

Marte Andrea Kjensrud  
Mari Omdahl Grønvold

# Hvordan kan sykepleier tilrettelegge kommunikasjon og samhandling hos barn med kreft i sykehus?

Bacheloroppgave i BSPLD  
Veileder: Inger Balke  
Mai 2019



Marte Andrea Kjensrud  
Mari Omdahl Grønvold

# Hvordan kan sykepleier tilrettelegge kommunikasjon og samhandling hos barn med kreft i sykehus?

Bacheloroppgave i BSPLD  
Veileder: Inger Balke  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier tilrettelegge kommunikasjon og samhandling hos barn med kreft i sykehus?		Dato : 16.05.19
Deltaker(e)/	Marte Andrea Kjensrud Mari Omdahl Grønvold		
Veileder(e):	Inger Balke		
Stikkord/nøkkel ord	<b>Kommunikasjon, barn innlagt i sykehus, sykepleiers rolle, sykepleiers deltagelse, tilrettelegging.</b>		
Antall sider/ord: 44/10998	Antall vedlegg: 0		
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:			
<b>Bakgrunn:</b> For å utøve god sykepleier til barn forutsetter det kunnskap om kommunikasjon og samhandling. God kommunikasjon er nøkkelen til å skape et tillitsforhold til barn. Bruk av kommunikasjonsverktøy som er tilpasset barnets alder og utvikling, er viktig for å fremme trygghet og tillit til barnet.			
<b>Hensikt:</b> Hensikten med denne litteraturstudien er å få innsikt og nye kunnskaper om hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god kommunikasjon og samhandling med kreftsyke barn i sykehus.			
<b>Metode:</b> Metoden som er brukt i denne studien er litteraturstudie der vitenskapelige artikler er funnet ved systematisk søking og kritisk gransking. Artikkene er kritisk vurdert opp mot valgt problemstilling. Databasene som er brukt er Medline (Ovid) og Cinahl.			
<b>Resultat:</b> Resultater viser at kommunikasjonsverktøy er et viktig virkemiddel i kommunikasjon med barn. Funn viser at hjelpemidler i samtaler med barn gjør det lettere å snakke om opplevelser og følelser, og er viktig for å samle inn informasjon fra barns perspektiv.			
<b>Konklusjon:</b> Kommunikasjon er et viktig verktøy som ansees som overførbart i sykepleieutøvelsen og er en viktig ferdighet sykepleier utøver i møte med barn. Opparbeiding av tillit til barn over tid er avgjørende. For at barn skal kunne være mottakelige for informasjon må tillit og trygghet mellom sykepleier og barnet være tilstede. Foreldrene er en viktig ressurs i utførelsen av sykepleie til barn da de fremmer trygghet og reduserer stress hos barnet. Ved å ha kunnskaper om utviklingsnivået til barnet får sykepleier større innsikt i hvordan man kan tilrettelegge informasjonen som gis. Kommunikasjonsverktøy kan brukes terapeutisk i kommunikasjonen og kan ha en fremmende effekt. Det å forstå og bli forstått er et grunnleggende behov alle mennesker har dette understreker betydningen av sykepleiers evne til kommunikasjon.			

## ABSTRACT

Title:	Date : 16.05.19	
	How nurses can facilitate communication and interaction with children diagnosed with cancer in hospital?	
Participants/	Marte Andrea Kjensrud Mari Omdahl Grønvold	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Keywords	<b>Communication, hospitalized children, nurses role, nurses participant, facilitating.</b>	
(3-5)		
Number of pages/words: 44/10998	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<b>Background:</b>		
To exert good nursing to children it requires knowledge of communication and interaction. The key to creating a relationship with children is through good communication. The use of communication tools adjusted to the child's age and development is important for promoting the child's trust and feeling secure.		
<b>Aim:</b>		
The aim of this study is to develop insights and gain new knowledge about how the nurse can facilitate good communication and interaction with children diagnosed with cancer in hospital.		
<b>Method:</b>		
The method used in this study is a literature study. Scientific articles have been found through systematic searching and critical investigation. The articles are critically evaluated against the chosen issue. Medline (Ovid) and Cinahl are the databases used in this study.		
<b>Results:</b>		
The results show that communication tools are important in communication with children. The results show that use of aids in conversations with children can make it easier to talk about experiences and emotions, and are important for gathering information from a child's perspective.		
<b>Conclusion:</b>		
Communication is considered transferable to the nursing practice and it is seen as an important skill the nurse performs in the interactions with children. It is important to build up the trust to the child over time. The trust and security between the nurse and the child must be present in order for the child to be receptive of information. The parents are an important resource in the performance of nursing for children as they promote safety and reduce stress. The knowledge about the children's level of development will give you better insights into adapting the information you provide. Communication tools can be used therapeutically in communication and can promote the communication. To understand and be understood is a basic need for people, and therefore nurses will have an important role in preparing the communication.		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Sykepleiefaglig relevans.....	4
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>5</b>
2.1 Kreft hos barn.....	5
2.2 Teoretisk forankring .....	6
2.3 Barnets utvikling.....	6
2.4 Kommunikasjon med barn .....	8
2.5 Barn innlagt i sykehus.....	10
2.6 Lovverk.....	11
2.7 Hensikt .....	11
2.8 Problemstilling .....	12
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1 Søkestrategier .....	12
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
3.3 Søke Tabeller.....	14
3.4 Analyse.....	17
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>18</b>
4.1 Matriser .....	18
4.2 Resultatpresentasjon.....	25
4.2.1 Sykepleiers rolle.....	25
4.2.2 Kommunikasjon med kreftsyke barn innlagt i sykehus .....	25
4.2.3 Ivaretagelse av barns autonomi .....	26
4.2.4 Tegning som et kommunikasjonsverktøy .....	27
4.2.5 Foreldrenes rolle.....	28
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>28</b>
5.1 Sykepleiers kunnskaper om ivaretagelse av barn .....	28
5.2 Kommunikasjonsverktøy i samhandling med barn .....	31
5.3 Betydningen av foreldrenes tilstedeværelse .....	34
5.4 Metodiske overveielser .....	35
5.5 Forskningsetiske overveielser .....	36
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>37</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>39</b>

## 1.0 Innledning

Temaet for bacheloroppgaven er sykepleie til barn som rammes av kreft og hvordan sykepleier kan tilrettelegge for kommunikasjon og samhandling med barnet. Dette grunner i egne interesser, personlig erfaring og ønske om å kunne tilegne oss god faglig kunnskap om gitt tema.

### 1.1 Sykepleiefaglig relevans

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2019, s. 1).

Det kan være utfordrende å være sykepleier i en barneavdeling. Sykepleier har en viktig oppgave i å legge til rette for at opplevelsen blir best mulig for det kreftsyke barnet og familien. Utøvelsen av sykepleie må tilpasse det enkelte barnet. Den skal ta hensyn til sammenhengen barnet er i og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov. Sykepleien er god når barnets behov ivaretas på en faglig, etisk og juridisk måte. Barnet og familien må også oppleve lindring, trygghet og tillit (Tveiten, 2012).

Grønseth og Markestad (2011) hevder at barn ikke er små voksne. De preges av umodenhet, raskt vekst og utviklingsmuligheter. De har særegne behov og til en viss grad også andre sykdommer enn voksne. Sykepleier må ha kunnskaper om normal vekst og utvikling, samt andre spesialkunnskaper for å ivareta denne pasientgruppen. Grønseth og Markestad (2011) uttrykker at dette er kunnskaper sykepleier må ha for å opprette tillitsforhold til barnet, og at det kommuniseres på deres premisser.

I 2017 var det 33.564 nye krefttilfeller i Norge (Kreftregisteret, 2018). Nærmere 200 av tilfellene er barn, hvor en stor andel får leukemi (Zeller og Ursin, 2018). Leukemi er en av de vanligste kreftformene som rammer barn. Når et barn rammes av en så alvorlig sykdom kan det være skremmende og vanskelig å forholde seg til (Bøckmann og Kjellevold, 2015). En kreftdiagnose medfører en stor omveltning i barnets liv. Gode samtaler og tilstrekkelig med



informasjon underveis kan være avgjørende for å skape trygghet i den uoversiktlige hverdagen. Å kommunisere med kreftsyke barn vil derfor være en viktig del av sykepleieutøvelsen. Barn kan ha begrenset evne til å si ifra og mulighet til å bli hørt. Det er derfor viktig at sykepleier har kompetanse, moralsk standard og egen refleksjon i møte med barn (Grønseth og Markestad, 2011).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Kreft hos barn

Kreft hos barn er sjeldent og det er rundt 200 nye tilfeller årlig (Zeller og Ursin, 2018). I 2017 var det 160 nye tilfeller av kreft hos barn i alderen 0- 17 år i Norge (Kreftregisteret, 2018). Barn med kreft i Norge har en god overlevelsesrate, men det er den hyppigste årsaken til død av sykdom hos barn og ungdom over ett år i Norge (Zeller og Ursin, 2018). Årsakene til kreft hos barn er ukjente, men det kan skyldes en interaksjon mellom genetiske forandringer i cellene og miljømessige påvirkninger som virusinfeksjoner (Grønseth og Markestad, 2017). De vanligste kreftformene hos barn er hjernesvulster og leukemi.

I behandlingen av kreftsykdom kan cytostatika, kirurgi og strålebehandling i noen tilfeller, anvendes (Bringager *et al.* 2014). Kreftbehandling har sin pris fordi den har mange bivirkninger og under behandling må sykepleier være forberedt på hvilke bivirkninger som kan opptre og til hvilken tid. I hvilken grad bivirkningene rammer barnet vil avhenge av type, mengde, kombinasjon og hyppighet av gitt cytostatika. Redusert allmenntilstand, kvalme, smerter, slapphet, utseendemessige forandringer og humørforandringer er vanlige bivirkninger ved cytostatikabehandling. Bivirkninger kan ha en reell innvirkning på kommunikasjon og samhandling i møte med dem (Bringager *et al.* 2014). I gjennomføringen av dagens intensive kreftbehandling, gis også støttebehandling. Dette kan være væske-, kvalme-, og smertebehandling. Transfusjoner, ernæring, behandling med hematopoietiske vekstfaktorer og infeksjonsbehandling kan også gis. Psykososial oppfølging av pasienten og familien er også en del av støttebehandlingen (Bringager *et al.* 2014).

## 2.2 Teoretisk forankring

Travelbee (2011) hevder at dersom en interaksjon skal oppnås må man lære den syke å kjenne, samt forstå og ivareta den sykes sykepleiebehov. Dette kan være en faktor i oppfyllelsen av sykepleierens hensikt og mål. Travelbee (2011) beskriver at kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et virkemiddel som kan anvendes for å nå interaksjonsprosessens mål. Kommunikasjon er dermed en prosess sykepleier kan anvende for å nå målene.

