



Hvordan kan sykepleieren ivareta barnets behov for omsorg og kontroll i forbindelse med en smertefull prosedyre?

Lovisenberg diakonale høgskole
Kandidatnummer: 181

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9670
Dato: 25.04.2017



Tittel

Barn og smertefulle prosedyrer

ABSTRAKT

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren ivareta barnets behov for omsorg og kontroll i forbindelse med en smertefull prosedyre?

Metode: Dette er en litterær oppgave der fag- og forskningslitteratur danner grunnlag for besvarelsen av problemstillingen.

Teoretisk perspektiv: Denne oppgaven starter med å presentere teori om utviklingspsykologi, for å ha et utgangspunkt for å forstå barnet. Deretter er teori om kommunikasjon og lek med barn, familiesentret sykepleie og omsorgsfilosofien til Kari Martinsen presentert. I tillegg er etiske og juridiske rammer for sykepleiere som jobber med barn beskrevet, samt en presentasjon av teori om smerte og Odd E. Haviks kontrollmodell. Dette til sammen gir bakgrunnskunnskap for å forstå problemstillingen og er utgangspunkt for drøftingen.

Drøfting: I drøftingsdelen kommer det frem ulike sider av problemstillingen og forslag til hvordan sykepleieren kan ivareta barnets behov for omsorg og kontroll. Drøftingskapitlet er lagt opp etter aspektene i Haviks kontrollmodell; kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll, og omsorgsfilosofien til Kari Martinsen er på ulike måter knyttet inn i aspektene.

Konklusjon: Barn skal få være barn på sykehus, de skal få medvirke i den grad de kan samtidig som sykepleieren skal være bevisst på hvordan hun lar barnet medvirke. For at barnet skal oppleve omsorg og kontroll i forbindelse med en smertefull prosedyre, er det viktig at det legges til rette for at foreldrene får være tilstede. Samtidig skal sykepleieren legge et grunnlag for opparbeidelse av et tillitsforhold, og barnet skal få vite hva som skjer og være en aktiv deltaker gjennom blant annet lek.

Nøkkelord:

Barn, omsorg, kontroll, smertefulle prosedyrer, barneavdeling

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning	3
1.4 Oppgavens oppbygning.....	3
2. Metode	4
2.1 Beskrivelse av metode	4
2.2 Beskrivelse av søk	4
2.3 Kildekritikk.....	5
3. Et sykepleiefaglig perspektiv	7
3.1 Barns utvikling.....	7
3.1.1 Barns kognitive utvikling	7
3.1.2 En teori om psykososial utvikling	8
3.2 Kommunikasjon og lek med barn	9
3.3 Familiesentrert sykepleie.....	10
3.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	11
3.5 Etikk ved sykepleie til barn.....	12
3.6 Juridiske rammer for sykepleiere	13
3.7 Smerte og stress.....	13
3.8 Haviks kontrollmodell	14
4. Hvordan kan sykepleieren ivareta barnets behov for omsorg og kontroll i forbindelse med en smertefull prosedyre?	16
4.1 Å fremme barnets kognitive kontroll	16
4.1.1 Forberedelse.....	16
4.1.2. Relasjonsbygging.....	17
4.1.3 Barnets informasjonsbehov	18
4.1.4 Foreldrenes informasjonsbehov	20
4.2 Å fremme barnets instrumentelle kontroll	21
4.2.1 Barnets medvirkning	21
4.2.2 Bruk av lek og mestringsstrategier	22
4.3 Å fremme barnets emosjonelle kontroll.....	24
4.3.1 Reaksjoner	24
4.3.2 Å skape tillit.....	26
5. Konklusjon	27
Referanseliste	28

1. Innledning

I 2016 var det omtrent 540 000 personer i Norge som hadde behov for døgnopphold på sykehus. Av disse var cirka 80 000 barn i alderen 0-9 år. I gjennomsnitt var et barn innlagt i 4,19 døgn, det vil si at noen lå lenger og noen kortere ut i fra innleggelsesårsak (Statistisk sentralbyrå, 2017). Mange av innleggelsesårsakene innebærer at barnet må gjennomgå smertefulle prosedyrer for å få optimal behandling. Sykepleierens rolle er svært viktig for at barnet skal få en så god opplevelse av sykehusoppholdet og prosedyren som mulig. I tillegg er foreldrenes tilstedeværelse vesentlig for barnets opplevelse av sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2013).

Mange barn opplever stress og utrygghet når de kommer på sykehus. Sykehuset er ofte et ukjent sted der alt er nytt og det gjennomføres ubehagelige prøver og undersøkelser. Det er mange ukjente mennesker og barnet kan kjenne en frykt for separasjon fra foreldrene. Summen av dette fører til økt stressnivå hos barnet og øker opplevelsen av å miste kontroll over situasjonen (Grønseth & Markestad, 2011). I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon er det utarbeidet generelle bestemmelser for barns rettigheter under et sykehusopphold. Disse skal sørge for at barnet blir ivaretatt og får tilrettelagte behov (2000). I denne oppgaven vil jeg ha fokus på barnet som skal gjennomgå en smertefull prosedyre under et elektivt sykehusopphold. Samt fokus på ivaretagelse av foreldre og deres rolle som støttespillere for barnet. Foreldre er sentrale for barns opplevelse av trygghet, de kan berolige barnet og gi det en følelse av mestring under smertefulle prosedyrer. Samtidig kan de være et hinder for sykepleien som utføres. Når foreldrenes stressnivå øker blir også barnet mer stresset, og omsorgsevnen til foreldrene svekkes (Grønseth & Markestad, 2011).

Som sykepleier på en barneavdeling er det viktig å være klar over at smertefulle prosedyrer bidrar til økt utrygghet og uforutsigbarhet for barnet (Ruud, 2011). Sykepleieren har i oppgave å beskytte barnet mot uhensiktsmessige påkjenninger, gjøre sykehusoppholdet mest mulig overkommelig og ivareta behovet for omsorg (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014). For optimale tilnærminger og forventninger er det viktig at sykepleieren har kunnskap om ulike faser i barns liv. Med bakgrunn i utviklingsteoriene til Jean Piaget og Erik Homburger Erikson har jeg valgt å skrive om barn på fem år (Håkonsen, 2014). I denne

aldersgruppen er det viktig at barna blir vist respekt og får være med i bestemmelser, slik at det legges til rette for trygghet, stressreduksjon og en god helhetsopplevelse for både barnet og foreldrene (Grønseth & Markestad, 2013).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har et ønske om å jobbe med barn som ferdig utdannet sykepleier. I den sammenhengen bruker jeg denne oppgaven til å tilegne meg kunnskap som kan være relevant når man arbeider med barn. Det som spesielt interesserer meg med denne aldersgruppen er at det i barndommen legges et grunnlag for livet videre. Jeg tenker at det er viktig for individets senere oppfatning av helsevesenet, at barnet møter en sykepleier som bruker sin funksjon på en god måte og viser trygghet og inviterer til samarbeid.

Under mitt utvekslingsopphold i Tanzania opplevde jeg at flere barn ble behandlet på en lite omsorgsfull måte. Deres behov for trygghet og ivaretagelse ble ikke tatt hensyn til ved utførelse av smertefulle prosedyrer, som rensing av sår eller blodprøvetaking. Jeg opplevde at sykepleiere utførte prosedyrer uten å prate med eller se på barnet. Det hendte at barn gråt og prøvde å vri seg unna, og sykepleieren reagerte med å slå. Kulturforskjellene mellom Norge og Tanzania er store, men jeg tror likevel det er viktig å la barn være barn, la de reagere på den måten som er naturlig for dem og ta vare på deres behov for omsorg og trygghet. Hvis samarbeidet mellom sykepleier og barn ikke er optimalt, kan barnet føle avmakt og oppleve situasjonen som stressende. Ved å skape en trygg situasjon og godt samarbeid med barnet før, under og etter en smertefull prosedyre, kan barnets stressnivå reduseres og det kan oppleve kontroll i situasjonen (Grønseth & Markestad, 2013).

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av litteratur og mine erfaringer fra utvekslingsoppholdet i Tanzania, har jeg kommet frem til denne problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren ivareta barnets behov for omsorg og kontroll i forbindelse med en smertefull prosedyre?*

1.3 Avgrensning

Barna i denne oppgaven skal til et elektivt sykehusopphold på en barneavdeling. I den forbindelse har de tidligere vært på poliklinikken på det samme sykehuset for å få informasjon om hva som skal skje under oppholdet. Barna har ellers ingen erfaring med sykehus fra før. Barn på sykehus har i snitt 4,19 liggedøgn, derfor har jeg valgt at barna i oppgaven har et sykehusopphold på fire dager (Statistisk sentralbyrå, 2017). Under sykehusoppholdet kommer barnet til å gjennomgå ulike smertefulle prosedyrer. Med smertefulle prosedyrer mener jeg kortvarige prosedyrer som innebærer nålestikk.

