

**BACHELOROPPGAVE:**

**LEK SOM OMSORG**

***HVORDAN KAN LEK VÆRE ET VERKTØY I DEN  
SYKEPLEIEFAGLIGE TILNÆRMINGEN TIL BARN UTSATT  
FOR OMSORGSSVIKT?***

FORFATTERE: CHRISTINA TOYNE BRUSLETTO OG MARI  
ELINE BRENDRYEN

Dato: 19.05.2017

## SAMMENDRAG

Tittel:	Lek som omsorg. Hvordan kan lek være et verktøy i den sykepleiefaglige tilnærmingen til barn utsatt for omsorgssvikt?	Dato: 19.05.2017
Deltaker(e)/	Christina Toyne Brusletto Mari Eline Brendryen	
Veileder(e):	Inger Balke	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Omsorgssvikt, sykepleie, lek	
Antall sider/ord: 45/10435	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p><b>Innledning:</b> Omsorgssvikt kan gi barn en vanskelig start på livet. Som sykepleier har man ikke bare ansvar for å melde fra om bekymringsverdige forhold, en kan også bidra i både behandling og oppfølging. Det er derfor nødvendig å vite hvordan man kan ivareta barna på en god måte.</p> <p><b>Hensikt:</b> Undersøke hvordan lek kan anvendes av sykepleiere i møte med barn utsatt for omsorgssvikt, og hvilken effekt det har.</p> <p><b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie. Det er foretatt systematiske søk i databasene Cinahl (EBSCO), PsycINFO (Ovid), PubMed, SweMed+ og SAGE. Aktuelle søkeord var: Child abuse, play, nursing care model og nurse-patient relation.</p> <p><b>Resultat:</b> Det er funnet fem vitenskapelige artikler som danner grunnlaget for resultatet. Artiklene viser at det er hensiktsmessig å bruke lek i tilnærming til barn. Effekten av lek blir identifisert samt hvilke utfordringer som kan forekomme.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Litteraturstudien bekrefter at lek har en positiv effekt i tilnærmingen til barn utsatt for omsorgssvikt. Lek gir sykepleiere mulighet til å forstå barnet, og bli en del av dens fantasiverden. Enda viktigere er det at barn får mulighet til å kommunisere, bearbeide følelser og utvikle seg. Tid til lek og kompetanse er utfordringer sykepleiere kan møte på.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Play in nursing care. How can play become a means in nurses approach to children who have experienced neglect?	Date:	19.05.2017
Participants	Christina Toyne Brusletto Mari Eline Brendryen		
Supervisor(s)	Inger Balke		
Employer:			
Keywords (3-5)	Neglect, child abuse, nursing, play		
Number of pages/words: 45/ 10435	Number of appendix: 0	Availability: open	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><b>Introduction:</b> Neglect can give children a difficult start to life. As a nurse your responsible is not just to report worrying circumstances, you have to contribute in treatment and follow-up as well. Therefore, it is necessary to have knowledge in how to safeguard these children in the best way possible.</p> <p><b>Aim:</b> Examine how play can be used by nurses when meeting neglected children, and viewing its effects.</p> <p><b>Method:</b> The thesis is a literature study. Systematic searches have been conducted in following databases: Cinahl (EBSCO), PsycINFO (Ovid), PubMed, SweMed+ and SAGE. Appropriate keywords: child abuse, play, nursing care model and nurse-patient relation</p> <p><b>Results:</b> Five articles are the foundation for the presentation of the results. The articles shows that it is beneficial using play in nursing care for children. The effects of play are identified, along with possible challenges that can occur.</p> <p><b>Conclusion:</b> The literature study confirms that play has a positive effect in nursing care for neglected children. Play gives nurses the ability to understand the child and become a part of their world. More important the child is given the opportunity to communicate, process feelings and evolve. Nurses can encounter challenges as lack of time for play and competence.</p>			

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 INTRODUKSJON TIL VALGT TEMA.....	6
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.....	7
1.3 PRESENTASJON AV VALGT ALDERSGRUPPE I OPPGAVEN.....	7
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>8</b>
2.1 OMSORGSSVIKT .....	8
2.2 KONSEKVENSER AV OMSORGSSVIKT .....	9
2.3 RESILIENS OG SÅRBARHET .....	10
2.4 ERIKSONS UTVIKLINGSTEORI .....	11
2.5 SYKEPLEIE TIL BARN.....	12
2.5.1 Hva er god sykepleie til barn? .....	12
2.5.2 Lek hos barn .....	12
2.5.3 Lek hos barn utsatt for omsorgssvikt .....	13
2.5.4 Lek som terapi.....	14
2.6 ETIKK I SYKEPLEIE TIL BARN .....	14
2.7 SYKEPLEIETEORI.....	15
2.7.1 Patricia Benner og Judith Wrubel.....	15
2.7.2 Katie Eriksson .....	15
2.8 HENSIKT MED OPPGAVEN.....	16
2.9 PROBLEMSTILLING .....	16
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>17</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE .....	17
3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV FORSKNING .....	17
3.4 FORSKNINGSETIKK .....	18
3.5 INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	18
3.6 SØKESTRATEGI .....	19
3.7 ANALYSE AV ARTIKLER .....	21
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>22</b>
4.1 ARTIKKEL 1.....	22
4.2 ARTIKKEL 2.....	23
4.3 ARTIKKEL 3.....	25
4.4 ARTIKKEL 4.....	26
4.5 ARTIKKEL 5.....	27
4.6 TEMATISK SAMMENFATNING AV RESULTATER .....	29
4.6.1 Sykepleie til barn etter traumatiske hendelser.....	29
4.6.2 Kunnskap om sykepleie til barn og lek .....	29
4.6.3 Sykepleiefaglig tilnærming til barn .....	29
4.6.4 Bruk av lek.....	30
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>31</b>
5.1 TIDEN ETTER OMSORGSSVIKT .....	31
5.2 LEK – NATURLIG OMSORG FOR BARN .....	32
5.3 GJENNOMFØRING AV SYKEPLEIEPLANER OG LEK .....	34
5.4 UTVIKLING OG TILLIT .....	35
5.5 ETIKK .....	35
5.6 KOMPETANSE OG KUNNSKAP - EN FORUTSETNING I MØTE MED BARN UTSATT FOR OMSORGSSVIKT .....	36
5.7 KRITISK VURDERING AV VITENSKAPELIGE ARTIKLER OG FAGLITTERATUR .....	37
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>39</b>

**7.0 LITTERATURLISTE ..... 41**

**ANTALL ORD: 10435**

# 1.0 Innledning

## 1.1 Introduksjon til valgt tema

Kempe (1979, som sitert i Killén 2016) definerer omsorgssvikt ved at foreldre eller omsorgspersoner for barnet utsetter det for psykiske og/eller fysiske overgrep. Det innebærer også alvorlig vanskjøtting som gir fare for at barnets fysiske og psykiske helse, samt utvikling kan komme til skade. Seksuelle overgrep og vold betegnes også som omsorgssvikt. Videre kan foreldre og omsorgspersoners livssituasjon betegnes som omsorgssvikt dersom det fører til fare for barnet. Eksempler på ulike livssituasjoner er skilsmisse og rusproblematikk (Killén, 2016).

Å bli utsatt for omsorgssvikt som barn kan gi en vanskelig start på livet. Vold i barndommen kan forårsake både alvorlige fysiske og psykiske plager. Barn som blir utsatt for omsorgssvikt og andre traumatiske opplevelser har ofte atferdsproblemer, depresjon og vansker på skolen (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015a). I løpet av 2015 fikk barnevernet totalt 54 396 bekymringsmeldinger vedrørende 48 330 barn og unge i Norge (Barnevern 2015, 2016). Av disse kommer blant annet 5,8% av bekymringsmeldingene fra leger, sykehus og tannleger, dette tilsvarer 3155 meldinger (Barne-, ungdoms - og familiedirektoratet, 2015b). I bekymringsmeldingene er det blant annet gitt uttrykk for manglende foreldreferdigheter, konflikter i hjemmet, rusmisbruk og psykiske problemer hos foreldre eller omsorgspersoner. Varslingene har ført til at 53 439 barn har fått hjelpe- og omsorgstiltak fra barnevernet (Barnevern 2015, 2016). Eksempler på hjelpetiltak er råd og veiledning, opphold i barnevernsinstitusjon og fosterhjem, tilsyn i hjemmet, støttekontakt og familiesenter for foreldre og barn (Barne-, ungdoms - og familiedirektoratet, 2015c).

I Helsepersonelloven §33 (1999) blir det fastslått at helsepersonell skal gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn opplever omsorgssvikt. Taushetsplikt skal ikke være et hinder. Foruten å melde fra om omsorgssvikt, skal helsepersonell gi barnet oppfølging og langsiktig behandling ved hjelp av et tverrfaglig team (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2015). FN's konvensjon for barns rettigheter (1989) oppgir at det skal iverksettes alle nødvendige tiltak for å beskytte barn mot alle former for fysisk og psykisk misbruk. Herunder vold, vanskjøtsel, utnyttning, seksuelt misbruk og skade. Beskyttelsestiltak bør inneholde effektive prosedyrer, videre henvisning, rapportering,

undersøkelse, forebygging, behandling og oppfølging av situasjoner hvor fysisk og psykisk misbruk er tilfelle. Barnevernloven (1992), sikrer at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Loven bidrar også til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

## ***1.2 Sykepleiefaglig relevans***

Som sykepleiere arbeider man med mennesker i alle aldre, også barn. Dette gir grunnlag for den sykepleiefaglige relevansen, da sykepleiere gjennom sitt arbeid med barn vil kunne møte på barn utsatt for omsorgssvikt. Sykepleiere kan arbeide på mange arenaer både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hvor denne problemstillingen vil være aktuell. Eksempelvis på barneavdelinger, i skolehelsetjenesten, på legekantor eller helsestasjon. Sykepleiere vil ofte være en del av et tverrfaglig team som innebærer at flere faggrupper bidrar med sin kompetanse slik at barnet får en helhetlig og best mulig behandling (Tveiten, 2012a).

I et tverrfaglig samarbeid er sykepleierens oppgaver i møte med barn å tilrettelegge, slik at barnet oppnår bedre helse, samtidig som barnets utvikling ivaretas. Videre skal sykepleiere skape kontinuitet ved planlegging, oppfølging og organisering av tiltak. Sykepleiere skal også legge til rette for samarbeid mellom de ulike faggruppene, samt hjelpe barnet til å forholde seg til de involverte (Tveiten, 2012a). Det stilles store krav til moralsk standard og refleksjon over egen praksis for sykepleiere som arbeider med barn. Årsaken til dette er at barn og unge har begrenset rett til selvbestemmelse, evne til å si ifra og mulighet til å bli hørt av voksne (Grønseth og Markestad, 2011).

