



Mestring hos foreldre når deres barn er innlagt på sykehus

Kandidatnummer: 637
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9037
Dato: 23. april 2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23. april 2019
Tittel Mestring hos foreldre når deres barn er innlagt på sykehus	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring hos foreldre til barn innlagt på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgaven omhandler sykepleie til foreldre med syke barn innlagt på en generell barneavdeling. Formålet med det teoretiske kunnskapsgrunnlaget er å gi en forståelse av hva krise og mestring er, samt hvilken rolle foreldre til det syke barnet og sykepleie-pårørende-relasjonen spiller i dette. De sykepleierfaglige rammene blir belyst med lovverk, sykepleiefaglige funksjon- og ansvarsområder og Kari Martinsens omsorgsteori.</p> <p><u>Metode</u> Litterær oppgave som bygger på eksisterende fag- og forskningslitteratur. Metodedelen inneholder søkehistorikk for artikler og annen litteratur, samt kildekritikk. De fire forskningsartiklene som er benyttet for å belyse og besvare problemstillingen blir presentert i en artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting</u> Det er særlig fire funn fra forskningsartiklene som blir drøftet i denne oppgaven. Hvordan sykepleier også må ha omsorg for foreldrene under barnets sykehusinnleggelse, hva foreldrene anser som nødvendig for å føle seg ivaretatt, samt hvordan dette bidrar til mestring blir drøftet i drøftingsdelens første del. Deretter diskuteres hvordan det å inkludere foreldrene i barnets pleie, samt å bidra med relevant og god informasjon kan bidra til mestring hos foreldrene. Til slutt drøftes hvorvidt det at sykepleieren ikke bidrar til mestring kan føre til psykiske ettervirkninger hos både foreldrene og barna.</p> <p><u>Konklusjon</u> For å bidra til mestring hos foreldre til barn innlagt på sykehus anser foreldrene informasjon, deltagelse i pleien og omsorg fra sykepleieren som viktig. Samtidig viser funnene at for å bidra til mestring må sykepleieren også redusere stress hos foreldrene, og i den sammenheng er tillit til sykepleieren viktig. En studie viser i tillegg at dersom foreldrene ikke får støtte fra sykepleierne for sin mestring kan de stå i fare for å utvikle PTSD.</p>	

(Totalt antall ord: 277)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Oppgavens disposisjon	2
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Krise	4
2.2 Mestring	5
2.3 Sykepleier-pårørende-relasjon	6
2.4 Foreldre til det syke barnet	7
2.5 Sykepleierfaglige rammer	8
2.5.1 Juridiske føringer	8
2.5.2 Sykepleierens funksjonsområder	9
2.5.3 Kari Martinsens omsorgsteori	10
3. Metode	11
3.1 Artikkelsøk	11
Tabell 3.1.1 – søkehistorikk for forskningsartikler	11
3.2 Litteratursøk	12
Tabell 3.2.1 – søkehistorikk fra skolebibliotekets database.....	13
3.3 Kildekritikk	13
3.3.1 Etske vurderinger	15
4. Presentasjon av forskningsresultater	16
Tabell 4.1 – artikkelmatrise.....	16
5. Drøfting	19
5.1 Sykepleieren må også ha omsorg for foreldrene	19
5.2 Å ivareta foreldrenes behov for å være forelder bidrar til mestring	22
5.3 Å holde foreldrene informert bidrar til kontroll og mestring	24
5.4 Ved å ikke bidra til mestring kan foreldrene utvikle PTSD	27
6. Konklusjon	29
Referanser	30

1. Innledning

Innledningen vil presentere oppgavens tema med bakgrunn for valget, samt oppgavens hensikt og problemstilling. Deretter presenteres oppgavens avgrensing og kontekst, etterfulgt av en disposisjon for oppgaven videre.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleierutdanningen har det vært lagt lite vekt på sykepleie med barn, og da også særlig deres pårørende. Dette har gitt meg motivasjon til å rette oppmerksomhet mot det gitte temaet, og øke min kompetanse når jeg nå skal tre inn i sykepleieryrket.

Forskning viser at de fleste foreldre blir stresset og engstelige når barna deres havner på sykehus (Dahav & Sjöström-Strand, 2018; Golfemshtein, Srulovici, & Medoff-Cooper, 2016; Foster, Young, Mitchell, Van, & Curtis, 2016). Stress og utrygghet hos foreldrene kan stå til hinder for foreldrenes ønskede omsorg for barnet, noe som kan bidra til en redusert mestringsfølelse og utvikling av uhensiktsmessige mestringsstrategier. Uhensiktsmessig mestring fra foreldrene vil kunne påvirke både dem og barnets psykiske helse negativt (Grønseth & Markestad, 2017). Siden nesten 90% av barn, med det som før ble ansett som dødelige sykdommer, nå lever til tidlig voksen alder blir periodene med sykehusopphold og stress hos foreldrene flere enn før. Faren for at belastningen vil påvirke familien negativt er stor (Golfemshtein et al., 2016).

I løpet av 2017 var det i overkant av 360 000 barn innom norske sykehus for behandling. Av disse hadde i underkant av 100 000 døgnopphold på sykehuset (SSB, 2018). Egeland og Tandberg (2011) påstår at forholdet mellom antall barn innlagt og medfølgende foreldre er 4:5. Anslagsvis vil dette tilsvare hele 125 000 foreldre utsatt for stress på grunn av sitt barns døgnopphold i sykehus bare i 2017. 125 000 mennesker utsatt for potensiell mental uhelse på sykepleierens arbeidsplass (Grønseth & Markestad, 2017).

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om de pårørendes rettigheter, samt foreldrenes engstelse og sårbarhet sin betydning for behandlingen av barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Grønseth & Markestad, 2017). Dersom foreldre utvikler psykiske lidelser som et resultat av barnets sykehusinnleggelse kan dette utgjøre betydelige folkehelseproblemer (Franck, Wray, Gay, Dearmun, Lee & Cooper, 2015).

Familiesentrert omsorg anvendes i dag i stor grad i norske sykehus når barn legges inn på barneavdeling. Hovedprinsippet med denne omsorgen er å involvere og ivareta familien som en helhet og ikke bare det syke barnet. Ved å imøtekomme og ivareta også foreldrenes behov under barnets innleggelse bidrar sykepleier til å stryke foreldrenes evne til å selv ivareta det syke barnet, samt fremme mestring (Søbjerg, 2015). Hvordan man som sykepleier kan bidra til dette vil jeg se nærmere på gjennom oppgaven.

Hensikten med oppgaven er å gjøre rede for hvordan sykepleier kan bidra til mestring hos foreldre til syke barn innlagt på sykehus, og belyse hvorfor det er viktig at jeg som snart ferdig utdannet sykepleier har kunnskap om dette når jeg nå trer inn i yrket.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring hos foreldre til barn innlagt på sykehus?

1.3 Avgrensing

Oppgaven vil ta for seg sykepleie til foreldre til syke barn i aldergruppen 0-6 år som er innlagt på en barneavdeling på sykehus. Med barneavdeling menes i denne oppgaven primært ordinær barneavdeling. Likevel vil oppgaven inkludere enkelte aspekter fra barneintensivavdelinger da vi også finner foreldre til syke barn her, og det kan tenkes at foreldrenes mestring dreier seg om mye av det samme. Enslige foreldre, samt foreldre med ikke-vestlig kulturbakgrunn vil ikke bli omtalt ytterligere da mestring og kommunikasjonen vil kunne være annerledes (Franck et al., 2014; Grønseth & Markestad, 2017). Fokuset vil ligge på foreldre til barn i primært medisinsk behandling, og vil dermed ikke ta for seg mestring hos foreldre til barn som skal gjennomgå kirurgi.

1.4 Begrepsavklaring

Foreldre, sammen med begrepet pårørende, vil i denne oppgaven bli brukt om hverandre, og defineres som de med foreldreansvaret for barnet innlagt i henhold til Barnelova § 30 (1981).

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven skal svare på problemstillingen gjennom først å presentere relevant litteratur om temaet, lovverk, teorier og sykepleierfunksjoner. Deretter vil oppgavens metode med fremgangsmåte for funn og valg av litteratur bli beskrevet, før de valgte forskningsartiklene

blir presentert i en artikkelmatrise. Til slutt vil jeg drøfte rundt funnene i forskningslitteraturen, og knytte dette opp mot problemstillingen.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet belyses relevant teori for å danne et kunnskapsgrunnlag for oppgavens drøftingsdel.

