

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag

Camilla Olsen og Elisabeth Bratlie

Veileder: Marianne Reinfjell Carlsson

## Bacheloroppgave i sykepleie

Å skape en god relasjon til kreftsyke barn og  
deres foreldre

To build a relation with pediatric cancer patients and  
their parents

Antall ord: 12 113

BASY2015

2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA x NEI

*Tenk deg at du er åtte år og har kreft. Sykehusets korridorer og rom kommuniserer sykdom. Du føler deg nesten i ett med sykdommen. Du har fått en rolle, pasientrollen, der din mest fremtredende egenskap er at du er syk i et organ, og du er i hendene på dem som er spesialister på dette organet. Det eneste de snakker om, er sykdom. Det du kan og er fra før, teller ikke lenger.*

*Tenk deg en gang til at du er åtte år og har kreft. Sykehusets korridorer er lys og fargerik. For øyeblikket er den fylt med musikk; de spiller din yndlingssang, til ære for deg. Du tråkker bortover på trehjuls sykkel med infusjonspumpe på og sier hei til sykepleierne, legene og musikkterapeuten. Du gleder deg til senere i dag, for etter skolen skal du og sykepleieren din bake en kake, du får nemlig besøk av bestevennen din.*

(Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 118)

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Mellom 2005 og 2014 var det 1281 nye tilfeller av kreft hos barn. Omtrent 140 barn i Norge får kreft hvert år. Oppgaven er rettet mot hvordan vi kan skape en god relasjon til disse barna og deres foreldre under en sykehusinnleggelse.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse viktige faktorer for å skape en god relasjon til kreftsyke barn og deres foreldre.

**Metode:** Metoden er en litteraturstudie hvor vi systematisk identifiserer, vurderer og velger ut forskning, litteratur og praksiserfaring som er relevant for våres hensikt.

**Resultat:** Når sykepleiere møter barn under en sykehusinnleggelse må de møtes på sitt nivå, vi må være bevisst på våres holdning og hvordan vi ordlegger oss. For at en god relasjon og en trygg omgivelse skal skapes for barnet, må foreldrene også ivaretas. Når det er kontinuitet i helsepersonellet føler barnet og foreldrene seg trygge og det er lettere å bli kjent med de som individer, noe de verdsetter høyt. Lek er en svært viktig del av kommunikasjon med barn, og er en god måte å skape en relasjon på.

**Konklusjon:** For å skape en god relasjon med barn er det viktig at sykepleier har kunnskap om utviklingsnivå og kommunikasjonsmetoder. Barnet setter pris på en vennlig sykepleier, som tar seg tid til å bli kjent med deg som person og ikke bare enda et barn med en kreftsykdom. De aller fleste barn verdsetter en morsom sykepleier som vil være med å leke. Dette er også en god kommunikasjonsmåte, og barn har lett for å åpne seg under lek. Leken er sykepleierens språk i sykepleie til barn.

**Nøkkelord:** Relasjon, kreftsyke barn, foreldre, lek, sykepleier, informasjon, kommunikasjon

# Innhold

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>4</b>
<b>INNHold.....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>7</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE .....	8
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	8
1.3 AVGRENSING .....	9
<b>2. METODE.....</b>	<b>10</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	10
2.2 INKLUSJONS OG EKSKLUSJONS KRITERIER .....	10
2.3 DATASAMLING .....	11
2.4 KVALITETSSIKRING .....	12
<b>3. RESULTAT.....</b>	<b>13</b>
3.1 Å INKLUDERE BARN .....	13
3.2 LEK .....	13
3.3 KOMMUNIKASJON MED FORELDRE.....	14
3.4 ET BARNs SYN PÅ EN GOD SYKEPLEIER.....	15
<b>4. TEORIBAKGRUNN.....</b>	<b>17</b>
4.1 JOYCE TRAVELBEE .....	17
4.2 KREFTSYKE BARN PÅ SYKEHUS .....	20
4.3 Å VÆRE FORELDRE TIL ET BARN PÅ SYKEHUS.....	21
4.4 PROFESJONELL KOMMUNIKASJON .....	22
4.5 RELASJON .....	23
4.6 UTVIKLINGS STADIER .....	24
<b>5. DRØFTING .....</b>	<b>26</b>
5.1 SYKEPLEIERNs FØRSTE MØTE MED BARN OG FORELDRE .....	26
5.2 LEKENS BETYNING I SYKEPLEIE TIL BARN .....	31
5.3 BETYDNINGEN AV KONTINUIETET I HELSEPERSONELL .....	34
<b>6. KONKLUSJON .....</b>	<b>38</b>

7.	LITTERATURLISTE .....	40
8.	VEDLEGG.....	43

# 1. Innledning

Kreftregisteret viser at av alle krefttilfeller i den norske befolkningen er 0,5% av de som rammes, barn under 15 år. Mellom 2005 og 2014 var det 1281 nye tilfeller av kreft hos barn. Omtrent 140 barn i Norge får kreft hvert år. De største sykdomsgruppene av kreft hos barn er leukemi, svulster i sentralnervesystemet og lymfomer (Kreftregisteret, s.a).

Når et barn må på sykehus er det en stor omveltning for det syke barnet og familien. Et sykehusopphold innebærer en atskillelse fra det vante miljø. Fremmede rutiner og møte med ukjente gjør det utfordrende. Barna må også i de fleste tilfeller forholde seg til smerte og ubehag. For kreftsyke barn som ofte må tilbringe mye tid på sykehuset kan lengselen etter resten av familien, venner og skole eller barnehage være stor og ofte kan de føle at de mister tilhørigheten fordi de ikke kan være med på alt de jevnaldrende barna opplever. I denne perioden er det avgjørende at barnet har foreldre som støtter dem. Å være foreldre til et sykt barn som er innlagt på sykehus er også praktisk og følelsesmessig utfordrende og vondt. De har sin egen engstelse for barnet, og sykdommen kan gi sterke inntrykk som påvirker dem. Samtidig kreves det innlevelse med barnet, og kapasitet til å støtte og trøste. I tillegg til dette må foreldrene være barnets største støttepersoner. Ofte har de flere barn, og det kan være en utfordring og en psykisk belastning å føle at man ikke strekker til hos de andre barna (Regjeringen, s.a).

Temaet vi har valgt for denne litteraturstudien er hvordan vi som sykepleiere kan skape en god relasjon til kreftsyke barn og deres foreldre under et sykehusopphold. En av oss har praksiserfaring fra en barneavdeling, og etter å ha delt erfaring fra dette syns vi det er et interessant tema som er relevant for en sykepleier. Antallet kreftsyke barn innlagt på sykehus pr. år er på 0.5% (Kreftregisteret, s.a), dette er et forholdsvis lavt tall. De barna som får en kreftdiagnose og som legges inn i sykehus trenger trygghet og å føle seg sett i den vanskelige og meningsløse situasjonen de er i.

Gjennom hele oppgaven legger vi vekt på god kommunikasjon mellom sykepleier, barnet selv og foreldrene, og hvor viktig dette er at barnet skal føle seg trygg og føle at det blir sett. Vi ser på lek som en relevant og viktig kommunikasjonsmetode, for å komme nærmere inn på barnet slik at det er mulig å skape en relasjon. Forskning viser at å skape en god relasjon

mellom sykepleiere og barnet/foreldrene som strekker seg over en lengre periode, effektiviserer kommunikasjonen og gjør barnet tryggere. Dette gjør også foreldrene tryggere, som igjen har en positiv innvirkning på barnet (Hauer, Poplock & Armsby, 2017). Barn har også rett på å bli aktivisert under et sykehusopphold. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-3) har barn rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så langt dette er forsvarlig ut fra barnets helsetilstand. Pasient- og brukerrettighetsloven sier også noe om rett til undervisning, barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringsloven (1999, § 6-4).

## 1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Temaet vi har valgt for denne litteraturstudien er hvordan vi som sykepleiere kan skape en god relasjon til kreftsyke barn og deres foreldre under et sykehusopphold. Vi har valgt å fokusere på barn i alderen 4-12 år. Vi har gjennom studiet hatt lite undervisning om sykepleie til barn og barn generelt, men en av oss har praksiserfaring fra en barneavdeling. Når vi skulle velge tema for bachelor, diskuterte vi rundt dette med sykepleie til barn og delte både private erfaringer og praksiserfaringer med hverandre. Etterhvert kom vi frem til at dette er et viktig og aktuelt tema, som vi ønsket å få bredere kunnskap om. Vi leser om og hører stadig oftere om kreft. Vi som sykepleiere vil kanskje daglig møte mennesker med kreft, og sjansen for å møte kreftsyke barn og deres foreldre på en barneavdeling er stor. Sykepleie til barn med kreft kan by på flere utfordringer, i forhold til at barn har helt andre behov enn voksne. Når et barn legges inn i sykehus, er foreldrene helsepersonellens viktigste samarbeidspartner, ved at de kjenner behovet til sitt eget barn aller best. I vår litteraturstudie har vi valgt å ha fokus på barn, foreldre og sykepleiere, for å få et helhetlig bilde av hva som skaper trygghet og en god relasjon under et sykehusopphold både for barn og foreldre.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

“Hvordan kan sykepleiere skape god relasjon til kreftsyke barn og foreldre ved sykehusinnleggelse?”



### 1.3 Avgrensing

I dette litteraturstudiet har vi valgt å fokusere på barn i alderen 4-12 år, uten noen spesifikk kreftdiagnose da oppgaven handler om hvordan vi kan skape en god relasjon og ikke om selve diagnosen. Vi har heller ikke valgt å fokusere på behandling eller bivirkninger, annet enn at det er naturlig å trekke inn hvordan vi som sykepleiere må legge til rette for aktivitet og lek ut ifra barnets helsetilstand. Vi har tatt utgangspunkt i at barna kommer fra et sykehus hvor de har fått behandling og til et lokalsykehus for oppfølging, dette er også en av grunnene for at vi ikke legger vekt på selve kreftbehandlingen. Når barn er innlagt på sykehus er alltid foreldrene til stede, og mye av kommunikasjonen og tryggheten hos barn skapes gjennom en god relasjon til foreldrene. Foreldre er derfor inkludert i oppgaven, men vi har ikke valgt å fokusere noe på søsken. Vi går ikke så veldig nøye inn på relasjon og forhold mellom barn og foreldre, men vi nevner det underveis.

Når vi underveis bruker ordet “sykepleier”, tar vi utgangspunkt i at dette er en sykepleier med grunnutdanning som ikke har videreutdanning i barnesykepleie.