## ***1.3 Presentasjon av valgt aldersgruppe i oppgaven***

Det er ønskelig å presentere valgt aldersgruppe innledningsvis. Dette er fordi relevant bakgrunnsteori er begrenset til å kun inneholde lek - og utviklingsteori om valgt aldersgruppe. Aldersgruppen blir også omtalt under inklusjons – og eksklusjonskriterier i metodekapittelet. I denne oppgaven er det valgt å fokusere på barn i alderen 3-12 år.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Omsorgssvikt

Barnelova (1981) sier at barn har krav på omsorg fra dem som har foreldreansvaret. Videre sier loven at barnet ikke skal bli utsatt for vold, eller bli håndtert slik at fysisk og psykisk helse kommer til skade. Bruk av vold og annen hensynsløs oppførsel overfor barnet er forbudt.

Omsorgssvikt og andre former for mishandling har forekomst i alle sosiale lag, og det er dokumentert at visse faktorer øker risikoen. Noen av disse risikofaktorene er foreldre med dårlig sosialt nettverk, spesielt unge og enslige. En annen gruppe er foreldre som selv har opplevd omsorgssvikt som barn, samt foreldre som har psykiske lidelser eller sliter med rusmisbruk (Grønseth og Markestad, 2011). Det blir skilt mellom fire forskjellige former for omsorgssvikt. Disse formene er vanskjøtsel, fysiske overgrep, psykiske overgrep og seksuelle overgrep. Det er sjelden at barna som har vært utsatt for omsorgssvikt opplever kun den ene formen for overgrep (Killén, 2016). Å ha vært utsatt for traumatiske opplevelser kan føre med seg en følelse av hjelpeløshet og svik. Dette vil kunne føre til at mennesker som har vært traumatisert av andre mennesker, vil være skeptiske til dem ønsker å hjelpe (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013).

Killén (2016) beskriver de fire ulike inndelingene av omsorgssvikt slik: vanskjøtsel er den vanligste formen for omsorgssvikt og innebærer manglende dekning av barnets fysiske, kognitive, emosjonelle og sosiale behov. Ytre tegn på vanskjøtsel kan være at barnet er skittent, anemisk og underernært, preget av bleieutslett eller dårlig stell. Fysiske overgrep omfatter skading ved handling, eller manglende tilstedeværelse. Ytre tegn kan for eksempel være blåmerker på steder det ikke er vanlig for barn å ha blåmerker, som følge av slag og klyp. Videre er brannså, brudd og hodeskader etter risting, fall og slag aktuelle kjennetegn. Psykiske overgrep er vanskelig å definere da skadene sjeldent er synlige (Killén, 2016). WHO (2002, i Killén 2016) beskriver psykiske overgrep når omsorgspersoner har en kronisk holdning overfor barnet som er ødeleggende. Dette forhindrer utvikling, og et positivt selvbilde hos barnet. Barn som kan være utsatt, er barn av rusmisbrukere, barn av foreldre med psykiske lidelser, barn i isolerte trossamfunn og barn som oppfattes annerledes. En kan se tegn som at barnet trekker seg tilbake i skolesammeheng, følelsesmessig tilbaketrekning -



og isolasjon, samt utagerende oppførsel (Killén, 2016). Schechter og Roberge (1976, i Killén 2016) beskriver seksuelle overgrep ved at voksne omsorgspersoner engasjerer barn i seksuelle aktiviteter som de ikke er modne for, hverken emosjonelt, seksuelt eller utviklingsmessig. På grunn av dette vil de heller ikke kunne være i stand til å samtykke. Fysiske tegn på seksuelle overgrep hos barn kan eksempelvis være tannskader, kjønnssykdommer, skader og blødninger fra genital – og analområdet, kroniske urinveisinfeksjoner og vansker med å gå og sitte (Killén, 2016). Seksuell lavalder i Norge er 16 år (Barneombudet, u.å).

## **2.2 Konsekvenser av omsorgssvikt**

Tetzcher (2012, som beskrevet i Håkonsen 2014) oppgir at utviklingsprosesser pågår hele livet. Det er likevel særlig i barndommen at fysiske og psykologiske forandringer er større enn senere i livet. Utviklingsprosesser som skjer i barndommen, vil være avgjørende for alle stadier i resten av livet, for eksempel ungdomsårene. Dersom omsorgspersoner ikke opparbeider en grunnleggende tillit hos barnet i løpet av de første leveårene, kan det gi mistilpasset utvikling hos barnet. Barnet må eksponeres for miljø der tillit og trygghet står i fokus over lengre tid dersom det skal klare å opparbeide tillit til sine omgivelser (Håkonsen 2014). Perry (2000, beskriver i Killén 2016) at de nevralt stiene i hjernen svekkes, og forblir inaktive ved alvorlig mangel på stimulering i et menneskets første leveår. Dette medfører at barnet ikke når de vanlige utviklingsnivåene. Barnets hjerne kan også bli påvirket negativt av uforutsigbarhet og stress over lengre tid. Dette sees spesielt i deler av hjernen som er koblet til angst og fryktreaksjoner.

Killén (2016), Kendall-Tackett (2002) og Felitti *et al.*, (1998), hevder at omsorgssvikt i barndommen vil kunne ha konsekvenser for atferd, sosialt liv, fysisk, psykisk og somatisk helse. Kendall-Tackett (2002) beskriver fire utviklingsstier med konsekvenser som kan påvirke helsen til barn utsatt for overgrep og annen omsorgssvikt:

- Den ene stien heter atferds-stien, og omtaler adferd som er skadelig for helsen. Denne atferden kan være preget av blant annet rusmiddelbruk, spiseforstyrrelser, selvmordsforsøk og søvnevansker.
- Videre beskriver hun den sosiale stien, som angår relasjonsmønstre og tilknytningsmønstre. Denne stien forteller om nedsatte evner til å danne og

oppretholde positive relasjoner. Personer i denne stien vil være unnvikende eller invaderende. Unnvikende personer vil være lite avhengig av andre, ha få venner og være lite engasjert i egne relasjoner. Det Kendall-Tackett kaller invaderende personer, vil bære preg av å være avhengige av andre, kontrollerende og krevende i sine relasjoner.

- Den tredje stien omhandler kognitiv funksjon. Den beskriver persepsjoner og holdninger som kan ha innvirkning på helsen. Barn vil for eksempel se verden som svært farlig. De oppfatter at de er hjelpeløse og i fare. Persepsjoner disse personene har, er forvrengte og kan bidra til stress og utvikling av depresjon.
- Den fjerde og siste stien er den følelsesmessige stien. Den dreier seg om depresjoner og posttraumatisk stresslidelse. Begge disse psykiske lidelsene vil ha en direkte påvirkning på helsen.

Ikke alle barn som utsettes for omsorgssvikt utvikler psykopatologi senere i livet. Dette forklares med resiliens (Killén, 2016).

### ***2.3 Resiliens og sårbarhet***

Barn som utvikler seg godt, tatt i betraktning av at de opplever belastninger og stress, omtales som resiliente. Resiliens omhandler hvordan individer reagerer på stress, og deres mentale håndtering av stress og vanskelige livssituasjoner. Resiliens er en del av individets beskyttelsesfaktorer (Kvello, 2010).

Sårbarhet kan ses som motsetningen til robusthet. Alle mennesker har sårbarhet som er et karaktertrekk. Det varierer hvor sårbart et menneske er. Selv de mest robuste har sårbarhet i varierende grad. Noen er heldige og lever uten den typen stress de er sårbare for, mens andre blir eksponert for mye stress som rammer og utfordrer deres sårbarhet (Kvello, 2010). Stress er summen av de fysiske og psykiske påkjenninger som vi utsettes for (Håkonsen, 2014).

Forskjellig grad av sårbarhet og motstandsdyktighet forklarer hvorfor barn kan reagere ulikt på miljøforhold (Kvello, 2010).

## ***2.4 Eriksons utviklingsteori***

Håkonsen (2014) beskriver Erik H. Eriksons åtte psykososiale utviklingsfaser. Fasene skjer i en bestemt rekkefølge i livet, og er knyttet til bestemte alderstrinn. Alle aldre inneholder både muligheter og kriser. Erikson hevder at relasjonene man danner i løpet av livet er med på utviklingen av både det følelsesmessige og sosiale hos hvert menneske. I tillegg vil fasene man gjennomgår i løpet av livet være med på å forme personligheten vår. Alle fasene stiller krav vi må tilpasse oss, hvor kravene kan løses på gunstige eller ugunstige måter. For hver fase i livet, vil man ta med tidligere opplevd faser og erfaringer. Hvordan vi har lyktes i tidligere stadier vil påvirke, og være avgjørende for hvordan vi løser livskriser i etterfølgende stadier (Håkonsen, 2014). Håkonsens åtte utviklingsfaser presenterer menneskets livsperspektiv, og starter når barnet blir født og varer helt til alderdommen. Her presenteres de ulike utviklingsfasene fra barnet er født, til det er i starten av tenårene:

- **Tillit versus mistillit (0- ca. 1.5 år)** - I denne alderen utvikles det trygghet og tillit til omgivelsene. Barnet kan føle trygghet og utrygghet, behag og ubehag samt glede og sinne.
- **Autonomi versus tvil (1,5-3 år)** - I denne alderen vil barnet gjennomgå fysisk, intellektuell og språklig utvikling. Barnet vil kunne føle skam og nederlag, dersom det ikke innfrir foreldres forventninger.
- **Initiativ versus skyld (3-5 år)** - I denne alderen utvikler barnet forståelse for hva som er rett og galt. Barnet vil ta initiativ og være nysgjerrig. Med et ønske om å frigjøre seg fra foreldre kan barnet gjøre ting det ikke har lov til, som igjen kan føre til skyldfølelse.
- **Kreativitet versus underlegenhet (6- ca.14 år)** - I denne alderen vil fysiske og intellektuelle aktiviteter være i fokus. Barnet sammenligner seg med venner og andre elever. Sammenligning med andre barn kan skape konflikt mellom opplevelsen av å være god nok, og det å være underlegen. Tidligere livskriser vil være viktige funksjoner i videre personlighetsutvikling.  
(Håkonsen, 2014).