På barneavdelingen på sykehus er det et tett samarbeid mellom ulike faggrupper, et tverrfaglig team, som alle bidrar med sin kunnskap for at barn og familie skal få best mulig og helhetlig behandling. I oppgaven utelukker jeg det tverrfaglige teamet og begrenser meg til sykepleierens funksjon når barnet skal gjennomgå en smertefull prosedyre og til ivaretagelse av foreldre. Med foreldre mener jeg de med foreldreansvaret. Selv om hele familien blir påvirket i en slik situasjon, kommer jeg kun til å fokusere på foreldre og ikke annen familie som for eksempel søsken (Tveiten, Wennick & Steen, 2012).

1.4 Oppgavens oppbygning

Første del av oppgaven innleder med en generell presentasjon av tema, bakgrunn for valg av tema, problemstilling og avgrensning. I andre del har jeg skrevet et metodekapittel med beskrivelse av metoden jeg har brukt, beskrivelse av søkeprosessen og kildekritikk. For å besvare problemstillingen *Hvordan kan sykepleieren ivareta barnets behov for omsorg og kontroll i forbindelse med en smertefull prosedyre?*, har jeg i oppgavens tredje del presentert relevant teori, før jeg i den fjerde delen har drøftet. I drøftingskapitlet har jeg satt litteratur opp mot hverandre, utdypet og argumentert, med utgangspunkt i Odd E. Haviks kontrollmodell. Som en avslutning vil jeg presentere min konklusjon som svar på problemstillingen.

2. Metode

Dalland (2012) viser til Vilhelm Aubert sin definisjon av en metode «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111). Fremgangsmåten i denne oppgaven har vært å søke opp kilder og anvende disse til å belyse og besvare problemstillingen (Dalland, 2012).

2.1 Beskrivelse av metode

Dette er en litterær oppgave, der jeg har tatt utgangspunkt i skriftlige kilder for å finne ulike synspunkter på min problemstilling. For å få en helhetlig og sammenhengende forståelse av temaet har jeg gjort meg godt kjent med kilder jeg har sett på som relevante. Kildene har gitt meg faktakunnskaper, forklart ulike teorier jeg ønsker å bruke og beskrevet hvordan oppgaven bør bygges opp. På den måten har jeg fått kunnskap til å belyse ulike sider av problemstillingen (Dalland, 2012).

2.2 Beskrivelse av søk

For å komme frem til artiklene jeg har brukt i denne oppgaven har jeg søkt systematisk i databaser. Jeg har også benyttet meg av kjedesøking, da noen av funnene har ledet meg til andre gode artikler (Rienecker & Jørgensen, 2013). Søkingen startet allerede i september 2016, og ettersom skriveprosessen har gått over en lengre periode har søkeordene endret seg etter at temaet ble godkjent og videre prosjektbeskrivelsen formulert.

Den internasjonale artikkeldatabasen Cinahl og søkemotoren GoogleScholar har vært utgangspunkt for søkingen. Søkeordene jeg har benyttet er: *Communication*, *Child*, *Nurse* (som Keyword), *Venipuncture*, *Painful procedures*, *Procedural pain* (som Keyword), *Professional-Family Relations*, *Family role*, *Distraction*, *Restraint* (som Keyword), *care* og *control*. Nurse, procedural pain og restraint er ikke egne søkeord i Cinahl og derfor ble de brukt som nøkkelord i søkene. Søkeordene ble kombinert på ulike måter og med ulike

avgrensninger for å finne artikler som passet min oppgave og problemstilling (Rienecker & Jørgensen, 2013).

Ved å benytte inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble søkeresultatet tilpasset min problemstilling og mengden resultater ble avgrenset. Som inklusjonskriterier brukte jeg litteratur som var Peer reviewed, artiklene skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk, og artiklene skulle handle om barn, foreldre eller sykepleier sin opplevelse av barn på sykehus eller i forbindelse med smertefulle prosedyrer. Eksklusjonskriteriene var at artiklene ikke skulle være eldre enn fra 2010 og man skal kunne se en relasjon mellom forholdene i artikkelen med forholdene i Norge (Rienecker & Jørgensen, 2013).

2.3 Kildekritikk

Underveis i skriveprosessen har jeg ved hjelp av kildekritikk vurdert om kildene jeg bruker er til å stole på. Jeg har funnet mye fag- og forskningslitteratur om barn, men ikke like mye om barn som gjennomgår en smertefull prosedyre. Mange forskere har fokusert på foreldrenes og sykepleiernes tanker rundt barnas opplevelse av et sykehusopphold eller gjennomføringen av en smertefull prosedyre. Barnets egen opplevelse finnes det derimot begrenset forskning på.

Ved hjelp av en sjekklister for kvalitative artikler fra Kunnskapssenteret har jeg plukket ut artikler fra anerkjente tidsskrifter og vurdert hvor holdbar, gyldig og relevant litteraturen er for min problemstilling (2017, 07.04). Oppgaven er også basert på litteratur fra bøker, og for å sikre at kildene er holdbare har jeg benyttet meg av forfattere med bred kunnskap innenfor sitt fagfelt og som har gitt ut bøker gjennom kjente forlag (Dalland, 2012).

I denne oppgaven har jeg valgt å inkludere både primær- og sekundærkilder. Et eksempel på primærkilde er omsorgsfilosofien fra bøkene Kari Martinsen selv har skrevet.

Utviklingsteoriene til Piaget og Erikson, som er beskrevet i annen litteratur, er sekundærkilder (Dalland, 2012).

Det utføres stadig ny forskning og ny kunnskap legges frem. Likevel har jeg valgt å ta med Kari Martinsens egenskrevne bøker om omsorgsfilosofi, selv om de er noe gamle. Jeg ser på hennes filosofi som like aktuell i dag da omsorg er en viktig del av sykepleieprofesjonens

verdigrunnlag. Jeg har også valgt å skrive om utviklingsteoriene til Piaget og Erikson selv om de både er kritisert og gamle, men jeg mener de er vesentlige for å forstå barnets utvikling (Dalland, 2012).

Forskningslitteraturen jeg har funnet har i hovedsak vært engelskspråklig. I den forbindelse tar jeg høyde for at min tolkning og oversettelse kan ha ført til misoppfatninger på grunn av min språkforståelse (Dalland, 2012).

Forståelsen av litteraturen jeg har funnet som relevant, kan ha blitt vinklet på en måte som ikke samsvarer med virkeligheten på grunn av min manglende erfaring med barn på sykehus. Derfor har jeg benyttet meg godt av veiledningstimene vi har fått til rådighet og forsikret meg om at jeg er på riktig spor (Dalland, 2012).

3. Et sykepleiefaglig perspektiv

Barn er ikke små voksne. Som sykepleier på en barneavdeling må man ta i betraktning at barn er forskjellige, og de har andre behov og til dels andre sykdommer enn voksne. Når barn kommer på sykehus er det flere hensyn å ta, både til barnets situasjon, tilstand og utvikling, i tillegg til foreldrene (Tveiten et al., 2012).

3.1 Barns utvikling

Teori om barnets utvikling er vesentlig for å forstå barnet og vite hvordan man som sykepleier skal møte det. Det finnes flere teorier om hvordan utviklingen av fysiologiske, psykologiske, kognitive og sosiale ferdigheter foregår hos mennesket. For sykepleieren på en barneavdeling er det viktig å forstå at alle barn er forskjellig, og at det ikke finnes en fasit på hva en normal utvikling innebærer (Tveiten et al., 2012). Av de mange teoriene og teoretikerne som finnes, har jeg valgt ut de kjente psykologene Jean Piaget og Erik Homburger Erikson til å belyse barnets utvikling i min oppgave. Deres teorier har både blitt rost og kritisert, men har lagt et grunnlag for videre forståelse av barnet. Piaget har delt vår kognitive utvikling inn i stadier, mens Erikson har laget en teori om vår psykososiale utvikling (Håkonsen, 2014).

3.1.1 Barns kognitive utvikling

Den sveitsiske biologen og professoren i psykologi Jean Piaget, var tidlig ute med sin teori om utvikling av barnets tanker. På den tiden var det flere teoretikere som mente at barnet passivt tok til seg læring. Piaget mente derimot at barnet aktivt ønsker å lære og forstå gjennom handlinger og tanker, og på den måten utvikles kognisjonen. Hans teori går ut på at barnet utvikler sin kognitive ferdighet gjennom fire ulike stadier, der stadiene kommer i kronologisk rekkefølge basert på alder og legger grunnlag for hverandre. For hvert stadium blir tenkningen mer logisk. I tillegg legger disse stadiene grunnlag for tankeprosesser senere i livet (Håkonsen, 2014).