Travelbee (2011) hevder at dersom man skal hjelpe et barn til å mestre sykdom og lidelse, må sykepleier ha kunnskap om at hvert individ er forskjellig og reagerer individuelt ved påkjenninger. Mangler sykepleier kunnskap eller innsikt i hvordan ulike individer responderer under påkjenninger kan det føre til mangelfull hjelp (Travelbee, 2011).

Travelbee hevder at kommunikasjon er en innviklet prosess der kunnskap og evnen til å anvende kunnskapen må ligge til grunn. Sensitivitet og en velutviklet sans for "timing" er avgjørende, samt mestring av ulike kommunikasjonsteknikker (Kirkevold, 1992).

"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleier praktiserer hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og hvis nødvendig å finne meningen i disse erfaringene" (Kirkevold, 1992, s. 100).

## 2.3 Barnets utvikling

Barn er forskjellige og kan opptre ulikt i ulike situasjoner. Ved å ha kunnskap om barnets utvikling kan det føre til en større forståelse av barnas individuelle forskjeller (Steen, 2012). Dersom man har kjennskap til utviklingspsykologien kan man observere om barnet utvikler seg som det skal, da somatisk sykdom kan føre til at utviklingen stopper opp eller reverseres (Steen, 2012). En kan tilegne seg kunnskap om hva et barn har behov for av utviklingsstøtte. Steen (2012) hevder at man må ha kunnskap om utviklingsprosesser for å få en forståelse av hvordan utviklingen foregår. Det vil si de ulike mekanismene bak de endringene som skjer i et individs struktur og atferd. Forståelsen av barns utvikling gjenspeiler de biologiske,

psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser som virker inn på hverandre. Dette danner grunnlaget for individuelle forskjeller (Steen, 2012).

Tetzchner (2012) definerer utvikling som tidsbundne endringer i menneskers struktur og fungering, og er et resultat av biologiske og miljømessige forhold. Slike endringer kan best forstås som en tilpasningsprosess.

Kognitiv utvikling er de mentale prosessene som omfatter å tenke og løse problemer, utvikle språk og begreper, og å gjøre ulike vurderinger. Piaget hevder at det preoperasjonelle stadiet fra 1,5 til 7 år karakteriseres ved at barnet utvikler evnen til å bruke symboler som språk for å forstå sine omgivelser. Tenkningen er preget av "her og nå" aktiviteter (Gjøsund og Huseby, 2010). Kognitiv utvikling er en samlebetegnelse for hvordan barnet utvikler evnen til å tilegne seg ny informasjon, hvordan de lagrer informasjonen de lærer, og hvordan den anvendes. Persepsjon, oppmerksomhet, læring, hukommelse, språktilegnelse, tenkning og problemløsning er noen kapasiteter som inngår i kognitiv utvikling (Tveiten, 2012).

De endringer som skjer i individets måte å være sammen med andre individer, omtales som sosial utvikling. Erik Eriksons teori om den sosiale utviklingen hevder at i alderen 3-6 år er barnet i en fase hvor det har et stort energioverskudd, er nysgjerrig og initiativrik. Barnet har en sterk trang til opposisjon og frigjøring fra foreldre og andre som bestemmer over dem. De kan gjøre ting de ikke har lov til som kan føre til skyldfølelse (Gjøsund og Huseby, 2010).

Emosjonell utvikling er utviklingen av affekt gjenkjenning, affektregulering og formidling av følelser. Følelser kan anses å være barns første språk da følelsesuttrykk gir omgivelsene informasjon om hva barnet har behov for. Dette kan komme til uttrykk ved ansiktsmimikk, kroppsholdning, bevegelser, lyder og språk (Steen, 2012). Utviklingsområdene vil være avhengige av hverandre, hvor den emosjonelle- og kognitive utviklingen gjerne henger sammen. Yngre barn har større behov for hjelp til å regulere og forstå sine følelser enn eldre barn (Steen, 2012). Dersom barn ikke får hjelp til å regulere og forstå sine følelser kan det forhindre en sunn utvikling (Steen, 2012).

I møte med barn innlagt i sykehus må sykepleier ha kunnskap om barnets utviklingsnivå både kognitivt, emosjonelt og sosialt, og ha kunnskap om hva som er viktig for de ulike alderstrinnene. På denne måten kan sykepleier bedre tilrettelegge kommunikasjon og

informasjon som gis, samt justere forventningene man har til barnet (Tveiten, 2012). Dette kan hjelpe sykepleier å møte barnet på det nivået det er (Steen, 2012).

## 2.4 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon omtales som en prosess der et budskap med innhold av informasjon overføres eller formidles. Det blir beskrevet som en gjensidig prosess hvor budskapet blir sendt og mottatt, verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2015). Den verbale kommunikasjonen innebærer bruk av ord muntlig og skriftlig. Nonverbal kommunikasjon formidles uten å bruke ord i form av øyekontakt, mimikk, kroppsholdning eller berøring (Heyn, 2015). Hvis den verbale og nonverbale kommunikasjonen ikke samsvarer og ikke underbygger samme budskap kan misforståelser oppstå. Som sykepleier må man være bevisst på egen fremtreden.

Kommunikasjon er en ferdighet sykepleier må mestre i stor grad. Kommunikasjon er en kompleks ferdighet å trene på da det ikke er en standard prosedyre som gjelder alle pasienter og pasientsituasjoner (Heyn, 2015). I kommunikasjonsprosessen kan sykepleiers egne holdninger utfordres i møte med pasienter. Kunnskap og erfaring om ulike problemløsninger kan bidra til å øke kommunikasjonsferdighetene på en positiv måte (Heyn, 2015). Thorsnes og Brataas (2008) hevder i sin studie at man må øke fokus og bevisstgjøre sykepleiers måte å kommunisere med kreftpasienter. De vektlegger sykepleier- pasient relasjonen da det betyr mye for samspillet i kommunikasjonen (Thorsnes og Brataas, 2008).

For å utøve god sykepleie til barn forutsettes det kunnskap om samhandling og kommunikasjon. For mange år tilbake var det ikke vanlig eller naturlig å ha fokus på kommunikasjon med syke barn innlagt i sykehus (Worum, 1999). I løpet av årene har god kommunikasjon med det kreftsyke barnet og deres familier vist å være av stor betydning (Worum, 1999). Kommunikasjon med barn må derfor ses på som en viktig del av behandlingen. I kommunikasjon med barn må dialogen preges av forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og lytting. Dersom barnet skal oppleve å bli respektert og ha sin integritet ivaretatt må sykepleier anerkjenne væremåten, tankene og følelsene deres. Dersom dette ikke blir tatt hensyn til kan barnet stenge for videre kommunikasjon (Grønseth og Markestad, 2017).

Evnen til å forstå informasjon vil avhenge av barnets alder og hvilken sammenheng barnet befinner seg i. Informasjonen må tilpasses etter alder og utviklingsnivå så de får en forståelse av påkjenningen de utsettes for (Tveiten, 1998). Sykepleier og pårørende bør om mulig gi barna en forståelse av hva som feiler dem og hvordan de selv kan bidra i behandlingen (Grønseth og Markestad, 2017). Hvis de inkluderes og er delaktige i egen prosess kan det gi økt mestringsfølelse (Bøckmann og Kjellevold, 2015). Bøckmann og Kjellevold (2015) hevder at tilbakeholding av informasjon eller å ikke fortelle sannheten kan skape stress og usikkerhet hos barnet og svekke tilliten til foreldre og sykepleier. Barn i denne aldersgruppen er preget av fantasier og fantasiene om hva som er galt kan være verre enn virkeligheten (Bøckmann og Kjellevold, 2015).

Barn vil være avhengig av sine foreldre i en større eller mindre grad basert på alder og behov. Barn i alderen 3-6 år har ofte vanskeligheter med å forstå hva sykdom er og behovet for behandling (Grønseth og Markestad, 2017). Førskolebarn har en begrenset evne til å sette seg inn i andres tankeverden, og deres egosentriske perspektiv kan gjøre det vanskelig å forstå at andre ikke skjønner hva de mener eller sier (Grønseth og Markestad, 2017). Det er avgjørende at sykepleier kommuniserer og samarbeider med barnets foreldre under innleggelse (Heyn, 2015). Et godt samarbeid med foreldrene kan gi sykepleier viktig informasjon så en kan møte barnas behov og bli kjent med barnet (Hordvik og Straume, 1997). Ved å ha en dialog i fellesskap kan man snakke om hvordan sykdommen kan påvirke dem og deres hverdag (Bøckmann og Kjellevold, 2015).

Grønseth og Markestad (2017) hevder at god kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn. Utviklingen av tillitsforhold til barn kan være tidkrevende og utfordrende da de ofte er skeptiske til ukjente mennesker. Faktorer som kan virke tillitsskapende er å vise interesse, bli kjent med barnet som person og ha god tid. Tid er viktig da barn i alderen 3 til 8 år ofte er spørrende (Grønseth og Markestad, 2017) Man må vise barna respekt, være ærlig og hjelpe barnet til å forstå (Grønseth og Markestad, 2017). I studien til Thorsnes og Brataas (2008) understrekes betydningen av å ha en god relasjon for å oppnå en tilstrekkelig samhandling med pasienten. Som sykepleier må man utføre handlinger som kan virke skremmende og ubehagelige for barnet og kan svekke tilliten. Egenskaper som kan fremme tillit i slike situasjoner kan være å bruke humor, spre glede og positive følelser. Man må opptre rolig, lytte aktivt og snakke direkte til barnet (Grønseth og Markestad, 2017).

## 2.5 Barn innlagt i sykehus

Barn legges kun inn i sykehus når det er nødvendig av medisinske eller andre årsaker. Sykdom og sykehusinnleggelse preges av usikkerhet, uforutsigbarhet, frykt, engstelse, stress, ubehag og ofte smerter. Hverdagen som var forutsigbar med kjente og trygge omgivelser, gjøremål og rutiner blir borte (Grønseth og Markestad, 2017). Grønseth og Markestad (2017) hevder at å være i et fremmed og ukjent miljø, være atskilt fra foreldre, delta på undersøkelser- prosedyrer og behandling samt ha begrenset mulighet til å delta i aktiviteter, er de største kildene til stress. Hva som forårsaker stress og hvordan barn mestrer dette vil blant annet avhenge av alder, utviklingstrinn, relasjoner og personlighet. Hvordan den enkelte tolker situasjonen vil ha betydning for mestring og for pasientens velbefinnende (Thorsnes og Brataas, 2008). Vedvarer stresset eller overstiger det mestringsevnen, kan det gi negative reaksjoner etter sykehusoppholdet og være uheldig for barnets helse, velvære og utvikling (Grønseth og Markestad, 2017).

Trusselen for å bli forlatt og å være alene er noe barn frykter når de innlegges. Grønseth og Markestad(2017) hevder at dersom foreldrene er tilstede under sykehusoppholdet vil det skape trygghet og øke toleransen for stress. I dialog med foreldrene må roller og forventninger avklares så sykehusoppholdet kan oppleves trygt for barnet og foreldrene (Tveiten, 2012).