## ***2.5 Sykepleie til barn***

### ***2.5.1 Hva er god sykepleie til barn?***

Kvalitet på sykepleie avhenger av sykepleierens kompetanse, holdninger og praktiske ferdigheter. De ulike aspektene ved kompetanse er knyttet sammen, og ingen aspekter er viktigere enn andre. God sykepleie er særpreget ved å ta hensyn til konteksten barnet er i, for eksempel alder og familiesituasjon. Når barnet opplever lindring, trygghet og tillit som følge av tilfredsstillende sykepleiefaglig, etisk - og juridisk utøvelse, kan sykepleien defineres som god (Tveiten, 2012a).

For å møte barn på en god måte må sykepleieren ha kunnskap om barns fysiske og psykiske utvikling. For å kunne forstå barnets kommunikasjon og atferd må sykepleieren inneha kunnskaper i psykologi. Videre er pediatrik kunnskap, så vel som ferdigheter innen behandling og lindring viktig for å kunne vurdere barns symptomer sammen med et tverrfaglig team. Barns autonomi og brukermedvirkning ivaretas ved at sykepleieren har kunnskaper i etikk og jus. For å kunne skape en relasjon med barnet er det viktig at sykepleieren evner å bruke fantasi, er lekende og tålmodig (Tveiten, 2012a). Tillit er viktig i relasjonen mellom sykepleier og barn. Man må ofte arbeide intenst over tid for å oppnå tillit. For sykepleiere kan det være krevende og vanskelig, da de ofte er involvert i prosedyrer som barnet kan finne skremmende og vondt. Dette ville kunne påvirke utviklingen av tillit på en negativ måte (Bricher, 1999).

### ***2.5.2 Lek hos barn***

Tveiten (2012b) hevder at lek med barn kan være nyttig i sykepleieutøvelse. Lek kan brukes som avledning fra smerter og ubehag, forberedelse til undersøkelser og prosedyrer, samt bearbeiding av vonde opplevelser. Leking hos barn foregår ulikt og må tilpasses individuelt ved å kartlegge hvordan barnet leker. Lek bidrar til samspill med andre, språkutvikling, personlighetsutvikling og fysisk utvikling i form av motorikk. Videre gir det mulighet for barnet å uttrykke følelser, og blir derfor en måte for barnet å kommunisere på. Tegning og kunst vil ha tilsvarende effekt. Ved å observere og lytte til barn under lek kan man få innblikk i barnets tanker og følelser. Dersom barnet leker etter en ubehagelig opplevelse, blir det enda viktigere å observere hvordan det leker. Leken kan gi uttrykk for hva som har skjedd, og

hvordan barnet har oppfattet det. Dette kan man bruke til å hjelpe barnet til bearbeiding av hendelsen (Tveiten, 2012b).

Grønseth og Markestad (2011) presenterer lek på ulike alderstrinn. For denne oppgaven er det alderstrinnene 3-12 år som er relevant. Fra barnet er 3 år er rolleleker sentralt. Barnet har god fantasi og kan utgi seg for å være dyr eller andre mennesker. Rollelekene vil stadig utvikles, og etterhvert vil det kunne utnyttes terapeutisk. En kan oppfordre barnet til å være sykepleier, mens bamsen eller deltakende sykepleier skal være ”syk”, eller ha et behov for hjelp. I skolealder er spill, TV-spill, gjemsel og fysisk aktivitet framtrædende leker. Leken bærer større preg av konkurranse og barnet har i større grad kontroll. I lys av konkurranse er spillets utfall usikkert (Grønseth og Markestad, 2011).

Grønseth og Markestad (2011) viser til at ulike leker, kan ha ulike effekter. Musikk, eventyr og kosedyr blir omtalt som leker som skaper trygghet og avslapning. Spennende- og nye leker, samt leker som lager lyd kan virke distraherende, og vil være nyttig i forbindelse med undersøkelser. Anatomiske riktige dukker kan brukes til å illustrere kroppens funksjon, og hjelpe barnet til å bearbeide følelser i forbindelse med undersøkelser. Det samme vil også bøker, legeutstyr som sprøyter og stetoskop gjøre. Videre hevder Grønseth og Markestad at lek kan brukes til å skape kontakt, trygghet, trivsel, glede og mestingsopplevelser for barnet.

Arbeidsplassen sin kultur, og personalets syn på lek og dens betydning er elementært. Lek er å anse som like viktig som legevisitt og behandling. Lek skal utøves uavhengig av hvem som er på jobb, og hver enkelt sykepleier må tørre å leke (Grønseth og Markestad, 2011).

### ***2.5.3 Lek hos barn utsatt for omsorgssvikt***

Når barn ikke leker, er det et tegn på at noe er galt (Gil, 2010). Cooper (2000) skriver i sin litteraturgjennomgang at omsorgssvikt kan ha betydning for barns lek. Konsekvenser som forsinket leke- utvikling, dårlig evne til å tilpasse seg i lek, og mangel på lekenhet og evner blir nevnt. Barna kan ha vanskeligheter med å engasjere seg i lek, og takle nye sosiale lekesituasjoner. Årsaken til dette er emosjonelle forstyrrelser, sen utvikling i lek og mangel på positive opplevelser med lek. Dette viser seg igjen ved at barnet leker på en dårlig kontrollert og uorganisert måte med mangel på glede og interesse. Kvello (2010) beskriver at barn utsatt for omsorgssvikt har dårligere fantasi og svak lekekompetanse. På grunn av dette velger noen

barn å ty til lek med yngre barn. Ved samspill med yngre barn, vil barnet som er utsatt for omsorgssvikt kunne føle trygghet, fordi de i en slik situasjon vil kunne dominere.

#### ***2.5.4 Lek som terapi***

Leketerapi, eller terapeutisk lek blir brukt i behandling av psykiske lidelser og problemer. Dette blir særlig anvendt i møte med barn. Leken er da barnas kommunikasjonsmåte, slik tale er for voksne mennesker (Leketerapi, 2016). For barn kan lek være med på å redusere stress, og gi mestringsfølelse i krevende situasjoner. Leken virker som et tilfluktssted hvor barnet kan gjenvinne kontroll, og få en opplevelse av at ”jeg kan”. Når leken foregår på licksom, skapes en avstand til følelser og opplevelser som er skremmende å forholde seg til i virkeligheten. Slik bearbeider barnet følelser og traumatiske opplevelser (Grønseth og Markestad, 2011).

#### ***2.6 Etikk i sykepleie til barn***

Å vite at man handler etisk forsvarlig som sykepleier er vanskelig. En metode for å vite om noe er etisk forsvarlig i arbeidet med barn, er å reflektere over de fire-prinsippers etikk utviklet av Beauchamp. Beauchamp (1994, beskrevet i Tveiten 2012c), betegner de fire prinsippene som autonomiprinsippet, ikke-skade-prinsippet, velgjørhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Under autonomiprinsippet må foreldrenes autonomi respekteres, men det må også barnets. Autonomi handler om retten til selvbestemmelse, og rett til å uttale seg. Under ikke-skade-prinsippet skal sykepleier sørge for at barn og foreldre ikke blir utsatt for noe som kan gi mer skade. Skånsomme metoder skal velges så langt det er mulig. Velgjørhetsprinsippet handler om å gjøre det som er best for barnet. Som sykepleier har man en kraft i sin fagkompetanse, en makt som innebærer mer kunnskap, myndighet i beslutninger og en større kontrollfunksjon. Denne makten må brukes til fordel for barnet (Tveiten, 2012c). For eksempel har sykepleier en lovpålagt plikt til å melde fra ved mistanke om omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999). Rettferdighetsprinsippet handler om plikten til å behandle like tilfeller likt og rettferdig fordeling av ressurser (Brinchmann, 2008).

## **2.7 Sykepleieteori**

### **2.7.1 Patricia Benner og Judith Wrubel**

Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori er valgt i oppgaven fordi det fremgår i teorien at omsorg danner grunnlag for mestring, tillit og opplevelse av å føle seg ivaretatt. Videre vil det være nyttig å ta utgangspunkt i en teori som beskriver at sykepleie skal være individuelt tilpasset med utgangspunkt i hvilken situasjon pasienten befinner seg i.

Benner og Wrubel hevder i sin teori at omsorg gir mennesker betydningsfull mestringsevne, og evne til å forholde seg til situasjoner på. Videre hevder de at omsorg oppstår ved at man bryr seg om noen. Omsorg skaper på den måten muligheter for å både motta og gi hjelp til andre. I et slikt mellommenneskelig forhold får man mulighet til å ha tillit til hverandre og føle seg ivaretatt. Omsorg vil også kunne hjelpe pasienten til å mestre stress (Kirkevold, 2012).

Det å bry seg om noen eller noe som angår en, altså omsorg, er en forutsetning for all menneskelig aktivitet. Omsorg gir grunnlag for hvordan mennesket møter sykdom og lidelse, men også de positive aspektene ved livet. Sykepleie er å anse som en menneskelig aktivitet hvor man gir omsorg ved å bry seg om noen. I sykepleie er det personer som trenger hjelp til å takle sykdom og lidelse som danner behovet for utøvelse av omsorg. I sykepleieteorien fremgår det at sykepleiere skal ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon og deres særskilte behov. Dette vil hjelpe pasienten til å kunne mestre sykdomsrelaterte situasjoner, og situasjoner preget av stress. Hvordan man skal håndtere en situasjon, skal tilpasses og avgjøres sammen med pasienten (Kirkevold, 2012).

### **2.7.2 Katie Eriksson**

Katie Eriksson hevder i sin sykepleieteori at omsorg består av pleie, lek og læring. Lek forbindes med utvikling av tillit og trygghet, i både sosiale og rehabiliterende situasjoner. Videre fremgår det at lek fremmer menneskets utvikling og bekrefter ens identitet. Lek er betinget av tillit til omgivelsene, og er derfor et sentralt element i omsorg (Kirkevold, 2012). Her blir lek presentert, da det er relevant for denne litteraturstudien. Fem punkter identifiserer de grunnleggende former for lek:

1. Lek som assimilasjon: man tilpasser seg ny informasjon.
2. Lystbetont lek: gir uttrykk for livslyst, rekreasjon og avslapning.
3. Skapende lek: fremmer integrering.
4. Lek etter ønske: fremmer hvile og energi.
5. Lek som øving og testing av egne evner: nye ferdigheter læres.

## ***2.8 Hensikt med oppgaven***

I denne litteraturstudien er formålet å se om lek kan være et nyttig og gjennomførbart tiltak i sykepleie til barn utsatt for omsorgssvikt. Hensikten med studien er å belyse hvordan sykepleiere kan anvende lek i møte med barna, og hvilke effekter det kan ha. Det er ønskelig å bidra til at sykepleiere får økt kunnskap om lek, og hva det betyr for barn.

## ***2.9 Problemstilling***

Hvordan kan lek være et verktøy i den sykepleiefaglige tilnærmingen til barn utsatt for omsorgssvikt?