Målgruppen i oppgaven er barn på fem år, og ut ifra Piaget sin teori er barnet da i det preoperasjonelle stadiet. Nå er barnets evne til å bruke symboler i særlig utvikling. Det betyr

at barnet bruker språket i større grad og viser større evne til logisk tenkning. Blant annet kan barnet leke at bamsen snakker eller at en trebit er en bil. Piaget hevdet samtidig at barn i denne fasen er preget av egosentrisk tenkning, at omverdenen formes ut fra barnets perspektiv, og at tankegangen er irreversibel. I tillegg klarer barnet i liten grad å bruke tidligere opplevelser i problemløsning (Håkonsen, 2014).

Jean Piaget har lagt et grunnlag for vår forståelse av barns kognitive utvikling, likevel er teorien hans kritisert av flere kilder. Årsaken er blant annet at aldersgruppene er statiske. Det er i tillegg vist at barn kan være i ulike utviklingsfaser når det gjelder ulike områder, at sosialt samspill har stor betydning og at kulturforskjeller spiller inn på de kognitive stadiene. Nyere forskning har også kommet frem til at barn har evne til å sette seg inn i andres situasjon ved et tidligere tidspunkt enn det Piaget beskrev (Ruud, 2011).

3.1.2 En teori om psykososial utvikling

Den tysk-amerikanske psykologen og psykoanalytikeren Erik Homburger Erikson er særlig kjent for sin teori om menneskets psykososiale utvikling. Hans teori legger stor vekt på at barnet fødes inn i et samfunn, og at ulike samfunn har ulik påvirkning på menneskets utvikling. Et annet kjennetegn ved hans teori er at utvikling skjer gjennom hele livet, men at et viktig grunnlag legges i de første leveårene. I tillegg er sosiale relasjoner etablert tidlig i livet utgangspunkt for følelsesmessig og sosial utvikling, der vårt selvbilde, vår selvoppfatning og våre følelser generelt blir påvirket (Håkonsen, 2014).

Erikson har delt vår psykososiale utvikling i åtte faser som strekker seg fra fødsel til død. I hver fase møter mennesket ulike behov og konflikter som vil påvirke menneskets utvikling og senere faser, dette kaller Erikson *livskriser*. Barn på fem år er i fase tre, der initiativ versus skyld står sentralt. Barna tar initiativ til handlinger og tanker, og gjennom herming og lek utforsker de seg selv i en verden som ligner de voksenes. Når evnen til initiativ utvikles, lærer barna hva som er rett og galt, noe som henger tett sammen med utvikling av samvittighet, som igjen kan knyttes til skyldfølelse. Dette betyr at barnet kan oppleve mestring ved å ta initiativ, eller oppleve skyld dersom handlingene ikke aksepteres. Som resultat av livskrisene i denne fasen kan barnet utvikle håp, vilje og mening, eller tilbakeholdenhet og disiplin (Håkonsen, 2014).

3.2 Kommunikasjon og lek med barn

Kommunikasjon handler om kontakten mellom to eller flere personer, der kontakten innebærer meningsfulle tegn. Alle barn er forskjellige, og som sykepleier til barn er det viktig å se hvert barn som et unikt individ og tilpasse kommunikasjonen deretter. Felles for barn er at de lett skifter fokus og oppmerksomhet. Gjennom interesse for barnet kan man komme inn til det og høre dets tanker og bekymringer, men det er en balansegang. For mye engasjement kan gjøre at barnet trekker seg unna og lukker seg. Det samme kan skje hvis barnet har fått nok og heller vil gjøre noe annet. Da er det viktig at sykepleieren ikke presser på, men venter til neste gang det åpnes opp for en samtale (Eide & Eide, 2007).

Når sykepleieren respekterer barnets behov og tilpasser seg deretter, så bidrar det til å opprette et tillitsforhold mellom barnet og sykepleieren. Ulike kommunikasjonsvirkemidler kan med fordel brukes for å vinne tillit til barnet. Ved å vise at man ser barnet der det er, lytter, er ærlig og forklarer på en forståelig måte, er man på god vei til å skape en tillitsrelasjon (Bringager et al, 2014). Lek er et godt hjelpemiddel i kommunikasjon med barn. Leken er en naturlig del av barnets utvikling og vil i kommunikasjonen med helsepersonellet bidra til trygghet. Barnet på fem år har god fantasi og kan med fordel bruke rollelek og tegning i forberedelsene til eller i bearbeidelse av en smertefull prosedyre. Dette er med på å kartlegge barnets tanker slik at sykepleieren kan få viktig informasjon som kan brukes til å tilpasse kommunikasjonen og situasjonen til barnets beste (Tveiten et al., 2012).

Barn skal respekteres og sykepleieren må tilpasse kommunikasjonen ut fra alder, utviklingsnivå og situasjon (Tveiten et al., 2012). Barnet som skal til et elektivt sykehusopphold har ved en tidligere anledning vært innom poliklinikken på sykehuset sammen med sine foreldre. Her har de fått informasjon om hva som skal skje under oppholdet. Det er hensiktsmessig å repetere denne informasjonen, finne ut hva både barnet og foreldrene vet og husker, samt oppklare misforståelse når de kommer tilbake og skal legges inn (Ruud, 2011). Måten informasjon gis på er avgjørende for forståelsen av det som blir gjort, og det påvirker igjen hvordan barnet håndterer prosedyren (Huges, 2012). Ved å tilpasse informasjonen kan barnet forstå og mestre situasjonen på en bedre måte enn om informasjon ikke tilpasses. Gjennom blant annet lek og fantasi kan sykepleieren kommunisere på barnets

nivå og barna kan få en mer positiv tilnærming til det som skal skje og situasjonen generelt (Bringager et al, 2014).

3.3 Familiesentrert sykepleie

Familiesentrert sykepleie handler om å legge til rette for at familiens ressurser styrkes, slik at muligheten til å mestre situasjonen øker. Sykepleieren formidler kunnskap, veileder og informerer, for på den måten å gi familien støtte til å ta vare på barnet og hverandre.

Foreldre, er en viktig faktor når barn legges inn på sykehus. For at foreldre kan vise barnet omsorg, må de selv oppleve trygghet og kontroll i situasjonen. Når foreldre blir engstelige og stresset vil det påvirke barnets stressnivå negativt (Grønseth & Markestad, 2011). Godt samarbeid mellom foreldre og sykepleier er veldig viktig for at alle skal få en trygg og god opplevelse av situasjonen. I tillegg vil foreldrene føle seg som viktige støttespillere og oppleve mestring hvis sykepleieren tilrettelegger for å gi dem plass, lytter og gjør dem komfortable i situasjonen (Svendsen, Moen, Pedersen & Bjørk, 2016).

En viktig rolle for sykepleieren på en barneavdeling er å ta vare på og fremme det friske, samtidig å hjelpe familien til å mestre situasjonen så godt det lar seg gjøre. Dette handler om det Aron Antonovsky har kalt salutogenese. Salutogenese tar for seg faktorer som fremmer helse, i motsetning til patogenese som fokuserer på faktorer som er årsak til sykdom. I et salutogenetisk perspektiv må sykepleieren bruke tid for å bli kjent med familien, for på den måten å forstå hva som bringer akkurat denne familien helse. Det skal støttes opp om både barnets og familiens ressurser, la de få være med i avgjørelser og bestemmelser slik at de får en følelse av mestring. Ved at de får mulighet til å ha en stemme, selv få si hva de trenger hjelp til, kan de oppleve mening og forutsigbarhet i en hverdag som ellers kan føles meningsløs og utfordrende (Bringager et al., 2014).

På en barneavdeling er familiens tilstedeværelse grunnleggende, og de har ofte en mer sentral plass enn på en voksenavdeling. Når barn er innlagt på sykehus er det vanlig at foreldrene er tilstede under hele eller deler av barnets opphold, samtidig som familien hjemme, blant annet søsken og besteforeldre, blir involvert. Selv om jeg har avgrenset oppgaven til kun å handle om barnet og foreldre, så ser jeg det som viktig å være bevisst på at hele familien ofte blir involvert. Det finnes mange former for familie, og sykepleieren må være seg bevisst på

hvordan ens syn på annerledes familieforhold enn det man er vant med, kan påvirke ens handlinger. Blant annet kan kulturelle forskjeller med store familier eller annerledes syn på sykdom føles utfordrende for sykepleieren (Tveiten et al., 2012).