Sykepleier må etterstrebe trygghetsskapende tiltak i møte med barn under innleggelse. Atmosfæren må preges av positivitet og imøtekommenhet. Ved å få forståelig og tilstrekkelig informasjon kan det gi en form for kontroll og oversikt. Det kan redusere stress og engstelse og kan gjøre opplevelsen av situasjonen mindre skremmende (Grønseth og Markestad, 2017). Foreldrenes tilstedeværelse og følelsesmessig støtte kan virke positivt på sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad, 2017).

## 2.6 Lovverk

I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) §3, §4 og §5 presiseres det at barn, under 18 år, fortrinnsvis skal legges inn i egne barneavdelinger, og at personalet skal ha kunnskap om barns utvikling og behov.

Norsk sykepleierforbund (2019) har i yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 nedfelt at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Sykepleier skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) § 6-2 er det nedfelt at personalet plikter å avklare med foresatte hvilke oppgaver de ønsker og kan utføre mens de er hos barnet. Foresatte og barnet har krav på, og skal få informasjon fortløpende om barnets sykdom. Etter gitt informasjon plikter helsepersonell å gjøre rede på om den informasjonen som er gitt er forstått (Molven 2012).

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 annet ledd står det nedfelt at helsepersonellet skal så langt det lar seg gjøre, sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene som blir gitt (Molven, 2012). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 6-3 står det nedfelt at barn har rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så lenge dette er forsvarlig.

## 2.7 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å få innsikt og nye kunnskaper om hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god kommunikasjon og samhandling med barn som har kreft i sykehus.

Denne studien vil belyse bruken av ulike virkemidler som kan bidra til å fremme kommunikasjon med barn. Det er ulike faktorer som ligger til grunn for at kommunikasjonen skal bli vellykket. De ulike faktorene vil også belyses og drøftes i denne studien. Studiet er avgrenset til barn i sykehus, og aldersgruppen vi har valgt er 5-7 år. Barn i denne aldersgruppen har utviklet større ordforråd, og har bedre evne til å uttrykke seg verbalt enn de yngre. Forholdet mellom barn og sykepleier vil vektlegges i større grad enn hos foreldrene. Da barna er avhengige av sine foreldre vil det likevel være naturlig å omtale dem i ulike

sammenhenger i oppgaven. Vi vektlegger at barn, foreldre og sykepleiere kommuniserer på norsk og vil derfor ikke fokusere på interkulturelle barrierer i denne studien.

## 2.8 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier tilrettelegge kommunikasjon og samhandling hos barn med kreft i sykehus?

## 3.0 Metode

I vid forstand kan metode være læren om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke sosiale fakta på en systematisk måte, slik at vår forskning blir etterprøvbar for andre (Garsjø, 2014). I følge Dalland (2007) blir metode delt inn i kvantitativ og kvalitativ metode. Garsjø (2014) beskriver at kvantitative metoder skal vektlegge utvalget slik at det er mest mulig representativt for de enhetene problemstillingen gjelder for. Ulike egenskaper telles opp hos disse enheter og statistiske analyser utføres. Enhetene sammenlignes på en måte som gir tallmessige uttrykk (Garsjø, 2014). Kvalitative metoder undersøker få enheter med mange variabler. Studiet kan basere seg på litteraturstudier og fagtidsskrifter, og kan dra veksler på egne kunnskaper og erfaringer. Kvalitative metoder kan eksempelvis være observasjon og åpne spørsmål i intervju (Garsjø, 2014).

Metoden for denne oppgaven er en litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver at en litteraturstudie innebærer systematisk søking, kritisk gransking og sammenligning av litteratur innenfor et valgt tema. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) er hensikten med et litteraturstudie å få en god oversikt over et bestemt område eller tema og det skal bygge på litteratur som allerede eksisterer. Relevant data for det valgte emnet utvelges, bearbeides og funnene i forskningen drøftes.

### 3.1 Søkestrategier

Studiene som er anvendt i oppgaven ble funnet gjennom systematiske søk i ulike databaser innenfor fagområdet sykepleie. Databasene Medline (ovid) og Cinahl hadde relevante artikler for vår oppgave. Cinahl er en bibliografisk database med referanser til engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensende fag. Den inkluderer tids artikler, noen bøker, avhandlinger og liknende (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Medline er en



database innen medisin, sykepleie og lignende. Den har referanser til artikler fra internasjonale tidsskrifter fra 1946 og fremover (Medline, 2019).

De utvalgte vitenskapelige artiklene belyste fagstoff opp mot valgt problemstilling. Innholdet i den enkelte vitenskapelige artikkelen måtte ha IMRAD-struktur, være fagfellevurdert og inneholde fagterminologi. Artikkelenes oppbygning måtte være argumenterende, ha pålitelig dokumentasjon og vise til annen forskning. Forfatterens institusjonstilknytning må være tydelig, samt artikkelenes tid og sted for utgivelse (Høgskolen i innlandet, 2019).

Når søkene var utført og antall treff var overkommelig, ble artiklene utvalgt på bakgrunn av leste abstrakter, hensikt og resultater. Fulltekst av artiklene ble funnet ved å søke opp artikkelnavn i Oria.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Artiklene ble valgt ut på bakgrunn av kriteriene som avgrensede oppgavens tema.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier skal logisk følge av spørsmålet oversikten skal besvare. Vi definerer dem ved å være tydelige på hvilke personer, intervensjoner, sammenligninger, utfall og design vi ønsker å dekke i oversikten (og hvilke vi ikke er interesserte i). Det er ofte diskusjon om hvor brede eller smale disse kriteriene skal være. Tar vi med få studier, reduseres ofte nytten av oppsummeringen. Tar vi med mange studier, får vi ofte med informasjon det er vanskelig å sammenlikne og oppsummere (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s.21).

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene effektiviserte prosessen i utvelgelsen av relevante studier. Studiene ble inkludert hvis de inneholdt IMRAD-struktur, var fagfellevurderte, og inneholdt relevant fagstoff til gitt tema. Andre inklusjonskriterier var at barna skulle være innlagt i sykehus, og barnas alder under 11 år, helst førskolealder. Artiklene ble ekskludert dersom de var publisert før år 2000. Studier som inneholdt kommunikasjonsfremmende elementer ble også inkludert. Selv om noen av studiene er utført utenfor Norden er de overførbare til norsk klinisk praksis og ble dermed inkludert.

### 3.3 Søke Tabeller.

Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Artikkel nr.1
Medline (Ovid)	1.Nurses role	1 AND 2 AND 3	39178	Information exchange in paediatric setting: an observational study.
	2.Child, hospitalized		2554	
	3.Communication		213149	
			29	

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel nr. 2
Medline(Ovid)	1. Nurses role.	1 AND 2 AND 3	39178	Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: an observational study.
	2. Child, hospitalized.		2554	
	3. Communication.		213149	
			29	

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel nr 3.
Medline(Ovid)	<b>1. Child, hospitalized.</b> <b>2. Nurse-patient relations.</b> <b>3. Communication.</b>	   <b>1 AND 2 AND 3</b>	<b>2554</b>  <b>21604</b>  <b>213149</b>  <b>37</b>	<b>Consultation with children in hospital: children, parents and nurses perspectives.</b>

Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Artikkel nr. 4
Chinal	<b>1. Nurse-patient relation</b> <b>2. Trust</b> <b>3. Child</b> <b>4.Cancer patients</b>	    <b>1 AND 2 AND 3</b>	<b>25 320</b>  <b>8460</b>  <b>570 774</b>  <b>29 174</b>  <b>27</b>	<b>Development of a scale to assess children's trust in general nursing.</b>

Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Artikkel nr. 5
Chinal	1.Nurse-patient relation		25 320	Hospitalized children's views of the good nurse.
	2.Trust		8460	
	3.Child		570 774	
	4.Cancer patients		29 174	
			1 AND 2 AND 3	

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel nr. 6
Medline (Ovid)	1. Child, hospitalized.		2554	Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study.
	2. Nurse- patient relations.		21604	
	3. Communication.		213149	
			1 AND 2 AND 3	

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel nr 7.
Medline(Ovid)	<b>1.Child, hospitalized.</b> <b>2. Nurse-patient-relations.</b> <b>3. Communication.</b>	<b>1 AND 2 AND 3</b>	<b>2554</b> <b>21609</b> <b>212911</b> <b>37</b>	<b>Tell me about it: Drawing as a communication tool for children with cancer.</b>

### 3.4 Analyse

Ved hjelp av analyse kan det vise en bredere helhet og sammenlikning av ulike artiklers resultater (Aveyard, 2014). Det er artikler som både er kvalitative og kvantitative. Man må analysere resultatene fra hver studie og vurdere om studien er relevant eller ikke (Forsberg og Wengström, 2008). Det er blitt foretatt en grundig og kritisk gjennomgang av artiklene som benyttes i denne studien. I analyseringen av artiklene ble sammendraget av valgt artikkel lest for vurdering av relevansen. Ved relevans ble hele artikkelen lest og tolket på norsk og engelsk. Dette for å forhindre misforståelser og for en bredere forståelse av innholdet.

Vi forsikret oss om at artiklene samsvarte med inklusjonskriteriene og belyste problemstillingen. Artikkelenes resultat ble så fremstilt i matriser, hvor innholdet i matrisene skulle belyse det som var av relevans og gi en god oversikt over de ulike artikkelenes resultat. Det ble brukt en matrise for hver enkel studie der studiets hensikt, metode, resultat, diskusjon og konklusjon ble sammenfattet. Deretter ble funnene fra de ulike studiene fattet til et felles resultat med underkategorier. Underkategoriene ble valgt ut fra problemstillingens tema. Resultatene ble så diskutert og tolket.