## 2. Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til vår litteraturstudie (Dalland, 2013, s.112). Dalland (2013, s.111) definerer metode slik: *“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.”*

Dalland (2017) skiller mellom to ulike metoder, kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir oss data i målbare enheter, og tallene gir muligheter til å foreta regneoperasjoner. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til bedre forståelse, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017, s. 52). Vi har i våres oppgave valgt å bruke forskningsartikler på grunnlag av kvalitativ forskning da vi er ute etter erfaringer og opplevelser for å besvare våres oppgave, og fordi det er vanskelig å tallfeste svar på vår problemstilling.

### 2.2 Inklusjons og eksklusjons kriterier

Vi har gått nøye gjennom både inklusjons og eksklusjonskriterier når vi skulle finne forskningsartikler for å finne ut hva vi var på utkikk etter, og hva som ikke var så relevant for vår litteraturstudie. Vi har valgt å inkludere artikler som omhandler barn mellom 4-12 år, barn som er innlagt i sykehus, forskningsartikler nyere enn 2009, artikler som omhandler barn med kreft, artikler som sier noe om foreldrenes syn på sitt kreftsyke barn, og barnas eget syn på sykepleiere og en sykehusinnleggelse.

Vi har ekskludert artikler hvor barna ikke var innlagt i sykehus, artikler hvor barna var i en palliativ fase, artikler eldre enn ti år, barn/ungdom eldre enn 12 år, og artikler som omhandlet kun kreftdiagnoser.

## 2.3 Datasamling

I dette kapittelet vil vi presentere vår fremgangsmåte for våre artikkelfunn. Vi startet vår datainnsamling med å plukke ut nøkkelordene i vår problemstilling, for å finne søkeord knyttet til vårt tema og problemstilling, og som var relevant til videre søk etter forskningsartikler. Vi satte deretter de ulike søkeordene inn i et PICO skjema (Vedlegg 1). Vi foretok et prøvesøk i ulike databaser som Swemed+, uptodate, Chinal og cochrane library fordi vi er kjent med disse databasene fra tidligere. De søkeordene vi hadde valgt å benytte oss av, ga oss enormt mange treff i de forskjellige databasene, og vi måtte derfor systematisere søkeordene og de ulike databasene. Vi satt oss ned sammen for å se nøyere på vår problemstilling som på daværende tidspunkt var: “Hvordan kan vi som sykepleiere på best mulig måte ivareta barn og pårørende i barnets palliative fase?”. Vi fikk mange treff på forskningsartikler som inneholdt de søkeordene vi anvendte, men ingen som ga oss noen gode og konkrete svar på vår problemstilling. Vi bestemte oss derfor for å finne en annen problemstilling som var mer konkret, og som ville gjøre det enklere for oss å finne gode forskningsartikler.

Etter at vi kom frem til problemstillingen “Hvordan kan sykepleiere skape god relasjon til kreftsyke barn og foreldre ved sykehusinnleggelse?”, plukket vi igjen ut nøkkelordene i problemstillingen, og satte de inn i et nytt PICO skjema (Vedlegg 2). Vi fortsatte å søke i de samme databasene vi hadde gjort tidligere, men vi fikk igjen mange treff, og lite artikler vi anså som relevante for å finne svar på vår problemstilling. Vi bestemte oss derfor for å lete etter forskning i databasene Chinal og Swemed+, da vi synes disse databasene er mest oversiktlig og lettere å søke i enn de andre databasene. Søkene vi gjorde i Swemed+ ga oss noen interessante artikler, men disse var ikke relevante for å finne svar på vår problemstilling. Derfor avsluttet vi søket også i denne databasen, og konsentrerte oss kun om Chinal.

For å finne gode engelske søkeord gikk vi inn i helsebiblioteket og søkte i MeSH termer. MeSh gir oss også synonymer som har blitt brukt i forskningsartikler, og som ga oss tips til søkeord vi kunne benytte oss av. Vi skrev da inn søkeordet på norsk, og fikk forslag til engelske søkeord for å finne flere og bedre treff i databasen. Underveis i søkeprosessen bestemte vi oss for å inkludere artikler eldre enn det vi hadde satt som inklusjonskriterier.

Dette valgte vi å gjøre for å få et større utvalg av artikler. Vi benyttet oss også av hjelpeordet “AND” i søkeprosessen, for å sette sammen ulike kombinasjoner av søkeordene våre.

Når vi valgte ut artikler som vi så på som relevante, valgte vi ut fra overskriften og hva som sto i sammendraget. Først fant vi ni artikler som vi så på som relevante for vår litteraturstudie, men etter å ha lest nøye gjennom alle artiklene valgte vi å ekskludere tre av de da vi oppdaget at de ikke var så relevante likevel. I våres eksklusjonskriterier valgte vi å ekskludere forskning som omhandler den palliative fasen. Til tross for dette har vi valgt å inkludere to forskningsartikler hvor det er tatt utgangspunkt i den palliative fasen, da vi ser på disse to som relevante.

## 2.4 Kvalitetssikring

Ved valg av forskningsartikler er det viktig å stille seg kritisk til hver artikkel. Vi har tatt utgangspunkt i våres problemstilling ved valg av forskningsartikler og vurdert om artiklene er relevante for å finne svar på problemstillingen. Vi har gått igjennom og lest forskningsartiklene vi har valgt og vurdert om de inneholder de ulike faktorene vi har valgt å fokusere på.

Ved hjelp av en systematisk sjekkliste funnet på folkehelseinstituttet sin nettside for kvalitativ forskning har vi kvalitetssikret våres forskningsartikler. Folkehelseinstituttet sin sjekkliste har vi funnet gjennom høgskolens retningslinjer for bachelor eksamen i Sykepleie (Folkehelseinstituttet, 2014).

### 3. Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie er å belyse hvordan vi som sykepleiere kan skape trygghet og en god relasjon til kreftsyke barn og deres foreldre gjennom kommunikasjon. I dette kapittelet vil vi presentere funnene vi har gjort i forskningsartiklene på bakgrunn av vår problemstilling.

#### 3.1 Å inkludere barn

Singh, Raj, Paschal & Hussain (2015) sier noe om foreldres syn på å inkludere sine kreftsyke barn i samtaler om behandling, informasjon, prognose og avgjørelser. I denne undersøkelsen viser det seg at 65% av familiene som var med i studien ikke ville involvere og informere barnet om prognose av kreftsykdommen. 96% av familiene mente at barnet ikke skulle få være med på å ta noen avgjørelser om behandling, og ingen av familiene ønsket at barnet skulle få være med på å bestemme når den kurative behandlingen skulle avsluttes. 61% av familiene ville heller ikke informere barna om mulige bivirkninger av kreftbehandlingen. Studien viser videre at det er viktig at sykepleiere gir klar og tydelig informasjon, og at man legger seg på pasientens nivå slik at det som blir sagt blir forstått. Det er også viktig å forklare ut ifra pasientens behov og foreldrenes preferanser. Siden disse barna er mindreårige er det opp til foreldrene å bestemme hva slags informasjon barna skal få.

En Nederlandsk undersøkelse om kommunikasjon mellom lege, barn og pårørende viser at barn som pasient ofte blir holdt utenfor samtalen helt frem til 10-11 års alderen (Eide & Eide, 2014, s.303). Forskning sier at foreldrene tar beslutningene om behandling, men at barn burde inkluderes i samtalen om behandling og behovet for omsorg. Når barn blir involvert i disse samtalene kan det føre til redusert angst og bekymringer hos barnet da de kan få en forståelse av hva som skjer (Hauer, Poplack & Armsby,2017).

#### 3.2 Lek

I følge Korsvold (2009) har lek en sentral betydning i sykepleien til kreftsyke barn, dette kommer frem i en norsk studie gjort gjennom intervjuer med tre erfarne barnesykepleiere.

Sykepleierne legger vekt på lekens betydning for å skape en relasjon og trygghet mellom sykepleier og pasient. Lek er en kommunikasjonsmetode som i de fleste tilfeller blir brukt for å informere, forberede og avlede det syke barnet. Det er også en viktig faktor for motivasjon, og er vesentlig i barnets fysiske, sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling. Sykepleierne legger vekt på at de er opptatt av at barna skal kunne se muligheter for å leke med de begrensningene sykdommen gir. Det er gjennom lek sykepleierne kan fokusere på det friske barnet, og det er som nevnt tidligere at lek skaper tillit og trygghet. De sykepleierne som er intervjuet forteller at barnets trygghet avhenger av sykepleierens trygghet. Sykepleierens trygghet gjenspeiler seg i erfaringer, refleksjoner og en pleiekultur på den avdelingen de arbeider i. Sykepleierne belyser også viktigheten av å kunne kommunisere og få kontakt med barn. Hvis sykepleierne har en lekende holdning, får sykepleierne barnet til å føle seg sett og forstått (Korsvold, 2009).

I en annen kvalitativ forskningsstudie som omhandler betydningen av lek i sykehus, kommer det frem at barn gjennom lek blir mer komfortable i sykehus omgivelsene. De kan gjennom lek klare å uttrykke sine behov på en klarere måte. Samtidig som angsten og redselen mange av barna har, blir redusert gjennom leken. I denne studien kommer det også her frem at lek fremmer en god relasjon mellom sykepleier og barn. Lek gir barn glede, velvære og de blir mindre aggressive og usikre. Barn har også stor nytte av å leke med andre barn i samme situasjon, og ved å leke fylles de lange sykehus dagene opp med noe barn synes er gøy. Gjennom lek kan barn uttrykke følelser og behov, og stressfaktorer rundt en sykehusinnleggelse kan minimeres (Soares, Silva, Santos & Depianti, 2016, s. 1047-1051).

Det kommer frem i de artiklene som omhandler lek, at lek er satt høyt pris på av de fleste unge og at dette er viktig for barna. Barna så på den gode sykepleier som en som var morsom, og som tok seg tid til å være med de å leke og som tilbrakte tid sammen med barna. Når barn er innlagt i sykehus mister de mye av sin normale frihet og lever i et ukjent miljø, å ha det gøy hjelper dem å håndtere sin egen situasjon bedre (Brady, 2009, s. 555).

### 3.3 Kommunikasjon med foreldre

En kvalitativ forskningsstudie foretatt av Clarke og Fletcher (2003) viser at et av problemene foreldrene til kreftsyke barn brukte mest tid på å snakke om, var kommunikasjonsproblemer

mellom foreldre og helsepersonell. Hovedproblemene rundt kommunikasjon var informasjon om diagnose, motsigelser og forvirring. De følte at de ikke fikk nok informasjon, at det var både god og dårlig kommunikasjon, mange følte seg ikke hørt, og de fikk feil medisinsk informasjon. En mor fortalte at hun fikk høre forskjellige ting fra ulike personer og at alt hun ville var å få tydelig informasjon, uansett om det var gode eller dårlige nyheter. Hun ønsket at helsepersonellet hadde et bedre samarbeid, slik at informasjonen hun fikk fra de forskjellige var den samme. Det kommer også frem i studien at når foreldre følte at de ikke ble hørt eller sett, kunne dette føre til frustrasjon og sinne. Foreldrene satt også pris på at sykepleierne tok seg god tid til å snakke med dem og svare på deres spørsmål. Når sykepleierne ga uttrykk for at de skulle ta vare på foreldrene og ikke bare barnet, bidro dette til en større trygghet hos foreldrene (Clarke & Fletcher, 2003, s.180-186).