3.7 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Den norske sykepleieteoretikeren Kari Martinsen skiller seg fra andre sykepleieteoretikere, da hun ser på de filosofiske trekkene i sykepleiefaget. Hennes gjennomgående tanke er at omsorg er grunnleggende i all sykepleie. I den forbindelse mener hun at teori og vitenskap har fått for stor betydning i sykepleien, i motsetning til filosofiske betraktninger som mellommenneskelige relasjoner (Kirkevold, 2005). Ut fra dette deler Martinsen (2003) omsorgsbegrepet i tre dimensjoner; en relasjonell, praktisk og moralsk dimensjon. I tillegg har hun gitt en beskrivelse av omsorg i et kollektivistisk menneskesyn som kan kalles hverdagsomsorg. Tanken er at handlinger kun får mening i avhengighetsrelasjoner, og den omsorgen vi i fellesskap viser hverandre vil føre til positiv deltakelse i hverdagslivet.

Omsorg er en forutsetning for våre menneskers liv. Vi er avhengige av hverandre, og omsorg er et resultat av den andres avhengighet. Dette er grunnlaget for den relasjonelle dimensjonen, der nærhet og åpenhet mellom to mennesker er viktige stikkord. Sett i lys av sykepleieprofesjonen, så er pasientens avhengighet av sykepleieren en forklaring på at omsorg er profesjonens verdigrunnlag (Martinsen, 2003).

For å beskrive den praktiske dimensjonen har Kari Martinsen trukket frem historien om den barmhjertige samaritan som en appell om sykepleieres ansvar for den svake. Sykepleieren står ikke på sidelinjen og ser på, men deltar i den andres lidelse gjennom praktiske handlinger. Dersom den svake var i stand til det ville han utført handlingene selv, men han er ikke lenger selvhjulpne og dermed avhengig av hjelp. Dette gjelder også barn som blir mer avhengig av hjelp når de er syke. Sykepleieren forstår den andres behov for hjelp og utfører situasjonsbetingede, konkrete og betingelsesløse handlinger deretter, men forventer ikke å få noe tilbake. Det er en generalisert gjensidighet mellom de to personene (Martinsen, 2003).

Den moralske dimensjonen av omsorg handler om makt og avhengighet, og hvordan vi opptrer i relasjoner i vårt praktiske arbeid. For å kunne forstå den andres lidelse, behov for

hjelp og akseptere han som et individ må sykepleieren ha fagkunnskaper og erfaringer. Basert på dette skal sykepleieren ta moralske beslutninger som reduserer avstanden mellom hjelper og den svake. I enhver situasjon der hjelp skal gis, etableres det en avhengighetsrelasjon, og sykepleieren må lære å bruke sin makt som er til fordel for den svake (Martinsen, 2003).

3.6 Etikk ved sykepleie til barn

Sykepleieren på en barneavdeling vil oppleve situasjoner der verdier står på spill eller der det er uenighet om hvilke verdier som veier tyngst, etiske dilemmaer. Veiledende for sykepleierens hverdag er de fire prinsippers etikk: velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet. De fire prinsippene er ikke absolutte og de må tolkes i enhver situasjon. De legger med andre ord føringer for hvordan vi skal handle i etiske dilemmaer (Nortvedt, 2016). I tillegg til å handle er det svært viktig å vite hvordan man skal tilnærme seg barnet i ulike situasjoner. Barn trenger å bli sett og møtt med respekt, og sykepleieren skal legge til rette for et jeg-du forhold. Dette er grunnleggende tanker i nærhetsetikken, der møtet mellom mennesker er i fokus og oppmerksomheten er på den enkelte situasjonen (Brinchmann, 2016).

Foreldre er myndighetspersoner for barnet inntil det fyller 18 år, noe som gir barnet begrenset autonomi (Tveiten et al., 2012). Dette handler om ansvaret for den svake, som Kari Martinsen har stort fokus på i sin filosofi (Martinsen, 2003). Barnet har ikke fullstendig selvbestemmelsesrett, og foreldrene fatter blant annet samtykke på vegne av barnet. Likevel skal det tas hensyn til og gis respekt til barnet, også når det er innlagt på sykehus. Sykepleieren viser at hun respekterer barnet og foreldrene ved at de får være med å bestemme og får mest mulig kontroll i en ellers usikker hverdag på sykehuset. Dette handler om empowerment (Tveiten et al., 2012). Empowerment er knyttet til begrepet maktfordeling (Tveiten, 2016). For å forstå Kari Martinsens moralske dimensjon, der sykepleieren skal bruke sin kunnskap og erfaring til å redusere avstanden mellom seg og pasienten, kan den sees i sammenheng med prinsippene om maktfordeling (Martinsen, 2003). Det handler om å delegerer makten og hjelpe pasienten til selv å medvirke, brukermedvirkning. Når det legges til rette for medvirkning er det viktig at barnet og foreldrene blir anerkjent for det de gjør, for på den måten å unngå følelse av maktesløshet (Tveiten, 2016).

3.5 Juridiske rammer for sykepleiere

Store deler av den praksisen sykepleieren utfører er lovregulert, og ved å ha kjennskap til lovverket sikrer man forsvarlig og omsorgsfull sykepleie. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4-2). Denne paragrafen sikrer barnet og foreldrene pleie og omsorg av god kvalitet, samt at helsepersonellet har krav på opplæring og tilrettelegging for å være kvalifisert til de oppgaver som skal utføres (Helsepersonelloven, 1999).

Barnet på fem år som er innlagt på sykehus går under Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. I forskriften tydeliggjøres det at barn kun skal legges inn i helseinstitusjon så fremt det er til det beste for barnet og at barn fortrinnsvis skal legges inn på barneavdeling. Barn innlagt på sykehus har rett til å ha minst en forelder tilstede under sykehusoppholdet, det har rett til å bli aktivisert så langt det er forsvarlig ut fra helsetilstand, og i tillegg få undervisning tilpasset alderstrinn (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Sykepleien som ytes skal bidra til at den hjelpetrengende bedrer sin helsetilstand, og i pasient- og brukerrettighetsloven er pasientens rettigheter nedfelt. Rettighetene gir pasienten en stemme i sin behandling. I følge kapittel 3 har pasienten rett til medvirkning og informasjon. I de tilfeller der det er snakk om barn som er under 16 år skal både barnet og foreldre, eller de med foreldreansvaret, få informasjon. Barns særlige rettigheter er presisert i kapittel 6 i loven, der punktene i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon er lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.4 Smerte og stress

I forbindelse med en smertefull prosedyre er forkunnskaper om smerter vesentlig, både for barnet, foreldrene og sykepleieren. Smerter er en subjektiv opplevelse sammensatt av både fysiologiske, psykologiske og sosiale komponenter. Med andre ord er smerte kompleks, og sykepleieren må ha god forståelse for barnet og barnets utvikling for å tilpasse smertelindringen (Grønseth & Markestad, 2011). Grunnleggende for smertelindring er å vise forståelse og omsorg overfor barnet, og ta det på alvor. Det er barnet som gir uttrykk for

smerten det føler og sykepleieren må vise respekt. Foreldrene kjenner barnet sitt godt, og ved å høre på deres ekspertise kan smertelindringen optimaliseres. I tillegg trenger foreldrene sykepleierens ekspertise for å forstå situasjonen og overføre trygghet til barnet (Bringager et al., 2014).

På samme måte som smerter er også stress en subjektiv opplevelse. Stress oppstår ofte når man føler seg under ubehagelig press og opplever lite mestring. Det kan ofte være et resultat av smerter, og når vi vet dette er det viktig å tilrettelegge for redusert smerteopplevelse. Smerter og stress påvirker hverandre, og gir de samme fysiologiske reaksjonene som blant annet økt puls og blodtrykk, hjertebank, i tillegg til økt spenning i muskler og søvnløshet. Det stresset og ubehaget barn kan oppleve på sykehus i forbindelse med en smertefull prosedyre, kan føre til regresjon. Regresjon kan forstås som en forsvarsmekanisme, der barnet går tilbake i utviklingstrinn når stresset og presset blir for stort. Femåringen kan begynne å snakke babyspråk og bli sengevæter igjen. Samtidig kan den kognitive utviklingen også reduseres og det blir vanskeligere for barnet å få med seg og huske informasjon (Grønseth & Markestad, 2011).

Femåringen som aldri har vært innlagt på sykehus tidligere sitter ofte med mange tanker og følelser som kan gi seg uttrykk i smerter. Endrede rutiner og opplevelse av uro, tretthet og tap av kontroll kan være smertefullt i seg selv eller forsterke opplevelsen av smerte (Tveiten et al., 2012). Ikke-medikamentelle metoder brukes i kombinasjon med medikamentell smertelindring. I forbindelse med en smertefull prosedyre er det viktig at barnet får kjennskap til de ikke-medikamentelle smertelindringsmetodene og får god informasjon om medikamentell smertelindring. Det vil være med på å redusere stress og ubehag, og på den måten redusere smerte relatert til prosedyren (Bringager et al., 2014).

