som led av psykososiale forhold, som følelsesmessige, atferdsmessige og sosiale problemer.		Av studiene angående empowerment som et utfall, oppdaget to av tre studier en signifikant sammenheng mellom helsekunnskap og selveffektivitet i populasjoner med barneastma og fedme.

Keim-Malpass et al. (2015)	En studie viste at lav helsekunnskap var assosiert med oppfatning av barnets helse som rimelig/dårlig, større bekymring hos foreldrene for tilstanden og lavere helserelatert livskvalitet.	En studie rapporterte at redusert foreldre helsekompetanse var assosiert med redusert medisin overholdelse blant barn med glaukom, men denne tolkningen var begrenset ved at de ikke rapporterte totale prosentandeler av begrenset helsekunnskap.	
Harrington et al. (2013)	Helsepersonells oppfatning av foreldres helsekunnskap var signifikant assosiert med deres oppfatning av foreldrenes evner til å utføre behandlingsanbefalinger. De som ble oppfattet som dårlige eller rettferdige i sin evne til å gjennomføre behandlingsanbefalinger ble oftest vurdert til å ha utilstrekkelig helsekompetanse, mens de som ble oppfattet som svært gode eller gode oftere ble vurdert til å ha tilstrekkelig helsekompetanse.	Helsepersonell vurderte foreldres helsekompetanse på bakgrunn av tidligere kunnskap om forelderens inkluderte et mistenkt utdanningsnivå og tidligere kliniske interaksjoner, spesielt forelderens overholdelse av foreskrevne behandlinger og utfylling av resepter.	Helsepersonell fikk et negativt inntrykk når foreldrenes rapportering ikke samsvarte med hva barnet fortalte.
Badaczewski et al. (2017)		En av foreldrene uttrykte at «teach-back». var effektiv og "helsepersonell sørger for at før du forlater rommet vet du hva du gjør med hvilken medisin hun gir deg for barnet ditt".	Flere av foreldrene mente det var en god ting å gjøre å snakke med barnet også, for å se om de forstår hva de snakker om.
Ohns (2019)	En annen variabel, assosiert med leseferdighet, er utdanningsnivå; Det ble imidlertid ikke funnet noen sammenheng mellom foretrukket metode av utdanning og utdanningsnivå.		
Searle et al. (2017)		Helsepersonell antydte at akutte forverringer av symptomer oppsto etter at de sluttet å bruke forebyggende	En ytterligere komponent i kommunikasjonstemaet var økt bevissthet om å inkludere barnet i den kliniske konsultasjonen. Helsepersonell

		inhalator på grunn av at foreldre trodde at barnet deres hadde det bra og fordi de ikke forsto den profylaktiske rollen til medisinen.	mente faktisk at det var viktig å snakke med både barn og foreldre i konsultasjonene deres, men ble ansett som viktig å snakke med barnet først for å få et mål på selvrapportert etterlevelse.
Sørensen et al. (2022)			Fokus på treningsøkten var å lære barn og foreldre injeksjonsteknikken og å håndtere utstyr trygt. Sykepleierne var enige om at de tekniske instruksjonene var omfattende og oppga at de manglet den nødvendige kompetansen for å gjennomføre pasientundervisning for barn og foreldre.
Inkluderte temaer		Ekskluderte temaer	
Oransje markering- Kartlegging av foreldrenes helsekompetanse Rosa markering- Undervisningsmetoder som virkemidler for å øke helsekompetansen Blå markering- Inkludering av barn Rød markering- Barrierer som kan hindre helsekompetansen		Gul markering- Lavere nivå av helsekompetanse Grønn markering- Medisin overholdelse Brun markering- Helserelatert livskvalitet i forhold til helsekompetanse	

3.1 Kartlegging av foreldrenes helsekompetanse

Flere av de inkluderte forskningsartiklene har testet nivået av foreldrenes helsekompetanse i forbindelse med studien. Badaczewski et al. (2017) og Ohns (2019) har benyttet Newest Vital Signs (NVS) for å kartlegge foreldrene sin helsekompetanse. NVS er et kartleggingsverktøy hvor man rangerer helsekompetanse på en skala fra en til seks ut fra lese- og regneferdigheter (Ohns, 2019). Keim-Malpass et al. (2015) inkluderer to studier som også har benyttet NVS. Seks av de inkluderte studiene i Keim-Malpass et al. (2015) har, i likhet med Harrington et al. (2013), benyttet Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) som kartleggingsverktøy. TOFHLA er en test som inneholder 50 lese-elementer og 17 regne-elementer (Harrington et al.,

2013). Riemann et al. (2021) inneholder studier som benytter flere ulike kartleggingsverktøy, hvor de mest brukte var NVS eller TOFHLA. Sørensen et al. (2022) har fokusert på sykepleierens pedagogiske rolle i møte med foreldrene til barn med kronisk sykdom, og har ikke satt søkelys på kartlegging av foreldrenes helsekompetanse.

