

SPL 3902

07HBSPLD

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnr. 1

Hjemmeeksamen

Borte bra, hjemme best?

”Hvordan skape trygghet hos foreldre som har barn innlagt på hjemmesykehus?”



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie. November 2010

Antall ord: 10 178



SAMMENDRAG

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull: 07HBSPLD

Gruppe nr: 1

Dato: 19.11.10

Forfattere: fylles ut evt. etter sensurering

Norsk tittel:

”Hvordan skape trygghet hos foreldre som har barn innlagt på hjemmesykehus?”

Engelsk tittel:

”How make parents feel secure when they have a child hospitalized in a home hospital?”

Sammendrag:

Hjemmesykehus for barn er et tilbud til de barna som ikke trenger kontinuerlig overvåkning og hvor sykehuset kan komme hjem til dem. Vi stiller oss undrende til hva sykepleierne gjør for å trygge foreldrene som har disse barna hjemme. For å få svar på dette spørsmålet har vi gjort en litteraturstudie, og brukt uformelle samtaler ved hospitering og gått gjennom brukerundersøkelse gjort av andre. Oppgaven tar for seg hvilke tiltak sykepleieren bør benytte for å trygge foreldrene hjemme.

Nøkkelord:

Hjemmesykehus, barn, trygghet, pårørende, sykepleier-pårørende-relasjon.

Forord

Dette er en bacheloroppgave i sykepleie som handler om hvordan man kan trygge foreldre som har barn innlagt på et hjemmesykehus. Vi vil se på hvordan hjemmesykehus fungerer og hvilke utfordringer sykepleieren har for å trygge foreldrene. Problemstillingen begrunnes ut i fra kunnskapsbasert praksis samt sykepleieteoretisk ståsted.

Denne oppgaven har blitt besvart ved å lese aktuell litteratur og ved hospitering. Vi har også brukt erfaringsbasert kunnskap fra undersøkelser gjennomført av andre. Vi har fått verdifulle råd og kunnskap fra forskjellige ressurspersoner igjennom skriveprosessen. Vi vil rette en spesiell takk til hjemmesykehusene som tok seg tid til å ta imot oss på hospitering. Vi vil også takke alle som har bidratt til å lese korrektur på denne oppgaven. Til slutt en stor takk til veileder for alle kloke ord og nye tanker.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV OPPGAVE	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	5
1.3 FAGLIG STÅSTED	6
1.4 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	6
1.5 SENTRALE BEGREPER	7
1.5.1 TRYGGHET.....	7
1.5.2 UNDERVISENDE OG VEILEDENDE FUNKSJON.....	8
1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON.....	8
2.0 METODE	9
2.1 HVA ER METODE?.....	9
2.2 FREMANGSMÅTE.....	9
2.2.1 FØRFORSTÅELSE	9
2.2.2 PROBLEMSTILLING.....	10
2.2.3 FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP.....	11
2.2.4 ERFARINGSBASERT KUNNSKAP	13
2.2.5 BRUKERKUNNSKAP	14
2.3 KILDEKRITIKK OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV LITTERATUR	15
2.4 ETISKE FORHOLD	17
3.0 HJEMMESYKEHUS FOR BARN.....	17
4.0 TEORI OG DRØFT	20
4.1 FØRSTE MØTE	21
4.2 KOMMUNIKASJON MELLOM SYKEPLEIERNE.....	22
4.3 TRYGGHET I HJEMMET.....	23
4.4 INFORMASJON	24
4.5 AKTIV LYTTING	25
4.6 EMPOWERMENT.....	26
4.7 UNDERVISENDE FUNKSJON	27
4.8 VEILEDENDE FUNKSJON	28
4.9 OPPFØLGING	29

4.10	Kompetanse.....	31
5.0	Konklusjon	33
6.0	Etterord.....	34
7.0	Litteraturliste.....	35

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av oppgave

Et lite barn ligger i sin seng hjemme. Er tilknyttet pulsoksymeter, ernæringspumpe og får intravenøs antibiotika. I stuen der barnet ligger står det en spesiallaget stol, en CPAP , intravenøs stativ og en blå verktøykasse med medisinsk teknisk utstyr. Barnet ligger i sitt favorittsengetøy, med fotballer på. Lillebror sitter i sakkosekken foran barne-tv og det lukter nybakt sjokoladecake fra kjøkkenet. Far følger med da en sykepleier gir medisiner og steller brannsåret til den lille gutten. Man kan kjenne roen og høre latter fra en mor på kjøkkenet. I det vi skal gå sier moren til sykepleieren, ”takk, jeg føler meg så trygg”.

Vi har valgt å skrive om hjemmesykehus for barn og hvordan man som sykepleier kan trygge foreldrene som har syke barn hjemme. Hjemmesykehus er nytt i Norge og vi synes det virker veldig spennende. Vi leste en artikkel om å pleie syke barn hjemme istedenfor på sykehus i tidsskriften Sykepleieren (Toften, 2010), og ble veldig nysgjerrig på hva dette var og ønsket å lære mer om hjemmesykehus. Å rette fokus mot trygghet valgte vi fordi det var den første tanken som slo oss etter at vi hadde lest artikkelen. Hva skal til for at foreldrene kan føle seg trygge langt fra sykehus?

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen vår er:

”Hvordan skape trygghet hos foreldre som har barn innlagt på hjemmesykehus?”

Vi opplever at denne problemstillingen er relevant fordi hjemmesykehus er nytenkende og vi tror dette er en måte å jobbe på som vil bli mer aktuell i fremtiden. Hvordan man kan trygge foreldrene er relevant, fordi foreldrene vil få mer ansvar hjemme med å følge opp og gjøre vurderinger av sine barn enn om de skulle vært innlagt på sykehus. Vi

mener at det å trygge foreldrene eller pårørende kommer vi til å møte generelt i vår rolle som sykepleiere og er derfor relevant å skrive om.

Hensikten med denne studien er å prøve å finne ut av hvilke tiltak hjemmesykehusene må ha for å skape trygghet hos foreldre som har barn innlagt hjemme. Hvilke kunnskaper og ferdigheter må man ha som sykepleier for å kunne gjøre foreldrene trygge. Sykepleierarenaen vi har valgt å ha fokus på, er den undervisende og veiledende funksjonen. Hensikten er å øke vår kompetanse innen et fagområde, lære noe om forskningsarbeid og belyse et tema som andre kan lære noe om og som det er skrevet lite om.

1.3 Faglig ståsted

Vi har begge med oss sykepleierutdanningen og de praksiser vi har hatt igjennom den. En av oss har bakgrunn fra å jobbe på sykehus med barn. Vi har også begge erfaringer med kronisk syke barn, og har vært innlagt på sykehus som foreldre. Noe vi vil komme tilbake til i metodekapitlet.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Studien avgrenses til kun å gjelde foreldre som har barn innlagt på hjemmesykehus. Vi begrenser ikke oppgaven i forhold til type foreldre eks. alder, kjønn eller sivilstatus, da vi mener at foreldrene skal behandles likt. Vi har valgt å se på foreldre som har barn mellom 0-18 år, da det er disse som kan ha barn innlagt på et hjemmesykehus, inkludert premature. Vi velger å ikke begrense oss til kjønn eller sykdom på barnet, da vi tror at tiltakene vil være tilnærmet like. Vi har ikke hatt mulighet til å intervju foreldre siden vi som bachelorstudenter ikke har lov til å innhente data om pasienter. Vi har derfor valgt å begrense oppgaven til å gjelde sykepleierens syn på hvordan man kan trygge foreldrene. Vi ser begrensingen av at vi ikke får spurt foreldrene om de tiltakene som blir gjort øker tryggheten, dette er med på å begrense oppgavens omfang.

1.5 Sentrale begreper

1.5.1 Trygghet

Kristoffersen (2006 b.3) definerer ordet trygg som pålitelig, sikker, sikret og ubekymret, tro, trofast, ærlig og sann. Dette sier noe om forholdet til andre mennesker. Trygghet står i forhold til noe, og er derav relasjonell. Hun sier videre noe om viktigheten av å ikke prøve å snevre ordet inn, slik at den mister noe av sin mening, men heller åpne det opp og undre seg over det. Hun peker også på hvor viktig dette fenomenet er i menneskers liv.

Man kan dele trygghet inn i indre- og ytre trygghet. Den indre tryggheten er den tryggheten man føler, den kan være basert på barndomsopplevelser eller ha en forankring i tro. Ytre trygghet beror på det man har rundt seg; for eksempel materiell trygghet, miljøtrygghet, relasjonstrygghet og kunnskaps- og kontrolltrygghet. Et eksempel på materiell trygghet kan være at man har et hjem eller økonomisk trygghet (Segesten, 1994).

Slik vi forstår ordet trygghet, så tenker vi at det er veldig individuelt. Trygghet for meg trenger ikke å være trygghet for deg, det er derfor forskjellig hva som vil skape trygghet hos den enkelte av oss. Dette er også noe av utfordringen som kommende sykepleier, det er viktig å definere hva som gir trygghet hos den enkelte pasient, istedenfor å tro at trygghet for de er det som får oss til å føle oss trygge. Men vi tror imidlertid det er noen fellesnevnerer som vil kunne øke følelsen av trygghet hos oss alle og disse momentene kommer vi inn på i drøftingen vår.