I oppgaven er det valgt ut flere artikler som ikke direkte omhandler kommunikasjon, men som kan relateres til oppgavens relevans da resultatene er av betydning for hvordan sykepleier kan tilrettelegge for kommunikasjonen. Selv om noen av studiene er utført utenfor Norden er de overførbare til norsk klinisk praksis og ble dermed inkludert.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Matriser

<b>Artikkel nr.1 Referanse</b>	<b>Mårtenson, E. K., Fägerskjöld, A. M., Berteró, C. M (2007)</b> <b>Information exchange in paediatric setting: an observational study.</b> Studien er utført i Sverige.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med dette observasjonsstudiet var å identifisere, beskrive og generere konsepter som omhandler utveksling av informasjon mellom barn og helsepersonell i en pediatrik poliklinisk setting.
<b>Nøkkelord</b>	Children: hospitalized, communication, interpersonal relations.
<b>Metode</b>	Det er en kvalitativ forskningsmetode som er brukt. Nedskrevne notater med innhold av observasjoner og utdrag fra medisinske journaler ble analysert ved bruk av komparativ analyse. 28 barn ble observert i tre ulike separate pediatrike poliklinikker. Det ble utført 76 observasjoner av interaksjon mellom barn, foreldre og ansatte. Observasjonene ble gjort i venterom, korridorer og i konsultasjonsrom.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Avgjørelser tas basert på informasjon. Informasjonsutveksling består i å søke, gi og verifisere informasjon. Man tilegner seg kunnskap når informasjonen gis, og kan sees på som et resultat av sosial samhandling. Tilrettelegging av informasjonsutveksling basert på omgivelsene ble i denne studien sett på som avgjørende. Dette basert på seks ulike temaer hvor et av punktene er å kunne ta del i egen situasjon og sykdom. Tillit, familiens påvirkning, tilegnelse av informasjon, gjensidighet og å være i kontakt, er de andre punktene. Disse punktene vil være relevante og henge sammen, samt være gjeldende i informasjonsutvekslingen i varierende grad. Barna og ungdommene i denne studien ønsket å være deltakende i egen situasjon ved å søke informasjon, dele egen kunnskap med de ansatte og delta i den sosiale samhandlingen med dem.
<b>Konklusjon</b>	Ved å ha en forståelse av hva informasjonsutveksling er kan sykepleiere støtte barna og bistå med å tilrettelegge omstendighetene rundt. Dette kan bidra til å forbedre utveksling av informasjon og virke fremmende i deres relasjon.

<b>Artikkel nr.2 Referanse</b>	<b>Björk, M., Nordström, B., Hallström, I. (2006) Needs of Young Children With Cancer During Their Initial Hospitalization: An Observational Study.</b> Studien er utført i Sverige.
<b>Hensikt</b>	Hvis voksne skal ivareta og støtte barn under sykehusinnleggelse må man identifisere og beskrive barns behov ut fra hvordan barna oppfatter dem. Hensikten med dette observasjonsstudiet var å tilegne seg informasjon og beskrive behov til barn med kreft, under 7 år. Dette som uttrykt av deres atferd, kroppsspråk og verbale uttrykk under observasjoner ved den første sykehusinnleggelsen, etter å ha fått diagnostisert kreft.
<b>Nøkkelord</b>	Childhood cancer, hospitalization, needs, observation.
<b>Metode</b>	Studien ble gjennomført på en sengepost for barn med kreft. Studien varte i ti måneder, hvor tolv barn deltok i studien. De tolv barna ble fulgt over en tidsperiode i 26 timer hvor ikke- involverte, ustrukturerte observasjoner ble gjort. Den enkelte observasjonen per barn kunne vare i fra 20 til 80 minutter. Etter hver observasjon ble det nedskrevet ulike observasjoner som ble transkribert til en fortellende/narrativ tekst. Det ble deretter utført en innholdsanalyse av teksten, på et manifest og latent nivå. Observasjonene ble gjort under en rekke ulike situasjoner og dagligdagse aktiviteter.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Gjennom barns atferd, kroppsspråk og verbale uttrykk er det fem temaer som er gjennomgående i beskrivelsen av barns behov. Temaene som gjentas er behovet for å ha en forelder i nærheten, behovet for å leke og føle glede, deltakelse i pleie og behandlingen, behovet for et godt forhold til de ansatte og behovet for psykisk og emosjonell tilfredsstillelse. Behovet for å ha en forelder i nærheten virket å være det mest fremtredende temaet da de har et psykisk og emosjonelt behov for ha å kontakt med foreldrene. Dersom barna hadde foreldrene til stede klarte de å uttrykke andre behov.
<b>Konklusjon</b>	Verdifull kunnskap om barns behov kan gjøres ved å observere barnet i aktiviteter og daglige situasjoner. De barna som rammes av kreft kan ha noe ulike behov men vil også ha behov som andre friske barn. Det var viktig for barna å ha en forelder i nærheten. Helsepersonell må inkludere foreldrene i prosessen så de kan støtte og trøste deres barn. Helsepersonell må støtte både barn og foreldre under slike forhold.

<b>Artikkel nr.3 Referanse</b>	<b>Coyne, I. (2006) Consultation with children in hospital: children, parents and nurses perspectives.</b> Studien er utført i England.
<b>Hensikt</b>	Hensikten bak denne studien var å utforske barns, foreldres og sykepleiers syn på deltakelse og omsorg i helsevesenet. Dette da barn har rett i å bli konsultert og involvert i egen omsorg. Det er blitt en større anerkjennelse for viktigheten av barns rettigheter og fokus på å involvere barn i egen omsorg. Det er en voksende forskning som understreker barns rett til informasjon og deltakelse i henhold til alder og modenhet.
<b>Nøkkelord</b>	Children, decision- making, nurses, nursing, parents, participation.
<b>Metode</b>	Dette er en kvalitativ forskningsmetode og grounded theory er metoden som er brukt i studien. Det er brukt dybdeintervju, spørreskjemaer og nedfelte observasjoner. Observasjonene varte ikke lengre enn tre timer om dagen. 11 barn, 10 foreldre og 12 sykepleiere deltok i studien. De ble utvalgt fra fire ulike pедиатriske avdelinger fra to ulike sykehus i England.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Foreldrene i studien uttrykte at barna skulle bli involvert i beslutningsprosessene da det kunne styrke barns selvtillit og gi økt velvære. Barna hadde behov for konsultasjon og informasjon så de fikk en forståelse av deres sykdom. Til tross for dette ble barns egne meninger og synspunkter undertrykt. De hadde også varierende erfaringer i å bli informert og involvert i pleien. Sykepleierne hadde ulike synspunkt og ulike meninger om involveringen av barna og deres kognitive funksjon ble for noen sykepleiere viktig.
<b>Konklusjon</b>	Sykepleier må oppmuntre og tilrettelegge for at barna kan delta i beslutninger som omhandler deres omsorg. Ved at barna er involverte kan de opparbeide kompetanse og erfaringer rundt dette. Det betyr ikke at alle syke barn skal presses til å involveres i valg og avgjørelser de ikke føler seg klare for eller har nok innsikt i. Barn skal bli behandlet som et individ og har rett til å bli hørt, ha sin mening og bli respektert. Ved hjelp av kommunikasjon kan man fastslå i hvilken grad barnet ønsker å ha autonomi. Ved å fremme barns autonomi kan det føre til økt velvære og motstandsdyktighet og ha en positiv innvirkning på helsen. Helsepersonell bør være forpliktet til å engasjere barn i konsultasjonsprosessen og inkludere deres syn i tjenesteytelsen.



<b>Artikkel nr.4 Referanse</b>	<b>Rotenberg, K.J., Woods, E.E., og Betts, L.R. (2015) Development of a scale to assess children's trust in general nursing.</b> Studien er gjennomført i England.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å kartlegge barns tillit og frykt for sykepleiere og utvikle en skala som omhandler tillit til barn i generell sykepleie.
<b>Nøkkelord</b>	Child, medical centre visit, nurse, trust.
<b>Metode</b>	Det er brukt en kvantitativ metode i artikkelen. I denne tverrsnittsundersøkelsen fullførte 128 barn en undersøkelse som omhandlet barns tillit til sykepleier. Barna ble stilt spørsmål som omhandlet frykt og tillit til sykepleier. Foreldrene til barna ble også stilt spørsmål om hvordan de trodde sitt barn stilte seg til sykepleier i form av tillit og frykt.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Resultatene viste en sammenheng mellom barnas rapporter om tillit til sykepleiere og foreldrenes rapporter. Foreldrene rapporterte en negativ korrelasjon mellom barns tillit- og frykt for sykepleiere. Studien viste at det er en tilknytning mellom barns tillit til sykepleiere og barns frykt for sykepleiere. Det er ulikheter i barnas og foreldrenes rapporter, men studien mener dette kan ha sammenheng med at barn kan skjule sin frykt for sykehusbesøk ovenfor sine foreldre.
<b>Konklusjon</b>	Studien viser en sammenheng mellom barns tillit til sykepleier og barnas frykt for sykepleier. Det var en negativ korrelasjon mellom disse to. Man må dermed jobbe mot å minske frykten for sykepleier og etterstrebe tillit til barna.

<b>Artikkel nr.5 Referanse</b>	<b>Brady, M. (2009) Hospitalized children's views of the good nurse.</b> Studien er gjennomført i England.
<b>Hensikt</b>	Studien utforsker barns synspunkter på hva en god sykepleier er. Målet med studien var tredelt, hvor de ville rette opp gap i litteraturen, utforske egenskapene til den gode sykepleieren fra barns synspunkt og informere om sykepleie til barn.
<b>Nøkkelord</b>	Communication, hospitalized children, professional competence, professional appearance, safety, virtues
<b>Metode</b>	Denne kvalitative studien har en forankret teori tilnærming, hvor data ble samlet og analysert. Metoden ble valgt da den fokuserer på beskrivelse og generering av teori fra data av en pågående prosess med komparativ analyse. Denne metoden kan hjelpe barn til å formulere problemer og uttrykk gjennom kunstarbeid, som tegninger.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Intervjudata og tegninger ble analysert ved hjelp av sammenlignende tilnærminger. Det var fem kvaliteter barna mente en god sykepleier skulle ha. Egenskaper som kommunikasjon, faglig kompetanse, sikkerhet, profesjonelt utseende og godhet. Barna var overfølsomme for sykepleiers stemme og kroppsspråk. Den gode sykepleier ble beskrevet som lyttende og kontaktsøkende. Sykepleier måtte være organisert og utføre ferdigheter uten å gjøre barna redde. Noen barn var kritiske til avvik. Barna mente gode sykepleiere var sikkerhetsbevisste, konsentrerte og kom godt forberedt med riktig utstyr. Sykepleieren måtte se "anstendig" ut og uniformen skulle se ren og pen ut. Barna refererte til mange etiske og sosiale kvaliteter, og karaktertrekk ved sykepleiere. Dette som rettferdighet, respekt, modighet, ærlighet, tillit, vennlighet, å lytte og være rolig.
<b>Konklusjon</b>	Denne studien identifiserte ulike kvaliteter barn karakteriserte som den gode sykepleier. Noen av funnene er støttet av tidligere forskning som fremhever viktigheten av å ha sykepleiere som rollemodeller for god helse, er kunnskapsrike og har en forståelse av barns behov. Et viktig grunnleggende behov i sykepleien til barn var at deres familie ble inkludert i barnets omsorgstilbud.