3.2 Undervisningsmetoder som virkemidler for å øke helsekompetansen

Badaczewski et al. (2017) har i sin studie tatt for seg undervisningsmetoden «teach-back». «Teach-back» er en undervisningsform hvor helsepersonell ber pasienten gjentelle med egne ord den informasjonen/instruksene de nettopp har fått (Badaczewski et al., 2017). Harrington et al. (2013) har sett på hvordan helsepersonell tilpasser hvordan de gir informasjon/behandling instruks til pårørende med bakgrunn i deres helsekompetanse. I likhet med Badaczewski et al. (2017) tar Harrington et al. (2013) opp bruk av en begrenset versjon av «teach-back» metoden. Keim-Malpass et al. (2015) viser også til at lavere nivå av helsekompetanse er sett i sammenheng med behov for hjelp til å lese skriftlig behandlingsinstruks. I likhet med dette kommer det i Ohns (2019) frem at når det gjelder de ulike leseferdighetskravene til alternativene, sa en mor at hun hadde «problemer med å lese» og foretrakk ressurser med bilder fordi hun «blir overveldet med mange ord». Harrington et al. (2013) finner også at helsepersonell fant det nyttig å ta i bruk farger og bilder for å skille mellom ulike medisiner, samt redusere mengden informasjon som ble gitt. Et gjennomgående tema for helsepersonell som deltok i Harrington et al. (2013) var «Keep it simple!». Ifølge Ohns (2019) viste også deltakerne i studiet at rangeringene deres var basert på umiddelbar tilgang til informasjon, samt bredden av informasjon som ble gitt. Searle et al. (2017) finner i sin studie at foreldre ikke har en klar forståelse av formålet og administrering av barnets medisiner, og at helsepersonell av den grunn kontinuerlig gjentar hensikten overfor foreldrene.

3.3 Inkludering av barnet

Ifølge Searle et al. (2017) og Badaczewski et al. (2017) bør barn inkluderes i undervisningen. Foreldrene som deltok i Badaczewski et al. (2017) mener undervisningen bør rettes mot barna, slik at de også forstår. Det kommer også frem i Badaczewski et al. (2017) at barn gjerne kan huske detaljer som foreldrene glemmer. Searle et al. (2017) fremhever økt bevissthet om å inkludere barn i den kliniske konsultasjonen som en viktig komponent i kommunikasjonssamspillet. Helsepersonell erfarte at det var viktig å snakke med både barn og foreldre i konsultasjonene, men anså som viktig å snakke med barnet først for å få et mål på selvrapportert etterlevelse (Searle et al., 2017). Ifølge Riemann et al. (2021) viste det seg at barn med høyere nivå av helsekompetanse rapporterte høyere frekvens av symptomdager og høyere forekomst av symptomplager. De oppdaget også en signifikant sammenheng mellom helsekompetanse og empowerment (Riemann et al., 2021).

Sørensen et al. (2022) tar for seg undervisning som er rettet mot både barn og foreldre hvor fokus på treningsøkten var å lære barn og foreldre å mestre injeksjonsteknikken og å håndtere utstyret på en trygg måte og med kunnskap. Sykepleierne var enige om at de tekniske instruksjonene var omfattende og oppga at de manglet den nødvendige kompetansen for å gjennomføre pasientundervisning for barn og foreldre (Sørensen et al., 2022). Sykepleiere i Sørensen et al. (2022) beskrev også at forventningene om å imøtekomme barnet sine følelser som oppsto i den konkrete situasjonen var overveldende. I likhet med dette finner Searle et al. (2017) at det kan være hensiktsmessig å henvende seg til foreldrene først da barn kan bli skremt av å snakke med helsepersonell. Ifølge Harrington et al. (2013) fikk helsepersonell et negativt inntrykk når foreldrenes rapportering ikke samsvarte med hva barnet fortalte.