3.8 Haviks kontrollmodell

Odd E. Havik (1989) viser i sin modell hva som ligger til grunn for hvordan vi mennesker mestrer og tilpasser oss en somatisk sykdom. Modellen tar utgangspunkt i tre aspekter; kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll. For å forstå psykologiske reaksjoner som er knyttet til somatisk sykdom, så er disse tre formene for kontroll viktige å kjenne til.

Modellen kan være et hjelpemiddel for sykepleieren for å ivareta barnets psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. I situasjoner der barn blir utsatt for stressorer, kan sykepleieren ved hjelp av denne modellen bidra til å fremme barnets kognitive, instrumentelle og emosjonelle kontroll. Disse tre aspektene ved kontroll er ikke absolutte eller uavhengig, og de berører hverandre. Dersom ett eller flere aspekter ikke blir ivaretatt kan barnet som skal gjennomgå en smertefull prosedyre oppleve tap av kontroll (Stubberud, 2013).

4. Hvordan kan sykepleieren ivareta barnets behov for omsorg og kontroll i forbindelse med en smertefull prosedyre?

Spørsmålet i oppgaven besvares ved å knytte teori og funn sammen. Sykepleieren må ta hensyn til flere faktorer når hun skal jobbe med barn, og i den sammenhengen kommer jeg til å trekke inn synspunkter fra barns, foreldres og sykepleieres perspektiver. For å drøfte ulike synspunkter knyttet til tema tar jeg utgangspunkt aspektene i Haviks kontrollmodell. Her kommer jeg også til å trekke inn sider av Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

4.1 Å fremme barnets kognitive kontroll

Målet med kognitiv kontroll er at barnet skal oppleve forutsigbarhet i situasjonen, for på den måten oppleve redusert ubehag og stress og dermed få økt kontroll. Antonymet til forutsigbarhet er flertydighet, og for å hindre flertydighet og oppnå forutsigbarhet hos barnet som skal gjennomgå en smertefull prosedyre er kommunikasjon, informasjon og forberedelse viktig (Stubberud, 2013).

4.1.1 Forberedelse

Gode forberedelser gir barnet og foreldre en forutsigbarhet om hva som skal skje og hvordan ting foregår. Dette er med på å øke følelsen av trygghet, noe som igjen vil øke opplevelsen av kontroll (Tveiten et al., 2012). I følge Huges er dette forutsetninger for å redusere engstelse knyttet til smertefulle prosedyrer (2012). Bruk av humor under forberedelser vil ha positive fysiologiske og psykologiske effekter, men det forutsetter at sykepleieren kjenner barnet godt. Humor kan bidra til at barnet åpner seg i større grad, noe som kan skape bedre kontakt mellom barnet og sykepleieren, som igjen kan igjen føre til økt forutsigbarhet (Eide & Eide, 2007). I tillegg vil humor bidra til at barnet slapper av, og både sirkulasjonen og frigjøringen av endorfiner øker. Dette er gode argumenter for å bruke humor i hverdagen på en barneavdeling. Blant annet brukes sykehusklovner aktivt på flere sykehus (Stubberud, 2013). Klovnene bidrar til å fremme det friske og bidra til lek og glede hos barna (Bringager et al, 2014).

På barneavdelingen brukes både medikamentelle og ikke-medikamentelle virkemidler aktivt i forberedelse og ved utførelse av smertefulle prosedyrer. Ved hjelp av EMLA-krem, en lokalbedøvende krem som gir en overfladisk anestesi, vil den fysiologiske smerten ved stikket reduseres (Tveiten et al., 2012). Praksisen som i dag utføres på norske sykehus er ifølge Østgaard og Ulvik at barn får EMLA-krem på begge håndbaker minst en time før innsetting av en perifer venekanyle, slik at smerter og dermed stressreaksjoner reduseres (2010). Det kan være nyttig å gi informasjon om medikamentelle og ikke-medikamentelle virkemidler til både barnet og foreldrene før de brukes (Grønseth & Markestad, 2011). For det første er det er naturlig å inkludere foreldre når man informerer, da deres kunnskap kan være til god hjelp for sykepleieren når kommunikasjonen skal tilpasses barnet. Dersom foreldrene forstår hva som skjer blir de ofte rolige og kan overføre trygghet til barnet (Bringager et al., 2014). For det andre vil ivaretagelse av informasjonsbehovet bidra til å redusere barnets stress og ubehag, noe som igjen bidrar til redusert smerteopplevelse (Grønseth & Markestad, 2011).

4.1.2. Relasjonsbygging

Sykepleieren skal ta ansvar for den svake og respektere barnets autonomi. Samtidig skal hun og være klar over avhengighetsrelasjonen dem imellom og la barnet medvirke (Martinsen, 2003). Stress, utrygghet og tap av kontroll er stikkord som barn forbinder med et sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleieren står i en maktposisjon som hun kan bruke til å overføre kontroll til barnet. Dette handler om maktomfordeling (Tveiten, 2016). For det første vil maktomfordeling føre til redusert avstand mellom barnet og sykepleieren (Martinsen, 2003). For det andre vil det gi barnet en følelse av å bli sett, og for det tredje vil det være avgjørende for sykepleierens relasjonsbygging med barnet (Huges, 2012). På andre siden kan maktomfordeling føre til utfordringer i forbindelse med valgene barnet tar. For eksempel om barnet velger en hånd til innsetting av perifer venekanyle der årene ligger vanskelig tilgjengelig. Derfor er det svært viktig at sykepleieren er oppmerksom på hvilke valgmuligheter hun åpner for (Stubberud, 2013).

Alderstilpasset informasjon og aktiv deltakelse i prosedyren kan gjøre situasjonen mindre stressende for barnet. Det handler om å ta utgangspunkt i barnets utviklingsnivå og la det medvirke ut fra kompetansenivå. Femåringen kan for eksempel blåse såpebobler eller bestemme figur som skal tegnes på plasteret (Huges, 2012). Barn på sykehus er avhengig av

sykepleieren for å få forbedret helse og for at opplevelsen skal føles trygg. Samtidig er sykepleieren avhengig av barnet for å skape en relasjon og innhente relevant informasjon (Martinsen, 2003). Hvis sykepleieren setter av tid før utførelsen av den smertefulle prosedyren for å prate med barnet om informasjon det har fått og forventninger det har til prosedyren, vil barnets engstelse reduseres. Dette kan vi se i lys av at barnet føler seg sett, får mulighet til å sette ord på egne følelser, stille spørsmål og bli informert. Videre vil dette gi opphav til en følelse av kontroll og ivaretagelse, i tillegg til at det er med på å opparbeide tillit mellom barn og sykepleier (Huges, 2012). Dette til sammen legger et grunnlag for å ivareta barnets omsorgsbehov (Martinsen, 2003).

Foreldre trenger støtte og veiledning til å fylle foreldrerollen når barnet deres er innlagt på sykehus. Sykepleieren må gi gode råd, informasjon og veiledning om hvordan det er å være forelder til et barn på sykehus. I tillegg er det viktig at sykepleieren hjelper foreldrene med å finne løsninger de føler seg vel med. For eksempel kan foreldrene ta ansvar for stell, da dette er en oppgave de er kjent med (Grønseth & Markestad, 2011). Foreldrene er i de fleste situasjoner avhengig av sykepleieren, både for å takle situasjonen selv og for å kunne være en støtte og trygghet for sitt barn. På den andre siden er sykepleieren avhengig av foreldrene ved at hun gjennom dem skal få samtykke til å handle og foreldrene kjenner barnet best (Martinsen, 2003). En god rolleavklaring og arbeidsfordeling vil bidra til økt samarbeid under prosedyrer og bedret opplevelse av sykehusoppholdet fra foreldrenes side (Svendsen et al., 2016).

4.1.3 Barnets informasjonsbehov

Som teorien har vist, så er det viktig å være tydelig i kommunikasjonen med barn. For å dekke barnets informasjonsbehov er det vesentlig å tilpasse kommunikasjonen til hvert enkelt barn og akseptere når nok er nok og barnet heller ønsker å leke (Eide & Eide, 2007). Likevel er det viktig å inkludere barnet når informasjon gis og ikke la det bli en passiv mottaker. Selv om barnet på fem år har begrenset autonomi, skal begrepet empowerment stå sterkt. Barnet har rett til både å medvirke og bli anerkjent (Tveiten, 2016). I tillegg sier Pasient- og brukerrettighetsloven at barnet har rett til informasjon på lik linje med foreldrene (1999). Her blir sykepleierens kommunikasjonsferdigheter utfordret, i tillegg til at vi ut fra yrkesetiske retningslinjer skal tilstrebe å gi tilpasset informasjon og sikre at informasjonen er forstått

(Norsk sykepleierforbund, 2011). Dersom informasjonsgiveren er en sykepleier som kjenner barnet godt, vil det være lettere å tilpasse informasjonen (Stubberud, 2013). I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 5 presiseres det at barnet, så godt det lar seg gjøre, skal bli ivaretatt av det samme personalet under hele oppholdet (2000). Dette handler om å gi økt forutsigbarhet der barnet både får spesifikk og individuell informasjon om hva som skal skje under den smertefulle prosedyren, i tillegg til generell informasjon om blant annet sykehusoppholdet og sykehusmiljøet (Stubberud, 2013).