2.1 Krise

Krise kan defineres som en respons på en alvorlig livshendelse der hendelsen er så stor at menneskets vanlige mestringsmåter ikke lenger strekker til (Hummelvold, 2016). Å få sitt barn innlagt på sykehus vil for de aller fleste være en stor påkjenning, der stresset og bekymringen vil kunne bli så u håndterlig at en havner i krise (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

Krisen vil utfolde seg forskjellig fra forelder til forelder da foreldrenes sårbarhet, som tidlige erfaringer og personlighet vil være individuell. Den utløsende faktoren når barnet legges inn på sykehus med sykdom eller skade vil for foreldrene være tilnærmet lik. Hvordan foreldrene påvirkes av hendelsen vil derimot være forskjellig på bakgrunn av blant annet deres psykiske helse, sårbarhetsfaktorer og beskyttende faktorer, som et godt sosialt nettverk. Hvordan krisen rammer den enkelte avhenger altså ikke bare av den utløsende faktoren, men også ens personlige sårbarhet og beskyttende faktorer (Hummelvold, 2016).

En forutsetning for god håndtering av krise er å anerkjenne følelsene sine, og å ha noen å dele tanker og følelser med. (Hummelvold, 2016). Selv med et godt støtteapparat rundt seg vil en god relasjon til sykepleieren for mange være avgjørende. Når foreldrene blir involvert i pleien av sitt barn, og alltid holdes oppdatert på situasjonen vil de føle den tryggheten og kontrollen de trenger for å bearbeide krisen (Grønseth & Markestad, 2017). Uten denne støtten kan foreldrene i verste fall utvikle en posttraumatisk lidelse, som vil gå utover deres omsorgsevne og barnets egne psykiske helse (Grønseth & Markestad, 2017; Hummelvold, 2016).

En person i krise vil søke en forklaring i det som har skjedd, og finne meningen i det meningsløse. Helt ubevisst vil personen få en mer egosentrisk tankegang der han tror han selv er årsaken til det som skjer rundt ham (Eide & Eide, 2017). Det vil være viktig at sykepleieren undersøker foreldrenes tanker rundt skyldfølelsen, og ikke forsøker å overbevise om at det ikke er deres feil. Pårørende som ikke blir møtt av sykepleieren i sine følelser vil miste tryggheten til å være åpen om sine følelser, og med det kunne forsinke bearbeidelsesprosessen (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

2.2 Mestring

Mestring anses som en hensiktsmessig reaksjon på en krise. Det kan defineres som personlige handlingsmetoder som brukes og utvikles for å redusere eller unngå negative psykiske følger etter en alvorlig hendelse (Eide & Eide, 2017).

Eide og Eide beskriver to hovedtyper mestringsstiler: tilnærmende og unngående mestringsstil, som beskriver hvordan en impulsivt reagerer på en fysisk eller psykisk belastning. Vanligvis vil en bevege seg mellom disse mestringsstilene, men den ene vil være mer dominant enn den andre (Eide & Eide, 2017).

En tilnærmende mestringsstil kjennetegnes ved at en bruker de negative følelsene sine som en motivator til å tilnærme seg problemene sine og anerkjenne dem. I en sykehussammenheng vil en være åpen mot helsepersonellet, søke og ta imot emosjonell støtte når en skulle trenge det, og tilegne seg kunnskap for å mestre situasjonen. Denne mestringsstilen er helsefremmende, og kan sørge for at man kommer seg gjennom situasjonen uten psykiske vansker (Eide & Eide, 2017).

En unngående mestringsstil kjennetegnes derimot ved at de negative følelsene distanserer en fra situasjonen. Personen kan fortrenge, benekte eller isolere seg. I møte med helsepersonell som ønsker å hjelpe vil personen kunne innta en forsvarsposisjon, bli irritert, sint, eller virke passiv. Dette fordi det for personen vil føles truende å kjenne seg gjennom følelsene. I en slik situasjon må sykepleieren møte personen der han/hun er, og anerkjenne de følelser og reaksjoner personen har, for å skape en relasjon en kan jobbe ut fra. Uten støtte vil mestringsstilen kunne ha en negativ effekt på personens psykiske helse (Eide & Eide, 2017).

Det er en nær sammenheng mellom følelser og mestring. For å skape et godt grunnlag for mestring og bearbeidelse vil en være nødt til å slippe ubehagelige tanker og følelser til. Det er likevel viktig å påpeke at positive tanker og følelser fortsatt skal få ha en større betydning enn de negative. Å akseptere en slik svingning mellom negative og positive følelser vil være gunstig for en hensiktsmessig mestring (Eide & Eide, 2017).

Å forholde seg til foreldre med negative følelser og tanker kan være utfordrende. Det er viktig at sykepleieren ikke forsøker å beskytte seg selv eller forelderen i krise, mot det negative, men heller forsøke å hjelpe dem gjennom det. God profesjonell kommunikasjon vil være

nøkkelen til en god pårørende-sykepleier-relasjon der man sammen kan jobbe seg gjennom det som er vanskelig (Eide & Eide, 2017; Hummelvold, 2016).

2.3 Sykepleier-pårørende-relasjon

En god relasjon mellom sykepleier og pårørende er essensiell å kunne hjelpe de pårørende til å bearbeide reaksjoner og mestre krise (Eide & Eide, 2017). Foreldrene ønsker gjerne at sykepleieren tar initiativ til å skape denne relasjonen (Søbjerg, 2015). For å skape en sykepleier-pårørende-relasjon er det viktig med gode kommunikative kunnskaper for å gjenkjenne stress hos foreldrene, og kunne bidra med informasjon og støtte rettet mot den spesifikke stressoren hos den enkelte (Golfemshtein et al., 2016).

Som sykepleier i Norge får man hos de fleste en automatisk tillit. De som søker hjelp har en forventning til at helsepersonellet er der for å hjelpe (Grønseth & Markestad, 2017). Det er likevel viktig for en god pårørende-sykepleier-relasjon at sykepleier viser empati og behersker kommunikative ferdigheter for å opprettholde og forsterke denne tilliten for å kunne bygge en relasjon (Grønseth & Markestad, 2017; Hummelvold, 2016). Når foreldrene føler seg ivaretatt av sykepleieren, gir dette også en tillit til sykepleieren om at barnet vil bli ivaretatt på samme måte. Dette gjør at foreldrene blant annet tør å ta seg pauser fra situasjonen for å konsentrere seg om omsorg for seg selv og få muligheten til å bearbeide egne følelser (Søbjerg, 2015).

Sykepleieren kan også skape et tillitsforhold med de pårørende gjennom å dele sin makt med dem. Gjennom informasjon og annerkjennelse av foreldrenes perspektiver og følelser vil sykepleieren bidra til selvbestemmelse og kontroll hos foreldrene. På den måten vil det skapes et fellesskap hvor man sammen kan tilnærme seg noe utrygt, som barnets sykdom (Eide & Eide, 2017). Sykepleierens holdninger og væremåte vil være avgjørende for om foreldrenes opplevelse av sykehusinnleggelsen blir god (Brinchmann, 2016).

Det er spesielt viktig at sykepleieren er oppmerksomt til stede og lytter både til nonverbale og verbale utsagn hos foreldrene. Særlig vil foreldrenes nonverbale uttrykk være viktig for sykepleieren å følge med på da disse uttrykkene ofte sier mer om foreldrenes følelser enn de faktiske ordene. Sykepleieren må i tillegg være bevisst sine egne nonverbale uttrykk da å vise åpenhet og trygghet overfor foreldrene har betydning for relasjonen. God nonverbal kommunikasjon innebærer å ha øyekontakt, ha en mottagende og åpen kroppsholdning, lene seg frem mot den som snakker og virke interessert, følge den andres utsagn, være avslappet,

naturlig og vennlig i stemme og bevegelser, samt å la ansiktet uttrykke ro. Slike nonverbale tegn er viktig for å skape den tryggheten og tilliten foreldrene trenger for å kunne åpne seg for helsepersonellet, og dele tanker og følelser (Eide & Eide, 2017).

Personer som opplever en stor psykisk påkjenning vil, i følge psykiateren Daniel Stern, ha behov for en «selvregulerende annen» som kan fremme trygghet. Dette foregår gjennom et følelsspill der behandleren er bevisst sin kommunikasjon. Sykepleierens rolle i foreldrenes krisereaksjon konkretiseres som å se, forstå og møte den kriserammedes følelser slik at disse kan reguleres og stabiliseres. Selv om Sterns intersubjektivitetsteori primært omhandler interaksjon mellom mor og barn under barnets utvikling, beskriver han det likevel som et godt verktøy for interaksjon med personer i krisesituasjoner (Stern, referert i Eide & Eide, 2017, s. 378-386).

Affektiv avstemning og interaffektivitet er i følge Stern gode verktøy for å påvirke de pårørende sine følelser, og få dem til å utforske seg selv og sine mønstre. Affektiv avstemning betyr å speile den andres følelser og sinnstilstand for å vise forståelse og empati. Stern beskriver dette som en god måte å oppnå tillit hos den pårørende og skape en god sykepleier-pårørende-relasjon. Interaffektivitet på sin side handler om at personer usikre i sin situasjon ofte ser til en med mer erfaring, og blir påvirket av deres følelsesmessige utstråling. Et slikt nonverbalt følelsspill er det viktig at sykepleieren er bevisst da en rolig og trygg væremåte vil formidle trygghet, mens usikkerhet vil kunne trigge til stress (Stern, referert i Eide & Eide, 2017, s. 378-386).