3.4 Barrierer som kan hindre helsekompetansen

Badaczewski et al. (2017), Searle et al. (2017) og Sørensen et al. (2022) har alle i sine studier oppdaget mangel på tid som barriere for å øke helsekompetansen. I Sørensen et al. (2022) viser

funnene samlet sett at korttidsopphold på pediatriske avdelinger byr på utfordringer med å levere omfattende pasientopplæring under sykehusinnleggelse. Badaczewski et al. (2017) nevner at temaer som var gjennomgående for klinikere var at «teach-back» var tidkrevende og ikke fulgte noen fast mal. Videre har Badaczewski et al. (2017) tatt med at klinikere mente at sykepleiere bør gjennomføre «teach-back» undervisning dersom de har tid og kompetanse til det. Sørensen et al. (2022) finner at sykepleierne opplevde å ha mangelfull pedagogisk kompetanse til å gjennomføre undervisning. Searle et al. (2017) finner i likhet med Badaczewski et al. (2017) og Sørensen et al. (2022) at helsepersonell synes undervisning kan være utfordrende med tanke på tidsbegrensninger eller tilgjengelighet til spesialister.

4.0 Drøfting

Drøftingen bygges opp av ulike temaer fra de inkluderte artiklene, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og annen teori som er tatt med i oppgaven. Vi valgte ut fire punkter med underpunkt ut fra temaene, som viser hovedfokus. Ved å se på disse drøfter vi teorien og komme frem til en tentativ konklusjon/avslutning.

4.1 Kartlegging av foreldrenes helsekompetanse

Keim-Malpass et al. (2015) slår fast at begrenset helsekunnskap ga en generelt middelmådig assosiasjon til sykdomsbehandling fordi fem av de inkluderte studiene etablerte korrelasjoner mellom begrenset helsekunnskap og dårligere sykdomshåndtering. På samme måte har Searle et al. (2017) oppdaget at helsepersonell antydte akutte forverringer av symptomer etter at foreldrene sluttet å følge opp den profylaktiske medisineren av barna. Dette skjedde som følge av at foreldrene trodde at barnet deres hadde blitt bedre, de forstod ikke den sykdomsforebyggende rollen til medisinen (Searle et al., 2017).

Keim-Malpass et al. (2015) har i likhet med Searle et al. (2017) funnet at lavere helsekompetanse skaper større bekymring hos foreldrene og at barnets helsetilstand oppfattes som dårligere enn den er. Funnene fra Keim-Malpass et al. (2015) og Searle et al. (2017) underbygger Eriksson & Lindström (2008) metafor «Livets elv», som er utarbeidet med bakgrunn i Antonovskys teori. «Livets elv» viser til at de som ikke er kompetent nok til å stå i ulike uforutsette hendelser, vil føle seg utrygge. Foreldrene opplever større bekymring for utviklingen av barnets helsetilstand på bakgrunn av manglende helsekompetanse. Grønseth og Markestad (2017, s.179) peker på flere faktorer som påvirker barnet og familiens evne til å mestre livssituasjonen med kronisk syke barn, blant annet personlige faktorer som kompetanse, evnen til å vurdere det som skjer og evnen til å løse problemer. Dersom sykepleiere skal ha mulighet til å trygge pårørende i sitt ansvar med å ivareta helsen til kronisk syke barn, vil det være aktuelt å gi dem tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse. En forutsetning for at sykepleiere skal kunne gi foreldre denne kunnskapen og kompetansen kan være nettopp å kartlegge hva de kan, og hva de trenger å vite mer om.

4.1.1 Kartleggingsverktøy

Deltakerne i Ohns (2019) hadde en gjennomsnittlig helsekompetanse med begrenset lese- og skriveferdigheter. I likhet finner Badaczewski et al. (2017) at mindre enn halvparten, kun 31%, av de informantene som deltok i studien, hadde tilstrekkelig helsekompetanse. Helsepersonells behandlingsanbefalinger ble ifølge Harrington et al. (2013) påvirket av deres oppfatning av foreldrenes helsekompetanse. Deres antagelser var basert på tidligere kunnskap om forelderens antatte utdanningsnivå og tidligere kliniske interaksjoner, spesielt forelderens overholdelse av foreskrevne behandlinger og utfylling av resepter (Harrington et al., 2013). Disse antagelsene samsvarer med Ingstad (2021, s.62) som viser til at sosial ulikhet gir systematiske forskjeller i helsetilstand og kan være en konsekvens av sosiale og økonomiske årsaker som for eksempel yrke, utdanning og inntekt.