Sykepleieren kan med fordel bruke symboler, for eksempel en bamse, for å forklare hva som skal skje under en prosedyre. Det handler om å tilnærme seg barnet på deres nivå og bruke deres symbolsystemer i kommunikasjonen. I denne sammenhengen må sykepleieren være bevisst på hvordan hun formulerer seg, slik at begreper som «koble på en slange» ikke misforstås da barnet kan tenke på en ekte slange (Håkonsen 2014). Dersom det kommuniseres på barnets nivå kan det føre til at det blir tryggere til å stille spørsmål, noe som kan gjøre det lettere for barnet å forstå. Altså vil sykepleierens kommunikasjonsmåte bidra til tillit mellom barnet og sykepleieren, noe som er en forutsetning for opplevelsen av trygghet og kontroll (Eide & Eide, 2007).

Et mål med kommunikasjon er at budskapet blir forstått (Eide & Eide, 2007). Det vil være nødvendig at sykepleieren forklarer at den smertefulle prosedyren vil gjøre barnets situasjon bedre, selv om det vil oppleves som smertefullt der og da (Stubberud, 2013). I denne sammenhengen er det viktig å informere på en slik måte at barnet forstår at det selv ikke er skyld i at det må gjennomgå en smertefull prosedyre. Ser man dette i lys av Eriksons teori, kan barnet utvikle en tilbakeholdenhet hvis det opplever skyld i situasjonen. Hovedtrekkene i den psykososiale utviklingsteorien tar utgangspunkt i barnets brukermedvirkning. For at barnet skal oppleve omsorg og kontroll under en smertefull prosedyre må det få utfolde seg og ta del i det som skjer. Derimot tar Piagets kognitive teori utgangspunkt i relasjonen mellom barnet og sykepleieren, der et stort fokus er rettet mot at barnet skal få bruke sitt språk og symbolsystemer i kommunikasjonen (Håkonsen, 2014). Dersom man lar barnet tegne sine følelser eller en opplevelse fra sykehuset, kan sykepleieren se hvilke følelser som preger barnet. Tegning kan gi sykepleieren nyttig informasjon, både for å se om budskapet har nådd barnet og hva det tenker (Tveiten et al., 2012).

4.1.4 Foreldrenes informasjonsbehov

Foreldrenes tilstedeværelse og god kommunikasjon mellom foreldre og sykepleier er en forutsetning for at barnets grunnleggende behov blir ivarettatt og at barnet opplever trygghet (Grønseth & Markestad, 2011). I tillegg er det viktig at foreldrene også opplever trygghet. De kan være like engstelige for hva som skal skje som barnet, og informasjon tilpasset barnet kan oppleves trygt også for foreldrene. Når foreldrene får samme informasjon som barnet vet de hvordan de kan snakke med barnet når sykepleieren ikke er tilstede og de vet hvordan barnet tar imot informasjonen (Tveiten et al., 2012). Trygge foreldre kan berolige barnet og gi det en følelse av mestring (Grønseth & Markestad, 2013).

Foreldrene til femåringen som er innlagt på sykehus trenger ofte mye informasjon. De er, som barnet, i en ny situasjon, og sykepleieren må hjelpe dem til å finne løsninger på ting (Bringager et al., 2014). På tross av den nye situasjonen er barnet avhengig av at hverdagsomsorgen ivaretas. Foreldrene er de største bidragsyterne til dette gjennom kjente rammer og rutiner (Martinsen, 2003). Sykepleier og foreldre må bli enige om en rollefordeling, og en forutsetning for det er at både helsepersonell og foreldre er åpne og ærlige. Dersom foreldre ikke føler de kan håndtere hjelperollen må man finne alternative løsninger for situasjoner (Svendsen et al., 2016). For eksempel kan det være lettere om et annet familiemedlem stiller opp. Dessuten er det viktig å høre hva foreldrene ønsker å bidra med, som å ta del i ulike mestringsstrategier der blant annet avledning eller eventyrlesning kan være aktuelt (Tveiten et al., 2012). Etersom foreldrene kjenner barnet best og kan komme med de rette argumentene som barnet forstår, er de en betydningsfull samarbeidspartner for sykepleieren (Bringager et al., 2014).

I følge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon skal det avklares hva foreldrene kan bidra med, samt at foreldrene skal få tilbud om avlastning og kontakt med støttepersonell (2000). Tveiten et al. hevder at denne rolleavklaringen ikke fungerer som ønskelig i praksis. På den ene siden kan foreldrene føle ansvar og press til å bidra og være tilstede, og dersom de ikke får det til kan de oppleve at de ikke strekker til som foreldre. På den andre siden kan sykepleieren føle seg presset til å oppfylle kravet om effektivitet og dermed forvente hjelp og støtte av foreldrene (2012). Selv om Tveiten et al., har vist at rolleavklaring ikke alltid fungerer som ønskelig i praksis, poengterer forskningen til Svendsen et al. (2016) hvor viktig det er med et godt samarbeid mellom foreldre og sykepleier ved gjennomføring av smertefulle prosedyrer på barn. Når sykepleieren er oppmerksom på ulike måter å samarbeide på og er

flink til å tilpasse kommunikasjonen, vil det være lettere for både foreldre og sykepleier å bidra på sin måte og forstå hvilken rolle de har i situasjonen.

4.2 Å fremme barnets instrumentelle kontroll

Den instrumentelle kontrollen handler om at pasienten gjennom aktiv medvirkning deltar i problemløsning og måloppnåelse i behandlingen. Det handler om kompetanse fremfor hjelpeløshet, der man opplever å ha ferdigheter som støtter måloppnåelse, i motsetning til opplevelse av å ikke ha noen innvirkningskraft i det som skjer (Havik, 1989). Barnet er avhengig av sykepleieren og foreldrene for å oppnå mål i behandlingen, og skal samtidig inkluderes, respekteres og ha en viss innflytelse i det som skjer (Stubberud, 2013).

4.2.1 Barnets medvirkning

Barnet skal inkluderes i det som skjer, og sykepleieren skal få barnet til å være en aktiv deltaker under en smertefull prosedyre. Som jeg har sett på tidligere i oppgaven vil sykehusrutiner være med på å redusere forutsigbarheten rundt hva dagen innebærer, og dermed også kontrollen (Ruud, 2011). Barnet har rett til å medvirke, selv om det har begrenset autonomi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Jo mer barnet får informasjon om og får delta i det som skjer i forbindelse med en smertefull prosedyre, jo større kontroll vil det oppleve og dermed redusert smerteopplevelse (Grønseth & Markestad, 2013). Det betyr at dersom barnet blir introdusert for og blir kjent med utstyr som skal brukes i forbindelse med den smertefulle prosedyren, vil det være med på å redusere stress og engstelse. Sykepleieren må kanskje ha på seg hansker, hvordan kjennes det ut å bli tatt på med hansker? Det er en fordel om barnet kan se på utstyret sammen med sykepleieren, i tillegg til å gjøre seg kjent med det på egenhånd (Tveiten et al., 2012).

Sykepleier skal så godt det lar seg gjøre tilpasse seg barnet og dets rutiner. Det skal åpnes opp for valgmuligheter som vil føre til større grad av kontroll, for eksempel hvilken hånd en perifer venekanyler skal settes i (Ruud, 2011). Samtidig kan denne valgfriheten være til hinder for sykepleieren. Hvis barnet velger en hånd der årene ligger vanskelig tilgjengelig og sykepleieren ser at den andre hånden er et bedre alternativ, hva da? Skal sykepleieren velge den hånden hun ser er et bedre alternativ og ta bort den lille kontrollen barnet hadde? Eller

skal sykepleieren respektere barnets valg, noe som kan medføre flere mislykkede forsøk og unødvendig smerte for barnet? (Stubberud, 2013). Dersom vi tar utgangspunkt i de fire prinsippers etikk ser vi at flere verdier står på spill. Sykepleieren vil gjøre det beste for pasienten ut fra hennes kunnskap og respektere pasientens valg, men samtidig ikke påføre skade (Nortvedt, 2016). Videre kan vi også trekke inn omsorgsfilosofien, som forteller oss at vi ut fra kunnskap og erfaringer skal ta moralske beslutninger med mål om å gjøre pasientens situasjon best mulig (Martinsen, 2003). Med dette i tankene er det viktig å være bevisst på hvordan barnet skal medvirke og ikke love for mye (Stubberud, 2013).