## **3.0 Metode**

Her blir litteraturstudie som metode beskrevet, samt søkestrategi for valgte artikler.

### ***3.1 Litteraturstudie***

En litteraturstudie er et omfattende studie hvor man tolker litteratur som angår et bestemt emne. Når man foretar en litteraturstudie, lager man en problemstilling som man skal finne svar på ved å søke og analysere relevant litteratur, ved bruk av en systematisk tilnærming. Litteraturstudier følger vanligvis IMROD-struktur, hvor I står for introduksjon til emnet, M står for metode, R for resultat, O for og, og D for diskusjon. Litteraturstudier er viktig, fordi de har som mål å oppsummere og analysere all litteratur som er tilgjengelig om et emne. En slik sammenfatning vil være nyttig for den som leser, da en slik metode vil gjøre at man som leser ikke trenger å gå inn på hver enkelt artikkel om emnet. Dette er spesielt viktig da det er en økende mengde med litteratur tilgjengelig for ansatte i helse- og sosialsektoren, og man kan ikke forvente at alle skal lese og gjøre seg kjent med all tilgjengelig litteratur om et emne (Aveyard, 2014).

### ***3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning***

Kvalitativ forskning som metode blir brukt for å undersøke ulike fenomen i deres naturlige omgivelser. Forskeren ønsker å forstå helheten av en opplevelse. Datainnsamling foregår ofte gjennom intervju, hvor man bruker deltakerens ord og beskrivelser. Observasjon og fokusgruppeintervju blir også brukt. I motsetning til kvantitativ forskning blir det brukt lite statistikk i presentasjon av resultat (Aveyard, 2014).

Ved kvantitativ forskning som metode, bruker man eksperimentelle metoder og/eller metoder hvor datainnsamling og resultat er nummerert i matriser. Vanligvis er det ingen tilknytning mellom forsker og deltaker under studien. Kvantitativ forskning har ofte mange deltakere og funn kan brukes i flere sammenhenger. Det finnes flere typer undergrupper av kvantitativ studie, blant annet Kohortstudie og randomisert kontrollert studie (RCT) (Aveyard, 2014).

### ***3.4 Forskningsetikk***

Helseforskningsloven (2008) har som formål å sikre etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Det fremgår at forskning skal respektere både menneskeverd og menneskerettigheter. Taushetsplikt skal overholdes i forskning, dette sørger for at personvernsrelaterte forhold blir sikret. Etikk, medisinske og - helsefaglige forhold, samt vitenskapelige forhold skal også ivaretas. Det skal foreligge frivillig samtykke fra deltakere som kan dokumenteres. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) fremhever fire prinsipper som skal bidra til god forskningsetikk: respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet.

### ***3.5 Inklusjon- og eksklusjonskriterier***

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Barn 3-12 år	Barn 0-2 år og 13-18 år
Fagfellevurdert: vitenskapelig nivå 1 eller 2	Foreldre og vergers perspektiv
Artiklene følger IMROD-struktur	
Resultater som er overførbare til Norge	
Resultater som er overførbare til sykepleie i møte med barn utsatt for omsorgssvikt	
Barns- og sykepleiers perspektiv	

### 3.6 Søkestrategi

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
<b>1. Child abuse therapy</b> (Search with keyword)	CINAHL (EBSCO)	1 2 1 AND 2	233 38 1
<b>2. Nursing care model</b> (Search with keyword)	03.04.17		
<b>1. Funn:</b> Rocha, P.K., do Prado, M.L og Carraro, T.E. (2008) Nursing care model for victims of violence.			Artikkel nr. 1 av 1.
SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
<b>1. Child</b> (Search with keyword)	CINAHL (EBSCO)	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	<b>458120</b> <b>19213</b> <b>166</b>
<b>2. Trust</b> (Search with keyword)	03.04.17	<b>1 AND 2 AND 3</b>	<b>1</b>
<b>3. Good nurse</b> (Search with keyword)			
<b>2. Funn:</b> Brady, M. (2009) Hospitalized Children`s Views Of The Good Nurse.			Artikkel nr. 1 av 1.
SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
<b>1. Child abuse</b>	PsycINFO	1	65412
<b>2. Nursing care of children</b> (Multi-Field Search)	(Ovid) 05.04.17	2 1 AND 2	151 12
<b>3. Funn:</b> Mulvihill, D. (2007) Nursing Care of Children after a Traumatic Incident.			Artikkel nr. 6 av 12.

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
<b>1. Child</b> (Search with keyword)	CINAHL (EBSCO)	1 2 3	458120 50309 11803
<b>2. Play</b> (Search with keyword)	06.04.17	4 1 AND 2 AND 3 AND 4	2039 3
<b>3. Pediatric nursing</b> (Search with keyword)			
<b>4. Nurses perceptions</b> (Search with keyword)			
<b>4. Funn:</b> Francischinelli, A.G.B., Almeida, F.A., Fernandes, D.M.S.O. (2012) Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions.			Artikkel nr. 1 av 3.
SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
<b>1. Child abuse</b>	PubMed	1	42295
<b>2. Social relations</b>		2	92036
<b>3. Trust</b>	04.04.17	3 1 AND 2 1 AND 2 AND 3	215501 2694 67
<b>5. Funn:</b> Kraft, L.E. og Eriksson, U-B. (2015) The School Nurse`s Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust- Creating Process.			Artikkel nr. 6 av 67.

### ***3.7 Analyse av artikler***

Ved analyse av utvalgte artikler har fokus vært på om studiene kan gi direkte svar, eller relateres til vår problemstilling. Inklusjons og eksklusjonskriterier er blitt brukt for å finne konkrete og relevante artikler. For å kunne foreta en kritisk vurdering av forskningsartiklene, har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine sjekklister blitt brukt. Sjekklisene stiller spørsmål vedrørende innholdet i artiklene, og danner grunnlag for kritisk refleksjon (Kunnskapssenteret, 2014). For å finne styrker og svakheter i artiklene har det blitt foretatt kritisk lesing (Aveyard, 2014). Ved kritisk lesing ble artiklene først lest på artiklenes premisser. Dette ga en indikasjon på hvilket budskap artiklene ga, og hva de ønsket å formidle. Videre ble det lest med fokus på om artiklene kunne brukes til denne litteraturstudiens formål (Thidemann, 2015). Gjennom slik lesing og vurdering ble det tydelig at artiklene hadde likheter og sammenhengende argumenter. Dette ble ansett som styrkende, og var grunnlaget for at artikkelen ble valgt. Formålet med kritisk lesing var å få en god forståelse av hva artiklene omhandlet, og se om de kunne brukes som resultat.

Resultatene består av kvantitative studier, kvalitative studier og en strukturert litteraturstudie. Resultatene er ført inn i matriser hvor det blir presentert kort om hver enkelt artikkel, og hva de inneholder. Videre har artiklene blitt sammenfattet i et tematisk oppsett som belyser hovedfunnene. Et tematisk oppsett ble brukt for å lettere kunne sammenligne artiklene med hverandre. Flere av artiklenes resultater samsvarer med hverandre, og gir grunnlag for viktige hovedpunkter og tiltak. Hovedfunnene belyser problemstillingen og gir grunnlag for videre drøfting.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Artikkel 1

#### Referanse

Rocha, P.K., do Prado, M.LI og Carraro, T.E. (2008) Nursing care model for victims of violence, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), s. 80-85.

#### Hensikt

Hensikten med studien var å utvikle en sykepleiemodell basert på terapeutisk lek for barn som har blitt utsatt for vold. Sykepleiemodellen skulle bidra til å danne en relasjon mellom sykepleier og barnet.

#### Metode

En kvalitativ studie utført i Brasil som varte fra juli 2004 til juli 2005. Barna i studien var i alderen ti til tolv år, hvor to stykker var jenter og to var gutter. Alle barna hadde vært utsatt for seksuelt overgrep, vold eller annen forsømmelse. Barnas verger godkjente deltakelse ved å signere samtykke. Terapeutisk lek foregikk ved at de brukte lek som et mellomledd i utviklingen av et forhold mellom barnet og sykepleieren. Lekene som var tilgjengelig var blant annet puslespill, tegnesaker og forskjellige figurer som forestilte sykepleier og barn. Datainnsamling foregikk gjennom åpne intervju med barna og gjennom observasjon i leke-øktene. Øktene ble filmet og deretter evaluert.

#### Resultat og diskusjon

Sykepleiemodellen ble delt inn i tre faser som til tider foregikk samtidig, og andre ganger ikke. Alle fasene besto av observasjon, analysering og planlegging. Første fase het "Taking in" og besto av en eller flere leke-økter for å engasjere barnet og etablere kontakt mellom barnet og sykepleieren. Andre fase het "Playing" og var basert på at sykepleieren skulle fortsette å utvikle kontakt med barnet, og å bruke prinsippene ved omsorg i en uttrykkende form. Det var ikke forutbestemt antall leke-økter i denne fasen. Siste fase het "Finalising" og ble iverksatt når det var observert at barnets følelsesmessige behov var blitt møtt, samt deres mangel på omsorg. Det kunne også bli bestemt at barnet skulle henvises videre til psykolog eller psykiater.

Det ble bekreftet at lek, vennlighet, klemmer, oppmuntring og belønning kan være like viktig som annen omsorg. Det blir foreslått at omsorg gitt med denne sykepleiemodellen

kan redusere negative konsekvenser av volden barna har opplevd.

### Konklusjon

Terapeutisk lek kan bli brukt til å danne en relasjon mellom sykepleieren og barnet for å fastslå barnets omsorgsbehov. Lek vil ta sykepleieren inn i barnets fantasiverden, og vil gjøre sykepleieren mer i stand til å forstå barnets tanker og følelser. Den foreslåtte sykepleiemodellen for terapeutisk lek gjorde disse resultatene oppnåelige.

### Relevans for oppgaven

Lek kan være med på å danne en god relasjon mellom sykepleier og barn som har vært utsatt for omsorgssvikt. Sykepleiemodell for terapeutisk lek kan gjøre det lettere å iverksette leken og analysere barnas behov. Artikkelen svarer på problemstillingen ved å identifisere hvordan en kan bruke lek i sykepleie.

## 4.2 Artikkel 2

### Referanse

Brady, M. (2009) Hospitalized Children`s Views Of The Good Nurse, *Nursing ethics*, 16(5.), s. 543-560.

### Hensikt

Studien har tre formål:

- Fylle et gap i litteraturen, som er lite forsket på.
- Identifisere barnas syn på karakteristiske trekk for god sykepleie.
- Informere og legge til rette for at barns omsorgsbehov i sykehus blir tilfredsstilt.