2.4 Foreldre til det syke barnet

I hverdagen er det foreldrenes rolle å ivareta barnet og være dens omsorgspersoner. Når barnet legges inn på sykehus på grunn av sykdom eller skade vil helsepersonellet overta denne rollen i større eller mindre grad. Å delvis miste rollen som barnets primære omsorgsyter kan være angstfylende og øke følelsen av hjelpeløshet, samt redusere mestring (Søbjerg, 2015).

Å balansere livet på sykehus, med det syke barnet, og sine dagligdagse plikter hjemme, med søsken, jobb og husarbeid, kan være vanskelig. Flere foreldre kan ha nok med å håndtere krisen de er i, og ikke ha overskudd til å ivareta de andre rollene sine (Bøckmann &

Kjellevold, 2015). Å være med det syke barnet på sykehuset kan gi foreldrene dårlig samvittighet overfor dem hjemme, og foreldrene vil trenge mye informasjon og veiledning for å oppleve kontroll og føle at de i det minste kan være til stede for barnet innlagt (Grønseth & Markestad, 2017).

Uavhengig av om barnet er innlagt på en ordinær barneavdeling eller på en intensivavdeling vil de fleste foreldre ha et økt stressnivå. Stress har vist seg å virke negativt på mestring, noe som gjør det viktig at sykepleier har kunnskaper om hva som kan bidra til å redusere stress. Ved å redusere stress hos foreldrene sikrer sykepleier den beste pleien for både foreldrene og barnet da deres følelser påvirker hverandre i stor grad (Grønseth & Markestad, 2017).

Foreldre er ekspert på sitt eget barn, og oppdager raskt endringer i barnets tilstand eller symptomer som barnet selv ikke klarer å formidle (Bøckmann & Kjellevold, 2015). Ved å føle seg som en ressurs og få delta i behandlingen av barnet vil foreldrene få økt selvtillit, redusert stress og føle at de fortsatt mestrer foreldrerollen (Sjøbjerg, 2015). Sykepleieren kan bidra til dette ved å spørre foreldrene om råd, respektere deres ønsker, og veilede og involvere dem i beslutninger som angår pleien av deres barn (Grønseth & Markestad, 2017).

2.5 Sykepleierfaglige rammer

I sin yrkesutøvelse har sykepleieren en rekke yrkesetiske retningslinjer, lovverk og funksjonsområder hun/han må forholde seg til. Disse er ment for å forme sykepleierens tilnærming og ivaretagelse av pasientene og deres pårørende (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.5.1 Juridiske føringer

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 (1999) har barn innlagt i helseinstitusjon rett til samvær med minst en av foreldrene sine under hele oppholdet. Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon § 6 (2000) presiserer at dersom barnet er alvorlig sykt skal begge foreldrene få samvær med barnet. Det vil derfor være viktig at sykepleieren har godt kjennskap til hvordan også å ivareta de pårørende (Bøckmann & Kjellevold, 2015). Foreldrene skal i tillegg ha tilgang til et oppholdsrom de kan trekke seg tilbake til dersom de skulle ha behov for det (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6).

Foreldrene har rett til informasjon om barnets behandling og sykdom da det er de som skal samtykke og medvirke i behandlingen da barn under seks år ikke anses som

samtykkekompetente (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4). Informasjonene skal også være tilpasset mottakeren og noteres i barnets journal når informasjonen er gitt, samt hva som ble sagt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-2 og 3-4) Sykepleieren skal på lik linje med annet helsepersonell bidra til at slik informasjon bli gitt (NSF, 2016, pkt. 3.1). Å tilpasse informasjonene krever omtanke. God informasjon innebærer å vite hva de pårørende trenger av informasjon, og informere slik at informasjonen føles relevant for de pårørende (Eide & Eide, 2017).

Det tydeliggjøres i Forskriften om barn innlagt i helsesituasjon § 6 (2000) annet ledd at helsepersonellet skal enes med foreldrene om hvilke oppgaver hver av partene, foreldrene og helsepersonell, skal ha, og at foreldrene ikke skal tillegges oppgaver som tilhører helsepersonell. Foreldrene har blant annet kompetanse til og ønsker gjerne å ivareta basisomsorgen til barnet gjennom stell, amming, trøst og støtte, og kan gjennom det få en følelse av forutsigbarhet og kontroll over situasjonen (Grønseth & Markestad, 2017).

Som sykepleier har man et krav om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Forsvarlighetskravet innebærer at sykepleieren ikke skal arbeide utenfor sine kvalifikasjoner eller funksjonsområder når det ytes helsehjelp. Der sykepleieren ikke lenger strekker til eller beveger seg utenfor sitt fagområde skal pasienten eller de pårørende henvises videre eller sykepleieren skal søke veiledning (Helsepersonelloven, 1999, § 4; NSF, 2016, pkt. 1.7).

2.5.2 Sykepleierens funksjonsområder

I følge Nortvedt og Grønseth har sykepleieren syv funksjon- og ansvarsområder i sin yrkesrolle. Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon innebærer at sykepleieren skal støtte pasientens og de pårørendes egne ressurser slik at de kan ivareta egne behov (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleieren har også en undervisende funksjon i sin yrkesrolle som innebærer å informere og undervise både pasient og pårørende (Nortvedt & Grønseth, 2016). Pasient og pårørende har rett til å medvirke i behandlingen, og har med det også krav på informasjon for å kunne gjøre det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Å delta i pleien til eget barn kan gi en følelse av kontroll og mestring, og for å kunne gjennomføre dette på en trygg og ansvarlig måte trengs sykepleieren undervisende funksjon (Grønseth & Markestad, 2017).

2.5.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (2003) beskriver omsorg som en mellommenneskelig relasjon bygget på solidaritet, fellesskap og samhandling. Omsorg handler om nestekjærlighet, og det å bryte med egosentrisiteten. Martinsen deler omsorgsbegrepet inn i et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep som alle belyser omsorgen på hver sin måte, og som må være tilstede samtidig under omsorgsarbeidet (Martinsen, 2003).

Omsorg som et relasjonelt begrep omhandler viktigheten av å identifisere seg med situasjonen til den man yter omsorg til. Sykepleieren skal ikke tro hun vet hvordan pasienten eller de pårørende har det, men heller forsøke å se hva situasjonen ville betydd for en selv. Denne innlevelsen i personens situasjon bygger på sykepleierens erfaring og fagkunnskaper (Martinsen, 2003). I følge NSF's yrkesetiske retningslinjer (2016) pkt. 1.1 skal sykepleieren bygge sin kompetanse på forskning og erfaring.

I omsorgens praktiske del påpeker Martinsen viktigheten av å ikke bare synes synd på den hjelpetrequende, men også bidra på en hjelpende måte. Resultatet av de iverksatte tiltakene trenger ikke nødvendigvis å stå i sentrum. Det viktigste er den hjelpetrequendes opplevelse av handlingen. Denne handlingen styres av pasienten eller de pårørendes situasjon, og sykepleieren må se situasjonens muligheter og begrensninger ved hjelp av omsorgens relasjonelle begrep (Martinsen, 2003).

Omsorgens moralske side handler om hvordan vi som sykepleiere er; våre holdninger i utøvelsen av det praktiske arbeidet. Martinsen påpeker viktigheten av å ikke misbruke makten sykepleieren har som helsepersonell, men heller handle ut fra prinsippet om å alltid skulle hjelpe den svake. Dette moralske prinsippet er grunnleggende i det samfunnet vi lever i (Martinsen, 2003).

3. Metode

Metode er en fremgangsmåte for å tilegne kunnskap for å besvare eller etterprøve en problemstilling. I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Litteraturstudier kjennetegnes ved at det innhentes data fra eksisterende fagkunnskap og forskning for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017).

3.1 Artikkelsøk

For å finne relevante artikler til problemstillingen min benyttet jeg meg av den kvalitetssikrede referansedatabasen CINAHL etter å ha prøvd ut forskjellige databaser som SweMed+ og PubMed. CINAHL dekker særlig tidsskrifter innen sykepleie og helsefag, og er en av databasene jeg som student ved LDH har tilgang på.

Tidlig i søkeprosessen benyttet jeg meg av PICO-skjema for å finne relevante søkeord. Gjennom Norsk MeSH og artikler jeg fant underveis fant jeg flere gode søkeord relevant for min problemstilling og ønske for oppgaven. Søkeordenes kombinasjon, valgt avgrensing, samt utvalgets kvantitet for hvert av søkene blir beskrevet i tabell 3.1.1.