Sikkerhet og trygghet er to forskjellige begrep som vi mener er viktig å skille i denne oppgaven. Sikkerheten kan kvalitetssikres, ved for eksempel elektromedisinsk utstyr, brannsikkerhet og sikre prosedyrer (Kristoffersen, 2006 b.3). Tryggheten må kjennes av den enkelte og er vanskelig å måle på samme måte som sikkerhet.

1.5.2 Undervisende og veiledende funksjon

Den undervisende og veiledende sykepleierfunksjonen vil vi skrive noe om og vi vil begrepsavklare disse to begrepene. Undervisende sykepleierfunksjon er det å tilegne pasienter eller pårørende ny kunnskap (Kristoffersen, 2006 b.3). Den undervisende funksjonen kan være å undervise noen om en sykdom eller hvordan medisinsk teknisk utstyr skal brukes. Den veiledende funksjonen blir å hjelpe pasienten/pårørende til å tenke selv og utvikle seg på et område uten at sykepleieren forteller de hva de skal gjøre. Ved å sette i gang en egenprosess på hvordan de eventuelt kan løse en situasjon (Kristoffersen, 2006 b.3). Forskjellen på disse to funksjonene kan man for eksempel se ved at en sykepleier underviser i bruken av et blodsukkerapparat, men bruker den veiledende funksjonen til å hjelpe foreldrene å mestre det å måle blodsukker hos sitt eget barn.

1.6 Oppgavens disposisjon

I innledningen presenterer vi problemstillingen, begrunnelse for valg av oppgave, samt avgrensning av oppgaven. I metodedelen vil vi beskrive hva metode er, og hvilken metode vi har brukt. Videre beskriver vi i denne delen om forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Vi trekker også frem hvordan vi forberedte oss til hospitering og hvordan vi gjennomførte uformelle samtaler med sykepleierne. Metoddelen inneholder også etiske forhold og kildekritikk.

Vi vil først presentere hva et hjemmesykehus er før vi presenterer teori og drøfting rundt dette. Vi har valgt å drøfte hvordan man kan trygge foreldrene samtidig som vi presenterer teorien. Vi tror på denne måten det blir mer spennende å lese stoffet og fordi vi ser det som utfordrende å skulle presentere teorien uten å kunne trekke inn drøftingen med det samme. Vi bruker teori som er relevant for problemstillingen, sammen med erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og forskningsbasert kunnskap. Deretter kommer konklusjonen. I etterordet har vi evaluert arbeidet med oppgaven og produktet vi har kommet fram til.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode?

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder” (Dalland,2007 s81).

Slik vi forstår metode, så beskriver den hvordan vi har jobbet oss frem for å kunne svare på problemstillingen vår, hvordan vi har innhentet kunnskap og hvordan vi har forvaltet den kunnskapen. Vi har i denne oppgaven valgt å gjøre et litteraturstudie. Vi har innhentet forskningsbasert kunnskap gjennom litteratur. Vi har prøvd å jobbe etter modellen for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, 2007) og bruker derfor også erfaringsbasert kunnskap ved hospitering og brukerkunnskap gjennom en undersøkelse gjort av Sjukhusansluten Avancerad Barnsjukvård i hemmet (SABH) i 2002.

Utfordringen ved å bruke litteraturstudie i vår oppgave er at det kan være vanskelig å finne litteratur som er oppdatert og som passer i forhold til problemstillingen, særlig da hjemmesykehus fortsatt er lite utbredt. Den sterke siden ved litteraturstudie er at det er andre som har skrevet om temaet tidligere og vi derfor kan se andre vinklinger av tema enn vi ellers ville ha gjort.

2.2 Fremgangsmåte

2.2.1 Førforståelse

Vi har selv erfaring med å ha kroniske syke barn på sykehus og har selv kjent på kroppen hvordan det er å være utrygg. Vi har da på forhånd mange tanker om den viktige rollen man har som sykepleier for å skape trygghet hos en pårørende. På bakgrunn av dette ser vi at vi har en førforståelse av stoffet som kan gi oss en

favorisering eller en forutinntatthet rundt dette tema. Vi forsøker derfor å være kritiske til våre egne vurderinger.

Wadel (1991) peker på utfordringen ved å studere noe i sin egen kultur fordi man da kan ha problemer med å se de ”selvsagte” fenomenene fordi man er en del av kulturen. Dette er noe vi ser på som en utfordring ved førkunnskapen vår. På den andre siden sier Meløe (1985) i sin artikkel at hvis man skal kunne få en dyp forståelse av noe må man undersøke i områder der man er fortrolig, der man har en førforståelse. Slik vi ser dette er det viktig at vi er klar over den utfordringen det er at vi innehar en førforståelse og det at vi kan ha en forutinntatthet som gjør at vi kan overse viktige momenter. Vi kan også oppleve å få en dypere forståelse fordi vi både har jobbet med barn og deres foreldre, samt at vi har erfaring med å være foreldre til barn som i perioder er innlagt ofte og lenge på sykehus.

2.2.2 Problemstilling

Grunnen til at vi valgte å skrive om sykehus i hjemmet er en artikkel i Sykepleieren ved navn ”*Syke barn har det best hjemme*” (Toften, 2010).

I denne artikkelen står det skrevet om det å behandle syke barn hjemme. Vi synes dette var veldig interessant og leste videre om temaet ut fra kildehenvisningene i denne artikkelen. Etter en del litteratursøk satt vi igjen med en undring om hvordan hjemmesykehus fungerte og kom frem til at dette var noe vi ønsket å fordype oss mer i.

Etter å ha lært mer om hvordan hjemmesykehus fungerte så undret vi på om foreldrene kunne føle seg trygge når de var hjemme. Vi fant en undersøkelse fra et av hjemmesykehusene. Der hadde de kartlagt blant annet om foreldrene følte seg trygge. Kartleggingen viste at mange følte seg trygge selv om de ikke var på en avdeling. Dette synes vi var veldig interessant og ønsket å lære mer om hvordan legge til rette og veilede slik at foreldrene opplevde trygghet.

For å komme frem til en konkret problemstilling brukte vi PICO-modellen (vedlegg). PICO-modellen ble brukt for å strukturere problemstillingen på en hensiktsfull måte

(Nortvedt, 2007). Dette for å kunne konkretisere hva vi ønsket å finne ut fra vår litteraturstudie. Populasjonen vi ønsket å lære noe mer om var foreldre/foresatte til barn på hjemmesykehus. Intervensjonen vi ønsket å se på var hva sykepleieren kan gjøre for å skape trygghet hos foreldrene. Comparison følte vi ikke var relevant fordi foreldrene enten føler seg trygge eller ikke. Outcommet ble; blir de trygge av tiltakene. Ut fra kjernespørsmålene kunne vi finne ut hvilken metode som var best å bruke. Kjernespørsmålet vårt er ”hvorfors” og vil derfor bli best studert ut fra erfaringer og holdninger og derav en kvalitativ metode (Nortvedt, 2007).

Vi startet først opp med en problemstilling. Denne problemstillingen ble sendt til de aktuelle hospiteringsplassene. På en av hospiteringsplassene fikk vi tilbakemelding om at de ønsket at vi omformulerte problemstillingen fordi de synes at den var for lik deres avdelingstittel. Dette tok vi til etterretning og diskuterte så med veilederen vår den nye problemstillingen og hvorfor vi hadde valgt å gjøre den om. Det fikk ingen betydning for formålet på oppgaven.

2.2.3 Forskningsbasert kunnskap

Forskningsbasert kunnskap er kunnskap som kommer ut fra systematisk jobbing gjennom et type tema for å øke forståelsen av et fenomen (Nortvedt 2007). Eksempelvis hvis man ønsker å forstå noe mer om trygghet, kan man jobbe systematisk med tema for å øke sin forståelse. Den forskningsbaserte kunnskapen vi har fått kommer gjennom forskningsartikler, pensumlitteratur og annen relevant litteratur. Nortvedt (2007) peker på at det kan deles inn i to grupperinger, enten kan man ha grunnforskning eller anvendt forskning. Grunnforskningen utforsker et fenomen uten at det retter seg mot at det skal brukes i en spesiell praksis, mens anvendt forskning er rettet mot et spesielt mål. Vi ønsker å vite noe mer om hvordan man kan trygge foreldre med barn innlagt på et hjemmesykehus. Vi jobber spesifikt for å øke kompetansen på et spesielt område og derav blir dette en studie for anvendt forskning.

Vi startet tidlig med søk i litteratur. Vi søkte i ulike databaser. Ut fra PICO-modellen pekte vi ut nøkkelord som vi brukte i våre søk. Nøkkelordene var ”hjemmesykehus”,

”hospital”, ”home”, ”parents”, ”advanced home hospital children”, ”hjemmebesøk”, ”home care children”, ”sick children”, ”trygghet”, ”barn på sykehus”, ”pårørende”, ”kommunikasjon”, ”veiledning”, ”undervisende funksjon”, ”barn”, ”hjemme”, ”sykehus”, ”syke barn”, ”hjemmesykepleie”, ”hemsjukvård”, ”foreldre”, ”kunnskap”, ”sykepleier”, ”kommunikasjon”, ”ferdigheter”, ”empowerment”, ”helsepedagogikk” og ”Joyce Travelbee”. Vi søkte også direkte på bøker vi hadde fått tips av veileder på, samt bøker som har stått henvisning i andre bøker vi har brukt. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner.