### Metode

En kvalitativ studie utført i England, vinteren 2006-2007. 22 barn mellom 7 og 12 år ble spurt om å tegne hva de anså som en god og en dårlig sykepleier. Tegningen ble senere brukt som grunnlag for videre spørsmål. Med tanke på barnets nonverbale kommunikasjon i denne aldersgruppen, samlet forskeren inn både tegninger og spørsmål for å sammenligne senere.

### Resultat og diskusjon

#### **Kommunikasjon**

En dyktig sykepleier bruker gjerne positiv tiltale eller kjæle navn under kommunikasjon

med barnet. Barna var svært sensitive når det gjaldt kroppsspråk, - holdning og stemmeleie. Hvis det oppsto dobbeltkommunikasjon medførte dette utrygghet hos barna. Barns oppfatning var at en dårlig sykepleier fremsto som brå, sjefete eller sint, tok seg dårlig tid og var uinteressert i barnet. Sykepleier i dårlig humør skapte utrygghet, og det samme skjedde ved mangel på høflighet. De motsatte egenskapene kom tydelig frem når barna beskrev en dyktig sykepleier. Snill, avslappet, munter, tålmodig og høflig, var noen av karakteristikkene her. At sykepleieren greide å sette seg ned på barnets nivå, snakke rolig og kunne lytte, ble tillagt stor vekt.

### **Faglig kompetanse**

Gode sykepleiere var ryddige, utførte ubehagelige prosedyrer raskt for å skåne barna for smerte, ga medisiner i rett tid og utførte prosedyrer riktig. Dårlige sykepleiere var rotete, brukte lang tid og klarte ikke å oppnå ønsket resultat ved prosedyrer. Noen av barna trakk frem at de følte sykepleieren gjorde dette for å være slem mot dem.

### **Sikkerhet**

Barna var opptatt av smittsomme sykdommer, og mente at sykepleieren burde være hygienisk. Noen av barna var også bekymret for at sykepleieren gikk rundt med saks, da dette kunne skade dem.

### **Utseende**

En god sykepleier ble beskrevet som elegant, pen, ryddig og anstendig. Sykepleieren skulle ha en ren uniform hvor identiteten var tydelig, og en profesjonell hårfrisyre.

### **Egenskaper**

En god sykepleier har gode etiske og sosiale kvaliteter, er rettferdig og viser respekt. Videre må sykepleieren være tillitsfull og ærlig, lytte til barna, være troverdig, morsom og snill. Humor og lek ble ansett som positivt. Noen barn observerte at en sykepleier kunne være både god og dårlig.

### **Konklusjon**

Sykepleier må ha evnen til å kombinere lek og humor i omsorgen som gis. Barna er sensitive på om sykepleieren liker dem eller ikke, og de setter pris på å bli verdsatt og anerkjent. Sykepleieren må være oppmerksom, bruke tid sammen med barna og være kjærlig i kommunikasjonen med dem.

### **Relevans for oppgaven**

Artikkelen gir et innblikk i hva barn oppfatter som en god og dårlig sykepleier. Barn som møter sykepleiere er ofte i en sårbar situasjon, og sykepleieres kontakt med barna er viktig.



De ulike egenskapene som blir nevnt kan relateres til vår problemstilling, da dette gir svar på hvordan sykepleier bør opptre i møte med barn.

### 4.3 Artikkel 3

#### Referanse

Mulvihill, D. (2007) Nursing Care of Children after a Traumatic Incident, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30 (1-2), s. 15-28.

#### Hensikt

Hensikten med studien var å beskrive sykepleieintervensjoner med barn og deres foreldre for å redusere konsekvensene etter en traumatisk hendelse.

#### Metode

En systematisk litteraturgjennomgang av litteratur og studier på hvordan helsen blir påvirket av barndomstraumer. Studien er utarbeidet i Canada. Resultater er sammenfattet og presentert i diagram som viser stor sammenheng mellom barndomstraumer og helsestatus. Videre blir det presentert tiltak som sykepleier kan iverksette i perioden etter at et traume har funnet sted.

#### Resultat og diskusjon

Kontinuitet er viktig for barn, og sykepleier kan skape kontinuitet ved for eksempel å bruke samme type uniform hver dag. Videre kan sykepleier bruke lesing i eventyrbok for å få barnet til å slappe av. Aktiviteter som lesing, maling, tegning kan hjelpe barnet å uttrykke vonde og overveldende følelser. Det samme kan rollespill og lek i sandkasse. Sykepleier kan stryke på kinnene, nynne en sang, bysse barnet og bruke pusteteknikker for å redusere stress. Disse beroligende teknikkene kan sykepleier etterhvert lære barnet å gjøre selv, slik at de kan takle tilbakevendende følelser og minner når de er alene.

#### Konklusjon

Undervisning i voldsförebygging, identifisering og behandling bør læres til sykepleiere. Barn bør opplæres i stressreduksjon og beroligende teknikker. Videre er det viktig at sykepleier tar alder i betraktning ved kommunikasjon og samhandling med barn. Alle sykepleieintervensjoner etter traumatiske hendelser bør ha som mål å redusere stress for barnet.

#### Relevans for oppgaven

Barnemishandling blir omtalt som en traumatisk hendelse i artikkelen. Det blir nevnt at

konsekvensene er større dersom barnet blir utsatt for omsorgssvikt av en nær omsorgsperson. Sykepleiers viktige rolle og tiltak i møte med barn etter et traume blir identifisert, og svarer på problemstillingen i oppgaven.

#### 4.4 Artikkel 4

##### Referanse

Francischinelli, A.G.B., Almeida, F.A., Fernandes, D.M.S.O. (2012) Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions, *Acta Paul Enfermagem*, 25(1.), s. 18-23.

##### Hensikt

Kartlegge sykepleiers perspektiv på bruk av terapeutisk lek i pleien av barn på sykehus.

##### Metode

En studie basert på kvantitativ tilnærming utført i Brasil, sommeren 2007. Tretti sykepleiere i alderen 25-50 år, som jobbet på forskjellige barneavdelinger på sykehuset, deltok i studien. Datainnsamling foregikk gjennom intervju med tjue spørsmål. Nitten spørsmål var lukket og ett åpent. Resultatene ble analysert og presentert som tall og tabeller. De forskjellige tabellene inneholdt svar på hvor lenge sykepleierne hadde jobbet med pediatri, hvor i utdanningen terapeutisk lek hadde blitt introdusert, og fordelene med relasjonsbygging ved bruk av terapeutisk lek. Resten av resultatene ble fremstilt i løpende tekst med bruk av tall.

##### Resultat og diskusjon

90 % av deltakerne hadde hatt undervisning om terapeutisk lek i utdanningen sin. Majoriteten av deltakerne brukte ikke lek i nåværende avdeling, og det ble konstatert at det ikke var rutine. 50% hadde brukt lek på tidligere arbeidsplasser. Terapeutisk lek ble anvendt på tidligere arbeidsplasser for å forberede og utføre prosedyrer, samt samarbeide med barnet. Det ble også brukt lek for at barna skulle få utløp for sine følelser. Ved spørsmål om grunnene til at terapeutisk lek ikke ble brukt i nåværende avdelinger, kom det frem at mangel på tid, bekymring for andre gjøremål som skulle vært utført på avdelingen, lite kunnskap om lek, og forstyrrelser fra andre sykepleiere var av de store grunnene. For sykepleiere som utfører terapeutisk lek er det nødvendig å ha grunnleggende kunnskap om tema. Når barn på sykehus opplever lek er dette en fordel, barnet vil ikke lenger forbinde

sykehus med vonde opplevelser.

### Konklusjon

Verdien av lek i praksis ses på som en stor fordel i jobben som sykepleier. Majoriteten som hadde vært i kontakt med terapeutisk lek så bare fordeler med fenomenet, og ingen ulemper. Likevel kom det frem at mangel på tid og bekymring for andre gjøremål gjorde det vanskelig å integrere terapeutisk lek i avdelingens rutiner. Resultatene viser til viktigheten av at enhetsledere på barneavdelinger må sette seg ned med sine sykepleiere, og identifisere behovet for lek som rutine i avdelingene. Avdelingene må finne en løsning for at lek kan bli utøvd som en del av sykepleie, og at det gis tid til lek. Mangel på tid skal ikke være et hinder for at lek skal bli en del av rutinen på avdelingen. Hvordan kunnskapen om terapeutisk lek skal utformes og legges frem, er fortsatt et stort forskningsfelt.

### Relevans for oppgaven

Artikkelen forteller at terapeutisk lek gir barna en mulighet til å fortelle om tanker og følelser samt oppleve trygghet i møte med helsevesenet. Artikkelen kan relateres til problemstillingen, da man ser at lek har en stor verdi for sykepleier i møte med barn.

## 4.5 Artikkel 5

### Referanse

Kraft, L.E. og Eriksson, U-B. (2015) The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process, *The Journal of School Nursing*, 31(5.), s. 353-362.

### Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere ansatt ved skoler oppdager omsorgssvikt og setter i gang støttende tiltak.

### Metode

En kvalitativ studie med bruk av fokusgruppeintervjuer ble gjennomført høsten 2013 i Sverige. "Skolesykepleiere" med relevant erfaring dannet grunnlaget for fire fokusgrupper med fire til seks deltakere per gruppe, totalt 23 deltakere. Intervjuene dekket fire temaer: muligheter og utfordringer ved oppdagelse av forsømte barn, spørre barn om sensitive spørsmål, iverksetting av støttende tiltak og forbedring av "skolesykepleieres" oppfatning av tidlig oppdagelse.

## Resultat og diskusjon

En tillitsutviklende prosess blir identifisert. Prosessen består av fire hovedkategorier. Kategoriene er kunnskap og erfaring, relasjonsbygging, snakke om sensitive problemer og forebyggende tiltak i form av støtte i skolehverdagen. Hvis en av kategoriene svikter, risikerer man at barnet ikke får støtte. Det kom frem i analysene at prosessen for å utvikle tillit er nødvendig for at man skal kunne støtte barnet og få det til å prate. Man vil ikke kunne hjelpe barnet dersom det ikke er etablert tillit. Tillitsforhold tar lang tid å bygge. Det er viktig at sykepleieren har kunnskaper og praktisk erfaring fra utdanning og jobb. Eventuell mangel på erfaring kan kompenseres gjennom konsultasjon og samarbeid med mer erfarne kollegaer.

## Konklusjon

Konklusjon er ikke presentert i artikkelen.