Videre viser Hauer, Poplack og Armsby (2017) at den viktigste delen når det kommer til kommunikasjon med foreldrene, er å se foreldrenes perspektiv, tanker om håp, ulike bekymringer de har som de ønsker å snakke om, og hva målet med den pågående behandlingen er.

### 3.4 Et barns syn på en god sykepleier

Det er vanskelig å definere hva en god sykepleier er. En voksen persons perspektiv på hva en god sykepleier er, kan være annerledes fra hva et barn mener. Mange barn beskrev en god sykepleier ut i fra hvordan de kommuniserte med dem. Den gode sykepleier snakket rolig, behagelig, muntert, med en snill tone og brukte ord som “sweetie pie” og “darling” når de snakket med barna. Måten sykepleierne kommuniserte med barna på, fikk dem til å føle seg spesielle og trygge. I tillegg var mange av barna svært opptatt av hygiene. De la merke til om sykepleiere ikke hadde god håndhygiene, og var redde for å bli syke fordi sykepleiere spredte bakterier. Flere barn forsto heller ikke hvordan en sykepleier som ikke tok vare på seg selv kunne ta vare på andre. Dette var noen av barna sine eksempler på hvordan de ønsket at en sykepleier ikke skulle være (Brady, 2009, s.548-552).

Det å bli sett som en person med interesser og talenter, og ikke personen med kreft satte mange barn pris på. En god sykepleier ble beskrevet som en person som fikk de til å føle seg normale og som tok seg tid til dem, ikke bare kom med medisiner og gikk igjen. En tidligere

pasient forklarte at det ikke bare var kommunikasjonen som gjorde en sykepleier flink, men at de viste interesse av å bli kjent med de som personer og familien deres. Flere barn var opptatte av at familien også skulle tas vare på og bli informert (Chantrell & Matula, 2009, s.306-307).



## 4. Teoribakgrunn

### 4.1 Joyce Travelbee

I sin sykepleieteori, legger Joyce Travelbee vekt på sykepleierens mellommenneskelige aspekter. Travelbee hevder i Kristoffersen (2015) at man må forstå hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan denne interaksjonen kan oppleves, og hvilken betydning dette har for å kunne forstå hva sykepleie er og bør være. Hun sier noe om etableringen av et menneske-til-menneske forhold, og hvor viktig kommunikasjon er.

#### **Kommunikasjon:**

Et av de viktigste redskapene til en sykepleier er kommunikasjon, og dette danner grunnlaget for å etablere et godt menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen, 2015, s. 221-222). Kommunikasjon foregår når mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre, og skjer både verbalt og non-verbalt. Kommunikasjon er nøkkelen for å kunne bli godt kjent med pasienten, og sykepleieren må kunne klare å skille mellom sine egne og pasientens behov, og ikke overføre sine egne behov på pasienten. For å kunne planlegge og utføre sykepleien i samsvar med pasienten sitt behov, er det vesentlig å bli kjent med pasienten og identifisere dens behov. Travelbee i Kristoffersen (2015) mener at det å lære den syke personen å kjenne er en like nødvendig sykepleieaktivitet som det å utføre ulike prosedyrer eller sørge for fysisk omsorg. Hun sier også at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient står helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov. Videre beskriver hun kommunikasjonsferdigheter og teknikker som sykepleiere må arbeide med å utvikle. Teknikkene kan være verdifulle når man vil oppnå bestemte hensikter eller resultater, men de fører ikke automatisk til et godt kontaktforhold. Det er viktigere å være fortrolig med sine metoder, vite hvorfor man bruker dem og hva man ønsker å oppnå enn å velge bestemte teknikker (Kristoffersen, 2015, s. 221-222).

Travelbee hevder at kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med

sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 2014, s.135)

### **Etablering av et menneske-til-menneske forhold:**

Hvis sykepleieren skal oppnå sitt mål og hensikt, er det vesentlig at dette foregår gjennom etableringen av et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen, 2015, s. 219). Et slikt forhold kan kun etableres mellom personer, og det er derfor avgjørende at sykepleier og pasient kommer over det stadiet hvor de ser på hverandre som ulike roller. Hun mener at for å kunne oppnå et slikt forhold, må man ut av det stadiet hvor man ser på hverandre som ulike roller, og inn i det stadiet hvor de på alvor ser hverandre, og der de forholder seg til hverandre som unike personer. I følge Travelbee skal forholdet etableres gjennom en interaksjonsprosess som består av flere faser. Disse fasene består av det innledende møte, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2015, s. 219).

### **Det innledende møte:**

Det første møtet bærer preg av at sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre fra før. Sykepleieren forholder seg til pasienten som en hvilken som helst annen pasient, og pasienten forholder seg til sykepleieren ut ifra ulike forventninger og oppfatninger en har til sykepleiere generelt (Travelbee, 2014, s.186). I det første møtet får begge parter et førsteinntrykk av hverandre, som er basert på ulike observasjoner av hverandres væremåte og handlinger. Her kan utfordringen til sykepleier være å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten, og se pasienten slik den er som person. Travelbee i Kristoffersen (2015) sier at hvis sykepleieren mangler evnen til å se menneske i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overfladisk og mekanisk (Kristoffersen, 2015, s.220).

### **Fremvekst av identitet:**

Etterhvert som interaksjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg, vil begge parter identitet komme frem og bli oppfattet av den andre. Dette gjør at de kan etablere et kontaktforhold. Nå begynner sykepleieren og oppfatte pasienten som forskjellig fra andre pasienter, samtidig som sykepleieren får en forståelse av hvordan akkurat denne pasienten opplever sin situasjon. Pasienten begynner også å oppfatte sykepleieren som en særegen person, og ser forskjellen fra andre sykepleiere (Kristoffersen, 2015, s.220).

**Empati:**

Travelbee i Kristoffersen (2015, s. 220) definerer empati som: "evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da." Empatisk forståelse gir viktig informasjon når det gjelder det å forstå pasientens indre opplevelse og ytre atferd. Når det oppstår empati mellom personer, blir forholdet mellom dem forandret, og det knyttes et bånd (Travelbee, 2014, s. 193). En slik kontakt vil forplikte sykepleieren på en særlig måte, og opplevelsen av nærhet vil også gjøre pasienten mer sårbar og utsatt. Spesielt hvis pasienten føler den har utlevert seg til sykepleieren. Når pasienten viser tillit ved å være åpen og personlig, er det viktig at sykepleieren ikke foretar seg noe som gjør at tilliten bli svekket. I følge Travelbee er ikke empati noe som oppstår tilfeldig. Hun mener at empati bygger på visse likheter i partenes erfaringsgrunnlag, og evnen til empatisk forståelse av et annet menneskes situasjon er derfor til en viss grad avhengig av likheter i erfaringsbakgrunnen. Det er utfordrende å forstå noe man selv ikke har opplevd eller kan knytte til egne erfaringer (Kristoffersen, 2015, s.220).

**Sympati:**

Sympati er et resultat av den empatiske prosessen. I følge Travelbee er empati en nøytral forståelse som ikke er knyttet til handling eller til et ønske om å gjøre noe, mens sympati handler nettopp om et ønske om å hjelpe pasienten. Travelbee sier at den sympatiske personen føler den andres ubehag, og ønsker å gjøre noe aktivt for å lette tilstanden (Travelbee, 2014, s.200). Sykepleieren formidler sympati verbalt og non-verbalt gjennom sin holdning og væremåte. Gjennom sympati formidler sykepleieren sitt engasjement for pasienten, og viser sin forståelse for pasientens fortvilelse. Dette gjør at pasienten slipper å være alene om situasjonen, og får en opplevelse av at sykepleieren bryr seg. Sympati vil være med på å gjøre pasienten i bedre stand til å takle og mestre situasjonen (Kristoffersen, 2015, s. 221).

**Gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier:**

Når sykepleieren i handling har vist både forståelse for og ønske om å hjelpe pasienten til å få det bedre, oppstår det en gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2014, s. 210). Dette er det overordnede målet for alle sykepleiere, og blir skapt gjennom de første fire fasene i menneske-til-menneske forholdet. Denne forståelsen handler om måten de

ulike partene oppfatter hverandre på, og hvordan de opptrer ovenfor hverandre. Forståelsen og kontakten oppleves vanligvis av begge parter, men på grunn av deres innbyrdes forskjellige stilling og bakgrunn, vil sykepleierens opplevelse være noe annerledes enn den sykes opplevelse. De erfaringene som sykepleieren og den syke har delt, er viktige og betydningsfulle for begge parter (Travelbee, 2014, s. 210)

## 4.2 Kreftsyke barn på sykehus

I følge Regjeringen (s.a) er det først og fremst nærhet til foreldre som skaper trygghet omkring barn. Usikkerhet og engstelse i sykehussituasjonen hos foreldre smitter over på barna, og det er derfor viktig å trygge foreldrene slik at denne tryggheten signaliseres over på barna. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-2) har barn rett på samvær med minst en av foreldrene under sykehusoppholdet, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven. At personalet og behandlere signaliserer at det er viktig å ivareta foreldrene og at deres tilstedeværelse er en forutsetning for at trygghet skapes er en viktig sammenheng. I tillegg til dette kreves det innsats på flere områder (Regjeringen, s.a)

Informasjon er en vanskelig men avgjørende prosess. For å redusere følelsen av utrygghet hos barn er det avgjørende at de hele tiden holdes orientert. Dette kan gjøres ved at de får forklaringer tilpasset sin alder og modenhet, samt at vi på best mulig måte forbereder de på hva de skal gjennomgå. Det er vanskelig å gi noen konkret råd om i hvor stor grad barn skal ta del i samtaler, og mange foreldre er usikre på dette. Det finnes noen retningslinjer som kan være nyttig å forholde seg til. Barn forstår som regel når noe betydningsfullt skjer, og at det dreier seg om barnet. De kan ut ifra sin egen syke kropp og omgivelsene tolke signaler på at det er noe som skjer. Hvis foreldre blir innkalt til samtale uten at barna blir inkludert, kan dette oppleves som dramatisk og negativt for barna. Barn kan lage seg egne meninger og fantasier om hva som blir sakt på møtet, og dette kan føre til at de tror de er dårligere enn de er. Dette kan gjøre de svært engstelige. Ved at barnet er tilstede gir det et signal om at informasjonen som gjelder barnet ikke holdes skjult. Dette er argumenter som taler for at barns tilstedeværelse under samtaler er viktig. Vi må også huske at innholdet i samtalen er avgjørende for barnet tilstedeværelse. Hvis informasjonen som skal gis er for sjokkerende at vi er usikre på hvordan foreldrene takler det, må man vurdere om informasjonen bør gis til

barnet på et senere tidspunkt. Om det er tilfelle er det viktig å sikre seg at det er voksne til stede hos barnet, enten helsepersonell eller annen pårørende da det kan være en større påkjenning for barnet å bli sittende å vente alene enn å se foreldrenes ha en sterk reaksjon (Regjeringen, s.a).