På barneavdelingen skal det legges til rette for empowerment. Det betyr ikke at barnet får bestemme behandlingsform, men får ta del i det som skjer ut fra kunnskapsnivå. Under forberedelsene til prosedyren er det viktig å avklare hvordan barnet skal medvirke underveis, for eksempel at det skal blåse såpebobler (Tveiten, 2016). Dersom sykepleieren tilrettelegger for medvirkning og anerkjenner barnet for det han gjør, kan det føre til at barnets evne til initiativ øker. Dette er viktig for å utvikle vilje og håp hos barnet (Håkonsen, 2014). Samtidig vil det være med på å styrke barnets autonomi (Tveiten et al., 2012). Det er rimelig å si at denne formen for å gi barnet mulighet til å påvirke i situasjonen, viser at sykepleieren tar ansvar for den svake. Samtidig viser sykepleieren at hun er bevisst på hvilken maktposisjon hun står i og at barnet er avhengig av hjelpen hun gir. På den ene siden kan summen av dette øke tillitten mellom sykepleieren og barnet, og reduserer avstanden mellom dem (Martinsen, 2003). På den andre siden, dersom barnet ikke blir gitt muligheten til å delta aktivt i behandlingen, kan det oppleve redusert påvirkningskraft i situasjonen. Det betyr at den instrumentelle kontrollen ikke opprettholdes og barnet kan oppleve tap av kontroll (Havik, 1989).

4.2.2 Bruk av lek og mestringsstrategier

Barnet skal oppleve å bli inkludert i behandlingen og oppnå mestring gjennom egne handlinger. I den sammenhengen er det realistisk å tro at dersom barnet får bli kjent med det samme utstyret som skal brukes i behandling ved å se på, kjenne på og leke det, så vil det være et godt supplement til den muntlige informasjonen som gis i forkant av prosedyren (Tveiten et al., 2012). Lek har betydning for barns utvikling og er en stor del av deres kommunikasjonsmåte (Grønseth & Markestad, 2011). Med bakgrunn i denne kunnskapen er

det derfor viktig at sykehusmiljøet er tilrettelagt for at barn skal få leke og at helsepersonell bruker leken i behandling (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Dersom sykepleieren lar lekerommet og sengen være «friområder» der smertefulle prosedyrer ikke utføres, kan det føre til at barnet sover tryggere og bedre om natten og kan leke uavbrutt uten bekymring (Ruud, 2011). Samtidig er det grunn til å tro at opplevelse av mye stress og stort press kan føre til følelse av hjelpeløshet og tap av kontroll, noe som igjen kan føre til regresjon (Grønseth & Markestad, 2011). I den forbindelse er det viktig at sykepleieren tilpasser seg hvert enkelt barn, støtter det og gir det omsorg (Brinchmann, 2016). I tillegg øker smertefulle prosedyrer energiforbruket hos barnet (Grønseth & Markestad, 2011). Verken regresjon eller økt energiforbruk er heldige situasjoner når barn er innlagt på sykehus. Dette støtter argumenter som hevder at lek blant annet vil være med på å øke mestringsfølelse og trygghet under en smertefull prosedyre (Stubberud, 2013).

Når sykepleieren skal gjøre barnet til en aktiv deltaker for å gjennomføre prosedyren på en god måte, vil det være en fordel å bruke ulike mestringsstrategier, ettersom mestringsstrategier på ulike måter bidrar til empowement (Tveiten, 2016). Blant annet kan avledningsteknikker, som å blåse såpebobler, telle baklengs eller spille TV-spill, legge til rette for at barn på fem år selv kan utføre handlinger under prosedyren (Grønseth & Markestad, 2011). For å få ønsket effekt av avledningsteknikkene er det en fordel at barnet har blitt introdusert for dem før selve prosedyren er i gang (Stubberud, 2013). Videre har barn også god effekt av kognitive mestringsstrategier, der sykepleieren kan fange barnets oppmerksomhet gjennom for eksempel fantasihistorier. I tillegg kan emosjonell støtte være nødvendig under en smertefull prosedyre. Får barnet en hånd å holde i eller et kosedyr på fanget kan det få tiltrengt følelsesmessig støtte (Grønseth & Markestad, 2011). For øvrig kan mestringsstrategier også virke på foreldrene, ettersom fokuset deres kan rettes mot noe annet og de kan ta kontroll i situasjonen. Dersom foreldrene føler kontroll kan de overføre trygghet til barnet, og så lenge barnet viser at situasjonen er overkommelig kan de overføre ro og kontroll til foreldrene. Sett i et slit lys kan mestringsstrategier bidra til en positiv smitteeffekt (Tveiten et al., 2012).

Selv om litteraturen viser flere fordeler med bruk av mestringsstrategier, så viser en forskningsartikkel av Olmstead, Scott, Mayan, Koop & Reid at det er begrenset bruk av avledningsmetoder i praksis. Det er flere faktorer som påvirker om sykepleieren bruker avledning under en smertefull prosedyre eller ikke. Blant annet kommer det an på

sykepleierens kunnskap, nyutdannede sykepleiere har ofte nok med å konsentrere seg om det som skal skje. I tillegg er det en fordel om sykepleieren og barnet har opparbeidet et tillitsforhold, da dette gjør utførelsen av prosedyren enklere (2013). Med bakgrunn i argumentet om kunnskap, så skal det ikke så mye til for å sette på for eksempel musikk. Bringager et al. hevder blant annet at musikk kan virke både fysiologisk og psykologisk ved at den beroliger (2014). Samtidig kan et tillitsforhold trolig føre til at sykepleieren blir mer avslappet og konsentrert. Dette gir oss grunn til å tro at økt fokus på fordeler med mestringsstrategier og lek øker bruken av det (Grønseth & Markestad, 2011).

4.3 Å fremme barnets emosjonelle kontroll

Den emosjonelle kontrollen handler om at barnet skal oppleve følelse av nærhet og tilhørighet, i motsetning til separasjon og tap (Stubberud, 2013). Når barnet skal gjennomgå en smertefull prosedyre er det viktig at stress og usikkerhet ikke blir dominerende, men at barnet opplever omsorg og trygghet under forberedelsene, underveis og i bearbeidelsen av prosedyren. Det handler om å oppnå emosjonell likevekt, og er en forutsetning for å takle situasjonen på best mulig måte (Havik, 1989).

4.3.1 Reaksjoner

Barn er sårbare når de legges inn på sykehus og fratras sin vante hverdag. I den forbindelse blir følelser som utrygghet og engstelse fremtredende (Tveiten et al., 2012). Redselen for atskillelse fra foreldre er ofte stor, selv om barn har rett til å ha minst en forelder tilstede under sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Det er grunn til å tro at foreldre som er tilstede og får hjelp av sykepleieren til å fylle foreldrerollen, vil overføre støtte, omsorg og forutsigbarhet til barnet (Grønseth & Markestad, 2011). Med bakgrunn i kunnskap om at redsel og stress er knyttet til smertefulle prosedyrer, er det viktig å informere barnet om at det er lov til å gråte. På den ene siden skal barnet få reagere slik det føler for, med sinne, stillhet eller tårer, og både sykepleier og foreldre skal være tilstede for å støtte når barnet trenger det. På den andre siden skal sykepleieren sette visse grenser for å kontrollere barnets tanker og oppførsel (Bringager et al., 2014). For å øke barnets følelse av

nærhet og trygghet hevder Tveiten et al., (2012) at foreldrenes tilstedeværelse når informasjon gis kan være en fordel.

Sett i sammenheng med sykepleieprofesjonen er sykepleierens oppgave å bruke sin profesjonelle omsorg til å skape nærhet og trygghet til barnet (Martinsen, 2003). Sykepleieren har en viktig rolle når det gjelder å legge til rette for at barnet skal få utforske sine behov selv om det er innlagt på sykehus. Behov som nysgjerrighet, trang til å utforske, selvstendighet og grensesetting skal dekkes for at barnet skal oppnå stolthet og initiativ, istedenfor passivitet og skyldfølelse (Håkonsen, 2014). For eksempel kan tilpasset kommunikasjon, lek og relasjonsbygging, der barnet blir sett og respektert, bidra til ivaretagelse av behovene (Brinchmann, 2016). Håkonsen hevder at det ikke nødvendigvis er negativt om barnet opplever motstand på veien til måloppnåelse, men for stor motstand kan føre til at behovene ikke ivaretas (2014). Med bakgrunn i presentert teori er det grunn til å tro at regresjon kan bli et resultat av understimulerte behov. Samtidig er det realistisk å si at dersom behovene for omsorg og kontroll ikke vil ivaretas, kan redselen i forbindelse med smertefulle prosedyrer øke (Grønseth & Markestad, 2011). Forskningen til Söderbäck (2013) har vist at støtte og veiledning fra sykepleieren og foreldrene kan føre til at barnet får utforsket sine behov, samtidig som den smertefulle prosedyren kan gjennomføres. Så lenge barnet føler trygghet og omsorg i forbindelse med en smertefull prosedyre vil en tillitsrelasjon bygges og nysgjerrighet og medvirkning prege barnets handlinger.