## Relevans for oppgaven

Studien identifiserer hvilke kvalifikasjoner sykepleiere må ha for å kunne oppdage omsorgssvikt og støtte barnet. Studien er basert på sykepleieres perspektiv, og gir erfaringsbasert kunnskap på hvordan sykepleiere kan møte barn utsatt for omsorgssvikt. Artikkelen kan relateres til problemstillingen ved at det blir belyst hvordan sykepleiere kan opptre støttende i møte med barna.

## **4.6 Tematisk sammenfatning av resultater**

Her blir hovedresultater som besvarer problemstillingen identifisert. De ulike emnene er utgangspunkt for videre diskusjon.

### **4.6.1 Sykepleie til barn etter traumatiske hendelser**

I litteraturstudien til Mulvihill (2007) fremgår det at det er lite fokus i sykepleierutdanninger og praksis om sykepleie til barn etter traumatiske hendelser. Helse relaterte konsekvenser av traumer blir større dersom traumet har pågått over lengre tid. Dette gjelder også hvis traumet er påført av en annen person i nær relasjon til barnet. Terapi som er tilpasset alderen til det traumatiserte barnet burde være tilgjengelig. Studien til Rocha *et al.* (2008) bekrefter at det på grunn av økt forekomst av barn som har vært ofre for vold, bør lages en sykepleiemodell som kan brukes i tiden etter gjennomgått omsorgssvikt.

### **4.6.2 Kunnskap om sykepleie til barn og lek**

I studien til Kraft og Eriksson (2015) viser funn at sykepleiere trenger både faglig kunnskap og erfaring, for å kunne etablere tillit og støtte barn. Dersom en sykepleier har manglende kompetanse, kan rådføring med kollegaer kompensere for dette. Videre forteller studien at sykepleiernes selvsikkerhet og trygghet ikke bare var basert på utdanning og praksis, men også erfaring i yrket. Barna i studien til Brady (2009) beskriver at kompetanse er viktig for skape trygghet, og for å være en god sykepleier. Francischinelli *et al.* (2012) antyder i sin studie at sykepleiere føler at de ikke har nok kunnskap om lek og hvordan de kan anvende lek i sykepleie. Det er nødvendig at sykepleiere som arbeider med barn har grunnleggende kunnskap om temaet.

### **4.6.3 Sykepleiefaglig tilnærming til barn**

I studien til Brady (2009) fremheves kommunikasjon, sikkerhet, faglig kompetanse, utseende og egenskaper som hovedpunkter barna har sagt at en god sykepleier bør inneha. Rocha *et al.* (2008) og Mulvihill (2007) trekker frem at lek og aktivitet, vennlighet, klemmer, oppmuntring og belønning er like viktig som annen omsorg i sykepleie til barn. Disse tiltakene reduserer

stress og konsekvenser av traumer barna har opplevd. I studien til Kraft og Eriksson (2015) blir tillit trukket frem som et nødvendig utgangspunkt i tilnærmingen til barn, og barn utsatt for omsorgssvikt.

#### **4.6.4 Bruk av lek**

I studien til Francischinelli *et al.* (2012) har sykepleiere brukt lek til å samarbeide med barn, samt latt barna leke fritt for å utfolde sine følelser. Rocha *et al.* (2008) sin sykepleiemodell bestående av lek kan redusere negative konsekvenser av volden barna har opplevd. Kraft og Eriksson (2015) har brukt lek som et forebyggende tiltak for å avdekke omsorgssvikt, men også for å skape tillit og en god relasjon. Brady (2009) konkluderer med at sykepleier må være i stand til å gi omsorg i form av både humor og lek til barn. Mulvihill (2007) presenterer lek, tegning og bruk av fortellinger som omsorgsfremmende tiltak til barn som har opplevd traumer.

## 5.0 Drøfting

Her vil den tematiske sammenfatningen av resultater bli drøftet i forhold til relevant bakgrunnsteori. Vitenskapelige artikler vil også inngå i drøftingen. Problemstillingen “*Hvordan kan lek være et verktøy i den sykepleiefaglige tilnærmingen til barn utsatt for omsorgssvikt?*” er utgangspunktet for diskusjonen.

### 5.1 Tiden etter omsorgssvikt

Barnelova (1981) fastslår at det er forbudt å utsette barnet sitt for omsorgssvikt. Likevel vet man at dette forekommer. I 2015 fikk barnevernet 54 396 bekymringsmeldinger (Barnevern 2015, 2016). I Helsepersonelloven (1999) og Barnevernloven (1992) blir det konstatert at sykepleiere har ansvar for å melde fra om mistanke om omsorgssvikt. Utover å melde fra, kan sykepleiere inngå i tverrfaglige team som skal sikre barn helhetlig behandling og oppfølging over lengre tid (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2015). Selv om man vet at omsorgssvikt forekommer, vet man aldri når eller hvor man kan møte på disse barna i helsevesenet. Det er derfor viktig å vite hvordan man kan ivareta barna på best mulig måte.

Barn som blir utsatt for omsorgssvikt i sine første leveår, kan få konsekvenser som påvirker utviklingen (Håkonsen, 2014). I litteraturstudien til Mulvihill (2007) blir det bekreftet at omsorgssvikt over lengre tid kan påvirke helsen negativt, spesielt hvis det er nære omsorgspersoner som er ansvarlige. Konsekvenser som posttraumatisk stress, søvnvansker, atferdsproblemer, relasjon og tillitsproblemer er få av mange konsekvenser omsorgssvikt kan ha, Killén (2016), Kendall-Tackett (2002) og Felitti *et al.*, (1998). Som nevnt kan sykepleiere ha ansvar for å delta i behandling og oppfølging av barn utsatt for omsorgssvikt. Imidlertid viser studien til Mulvihill (2007) at det ikke er nok fokus og opplæring i hvordan man som sykepleier skal ivareta barn etter en traumatisk hendelse.

Å utøve sykepleie til barn som har vært utsatt for omsorgssvikt kan være vanskelig. Med resiliens tatt i betraktning, ser man at ikke alle barn reagerer likt på hendelser de opplever. Noen barn er mer motstandsdyktige enn andre (Kvello, 2010). Man kan forstå det slik at lik erfaring med omsorgssvikt, ikke nødvendigvis tilsvarer lik reaksjon hos barnet. Benner og Wrubel beskriver i sin teori at sykepleiere skal ta utgangspunkt i situasjonen pasienten

befinner seg i, for å kunne tilby individuell tilpasset sykepleie (Kirkevold, 2012). Sykepleie som tar sikte på å møte barnet der det er, vil være aktuelt i møte med barn utsatt for omsorgssvikt. Barna kan ha andre behov, enn barn som ikke har vært utsatt for denne påkjenningen.

## **5.2 Lek – naturlig omsorg for barn**

Lek er en del av omsorgsbegrepet, i følge Katie Eriksson sin sykepleieteori. Hun mener at lek ikke bare har en tillitsskapende effekt, men at lek også virker rehabiliterende (Kirkevold, 2012). Samtidig hevder også Grønseth og Markestad (2011) at lek skaper tillit, trygghet og mestring. Det er derfor rimelig å si at lek kan være en stor ressurs for sykepleiere i møte med barn utsatt for omsorgssvikt. I Rocha *et al.* (2008) sin studie kom man frem til at lek kan redusere konsekvenser av opplevd omsorgssvikt. En kan tenke seg at lek i et slikt tilfelle kan være en beskyttende faktor for barnet, og at lek kan medføre god resiliens. God resiliens vil gjøre barnet ytterligere motstandsdyktig mot følger av tidligere påkjenninger, samt bedre rustet til å takle nye. Videre konkluderer studien til Rocha *et al.* (2008) med at lek kan bli brukt til å skape samhandling mellom sykepleier og barn. Lek vil gi sykepleier en større forståelse av barnets tanker og følelser. Forstår man barnets tanker og følelser, vil det kunne være lettere å identifisere barnas behov og ønsker.

Som alle mennesker, er også barn forskjellige. Voksne bruker ofte lek når de skal tilnærme seg og forstå barn, men det er ikke slik at alle barn leker likt. I følge Cooper (2000), Gil (2010) og Kvello (2010) leker barn utsatt for omsorgssvikt annerledes enn barn som har hatt levd under trygge og gode oppvekstvillkår. Mangelfull utvikling innenfor lek, liten interesse av lek og manglende evne til å tilpasse seg i lek blir nevnt som noen kjennetegn i leken til disse barna. Til tross for at det fremgår i konklusjonen at omsorgssvikt kan påvirke barnets lek, blir det nevnt at det er forsket lite på forholdet mellom omsorgssvikt og lek (Cooper, 2000). En kan spørre seg hvorfor det ikke er større fokus på forskjeller i barns lek, når det er gjennom lek barn i størst grad uttrykker seg og kommuniserer. Sannsynligvis ville mer fokus på dette området gjort sykepleiere i bedre stand til å møte barn utsatt for omsorgssvikt.

I Kirkevold (2012) presenteres Katie Erikssons sykepleieteori. Eriksson hevder at det finnes fem grunnleggende former for lek. Blant disse punktene er lek som assimilasjon hvor man tilpasser seg ny informasjon. I studien til Brady (2009) framgår det at lek fungerer som kommunikasjon for barn. Dette beviser at sykepleiere kan bruke lek, tegning og rollespill til å



både å hente og gi informasjon til barn. Når man bruker lek, vil det være lettere for barnet å tilegne seg og forstå informasjonen som blir gitt. Dermed kan det være mulig å samarbeide bedre med barnet. Et annet punkt Eriksson belyser er lek som fremmer rekreasjon, livslust og avslapning. Mulvihill (2007) fremstiller lek som et verktøy i rehabilitering av barn utsatt for omsorgssvikt. Ved at barn får mulighet til å uttrykke følelser gjennom lek, vil det lettere kunne bearbeide hendelser (Tveiten, 2012b). I studien blir tegning og maling eksemplifisert som ulike tiltak. Sykepleieren kan da spørre hva barnet har tegnet og starte en prosess hvor barnet kan forklare minner fra tidligere hendelser. Det kan være lettere for barn å fortelle mer om hva som har skjedd, når de har tegnet det først (Mulvihill, 2007). En annen måte å bearbeide følelser og hendelser på blir beskrevet av Grønseth og Markestad. Leken kan foregå ved at sykepleier og barnet bytter roller. Barnet vil da ha en rolle som ”hjelper” og sykepleier har behov for hjelp. Ved å anvende leketerapi hvor barnet og sykepleieren bytter rolle, vil barnet kunne ta avstand fra virkeligheten og bearbeide følelser (Grønseth og Markestad, 2011). Mulvihill (2007) beskriver lesing og eventyrbøker som andre tiltak som bidrar til avslappende lek og stimulering av fantasien til barnet. Også Grønseth og Markestad (2011) omtaler eventyr, lesing og musikk som beroligende leker som bidrar til trygghet og avslapning. Ved å bruke disse hjelpemidlene kan man skape lek som fremmer rekreasjon og avslapning. På den måten kan barnet koble av den virkelige verden, og samtidig ta med sykepleieren inn i sin fantasiverden.