Ved mitt første søk fikk jeg 73 treff. Etter å ha lest tittelen på alle artiklene valgte jeg å lese sammendraget til 14 av dem. Dette utvalget gjorde jeg på bakgrunn av hva jeg tenkte passet min problemstilling. Etter å ha lest sammendragene ble 11 artikler valgt bort på bakgrunn av enten ikke-vestlig opprinnelse, manglende relevans og/eller språklige grunner. Jeg endte opp med 3 artikler. Det andre søket mitt ble gjennomgått på samme måte, men her endte jeg kun opp med én artikkel etter 7 leste sammendrag fra 36 titler. Utvalgene resulterte i fire forskningsartikler som blir presentert under kapittel 4 i tabell 4.1.

Tabell 3.1.1 – søkehistorikk for forskningsartikler

Dato:	Søkeord:	Avgrensing:	Database:	Utvalg:	Navn på artikkel:
03.12.18	parents AND child, hospitalized AND support, psychological OR adaption, psychological OR coping	Tidsperiode: 2008-2018 Type artikkel: forskningsartikkel og fagfelleverdert	CINAHL	Antall treff: 73 Antall titler: 14 Antall artikler valgt: 3	#1: Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study

					<p>#2: Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation</p> <p>#3: Foreldrenes evaluering av "foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus</p>
06.01.19	child, hospitalized AND parents-- psychological factors AND stress OR stress management	<p>Tidsperiode: 2008-2019</p> <p>Type artikkel: forskningsartikkel og fagfelleverdert</p>	CINAHL	<p>Antall treff: 36</p> <p>Antall titler: 7</p> <p>Antall artikler valgt: 1</p>	#4: Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study– like being in another world

3.2 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur til oppgaven så jeg først gjennom grunnutdanningens pensumlitteratur da jeg visste jeg hadde lest om relevante temaer for min problemstilling i disse tidlige. Her fant jeg blant annet litteratur som inneholdt temaene kommunikasjon, krise og mestring, samt barnesykepleie.

Gjennom et kjedesøk via Grønseth og Markstads bok (2017) fant jeg en systematisk oversiktsartikkel relevant for å sette lys på oppgavens relevans. Øvrig litteratur har jeg blant annet funnet gjennom skolebibliotekets database.

På grunn av manglende litteratur på pårørende og foreldre utførte jeg et søk gjennom skoledatabasens avanserte søk (tabell 3.2.1). Søket ga flere gode resultater, men etter å ha lest gjennom innholdsfortegnelsene kom jeg frem til Bøckmann og Kjellevold (2015) da denne hadde flere kapitler relevant for min problemstilling.

De relevante sykepleierfaglige rammeverkene fant jeg gjennom Lovdata, NSF sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og i Nortvedt og Grønseths kapittel om Klinisk sykepleie – funksjon ansvar og kompetanse (2016).

Jeg valgte også å benytte meg av Kari Martinsens omsorgsteori og Daniel Sterns intersubjektivitetsteori på bakgrunn av teoriens relevans til sykepleie og omsorg til blant annet personer i krise.

Tabell 3.2.1 – søkehistorikk fra skolebibliotekets database

Dato:	Søkeord:	Avgrensing:	Database:	Utvalg:	Navn på bok:
28.11.18	Pårørende OG barn IKKE ”barn som pårørende”	Tidsperiode: 2009-2019 Materiale: Bøker IKKE studentoppgaver	LDH Oria	Antall treff: 43 Antall bøker valgt: 1	Pårørende i helse og omsorgstjenesten (2015)

3.3 Kildekritikk

Det er primært blitt benyttet pensumlitteratur i oppgaven da dette er bøker jeg er godt kjent med fra studiet. For å sikre en høy standard på min oppgave valgte jeg i tillegg å benytte meg av skolebibliotekets database for å finne de nyeste utgavene av pensumlitteraturen og benytte meg av disse. Fra bøker som ikke direkte omhandlet pårørende og foreldre til syke barn sammenliknet jeg litteraturen med annen relevant litteratur for å sikre overføringsverdien (Dalland, 2017) Det kan likevel være en viss usikkerhet i noe av stoffet da min tolkning av overføringsverdien kan være påvirket av egne erfaringer eller oppdagelser i forskningslitteraturen.

For Kari Martinsens omsorgsteori er det valgt å benytte hovedsakelig primærkilde. For å unngå mest mulig mistolkning er det anbefalt å benytte seg av primærkilder der det lar seg gjøre (Dalland, 2017). For Daniel Sterns teori er det derimot valgt å benytte seg av en norsk sekundærkilde som en anbefaling fra skolen, for å forenkle arbeidet med å anvende stoffet, og unngå språkforviklinger. Det er likevel viktig å ikke se bort fra at jeg har tolket teori som allerede er blitt tolket, og at det kan ha oppstått mistolkninger under dette arbeidet.

Det er valgt å primært benytte kvalitative studier i oppgaven da denne metoden bedre fanger opp opplevelse og følelser rundt et tema, og derfor passer bedre for å besvare nettopp min problemstilling (Dalland, 2017). Den ene artikkel inneholder likevel en kvantitativ del. Kvantitativ metode har som hensikt å vise til målbart materiell som lett kan sammenliknes (Dalland, 2017). Selv om kvalitative studier belyser min problemstilling bedre enn kvantitative ser jeg det som positivt å få med den kvantitative delen da denne delen komplimenterer den kvalitative delen på en utdypende måte.

I artikkelsøket mitt fant jeg kun én norsk studie som passet min problemstilling. Dette kan skyldes at jeg ikke har funnet de rette søkeordene for å fange opp nettopp disse, eller at det rett og slett er mangler på slike studier i Norge. Jeg så meg altså nødt til å ta i bruk forskningslitteratur fra andre deler av verden. Likevel valgte jeg å holde meg til vestlige land som Sverige, Storbritannia og Australia da jeg ser overføringsverdien til Norsk helsesystem og kultur som stor. I tillegg har jeg i disse studiene valgt å se bort fra økonomi som et stressmoment for foreldrene, der det har kommet frem i forskningen, da dette ikke er av like stor bekymring i Norge på grunn av vårt velferdssystem (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 5-2). For å sikre reliabilitet i oppgaven har jeg valgt å benytte meg av flere uavhengige studier med samme tema og sammenliknbare funn. Alle forskningsartiklene brukt i oppgaven kommer fra anerkjente tidsskrifter som er rangert til nivå 1 eller 2 av Norsk senter for forskningsdata, noe som forsikrer fagfelleevaluering (NSD, 2019).

Selv om oppgaven legger mest vekt på den ordinære barneavdelingen har jeg likevel valgt å ta med tre forskningsartikler som helt eller delvis omhandler foreldre til barn innlagt på intensivavdeling. Dette valget er tatt på bakgrunn av at syke barn også finnes på intensivavdelinger og på den måten passer problemstillingen. Likevel har jeg forsøkt å finne artikler der jeg anser overføringsverdien fra intensivavdeling til ordinær barneavdeling som størst. Under søkeprosessen la jeg i tillegg merke til at forskningsresultatene fra disse forskjellige avdelingene ikke skilte seg stort fra hverandre når det gjaldt mestring hos foreldrene. Litteraturen bekrefter også at et høyt stressnivå er vanlig enten barnet er lagt inn på intensivavdelingen eller ordinær barneavdeling (Grønseth & Markestad, 2017).

Jeg har valgt å benytte meg av Daniel Sterns intersubjektivitetsteori gjennom oppgaven selv om denne primært omhandler den nonverbale kommunikasjonen mellom barn og deres foreldre. Valget er tatt med utgangspunkt i at Stern selv også beskriver teorien som aktuell

også for personer med nedsatte kognitive evner, som personer i krise. Likeledes ser jeg en verdi av å benytte seg av interaffektivitet og affektiv avstemning for å redusere stress hos foreldrene, og med det bidra til mestring (Stern, referert i Eide & Eide, 2017, s. 378-386).

3.3.1 Etiske vurderinger

Forskning som involverer mennesker har et krav til etiske overveielser for å sikre en ivaretagelse av personvernet, samt å beskytte de som deltar i forskningen mot skade eller unødvendig belastning (Dalland, 2017). I tre av de fire forskningsartiklene inkludert i denne oppgaven er det oppgitt at studien er godkjent av en etisk komité før studien trådte i kraft. Den siste artikkelen uten denne godkjenningen forsikrer derimot om at alle deltagere har gitt et informert, frivillig samtykke til å delta i studien, og at overveielser i samråd med Helseforskningsrett over hvorvidt studien kan være belastende overfor deltagerne er beskrevet (Egeland & Tandberg, 2011).

Gjennom oppgaven har jeg vært nøye med kreditering av andres arbeid der dette er benyttet. Slik kreditering er særlig viktig i en litterær oppgave der det primært brukes eksisterende fag- og forskningslitteratur (Dalland, 2017). I denne oppgaven har jeg benyttet meg av LDHs egne retningslinjer for oppgaveskriving for å sikre korrekt referering (Pettersen, 2019).