En annen vesentlig faktor for at barnet skal føle seg trygt, er at helsepersonellet henvender seg og informerer direkte til barnet på en måte som er tilpasset barnet. Hvis foreldrene stiller spørsmål som barnet ikke forstår, må dette forklares på en enkel måte slik at barnet også kan forstå hva foreldrene spør om. Det er viktig å forsikre seg om at også barnet forstår det som blir sagt, og man må prøve å unngå at barnet får bekymringer langt frem i tid slik som ofte foreldrene har. Hvis foreldrene har behov for å stille spørsmål som er for deres behov for informasjon og ikke barnets, bør dette ventes med til barnet ikke er tilstede (Regjeringen, s.a).

### 4.3 Å være foreldre til et barn på sykehus

I følge Sjøbjerg (2015, s.187) er foreldre de viktigste personene i livet til et barn, og foreldrene representerer det trygge og forutsigbare for barna. Det er foreldrene som kjenner barnet og barnets reaksjoner best. Dette gjør foreldre til en av sykepleierens viktigste samarbeidspartner når barnet ikke klarer å uttrykke seg selv. Sykepleiere har et helhetlig ansvar for barn, men også et ansvar for foreldre når barnet deres er syk. Sykepleiere skal bidra til at familien tilegner seg nye handlingsmåter for å mestre sykdommen i både kjente og ukjente situasjoner (Sjøbjerg, 2015, s.187).

Det er foreldrene som vanligvis ivaretar barnets behov, og er de primære omsorgsgiverne når barnet er innlagt i sykehus. Omgivelsene og helsepersonell familien møter, er fremmed og kan virke sterkt, spesielt på engstelige foreldre. Foreldrene kan ofte føle seg hjelpeløse, da de må gi fra seg ansvaret som beskyttere og omsorgspersoner til helsepersonellet. Dette kan skape uro og engstelse, og ofte endrer foreldrene atferd ovenfor det syke barnet (Sjøbjerg, 2015, s.187). Trygghet til barn skapes gjennom foreldrene, og når foreldrene endrer atferd fordi de er engstelig og urolig, forsterker dette også barnets utrygghet. Foreldrenes bekymring og angst blir ofte forsterket av følelsen av usikkerhet, skyld og sorg. Dette kan

komme til uttrykk i form av irritasjon og kanskje også aggresjon. For å kunne formidle trygghet til barnet, har foreldrene selv behov for å føle trygghet (Søbjerg, 2015, s.188).

For mange foreldre er kanskje den største utfordringen tapet av foreldrerollen. De er vant til å ivareta barnets behov og sikkerhet i hverdagen, men når barnet blir innlagt på sykehus vil de ofte føle seg hjelpeløse. De føler seg hjelpeløse når de hverken vet hvordan de kan eller skal møte sitt eget barns reaksjoner og symptomer. Usikkerheten forsterkes også da foreldrene ikke vet hva som forventes av dem i foreldrerollen (Søbjerg, 2015, s. 189). Det må legges til rette for å redusere foreldrenes stress og ubehag, og det er viktig at tiltakene er basert på den enkelte families behov. Når barnet er sykt, glemmer foreldrene ofte å ivareta sine egne grunnleggende behov som for eksempel næring og søvn. Hvis de verken får i seg nok mat eller får nok søvn, spesielt hvis prognosen er usikker, kan dette øke foreldrenes angst og stressnivå. Profesjonell praksis på alle nivåer må derfor omfatte foreldrenes behov for hvile og ernæring, i tillegg til kommunikasjon og samarbeid med personalet (Søbjerg, 2015, s.196-197).

#### 4.4 Profesjonell kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kan defineres som å utveksle meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Det betyr å gjøre noe i fellesskap. Kommunikasjon foregår både verbalt og nonverbalt og er ofte sammensatt. Verbal og nonverbal kommunikasjon må fortolkes, og ulike personer tolker ofte ord og signaler forskjellig. Våres signaler og den andres fortolkning av disse skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt (Eide & Eide, 2014, s.17).

I dagliglivet kommuniserer vi på en annen måte enn når vi er på jobb. På jobb blir kommunikasjonen mer profesjonell. I jobben kommuniserer vi som yrkesutøvere og ikke privatpersoner, og de vi kommuniserer med har av ulike årsaker et behov for vår hjelp eller assistanse. Profesjonell kommunikasjon har et helsefaglig formål, og er basert på yrkets verdigrunnlag. God kommunikasjon hjelper oss å forstå pasienten, relasjoner og til å gi bedre hjelp og støtte (Eide & Eide, 2014, s.17-21).

Å kommunisere med barn utfordrer våre kommunikasjonssevner da hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig. Samtidig som at barn befinner seg på ulike utviklingstrinn. En viktig oppgave i kommunikasjon med barn og deres pårørende er å skape trygghet og tillit. Nonverbal kommunikasjon er viktig for å skape trygghet og tillit, uansett hvilke aldersfaser barnet befinner seg i. Å se, forstå og møte den andres følelser er også en viktig del av å skape trygghet, tillit og stabilitet (Eide & Eide, 2014, s. 358-359).

Ofte kan voksne av og til bruke barnslig stemme og enkle ord når vi kommuniserer med barna. Vi tenker at dette er nødvendig for at barnet skal forstå hva som blir sagt og for å forstå budskapet vårt. Når man skal kommunisere med barn er det viktig at de betraktes som seriøse samtalepartnere, som er eksperter på seg selv og sin hverdag, og at vi viser barna respekt (Tveiten, 1998, s. 58). Kommunikasjon med barn krever at voksne må ta i bruk andre kommunikasjonsmetoder som for eksempel sang og andre lyder. Dette kan føles utrygt i starten, men vil etterhvert føles mer naturlig i kommunikasjonen med barn. Selv om kommunikasjonen med et barn foregår på en annen måte enn med voksne, betyr ikke det at den er dårligere. Barn har ikke samme evne som voksne til å tenke abstrakt og forstå sammenhenger, det er derfor viktig å tilrettelegge for ulike uttrykksformer ut i fra barnets alder (Tveiten, 1998, s.58-59).

## 4.5 Relasjon

Ordet relasjon blir i dagligtale brukt om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Begrepet brukes ofte om den enkelte hjelpers forhold til pasient, pårørende, kollegaer og samfunnet generelt. Å skape er relasjon til et barn kan være vanskelig da barn ofte føler usikkerhet og ikke vil åpne seg for fremmede. En god begynnelse er å lytte etter barnet oppmerksomhet, hva det er opptatt av og hvor dets oppmerksomhetsfokus er. Barns tanker og følelser er ofte uklare, og de holder det ofte for seg selv. Å rette fokuset mot noen av barnets interesser kan ofte hjelpe. Barn kan utrykke følelser gjennom lek, og ved å delta i leken og tilpasse seg barnet kan være veien til kontakt og tillit (Eide & Eide, 2014, s.359-361).

## 4.6 Utviklings stadier

Jean Piagets teori om stadier i barns kognitive utvikling er trolig den teorien som har hatt og fortsatt har størst pedagogisk innflytelse på ettertiden. Piaget deler barnets utvikling inn i fire stadier. Det første stadiet er sensomotoriske fra 0-2 år, deretter det preoperasjonelle fra 2-7 år, deretter det konkret operasjonelle fra 7-11 år og til slutt det formelt operasjonelle stadiet fra ca 11 år og fremover (Eide & Eide, 2014, s.362). Piagets teori er viktig i sammenheng med kommunikasjon fordi den får frem at barn tenker annerledes enn voksne, og at barnets alder er en viktig faktor for hva og hvordan barn og ungdom forstår. Alder er noe vi må ta hensyn til ved verbal og nonverbal kommunikasjon med barn og unge. Uansett alder må vi huske at barn er forskjellige og evnen til å oppfatte og forstå avhenger også av andre faktorer som medfødte egenskaper, sosial trening og stress og belastning i forbindelse med sykdomssituasjonen (Eide & Eide, 2014, s.362). For å kunne yte god sykepleie og skape en god relasjon, er det viktig at sykepleiere vet noe om ulike utviklingsstadier, slik at vi kan møte barnet på barnets nivå. Vi har som nevnt tidligere valgt å fokusere på barn mellom 4-11 år.

Barn i alderen 4-8 år begynner å utvikle en logisk forståelse. De tenker i konkrete kategorier og trenger konkrete objekter for å forstå verden. I denne alderen begynner forholdet til sannhet og tid å bli mer likt den voksnes. Barn kan ikke overføre ting som har skjedd i fortiden til en fortelling, men de kan fortelle om hendelser fra nåtiden med litt hjelp fra en voksen. Hvis det skjer noe alvorlig med barnet i denne alderen, for eksempel en kreftdiagnose, er det viktig at man snakker med barnet om dette før det går for lang tid. Dette bør snakkes om relativt tidlig i prosessen, slik at man kan hjelpe barnet med å bearbeide det som har skjedd. Selv om barnet nå tenker mer logisk, er det fortsatt selvsentrert og ser det meste ut i fra seg selv. For eksempel kan det bety at barnet tror det er ens egen feil at en får kreft. Som et resultat av at de tror de har gjort feil tidligere i livet, og at kreften er en form for straff. Barnet har i denne alderen kommet lengre i sin moralske utvikling, og er opptatt av konsekvenser og regler (Eide & Eide, 2014, s.364-365).

Barn i 4-5 års alderen er for eksempel glad i å klatre og balansere. Når barnet kommer i seksårsalderen beskrives denne alderen som en overgangs- og konsolideringsperiode i barnets utvikling. Det kan virke klønete for barna med dårlig kontroll over bevegelsene. Når



barnet er i sjuårsalderen er barnet i stand til å beherske finere og mer nyanserte bevegelser (Tveiten, 1998, s. 19).