<b>Artikkel nr. 6 Referanse</b>	<b>Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. og Hermerén, G. (2002)</b> <b>Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study.</b> Studien er gjennomført i Sverige.
<b>Hensikt</b>	Det var 24 barn i alderen 5 måneder til 18 år som deltok i studien. De var innlagt på sykehus. Barna ble observert i 135 timer i det formål å beskrive graden av deltakelse i beslutninger om egen omsorg og helse.
<b>Nøkkelord</b>	Children, gardening, observational study, participation in decision making.
<b>Metode</b>	Studien ble utført i en periode over ni uker på et universitetssykehus. Barna i studien ble valgt ut med hensyn til kjønn, alder og diagnose. For datainnsamling ble det benyttet ikke-deltagende observasjon som metode. Denne metoden ga muligheten til å observere barna, deres foreldre og helsepersonell i ulike situasjoner under sykehusinnleggelsen.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Det ble identifisert 137 situasjoner som involverte beslutningsprosesser, hvor de ble gruppert på fem nivåer. Nivå 1 hadde ingen kommunikasjon mellom barn og helsepersonell, og deres integritet ble ikke respektert. Nivå 2 omhandlet lytting til barnet, hvor barnets meninger ikke ble respektert. Nivå 3 omhandlet kommunikasjon mellom helsepersonell og barn, hvor barnas meninger og ønsker ikke ble hørt. Nivå 4 omhandlet helsepersonell som lyttet til barnas uttrykk, og var delvis i samsvar med barnas meninger og ønsker. Nivå 5 omhandlet helsepersonell som utførte handlinger i samsvar med barnas meninger og ønsker. De fleste situasjonene resulterte i nivå 5, men noen av situasjonene resulterte i at barna ikke ble hørt eller delvis hørt under beslutningsprosessen.
<b>Konklusjon</b>	Deltakelse i beslutningsprosesser kan ses som et skritt i barns utvikling. Det kan forberede dem på alvorlige beslutninger. En grunnleggende forutsetning for at deltagelse er kunnskaper om hva som skal skje og hvorfor. De fleste, uansett alder, får korte opplysninger om hva som er planlagt.

<b>Artikkel nr.7 Referanse</b>	<b>Rollins, J. A. (2005) Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer.</b> Studien er gjennomført i England og USA.
<b>Hensikt</b>	Stress og håndteringen av kreft i barnealder er et tema som det forskes mer på og har blitt forsket på. Det har gjennom ulike studier blitt forsøkt med ulike metoder for å prøve å komme frem til barns erfaring, men hvor det ofte ender opp med foreldrenes erfaringer. Forskningen på barns helse går fra å søke informasjon om barn, til å søke informasjon direkte fra dem. Hensikten med studien er å se om kunstneristisk uttrykk er et utviklingsmessig og hensiktsmessig kommunikasjonsverktøy for barn.
<b>Nøkkelord</b>	Childhood cancer, drawing, stress, communication, psychosocial.
<b>Metode</b>	Det er en kvalitativ og kvantitativ metode som er brukt i en grounded theory tilnærming. Trianguleringer ble brukt for å øke troverdigheten. Barn i aldersgruppen 7- 18 år, under behandling for kreft, ble brukt i studien. Intervjuer, tegninger og observasjoner ble brukt i innsamlingen av data for så å analyseres. Det ble brukt projektive teknikker med gyldige og pålitelige skaler, samt bruk av kunstteknikker der barna blir bedt om å tegne for så å snakke om tegningene etterpå.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Bruken av tegning, kombinert med god lytting, hjalp barna i å uttrykke sine tanker, følelser og bekymringer. Sykepleiere eller foreldre kan ha en tanke om hva barnet frykter, ønsker eller har av bekymringer, men barna må ha mulighet til å uttrykke sine egne meninger. Deltakerne i studien hadde litt vansker med å uttrykke hva som var stressende i deres liv, gjennom tegning. Mange av deltakerne fortalte at de ikke hadde tenkt på opplevelsen før de tegnet det ned og snakket om det i intervjuet etterpå. Tegning kan hjelpe i sorteringen av tanker og bidra til at det føles mer håndterbart.
<b>Konklusjon</b>	Sykepleiere kan bruke tegning som en enkel metode for å samle inn viktig informasjon fra barnets perspektiv. Det å tegne blir ofte godt mottatt av barn og ungdom. Det er viktig at en har tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter innen tolkning av tegninger da det kan misforståes.

## 4.2 Resultatpresentasjon

### 4.2.1 Sykepleiers rolle

Sykepleier har en viktig rolle i møte med barn innlagt i sykehus, da de er en sårbar pasientgruppe. Sykepleie til barn stiller store krav til kompetanse, kunnskaper, holdninger og ferdigheter. I studien til Brady (2009) ble sykepleiers kompetanse og erfaring om barns utvikling, samt identifisering av barns behov, understreket. Det var det fem ulike elementer som var avgjørende for at barna følte seg sett og ivaretatt (Brady, 2009). Disse elementene gjenspeiler barnas syn på hva de mener en god sykepleier er. Et viktig element var å trygge barna under innleggelsen, da sykehusmiljøet medførte utrygghet og redsel. Når barna følte seg ivaretatt og trygge styrket dette tillit til sykepleier og deres relasjon (Brady, 2009). Sykepleiers profesjonelle utseende hadde også stor betydning for barnas oppfattelse av trygghet og ivaretagelse under behandling. Sykepleier måtte se velstelt ut og ha ren uniform samt bruke hansker, da de var redde for bakterier. Barn er ofte vare på fremmede mennesker, noe som kan medføre at tillit må opparbeides over tid (Brady, 2009). Sykepleier må etterstrebe og tilrettelegge for å oppnå en god relasjon til barn i sykehus. Barna i studien uttrykte at det var viktig å ha et godt forhold til personalet som var involvert i deres daglige pleie (Björk, Nordström og Hallström 2006).

I studien til Rotenberg, Woods og Betts (2015) drøftes barns tillit til sykepleiere. Studien belyser en negativ korrelasjon mellom barns tillit til sykepleiere og barns frykt for sykepleiere. Dersom sykepleier etterstreber å skape en relasjon til barnet, vil dette bidra til å skape tillit og trygghet hos disse barna. Det er avgjørende at sykepleier jobber målrettet for å skape en relasjon til barnet (Rotenberg, Woods og Betts, 2015).

### 4.2.2 Kommunikasjon med kreftsyke barn innlagt i sykehus

Sykepleiere har en viktig rolle i den daglige kommunikasjonen med barn på sykehus. Kommunikasjon blir i studien til Brady (2009) identifisert som et viktig komponent. Barna er i en ny og sårbar situasjon hvor tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon er viktig.

Barna i Brady's studie (2009) var sensitive til sykepleierens kroppsspråk og tonefall.

Dersom dialogen skulle oppleves positiv og hensiktsmessig måtte sykepleier opptre rolig og avslappet, samt bruke god tid. Sykepleieren måtte også opptre muntert og ha et tonefall som gjenspeilet dette. Dersom sykepleier var temperamentsfull, høylytt, stresset, og ikke lyttende til barna, ble dialogen meningsløs. Samtalen ble preget av usikkerhet og utrygghet og svekket deres relasjon (Brady, 2009).

I Coyne (2006) uttrykker noen barn mangel på tilrettelegging av kommunikasjonen. Dette medfører at barna ikke forstår hva som blir sagt og fører til mangel på informasjon. Dette kan gi rom for misforståelser og fremme utrygghet. Barna følte seg ikke involvert i sin behandling som følge av manglende kommunikasjon (Coyne, 2006).

#### 4.2.3 Ivaretagelse av barns autonomi

Barns rettigheter og involveringen i egen omsorg har fått et større fokus de senere år. Coyne (2006) viser til tidligere forskningsstudier som indikerer at barn har varierende opplevelser av å bli konsultert og involvert i egen omsorg. Coyne (2006) hevder at sykepleier må oppmuntre og tilrettelegge for at barn kan delta i beslutninger som omhandler deres omsorg. Dette kan gi barna erfaringer og kompetanse. Barn skal aldri presses til å involveres i valg og avgjørelser som omhandler dem hvis de ikke ønsker, eller har nok innsikt til å gjøre egne valg (Coyne, 2006).

Barn skal bli behandlet som et individ og bli respektert. De har rett til å involvere seg i beslutningsprosessen som omhandler deres helse, ved å bli hørt og ha sin mening (Coyne, 2006). I kommunikasjon med barn kan man fastslå i hvilken grad barnet ønsker autonomi. Barn kan få en større forståelse av sin sykdom og sykehusoppholdet dersom de blir involvert og hørt. Ved å fremme barns autonomi kan det gi økt velvære, motstandsdyktighet og ha en positiv innvirkning på helsen (Coyne, 2006). Sykepleierne i Coyne (2006) hadde ulike synspunkt og meninger om involveringen av barna i beslutningene. Barns kognitive funksjon ble for noen sett som avgjørende i involveringen.

Barna i studien til Runeson *et.al* (2002) reagerte forskjellig i forbindelse med å ta beslutninger i egen helsesituasjon. Noen var aktive og engasjerte i egen beslutningsprosess mens andre reagerte med protester og var ikke i stand til å konsentrere seg når informasjonen ble gitt. Barna i studien hadde ulike krav til informasjon og deltagelse. Noen ønsket å ha mye kontroll,

mens andre ønsket mindre informasjon om egen situasjon. Runeson *et.al* (2002) hevder at barns deltagelse i beslutningsprosessen er viktig i barns utvikling, da de kan forberedes på å ta ulike beslutninger i fremtiden. Barns deltakelse kan gjøre prosedyrer og opplevelsen av en sykehusinnleggelse mindre skremmende. Gjennom kunnskap om hva som skal skje og hvorfor skapes foutsigbarhet og trygghet (Runeson *et.al* 2002).

Mårtenson, Fägerskjöld og Berteró (2007) hevder at sykepleier har en viktig rolle i å tilrettelegge informasjonsutveksling ut fra omgivelsene. Informasjonsutveksling består i å søke, gi og verifisere informasjon. Ved å få informasjon tilegner en seg kunnskap og det kan sees på som et resultat av sosial samhandling.

#### 4.2.4 Tegning som et kommunikasjonsverktøy

Hjelpemidler i samtale med barn kan gjøre det lettere å snakke om opplevelser og følelser. Tegning kan være en inngangsport for dialog. Tegning kan brukes som et verktøy for å overvåke barns emosjonelle og utviklingsmessige tilstand og fremgang (Rollins, 2005). Når et barn er stresset har de en tendens til å vise flere følelsesmessige indikatorer på dette i sin tegning. I Rollins (2005) hjalp tegning barna å uttrykke sine tanker, følelser og bekymringer. I Björk, Nordström og Hallström (2006) hadde noen barn behov for å leke under prosedyren for å dra fokus bort fra situasjonen. Andre hadde behov for å utføre og leke prosedyren på dukker eller bamseser.

Rollins (2005) hevder at tegning kan omtales som barns universalspråk, der barna uttrykker sine erfaringer. Barna ser vanligvis på tegning som en behagelig og hyggelig aktivitet og blir ofte godt mottatt av barn og ungdom. Særlig unge barn som ikke har den kognitive evnen til å uttrykke seg i ord, vil ofte uttrykke seg mer naturlig og spontant gjennom tegning (Rollins, 2005).