Sykepleiernes oppfatning av foreldrenes helsekompetanse samsvarte dårlig med deres faktiske helsekompetanse vurdert gjennom validerte mål, som for eksempel TOFHLA (Harrington et al., 2013). Sykepleier bør vurdere foreldrenes helsekompetanse og tilpasse kommunikasjonen til foreldrenes ferdigheter, egenskaper og oppfatning av egen helsesituasjon (Ingstad, 2021, s. 73). Når informasjonen ble justert etter foreldrenes helsekompetanse-score økte «teach-back» sannsynligheten for personsentrert kommunikasjon (Badaczewski et al., 2017). En forutsetning for å bidra til økt helsekompetanse kan være at sykepleier forsøker å kartlegge hvem som har behov for det, og hvilken virkemidler som bør benyttes i hvert enkelt tilfelle. Harrington et al. (2013), Badaczewski et al. (2017) og Ohns (2019) kartla helsekompetansen ved bruk av kartleggingsverktøyene NVS eller TOFHLA. Sykepleier kan ha stor nytte av å ta i bruk NVS eller TOFHLA for å kartlegge foreldrenes helsekompetanse. Alternativet til dette kan være å oppfordre helsemyndighetene til å lage et tilsvarende verktøy for å få en standardisering av denne viktige kartleggingen.

4.2 Undervisningsmetoder som virkemidler for å øke helsekompetansen

Ohns (2019) fant at leseferdighet var assosiert med utdanningsnivå. Det ble imidlertid ikke funnet sammenheng mellom foretrukket metode for opplæring og nivå av leseferdighet (Ohns, 2019). Derimot finner Badaczewski et al. (2017) at både helsepersonell og foreldre opplevde undervisningsmetoden «teach-back» som effektiv. I likhet med Badaczewski et al. (2017) nevner helsepersonell i Harrington et al. (2013) nytten av å bruke en begrenset «teach-back»-metode, der helsepersonell ber foreldrene gjenfortelle med egne ord informasjonen/instruksjonene de nettopp hadde fått.

Harrington et al. (2013) diskuterer flere virkemidler for hvordan de tilpasset undervisningen basert på foreldrenes antatte helsekompetanse, deriblant å ta i bruk farger og bilder for å skille mellom ulike medisiner og redusere mengden informasjon som ble gitt. Et gjennomgående

tema for helsepersonell som deltok i Harrington et al. (2013) var «Keep it simple!». Disse virkemidlene finner man igjen hos Ohns (2019) der en mor sa at hun hadde «problemer med å lese» og foretrakk ressurser med bilder fordi hun «blir overveldet av mange ord». I likhet med Ohns (2019) finner Keim-Malpass et al. (2015) at lavere nivå av helsekompetanse avdekket et behov for hjelp til å lese skriftlig materiale. Sykepleier bør være tydelig med pasienten og forklare sin kunnskap om sykdom og fag, men at det er pasientens eget ansvar å tydeliggjøre sine behov, verdier, mestringsevne og livssituasjon (Heyn, 2018, s.18).

Mange kan ha vanskeligheter med å forstå faguttrykk, som igjen kan føre til at informasjonen som blir gitt kan misforstås. Sykepleiere trenger å forstå pasientens opplevelse av egen situasjon, og hvordan de kan anvende helseinformasjonen (Ingstad, 2021, s.73). Searle et al. (2017) fant i sin studie at foreldre ofte ikke hadde en klar forståelse av formålet og administrasjon av barnets medisiner, og at sykepleierne av den grunn kontinuerlig gjentok hensikten overfor foreldrene. Foreldre som deltok i Badaczewski et al. (2017) forteller at «teach-back» ga forsterket læring, da de fikk anledning til å tolke og omformer utsagnet med egne ord, heller enn å måtte gjenta det. Her er det interessant å merke seg at Searle et al. (2017) kommer frem til at foreldrene ikke forsto, og hadde liten forståelse for barnets medisiner til tross for kontinuerlig gjentakelse.