4. Presentasjon av forskningsresultater

Tabell 4.1 – artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Linda S. Franck, Jo Wray, Caryl Gay, Annette K. Dearmun, Kirsty Lee & Bruce A. Cooper (2015)	Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study	International Journal of Nursing Studies	Undersøke om foreldrenes mestringsstrategier og stressnivåer under barnets innleggelse på ordinær barneavdeling kan forutsi hvem som utvikler PTSD etter sykehusinnleggelsen.	Kvantitativ metode: Dataene ble samlet gjennom standardiserte spørreskjemaer som ble besvart både under sykehusoppholdet og tre måneder etter utskrivelse.	Lite informasjon, usikkerhet i situasjonen, høyt stressnivå og uhensiktsmessige mestringsstrategier viste seg å alle være disponerende faktorer for PTSD. En tilnærmende mestringsstil viste seg å være motvirkende for utvikling av PTSD. Angstnivåene var like store hos foreldre på barneintensivavdelingen som foreldre på ordinær barneavdeling. Ca. 1 av 3 foreldrene viste symptomer på en mulig PTSD-diagnose etter utskrivelse.
2	Kim Foster, Alexandra Young, Rebecca Mitchell, Connie Van & Kate Curtis (2017)	Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation	Injury	Undersøke opplevelsen til foreldrene til kritisk skadde barn i den akutte sykehusfasen, samt å identifisere foreldrenes umøtte behov, og hvilke faktorer som bidrar til eller hindrer at disse blir møtt.	Kvalitativ metode: Dataene ble samlet gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer med foreldrene gjennomført av en trent intervjuer.	De fleste foreldrene var fornøyde med informasjon; de som ikke var fornøyde etterspurte den heller ikke. Foreldrene så det enklere å motta hjelp til praktiske ting enn emosjonell støtte. Noen foreldre satte sine egne følelser til side for å ivareta barnet.

						50% uttrykte at de følte skyld for barnets sykehusinnleggelse. Foreldre som bodde lengre unna sykehuset benyttet sykepleierne som støttepersoner mer enn de som hadde kortere vei til sykehuset. Foreldrene synes det var for lite informasjon rundt utskrivelsesprosessen, noe som ble en stressfaktor.
3	Steinunn E. Egeland & Bente Silnes Tandberg (2011)	Foreldrenes evaluering av "foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus	Vård i Norden	Undersøke om foreldrene til barn innlagt på sykehus deltar på foreldretreff under oppholdet med fokus på mestring, og hvordan de evaluerer disse treffene.	Kvalitativ/kvantitativ metode: Dataene ble samlet gjennom evalueringsskjemaer fylt ut av foreldrene som deltok på foreldretreffene. Evalueringsskjemaene bestod av en kvalitativ del, med åpne spørsmål, og en kvantitativ del.	86% av deltagerne besvarte evalueringsskjemaene. Det var utelukkende positive tilbakemeldinger på foreldretreffene blant de som besvarte evalueringsskjemaene. 58% av de som deltok bekreftet at de hadde fått nye ideer til mestring av barnets sykdom og sykehusinnleggelse. Bare 7 av de 96 som deltok hadde forslag til forbedring.
4	Pia Dahav & Annica Sjöström-Strand (2018)	Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a	Scandinavian Journal of Caring Science	Beskrive hvordan foreldre opplever å få sitt barn innlagt på barneintensivavdelingen	Kvalitativ metode: Dataene ble samlet gjennom intervjuer basert på åpne spørsmål med foreldrene i tidsperioden 1-4 uker etter utskrivelse..	Foreldrene anså særlig det å bli involvert i pleien og få informasjon som særlig viktig under barnets sykehusinnleggelse. Foreldrene hadde både gode og dårlige

		<p>qualitative study– like being in another world</p>				<p>erfaringer med dette under oppholdet. Foreldrene verdsatte at også de ble tatt hånd om av sykepleierne. Foreldrene var ofte stresset, men en god relasjon til sykepleieren reduserte dette stresset. Når foreldrene fikk informasjon gjorde det dem tryggere på situasjonen og ga en følelse av å bli inkludert. Foreldrene formidlet også at det kunne bli for mye informasjon, og at det holdt med informasjon om det som var aktuelt for dagen.</p>
--	--	---	--	--	--	---

5. Drøfting

I dette kapittelet drøftes relevante resultater fra forskningen underbygget av relevant litteratur og eventuelt egen praksis for å best mulig besvare den valgte problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring hos foreldre til barn innlagt på sykehus?*

5.1 Sykepleieren må også ha omsorg for foreldrene

Når ens barn legges inn på sykehus bringer dette ofte frem både stress, angst og usikkerhet hos de pårørende (Grønseth & Markestad, 2017). For familien det gjelder kan det hele oppleves som en krise (Hummelvold, 2016). I disse situasjonene trenger foreldrene å bli sett, og få en anerkjennelse for at situasjonen de befinner seg i kan være tøff og vanskelig (Grønseth & Markestad, 2017). I følge studier gjort av Foster et al. (2017) oppleves det for mange foreldre vanskelig å etterspørre emosjonell støtte fra sykepleierne. Samtidig viser forskning at foreldrene oftere blir tilbudt hjelp til mer praktiske ting, som å hente mat, heller enn at sykepleieren oppmuntrer til samtale og lufting av følelser (Foster et al., 2017). En annen studie beskriver derimot foreldrene flere tilfeller der de har opplevd det de anser som god emosjonell støtte fra sykepleieren (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Litteraturen peker imidlertid på at praktisk støtte til foreldrene, særlig i den akutte fasen, også kan hjelpe foreldrene psykisk (Böckmann & Kjellevold, 2015; Grønseth & Markestad, 2017). Foreldrenes oppfattelse av hvilken type støtte de har fått vil kunne være individuell, så hvorvidt foreldrene har opplevd forskjellig sykepleie er usikkert. Sett at studiene har forskjellig stedsopprinnelse kan denne forskjellen derimot også tyde på kulturelle forskjeller fra sykehusene. Når det er sagt er det viktig å ikke se bort fra at om de forskjellige opplevelsene skyldes individuelle forskjeller fra sykepleier til sykepleier, er det viktig at sykepleieren er bevisst foreldrenes ønske om også følelsesmessig støtte under barnets innleggelse.

Hvorvidt foreldrene ønsker å betro seg til sykepleieren med følelser og bekymringer er det uenigheter om blant foreldrene. På den ene siden beskriver foreldrene den emosjonelle støtten fra sykepleieren som svært hjelpsom. På den andre siden uttrykker andre foreldre at de heller ønsker å bruke familie og venner til den type støtte, men gjerne mottok hjelp til praktiske ting fra sykepleieren (Foster et al., 2017). Samtidig understreker foreldre fra en annen studie at sykepleierne var gode støttepersoner under oppholdet, men at det var familien, og da særlig ektefellen, som var den største kilden til emosjonell støtte (Egeland & Tandberg, 2011). Det kan altså se ut som at de fleste foreldre anser familie og venner som den største støtten under

sykehusoppholdet, men at behovet for følelsesmessig støtte fra sykepleieren likevel er tilstede. Å tilpasse seg den enkeltes families behov vil kunne være nyttig slik Sjøbjerg (2015) foreslår. Ved å stille spørsmål som «Det må være en vanskelig tid for dere. Er det noe jeg/vi kan gjøre for å hjelpe?» (Sjøbjerg, 2015, s. 196) åpner sykepleieren opp for at foreldrene selv kan velge om de ønsker at sykepleieren skal bidra praktisk, emosjonelt eller begge deler. Sykepleieren kan i tillegg ta i bruk Daniel Sterns teori om interaffektivitet og affektiv avstemming for å bidra på en følelsesmessig støttende måte uten at det blir for personlig for foreldrene (Stern, referert i Eide & Eide, 2017, s. 382-383). Likevel anser jeg det som viktig å respektere foreldrenes valg dersom de eksplisitt sier de ikke ønsker følelsesmessig støtte fra sykepleieren.

Forskning viser at ikke alle er like flinke til å inkludere venner og familie i krisen som har rammet (Foster et al., 2017). Det er viktig at sykepleieren oppmuntrer disse foreldrene til å ta i bruk sin sosiale omgangskrets for støtte i den vanskelige situasjonen (Hummelvold, 2016). Forskning har vist at personer som benytter seg av sin sosiale omgangskrets mens deres barn er innlagt på sykehus, er mer oppmerksom på sin mestringsstil, og oftere har det bedre i tiden etter sykehusinnleggelsen (Franck et al., 2015). Når sykepleieren fremmer viktigheten av å benytte den sosiale omgangskretsen foreldrene har, for støtte under innleggelser, bidrar hun/han faktisk også til hensiktsmessig mestring.