Det viktig å være bevisst på at barnet har egne ferdigheter som skal støttes og ivaretas. Det handler om salutogenese, der sykepleieren skal vektlegge det friske hos barnet og ta vare på helheten, for på den måten å formidle omsorg (Bringager et al, 2014). Sykepleieren skal bruke sin kunnskap og personlighet til å ta ansvar for den svake gjennom konkrete handlinger (Martinsen, 2003). For eksempel kan bruk av rollelek, tegning og å telle baklengs føre til en opplevelse av redusert stress og økt kontroll, og dermed mindre smerte (Tveiten et al., 2012). Med bakgrunn i forskning som har vist at barns motivasjon og mestring under en smertefull prosedyre er individuell og avhengig av den støtten og veiledningen de får, så er det grunn til å tro at god støtte og veiledning vil gi barna tro på sine ferdigheter og hjelpe dem i problemløsning og måloppnåelse i behandlingen (Söderbäck, 2013). Sett i et slikt lys skal sykepleieren forstå barnets behov for omsorg og hjelp, og i den sammenhengen hjelpe barnet til å delta. Dette kan øke tilliten i forholdet mellom sykepleieren og barnet, og vil være avgjørende for avhengighetsrelasjonen dem imellom (Martinsen, 2003).

4.3.2 Å skape tillit

Som en av barnets støttespillere skal sykepleieren ved hjelp av ulike virkemidler arbeide for å opparbeide tillit med barnet. For det første kan tillit oppnås ved å skape en trygg atmosfære, gi forutsigbarhet og vise at man innehar relevant kunnskap for å hjelpe (Bringager et al., 2014). Dette kan være en årsak til at barn som blir møtt med anerkjennelse, der helsepersonellet tar barnet på alvor, opplever større kontroll i situasjonen (Ruud, 2011). For det andre vil maktfordeling lede til kontakt og tillit, og i en slik sammenheng vil kommunikasjon som er preget av engasjement og godkjennelse øke følelsen av trygghet og bidrar til kontroll til å takle situasjonen (Eide & Eide, 2007). Samtidig er dette med på å redusere barnets smerteopplevelse i forbindelse med en smertefull prosedyre (Tveiten et al., 2012). Bringager et al. hevder at en tillitsrelasjon forutsetter at det jobbes godt over tid. Barnet som er inne til et sykehusopphold som strekker seg over fire dager trenger tid til å åpne seg og bli kjent med sykepleieren (2014). Likevel er det grunn til å tro at tillit kan opparbeides med målrettet og stort fokus på tillitsskapende tiltak, der relasjonen mellom barnet og sykepleier er i sentrum (Brinchmann, 2016).

Dagens samfunn er bygget på at vi skal være selvstendige og uavhengige. Helsevesenets praksis støtter denne ideologien ved å hjelpe pasienten til å bli selvhjulpen (Martinsen, 2003). Barnet på fem år har begrenset selvbestemmelsesrett og juridisk sett vil det ikke bli uavhengig selv om det får optimal behandling på sykehuset (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Likevel vil praktisering av helsepersonelloven, der sykepleieren skal gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, bidra til at barnet opplever emosjonell kontroll (Helsepersonelloven, 1999). Dersom barnet opplever nærhet og tilhørighet under vante rammer og rutiner, bidrar det til å skape tillit til sykepleieren. På denne måten kan smerteopplevelsen knyttet til en smertefull prosedyre reduseres og opplevelsen av mestring og selvstendighet øker (Tveiten et al., 2012). Prinsipper om at sykepleieren skal gi støtte, vise forståelse og omsorg til barnet kan virke mot sin hensikt dersom barnet blir en passiv mottaker uten grenser (Eide & Eide, 2007). Derfor er det rimelig å si at en balansegang mellom støtte og medvirkning kan bidra til opplevelse av omsorg og kontroll i tillitsrelasjonen. En kan også hevde at der barn har tillit til sykepleieren, kan sykepleieren iverksette tiltak som bidrar til å gi barnet trygghet og en følelse av å bli ivaretatt (Tveiten et al., 2012).

5. Konklusjon

Når sykepleieren på en barneavdeling ønsker å ivareta barnets behov for omsorg og kontroll under en smertefull prosedyre, er et viktig tiltak å tilrettelegge for trygghet. Opplever barnet trygghet opplever det også kontroll, og motsatt. I tillegg er anerkjennelse og medvirkning vesentlig for at barnet skal føle at det blir ivaretatt og opplever omsorg. Forskning har vist at foreldrenes og sykepleierens evne til å overføre følelse av omsorg og kontroll til barnet, påvirker barnets vilje til å delta i prosedyren. Det er mye å be om at barnet skal akseptere prosedyren og føle seg trygg i forbindelse med den, men gode forberedelser og oppbygging av et tillitsforhold gjennom lek og humor vil bidra til en bedre opplevelse. Etter denne oppgaven ser jeg et behov for mer forskning på barnets opplevelse av et sykehusopphold og gjennomføring av en smertefull prosedyre, da det er dem vi skal hjelpe og tilpasse situasjonen for. I tillegg kan barnets stemme kan bidra til at sykepleieren klarer å tilrettelegge for omsorg og kontroll.

Maktfordeling er et stikkord som går igjen i oppgaven. At barnet får mulighet til å delta ut fra sitt kunnskapsnivå i forbindelse med den smertefulle prosedyren, har vist seg å ha flere positive virkninger. Blant annet vil det bidra til at barnet opplever kontroll, mestring og trygghet. Samtidig har denne oppgaven vist meg at medvirkningen må tilpasses. Det er ikke alle barn som ønsker å delta i like stor grad og det er ikke alltid påvirkningskraft har positive følger. Sykepleieren må være bevisst på hvordan hun formulerer seg, slik at hun ikke lover for mye eller gjør barnet til en passiv mottaker av blant annet informasjon. Dessuten kan barnet oppleve redsel og utrygghet dersom det åpnes opp for for stor medvirkning. Barnet må ha kjente rammer og rutiner rundt seg, der foreldrenes tilstedeværelse og en tillitsrelasjon til sykepleieren bidrar til det.

Etter denne oppgaven sitter jeg igjen med en konklusjon om at sykepleieren må tilrettelegge for at barn får være barn når de er innlagt på sykehus. I flere sammenhenger kan opplevelse av redsel utløse smerte, noe som argumenterer for at sykepleieren må være flink til å tilpasse seg og bruke seg selv i prosedyren, blant annet ved hjelp av tiltak som lek, kommunikasjon og bruk av humor. Sykepleieren må tilrettelegge for at barnet skal oppleve omsorg og kontroll ved at foreldrene får være tilstede og delta, barnet får delta gjennom lek og kjente rammer og sykepleieren bruker kunnskap til å tilpasse seg barnets utviklings- og kommunikasjonsnivå.

Referanseliste

- Brinchmann, B. S. (Red.). (2016). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft. En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet 01.03.17 fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Havik, O. E. (1986). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. *Nordisk Psykologi*, 41(3), 161-176. doi:10.1080/00291463.1989.10636970
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven)*. Hentet 01.03.17 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hughes, T. (2012). Providing information to children before and during venepuncture. *Nursing Children & Young People*, 24(5), 23-28. Hentet fra:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104464157&site=ehost-live>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Kirkevold, M. (2005). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kunnskapssenteret. (2017, 07.04). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste for vurdering av kvalitative artikler. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet 01.03.17 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Olmstead, D., L., Scott, S., D., Mayan, M., Koop, P., M. & Reid, K. (2013). Influences shaping nurses use of distraction for childrens procedural pain. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2014(19), 162–171. Doi: 10.1111/jspn.12067
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Statistisk Sentralbyrå. (2017). Pasienter på somatiske sykehus. Hentet 08.04.17 fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=SomatSykehPas&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=pasient&StatVariant=&checked=true>
- Stubberud, D.-G. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 42-65). Oslo: Gyldendal akademisk

Svendsen, E. J., Moen, A., Pedersen, R., & Bjørk, I. T. (2016). Parent-healthcare provider interaction during peripheral vein cannulation with resistive preschool children. *Journal Of Advanced Nursing*, 72(3), 620-630. doi:10.1111/jan.12852

Söderbäck, M. (2013). Young (3–5 year-old) children's ways of engagement in care procedures involving venepuncture. *Journal Of Research In Nursing*, 18(7), 636-648. doi:10.1177/1744987111434191

Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

Østgaard, G. & Ulvik, A. (2010). Anestesi til Barn. *Tidsskriftet den norske legeforeningen*, 130 (7), 752-755. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0529