I studien utført av Brady (2009) ble det brukt tegning som en del av datainnsamlingen. Lek og tegning blir sett på som et viktig verktøy for å kommunisere med barn. En slik metode vil gjøre det enklere for barna å visualisere sine problemer og viktige synspunkt. Tveiten (2012b) presiserer også at lek, tegning og bruk av kreativ uttrykksform gir barnet muligheten til å uttrykke følelser og kommunisere. Når barnet har vanskelig for å sette ord på ting, vil en slik fremgangsmåte være nyttig for sykepleiere i møte med barnet. Videre i studien til Brady (2009) uttaler barna at det er viktig at sykepleier har evner til å bruke lek og humor i omsorgen som gis. Lek, humor og latter var viktig for barna fordi det reduserte frykten for det ukjente. Tveiten (2012b) understreker at det er viktig at leken må vært tilpasset hvert enkelt barn. Slik tilpasning kan for eksempel være nyttig for å unngå at en lek oppfattes som barnslig, da dette kan føre til at barnet oppfatter sykepleieren som useriøs. Grønseth og Markestad (2011) bekrefter at det er ulike leker og aktiviteter som er tiltalende for de ulike alderstrinnene, og at lek må tilpasses deretter. Det er dermed viktig at sykepleier har

kompetanse om utvikling, slik at omsorgen som gis, og leken som utføres blir individuell og aldersadekvat.

### ***5.3 Gjennomføring av sykepleieplaner og lek***

Mulvihill (2007) definerer i sin studie omsorgssvikt som en type traume. I søken på hvordan en skal utøve sykepleie og ivareta barn i tiden etter et traume, blir sykepleieplaner definert som et tiltak. Videre kommer det frem at sykepleieplaner krever kontinuitet i både personalgruppe og oppgaver som utføres. Sykepleieplaner avhenger også av kreativitet og fleksibilitet fra bemanningen for at den skal kunne gjennomføres. I en hektisk hverdag hvor mange sykepleiere arbeider turnus, kan det derfor bli vanskelig å tilby god nok omsorg til barn som har opplevd omsorgssvikt. Sykepleieplaner og lek krever mye av både sykepleierne og arbeidsplassen.

I studien til Francischinelli *et al.* (2012) blir terapeutisk lek identifisert som en del av sykepleie til barn på sykehus. Hele 50 % av respondentene svarte at mangel på tid gjorde det problematisk å bruke lek i sykepleie til barn. Videre var 25 % av deltakerne bekymret for at lek ville komme i veien for andre gjøremål på avdelingen. Til tross for at lek har så stor betydning for barn, ser man at det ikke nødvendigvis er mulighet til å utføre dette i en hverdag preget av tidspress. Selv om dette problemet var identifisert på sykehus, er det mulig at denne problemstillingen også kan påvirke andre helsetjenester.

Rocha *et al.* (2008) produserte også en sykepleieplan. Modellen som ble presentert var basert på lek, og den konkluderte med at sykepleierne kunne oppnå god kommunikasjon og samhandling med barnet gjennom denne. En kan ut ifra disse sammenfallende resultatene anse det som hensiktsmessig å følge sykepleieplaner når man møter barn utsatt for omsorgssvikt. Slike planer vil gjøre det lettere å vite hvordan man skal tilnærme seg barnet og hvordan man skal kunne identifisere barnets behov. I tillegg vil sykepleieplaner skape kontinuitet i sykepleien som blir gitt. Dette vil igjen skape trygghet for både sykepleieren og barnet. Tveiten (2012a) bekrefter at en av sykepleiernes oppgaver er å skape kontinuitet ved å planlegge, organisere og følge opp tiltak. Rocha *et al.* (2008) og Mulvihill (2007) viser begge til at lek som følger et oppsett gir sykepleiere mulighet til å oppnå kontakt med barnet.

## **5.4 Utvikling og tillit**

Barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt og traumer påført av andre mennesker, kan være skeptisk til dem som ønsker å hjelpe (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2013). Som sykepleier i møte med barn utsatt for omsorgssvikt kan dette skape utfordringer i dannelsen av relasjoner. Kraft og Eriksson (2015) sier i sin studie at tillit er grunnleggende for å kunne hjelpe barn. Patricia Benner og Judith Wrubel hevder også at det er først når tillit oppnås at mennesker vil være i stand til å motta og yte hjelp (Kirkevold, 2012). Tillit til omgivelsene er noe man utvikler allerede i sine første leveår. Eriksons utviklingsteori forteller at barn oppnår tillit helt fra de er født. Videre utvikles barnet ytterligere fysisk, intellektuelt og språklig (Håkonsen, 2014). Rocha *et al.* (2008) brukte i sin studie lek til å initiere tillit og samhandling mellom sykepleier og barn. Sett i lys av utviklingsteorien til Erikson, kan man forstå hvorfor det er nyttig å bruke lek i møte med barn. Barn utvikler tillit, og lek skaper tillit. Videre ser man også at fra barnet er 0-14 år skjer det en rekke prosesser. Eksempelvis er det fysiske og intellektuelle aktiviteter som er i fokus og barnet er nysgjerrig (Håkonsen, 2014). Det er rimelig å si at lek lar barnet utvikle seg ytterligere, både fysisk og psykisk. Antageligvis kan dette være fordi barnet får mulighet til å uttrykke seg og forholde seg til hvor det er i utviklingen. Sykepleier vil ved å bruke lek bidra i den fysiske og psykiske utviklingen av barnet, samt utvikling av tilliten som foregår i tidlig alder.

## **5.5 Etikk**

De fire etiske prinsipper er viktig i møte med barn. Det er spesielt viktig fordi barn har manglende evne til å delta i bestemmelser og gi uttrykk for sine ønsker (Grønseth og Markestad, 2011). På bakgrunn av dette blir sykepleiere en viktig ressurs for barnet, da de gjennom lek kan gi barnet mulighet til å bestemme hva slags sykepleie som blir gitt. Autonomi handler ikke bare om rett til selvbestemmelse, men også rett til å uttale seg (Tveiten 2012c). I litteraturstudien til Mulvihill (2007) blir kunst, rollespill, fortellinger og lek i sandkasse definert som hjelpemidler for at et barn skal få uttrykke seg. På denne måten får barna mulighet til å si det de mener og gjøre seg forstått. Autonomi kan også ivaretas ved at barnet får være med på å bestemme hvilken lek det ønsker å leke. Mulvihill (2007) påpeker at sykepleie til barn etter traumer skal i så stor grad som mulig ha som mål å redusere stress hos

barnet. Dette er forenlig med ikke-skade-prinsippet og velgjørenhetsprinsippet, hvor metoden går ut på å ikke skade barnet samt å gjøre det som er best for barnet (Tveiten, 2012c). Imidlertid fremgår det i studien at sykepleiere føler seg overveldet når de har ansvar for traumatiserte barn. En av bekymringene de ytrer er, at de er redde for å re-traumatisere barnet ytterligere når de er under deres omsorg. Ved at sykepleier får forståelse for barnets ønsker og behov gjennom lek, vil det kunne bli lettere å vite at man handler etisk forsvarlig i sykepleien man gir.

### ***5.6 Kompetanse og kunnskap - en forutsetning i møte med barn utsatt for omsorgssvikt***

For det første er det nødvendig med kompetanse og kunnskaper om barns fysiske og psykiske utvikling, så vel som ferdigheter for å kunne utføre god sykepleie til barn. En forutsetning for å skape en relasjon til et barn er å være lekende og fantasifull (Tveiten, 2012a). Videre er tillit viktig for å skape relasjoner. Kraft og Eriksson (2015) hevder i sin studie at en del av den tillitsbyggende prosessen krever kompetanse og praktisk erfaring. Dette var både for å kunne oppdage omsorgssvikt, men også for kunne støtte barnet og oppnå en relasjon. Erfaring gjennom arbeid, var like viktig for sykepleierne som kunnskapen de hadde fått under utdanning. Kunnskap og kompetanse ga sykepleierne selvtillit. Støtte og samarbeid med kollegaer bidro til å gi økt kompetanse. Mulvihill (2007) identifiserer også behovet for utdanning og undervisning i både oppdagelse av omsorgssvikt og behandling. For det andre krever også lek med barn kompetanse. Til tross for dette sier studien til Francischinelli *et al.* (2012) at sykepleiere føler at de ikke har nok kompetanse om lek. 46,7% av deltakerne svarer at de har hatt undervisning om lek i sin grunnutdanning. Likevel føler noen av sykepleierne at denne undervisningen ikke er omfattende nok til å tilegne seg nødvendig kompetanse. Dette førte igjen til at sykepleierne opplevde at de ikke var forberedt, og ble usikker på om de utførte leketerapien forsvarlig. Tveiten (2012a) hevder at først når barnet opplever blant annet trygghet og tillit, kan sykepleien defineres som god.

## ***5.7 Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler og faglitteratur***

Lek og terapeutisk lek er to begreper som blir brukt om hverandre i oppgaven. Forskjellen er at terapeutisk lek har i større grad blitt tilrettelagt og planlagt, med fokus på rehabilitering og relasjonsbygging med barnet. Samtidig ser man også at ”vanlig” lek har disse effektene. Noe av bakgrunnsteorien og artiklene har fokus på sykepleie til barn i sykehus. Dette er likevel inkludert da sykepleietiltakene kan overføres til flere arenaer, for eksempel kommunehelsetjenesten. Det er ikke observert noen tiltak som ikke kan utøves på tvers av ulike arenaer. Barn som har vært utsatt for omsorgssvikt er også barn, og selv om sykepleien må tilpasses individuelt kan man ta utgangspunkt i sykepleie til barn på et generelt grunnlag.

Alle artiklene er skrevet på engelsk og er etter beste evne oversatt til norsk, det må likevel tas høyde for innholdet kan ha blitt misforstått. Artiklene har opprinnelse fra USA, Sverige, Canada, England og Brasil. Det er ikke laget eksklusjonskriterier som angår disse landene, da resultatene i stor grad er overførbare til Norge. I en av studiene fra England kan man imidlertid se at det er forskjeller i måten man tilnærmet seg barnet. Det ble brukt kallenavn og hilsninger på en annen måte enn hva man gjør i Norge. Dette har blitt vurdert kritisk, men vi har kommet frem til at dette ikke påvirker resultatet, eller sykepleieutøvelse i stor grad.