Rollins (2005) hevder at sykepleiere kan bruke tegning som en metode for å samle inn viktig informasjon fra barnets perspektiv. Materialene er lett tilgjengelig og det er lite som kreves for å utføre denne aktiviteten. Man må ha tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter innen tolkning av tegninger da det kan misforståes (Rollins, 2005).

#### 4.2.5 Foreldrenes rolle

Foreldre blir ofte usikre, engstelige og stresset når barnet deres er sykt og må legges inn i sykehus. Ved å veilede foreldre kan de bidra i å ivareta omsorgen for sitt barn under innleggelsen. Det kan oppleves godt å ha konkrete oppgaver når de er tilstede så de kan kjenne seg betydningsfulle (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Ved å inkludere barnas foreldre kan de trøste og støtte deres barn på en best mulig måte (Björk, Nordström og Hallström, 2006).

I studien til Björk, Nordström og Hallström (2006) har foreldrene en avgjørende rolle i barnas hverdag ved innleggelse. Barna ønsket å være nær sine foreldre både emosjonelt og psykisk. Dersom foreldrene var tilstede var barna mindre stresset og uttrykte andre behov. Barna var mer tilfredsstilt, gråt mindre, sov mer og hadde en større sosial interaksjon med et fåtall av voksne (Björk, Nordström og Hallström, 2006). De støttet barna før undersøkelser og ga ros i etterkant som var avgjørende så sykepleier fikk utført sine oppgaver (Runeson *et. al* 2002). Foreldrene beskrives som en støttende ressurs i behandlingen av barn (Runeson *et. al* 2002).

## 5.0 Drøfting

Studien vil drøftes ut fra valgt problemstilling. Dette i form av valgte forskningsartikler og annen relevant faglitteratur. Man kan med dette se på ulikheter og likheter og sammenligne de forskjellige kildene. Vi vil med dette undersøke og diskutere de ulike kildene fra flere sider i forsøk på å besvare problemstillingen.

### 5.1 Sykepleiers kunnskaper om ivaretagelse av barn

Brady (2009) hevder at målet for en sykehusinnleggelse er at barna skal føle seg ivaretatt og trygge av sykepleier. Hverdagen og sykehusmiljøet preges av uforutsigbarhet, usikkerhet, stress og redsel (Brady, 2009). Når et barn blir alvorlig sykt og innlegges i sykehus endres hverdagen til hele familien betraktelig. Sykepleier har en viktig rolle i møte med disse barna, da de er en sårbar pasientgruppe. Det vil stilles store krav om kompetanse, kunnskaper, holdninger og ferdigheter i møte med barn (Grønseth og Markestad, 2017). Hvis dette oppnås øker tilliten til sykepleier og dermed styrkes deres relasjon. Barn er ofte vare på fremmede mennesker, som kan medføre at tillit må opparbeides over tid (Brady, 2009). Barn kan



oppleve angst og frykt, noe som kan gjøre det krevende i oppnåelsen av tillit (Tveiten, 2012). I studien til Rotenberg, Woods og Betts (2015) belyses en negativ korrelasjon mellom barns tillit til sykepleier og barns frykt for sykepleier. Rotenberg, Woods og Betts (2015) understreker også viktigheten av sykepleiers relasjonsbygging til barnet, da det kan skape tillit og trygghet. Travelbee (2011) hevder at man må lære barn å kjenne, samt forstå og ivareta deres sykepleiebehov for at en interaksjon skal oppnås.

I studien til Brady (2009) var sykepleiers kompetanse og erfaring om barns utvikling samt identifiseringen av barnets behov avgjørende. Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000) §-5 presiserer helsepersonellens behov for kunnskap om barnas utvikling og behov. Helsepersonell må kjenne til hva som er vanlig innenfor de ulike alderstrinn på utviklingsnivåene både emosjonelt, kognitivt og sosialt (Steen, 2012). Barn må møtes på et kognitivt og emosjonelt plan hvis de skal oppleve å bli respektert og ha sin integritet ivaretatt (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Ved å forstå noe om utviklingsnivået til et barn får man et bedre innblikk i hvordan en kan tilrettelegge for kommunikasjon og informasjon som blir gitt og tilpasse forventningene man som sykepleier har til barnet. Sykepleier vil dermed kunne møte barnet på det nivået det er. Sykepleier må vise forståelse og toleranse for barnets ulike reaksjoner (Björk, Nordström og Hallström, 2006).

Dersom barnet skal oppleve anerkjennelse må det være rom for å vise følelser og noen ganger kan barnet ha behov for hjelp til å forstå, sette ord på og snakke om dem (Tveiten, 2012). Ved å ha kunnskaper om dette kan sykepleier observere om barnet har normale reaksjonsmønstre. Samtidig er det viktig at sykepleier har en forståelse av barnas individuelle forskjeller (Steen, 2012). Dette understreker Travelbee (2011) ved at sykepleier må ha kunnskaper om at hvert enkelt individ er forskjellig og reagerer individuelt ved påkjenninger. Dersom sykepleier mangler kunnskap eller innsikt kan det føre til mangelfull hjelp hos barnet. Til tross for kunnskaper om barns utvikling kan sykepleier oppleve at barna ikke alltid reagerer som antatt. Foreldrenes kunnskap om sitt barn og deres reaksjonsmønstre vil dermed være verdifullt for sykepleier (Grønseth og Markestad, 2017).

Barn som rammes av kreft kan ha særegne behov relatert til sin sykdom men også behov som andre friske barn har (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Barnas avhengighet for å få dekket de grunnleggende behovene varierer ut fra alder og utvikling. Barn i alderen 3-6 år har ofte vanskeligheter med å forstå hva sykdom er og behovet for behandling (Grønseth og

Markestad, 2017). Et behov som ble belyst i studien til Björk, Nordström og Hallström (2006) var viktigheten av et godt og tillitsfullt forhold til de sykepleierne og annet helsepersonell som var involvert i deres daglige pleie.

I den daglige omsorgen har sykepleier en viktig rolle i å konsultere og involvere barn i pleien. Coyne (2006) understreker at barn skal bli behandlet som et individ hvor deres meninger og synspunkt skal bli hørt, respektert og inkludert i tjenesteytelsen. Dersom sykepleier og foreldre gir barna en forståelse av hva som feiler dem, og hvordan de kan være delaktig i behandlingen, får de en forståelse av sykdommen sin og hvordan de kan møte ulike utfordringer (Bøckmann og Kjellevold, 2015). I dialog med barn er foreldrene en viktig samarbeidspartner da de tolker deres signaler og uttrykk (Grønseth og Markestad, 2017). Man må tilrettelegge for hvor mye barn ønsker å være involvert i sin omsorg da en aldri skal presse barnet til å involveres i valg og avgjørelser det ikke ønsker eller har nok innsikt i (Coyne, 2006). Ved hjelp av kommunikasjon kan man fastslå i hvilken grad barn ønsker å involvere seg. Sykepleier må etterstrebe å gi barn mest mulig autonomi i situasjoner der de har lite kontroll, da det kan virke positivt i maktfordelingen og fremme trygghet. Fremming av barns autonomi kan føre til økt velvære, motstandsdyktighet og ha en positiv innvirkning på helsen (Coyne, 2006). Autonomi er et av de fire etiske prinsippene som er en rettighet (Tveiten, 2012). De fire etiske prinsipper blir sett på som et praktisk- etisk rammeverk som sykepleier plikter å følge (Brinchmann, 2012). I møte med barn og foreldre kompliseres autonomiprinsippet da foreldrenes autonomi må respekteres, men også barnets autonomi og retten til å uttale seg. Som sykepleier har en mye makt, dette i form av faglig kompetanse og sin beslutningsmyndighet (Tveiten, 2012). Dette kan brukes negativt overfor barnet da de ikke får mulighet til å uttrykke seg og ha en mening. Sykepleier må derfor være bevisst over sin maktposisjon. Sykepleie til barn vil dermed by på etiske utfordringer (Tveiten, 2012).

Barna i studien til Coyne (2006) opplevde at deres egne meninger og synspunkt ble undertrykt og hadde varierende erfaringer i å bli involvert og informert i pleien som omhandlet dem. Helsepersonell bør være forpliktet til å engasjere barn i konsultasjonsprosessen og inkludere deres syn i tjenesteytelsen (Coyne, 2006). Medvirkning, anerkjennelse og maktfordeling er sentrale prinsipper i sykepleieutøvelsen, og er sentralt i empowerment tenkningen. Maktfordeling innebærer at sykepleier respekterer barnets grenser, og tenker bevisst over hva barnet selv kan bestemme (Tveiten, 2012). Skal sykepleier virke anerkjennende må hun ta barnets perspektiv, vise bekræftelse, empati, innlevelse og medfølelse (Tveiten, 2012).

Runeson *et al.* (2002) hevder at barns deltagelse i beslutningsprosessen er viktig i barns utvikling, da de kan forberedes på å ta ulike beslutninger i fremtiden. Barns deltakelse kan gjøre prosedyrer og opplevelsen av en sykehusinnleggelse mindre skremmende. Gjennom kunnskap om hva som skal skje og hvorfor skapes foutsigbarhet og trygghet (Runeson *et al.* 2002).

## 5.2 Kommunikasjonsverktøy i samhandling med barn

Barna i studien til Brady (2009) identifiserer kommunikasjon som et viktig komponent. Barna er i en ny og sårbar situasjon hvor tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon er viktig. Mårtenson, Fägerskjöld og Berteró (2007) hevder at sykepleier bør ha en forståelse av hva informasjonsutveksling innebærer og tilrettelegging av omstendighetene rundt. Barn har kort oppmerksomhet og deres dagsform kan være preget av den medisinske behandlingen de gjennomgår (Bringager *et al.* 2014). Sanseinntrykk, støy, uro og andres kroppsspråk kan oppfattes distraherende og gjøre barnet lett forstyrret (Grønseth og Markestad, 2017). I Brady (2009) uttrykker barna at de er vare for sykepleiers kroppsspråk og toneleie. Sykepleier må ha et samsvar mellom sine verbale og nonverbale signaler så budskapet ikke blir misforstått og skaper forvirring (Brady, 2009). Brady (2009) hevder at dersom man tilbringer tid sammen med barna, lytter, snakker direkte til dem og setter seg ned med dem, kan det skape tillitsforhold mellom barnet og sykepleier. Sykepleier må opparbeide tillit til barnas foreldre da det kan skape konsekvenser for tillitsforholdet mellom barnet og sykepleier dersom dette ikke oppnås (Tveiten, 2012). Egenskaper som å spre glede og være positiv, samt bruke humor hvis det er hensiktsmessig kan virke trygt og styrke tillitsforholdet til barn og foreldre (Grønseth og Markestad, 2017). Sykepleier kan eksempelvis introdusere barnet for sykehusklovnene. Dette er et tiltak som finnes på mange sykehus i Norge. Sykehusklovnene kan redusere utrygghet og angst og åpne opp for kommunikasjon. De kan ikke forandre situasjonen, men gjøre noe med opplevelsen (Sykehusklovnene, 2018). Sykepleiers tonefall i dialog med barna ble ansett å være avgjørende i formidlingen av budskapet. Dersom sykepleier var høyrøstet, stresset, ikke lyttende og opptrådte sjefete ble barna redde og usikre. Dette svekket deres relasjon og de opplevde dialogen som meningsløs (Brady, 2009). Grønseth og Markestad (2017) mener det som hensiktsmessig å bruke kjente ord og begreper i dialog med barn.