Barn i aldersgruppen 8-11 år begynner å se forskjell på virkelighet og fantasi og er i stand til å se sosiale sammenhenger og hendelser uavhengig av seg selv. I denne alderen viser de forståelse for verdier og moral, samtidig som de forstår nå at de ikke kan ta ansvar for det de ikke mente å gjøre galt. De viser nå større forståelse for andres reaksjoner. I denne aldersfasen har de en ganske klar forestilling om seg selv i forhold til andre og kan i en gruppe gi en presentasjon av seg selv, fortelle om hobbyer og interesser, og dele tanker om familie og venner og hvem de selv er i forhold til ulike personer. De kan på grunn av dette ha glede av å delta i ulike samtalegrupper. I denne alderen er det en positiv utvikling i form av arbeidslyst, men en uheldig utvikling kan føre til det motsatte og skape en følelse av mindreverd. Selvfølelsen er utsatt, og hjelp til mestring er viktig (Eide & Eide, 2014, s.372). I denne alderen utvikler motorikken til barna seg mer og mer. Motivasjonen til utfoldelse som krever kontroll over bevegelsene øker etterhvert som barnet mestrer mer.

## 5. Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte de ulike forskningsartiklene vi har funnet opp mot relevant faglitteratur. Vi vil også trekke inn egne erfaringer for å finne svar på vår problemstilling.

### 5.1 Sykepleierns første møte med barn og foreldre

I et helsevesen som blir mer og mer spesialisert, skjer overflyttinger mellom sykehus relativt hyppig. Dette fører til at de fleste pasienter må forholde seg til både et region- og et lokalsykehus. Overflytting til lokalsykehus for første gang etter at diagnosen er stilt, er i seg selv en stor belastning for barnet og foreldrene, og det må derfor forberedes godt (Bringager et al, 2014, s.217).

Når et barn blir innlagt på sykehus, møter de hvitkleddede mennesker, nye omgivelser, de sover i en annen seng enn de pleier, maten er ofte annerledes enn hjemme og dagen kan være forskjellig fra hjemme. Barnet opplever kanskje smerte og ubehag, samtidig som lek og aktivitet blir begrenset. Uavhengig av barnets alder kan dette føre til stress og usikkerhet, fordi en sykehusinnleggelse innebærer nye og uvante situasjoner (Tveiten, 1998, s. 93). For å lindre denne usikkerheten og redselen ved det første møte med helsepersonell på sykehusavdelingen, finnes det flere ulike tiltak som kan iverksettes. Når barnet ankommer sykehusavdelingen, vil barnet føle at det blir tatt på alvor hvis det får informasjon i ro og fred på avdelingen. Når sykepleieren skal ta imot barnet er det viktig at man setter seg på et rom der det ikke løper mennesker frem og tilbake i gangene og hvor det ikke er lyder som distraherer. En travel sykehusavdeling vil gjøre barnet usikker og utrygg (Ruud, 2012, s. 131). Brady (2009, s.549) forteller at flere barn synes det var skremmende når sykepleierne gikk fort i gangene, at dette kunne få de til å føle seg dårligere og utrygge. Vi tenker at barn kan oppleve det som skremmende at sykepleierne går fort eller løper i gangene fordi de kan tro noe alvorlig har skjedd. Det kan også virke som at sykepleierne har det travelt og at de ikke har tid til pasientene. Derfor tenker vi at det er viktig å skjerme barn og foreldre for dette, slik at de ikke får et inntrykk av at sykepleierne ikke har tid til å ivareta de.

Den første undersøkelsen når barnet ankommer avdelingen, vil ofte være svært utfordrende fordi det er utrygt for barnet. Barnet må forholde seg til helt nye mennesker de aldri har møtt før. Ved å ha foreldrene til stede, spesielt under situasjoner som kan gjøre barnet stresset og redd, vil dette være med på å gjøre barnet tryggere. Det vil også være spesielt viktig å forberede barnet på hva som skal skje, og omfanget på forberedelsen må tilpasses barnets alder og utviklingsnivå. En slik forberedning kan for eksempel innebære å vise ulike instrumenter og undersøkelsesrom som vil bli brukt, vise hva undersøkelsen eller prosedyren går ut på og gjøre barnet trygg gjennom å kommunisere med det og gi gode forklaringer. Når vi kommuniserer med barna, må faguttrykk unngås. Som sykepleier må vi kommunisere på et nivå som barnet forstår (Tveiten, 1998, s. 119). Barns egen erfaring er at det også er positivt når sykepleiere setter seg ned, og møter barn i deres høyde slik at de får øyekontakt (Brady, 2009, s.548). Det er også viktig å understreke og forsikre barnet om at alt vil bli som før, og at alt vil gå bra. Dette kan ha en stor betydning for barn, og gjør barn straks mye tryggere i situasjonen (Tveiten, 1998, s.119).

For å oppnå tillit hos barnet, er ærlighet en vesentlig ting. Hvis vi for eksempel forteller barnet at å ta en sprøyte ikke gjør vondt, og barnet likevel opplever at det gjorde vondt, vil barnet føle seg lur. Dette kan da føre til at den tilliten som er i ferd med å bygge seg opp mellom barnet og sykepleier svekkes, eller at barnet aldri vil få noe tillit til sykepleieren og det vil bli vanskelig å skape en relasjon senere. Mange barn faller også til ro ved å få en belønning etter at de har vært gjennom en situasjon de opplever som ubehagelig og skummel (Tveiten, 1998, s. 119).

Gjennom praksiserfaringer kan vi bekrefte at denne teorien forteller oss det samme som en av oss opplevde gjennom praksisperioden på barneavdelingen. For å redusere redsel, og for å skape trygghet og tillit, er disse tiltakene vi har beskrevet over viktige. I praksis ble en av foreldrene ofte brukt til å vise barna at det de skulle gjennomgå ikke var skummelt, for eksempel å sette en sprøyte. Hvis barna først fikk se hva de skulle gjennomgå gjennom å gjøre det på foreldrene først, ble barna raskt mye tryggere da de så at det ikke var så skummelt som de kanskje først hadde antatt. Det å vise barna ulike utstyr fikk også fokuset vekk fra det som skulle skje, og det var lettere å komme nærmere inn på barnet. Det ble også erfart hvor viktig god kommunikasjon er, og hvor viktig det er å sette seg ned på barnets nivå og gi en god forklaring på hva som skal skje slik at barnet er innforstått med det. I praksis var det viktig at alle undersøkelser og prosedyrer skulle utføres på undersøkelsesrommet,

slik at barnet ikke fikk noen vonde opplevelser inne på rommet sitt som i utgangspunktet skulle være et trygt sted. Rommet skulle ikke forbindes med noen ubehagelige opplevelser, og rommene bar preg av at det skulle være så likt hverdagen til barna som mulig med forskjellige farger på veggene og med masse leker inne på rommet. Erfaring bekrefter også hvor viktig det er at foreldrene er tilstede med barna, ved at de sitter på fanget under en undersøkelse eller prosedyre for eksempel. Dette gjorde at barnet var mye tryggere, og det ble lettere å utføre det som skulle utføres. Belønning etter at barnet var ferdig med noe det opplevde som skummelt ble også mye brukt. Barna ble alltid informert om dette før de skulle gjennom noe ubehagelig, og erfaringen viser seg at ved å informere barnet om at det får en belønning etterpå, gjør det lettere å få gjennomført det som skal gjennomføres. Barna så frem til å få en premie, og mye av fokuset ble da rettet mot dette.

Når man skal ta imot barnet ved innkomst på avdelingen, vil det vært klokt og først sjekke ut hva barnet vet og eventuelt har blitt informert om på forhånd (Ruud, 2012, s. 132). I og med at vi har tatt utgangspunkt i at barna kommer fra et regionsykehus etter behandling, kan vi anta at de har fått en del informasjon der. Det er likevel viktig at vi informerer om hva som kommer til å skje her på avdelingen fordi hvert sykehus og avdeling har sine egne rutiner, verdier, normer og holdninger (Bringager et al, 2014, s. 217). For de yngre barna kan det være hensiktsmessig og tegne opp en oversikt over hva som skal skje i dagene fremover, slik at de er klar over hva som skal skje de ulike dagene. Det er viktig at barnet får informasjon selv om det ikke alltid forstår hva som blir sagt, fordi det vil likevel oppfatte at det finnes en forklaring og oversikt. Hos de fleste barn vil det være nødvendig å gi samme informasjon flere ganger, da de er redde og engstelige, og det kan føre til at informasjonen som blir gitt ikke oppfattes (Ruud, 2012, s.132).

Foreldrene er også en sentral del i det første møte på sykehusavdelingen, og de er en svært viktig samarbeidspartner for helsepersonell når barnet er innlagt i sykehus. Mye av kommunikasjonen går via foreldrene, særlig med små barn. Mange foreldre føler seg usikre og utrygge når barnet deres er innlagt i sykehus, fordi de er usikre på sin rolle som forelder. Mange foreldre opplever at de blir bedt om å utføre praktiske oppgaver som for eksempel å delta i stell av barnet. Foreldrene skal ha en selvstendig rolle i det gjensidige samarbeidet med sykehuspersonalet, og de må verdsettes for at de er emosjonelt til stede for barnet sitt. Foreldrene må også få tilstrekkelig informasjon, slik at de kan vurdere situasjonen og være med på å ta beslutninger sammen med personalet (Ruud, 2012, s.136). I følge pasient- og

brugerrettighetsloven (1999, § 4-4) har foreldrene rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Det er tilstrekkelig at kun en av foreldrene samtykker til helsehjelp som kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Før helsehjelpen gis, skal begge foreldrene informeres godt, og foreldrene skal så langt det er mulig få si sin mening. Pasient- og brukerrettighetsloven sier også at når barnet er fylt 7 år, og barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene informere barnet godt og gi anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. I samsvar med barnets alder og modenhet, skal det legges vekt på hva barnet selv mener. Hvis barnet er fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4).