Resultatartiklene har både sykepleieres og barns perspektiv, dette gir en bredere forståelse av problemstillingen. Det er derfor valgt å ikke ekskludere ulike perspektiv. På en annen side har vi valgt å begrense alderen fra 3-12 år. Dette kan ha begrenset resultatet i søkeprosessen, men i forhold til lek er det denne alderen som er mest relevant sett i lys av Eriksons utviklingsteori. Ved søk etter vitenskapelige artikler var det ønskelig at artiklene inneholdt IMROD-struktur. I en av studiene fremgår ikke alle punktene i IMROD med overskrift. Vi anser dette som en svakhet, men har valgt å inkludere artikkelen da den i stor grad svarer på problemstillingen og har faglig relevans.

Primærkilder har blitt brukt i så stor grad som mulig for å kvalitetssikre faglitteratur og resultater. Der primærkilder ikke er brukt, har vi anvendt sekundærkilder etter kritiske overveielser. Alle artiklene er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2. Samtlige av artiklene er godkjent av etiske komiteer i sitt land. Dette vitner om god forskning og ivaretagelse av deltakere i tråd med Helseforskningsloven (2008). I artikler hvor barn har vært deltakere, er

det foreldre eller verger som har godkjent samtykke. I en studie ble informasjonen også tilpasset barnet slik at det var i stand til å forstå hva studien gikk ut på. Barna kunne dermed gi samtykke om deltakelse, til tross for at det ikke var et juridisk godkjent samtykke.

## 6.0 Konklusjon

Omsorgssvikt kan gi barn en vanskelig start på livet. For mange barn bærer traumet med seg konsekvenser i både psykisk og fysisk form. Barnevernet er de som setter i gang hjelpetiltak når det foreligger grunn til bekymring og behov for støtte. Som sykepleier kan man også møte barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, og da er det nyttig å vite hvordan man kan møte dem på en god måte. I henhold til dette skal oppgavens problemstilling besvares: "Hvordan kan lek være et verktøy i den sykepleiefaglige tilnærmingen til barn utsatt for omsorgssvikt?".

Dette litteraturstudiet belyser flere positive virkninger lek kan ha. Ikke bare vil lek initiere tillit, det vil også bidra i dannelsen av relasjon mellom sykepleier og barnet. Lek kan virke rehabiliterende, ved at barnet får mulighet til å bearbeide følelser og opplevelser. Lek lar barnet kommunisere på en måte som er tilpasset sin fysiske og psykiske utvikling, samtidig vil lek også bidra til videre utvikling. Gjennom lek kan barnet gi uttrykk for ønsker og behov, og sykepleier kan identifisere nødvendige tiltak. Barnet vil kunne oppleve omsorg fra sykepleier gjennom lek, og det fremgår at lek er en del av omsorgsbegrepet. Tegning, maling, eventyr og fortellinger, rollespill og sandkasse er ulike leker sykepleier kan inkludere barnet i. Barnets lekemønster kan lide av konsekvenser etter opplevd omsorgssvikt. Det er derfor viktig at sykepleiere tilpasser lek til hvert enkelt barn, med hensyn til utvikling og alder. Videre kan det være hensiktsmessig å la barnet styre leken. Frilek kan gi sykepleiere mulighet til å bli en del av barnets fantasi. Ikke bare gir dette mulighet til å bli kjent med barnet, men man kan også tolke leken og få en bedre forståelse av barnets erfaringer.

I samarbeid med barn bør sykepleiere være lekne, fantasifulle, pålitelige, faglig kompetente, ærlige, morsomme og snille. Det er viktig at sykepleiere har tid til å gjennomføre lek med barnet. Mangel på tid på arbeidsplassen skal ikke være et hinder. Avdelingskultur og personalets holdninger til lek er viktig. Utførelse av lek skal ikke avhenge av hvilken sykepleier som er på vakt. For barn i møte med helsevesenet kan lek være like viktig som annen behandling. Lek som følger en modell eller bestemt oppsett kan være nyttig. Sykepleiere får da retningslinjer på hvordan de skal utføre lek, samtidig vet barnet hva det kan forvente. For barn er det viktig med kontinuitet da dette skaper trygghet. En prosedyre vil også kunne føles trygt for sykepleiere, da dette gir mindre rom for usikkerhet.

De fire etiske prinsipper skal hjelpe sykepleiere til å utøve forsvarlig sykepleie. I møte med barn er det viktig å kjenne til disse, da man fungerer som barnets advokat og talerør. Alder skal ikke være et hinder hva angår autonomi. Sykepleiere har en viktig oppgave med å gjøre det beste for barnet. Videre må sykepleiere inneha nok kompetanse om både sykepleie til barn og lek. Kunnskap og kompetanse gir sykepleiere selvtillit og trygghet i utførelse av yrket sitt.

Avslutningsvis ser man at lek som verktøy i den sykepleiefaglige tilnærmingen til barn utsatt for omsorgssvikt, har en klar overføringsverdi til praksis. Tiltakene som er nevnt kan utføres av sykepleiere i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dessuten ser man at barnet vil ha nytte av leken, så vel som sykepleieren. En kan likevel se at et større fokus på hvordan sykepleiere kan inkludere lek i arbeidshverdagen vil være nyttig. utfordringer som tid, bemanning og kompetanse er grunnlag for eventuell videre forskning.



## 7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care : a practical guide*. 3. utg. Maidenhead: Open University Press.

Barne-, ungdoms - og familiedirektoratet (2015a) *Vold, overgrep og mobbing*.

Tilgjengelig fra:

[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Oppvekst/Vold\\_og\\_overgrep\\_mot\\_barn/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/)

(Hentet: 17. mars 2017).

Barne-, ungdoms - og familiedirektoratet (2015b) *Meldinger til barnevernet*.

Tilgjengelig fra:

[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/#heading13465](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/#heading13465) (Hentet: 20. februar 2017).

Barne-, ungdoms - og familiedirektoratet (2015c) *Hjelpetiltak i hjemmet*. Tilgjengelig fra:

[https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak\\_i\\_barnevernet/Hjelpetiltak\\_i\\_hjemmet/](https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Hjelpetiltak_i_hjemmet/)

(Hentet: 10. mai 2017).

Barnelova. (1981) *Lov om barn og foreldre*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7> (Hentet: 19.mars 2017).

Barneombudet (u.å) *Seksuell lavalder*. Tilgjengelig fra: [http://barneombudet.no/dine-](http://barneombudet.no/dine-rettigheter/venner-kjaerester-og-seksualitet/seksuell-lavalder/)

[rettigheter/venner-kjaerester-og-seksualitet/seksuell-lavalder/](http://barneombudet.no/dine-rettigheter/venner-kjaerester-og-seksualitet/seksuell-lavalder/) (Hentet: 19. mars 2017).

Barnevern 2015. (2016) *Statistisk sentralbyrå*. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/barneverng/> (Hentet: 20. februar 2017).

Barnevernloven. (1992) *Lov om barneverntjenester*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernsloven> (Hentet 07. april 2017).

- Brady, M. (2009) Hospitalized Children's Views Of The Good Nurse, *Nursing Ethics*, 16(5), s. 543-560. doi: [10.1177/0969733009106648](https://doi.org/10.1177/0969733009106648) (Hentet: 03.april 2017).
- Bricher, G. (1999) Paediatric nurses, children and the development of trust, *Journal of clinical nursing*, 8(4), s. 451-458. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00275.x (Hentet: 07. April 2017).
- Brinchmann, B.S. (2008) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-96.
- Cooper, R.J. (2000) The impact of child abuse on children's play: A conceptual model, *Occupational Therapy International*, 7(4), s. 259-276. doi: 10.1002/oti.127 (Hentet: 05. april 2017).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 05. mai 2017).
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. og Marks, J.S. (1998) Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), s. 245-258. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379798000178> (Hentet: 14. mars 2017).
- FNs konvensjon for barns rettigheter (1989) *Barnekonvensjonen - barns rettigheter*. Tilgjengelig fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen-barns-rettigheter> (Hentet: 17. mars 2017).
- Francischinelli, A.G.B., Almeida, F.A., Fernandes, D.M.S.O. (2012) Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions, *Acta Paul Enfermagem*, 25(1.), s. 18-23. URL:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en) (Hentet : 06.april 2017).

Gil, E. (2010) Children's Self-initiated Gradual Exposure: The Wonders of Posttraumatic Play and Behavioral Reenactments, i Gil, E (red.) *Working with children to heal interpersonal trauma*. New York: The Guilford Press, s. 44-63.

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 05. mai 2017).

Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 20.februar 2017).

Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kendall-Tackett, K. (2002) The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health, *Child abuse and neglect*, 26 (6-7), s. 715-729. doi: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00343-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00343-5) (Hentet: 7. mars 2017).

Killén, K. (2016) *Sveket I Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar*. 5.utg. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kirkevold, M. (2012) *Sygeplejeteorier - analyse og evaluering*. 3.utg. København: Munksgaard.

Kraft, L.E. og Eriksson, U-B. (2015) The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process, *The Journal of School Nursing*, 31(5), s. 353-362. doi: [10.1177/1059840514550483](https://doi.org/10.1177/1059840514550483) (Hentet: 04. april 2017)

Kunnskapssenteret (2014) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Hentet 21. april 2017).

Kvellido, Ø. (2010) *Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Leketerapi. (2016) *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/leketerapi> (Hentet: 04. mai 2017).

Mulvihill, D. (2007) Nursing Care of Children after a Traumatic Incident, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30 (1-2), s. 15-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01460860701366609> (Hentet: 05. april 2017).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2015) *Helse - og omsorgstjenestens oppgaver*. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/helsetjenesten/Pages/default.aspx> (Hentet: 17. mars 2017).

Rocha, P.K., do Prado, M.L og Carraro, T.E. (2008) Nursing care model for victims of violence, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), s. 80-85. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=73&sid=d717a842-eb30-4fa5-af31-0fe5726a2f14%40sessionmgr4009&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105755079&db=ccm> (Hentet: 03. april 2017).

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2013) *Psykatrieboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tveiten, S. (2012a) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?, i Tveiten, S, Wennick, A og Steen, H. (red.) *Sykepleie til barn*. Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag AS, s.11-40.

Tveiten, S. (2012b) Barns helse og livskvalitet, i Tveiten, S, Wennick, A og Steen, H. (red.) *Sykepleie til barn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.42-78.

Tveiten, S. (2012c) Etisk perspektiv på sykepleie til barn, i Tveiten, S, Wennick, A og Steen, H. (red.) *Sykepleie til barn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 205-212.