Ut fra Nortvedt (2007), burde vi søke i Evidence Based Nursing, Cinahl og Medline da disse har dekning for kvalitativ forskning. Vi søkte også i SveMed+ fordi vi visste at det fantes hjemmesykehus i Norden. På SveMed+ søkte vi ”hemsjukvård” og fikk 825 treff. Ved å tilføye ”barn” fikk vi 26 treff, hvor flere ble ansett som aktuelle. Grunnet begrenset tilgang så måtte flesteparten av disse artiklene bestilles gjennom biblioteket slik at vi fikk lest dem. Vi søkte også på ”hospital at home” og fikk 38 treff. Der fant vi flere aktuelle artikler, flere omtalte imidlertid ikke barn, de omhandlet psykiatriske pasienter og palliativ omsorg. Videre søkte vi på ”home care children” og fikk 38 treff. En av disse artiklene var relevant for oss. På Chinal søkte vi på blant annet ”children” ”hospital” da fikk vi 725 treff. For å minske antall treff valgte vi først å ta ned antall år fra 1881-2010, til å gjelde fra 1990 til 2010. Da fikk vi 686 treff. For å korte ned videre satt vi på søkeordet ”home” og var da ned i 88 treff. Av disse anså vi tre referanser som relevante. Medline søkte vi på ”home care children” og fikk 11996 treff. Vi snevret da inn med de som hadde 5 stjerner samt at de skulle være artikler fra de siste 5 årene. Det var fortsatt for mange og vanskelig å få snevret inn. De første artiklene handlet om helsestasjonens oppfølging og forebyggende arbeid. Det virket som om det kom mye urelevante artikler i forhold til vår oppgave.

I Bibsys søkte vi på forskjellige kombinasjoner med hjemmesykehus, men fikk enten ingen treff eller treff som var utenfor vår problemstilling. Vi fant ingen bøker som var skrevet direkte om hjemmesykehus. Vi søkte da på de andre kombinasjonene som nevnt ovenfor, som for eksempel ”empowerment” eller ”pårørende”. Da fikk vi 9 treff og så nærmere på et av treffene som var en bok om kommunikasjon og samtale.

2.2.4 Erfaringsbasert kunnskap

Erfaringsbasert kunnskap er den erfaringen man tar med seg gjennom det man opplever i praksis (Nortvedt, 2007). Den erfaringsbaserte kunnskapen vi har med oss gjennom denne oppgaven kommer først og fremst igjennom hospitering på to hjemmesykehus. Vi har også med oss erfaringsbasert kunnskap fra å jobbe med barn på sykehus samt våre praksiser gjennom utdanning. De praksisene vi henter erfaring fra er hjemmesykepleiepraksis, der vi møtte mennesker i alle aldre i sin hjemmesituasjon. Samt at vi har fått være med habiliteringstjenesten ut til barn som bor hjemme og som har et ansvarsteam rundt seg. Vi har også erfaring fra det å være foreldre med kroniske syke barn, som nevnt tidligere.

Vi har hospitert ved to hjemmesykehus. På Avansert Hjemmesykehus For Barn ved Ullevål Universitetssykehus samt Sjukhusansluten Avancerad Barnsjukvård (SABH) ved Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Når vi kom frem til at vi ville skrive om hjemmesykehus for barn i vår oppgave, ble vi fort ivrige på å komme og se hvordan hjemmesykehus fungerte. Fordi vi fant lite litteratur om hjemmesykehus og fordi vi synes det var viktig å se hvordan hjemmesykehusene jobbet for å få tyngde i oppgaven. Vi skrev mail med informasjon om hvem vi var, hvilken problemstilling vi hadde og om at vi ønsket å ha uformelle samtaler med sykepleiere som jobbet på hjemmesykehusene. Vi sendte denne til tre hjemmesykehus, samt tok telefonkontakt. Vi fikk svar fra alle tre. To kunne vi komme til ganske fort og den siste hadde ikke mulighet til å ta i mot oss før kanskje på høsten. Det ble ikke gjort noe videre avtale fordi vi da var i praksis. I forkant av hospiteringen brukte vi tid på å bli kjent med stoffet i oppgaven vår, slik at vi var trygge på hva vi ville ha ut av vår hospitering og kunne gjøre godt rede for hva vi ville skrive om på de stedene vi skulle hospitere. Vi ble enige om hva vi ønsket å få ut av hospiteringen, hvilke observasjoner vi mente var viktig og hvilke spørsmål vi ønsket å stille sykepleierne. Vi gjorde oss kjent med de stedene vi skulle på gjennom hjemmesidene deres i forkant av hospiteringen.

I gjennomføringen av hospiteringen fikk vi gjort mange gode observasjoner i forhold til vår oppgave. Vi hadde noen timer inne i deres avdeling der vi fikk se hvordan de jobbet, hvem som var ansatt og på hvilken måte de administrerte arbeidsdagen sin. Videre var vi med ut på hjemmebesøk og fikk se hvordan de møtte foreldrene. Vi fikk også vite hvordan overgangen fra sykehus til hjemmesykehus var og hvordan pasientene ble utskrevet fra hjemmesykehusene. Vi gikk sammen og hver for oss med forskjellige sykepleiere og observerte. I mellom besøkene hadde vi uformelle samtaler med sykepleierne vi gikk sammen med, samt de andre under lunsjen og hørte deres tanker på vår problemstilling.

Vi har valgt å bruke uformelle samtaler istedenfor å bruke intervjuform. Dette har vi valgt fordi det er vanskelig for oss som bachelorstudenter å få lov til å gjøre intervju på sykehuset. På grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensning men også fordi vi følte at det ville bli mer naturlige samtaler, med sykepleierne. Slik vi tenkte, ville vi få god informasjon gjennom uformelle samtaler, hospitering og litteratur. Vi valgte derfor uformelle samtaler i vår oppgave.

2.2.5 Brukerkunnskap

Brukerkunnskap er en viktig del for å få en forståelse av stoffet. Brukerkunnskap er den kunnskapen som brukeren av tjenesten har (Nortvedt, 2007). Slik vi ser det er det viktig å innhente brukerkunnskap for å få en forståelse av hva brukeren mener gir trygghet. På grunn av at vi er bachelorstudenter har ikke vi mulighet til å intervjuere pårørende. Vi har imidlertid fått tilgang til to brukerundersøkelser som er gjort av SABH og har fått tillatelse til å henvise til disse i vår oppgave. Brukerundersøkelsene er ikke tolket, men er direkte avskrevet i form av statistikk og direkte kommentarer fra pårørende ut fra de forskjellige spørsmålene. Vi anser undersøkelsen derfor som brukerkunnskap.

2.3 Kildekritikk og begrunnelse for valg av litteratur

Kildekritikk er en metode for å gjøre rede for sine kilder. Man skal legge til grunn sin vurdering av den litteraturen man har valgt, både positive og negative sider. Dalland (2007) sier at det er viktige momenter man må ta til vurdering når man ser kritisk på sine kilder; hva slags tekst er det, for hvem er den skrevet, hvorfor skriver forfatteren om dette og hva er formålet med teksten. Det er viktig for vurdering av studier av kvalitativ metode å se om formålet med studien er tydelig, om tilnærmingen er hensiktsmessig og om hvordan utvalget ble gjort (Nordvedt, 2007).

Søkemotorene vi har brukt ser vi på som gode, fordi de er anbefalt i forhold til kvalitativ forskningsmetode av Nordvedt (2007). Bibsys er en søkemotor som er brukt gjennom skolens bibliotek og hvor vi får tilgang på bøker fra universiteter og høyskoler. Vi anser den derfor som god i søket etter bøker. I databasene har vi brukt Chinal, Evidence Based Nursing, Medline og SveMed+. Svemed+ valgte vi fordi vi visste at de har hjemmesykehus i Sverige og derfor anså det som naturlig å søke her. Alle databasene anser vi som gode, men vi så det som mer utfordrende å søke i Medline og Evidence Based Nursing enn de andre, fordi det kom mange treff og vi synes det var vanskelig å avgrense søkene godt.

Vi har brukt bøker fra pensumlitteratur. Vi har brukt er Kristoffersen (2005) sine bøker om grunnleggende sykepleie. Disse bøkene ser vi på som valide bøker da det er pensumlitteratur i sykepleiestudiet. De har blitt brukt i flere år og det ser vi på som et kvalitetsstempel. Vi har også brukt en pensumbok av Markestad med flere (2005) "*Pediatri og pediatrik sykepleie*". Denne boken ser vi også på som valid av overnevnte grunner samt at Trond Markestad er kjent innenfor faget. Dalland (2007) er også pensumlitteratur og er derfor valgt i forhold til metodedelen. Vi har i tillegg supplert med Nordvedt (2007) da vi synes at denne boken er informativ i forhold til kunnskapsbasert praksis. Vi oppfatter også denne boken som sikker kilde da den er anbefalt ved vår skole, den er ny og er skrevet for sykepleiere av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester og Senter for kunnskapsbasert praksis.