OAS er en viktig komponent i helsefremmende arbeid (Antonovsky, 2012, s.41). Hvordan forstår og opplever et menneske informasjon som blir gitt? Sykepleier kan dermed, slik Mæland (2021, s.127) foreslår, folkeliggjøre helseopplysning som et viktig virkemiddel i det forebyggende helsearbeidet. I vid forstand handler det om læring og ikke bare om å formidle informasjon. Forente nasjoner (1989, artikkel 24) legger vekt på å sikre at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, og har tilgang til undervisning for å sikre grunnleggende kunnskap om barns helse [...], og utvikle forebyggende helseomsorg, foreldreveiledning, og undervisning [...]. Slik det kommer frem i Badaczewski et al. (2017), Ohns (2019), Harrington et al. (2013) og Searle et al. (2017) er det flere virkemidler en kan ta i bruk for å sikre forståelse og

forsterke læringen. «Teach-back» er en god teknikk som kan gi sykepleiere et bedre bilde på hvordan informasjonen blir forstått av foreldrene.

Flere av informantene i Ohns (2019) foretrakk «24 Hour Nurse Call Line», sykepleielinjen, som undervisningsmetode. En mor kommenterte at hun foretrakk å ringe og snakke med noen, og syntes det var mer lærerikt (Ohns, 2019). Til tross for at vi ikke har et lignende tilbud i Norge, kan sykepleiere oppfordre foreldre til å ringe avdelingen dersom de har spørsmål eller står overfor uforutsette hendelser. På denne måten kan sykepleiere bidra til større grad av begripelighet og håndterbarhet og gjøre foreldrene tryggere på hvordan de kan ivareta barnets helse utenfor barneavdelingen.

4.3 Inkludering av barnet

Helsepersonell i Searle et al. (2017) og Badaczewski et al. (2017) er opptatt av at undervisningen ikke bare skal rettes mot foreldrene, men også barnet. Å inkludere barna i undervisningen er også et ønske fra foreldrene, i Badaczewski et al. (2017), slik at de kan tolke om barna forstår informasjonen som blir gitt. Det er viktig at barna forstår hva som skjer, og at de har den informasjonen de trenger (Nilsson, 2018, s.54). Som omtalt i forrige tema viser teorien til Antonovsky viktigheten av OAS. Antonovsky (2012, s.41) vektlegger at mennesker med høy grad av OAS ofte tenker at alt har en forklaring, og vil derfor i en uventet situasjon klare å tilpasse seg og finne løsninger. Denne egenskapen gir trygghet (Antonovsky, 2012, s.41). Mennesker med mindre grad av OAS vil antageligvis ikke vite hva som må gjøres for å oppnå kravene om tilpasning, og vil derfor ikke på samme måte greie å finne en løsning (Antonovsky, 2012, s.41). Konsekvensene kan bli at mennesker mister kontroll og opplever seg utrygge (Antonovsky 2012, s.41). Barn trenger derfor å ha innflytelse i spørsmål som angår dem og deres mening bør legges til grunn så langt det er mulig (Nilsson 2018, s.55). Sykepleier kan derfor ha en viktig rolle i å støtte barnet og legge vekt på barns forståelse og egne meninger, noe som innebærer å ha et barnesentrert perspektiv (Nilsson, 2018, s.55).

I Searle et al. (2017) er de opptatt av samtalene; med både foreldrene og barnet under konsultasjonen, og at det har stor betydning å snakke med barnet først for å danne seg et helhetlig bilde av barnets opplevelse av sykdomshåndtering. Barnet er hovedpersonen, og derfor må sykepleier i større grad rette sykepleien inn mot barnet (Nilsson, 2018, s.54). Foreldrene og omsorgspersoner innehar det meste av informasjon om barnets ønsker, mestringsevne og opplevelser (Nilsson, 2018, s.54). Forskning viser også at foreldre og omsorgspersoner ofte foretrekker at barna får kommunisere direkte med sykepleier (Nilsson, 2018, s.55). Viktigheten av å inkludere barnet i undervisnings samtalene kommer frem i Harrington et al. (2013), der helsepersonell opplevde situasjonen negativ når foreldrenes rapportering ikke samsvarte med det barna selv hadde fortalt. Både barnet og pårørende har mye informasjon de kan dele med sykepleier og det vil være viktig å kartlegge og nyttiggjøre seg denne informasjonen slik Heyn (2018, s. 16) påpeker.