Selv om egenomsorg ofte er det som prioriteres lavest hos foreldre til syke barn innlagt på sykehus viser forskning at foreldre som røyker vedsatte røykepausene sine under barnets sykehusinnleggelse (Foster et al., 2017; Sjøbjerg, 2015). Foreldrene så frem til disse korte pausene da de ofte møtte andre likesinnede foreldre de kunne snakke med (Foster et al., 2017). Fra erfaring på en barneavdeling har jeg opplevd litt delte holdninger rundt foreldres røykepauser. Kanskje ville vi som sykepleiere være mer positive til det om vi bare hadde hatt kunnskap om den positive effekten det kan ha på foreldrenes psykiske helse. Å snakke med likesinnede har vist seg å kunne bidra med å oppdage nye måter å mestre barnets sykdom på. Forskning viser at hele 58% av foreldre som deltok på foreldretreff på sykehus oppga at å møte og snakke med andre foreldre i en liknende situasjon ga dem nye ideer til mestring (Egeland & Tandberg, 2011). Disse to studiene viser at å møte mennesker i en liknende situasjon som en selv gjør godt for foreldrenes helse uavhengig av om de er planlagte og innenfor faste rammer eller spontane. Fra egen erfaring har jeg også ofte sett at foreldre får inn små gode samtaler på vei til kjøkkenet for å hente seg kaffe. Som sykepleier å gi

foreldrene mulighet til å ta slike pauser, lange som korte, for å hente kaffe eller ta seg en røyk, kan altså bidra til mestring.

For noen foreldre kan det føles tungt å hele tiden skulle konsentrere seg om, og tenke på, det syke barnet. Forskning viser at foreldre setter pris på at sykepleierne oppmuntrer dem til å se barnet bak alt det medisinske utstyret, og bevisstgjorde dem at det er sykepleierne som har ansvaret for maskinene. Dette gjorde foreldrene mer avslappet. Foreldrene formidlet også at det virket stressreducerende å også kunne snakke med sykepleierne om andre ting enn det syke barnet (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Selv om det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på at foreldrene ikke fornektet barnets tilstand, men håndterer følelsene sine rundt det, er det samtidig viktig å være åpen for at foreldrene tar en pause fra sorgarbeidet. Eide & Eide (2017) påpeker også at denne svingningen mellom tunge følelser og positivitet er hensiktsmessig for mestringsarbeidet.

I studien til Foster et al. (2017) var det derimot uenigheter om hvorvidt foreldrene faktisk ønsket pause fra barnets tilstand. På den ene siden sa noen foreldre at stundene de fikk for seg selv var noen av de beste de hadde på sykehuset. På den andre siden uttrykte andre foreldre at dersom de fikk for mye tid til seg selv kom de til å falle sammen, og at å fokusere på barnet var det som virket mest hensiktsmessig for øyeblikket (Foster et al., 2017). Igjen viser studiene til en kompleksitet i arbeidet med foreldre til syke barn innlagt på sykehus det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på. Dersom foreldrene ikke ønsker å håndtere følelsene sine må sykepleier akseptere denne mestringsstrategien. På den måten mener Bøckmann & Kjellebold at sykepleieren skaper en tillit til at foreldrene, når de er klare for det, føler seg trygge på å uttrykke sine følelser (Bøckmann & Kjellebold, 2015). Sakte, men sikkert vil kanskje foreldrene klare å endre mestringsstil fra unngående til tilnærmende.

Når ens barn er innlagt på sykehus har man som forelder rett til et oppholdsrom man kan trekke seg tilbake fra situasjonen og ta vare på seg selv (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Men selv om foreldrenes rettigheter tilsier at de kan ta seg pause er ikke alle foreldre like trygge på å forlate sitt syke barn til en fremmed. Som sett i forrige avsnitt ønsker heller ikke alle foreldre å håndtere følelsene sine under sykehusoppholdet, og ønsker heller å holde seg opptatt sammen med barnet (Foster et al., 2017). Forskningen viser at foreldrenes tillit til sykepleieren er utrolig viktig for at de skal føle seg trygge på å forlate barnet i avdelingen og ta seg pauser. Foreldrene påpeker det som avgjørende at de må være

trygge på at de blir kontaktet dersom det skulle skje noe (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). I tillegg viser litteraturen at sykepleiere som opptrer omsorgsfullt også overfor foreldrene, gjennom å spørre om de ønsker noe å drikke eller spise, samt snakker til dem på en omsorgsfull måte, skaper en tillit hos foreldrene om at sykepleieren også vil opptre omsorgsfullt overfor barnet selv når foreldrene ikke er til stede (Søbjerg, 2015). Dahav og Sjöström-Strand (2018) viser at denne tilliten er avgjørende for at noen foreldre tørr å forlate barnet for å ivareta egne behov.

5.2 Å ivareta foreldrenes behov for å være forelder bidrar til mestring

Foreldre har et behov for å beskytte barna sine (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Å ha barnet sitt innlagt på sykehus er ikke bare stressende på bakgrunn av en eventuell fare for liv, men studier viser at barnets sykehusinnleggelse også oppleves stressende på grunn av den endrede foreldrerollen. Flere foreldre uttrykte at de følte barnet tilhørte sykehuset mer enn det tilhørte dem selv (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). For en uerfaren sykepleier kan det være lett å til tider overse foreldrene for å klare å holde fokuset på behandlingen av det syke barnet. Imidlertid påpeker Søbjerg (2015) at et godt samarbeid mellom foreldrene, med dere ekspertise på barnet, og sykepleieren, med hans/hennes kunnskap om sykdom, er viktig for å kunne yte den beste omsorgen og behandlingen for barnet (Søbjerg, 2015) Samtidig fremhever hun at foreldrene foretrekker sykepleiere som er ærlige om sin kompetanse (Søbjerg, 2015). Å være ærlig overfor foreldrene om sin erfaring, og samtidig foreslå hvilke deler av behandlingen sykepleieren føler seg trygg på å inkludere foreldrene i, vil antakelig for noen foreldre være tillitsvekkende. For å inkludere foreldrene i behandlingen på en eller annen måte påstår Grønseth & Markstad (2017) er viktig både for å redusere stress og bidra til følelse av mestring (Grønseth & Markstad, 2017).

Forskningen peker på at det å ta del i pleien ikke bare reduserer stress og bidrar til mestring, men også kan øke foreldrenes tillit overfor sykepleierne, noe som også i følge forskning kan bidra til mestring på en annen måte (Böckmann & Kjellevoid, 2015; Dahav & Sjöström-Strand, 2018). I de tilfellene der foreldrene ikke fikk delta i pleien fordi det var kommet en ny sykepleier på vakt mistenkte foreldrene at dette kunne skyldes sykepleierens egne utrygghet i situasjonen, og opplevdes skuffende for foreldrene (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Når det er sagt er det mange faktorer som kan ha påvirket sykepleieren i det nevnte tilfellet. Sykepleieren kan på en side ha vært ny på avdelingen og dermed ikke innerforstått med alle

rutinene. På en annen side kan sykepleieren ha oppfattet foreldrenes usikkerhet i situasjonen som et tegn på at de ikke føler seg kompetente til å ta del i behandlingen. I følge Forskriften om barn innlagt i helseinstitusjon § 6 (2000) skal riktignok ikke foreldrene tillegges oppgaver som tilhører helsepersonell. Men uavhengig av sykepleierens grunn, til hvorfor foreldrene ikke ble inkludert, er kommunikasjon viktig, og sykepleieren har plikt til å avklare rollefordelingen med foreldrene slik at misforståelser unngås (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6; Sjøbjerg, 2015).

Å anse foreldrene som ressurser under barnets sykehusinnleggelse er ikke bare gunstig for selve behandlingen, men også for at foreldrene skal føle mestring over barnets tilstand ved å få en anerkjennelse på at deres kunnskap er riktig og viktig (Bøckmann & Kjellebold, 2015; Sjøbjerg, 2015). Selvom forskning viser at de fleste foreldrene ønsket å ta del i pleien av det syke barnet, viste det seg også at noen foreldre synes det var skummelt å skulle påta seg noe ansvar. Foreldrene formidlet at de var redde for å gjøre noe galt, og så på sykepleie-pårørende-relasjonen som utrolig viktig for å føle seg trygge nok til å ta det steget. (Dahav & Sjöström-Strand, 2018) Å være tilstede og komplementere foreldrene for oppgavene de gjør vil kanskje gjøre at foreldrene føler de også kan mestre å ta vare på det syke barnet. Sjøbjerg (2015) beskriver selv at foreldrene har et stort behov for bekreftelse for å føle seg trygge i sin rolle under barnets sykehusinnleggelse. Foreldrene som ikke var redde for å ta del i behandlingen av barnet så imidlertid på det som sykepleierens ansvar å påse at det var trygt både for foreldrene og barnet, noe det også er i følge lovverket (Dahav & Sjöström-Strand, 2018; Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6; Helsepersonelloven, 1999, § 4)

Forskning viser at når sykepleierne tar initiativ til å invitere foreldre til å ta del i barnets pleie, opplever foreldrene seg ivaretatt av helsepersonellet. Å vente på foreldrene for å gjennomføre prosedyrer de selv kan delta på opplevdes også av foreldrene som svært omsorgsfullt (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Ved å planlegge når foreldrene skal delta i pleien viser sykepleieren at hun/han verdsetter foreldrenes deltagelse. Forskning har vist at det virker positivt på foreldrenes psykiske helse at sykepleieren viser at hun/han verdsetter dem som ressurs (Franck et al., 2015). Kari Martinsen (2003) påstår i tillegg at sykepleieren gjennom å la foreldrene ta del i barnets behandling kan bidra til at de vil sette mer pris på omsorgen fra sykepleierne for øvrig. Dette fordi omsorg i utgangspunktet har blitt sett på som et resultat av å være hjelpetrengende, og dermed kan være vanskelig å underlegge seg i frykt for å fremstå svak (Martinsen, 2003). Å la foreldrene ta del i behandlingen kan altså gi foreldrene den

selvtilliten og innsikten de trenger for å ta imot hjelp på andre plan, som å ta pauser og til tider fokusere på seg selv. Igjen har en slik deltagelse vist seg å virke positivt på mestringen (Egeland & Tandberg, 2011; Foster et al., 2017).