Kirkevold (2008) ”Sykepleieteorier – analyse og evaluering” ser vi på som en god kilde, dette fordi forfatteren er kjent innen faget, den er skrevet for høyskoleutdanning og videreutdanning samt at den ikke er gammel. En utfordring ved boken er at den er en annenhåndskilde og derfor kan inneholde tolkninger fra forfatteren. Vi valgte derfor å supplere med Travelbee (1999) som er en originallitteratur. Boken er oversatt til norsk i 1999 fra en bok fra 1979. Originalkopien fra 1971 het ”*Interpersonal aspects of nursing*” og er vanskelig å få tak i, men den oversatte versjonen vurderer vi som bra. Tveiten (2001) og (2007) har vi brukt i forhold til foreldreveiledning og empowermentprosessen. Vi ser på bøkene som valide, siden forfatteren er anerkjent for sin kompetanse innen veiledning. Fossum (2007) sin bok om kommunikasjon ser vi på som en god kilde, fordi forfatteren har doktorgrad innen kommunikasjon, og forsker på å fremme barns helse. Vi valgte derfor å bruke hans bok. Brinchmann (2002) tolker vi også som en god kilde, fordi forfatteren driver med medisinsk-etisk forskning. Vi valgte denne boken fordi det står om foreldre som pårørende. Utfordringen er at boken omhandler foreldre som pårørende i forhold til dødende barn og i forhold til barn med fastsatte diagnoser. Vi fant allikevel noe relevant litteratur til oppgaven vår. Vifladt og Hopen (2004) ser vi på som valid fordi forfatterne jobber med mestring og læring på et kompetansesenter.

Mette Strømfeldt Lind (2009), mener vi er en god kilde fordi hun beskriver metoden sin i artikkelen og har gode kildehenvisninger. Derfor mener vi det er en valid kilde. Hanne Sørensen med flere (2006) mener vi er valid fordi rapporten er basert på et forskningsarbeid, og fordi det er skrevet av leger og sykepleiere. Bergstedt (1999) skriver i sin artikkel om hvordan det er å ha syke barn hjemme. Denne artikkelen var relevant for vår oppgave fordi den trakk frem noe om livskvalitet hos familien, noe om trygghet og noe om hva det ”kreves” av foreldrene som har et sykt barn hjemme. Artikkelen er skrevet for leger og de inneholder intervjuer av en sykepleier og en lege som har jobbet for hjemmesykehus. Kilden er noe gammel, men vi anser det som står der som relevant, vi har derfor valgt å bruke artikkelen. Hallström (2002) skriver om foreldre med barn på sykehus og deres behov. Vi har valgt å bruke denne artikkelen fordi den underbygger viktigheten av kommunikasjon til foreldrene. Den er valid slik vi ser det fordi den oppfyller kriteriene som Dalland (2007) beskriver i sin bok i forhold

til kildekritikk. Segesten (1994) skriver i sin bok om ytre og indre trygghet, forfatteren er sykepleier og har forsket på trygghetsbegrepet, derfor ser vi på kilden som valid. Cato Wadel (1991) Feltarbeid i egen kultur, har vi brukt i forhold til forforståelsen vi har til denne oppgaven. Vi ser på dette som en god kilde siden forfatteren er sosialantropolog. Vi ser utfordringen i at kilden er noe gammel. Meløe (1985) har vi også brukt, fordi den er med å gi en annen vinkling i forforståelsen. Vi anser kilden som valid, da den også er brukt av andre forskere.

2.4 Etiske forhold

I oppgaven har vi tatt hensyn til loven om taushetsplikt § 21 fra loven om helsepersonell (Lov om helsepersonell, 1999). Med hensyn til denne loven er refleksjonene som vi gjør blitt gjort om slik at hensyn til personvernet blir ivarettatt og personene blir ugjenkjennelig. Vi har fått sykehusene vi hospiterer hos til å skrive under et dokument om at vi får opplyse i vår oppgave om at vi har hospitert der. Dette for å kvalitetssikre de etiske forhold og taushetsplikten. Hospiteringsplassene har fått mulighet til å lese oppgaven før vi leverte den, så de eventuelt kunne kommentere.

3.0 Hjemmesykehus for barn

Et hjemmesykehus for barn er et tilbud til de pasientene som fortsatt trenger innleggelse i sykehus, men som er i en tilstand som tilsier at det er forsvarlig at pleien og behandlingen utføres i hjemmet. Alternativet til å være innlagt i et hjemmesykehus, er å være innlagt på sykehuset. For at dette skal la seg gjøre må det være praktisk mulig, og barna må ha en av foreldrene tilstede når helsepersonell ikke er hos dem når dem er innlagt i et hjemmesykehus. (Ullevål 2009, under overskriften ”Avansert hjemmesykehus for barn”)

Odense i Danmark startet sitt prosjekt i 1993 og var de første i Norden. I Sverige ble hjemmesykehus for barn opprettet gjennom en prosjektgruppe. Et av prosjektene startet

i 1998 ved Karolinska universitetssjukhus i Stockholm. Siden den gang har det utviklet seg, og blitt en egen del ved Astrid Lindgrens barnsjukhus, og en fast ordning fra år 2000. I Norge startet prosjektet med hjemmesykehus i 2008 og prosjektet skal evalueres i slutten av 2011. Et hjemmesykehus for barn er en del av et sykehus, for eksempel som ved SABH. SABH er den del av Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm, som igjen er en del av Karolinska Universitetssjukhus.

I et hjemmesykehus for barn jobber det sykepleiere, spesialsykepleiere, leger og barnepleiere. I tillegg jobbes det tett opp imot andre spesialister knyttet til sykehuset, terskelen for å tilkalle dem er lav. Målgruppen er pasienter mellom 0-18 år. Det er pasienter som har behov for avansert medisinsk behandling og pleie fra sykehuset, men som får behandling i hjemmet når det er forsvarlig. Hjemmesykehus for barn har ingen restriksjoner i forhold til diagnoser (SABH).

For å kunne behandles hjemme og være innlagt i et hjemmesykehus må man bo innenfor området som hjemmesykehuset dekker. De sykehusene vi har vært i kontakt med har satt en grense på en halvtime til en time med bil fra sykehuset og hjem til pasienten. Hjemmesykehusene er fleksible i forhold til hvor mange pasienter de har. Noen ganger kan en pasient som bor tre kvarter unna sykehuset få hjelp fra hjemmesykehuset, hvis det er få inneliggende pasienter. Det er viktig med et nært og godt samarbeid med foreldrene. Et hjemmesykehus for barn utarbeider en samhandlingsplan sammen med foreldrene, da det blir forutsigbart for dem når og hvor ofte sykehuspersonell kommer hjem til dem. Det skal også avtales hvem som skal ha ansvar for hva, og det blir viktig å få kartlagt hvilke ressurser foreldrene.

Barna som er innlagt i et hjemmesykehus kan ha forskjellige behov. Noen kan ha behov for avansert medisinsk teknisk hjelp, mens andre kan ha behov for tilsyn. For eksempel kan det være en pasient med behov for intravenøs behandling fire ganger daglig. Det kan være en frisk prematur som skal veies og hvor foreldrene trenger veiledning, eller det kan være palliativ omsorg. (Ullevål 2009, under overskriften ”Avansert hjemmesykehus for barn”)

Hjemmesykehusene vi har hospitert hos har hatt egne biler tilhørende hjemmesykehuset. De har sekker med utstyr de trenger, disse tas med ut til pasientene. Begge stedene vi har hospitert har hatt medisinrom på sykehuset. Her oppbevarer de medisinene til barna, som de tar med ut for hvert besøk. Hos hver pasient er det ”verktøykasser”, her skal det meste av utstyret pasienten trenger være, som for eksempel sårutstyr, venekateter, sprøyter og lignende. På det ene stedet vi var hadde de bærbare datamaskiner med mobilt internettilgang. Alle har datamaskin i sekken, hvis de lurer på noe i forhold til pasienten kan de logge seg inn i barnets elektroniske pasientjournal. Dette kan for eksempel være blodprøvesvar.

På det ene stedet vi var hadde de felles morgenrapport, hvor pasientene ble fordelt. På det andre stedet hadde de ferdige lister hvor pasientene allerede var fordelt. Det ene hjemmesykehuset hadde nattevaksordning, hvor to sykepleiere hadde vakt. På det andre sykehuset vi hospiterte hadde dem åpningstider fra 07:00 og til 23:00. Utenom de tidene hadde pasienten mulighet til å ta kontakt med mottagelsen. Hos det ene hjemmesykehuset hadde de flere leger tilstede hver dag, og de hadde rapport eller gjennomgang av de inneliggende pasientene to ganger daglig, sammen med sykepleierne. Det andre hjemmesykehuset hadde en fast lege, som var disponibel for dem og som hadde gjennomgang av pasientene en gang om dagen.

Begge hjemmesykehusene vi har hospitert på har hatt såkalte overflyttningsamtaler. Her møter personell fra hjemmesykehuset pasienten og foreldrene på sykehuset og gir informasjon og legger en plan for innskrivning i hjemmesykehuset.

Felles for hjemmesykehusene er at de tenker at barn har det best hjemme. Da får de være i kjente omgivelser, sammen med foreldre og evt. søsken. I Norge er det et prosjekt gående på Ullevål sykehus – Avansert hjemmesykehus for barn. I følge resultatene fra det første året med hjemmesykehus viser det seg at pasientene har det bedre hjemme. Søsken og familien får en mer normal tilværelse sammen. I tillegg viser det seg at dette tilbudet koster ca. en tredel av pleieutgifter i forhold til vanlig sengepost. (Ullevål 2009, under overskriften ”Hjemmesykehuset ett år”)

SABH har gjort en undersøkelse blant foreldre til barn som er innlagt i hjemmesykehus. Det viser seg at av 98,2% som har svart ville benyttet seg av SABH, hvis barnet deres skulle bli sykt igjen. En mor sa dette i en kommentar da hun ble spurt om hun ville ha benyttet seg av SABH igjen: ” Definitivt. Att få komma och gå som man vill, bestämma själv, vara med andra delen av familjen, avdramatisera sjukdomsbilden för övriga familjemedlemmar, slippa ringa på klockan för varje liten grej osv...” (SABH 2002).