I kommunikasjon med barn må dialogen preges av forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og lytting (Grønseth og Markestad, 2017). Coyne (2006) sier at mangel på tilrettelegging av kommunikasjon kan medføre mangel på informasjon og gir rom for misforståelser og utrygghet. Da barn har en begrenset evne til å oppfatte ironi bør dette unngås da det kan føre til dobbelt kommunikasjon og misforståelser (Tveiten, 2012). Norsk sykepleierforbund (2019) understreker i yrkesetiske retningslinjer 2.4 at sykepleier skal gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Dette kan fremme barnets mulighet til deltakelse i avgjørelser. I pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 annet ledd er det nedfelt at helsepersonell skal så langt det lar seg gjøre, sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene som blir gitt (Molven, 2012). Ved å gjenta budskapet, be barnet gjenfortelle, stille åpne spørsmål og reflektere sammen over informasjonen kan man få innsikt i om budskapet er forstått (Grønseth og Markestad, 2017). Dersom informasjon eller sannheten tilbakeholdes kan det skape stress, usikkerhet og andre negative følelser hos barnet (Coyne, 2006). Grønseth og Markestad (2017) understreker dette og mener at dersom dette ikke tas hensyn til kan det stenge for videre kommunikasjon.

Travelbee (1971, som siterer i Kirkevold 1992) hevder at kommunikasjon er en innviklet prosess der kunnskap og evnen til å anvende kunnskapen må ligge til grunne. Sensitivitet og en velegnet sans for "timing" er avgjørende, og mestring av ulike kommunikasjonsteknikker.

I studien til Björk, Nordström og Hallström (2006) uttrykte barna at lek var et behov som var viktig under innleggelse. Lek er naturlig og en viktig aktivitet for barn. Grønseth og Markestad (2017) hevder at lek stimuleres av barns naturlige utvikling og er viktig for deres livskvalitet da det gir rom for glede, latter, mestringsopplevelser, trivsel og mening. Lek kan redusere stress og engstelse, og gi mestringsfølelse i uoversiktlige og krevende situasjoner (Grønseth og Markestad, 2017). Mange barn har et behov for å leke og føle gleden den medfører selv om de er påvirket av sykdommen og behandlingen som gis (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Noen barn hadde behov for å leke under prosedyren for å dra fokus bort fra situasjonen. Andre hadde behov for å utføre og leke prosedyren på dukker eller bamser (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Dette kan være en måte å informere om hva som skal skje, hvor en eventuelt kan forhandle hvis barnet motsetter seg det, men det skal aldri være tvangspreget (Grønseth og Markestad, 2017). Grønseth og Markestad (2017) hevder at i alderen 2-9 år er dukker, teddybjørner og dyr gode virkemidler å snakke gjennom. Det gir anledning til å demonstrere roller, atferd og forbereder barnet på hva det skal gjennom. Lek

kan brukes terapeutisk i kommunikasjon som forberedelse for undersøkelser, prosedyrer og i bearbeidningen av opplevelser (Grønseth og Markestad, 2017). I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) §4 er det nedfelt at barn kan ha med egne leker hjemmefra dersom de ikke er allergifremkallende eller skadelig for dem. Grønseth og Markestad (2017) hevder at å ha med kjente leker hjemmefra kan skape trygghet og åpne opp for dialog.

Lek kan innebære tegning, sang, bilder, rollespill, metaforer, bruk av leker og eventyr (Grønseth og Markestad, 2017). Tegning kan være en inngangsport for dialog da det kan hjelpe barnet å snakke om ulike hendelser og andre temaer det er vanskelig å snakke om. Det kan gi utløp for tanker, følelser og bekymringer. Det kan brukes som en metode for å samle inn viktig informasjon fra barns perspektiv (Rollins, 2005). Ved å ha en dialog om hva barna har tegnet og spørre hva tegningen fremstiller, kan sykepleier få en forståelse av fremstillingen. Dette da man ikke skal tolke barns tegninger alene, da det kan gi rom for misforståelser (Rollins, 2005). Særlig unge barn som ikke har den kognitive evnen til å uttrykke seg i ord, vil ofte uttrykke seg mer spontant og naturlig gjennom tegning (Rollins, 2005). I studien til Brady (2009) ble tegning brukt som et virkemiddel i innsamlingen av informasjon. Forskerne opplevde at dette var et godt virkemiddel for å samle inn informasjon fra barnas perspektiv.

I alle de utvalgte studiene denne oppgaven belyser blir det brukt en rekke ulike samtaleteknikker i møte med barn, foreldre og sykepleiere. I Rollins (2005) anbefales bruk av tegning som en enkel metode for innsamling av informasjon fra barnets perspektiv for så å snakke åpent om tegningen. Ved at sykepleier i møte barn har kunnskaper om ulike samtaleteknikker kan det øke formidlingsevnen og hjelpe barn til bearbeidning av opplevelser ved sykdom og sykehusopphold (Rollins, 2005). Grønseth og Markestad (2017) nevner ulike teknikker som å stille åpne spørsmål og la barna fortelle, defokusert kommunikasjon, refleksjon og snakke om temaer barn interesserer seg for. Bruken av åpne spørsmål kan ivareta barns autonomi da det gir en mulighet til å la barnet uttrykke seg. Simulering av flere sanser samtidig som bruk av bilder, lek, film og berøring er hjelpemidler som kan føre til en vellykket dialog (Grønseth og Markestad, 2017).

### 5.3 Betydningen av foreldrenes tilstedeværelse

I studien til Björk, Nordström og Hallström (2006) har foreldrene en avgjørende rolle i barnas hverdag ved innleggelse. Barna ønsket å være nær sine foreldre både emosjonelt og psykisk. Dersom foreldrene var tilstede var barna mindre stresset og klarte å uttrykke andre behov under samtale. Barna var mer tilfredsstilt, gråt mindre, sov mer og hadde en større sosial interaksjon med et fåtall av voksne (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Økt stressnivå hos foreldre kan gjøre barna engstelige og oppfattelsen av barnas behov og signaler blir svekket. Hvis stress hos barn vedvarer og overstiger mestringsevnen kan det medføre negative reaksjoner etter endt opphold og påvirke barnets helse, velvære og utvikling (Grønseth og Markestad, 2017). Ut fra dette ser en at sykepleiers ivaretagelse av barnet også omfatter ivaretagelsen av foreldrene, slik at de kan være til best mulig hjelp og støtte for barnet. Dersom foreldrene støttet barna før undersøkelser og ga ros i etterkant fikk sykepleier utført sine oppgaver (Runeson *et.al* 2002). Foreldrene ansees å være en viktig ressurs i utførelsen av god sykepleie til barn (Runeson *et.al* 2002).

Travelbee (1971, som siterer i Kirkevold 1992) beskriver at sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleier hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og meningen i disse erfaringene. Det å være forelder til et barn diagnostisert med kreft er traumatisk for familien. Familien må innse at de har et sykt barn og forholde seg til de usikkerhetene sykdommen medfører (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Kreften truer ikke bare barnets liv men også tryggheten i familien. Dette medfører at hele familien blir påvirket og tvunget ut i en krisesituasjon. Grønseth og Markestad (2017) hevder at foreldre trenger å bli sett, anerkjent og støttet i den vanskelige situasjonen de står i. Dette kan bidra til at foreldrene blir bedre rustet og dermed støtter og hjelper sitt barn til å få dekket sine behov (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Grønseth og Markestad (2017) hevder at sykepleier har en viktig rolle i å redusere forhold som skaper stress og styrke foreldrenes ressurser. Man kan tilby hjelp til å løse praktiske problemer og tilby avlastning så de kan få en pause. Foreldre kan trenge råd og veiledning i samtale med sine barn særlig i vanskelige situasjoner der døden kan være et tema. Det er avgjørende at sykepleier og foreldrene har god kommunikasjon og at man har et felles mål om å gjøre det beste for barnet (Tveiten, 2012).

I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) § 6 står det nedfelt at personalet plikter å avklare hvilke oppgaver foreldrene ønsker å gjennomføre og kan utføre under oppholdet med barnet. Ved å avklare foreldrenes roller og behandle dem som likeverdige samarbeidspartnere kan det skape tillit til sykepleier og hindre misforståelser (Grønseth og Markestad, 2017). I følge Björk, Nordström og Hallströ (2006) har en forelder krav til å være tilstede under innleggelse. Dette gjenspeiles i pasient og brukerrettighetsloven(1999) § 6-2. Dersom foreldrene er tilstede under innleggelsen vil barnas følelsesmessige traumer minimeres og det skaper trygghet (Björk, Nordström og Hallströ, 2006).

#### 5. 4 Metodiske overveielser

I drøftingen av oppgaven opplever vi at det har vært vanskelig å finne motargumenter da de utvalgte studiene har samsvarende resultater. Mange av forskerne henviser til hverandre og har tilnærmet lik hensikt med sine studier. På en side kan man sette spørsmål om vi har søkt bredt nok, men vi mener at vi gjennom grundige søk har funnet de mest relevante studiene for vår oppgave. Vi ønsket å avgrense studiesøkene til sammenlignbare land som Sverige, England og USA. Dette kan ses på som svakhet da man kan ha ekskludert relevante studier. I søkeprosessen fant vi en rekke interessante studier men som ikke tilfredstilte kravene. Da artiklene er skrevet på engelsk kan det gi en risiko for feiltolkning av studiene. Vi har derfor brukt mye tid på å forsikre oss om at vi har forstått innholdet riktig.

I søket etter relevant faglitteratur ble litteratur valgt basert på problemstillingens relevans. I utvelgelsen forsøkte vi konsekvent å velge faglitteratur som var oppdatert og ikke eldre enn 10 år. Vi valgte likevel å ha med et fåtall av eldre litteratur som Marit Kirkevold og Ragna Worum. Kirkevold er en sykepleieteoretiker som fortsatt er aktuell. Worum har mye erfaring på området med barn og kreft. Faglitteraturen er av like stor relevans i dag som før til tross for årstallet. Vi har valgt faglitteratur av norske forfattere da vi ser på dette som positivt og minsker risikoen for å feiltolke innholdet.