Ifølge Grønseth og Markestad (2017, s.180) er hovedprinsippene i sykepleie rettet mot barn å ha en helsefremmende tilnærming til familien samt å styrke barnets og foreldrenes ressurser, slik at de kan klare å ivareta egenomsorgen og redusere familiens samlede belastning. Sørensen et al. (2022) tok for seg undervisning rettet mot både barn og foreldrene, der mesteparten av fokuset var å håndtere utstyr og teknikk for injeksjon. Denne opplæringen kvalitetssikrer kunnskapen til foreldrene, slik at de anvender korrekte prosedyrer. Samtidig setter det barnet i stand til å håndtere sykdommen på egenhånd. Det kommer også frem i Badaczewski et al. (2017) at barn ofte husker detaljer foreldrene har glemt. Derimot nevnte sykepleierne i Sørensen et al. (2022) at de foretrakk å ta den mest teknisk orienterte informasjonen med foreldrene alene, da foreldrene ofte trengte detaljert teknisk informasjon, som igjen kan virke skremmende på barnet.

I en av studiene inkludert i Riemann et al. (2021) så de en sammenheng mellom helsekompetanse og empowerment, og at barn med høyere helsekompetanse rapporterer høyere frekvens av symptomplager og dager med symptomer. Dette kan være et resultat av bedre sykdomskontroll. Det ble også funnet sannsynlighet for at populasjoner med høyere helsekompetanse mottar en større grad av tilstrekkelig medisinsk behandling (Riemann et al.,

2021). Helsefremmende arbeid handler om hvordan man tilrettelegger for at hvert enkelt menneske opplever større kontroll over eget liv og helse (Mittelmark et al., 2018, s.15). Det er her økt egenmestring, eller empowerment, som Mittelmark velger å referer til det som, kommer inn. Opplevelsen av å ha kontroll over eget liv kan som Mæland (2021, s. 81) hevder, være viktig for mestringsevnen og selvbildet.

Keim-Malpass et al. (2015) fant at lavere nivå av helsekompetanse har sammenheng med lavere helserelatert livskvalitet. Riemann et al. (2021) finner også sammenhenger mellom helsekompetanse og helserelatert livskvalitet. Familiesentrert omsorg innebærer et likeverdig samarbeid mellom familien og helsepersonell og kan bidra til å bedre kommunikasjonen og forståelse for at barnet trenger å bli inkludert (Grønseth & Markestad, 2017, s.180). Grønseth og Markestad (2017, s.180) mener at det å bli inkludert i samarbeidet kan bidra til bedre helse og livskvalitet hos barnet. Sykepleiere kan ved å ta i bruk et barnesentrert perspektiv bidra til å inkludere barnet i undervisningssamtalene. Slik forskningen og litteraturen finner, kan dette bidra til at ikke bare foreldrene, men også barna kan få en høyere grad av OAS og ikke minst empowerment og bedre helserelatert livskvalitet.

4.4 Mangel på tid og kompetanse bidrar til barrierer på sengepost

Sørensen et al. (2022) finner samlet sett at korttidsopphold i pediatrike avdelinger byr på utfordringer med å levere omfattende pasientopplæring under sykehusinnleggelsen. Det å sørge for helhetlig sykepleie til barn med kronisk sykdom og deres familier er en kompleks oppgave (Grønseth & Markestad, 2017, s.180). Ifølge Grønseth og Markestad (2017, s.180) er dette en av de største utfordringene en kan støte på i barneavdeling. Det krever omfattende innsikt, kunnskap og erfaring. Sørensen et al. (2022) finner at sykepleierne opplevde at den pedagogiske rollen blir klemt av forventninger om å fullføre treningsøktene på kort tid. Helsepersonell i Searle et al. (2017) viser til faktorer som tidsbegrensninger og tilgang til spesialister som viktige barrierer mot vellykket pasientundervisning. I likhet med Searle et al.

(2017) nevner Badaczewski et al. (2017) at «teach-back» er tidkrevende og at undervisningsmetoden ikke følger noen fastsatt mal.

Helsedirektoratet (2019) stiller spørsmål om hvordan helsetjenesten kan bidra til å redusere sosiale ulikheter ved å prioritere dem som trenger det mest. Skal pasientene få samme goder, må man som sykepleier være bevisst på å tilrettelegge tjenester basert på pasientens behov (Ingstad, 2021, s.73). Pasientens behov kan i dette tilfelle innebære at sykepleier må bruke ulik mengde ressurser på pasienter med samme lidelse for å oppnå samme resultat (Ingstad 2021, s.73). Derimot nevner sykepleierne i Sørensen et al. (2022) også at pasientopplæring blir nedprioritert da flere av barna som er inneliggende på barneavdelingen er kritisk syke. Funnene viser til mangel på tid som følge av manglende ressurser. Mangel på tid og kompetanse er gjennomgående temaer i Badaczewski et al. (2017), Searle et al. (2017) og Sørensen et al. (2022), og gir et tydelig bilde på hvorfor pasientundervisning blir nedprioritert. Dersom helsetjenesten skal kunne bidra til å redusere sosiale ulikhet, med tanke på foreldres helsekompetanse, kan det, ut fra dagens ressursbruk, være hensiktsmessig å kartlegge og finne frem til hvem som har størst behov for tilrettelagt undervisning.