4.0 Teori og drøft

I denne delen er det viktig å få fram litteratur som er relevant i forhold til problemstillingen. Teorien drøftes sammen med opplevelser og situasjoner fra praksis (Dalland, 2007). Vi vil presentere Joyce Travelbee samt annen teori. Vi går nærmere inn på hva et hjemmesykehus for barn er. Vi vil også si noe om det første møte, kommunikasjon mellom sykepleiere, trygghet i hjemmet, informasjon, empowerment, undervisning, veiledning, oppfølging og kompetanse.

Björn Fossum (2007) skriver at en stor utfordring innen kommunikasjon mellom sykepleier og barn/foreldre er at det er lett å ”glemme” barnet, og gjøre foreldrene til pasienter. På den andre siden skriver Brinchmann (2002) at foreldre til syke barn møter utfordringer de ikke har forberedt seg på, og de må ta i bruk andre mestringsstrategier og ressurser enn de tidligere har brukt. Dette påvirker en hel familie, og det blir viktig å se på familien som et sosialt system eller som en organsime. Vi ser utfordringen i å formulere oss slik at vi ikke sykeliggjør foreldrene. Derfor har vi valgt å bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker i denne oppgaven. Travelbee (1999) skriver i sin bok at sykepleieren hjelper hele familien som har et individ med behov for helsehjelp. Slik vi tolker Travelbee er det viktig å se familien som en enhet som trenger sykepleie. Travelbee definerer sykepleie slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne meninger i disse erfaringene” (Kirkevold, 2008. s. 113)

På bakgrunn av Travelbee (1999) og Brinchmann (2002) velger vi og se på barn og foreldre som en enhet. Vi mener derfor at hvis barnet er sykt vil også foreldrene trenge sykepleie.

4.1 Første møte

Eide (2007) sier at kommunikasjon er utveksling av tegn og signaler mellom flere parter, det vil si både nonverbale og verbale signaler. Verbal kommunikasjonen er det man sier eller skriver. Den nonverbale kommunikasjonen er signaler vi gir gjennom kroppsspråk, dette kan for eksempel være et ansiktsuttrykk, blick, gester, stillhet, eller tempoet man snakker i (Eide, 2007). Gjennom hospitering på hjemmesykehusene så vi viktigheten i kommunikasjon og det å skape en god relasjon mellom sykepleier og foreldre, for å øke tryggheten.

Ved hjemmesykehusene har de en overgangssamtale fra post til hjemmesykehus. Under denne overgangssamtalen er det tilstede en lege og sykepleier fra post, og en lege og sykepleier fra hjemmesykehus, i tillegg til foreldre og barn. Her er det viktig at alle forventninger fra hjemmesykehuset til foreldrene blir kartlagt, samt foreldrenes forventninger. Dette er avgjørende for at foreldrene skal vite hva det vil si å være innlagt i et hjemmesykehus. For eksempel er det viktig at foreldrene er inneforstått med at det kan ta tid før noen fra hjemmesykehuset kommer hvis de trenger et ekstra besøk. Det kan oppleves utrygt å ringe og få beskjed om at det ikke kommer en sykepleier før om 30 min, hvis man ikke har en forståelse for dette på forhånd. Det er også viktig at man lytter aktivt og stiller åpne spørsmål slik at man lager rom for at foreldrene kan komme med sine tanker før hjemreise. I forhold til nonverbal kommunikasjon er det viktig at man er tilstede, har øyekontakt og har tid i en slik samtale. Slik vi ser det blir det viktig å skape et menneske-til-menneske-forhold, en relasjon, for videre samarbeid. Travelbees definisjon på et menneske-til-menneske-forhold er:

”Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt”. (Travelbee, 1999 s.177)

Lind (2009) skriver i sin artikkel om viktigheten av overgangen fra sykehus til hjem. Hun sier at det å forberede foreldrene på overgangen, få beskrevet forventninger og få kartlagt foreldrenes og helsehjelpens roller er nødvendig for å skape en god overgang. Hun mener at mange opplever det som vanskelig å komme hjem med et sykt barn. Lind (2009) mener det er viktig at foreldre er forberedt på ansvaret de må ha for barnet hjemme, og hvordan de skal forholde seg til profesjonell hjelp.

Eide (2007) sier at det å være til stede i samtalen, samt lytte til tanker og følelser styrker selvfølelsen til foreldrene. Det er viktig at man ser og forstår. Kommunikasjon som på denne måten skaper trygghet, tillitt og er avgjørende for å skape en god relasjon. Slik vi ser det så er det dette Travelbee mener når hun snakker om kommunikasjon. Joyce Travelbee mener at menneske-til-menneske forholdet etableres etter fem interaksjonsfaser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 2008). Videre mener hun at kommunikasjon, samt en målrettet intellektuell tilnærming er sentralt (Kristoffersen, 2006 b.4).

Under hospitering fikk vi være med på en overgangssamtale. Foreldrene var bekymret over sitt prematurfødte barn, men ville gjerne hjem i vante omgivelser. På møte var sykepleier og lege fra sykehuset, samt sykepleier og lege fra hjemmesykehuset. Mor og far ble spurt om forventninger til å komme hjem, bekymringer og tanker de hadde. De tok seg god tid til å lytte og svare på spørsmål foreldrene hadde. På slutten av møtet takket foreldrene og sa de følte seg mye tryggere på å reise hjem med barnet sitt nå enn før møtet. Slik vi ser det viser dette viktigheten av overgangssamtaler. Hadde ikke foreldrene fått muligheten til en slik samtale ville de slik vi tolker det kanskje kommet hjem og følt seg mer utrygge i situasjonen.

4.2 Kommunikasjon mellom sykepleierne

Videreformidling av informasjon på avdelingen mellom sykepleierne er viktig i forhold til å trygge foreldrene. Dette fordi at den neste sykepleieren som skal til pasienten og foreldrene skal vite hva hun har å forholde seg til, for eksempel om det er noe utstyr hun skal ha med seg ut eller om det er noe nytt.

Under hospiteringen besøkte vi en pasient som skulle ha insulin. Etter å ha kjørt en halvtime i bil for å komme dit oppdaget vi at pasienten manglet spisser til insulinpennen. Det viste seg at det dreide seg om en enkel kommunikasjonssvikt mellom sykepleierne i hjemmesykehuset. Den forrige sykepleieren som var der hadde glemte å gi beskjed om at vi måtte ta med ut spisser. For foreldrene kan det oppleves utrygt når sykepleieren ikke kommer forberedt eller ikke har med seg det utstyret som trengs for å utføre det man er der for. Om vi hadde fått beskjed om å ta med spisser, ville det slik vi ser det vært med på å skape trygghet hos foreldrene fordi sykepleieren er informert og oppdatert på deres barn.

Toften (2008) skriver i sin masteroppgave om hvordan pårørende opplever å møte helsepersonell som ikke vet hva som feiler deres barn, og at det tilstedighet er nye mennesker som ikke kjenner til diagnosen eller behandlingen. Pårørende blir da utrygge på om barna deres får god nok hjelp. Slik vi ser det er det dette vi mener i forhold til trygghet i kommunikasjon mellom sykepleierne. Vi opplever at det er spesielt viktig i et hjemmesykehus, fordi man ikke bare kan gå på lageret eller på medisinerrommet for å hente utstyr, hvis man har glemte noe eller ikke vet hva som trengs hjemme hos barnet.

4.3 Trygghet i hjemmet

Gjennom hospitering ble det diskutert i forhold til utrygge foreldre, at man må bruke tid på å snakke med dem. Dette er viktig fordi når foreldre blir stresset og preget av engstelse, kan det gå utover omsorgsevnen. Som sykepleier har man et ansvar for foreldrenes velvære, det å ta seg god tid til å la dem snakke ut og få stille spørsmål er viktig for å hjelpe foreldrene til å føle seg trygge (Markestad, 2005). I sluttrapporten *Indlagt i eget hjem* (2006) står det at foreldrene opplever det som positivt å være hjemme fordi de får ro til å snakke med sykepleierne. De opplever at sykepleierne har bedre tid når de er hjemme hos pasienten, enn når de er på en travel avdeling. Dette støttes også av undersøkelsen gjort av SABH (2002) hvor foreldrene påpeker at de opplever at sykepleierne har bedre tid til den enkelte, og at de blir hørt på i mye større grad enn ved avdeling.

Gjennom en samtale under hospitering ble det påpekt at økende utrygghet hos foreldre kunne være et tegn på at barnet ble dårligere. Derfor skal man ikke trygge foreldrene hjemme for enhver pris. Lind (2009) skriver i sin artikkel om fem gode råd for sykepleie til foreldre og barn som skal få pleie i hjemmet. Et av disse rådene er at man skal huske på at foreldre er eksperter på egne barn. Derfor tenker vi at det blir viktig å ta de bekymringer foreldrene har på alvor, og ikke bare prøve å trygge de nok til å være hjemme med barnet.