Selv om det er viktig for foreldrene å ivareta egne behov, innebærer egne behov også ofte å se at det syke barnet har det bra. Foster et al. (2017) beskriver hvor vanskelig foreldrene synes det er å se sitt barn ha det vondt uten å ha mulighet til å gjøre noe med det. I en annen studie påpeker foreldrene det som det aller viktigste under sykehusoppholdet å ha muligheten til å trøste og berolige sitt barn når det gråt. De forklarer ytterligere at de gangene de ikke fikk muligheten til å bevare sin foreldrerolle og berolige sitt barn opplevdes skremmende og stressende (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Grønseth & Markstad (2017) påpeker i tillegg at å føle at sykepleieren står i veien for at foreldrene får vise omsorg til sitt syke barn kan påvirke forholdet mellom foreldrene og sykepleieren negativt. Når vi vet at en god sykepleier-pårørende-relasjon kan være viktig for foreldrenes mestring er det særlig viktig å være bevisst foreldrenes ønske om å trygge, trøste og roe sitt syke barn. Imidlertid kan det være hensiktsmessig å vurdere forsvarligheten med tanke på behandlingen opp mot nytten av foreldreinvolveringen ved akutte og kritiske situasjoner, og hvorvidt foreldrenes reaksjoner kan påvirke barnet. Likeledes kan nettopp foreldreinvolvering i slike akutte og kritiske situasjoner være akkurat det som trengs for at behandlingen skal lykkes. Forskning viser at foreldrene ofte forstår hvor viktig barnets behandling er om de bare får informasjon nok (Dahav & Sjöström-Strand, 2018).

5.3 Å holde foreldrene informert bidrar til kontroll og mestring

Ett enkelttiltak som kan ha mye å si for foreldrenes opplevelse av barnets sykehusinnleggelse er mengde og måte informasjon gis på. Det er rett og slett så enkelt at lite informasjon fremmer usikkerhet, og er belastende, mens riktig mengde informasjon fremmer kontroll og kan bidra til mestring (Grønseth & Markestad, 2017).

Om hvorvidt foreldrene får god nok informasjon under barnets innleggelse er det uenigheter om mellom studiene (Dahav & Sjöström-Strand, 2018; Foster et al., 2017; Franck et al., 2015). I studien til Dahav og Sjöström-Strand (2018) rapporterte alle foreldrene at de var fornøyde med måten informasjon var blitt gitt på under oppholdet. Foreldrene uttrykte at informasjonen gjorde at de følte seg tryggere på situasjonen, og det økte følelsen av kontroll.

Dette funnet stemmer overens med funnene i studien til Foster et al. (2017) der de fleste foreldrene var fornøyde med både mengden og måten informasjon ble gitt på. I studien til Franck et al. (2015) oppga derimot flere foreldre enn i tidligere studier at de var misfornøyde med mengden informasjon under innleggelsen. Dette kan tyde på individuelle forskjeller blant sykehusene om hvorvidt foreldrene blir godt nok informert. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) er det sykepleierens plikt som helsepersonell å gi god og tilpasset informasjon til foreldre som pårørende til midreårige barn, og er i følge Grønseth og Markstad (2017) viktig for å redusere stress og bidra til mestring under barnets innleggelse.

I følge Dalhav og Sjöström (2018) setter foreldrene stor pris på å ha noe kjennskap til barnets medisinske utstyr og medikamenter under innleggelsen. Et foreldrepar understrek at overveldende utstyr ikke ble så avskrekkende når de visste hvor viktig det var for barnets tilstand at det var der (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Litteraturen bekrefter også at informasjon om barnets sykehusutstyr kan fremme følelsen av kontroll (Søbjerg, 2015). Søbjerg (2015) legger til at foreldrene vedsetter å ha litt kunnskap om vitale verdier, som normal puls, blodtrykk og saturasjon, da det gir dem mulighet til å selv avgjøre barnets tilstand (Søbjerg, 2015). Av egne kliniske erfaringer har jeg oppdaget at foreldre blir særlig engstelige over de små barnas høye puls og lave blodtrykk. Ved å informere foreldrene om at små barns vitale verdier skiller seg fra de voksenes vil foreldrene slippe å bekymre seg over noe som anses som normalt (Grønseth & Markestad, 2017).

Selv om de fleste foreldrene var fornøyde med informasjonen under barnets sykehusinnleggelse var det likevel noen som ikke så informasjonen som tilstrekkelig nok (Dahav & Sjöström-Strand, 2018; Foster et al., 2017; Franck et al., 2015). I studien til Foster et al. (2017) kommer det frem at noen av foreldrene som synes det var for lite informasjon heller ikke tok initiativ til å etterspørre den. I samme studie informerte imidlertid noen av foreldrene at de så det som sin plikt som forelder å etterspørre informasjon for å få kontroll over behandlingen (Foster et al., 2017). Med det faktum at alle disse forskjellige meningene kommer fra samme studie bekrefter at det kan være store individuelle forskjeller innad på ett sykehus, samt forskjeller blant foreldre. Å ta utgangspunkt i hvordan den enkelte opplever situasjonen, slik Martinsen beskriver som relasjonell omsorg, kan sykepleieren oppnå tilstrekkelig behandling også av foreldrene (Martinsen, 2003).

På lik linje med at ikke alle foreldrene anså informasjonen som tilstrekkelig meddelte også noen foreldre at det til tider kunne bli for mye informasjon (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Foreldrene beskrev at den stressende situasjonen det var med å ha et sykt barn på sykehus gjorde det vanskelig å forstå all informasjonen som ble gitt (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Dette funnet bekrefter Eide og Eides (2017) påstand om at personer i en krevende situasjon kan ha en redusert evne til å motta informasjon. Eide og Eide (2017) beskriver også at slike krevende situasjoner kan redusere hukommelsen. Foreldrene uttrykte at å få for mye informasjon på forhånd opplevdes stressende og overveldende. De følte de hadde nok med å håndtere dagen som var, og at de ikke hadde noe behov for å bekymre seg for morgendagen. Å få informasjon repetert virket derimot stress- og angstreduserende (Dahav & Sjöström-Strand, 2018).

Om hvorvidt foreldrene følte de fikk tilstrekkelig med informasjon før utskrivelse eller overflytting til en annen avdeling er det, i motsetning til den generell informasjonen gitt, enighet om blant studiene (Dahav & Sjöström-Strand, 2018; Foster et al., 2017).

I studien til Foster et al. (2017) formidlet foreldrene at de ønsket mer informasjon rundt utskrivelsen. Foreldrene uttrykte at de hadde behov for hva som ble ansett som et utskrivningsklart barn allerede rett etter at den kritiske fasen var over. Når utskrivelsen nærmet seg ønsket foreldrene i tillegg informasjon om hva de kunne forvente seg av forbedring hos barnet, samt hvordan de på best mulig måte kunne ivareta barnet hjemme (Foster et al., 2017). Denne usikkerheten kan virke svært stressende på foreldrene dersom de ikke får tilstrekkelig informasjon eller føler seg kompetente til å ivareta barnet alene. Det vil være viktig at sykepleieren informerer om at terskelen for å kontakte barneavdelingen er lav dersom det skulle oppstå usikkerhet (Grønseth & Markestad, 2017).

Dahav og Sjöström-Strand (2018) trekker i motsetning til Foster et al. (2017) frem usikkerheten for overflytting fra intensivavdeling til generell barneavdeling, og hvordan denne overflyttingen fremmet både stress og usikkerhet blant foreldrene. Foreldrene som hadde barn som skulle overflyttes fra intensivavdelingen til den generelle barneavdelingen uttrykte derimot mange av de samme bekymringene som foreldrene som skulle at med seg barnet hjem. (Dahav & Sjöström-Strand, 2018; Foster et al., 2017). Foreldrene uttrykte at de hadde fått lite informasjon om hvordan foreldreansvaret øker når man overflyttes til en generell barneavdeling. Det at ansvaret kom så plutselig på dem opplevdes veldig stressende

for foreldrene (Dahav & Sjöström-Strand, 2018). Funnene tyder på hvor viktig det er at også sykepleiere på den generelle barneavdelingen har kunnskaper om sykepleien på intensivavdelingen for å kunne være mer forståelsesfull overfor foreldre som er i overflyttingsfasen, og tilpasse situasjonene for å redusere stressnivået.