Klinikerne i Badaczewski et al. (2017) nevner også at det kan være ubehagelig å gjennomføre pasientundervisning da det kan oppleves som man stiller spørsmål ved foreldrenes intelligens. God kommunikasjon, åpenhet og respekt for forskjelligheter kan være avgjørende for kvaliteten på møte mellom pasienter og helsepersonell (Ingstad, 2021, s.73). Derimot tar klinikere i Badaczewski et al. (2017) også opp at sykepleiere kan oppleves som mindre truende mot foreldre. Sykepleiere har derfor et stort ansvar og en god mulighet for å etablere gode relasjoner som sannsynliggjør at pasientene åpner seg opp og får tillit til dem og den jobben de gjør (Heyn, 2018, s.18). I et pasientmøte vet vi allerede mye om pasienten, og pasienten overlater en del av sin makt til oss. Heyn (2018, s.19) understreker at det er viktig å være kritisk til den maktposisjonen sykepleieren står i, og arbeide uavbrutt for å utjevne denne maktfordelingen.

5.0 Konklusjon/avslutning

Forskningen og litteraturen vi har funnet frem i den definerte tidsperioden har pekt i flere retninger, samtidig som det også finnes visse likheter. Dersom sykepleiere skal kunne bidra til økt helsekompetanse hos pårørende til barn med kronisk sykdom på barneavdeling kan det være sentralt å kartlegge foreldrene sin helsekompetanse. Litteraturen og forskningslitteraturen viser at det er flere sosioøkonomiske faktorer som kan påvirke menneskers helsekompetanse, deriblant yrke, utdanning og inntekt. Forskningen viser at sykepleiere kan anta nivå av helsekompetanse på bakgrunn av disse sosioøkonomiske faktorene, men at disse antagelsene ikke alltid stemmer. Derfor kan kartlegging ha stor betydning, ved bruk av for eksempel NVS eller TOFHLA. «Teach-back» blir funnet å være en nyttig undervisningsmetode, det kan også være er en god teknikk som kan gi sykepleiere et bedre bilde på hvordan informasjonen blir forstått av foreldrene. Det finnes flere virkemidler man bør ta i bruk, med bakgrunn i foreldrenes kompetanse og ressurser, som bruk av bilder og farger og å forenkle informasjonen man gir.

Å inkludere barnet i undervisningen er funnet å være fordelaktig, for å se hva barnet selv forstår av informasjonen som blir gitt. OAS spiller en viktig rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og handler mye om hvordan man er i stand til å tilpasse seg uforutsette hendelser. Når en har en større grad av forståelse for egen sykdom vet en hvordan man skal håndtere den, noe som igjen kan være med på å skape opplevelse av trygghet. Økt helsekompetanse hos barn er også en viktig faktor, da barnet vokser til og skal håndtere sykdommen selv. Økt helsekompetanse hos barnet vil også hjelpe foreldrene med å oppdage symptomplager og eventuelle effekter av medisiner. Barnet har mye informasjon om seg selv, og om barnets kompetanse økes kan dette bidra til å styrke rapporteringen til helsepersonell.

Kartlegging av foreldrenes helsekompetanse, undervisningsmetoder og virkemidler for å øke foreldrenes forståelse, samt inkludering av barnet i undervisningen kan alle være viktige

faktorer sykepleiere på barneavdeling bør implementere i praksis. Samtidig er det flere barrierer som kan hindrer økt helsekompetanse, deriblant mangel på tid, kompetanse og ressurser. Barrierene som kommer frem viser at sykepleiere fortsatt har et stykke å gå dersom de skal arbeide i tråd med FNs barnekonvensjon, og tilby tilrettelagt undervisning og styrke foreldres kunnskap. For at sykepleiere skal kunne bidra til å utjevne sosiale ulikheter kan det være aktuelt å prioritere de som har størst behov, og tilrettelegge tjenester ut fra pasientenes behov, og pårørendes utgangspunkt.