4.4 Informasjon

Informasjon om hva som skjer og hva som skal skje med barna er viktig for å skape trygghet. Det er avgjørende at foreldrene har oversikt over det som skjer, og føler at de kan følge med i situasjonen. Slik vi ser det blir det viktig å gi passe mye informasjon. Ved for mye informasjon kan det oppstå misforståelse, men hvis det blir gitt for lite kan de bli utrygge. Hallström (2002) henviser i sin artikkel til en studie om tilrettelagt informasjon til foreldre. Foreldrene ønsker mer informasjon, og at det som gis må gis på et språk som er forståelig for dem. Spesielt viktig hvis det er noe foreldrene skal gjøre eller observere i forhold til barnet sitt. Slik vi ser det, blir det i den sammenheng også avgjørende å gi ærlig og realistisk informasjon. Kvåle (1999) har i sin studie spurt pasienter hva som er viktigst for dem, der ble ærlighet fra helsepersonell rangert som nest viktigst.

Vifladt og Hopen (2004), sier at informasjon ikke er det som blir sagt – men det som blir oppfattet. Det blir derfor avgjørende å sikre at foreldrene og evt. barnet har forstått det som sies. Et av tiltakene som hjemmesykehusene hadde i forhold til å gi viktig informasjon var å gi ut informasjonshefte til foreldrene. Det er også viktig at den informasjonen som blir gitt ikke spriker med det som er sagt tidligere. Slik vi ser det kan det være med på å skape utrygghet hos foreldrene, fordi de ikke vet hva eller hvem de skal stole på. Her viser vi igjen til brukerundersøkelsen fra SABH (2002) hvor en forelder svarer på om de føler seg trygge med hjemmesykehuset. De svarer at det har vært sprikende informasjon som har gjort dem utrygge. Slik vi ser det underbygger dette

utsagnet viktigheten i å gi korrekt informasjon og samkjøre den informasjonen som blir gitt.

4.5 Aktiv lytting

Aktiv lytting er en grunnleggende og kompleks ferdighet innenfor kommunikasjon. Aktiv lytting kan være både non-verbal og verbal. Ved non-verbal lytting er det viktig med øyekontakt, håndbevegelser og berøring. Mens ved verbal lytting er det viktig å stille spørsmål, bruke pauser, sammenfatte og oppmuntre (Eide, 2007). Slik vi ser det er aktiv lytting like viktig som å gi informasjon i forhold til å skape trygghet hos foreldrene. Dette støttes også av Hallström (2002) som i sin undersøkelse kom frem til at foreldrene synes det var trygt at de ble hørt, og at deres vurderinger ble tatt til etterretning.

Travelbee mener også at aktiv lytting er viktig for å tilnærme seg pasienten. Hun mener at man som sykepleier må oppmuntre den syke til å fortsette å snakke, og vise at man er interessert i det pasienten forteller. Hun mener at det som er avgjørende for å lytte aktivt er å komme med åpne utsagn, oppfølgingsspørsmål eller speile det pasienten sier. For eksempel si: Og så..., Du sa at..., eller for eksempel når en pasient sier at han vil hjem, så spør sykepleieren; Du vil hjem? Pasienten svarer da med å si hvorfor han vil hjem (Travelbee, 1999). Slik vi tolker det bruker sykepleieren her intellektuell tilnærming i det å lytte aktivt, slik at pasienten åpner seg opp og forteller hvorfor han vil hjem. Hvis sykepleieren ikke innehar kunnskaper om kommunikasjon vil sykepleieren kunne gå glipp av viktig informasjon fra pasienten, samt at relasjonsbygningen mellom sykepleier og pasient blir vanskeligere (Travelbee, 1999). Slik vi ser det vil det å lytte aktivt være relevant i forhold til å skape trygghet og tillit hos foreldrene, fordi det viser at du tar deg tid til å høre etter hva de sier og føler og viser at du følger med i samtalen.

4.6 Empowerment

Eide (2007) skriver i sin bok om bekreftende ferdigheter. Han mener at bekreftende ferdigheter er det kommunikative grunnlaget for empowerment. Verdens helseorganisasjon (1998) definerer, i følge Tveiten (2007), empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Empowerment omfatter omfordeling av makt, fra fagfolk til bruker. Dermed blir bruker en deltaker og ikke bare en mottaker (Tveiten, 2007). Vi ser at dette også er viktig på et hjemmesykehus. I en hjemmesituasjon er det viktig å betrakte foreldrene som deltakere og ikke bare mottakere, fordi de ikke har helsepersonell hjemme hos seg hele tiden. Ved at man gir foreldrene mer kontroll vil de kunne være mer delaktige hjemme, noe som er en forutsetning for å kunne være innlagt i et hjemmesykehus.

Ved hospitering møtte vi en familie som hadde kommet hjem med sitt prematurfødte barn. Vi skulle komme innom for tilsyn, vekt og ammeveiledning. Mor snakket språket dårlig, og det var vanskelig å kommunisere muntlig. Sykepleieren satte seg ned ved siden av mor, smilte og gestikulerte slik at hun greide å gjøre seg forstått. Hun hadde et åpent og vennlig kroppsspråk, slik at mor åpnet seg opp til henne. Mor var usikker på amming i forhold til å gi flaske. Sykepleieren brukte bekreftende ferdigheter, hun roste mor og barn, og viste respekt og interesse for hennes utfordringer. Gjennom samtalen vokste mors trygghet og hun ble sikker på sin vurdering. Denne situasjonen ser vi på som et godt eksempel på empowerment i hjemmesykehus. Ved at sykepleieren ga kunnskap, lyttet og viste respekt opplevde vi at moren ble trygg. Vi ser også viktigheten i å kunne noe om non-verbal og verbal kommunikasjon i sykepleien i forhold til empowerment. I følge Travelbee (1999) er verbal kommunikasjon enten muntlig eller skriftlig. I denne situasjonen var verbal kommunikasjon vanskelig. Non-verbal kommunikasjon mener Travelbee (1999) er når man overfører budskap uten ord. Hvis ikke sykepleieren i denne situasjonen hadde denne kunnskapen, hadde kommunikasjonen mellom sykepleier og mor blitt vanskelig. Det hadde blitt vanskelig å gjøre seg godt nok forstått til å gjennomføre en empowermentprosess. Slik vi ser det kunne det ført til at mor ble mer usikker i forhold til amming av sitt for tidlig fødte barn.

Empowerment er viktig for å gjøre foreldrene trygge på seg selv når de er hjemme med et sykt barn. Men på den andre siden er det viktig å ikke gjøre foreldrene til sykepleiere, ved at de tar over sykepleieoppgaver. Lind (2009) viser til undersøkelser der foreldrene har følt at de har fått for mye ansvar hjemme, for eksempel å gi sondeernæring til sitt barn. I undersøkelsen kom det frem at foreldrene følte dette utrygt, og at de mest av alt ønsket å være bare foreldre.

4.7 Undervisende funksjon

Den undervisende funksjonen er når man skal tilegne seg ny kunnskap og nye ferdigheter. For at man skal kunne tilegne foreldrene ny kunnskap må man i følge Kristoffersen (2006 b.3) følge noen momenter. Det er viktig at de som skal få informasjonen skjønner hvorfor de får informasjonen. Man må gjøre foreldrene aktive og de må få dele sine erfaringer. Informasjonen må være relevant for deres livssituasjon samt motivere de til å uttrykke sine behov om hva de trenger å lære (Kristoffersen, 2006 b.3).

Travelbee snakker om viktigheten av å behandle alle som individer og ikke generalisere mennesker, men behandle mennesket ut fra dens egne erfaringer og holdninger. Dette tror vi kan være av stor betydning i forhold til den undervisende funksjonen da det er viktig å behandle hvert menneske og hver familie med den kunnskapen de trenger, og tilpasse undervisningen deretter.

Den undervisende funksjonen er slik vi ser det, viktig for foreldrene med barn på et hjemmesykehus. Vi mener det er avgjørende at foreldrene får spesifikk undervisning i hvert enkelt tilfelle før de reiser hjem. Det må legges til rette undervisning etter hva den enkelte forelder føler seg utrygg i, for eksempel utstyr, sykdom eller annet, slik at de opplever at de kan være trygge i hjemme. Sørensen (2006) viser i sin sluttrapport at foreldrene fikk et større ansvar i forhold til sine barn og ble bedre til å se endringer/symptomer i forhold til sitt barn når de var hjemme. Det støttes av Bergstedt (1999) som sier at det er en forutsetning at foreldrene ønsker å være hjemme, for at de skal kunne være hjemme med deres syke barn. Hun sier videre at foreldrene vil få en

mer aktiv rolle i å passe sine barn og at de derfor må ha informasjon om medisin og behandling. Slik vi ser det må foreldrene ha god undervisning før de reiser hjem. Hvis ikke vil man kunne oppleve at foreldrene ikke forstår eller ikke ser symptomene på deres barn og derfor bli utrygge. Det vil også være viktig å sette av tid når foreldrene kommer hjem slik at det er mulighet til å undervise de i utstyr eller andre ting de føler de trenger ytterligere undervisning i.

Når vi hospiterte besøkte vi en pasient som hadde fått ileostomi. Foreldrene hadde fått undervisning i hvordan man steller en stomi og hvilke observasjoner man skal gjøre når de var på sykehuset. De følte seg utrygge på dette når de kom hjem og ville at sykepleieren skulle undervise i stomiskift og gå gjennom viktige observasjoner en gang til. Her ser vi hvor viktig den undervisende funksjonen innen sykepleie er i forhold til å skape trygghet. Vi henviser til punkt 3.7, om empowerment, hvor vi påpeker viktigheten med å ikke overføre for mye ansvar til foreldrene. Slik vi ser det kan foreldrene lett føle at det blir satt krav til dem om hva de skal gjøre og hvor mye de må kunne. Det blir da viktig som sykepleier å presisere at undervisningen er for at de skal kunne forstå sykdommen til sitt barn bedre, ikke for at de blir pålagt å for eksempel gjennomføre stomiskift.