## 5. 5 Forskningsetiske overveielser

Helsinkideklarasjonen ble utformet i 1964 av Verdens legeförening. Verdens legeförening mente det var nødvendig med internasjonale etiske retningslinjer for leger som gjennomførte forskning på mennesker (Førde, 2014). Det tas særlig hensyn til sårbare grupper der barn blir nevnt da de har behov for ekstra beskyttelse. Deklarasjonen hevder at forskningen må følge aksepterte vitenskapelige prinsipper og utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer (Førde, 2014). Dersom forskningen skal finne sted må det innhentes samtykke fra foreldrene da barn under 12 år ikke har kompetanse til å samtykke for deltagelse i forskning. Barn kan gi sin tilslutning til å delta eller ikke og det er ingen nedre grense for å delta i forskning (Backe-Hansen, 2009). Ved forskning må en overveie risiko og fordeler hos deltakerne som deltar (Molven, 2012).

Forskningsetikkloven (2017) skal bidra til at forskning i Norge skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk er til for å vurdere om et forskningsprosjekt er etisk forsvarlig å gjennomføre. All forskning som involverer mennesker skal forhåndsgodkjennes (Salbu, 2014). Medisinsk og helsefaglig forskning er underlagt helseforskningsloven (2008) hvor det står nedfelt at det kreves samtykke fra deltakerne. I de utvalgte artiklene i oppgaven har forskerne gitt informasjon om forskningens omfang verbalt for så å gi skriftlig informasjon til de interesserte. Deretter ble samtykke innhentet fra foreldrene og barna. Noen av artiklene belyste også muligheten for at barna kunne trekke seg underveis.

Innovasjon og tjenesteutvikling har alltid vært en del av sykepleietjenesten (Norsk Sykepleierforbund, 2017). Det er viktig at sykepleier er bevisst på å tenke nytt og tilegner seg kunnskap gjennom forskning, utdanning, og kurs. Ved å benytte seg av dette er en i bedre stand til å tenke nytt og se etter løsninger. Dersom man holde seg oppdatert og informert kan man bidra til å kvalitetssikre tjenesten en gir til barna.



## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien er å få innsikt i og nye kunnskaper om hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god kommunikasjon og samhandling med kreftsyke barn i sykehus. Vi har belyst og drøftet ulike faktorer opp mot problemstillingen.

For å tilrettelegge for god kommunikasjon og samhandling hos barn er relasjon, trygghet og tillit sentrale prinsipper. Funn viser at tillit hos barn må opparbeides over tid og kan virke styrkende på sykepleie- barn relasjonen. Trygghet er en viktig faktor som kan gi økt toleranse for stress og angst i vanskelige situasjoner. Barnet kan også lettere ta imot informasjonen som gis og bearbeide den dersom det opplever trygghet og tillit. Når sykepleier møter barnet på sitt nivå opplever det å bli respektert og få sin integritet ivaretatt. Barn skal respekteres som enkeltindivider og ha mulighet til å fremme egne meninger i behandlingssituasjon. Et sentralt prinsipp i maktutøvelsen er sykepleierens rolle for å fremme barns autonomi. Når sykepleier gir barnet mulighet til medbestemmelse opplever det delaktighet i egen behandling og sykdomsprosess. Slik vil barnet føle seg inkludert og oppleve forutsigbarhet i en uoversiktlig situasjon. Det er avgjørende for at barna skal ha mulighet til å uttrykke seg og si sin mening.

Ved å ha kunnskaper om utviklingsnivået til barnet får man bedre innblikk i hvordan man kan tilrettelegge informasjonen som gis, og møte barnet på sitt nivå. Ved å bruke åpne spørsmål, la barnet gjenfortelle og reflektere sammen med barnet sikrer sykepleier at informasjonen er forstått. Når sykepleier respekterer barnets uttrykk, tempo, utholdenhet, preferanse og konsentrasjonsevne fremmes forutsetningen for god kommunikasjon. Foreldrene vil også være en viktig ressurs i samhandling og bidra til en bedre kommunikasjon med barnet. De har en avgjørende rolle for at barnet skal føle seg trygg og ivaretatt. De kjenner barnets reaksjonsmønstre og hvordan de uttrykker seg. Funn viser at sykepleier må etterstrebe et godt og tillitsfullt samarbeid med foreldrene for at barnet skal få dekket sine behov, bli forstått og føle seg trygg.

Barn kommuniserer best, forstår lettest og vil være enklest å nå når ord og handling kombineres. Samtaleteknikker anses å øke formidlingsevnen og bearbeidingen av opplevelser. Lek kan brukes terapeutisk i kommunikasjon og virke fremmende. Funn viser at lek reduserer stress og engstelse og kan gi mestringfølelse i uoversiktlige situasjoner. Ved bruk av rollespill og tegning som kommunikasjonsteknikk kan barn lettere gi uttrykk for egne tanker,

opplevelser og følelser. Sykepleier kan bruke lek som arena for samtale om ulike vanskelige tema. Lek bidrar også til å normalisere hverdagen til det syke barnet og fremmer glede og mestring i en utfordrende hverdag.

Studien understreker viktigheten av sykepleiers kunnskaper, kompetanse og erfaring om kommunikasjon og samhandling med kreftsyke barn. Dette ansees som overførbart i sykepleieutøvelsen og er en viktig ferdighet sykepleier må utøve i møte med denne sårbare pasientgruppen. Det å forstå og bli forstått er et grunnleggende behov og forutsetter at sykepleier har spesifikke fagkunnskaper om barns evne til kommunikasjon.

## 7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 3. utg. England: Open university press.

Backe- Hansen, E. (2009) *Barn*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/> (Hentet: 09. April 2019).

Brady, M. (2009) Hospitalized children's views of the good nurse, *Nursing Ethics*, 16(5), s. 543-560. doi: 10.1177/0969733009106648.

Brinchmann, B.S. (2012) De fire prinsippers etikk- velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-96.

Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R., og Mørk, A.C. (2014) *Barn med kreft- en medisinsk og sykepleierfagelig utfordring*. 2.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Björk, M., Nordström, B. og Hallström, I. (2006) Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An observational study, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4), s. 9-210. doi: 10.1177/1043454206289737.

Bøckmann, K. og Kjellebold, A. (2015) *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Coyne, I. (2006) Consultation with children in hospital: children, parents and nurses perspectives, *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), s. 61-71. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x.

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

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) *Kapittel 1: Generelt*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217> (Hentet: 28.Mars 2019).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) *Kapittel 2. Samværsrett for foreldre m.m.* tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217> (Hentet: 28.Mars 2019).

Forskningsetikkloven (2017) *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23> (Hentet: 09.April 2019).

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 09. April 2019).

Garsjø, O. (2014) *Sosiologisk tenkemåte- en introduksjon for helse- og sosialfag*. Utgave: 2. Sted: Gyldendal Forlag AS.

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

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

Gjørund, P., og Huseby, R. (2010) *Psykologi 2- mennesket i gruppe og samfunn*. 1.utg. Cappelen damm AS.

Gjørund, P., og Huseby, R. (2010) *Psykologi 1- mennesket i utvikling*. 1. utg. Cappelen damm AS.

Helseforskningsloven(2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: (Hentet: 09. April 2019).

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5utg. Cappelen damm AS.

Hordvik, E. og Straume, M. (1997) *Syke barn i familien, informasjon og veiledning til foreldre*. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00000455> (Hentet 11.Mars 2019).

Høgskolen i innlandet (2019) *Hva er en vitenskapelig artikkel?*. Tilgjengelig fra: <https://www.inn.no/bibliotek/soeke-og-vurdere/hva-er-en-vitenskapelig-artikkel> (Hentet: 11.03.19).

Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. 1. utg. Ad Notam Gyldendal A/S.

Kreftforeningen (2018) *Leukemi hos barn*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-barn/>(Hentet: 17. Februar 2019).

Kreftregisteret (2018) *Nasjonalt Kvalitetsregister for barnekreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Barnekreftregisteret/> (Hentet: 24. April 2019).

Medline(2019) <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/medline> (Hentet: 15. April 2019).

Molven, O. (2012) *Helse og jus*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mårteson, E.K., Fägerskjöld, A.M. og Berteró, C. M. (2007) Information exchange in pediatric setting: an observational study, *Paediatric Nursin*, 19(7), s. 40-43. doi: 10.7748/paed.19.7.40.s29.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015) *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Tilgjengelig fra:

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/2015\\_handbok\\_slik\\_oppsommerer\\_vi\\_forskning.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsommerer_vi_forskning.pdf) (Hentet: 17. April 2019).

Norsk sykepleierforbund (2017) *Politisk plattform for innovasjon og tjenesteutvikling*.

Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/Content/3291875/cache=20172403121205/Revidert%20plattform%20innovasjon%20og%20tjenesteutvikling%202017-2020.pdf> (Hentet: 14. Mai 2019).

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

(Hentet: 11.03.19).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig

fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_7)

[63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_7) (Hentet: 26. April 2019).

Rollins, J.A. (2005) Tell me about it: drawing as a communication tool for children with

cancer, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22(4), s. 203-221. doi:

10.1177/1043454205277103.

Rotenberg, K.J., Woods, E.E., og Betts, L.R. (2015) Development of a scale to assess

children's trust in general nursing, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 20(4), s. 298-

303. doi: 10.1111/jspn.12126.

Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. og Hermerén, G. (2002) Children's Participation in the

Decision-Making Process During Hospitalization: an observational study, *Nursing Ethics*,

9(6), s. 583-598. doi: 10.1191/0969733002ne553oa.

Salbu, A. K. (2014) *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*

Tilgjengelig fra: [https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/forskningsetiske-enheter/regionale-](https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/forskningsetiske-enheter/regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/)

[komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/](https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/forskningsetiske-enheter/regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/) (Hentet : 09. April 2019).

Steen, H. F. (2012) *Utviklingspsykologi*, i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. (red.)

*Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 83-104.

Sykehusklovnene (2018) *Hva gjør vi for barna?*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.sykehusklovnene.no/hva-gjor-vi-for-barna/> (Hentet: 01. Mai 2019).

Tetzchner, S.V. (2012) *Utviklingspsykologi*. 2.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thorsnes, S.L. og Brataas, H.V. (2008) Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient, *Vård i nord*, 28(4), s. 14-18. doi: 10.1177/010740830802800404.

Travelbee, J. (2011) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2012) Barns helse og livskvalitet, i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. (red.) *Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 42-78.

Tveiten, S. (1998) *Barnesykepleie*. 2. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Tveiten, S. (2012) Etisk perspektiv på sykepleie til barn, i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. (red.) *Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 205-212.

Tveiten, S. (2012) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?, i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. (red.) *Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 11-39.

Tveiten, S. (2012) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre, i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. (red.) *Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 157-202.

Worum, R. (red.) (1999) *Barn med kreft- kommunikasjon med alvorlig syke barn*. Utgave: nr 3. Sted: Den norske kreftforeningen, oslo.

Zeller, B. og Ursin, G. (2018) *Resultater og forbedringstiltak fra nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft*. (ISBN 978-82-473-0059-6). Oslo: Kreftregisteret 2018. Tilgjengelig fra:

<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2018/arsrapport-2017-barnekreft.pdf>. (Hentet: 1. April 2019).