Vi kan også møte på ulike dilemmaer i samarbeidet med foreldre, og noen ganger kan sykepleiere møte på foreldre vi mener kommuniserer uhensiktsmessig eller feil med barnet sitt. Et eksempel på dette kan være at et barn skal få cellegift, og dette innebærer at barnet etterhvert vil miste håret sitt og at cellegiften vil medføre sterkt ubehag i ettertid. Foreldrene ønsker ikke å informere barnet om dette, da de tror barnet vil bli mer redd og engstelig ved å bli informert om dette. Som sykepleiere kan vi da presisere for foreldrene at vi har lyst til å vise respekt for foreldrene og at de kjenner barna sine best, samtidig som vi deler erfaringer som tilsier at det er en trygghet og lettelse for barn å kunne snakke åpent om ting og motta adekvat informasjon. Hvis vi som sykepleiere tar denne samtalen med foreldre, gir vi foreldrene to budskap. Det ene budskapet er at vi viser respekt for foreldrenes rolle, og det andre budskapet er at sykepleieren ønsker å vise sin kompetanse og gi tydelige råd. Hvis man gir foreldrene tydelige budskap, og kommuniserer åpent, vil dette skape trygghet hos foreldrene (Ruud, 2012, s. 136). I følge Singh, Raj, Paschal og Hussain (2015, s.339) vil noen foreldre forberede seg selv på informasjon om diagnose, prognose og annen informasjon tilknyttet kreftsykdommen, før den samme informasjonen blir gitt til barna. Vi tenker at mange foreldre vil skåne barna sine for dårlige nyheter, nettopp fordi de takler disse nyhetene dårlig selv og ikke vil vise det til barnet sitt fordi dette kan skape usikkerhet og utrygghet hos barnet. De vil forberede seg og ta innover seg den informasjonen de nettopp har fått, slik at de kan håndtere den nye informasjonen selv, før de informerer barnet. Likevel viser både forskning og teori at ved å gi barn informasjon på deres nivå, skaper dette en trygghet hos barnet fordi barnet blir inkludert og vet hva som foregår.

Trygge foreldre er en forutsetning for en trygg familie og et trygt barn. Om foreldrene er utrygge i en situasjon, påvirker det også barnet (Bringager et al, 2014, s.145). Hvis foreldrene føler at de ikke blir hørt og de blir bekymret fører det til sinne og frustrasjon (Clarke & Fletcher, 2011, s.186). Sinne og frustrasjon viser usikkerhet, og dette kan påvirke barnet negativt. Foreldrearbeid er en stor del av arbeidet med barn. Vi må identifisere og bevisstgjøre hvilke ressurser, muligheter og sammenhenger foreldre bruker for å fylle sin rolle som foreldre til sitt syke barn. Vi må også være en støttespiller for foreldrene og lytte til de, bekrefte og bygge opp foreldrenes selvfølelse og gi de en plass. Når fortvilelse, angst og uvisshet preger en situasjon, må vi trøste de, støtte de og være der for dem (Bringager et al, 2014 s. 145). Det viktigste sykepleiere kan gjøre for foreldrene i slike situasjoner, er å vise at de bryr seg om hvordan foreldrene har det, og hvordan sykdommen til barnet påvirker de. Sykepleierne bør også spørre foreldrene direkte om det er noe de kan gjøre for å hjelpe. På den måten gjør sykepleierne det enklere for foreldrene å snakke om sine bekymringer (Søbjerg, 2015, s.196-197). Det er derfor viktig at vi også tar oss god tid til foreldrene, og viser at vi er der for de i den situasjonen de står i. Alle opplever ulike situasjoner forskjellige, og det er derfor en forutsetning for et godt samarbeid at vi viser forståelse for dette (Bringager et al, s. 186). Det er viktig at foreldrenes perspektiv kommer frem og at vi får vite deres tanker om håp, bekymringer, mål og den pågående behandlingen.

Tar vi utgangspunkt i Travelbee's sykepleieteori, bærer det første møte mellom sykepleier og barn og foreldre preg av at de ikke kjenner hverandre fra før. For å skape tillit til både barn og foreldre, er det viktig at sykepleieren er individuell, og det må etableres et menneske til menneske forhold. Under det første møte er det viktig at vi som sykepleiere tydelig viser at vi ser på både barnet og foreldrene som unike mennesker, og ikke ser på de som en annen vanlig familie. Når et barn blir syk, må man ikke bare se barnet som en helhet. Man må se barn, sammen med foreldrene som en helhet, fordi barnets mestringsevne ikke vil være tilstrekkelig verken til å forebygge, mestre, eller finne en mening alene. Dette handler om barnets evne til å forstå, og å ha et bevisst forhold til egen lidelse og sykdom og følgene av dette (Tveiten, 1998, s. 47). Foreldre kjenner sine egne barn best, og vet når barnet har sine bra og dårlige perioder (Clarke & Fletcher, 2003, s. 186). Underveis i det første møtet, vil det oppstå en kontakt mellom sykepleier og barnet og foreldrene, og det vil da etterhvert bli enklere å begynne å skape en relasjon og tillit.

## 5.2 Lekens betydning i sykepleie til barn

Kreftbehandling kan vare i flere år, og hos barn kan behandlingen skje i en periode i livet da det foregår en stor utvikling fysisk, motorisk, kognitivt, sosialt og følelsesmessig. En av vår største oppgave som sykepleiere, i samarbeid med barnet selv og deres pårørende, er å sikre at det får en bred utvikling selv når de er i en situasjon som på mange måter kan virke sterkt begrenset. Det er i denne alderen barn skal lære seg å mestre livet, og for å kunne mestre det trengs en solid identitet med tro på egne ressurser. For å oppnå en solid identitet trengs blant annet mestringsopplevelser, utfordringer og lek (Bringager et al, 2014, s. 121). Leken hjelper barnet til å være seg selv, og er derfor viktig for identitetsutvikling (Grønseth & Markestad, 2011, s.89). Det kan virke som at sykepleiere ikke tar nok hensyn til at utvikling er grunnleggende ved det å være barn. På en barneavdeling har man både tilrettelagt skole for barna som er i skolepliktig alder, og store lekerom med leker til barna som passer i alle aldre, men ofte er det slik at barna venter. De venter på legevisitten, de venter på en undersøkelse og de venter på blodprøvesvar store deler av dagen. I stedet for at barnet deltar i lek og ulike aktiviteter på avdelingen, bruker de store deler av dagen til å sitte inne på rommet sammen med foreldrene som er mer opptatt av sykdom, behandling og om barnet deres noen gang kommer til å bli frisk. Hvis målet og håpet kun er knyttet til det å overleve, hva skjer med livet til barna da mens de behandles for kreft? Barn er avhengig av å være i samspill med sine omgivelser for å utvikle seg, og vi som sykepleiere har et stort ansvar for at barn skal få muligheten til det. Årsaken til at det blir lite lek og mye venting for barna kan ha sammenheng med at sykehusoppholdet kun er knyttet til en ting, nemlig at barna skal bli friske. Som sykepleiere må vi tilrettelegge for at barn skal få kunne leke, ikke bare i barnehagen eller som et avbrekk i en ellers trist sykehushverdag, men hele tiden og overalt (Bringager et al, s.121-122). Soares, Silva, Santos og Depianti (2016, s.1049) sier at lek får barn til å glemme at de er syke for en liten stund, og at lek gjør de glade og lykkelige samt at leken også er med på å utvikle barnets motoriske ferdigheter. Ofte ligger kreftsyke barn på isolat, fordi behandlingen gjør at de har et svært dårlig immunforsvar, men da er det vår oppgave som sykepleiere å tilrettelegge for at barna har tilgang til å leke inne på rommet frem til de kan ut i avdelingen og leke med de andre barna. Under det første møte med barnet, bør vi som sykepleiere innhente opplysninger om barnets interesser og aktiviteter, slik at barnet kan få med seg leker og aktivitets-gjenstander inn på rommet. Hvis barnet ikke er i form til å leke, kan musikk gi glede og være til avledning. Det er derfor viktig at det finnes cd-spiller og tv inne på rommet (Egeland, 2009). Barn har i følge pasient- og

brukerrettighetsloven (1999, §6-3) rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så langt dette er forsvarlig ut i fra barnets helsetilstand. Loven sier også at barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger opplæringsloven (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-4). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere tilrettelegger og inviterer barna til lek, at vi også byr på oss selv og tar oss tid til å leke sammen med barna.

Lek er et av sykepleierens viktigste verktøy og er grunnleggende når man skal forholde seg til barn (Korsvold, 2009). På sykehuset er ofte symptomer, sykdom og behandling ofte mest i fokus, og lek er derfor viktig for å bekrefte barnets friske sider. Lek er også viktig for barnets livskvalitet, da lek gir glede, mening, mestringsopplevelse og trivsel. Leken reflekterer barnets måte å se verden på og en innfallsport til å forstå deres virkelighet, og blir en plattform der vi som sykepleiere kan møte barnet på barnets nivå. Mye av kommunikasjonen med barn skjer gjennom lek, og lek blir beskrevet som en like viktig kommunikasjonsmetode for barnet som det samtaler er for voksne (Grønseth & Markestad, 2011, s.89). Gjennom lek kan barn uttrykke følelser og opplevelser, og på den måten kan leken brukes for å kommunisere og informere på (Tveiten, 1998, s. 56). Å bruke lek som en kommunikasjonsform ved hjelp av dukker, bamser eller historiefortelling kan ofte få frem barnets følelser (Hauer, Poplack & Armsby, 2017). Når et barn er innlagt i sykehus, er leken med på å redusere stress og gir barna mestringsopplevelse i uoversiktlige og krevende situasjoner. Mange barneavdelinger har også spesialutdannede førskolelærere, som tilbyr lekterapi i forkant av en undersøkelse eller prosedyre, og i etterkant, slik at barna blir mindre utrygge og stresset. Det fungerer som et fristed for barna, hvor det fokuseres på barnets friske side og hyggelige opplevelser og aktiviteter (Grønseth & Markestad, 2011, s. 90).

I lekens verden mestrer barnet hendelser og opplevelser. Leken er et slags tilfluktssted der barnet kan trekke seg tilbake for å gjenvinne kontroll og få en følelse av at “de kan” (Grønseth & Markestad, 2011, s. 90). Soares, Silva, Santos og Depianti (2016, s.1049) sier at barn ofte har lite forståelse av hvor syke de er, men de kjenner veldig på følelsen av å ikke være sammen med venner å leke. I leken forklares og struktureres også verden og blir tydeligere for barnet. En intellektuell forståelse av hendelser skaper trygghet hos barna fordi det gir forutsigbarhet og kontroll. Siden leken er fantasi, skaper den en avstand til og ufarliggjør følelser og opplevelser som er skremmende å forholde seg til i virkeligheten.



Barnet bearbejder følelser og traumatiske opplevelser, og gir uttrykk for følelser som hjelpeløshet, skuffelse, frustrasjon og sinne gjennom leken. Når man skal utføre en prosedyre, vil lek i stor grad være med på å minske redselen, og brukes i flere sammenhenger som en avledningsteknikk. Hvis barnet leker at dukken også gjennomgår en ubehagelig prosedyre, vil barnet bearbeide sin egen redsel og smerte (Grønseth & Markestad, 2011, s. 90).