4.8 Veiledende funksjon

Veiledning er en form for kvalifisering, utdanningsprosess, profesjonell læringsprosess, og et middel i empowermentprosessen. Veiledning innen sykepleie har som mål å gi økt trygghet, økt evne til å tro på seg selv og gi økt kompetanse. Veiledning skal være med på å øke kvaliteten på sykepleien (Tveiten, 2007).

Veiledning til foreldre skal ta utgangspunkt i deres egne ressurser og behov for støtte slik at de kan stole på egen betydning, intuisjon, og følelser i forhold til barna. Foreldre er pårørende til barn, og hvis man ser på sykepleie med et helhetssyn, og ser på foreldre og barn som ett, så blir foreldrene en målgruppe for sykepleie (Tveiten, 2007). Det er viktig å møte foreldrene der de er. Hva er de opptatt av? Hva tenker de? Hva føler de? Hva har de behov for? Videre kan man vurdere hvordan man som sykepleier best kan

veilede i forhold til å være foreldre til syke barn. Hensikten med veiledning av foreldre er å styrke deres kompetanse og legge til rette for et godt samspill med barna sine. Det er viktig å ikke ”kjøre over” foreldrene. Som sykepleiere er det vi som er ”eksperter” på vårt fagområde, men det er foreldrene som er eksperter på sine barn (ibid).

Slik vi ser det blir det viktig å oppnå et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og foreldrene i forhold til å kunne veilede dem. Travelbee skriver i sin bok, *Mellommenneskelige forhold i sykepleien* (1999), om fem interaksjonsfaser som vi har nevnt tidligere i oppgaven. Det siste punktet handler om å oppnå gjensidig forståelse og kontakt. Slik vi tolker det er dette grunnleggende for å kunne veilede foreldre til syke barn. Man kan tenke seg at uten denne gjensidige forståelsen blir det vanskelig å vite hva foreldrene trenger veiledning på, og for foreldrene blir det kanskje vanskelig å fortelle sykepleieren hva de lurer på. Dette gir sykepleieren en utfordring der sykepleieren lett kan overkjøre foreldrene på bakgrunn av mangel på gjensidig forståelse og kontakt, ikke vet hvilke ressurser foreldrene har og hva de trenger veiledning på. Veiledning skal som nevnt over være med på å skape trygghet og slik vi tolker det kan manglende gjensidige forståelsen føre til utrygghet siden foreldrene ikke blir veiledet godt nok.

4.9 Oppfølging

Vi ser at oppfølging et viktig moment for å trygge foreldrene. Med oppfølging mener vi primær sykepleie, holde avtaler, være tilgjengelig, ha kontinuitet i behandlingen (legekontakt) og eventuelt møte barnet og deres foreldre hvis de må inn igjen til sykehuset av forskjellige årsaker.

Toften (2008) mener det er viktig at pasientene har minst mulig personal å forholde seg til. Hun har hatt intervjuer med foreldre som føler at de må fortelle mange forskjellige helsepersonell om deres barns diagnose og behandling. De uttrykker at de ønsker færrest mulig mennesker å forholde seg til. I forhold til oppfølging ser vi også utfordringen ved at det er mange forskjellige som er innom familien og at de da kan føle seg utrygge. Ved at de har de samme menneskene som kommer til de igjen, vil gi de

trygghet fordi de kjenner dem. Vi opplever at dette handler om oppfølging. Det å bruke primærsykepleier og primærlege ser vi på som et viktig tiltak for å kunne gi god oppfølging. Da har man en til to sykepleiere som kjenner pasienten spesielt godt, er hos pasienten ofte og som kan ha ansvaret for oppfølgingen. Utfordringen ved at det blir en sykepleier som tilstedighet er hos pasienten er at man kan se seg ”blind” på pasienten. Det kan også være vanskeligere å kunne se de små forandringene hvis du er hos pasienten hver dag. Allikevel tror vi at med primærsykepleier og at andre sykepleiere kommer og gjør observasjoner, kan man få til en god kombinasjon og dermed fortsatt holde et kritisk blikk på barnets helsetilstand.

Vi opplevde at det kunne være en del tidsforskyvninger på dagsplanen, i forhold til klokkeslettet pasientene skulle få hjemmesykehuset på besøk. Altså ble flere foreldre ringt til for å endre på en allerede avtalt time. Slik vi ser det kan dette være med på å skape litt forvirring og utrygghet i forholdet til hjemmesykehus. Vi ser nødvendigheten i at det ble forskyvet på tider også, men ser at det kan uroe foreldrene.

I forhold til tilgjengelighet så var det ene hjemmesykehuset vi var hos åpne fra 07:00 til 23:00. De hadde ingen vaktordning på natt. Dette var de veldig klare på når de informerte foreldrene om overflytting til hjemmesykehuset. Det betyr at i forhold til å være inne på sykehuset, som er alternativet til hjemmesykehus, har foreldrene alene ansvar for barnet på natt. Dette tror vi kan skape utrygghet hos foreldrene. Foreldrene ble grundig satt inn i situasjonen i forhold til rutinene og hadde mulighet til å avstå å bli innlagt på et hjemmesykehus hvis de opplevde dette som utrygt, og bedt om å ringe 113 hvis det skulle være noe akutt på natten.

Begge hjemmesykehusene hadde telefon tilgjengelig. Det ene hadde tilgjengelighet fra 07:00 til 23:00 mens det andre hadde hele døgnet. I SABH (2002) sin undersøkelse er det flere foreldre som kommenterer at de synes det er veldig godt å kunne ringe noen å stille spørsmål hvis de lurer på noe. De kan også ringe og be om et ekstra tilsyn hvis de føler at de trenger det. Vi tror det er med på å øke tryggheten ved å vite at hjemmesykehuset bare er en telefonsamtale unna.

Det hender også at barnet må inn igjen til sykehus. Er det noe som haster blir barnet hentet i ambulanse eller det kan bli avtalt på besøket at man ønsker barnet inn på sykehuset for nærmere overvåkning. I sist nevnte tilfelle reiser foreldrene og barn inn selv. Å bli innlagt på avdelingen igjen kan, slik vi ser det, oppleves som utrygt for foreldrene. Da tror vi at det er viktig at sykepleieren/legen som bestemmer at barnet må tilbake til sykehus møter barn og foreldre på mottak. Dette for å gi en god oppfølging. Vi tror at det å møte foreldrene og barnet på mottak vil kunne være trygt for foreldrene. Dette fordi de har med seg en sykepleier som kjenner de til å gjøre rede for, i sammen med foreldrene hvordan barnet har hatt det og hva som er utfordringen nå. Hvis ikke sykepleieren er med kan man tenke seg at foreldrene står i mottak alene og er bekymret for barnet. Vi tror da at når de i tillegg må forholde seg til nye mennesker forsterkes den utryggheten.

Det siste vi vil trekke inn i forhold til oppfølging er legekontakten. I undersøkelsen til SABH (2002) nevner også foreldrene at det er viktig med legekontakt. Det er flere måter å ha legekontakt på i et hjemmesykehus. Man kan diskutere på telefonen med lege eller legen kan delta på hjemmebesøk. Slik vi erfarte det var begge disse metodene brukt. Vi tror at det er viktig at foreldrene føler at det også er en lege som følger deres barns utvikling. Det skal slik vi ser det være lavterskel for å ta med seg legen ut. Vi så også at man brukte et kamera for å ta bilder. Eksempelvis kan man ta bilder av et sår, slik at man kunne vise dette til legen på visitt og diskutere med de hva man skulle gjøre videre. Vi tror at selv om man har mye teknologi, blir det viktig og oppleves som trygt at lege er med ut til hjemmet med jevne mellomrom.

4.10 Kompetanse

Definisjon på kunnskap i Bokmålsordboka (2005) er det å ha kjennskap til, innsikt i eller viten om noe. I denne delen av oppgaven tenker vi på kunnskap i forhold til kompetanse.

Kvåle (1999) går inn på dette i sin studie som omhandler hva pasientene mener er god omsorg. Pasientene i Kvåle (1999) sin undersøkelse sier at det de opplever som god

omsorg er at sykepleieren er teknisk dyktige. Pasientene opplever det som viktigst at sykepleieren vet hvordan de skal gjøre prosedyrer. Mens sykepleierne på den andre siden trodde at det viktigste for pasienten, var at de lyttet. Dette støttes også av undersøkelsen gjort av Toften (2008) som i sine intervjuer henviser til foreldre som mener at det å kunne praktisere prosedyrer var de viktigste for dem som foreldre. De mente at nøkkelordene for å gi god sykepleie til et barn hjemme var å ha kompetanse og kontinuitet. I SABH sin brukerundersøkelse kommenterer også foreldrene at de synes det er viktig med presise prosedyrer slik at de føler seg trygge.