Sykepleiere kan bidra til å øke foreldrenes helsekompetanse, men flere faktorer kan spille inn. Det bør kartlegges, undervises, og undersøkes om informasjon er blitt oppfattet rett og eventuelt foreta revideringer og eventuelt prøve ulike undervisningsmetoder. Det kan være viktig å få inn sykepleiere med mye kompetanse som kan ha opplæring for andre ansatte. For å oppnå dette trengs det mer tid både til opplæring av ansatte og pasienter. Videre kan det være viktig å ha fokus på problemområdet og formidle budskapet slik at flere ser at dette er en viktig del av folkehelsearbeidet. Sykepleiere kan ikke opprettholde FNs barnekonvensjons visjon alene, og trenger å få med seg myndighetene slik at det blir prioritert mer tid, kapasitet og ikke minst spesialutdanning.

7.0 Referanseliste

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, Overs). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1978).

Badaczewski, A., Bauman, L. J., Blank, A. E., Dreyer, B., Abrams, M. A., Stein, R., Roter, D.

L., Hossain, J., Byck, H., & Sharif, I. (2017). Relationship between Teach-back and patient-centered communication in primary care pediatric encounters. *Patient education and counseling*, *100*(7), 1345–1352.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.022>

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A.,

Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011).

Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence report/technology assessment*, (199), 1–941.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for*

sykepleierutdanningene. Abstrakt forlag.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg). Gyldendal.

DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, *124 Suppl 3*, S265–S274.

<https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B>

Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>

Forente nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente nasjoner 20. november 1989; Ratifisert av Norge 8. januar 1991 (Rev. oms. mars 2003 med tilleggsprotokoller)*. Barne- og familiedepartementet.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4.utg.). Natur & Kultur

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

Harrington, K. F., Haven, K. M., Bailey, W. C., & Gerald, L. B. (2013). Provider Perceptions of Parent Health Literacy and Effect on Asthma Treatment Recommendations and Instructions. *Pediatric allergy, immunology, and pulmonology*, 26(2), 69–75.
<https://doi.org/10.1089/ped.2013.0237>

Helsebiblioteket. (2018). *4. Kritisk vurdering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (2021). *4.1. Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet (2019). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf/_/attachment/inline/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbfafc35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf

Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdighet?. | L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s.13-31). Gyldendal.

Holmboe, O., van Roy, B., Helgeland, J., Clench-Aas, J., & Aanjesen Dahle, K. (2006). *Social Inequalities in Health, Life Style and Use of Health Services Among Children in Akershus County*. Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH).

Ingstad, K. (2021). *Sosiologi: I helsefag og sykepleie* (2. utg.). Gyldendal.

Keim-Malpass, J., Letzkus, L. C., & Kennedy, C. (2015). Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: a systematic review of the literature. *BMC pediatrics*, 15, 92. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0412-x>

Krokstad, S. & Mæland, J.G. (2020). Ulikheter og rettferdighet: helsens sosiale fordeling. | J.G.

Mæland. (red.). *Sykdommer sosiale røtter* (s.38-63). Gyldendal

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid: Ideologier og begreper. | Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 14-36). Fagbokforlaget.

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.

Nilsson, S. (2018). Kommunikasjon med barn. | L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s.51-70). Gyldendal.

Ohns M. J. (2019). Identifying the Preferred Method to Educate Low Income Caregivers About Common Childhood Illnesses: A Step Toward Health Literacy Through a Focus Group Study. *Journal of pediatric nursing*, 47, 131–135.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.05.003>

Riemann, L., Lubasch, J. S., Heep, A., & Ansmann, L. (2021). The Role of Health Literacy in Health Behavior, Health Service Use, Health Outcomes, and Empowerment in Pediatric Patients with Chronic Disease: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12464.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182312464>

Searle, A., Jago, R., Henderson, J., & Turner, K. M. (2017). Children's, parents' and health professionals' views on the management of childhood asthma: a qualitative study. *NPJ primary care respiratory medicine*, 27(1), 53. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0053-7>

Syse, A. (2022). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. FHI.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>

Sørensen, K., Skirbekk, H., Kvarstein, G., & Wøien, H. (2022). Home administration of needle injections for children with rheumatic diseases: A qualitative study on nurses' perception of their educational role. *Journal of pediatric nursing*, 66, e137–e144. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.04.011>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget

Tidsskriftet for Den Norske Legeforening. (u.å.). Forfatterveiledning: Oversiktsartikkel. <https://tidsskriftet.no/annet/oversiktsartikkel>