Korsvold (2009) beskriver leken som sykepleieren sitt språk, og mener at sykepleierne må kunne dette språket for å oppnå kontakt, skape tillit og for at barn skal føle seg trygge. I følge Brady (2009, s.556) er en sykepleier som var morsom, som ville være med å leke og som distraherer de fra alt som skjedde, høyt verdsatt av flere barn. Dette kan i følge Korsvold (2009) være en utfordring for sykepleiere, fordi det innebærer at sykepleieren må kjenne barnet godt og finne ut hvordan man skal nå gjennom til akkurat dette barnet. Vi mener at dette kan være årsaken til at det kan være vanskelig å få tilliten til et barn til og begynne med, nettopp fordi sykepleierne ikke kjenner barnet godt nok, og ikke vet hvordan de skal gå frem for å oppnå optimal kontakt med barnet. Korsvold (2009) mener at trygghet er en viktig forutsetning for lek. For at barn skal føle seg trygge, må sykepleieren vise at hun behersker prosedyrer, ulikt utstyr og samvær med barn. For at barn skal kunne stole på sykepleieren, må hun vise at hun er trygg i den jobben hun gjør. Dette understreker også Brady (2009, s.551), flere barn fortalte at de ble usikre på sykepleieren, når sykepleieren virket usikker. Når det kommer til lek i sykehus, må sykepleieren vise barna at det er lov å leke. Man må vise i praksis at det er lov, og ikke bare si det med ord. Hun mener at sykepleieren må være trygg, og at det må være en kultur eller atmosfære som oppfordrer til lek på avdelingen for at leken skal komme. En annen vesentlig ting er at sykepleieren har evne til å sette seg inn i barnets tankegang, og at barnet skal føle at det blir sett og forstått. Gjennom lek viser sykepleierne forståelse for barnet, ved å gå inn i barnets verden, skape et møte, og bygge opp en relasjon mellom sykepleier og barnet (Korsvold, 2009). Når sykepleierne tar seg tid til å leke med barna blir de mer komfortable i sykehus omgivelsene, de blir glade og mere avslappet som fører til et bedre samspill mellom barnet og sykepleierne (Soares, Silva, Santos & Depianti, 2016, s.1050).

Hvis vi ser på hva Travelbee beskriver som sykepleiens mål og hensikt, er leken helt vesentlig og viktig når vi snakker om sykepleie til kreftsyke barn. Hun mener at et av målene med sykepleie er å hjelpe et individ med å mestre sykdom og lidelse, og hjelpe de med å

finne en mening (Travelbee, 2014, s.135). Lek er en forutsetning for at barnet skal kunne mestre den situasjonen det er i på en mest mulig hensiktsmessig måte. Det er også viktig at vi som sykepleiere hjelper barnet til å se mulighetene for å leke med de begrensningene som ligger i sykdommen og i sykehusmiljøet (Korsvold, 2009).

### 5.3 Betydningen av kontinuitet i helsepersonell

Det er viktig at vi ser på hvilke faktorer som fører til stress hos foreldrene, slik at vi kan redusere disse faktorene og styrke foreldrene som ressurs når barnet er sykt. Høyt stressnivå hos foreldrene kan føre til at de blir mindre oppmerksomme på barnets signaler og behov. Som sykepleiere har vi et direkte ansvar for foreldrenes velvære. Vi skal tilstrebe familiesentret sykepleie i form av god kommunikasjon, forpliktelse, likhet, gode ferdigheter, tillit og respekt (Grønseth & Markestad, 2011, s.71). En langvarig og god relasjon åpner opp for en god dialog mellom partene, og foreldre setter pris på at vi tar oss tid til å bli kjent med de som individer, og at vi viser respekt for deres syn på situasjoner. Dette er med på å skape en god relasjon mellom sykepleier, familien og barnet (Hauer Poplack & Armsby, 2017). Foreldre har behov for støtte når de står i en vanskelig situasjon. Støttende bemerkninger fra sykepleiere som ser at de har det tøft, oppleves som omsorgsfullt. Når foreldre opplever at de blir tatt vare på, og at sykepleieren er opptatt av hvordan de mestrer ulike situasjoner, er det lettere for foreldrene å stole på at barnet får god omsorg (Grønseth & Markestad, 2011, s. 73).

Mangelfull, sprikende eller uforståelig informasjon oppleves svært belastende for foreldre. Ærlig og realistisk informasjon øker følelsen av kontroll og er en faktor som bidrar til at de føler de mestrer en situasjon bedre (Grønseth & Markestad, 2011, s. 72). Kommunikasjon er en prosess som er med på å etablere et menneske-til-menneske forhold som dermed hjelper oss som sykepleiere å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 2014, s.135). Mange foreldre har opplevd flere problemer rundt kommunikasjon og dette er noe som gjør de usikre. Misforståelser og forvirring i informasjon, og en følelse av helsepersonellet ikke jobbet på sammen team førte til frustrasjon (Clarke og Fletcher, 2003, s.183). Ofte er det flere forskjellige yrkesgrupper som informerer familien om ulike temaer er det viktig at kommunikasjonen og informasjonen er tverrfaglig. Clarke og Fletcher (2003, s.183) forteller at flere foreldre har

opplevd forvirring og kontrabeskjeder i det tverrfaglige samarbeidet. Foreldre har opplevd at forskjellige leger, sykepleiere og andre spesialister på samme sykehus har kommet med ulik informasjon og i etterkant funnet ut at informasjonen som ble gitt var feil. Dette førte dette til frustrasjon. I et tverrfaglig samarbeid skal de ulike fagpersonene samarbeide for å ivareta barnets vekst og utvikling parallelt med sykdom og behandling. Det er derfor viktig at alle parter er enige om å arbeide tverrfaglig for barnet og familiens beste, og ikke for å fremme sin egen fagorganisasjon. informasjon som skal gis til familien må være lik, slik at det ikke blir forvirring. Sykepleiers rolle er å se helheten og sørge for at det ivaretas (Tveiten, 1998, s. 86-88). I det tverrfaglige samarbeidet mener Hauer, Poplack og Armsby (2017) at et palliativt team burde inkluderes i alle tilfeller hos barn med en potensiell livstruende sykdom. Palliativ omsorg er introdusert i startfasen av behandlingen for å sette fokus på livskvalitet ved å lindre symptomer, slik at barnet fortsatt kan nyte livet.

For kreftsyke barn var det viktig at sykepleierne så de som et individ og ikke bare enda et barn med kreft. De satte pris på at sykepleierne ble kjent med dem og familien (Cantrell & Matula, 2009, s.307). Ved en sykehusinnleggelse overlater foreldrene det meste av ansvaret for barnet til helsepersonell. De må derfor kunne stole på dem de overlater barnet sitt til. De får tillit når sykepleiere gir barnet god omsorg, behandler det med respekt og verdighet samt anerkjenner foreldrenes betydning i omsorgen for barnet (Grønseth & Markestad, 2011, s 75). Kontinuitet er derfor viktig, og barn skal så langt det lar seg gjøre bli tatt vare på av det samme helsepersonell under oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 5). Foreldre synes det var vanskelig når personalet ble byttet ut, fordi informasjonen som ble gitt var ny og prosedyrene ble utført annerledes. Hvis forskjellige sykepleiere forventer ulike ting av foreldrene fører dette til forvirring og de kan føle seg hjelpeløse. De kan bli usikre på hvilken rolle de skal ha i pleien (Grønseth & Markestad, 2011, s. 74). Hauer, Poplack og Armsby (2017) mener at kommunikasjon er viktig for effektiv behandling i alle settinger og at det er bygget på en sterk relasjon mellom helsepersonell, barnet og familien. Det er derfor viktig at samarbeidsforholdet diskuteres individuelt med foreldrene. Tillit til helsepersonell, pleiens kvalitet og tilfredshet ved sykehusoppholdet bygger på foreldrenes syn på kommunikasjonen og helsepersonellens empatiske holdning (Grønseth & Markestad, 2011, s. 72-74). Travelbee (2014, s. 193) sier at når det oppstår empati mellom personer forandres forholdet og det knyttes et bånd av kontakt. Hun mener at empati ikke oppstår

tilfeldig og at det bygger på likheter i partenes erfaringsgrunnlag. Empatisk forståelse kan gi viktig informasjon om pasientens indre opplevelse og ytre atferd.

Når vi skal kommunisere med barn er det viktig at vi har kunnskap om barns utviklingsnivå. Barn opp til syv års alderen tenker og bruker språket konkret. Uttrykket “sovne inn” om døden, kan fort oppfattes konkret og barnet kan tro at det kan bety at om man sovner dør man. Kommunikasjon må derfor tilrettelegges og man må bruke forståelige ord. Barn er opptatt av de konkrete sidene ved tilværelsen, og endringer i faste rutiner vil ofte skape reaksjoner. Barnets reaksjoner kan fort bli undervurdert, da de i det ene øyeblikket er lei seg og kjenner på sorg og savn, men rett etterpå kan leke og ha det fint. Man kan tenke at barns reaksjoner derfor er mindre alvorlige og går lettere over noe som har vist seg å være lite riktig. Barns bearbeidingsprosess av belastende hendelser kan være langvarig. Når barn blir eldre tenker de og forstår hendelser på nye måter, derfor må det legges til rette for dette ved å være åpen og lytte, samt snakke om vonde hendelser og kanskje gi informasjon på nytt og på en annen måte (Kriser, s.a). I følge Hauer, Poplack og Armsby (2017) er det flere punkter som er viktig å tenke på når vi kommuniserer med barn i denne alderen. Informasjonen må være enkel og konkret, foreldrene må være inkludert, vi må svare på spørsmålene på en rolig måte og gjerne med eksempler og vi må forsikre oss om barnets forståelse av informasjonen.

Når barnet kommer i skolealder har de fått et større ordforråd og vil forstå mer av det som har skjedd og konsekvensene av det. Det har også lettere for å snakke om det som har skjedd og sine reaksjoner. Dette kan føre til at de er mere utsatt for angst og bekymringer da de har en større forståelse for det som skjer. I denne aldersgruppen kan barn lett forstrekke seg og forsøke å usynlig gjøre seg for å glemme sine egne reaksjoner. De fleste barn er sensitive overfor de voksnes reaksjoner og er opptatte av å ikke gjøre situasjonen vanskeligere. For å ikke vekke bekymringer vil noen forsøke å virke glade og fornøyde, mens andre kan få skyldfølelse om de har det fint eller deltar i aktiviteter. Når vi gir foreldre råd og vi snakker med barna er dette et viktig tema å fokusere på. Alle barn er opptatte av hva som skjer i deres hverdag og om det fører til store forandringer (Kriser, s.a). Barn i denne alderen er ofte opptatt av detaljer og stiller det samme spørsmålet flere ganger. De tenker fortsatt konkret, men har stor nytte av mer informasjon. De kan ha nytte av å snakke om følelser, håp og forventninger i trygge omgivelser. De kan fremstå som modige, for å prøve å beskytte sine foreldre (Hauer Poplack & Armsby, 2017).