Travelbee (1999) sier noe om det å kunne gjøre rede for sine valg. Hun snakker om intellektuell tilnærming til problemløsning og mener dette er viktig. Med en intellektuell tilnærming til problemet mener Travelbee det å tenke logisk. Evnen å ta i bruk den kunnskapen man har lært gjennom skolegangen for å bli sykepleier, i møte med omsorg for andre. Dette baserer seg på logisk tenkning. Å greie å omsette det man har lært i teorien og ut i praksis, for å ivareta sykepleiebehov hos den enkelte, familien eller samfunnet. Travelbee (1999) mener at ved bruk av intellektuell tilnærming er man som sykepleier i bedre stand til å identifisere og møte enkeltpersoners og familiers behov. Slik vi ser det må man kunne begrunne valgene man tar, å gi riktig informasjon til foreldrene og barna deres. Hvis man ikke har kompetanse kan man gjøre foreldrene utrygge.

Vi mener at det er viktig å ha teknisk dyktighet i forhold til sykepleiehandlinger, observasjoner og prosedyrer i et hjemmesykehus. Der vi har hospitert hadde de ”team” innenfor forskjellige kompetanseområder. Det ble fordelt pasienter ut fra hva de enkelte sykepleierne hadde mye kunnskap om. Dette ser vi på som god kvalitet, men ser også utfordringer ved å velge en slik modell. Ved å ha en ulik spesialisering så ville man kunne ha et høyt kompetansenivå på et bredt spekter innenfor avdelingen, noe som er veldig positivt. I mindre avdelinger ser vi utfordringen ved at noen blir veldig gode på et tema og at man kan bli sårbar hvis disse blir for eksempel syke. Da vil man eksempelvis kunne ha sykepleiere som ikke har hatt ansvaret for et prematurfødt barn på lang tid.

5.0 Konklusjon

Vi tror det er mulig å jobbe slik at foreldrene kan føle seg trygge. En av faktorene vi har rettet fokus mot er overgangen fra sykehus til hjemmesykehus. Ved en god overgang vil foreldrene bli informert om hva det innebærer å være innlagt på et hjemmesykehus, samt at deres forventninger blir snakket om slik at det står i samsvar med det hjemmesykehuset kan tilby. Det å ha fokus på kommunikasjonen mellom sykepleiere, mener vi også er viktig da det kan oppleves som utrygt at ikke sykepleierne er ”oppdatert” på deres barn. Oppfølging av de foreldrene som føler det utrygt etter at de har kommet hjem er også et tiltak, da det kan oppleves som utrygt å komme hjem, og man ikke har tilgang på sykepleiere hele tiden, utenom telefonkontakt. Informasjonen man gir er viktig, men også at man lytter aktivt til foreldrene slik at de opplever å bli hørt. Den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen er også sentral i det å trygge foreldrene og dette er noe man må gjøre gjennom hele oppholdet i hjemmesykehus. Vi ser også at empowerment står sentralt, da foreldrene i gjennom empowerment får økt sin medvirkning og dermed vil føle seg tryggere. Kompetanse er også noe som vi anser som viktig fordi vi gjennom studien vår ser at det er noe foreldrene setter veldig høyt i forhold til å føle seg trygge.

Ut ifra disse punktene tror vi at foreldrene vil kunne føle seg trygge hjemme selv om de har med-ansvaret for et barn som fortsatt er innlagt på sykehus.

Vi ser at det kunne videre vært spennende og se på om hvordan foreldrene ville ha rangert disse tiltakene og om det var andre tiltak som også skulle vært belyst. Dette kunne kanskje bli en masteroppgave senere.

6.0 Etterord

Vi har hatt et stort læringsutbytte ved å jobbe med denne oppgaven. Vi har beveget oss inn på et område som er nytt og under utvikling, noe som har gjort det ekstra spennende og interessant. Vi har lært om hva et hjemmesykehus er, både i forhold til organisering og direkte pasient- og foreldre kontakt. Å skrive en så stor oppgave er noe nytt for oss, og vi har lært mye under prosessen. Spesielt med tanke på oppgaveskriving. Vi har sett viktigheten i å disponere tiden godt, slik at man kan få en eller flere til å lese gjennom oppgaven før den leveres. Vi har sett at det er lett å ”se seg blind” i en slik oppgave, derfor syns vi det har vært til stor hjelp at andre har lest gjennom og kommentert det dem syns var uforståelig. Videre ser vi at vi kunne avgrenset oppgaven mer, eller hatt en ”smalere” problemstilling. Det er mye vi kunne hatt med i denne oppgaven som ikke er tatt med på grunn av oppgavens omfang.

7.0 Litteraturliste

Bokmålsordboka og Nynorskordboka, (2005). [Online] URL: <http://www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html> (03.10.10).*

Brinchmann, Berit Støre. (2002). *Bære hverandres byrder – pårørende i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.*

Bergstedt, Eva. (1999). Svært sjuka barn får vård i hemmet. Bättre livskvalitet för hela hela familjen. *Läkertidningen*. Volum 96. NR 30-31. S. 3352-3354.*

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fossum, Bjöörn. (2007.) *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.*

Trond Markestad og Grønseth, Randi. (2005). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hallström, Inger m.flere (2002). Observed parental needs during their child`s hospitalization.I: *Journal of Pediatric Nursing*. Vol 17, No 2 (April). S 140-148.*

Kirkevold, Marit .(2008). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk*

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) (2005b). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A., (red.) (2005c). *Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvåle, Kirsti (1999). Pasienten vil ha teknisk dyktighet – sykepleieren vil lytte.
I: *Tidsskriften sykepleieren*. 10/1999. s.60-64.*
- Lind, Mette Strømfeldt (2009) Sykepleje til et teknologiafhængig barn i hjemmet.
I: *Sykeplejersken*. 3/2009. s.44-48.*
- Lov om helsepersonell (1999) *Taushetsplikt og opplysningsrett*. [Online]. Lovdata.
URL:<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=taushetsplikt%20for%20helsepersonell&> (05.08.10)*
- Melø, Jacob (1985): *Om å forstå det andre gjør*. Notater i vitenskapsteori. Tre artikler.
Universitet i Tromsø.*
- Nortvedt, Monica W. m.fl. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleier*. Oslo: Norsk sykepleieforbund (Bryne Offset AS)*
- SABH: Sjukhusansluten Avancerad Barnsjukvård i Hemmet [online].
URL:<http://www.sabh.nu/> (26.05.2010)*
- SABH (2002). Sjukhusansluten Avancerad Barnsjukvård i Hemmet. *Patientenkäter*.
[online]URL:http://www.sabh.nu/pdf/kvalitet/SABH_patenkat02.pdf
(05.08.2010).*
- Segesten, Kerstin.(1994). *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*.
Gøteborg: Segesten Forlag.*
- Toften, Irene. (2008). *Spesialisthelsetjeneste ved kjøkkenbordet, mulighet eller utopi? : om hjemmebesøk som alternativ til innleggelse på sykehus*. [online].
Nasjonalbiblioteket URL: http://brage.bibsys.no/hibo/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_8111 (08.09.2010)*
- Toften, Irene. (2010). *Syke barn har det best hjemme*. [online].
URL:http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=333024 (27.09.2010)*

- Sørensen, Hanne m.fl. (2006). *Distriktspædiatri – indlagt i eget hjem*. [online].
URL:http://www.hillerodhospital.dk/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=0&page_id=61960&query=indlagt&SCOPE=www.hillerodhospital.dk&hiword=INDLAG%20INDLAGDE%20INDLAGE%20INDLAGTE%20INDLAGTES%20INDLAGTI%20indlagt*
- Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. [online]
URL:http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008100804021#&struct=DIV40 (01.11.2010)*
- Tveiten, Sidsel (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*.
Bergen : Fagbokforlaget*
- Tveiten, Sidsel (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...-: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen : Fagbokforlaget. *
- Ullevål universitetssykehus (2009). *Avansert hjemmesykehus for barn*. [online]. URL:
http://www.ulleva.no/modules/module_123/news_template_avdeling.asp?iCategoryId=974&mids (10.10.2010) *
- Ullevål universitetssykehus (2009). *Hjemmesykehuset ett år*. [online]. URL:
http://www.ulleva.no/modules/module_123/proxy.asp?iInfoId=26892&iCategoryId=460&iDisplayType=2 (10. 10.2010) *
- Vifladdt, Egon H. og Liv Hopen (2004). *Helsepedagogikk- samhandling om læring og Mestring*. Valdres: Valdres trykkeri. *
- Wadel, Cato (1991). *Feltarbeid i egen kultur*.
Seek A/S *

Vedlegg 1

PICO – modellen

Problemstilling	Hvordan skape trygghet hos foreldre som har barn innlagt på hjemmesykehus?
-----------------	--

Pasient/Problem	Hvilke pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om.	Foreldre med barn innlagt på et hjemmesykehus
Intervensjon	Hvilken tiltak?	Trygghet

Comparison	Sammenligne to typer tiltak?	Nei
Outcome	Hvilke endepunkter er vi interessert i?	Blir de trygge?

Kjernespørsmål: Hvordan	Aktuelle databaser: Evidence Based Nursing Chinal Medline SveMed+
-------------------------	---

Person/pasient/problem	Intervensjon/eksponering	Sammenligning	Utfall
Foreldre	Trygghet		Trygge
Parents	Kommunikasjon		Utrygge
Hospital	Sykepleier		

Home	Ferdigheter		
Hjemmesykehus	Veiledning		
Hjemmesbesøk	Empowerment		
Syke barn	Undervisning		
Sick children	Helepedagogikk		
Hemsjukvård			