5.4 Ved å ikke bidra til mestring kan foreldrene utvikle PTSD

I følge Foster et al. (2017) opplever mange foreldre nedstemthet og frykt når deres barn legges inn på sykehus. Noen håndterer følelsene og tar tiden til hjelp, mens andre utsetter å ta hånd om sine følelser for å kunne holde alt fokus på det syke barnet. Å undertrykke sine følelser i en kort periode, for eksempel en akutsituasjon, vil være hensiktsmessig. Undertrykker man derimot sine følelser over en lengre periode, vil dette tappe en for krefter, og beskrives da av Eide og Eide (2017) som en uhensiktsmessig mestringsstrategi (Eide & Eide, 2017). Franck et al. (2015) fant i sin studie en sammenheng mellom uhensiktsmessige mestringsstrategier og utvikling av posttraumatisk stresslidelse hos foreldre til barn innlagt på sykehus. Å undersøke måter sykepleieren kan motivere til bruk av tilnærmende mestringsstrategier, som å søke og ta imot støtte, over unnvikende og uhensiktsmessige mestringsstrategier kan man unngå utvikling av posttraumatisk stresssyndrom hos foreldrene og en redusert mentale helse hos barnet i fremtiden (Eide & Eide, 2017; Foster et al., 2017; Franck et al., 2015)

For mennesket er det naturlig å skulle ønske å finne en mening i alt som skjer rundt oss, og vil naturlig også være noe vi tenker når vi selv eller vårt barn rammes av en sykdom eller skade (Hummelvold, 2016). Forskning viser at hele 1 av 2 foreldre skylder på seg selv dersom deres barn legges inn på sykehus etter et traume (Foster et al., 2017). Av erfaring fra en barneavdeling har jeg i tillegg oppdaget at skyldspørsmålet også kommer opp blant foreldre til barn innlagt på grunn av en sykdom, noe Bøckmann og Kjellevold (2015) bekrefter. Foreldre kan føle skyld både for barnets skade og for en sykdom barnet har utviklet, om de har oppsøkt hjelp raskt nok eller om det er noe de kunne gjort annerledes for å unngå sykdomsutviklingen eller skaden (Bøckmann & Kjellevold, 2015). I følge Grønseth og Markstad (2017) er det viktig å informere foreldrene om at skyldfølelse for barnets sykehusinnleggelse er helt normalt, og at ingenting kunne vært gjort annerledes for å endre det som har skjedd. Derimot påpeker Bøckmann og Kjellevold (2015) at det er viktig å ikke forsøke å urimeliggjøre forelderens skyldfølelse da en slik overseelse av foreldrenes følelser

kan føre til at forelderen velger å unngå å fortelle om sine følelser. Sykepleieren bør møte foreldrene der de er, og lytte respektfullt til deres følelser, samt åpne opp for refleksjon.

Forskning viser at både foreldre som bebreider seg selv for barnets sykdom eller skade og foreldre som legger skylden på noen andre er assosiert med dårligere psykisk helse (Franck et al., 2015; Foster et al., 2017). I studien til Foster et al. (2017) beskriver foreldrene nettopp at å se barnet i smerter når de selv var grunnen til smertene var utrolig vanskelig. Når en selv føler skyld i sitt barns lidelse kan man forstå at det påvirker en psykisk på en negativ måte. Franck et al. (2015) går til og med til de høyder at skyldfølelse for barnets sykehusinnleggelse i verste fall kan føre til posttraumatisk stresslidelse hos foreldrene. Interessant nok viser forskning at også foreldre som la skylden på noen andre også ble assosiert med dårligere psykisk helse. Foreldrene la imidlertid aldri skylden på barnet, men heller den som skulle ha passet på barnet (Foster et al., 2017). Som forskningen tilsier vil det være svært viktig at sykepleieren undersøker hvorvidt foreldrene har mye tanker rundt skyldspørsmål, både når det gjelder skade og sykdom. Sykepleieren burde være bevisst at skyldfølelse opptar mange foreldre, og at det er et viktig tema å snakke med dem om, for å unngå en utvikling av posttraumatisk stresslidelse.

Både forskningen og litteraturen viser at barnets mentale status påvirkes sterkt av foreldrenes. Samtidig viser forskning at hele 1 av 3 foreldre med barn innlagt på sykehus viste tegn på posttraumatisk stresslidelse (Franck et al., 2015). Franck et al. (2015) påstår at med det store antallet barn innlagt på sykehus hvert år vil en slik statistikk på foreldres utvikling av posttraumatisk stresslidelse kunne føre til et folkehelseproblem. Foster et al. (2017) mener det er vesentlig å adressere foreldrenes mentale status tidlig i forløpet for å kunne igangsette tiltak mot det.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleier kan bidra til mestring hos foreldre til syke barn innlagt på sykehus. Gjennom forskning og litteratur er det vist at mange foreldre lider av et høyt stressnivå under barnets sykehusinnleggelse, og at stress kan hindre mestring av barnets sykdom eller skade.

For å kunne bidra til mestring hos disse foreldrene har det vist seg at det, i tillegg til å motivere til positive mestringsstrategier, er viktig å finne måter å redusere stress. Det er vist at gjennom å tilby både emosjonell og praktisk støtte til foreldrene kan sykepleieren bidra til nettopp dette. Sammen med å få utspring for følelsene sine er det også påpekt at godt med informasjon, å få tilgang til å ivareta sitt barns følelsesmessige behov, samt å føle at man er forelder i sykehussituasjonen, også kan virke stressreducerende. I tillegg har det vist seg at slik involvering og informasjon ikke bare reduserer stress, men også påvirker mestringsfølelsen direkte på en positiv måte. Å delta i barnets pleie gir foreldrene en følelse av at de klarer å håndtere det syke barnet, og gir dem en opplevelse av mestring. Samtidig vil informasjonen de får bidra til en følelse av kontroll, som har vist seg å hjelpe på mestringen.

Gjennom oppgaven har jeg også sett at det forekommer uhensiktsmessige mestringsstrategier hos foreldre til barn innlagt på sykehus, og at disse i verste fall kan føre til posttraumatisk stresslidelse hos foreldrene. Tatt i betraktning at barnets psykiske tilstand påvirkes stort av foreldrenes, kan slike uhensiktsmessige mestringsstrategier utgjøre et folkehelseproblem med en stor andel psykiske lidelser i samfunnet. Av den grunn er det viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan hun/han kan bidra til mestring hos foreldrene. En fellesnevner gjennom forskning og litteratur har vist at foreldrenes tillit til sykepleieren er essensiell for mestringen, og at denne må ligge til grunn for at sykepleier skal lykkes med andre tiltak. Tilliten sykepleieren skaper hos foreldrene er helt nødvendig for å kunne bidra til mestringsbringende aktiviteter for foreldrene, som å åpne opp for å snakke om følelser, føle seg trygge på å delta i behandlingen av barnet, stole på at informasjonen de får er korrekt og tørre å ta seg pauser for å fokusere på sin egen mestring.

Referanser

- Barnelova. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7>
- Bøckmann, K., & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brinchmann, B. S. (2016). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 114-129). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dahav, P., & Sjöström-Strand, A. (2018). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study - like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32(1), s. 363-370. <https://doi.org/10.1111/scs.12470>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Egeland, S. E., & Tandberg, B. S. (2011). Foreldres evaluering av "Foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus. *Vård i Norden*, 31(1), s. 16-20. <https://doi.org/10.1177/010740831103100104>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 48(1), s. 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>
- Franck, L. S., Wray, J., Gay, C., Dearmun, A. K., Lee, K., & Cooper, B. A. (2015). Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), s. 10-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011>
- Golfemshtein, N., Srulovici, E., & Medoff-Cooper, B. (2016). Investigating Parenting Stress Across Pediatric Health Conditions - A Systematic Review. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(1), s. 41-79. <https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1078423>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatric og pediatrisk sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvold, J. K. (2016). *Helt - ikke stryккеvis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSD. (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 13. mars 2019 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 7. januar 2019 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen, F. S. (2019). Retningslinjer for oppgaveskriving - Referanser og referanseliste. Hentet 13. mars 2019 fra: <https://www.ldh.no/bibliotek2/retningslinjer-for-oppgaveskriving-referanser-og-referanseliste>
- Søbjerg, I. L. (2015). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D. G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 186-199). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- SSB. (2018). Pasienter på sykehus. Hentet 9. januar 2019 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>