## 6. Konklusjon

I dette litteraturstudiet har vi gjennom forskning, faglitteratur, forskrifter og artikler kommet frem til en konklusjon for vår problemstilling. Vi ser ut i fra drøfting at det ikke finnes en konkret fasit på hvordan sykepleiere kan skape en god relasjon til kreftsyke barn og deres foreldre ved en sykehusinnleggelse. Faktorer som lek, et trygt og godt første møte med sykehuset og helsepersonell, og at barnet og foreldre blir fulgt opp av samme helsepersonell under sykehusoppholdet, er med på å skape trygghet, som igjen skaper en god relasjon. Det er viktig at vi som sykepleiere har en bred kompetanse om barnets utvikling, slik at vi kan tilpasse kommunikasjonen deretter. Når barnet ankommer sykehuset, er de omgitt av ukjente omgivelser, og dette kan føles utrygt for barnet. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere tilpasser oss barnet, og hvordan de takler den situasjonen de er i. Det er også viktig at samtaler foregår utenfor pasientrommet, og i rolige omgivelser da dette er med på å redusere stress hos barnet. Når det kommer til å kommunisere med barnet, ser vi at barnet må være hovedpersonen i samtalen, og sykepleieren bør snakke sakte, gi enkle forklaringer og være ærlig da dette skaper trygghet fordi barnet opplever at det blir sett og hørt. Foreldrene er helsepersonellens viktigste samarbeidspartner i sykepleie til barn, og brukes som en ressurs for å skape tillit og trygghet hos barnet. Det er også viktig at både foreldrene og barnet får den informasjonen de trenger, og at barnet får informasjon tilpasset sin alder og utvikling. Vi ser at når barnet har innsikt i egen sykdom og behandling, skaper dette en trygghet og forutsigbarhet i hverdagen. De funnene vi har gjort, viser oss at barnet opplever trygghet når sykepleieren er snill, viser at hun er trygg i den jobben hun gjør, smiler, tilbringer tid sammen med barnet og tar vare på hele familien. Vi ser også at lek kanskje er det viktigste for barn som er innlagt i sykehus. Gjennom lek kan sykepleierne møte barnet på deres nivå, det kan brukes som en avledningsteknikk til smertefulle undersøkelser og prosedyrer, det er med på å la barnet utvikle seg, og leken er sykepleierens språk når man skal kommunisere og informere barn. Gjennom leken skapes det en relasjon, og det fokuseres på barnets friske side.

Helt til slutt vil vi presisere viktigheten av å se barnet som et unikt menneske, og ikke se barnet som et hvilket som helst annet barn med kreft. Det er viktig at sykepleierne bryter ned den alminnelige rollen som barnet ser pleieren som, for å kunne skape en god relasjon og for

at det skal oppstå et menneske- til- menneske forhold. Dette er vesentlig for å kunne skape en god relasjon både til barnet og foreldrene.

## 7. Litteraturliste

Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 544-560. <http://dx.doi.org.ezproxy2.inn.no/10.1177/0969733009106648>

Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft: En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Cantrell, M. A. & Matula, C. (2009). The meaning of comfort for pediatric patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 303-309. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.E303-E309>

Clarke, J. N. & Fletcher, P. (2003). Communication issues faced by parents who have a child diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(4), 175-191. <https://doi.org/10.1177/1043454203254040>

Dalland, J. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, J. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Egeland, S. E. (2009). *Barns behov på isolat*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/barns-behov-pa-isolat>

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjon: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, FOR-2000-12-01-1217. (2016). Hentet fra: <https://lovdata.no/>



---

Grønseth, R & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3.utg., s. 71-90). Bergen: Fagbokforlaget.

Hauer, J., Poplack, D. G., & Armsby, C. (2017). *Pediatric palliative care*. Hentet fra: [https://www.uptodate.com/contents/pediatric-palliative-care?search=palliative%20care%20young%20adults&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pediatric-palliative-care?search=palliative%20care%20young%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Kreftregisteret (s.a). *Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft*. Henter fra: <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Barnekreftregisteret/>

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s. 219-222). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Korsvold, L. (2009). Lek og barnesykepleie. *Sykepleien*, 90(12), 39-43.  
DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0035>

Psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer. (s.a). *Barn og unge*. Hentet fra: <http://www.kriser.no/ressursbank/barn-unge/>

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (1998). *Barnesykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2018). Hentet fra: <https://lovdata.no/>

Regjeringen. (s.a). *Når barnet må på sykehus*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/andre-dokumenter/bld/2003/syke-barn-i-familien/7/id275460/>

Ruud, K. R. (2012). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Singh, R. K., Raj, A., Paschal, S. & Hussain, S. (2015). Role of communication for pediatric cancer patients and their family. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 338-340.

DOI:[10.4103/0973-1075.164888](https://doi.org/10.4103/0973-1075.164888)

Soares, V. A., Silva, L. F., Santos, P. M & Depianti, J. R. B. (2016). The importance of playing for hospitalized children with cancer in palliative care. *Journal of Nursing*, 10(3), 1047-1053. <http://dx.doi.org.ezproxy2.inn.no/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201614>

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* (1.utg., s. 186-199). Oslo: Gyldendal Akademisk

## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1. PICO førsteutkast

Populasjon/problem	Intervention/tiltak	Comparison/sammenligning	Outcome/utfall
Child* Parents Pediatric Cancer Palliative care	Care Communication		Palliative care Relations

### Vedlegg 2. PICO andreutkast

Populasjon/problem	Intervention/tiltak	Comparison/sammenligning	Outcome/utfall
Child* Nurse Parents Hospital* Relation Cancer Communication	Nursing Communication Relations		Relations Safety

## Vedlegg 3, Funn i artiklene

Forfattere Årstall Land	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere Bortfall	resultat
Brady, Mary 2009 Storbritannia	Hospitalized Children's view of the good nurse	Identifisere kjennetegn ved en god sykepleier fra et barns perspektiv. Informere om barnesykepleie i praksis.	Kvalitativ  Intervju med barn der de selv fikk tegne og skrive	Deltagere: 22 barn	I analysen var det fem temaer: Kommunikasjon, faglig kompetanse, sikkerhet, profesjonelt utseende og gode egenskaper. Alle disse temaene var knyttet til barn synspunkt på en god sykepleier.
Cantell, Mary Ann og Christine Matula 2009 USA	The Meaning of Comfort for Pediatric Patients With Cancer	Hensikten var å beskrive betydningen av omsorg og trøst som ble gitt til kreftoverlevende barn.	Kvalitativ	Deltagere: 11 barn. 4 av disse deltok i en fokusgruppe mens 7 av de ble intervjuet over telefonen.	Fem temaer som pediatriske kreftpasienter mente at var enkle omsorgshandlinger gitt av sykepleier kom frem. Disse 5 temaene er: Sykepleier kan ikke late som om hun gir omsorg, prøv å ta sykehuserfaringer utenfor sykehuset, jeg er ikke bare et barn med kreft, omsorg for barnet inkluderer omsorg for familien og sykepleier gjør behandlingen mer utholdelig med små omsorgshandlinger.

---

Clarke, Juarne N. og Fletcher, Paula 2003 Canada	Communication Issues Faced by Parents Who Have a Child Diagnosed With Cancer	Hensikten var å finne ut hva foreldres erfaringer var. De mente foreldrene var eksperter på området og de var interessert i deres synspunkt	Kvalitativ	Deltagere: 29 foreldre	Seks temaer foreldrene diskuterte kommunikasjon rundt kom frem. Disse var: Kommunikasjon, diagnostisering, misforståelser og forvirring, å få "riktig" mengde informasjon, God kommunikasjon og å føle at de ble hørt.
--	--	---	------------	---------------------------	--

Arstall Land				Bortfall	
46 Soares, Vanessa Albuquerque, da Silva, Liliane Faria, do Santos, Priscila Mattos og Depianti, Jéssica Renata Bastos. 2016 Brasil	The importance of playing for hospitalized children with cancer in palliativ care.	Hensikten var å identifisere viktigheten med lek til palliative barn med kreft etter sykepleieres oppfatning.	Kvalitativ	Deltagere: 11, fire sykepleiere og syv sykepleierteknikere som ble valgt inn av studiet for å utføre aktiviteter.	Profesjonelle poengterte flere grunner til at lek var viktig for barn i den palliative fasen.
Hauer, Julie, Poplack, David G og Armsby, Carrie. 2017 USA	Pediatric palliative care.	Hensikten var å forbedre livskvaliteten til barn med en livstruende sykdom og familien deres, smertelindring og de psykiske, psykososiale og spirituelle behovene til barnet og familien.	Kvalitativ	Deltagere: 515	Fire hovedtemaer ble diskutert, disse var: palliativ plan, hvordan ivareta barna og familien, symptomlindring og omsorg i livets sluttfase hos barnet.
Singh, Rajesh Kumar, Raj, Aditya, Paschal, Sujata og Hussain, Shahab. 2015 India	Role of communication for pediatric cancer patients and their family.	Hensikten var å belyse forelderens syn på i hvor stor grad barna skulle få informasjon om diagnose, om de skulle ta del i avgjørelse om behandling og om de skulle få informasjon om bivirkninger.	Kvantitativ	Deltagere: 25 familier. Bortfall: 2 familier.	Familiene ble intervjuet og besvarte spørsmål angående diagnose, behandling og bivirkninger. Disse svarene ble satt opp i en tabell hvor svarene ble vist i prosent.

## Vedlegg 4, Søketablell

<b>Databaser</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Antall leste (abstrakt og fulltekst)</b>	<b>Valgte artikler</b>
Uptodate	Pediatric palliative care	Ukjent	Abstrakt: 4 Fulltekst: 1	Pediatric palliative care
CHINAL	Pediatric AND Palliative care AND Communication	420	Abstrakt: 3 Fulltekst: 2	Role of communication for pediatric cancer patients and their family.
	Children AND Palliative care AND Cancer	932	Abstrakt: 9 Fulltekst: 3	The importance of playing for hospitalized children with cancer in palliative care.
	Pediatric pasients AND Cancer AND Comfort	72	Abstrakt: 7 Fulltekst: 3	The meaning of comfort for Pediatric Patients With Cancer
	Communication AND Hospitalized children AND Safety	60	Abstrakt: 5 Fulltekst: 2	Hospitalized children's views of the good nurse
	Communication issues AND Child AND Cancer	84	Abstrakt: 8 Fulltekst: 2	Communication issues faced by parents who have a child diagnosed with cancer