



Bacheloroppgave i sykepleie

Bachelor i sykepleie

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til at barn med akutt lymfatisk leukemi opplever trygghet under sykehusoppholdet?

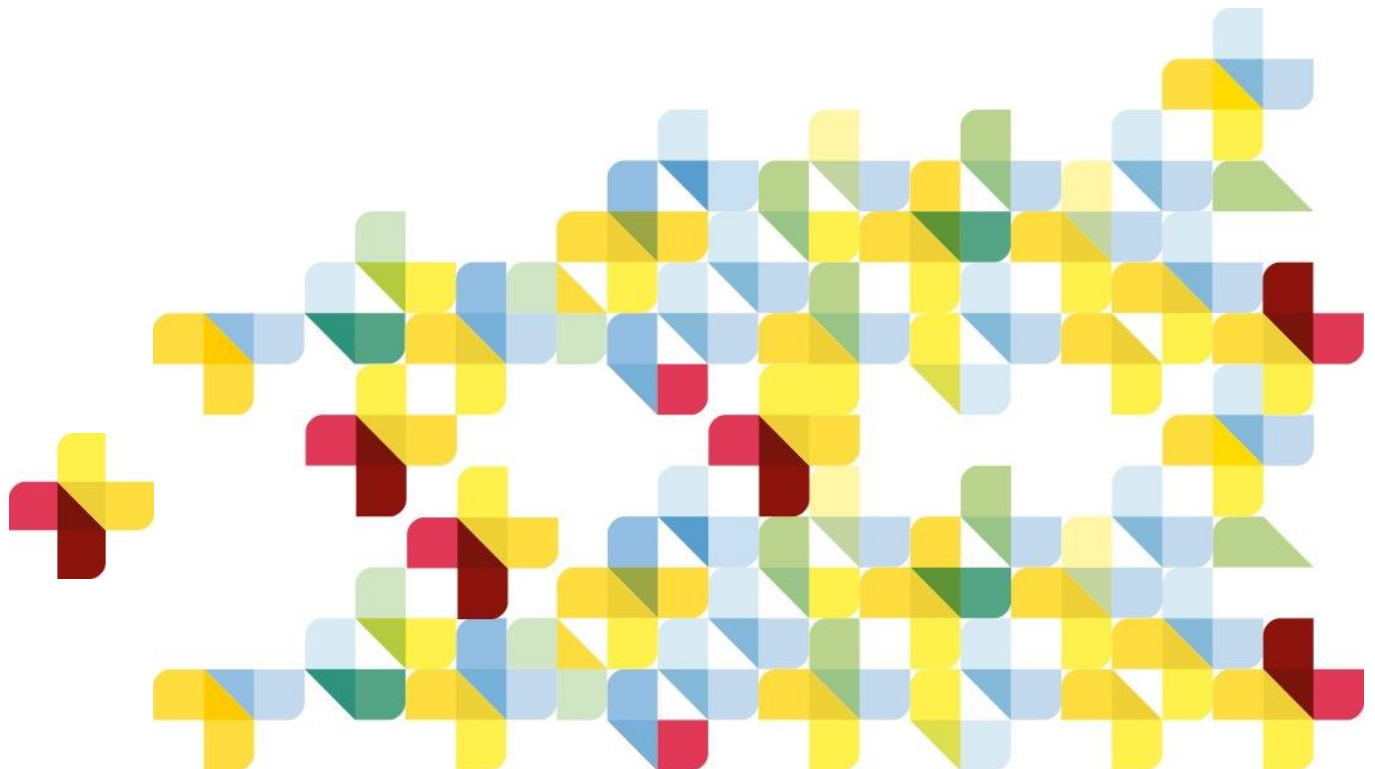
Kull: BIS13

Kandidatnummer: 444

Innleveringsfrist: 14.04.2016

Antall ord: 10611

Stuedsted: Lovisenberg Diakonale Høgskole



Tittel

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til at barn med akutt lymfatisk leukemi opplever trygghet under sykehusoppholdet?

ABSTRAKT

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til at barn med akutt lymfatisk leukemi opplever trygghet under sykehusoppholdet?

Metode

Metoden som er benyttet er et litteraturstudie. Det er funnet relevant pensum-, fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen. Artikkelsøkene er gjort gjennom ulike databaser som Cinahl, Bibsys, PubMed og SveMed+.

Teoretisk perspektiv

Det teoretiske grunnlaget bygger på kunnskap om lovverk, etikk og sykepleierens ansvar- og funksjonsområder. Videre er det anvendt teori om barnets utvikling 7-9 år, akutt lymfatisk leukemi, barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus, trygghet og kommunikasjon.

Drøfting

Teorien fra det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget og det teoretiske rammeverket drøftes opp mot problemstillingen. Det drøftes i den forbindelse hvordan sykepleier kan etablere en god relasjon til barnet med akutt lymfatisk leukemi og hvordan sykepleier kan tilrettelegge for et trygt miljø for barnet under sykehusoppholdet. Videre drøftes hvordan sykepleier kan informere og forberede barnet, samt ivareta barnets autonomi og muligheter til å foreta valg ved å være en aktiv deltager.

Konklusjon

I følge fag- og forskningslitteraturen har sykepleier en viktig rolle i forhold til å skape trygghet for barnet under sykehusoppholdet. Sykepleier må bruke sin behandlende-, undervisende og forebyggende- og helsefremmende funksjon i dette arbeidet. Ved at sykepleier innehar gode kommunikasjonsferdigheter kan hun bli kjent med det enkelte barnet med akutt lymfatisk leukemi og jobbe for å fremme en god relasjon til barnet, og dermed bidra til trygghet. Ved å tilrettelegge for et trygt miljø, gi tilpasset informasjon, forberede barnet på et som skal skje og gi barnet valgmuligheter kan hun fremme barnets følelse av oversikt og kontroll, samt ivareta barnets autonomi, og gjennom disse tiltakene fremme trygghet under sykehusoppholdet.

Nøkkelord: Akutt lymfatisk leukemi, sykepleie, pediatri, trygghet og kommunikasjon.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens hensikt.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	3
2 Metode.....	5
2.1 Anvendt metode med begrunnelse	5
2.2 Søkeprosess.....	5
2.3 Kildekritikk.....	6
3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag.....	8
3.1 Juridiske- og etiske rammer	8
3.2 Sykepleierens funksjon- og ansvarsområder.....	9
4 Teoretisk rammeverk.....	11
4.1 Barnets utvikling 7-9 år.....	11
4.2 Akutt lymfatisk leukemi.....	12
4.3 Barn med ALL på sykehus.....	13
4.4 Trygghet.....	14
4.5 Kommunikasjon.....	15
5 Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til at barn med akutt lymfatisk leukemi opplever trygghet under sykehusoppholdet?.....	17
5.1 Relasjonen mellom sykepleier og barnet	17
5.2 Tilrettelegge for et trygt miljø.....	20
5.3 Informasjon og forberedelse	22
5.4 Barnet som aktiv deltager	26
6 Avslutning	28
Litteraturliste	29

1 Innledning

Leukemi er den vanligste kreftformen hos barn og det diagnostiseres om lag 35-40 nye tilfeller hos barn i Norge hvert år (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 63).

Leukemi har flere undergrupper, men de fleste tilfellene faller under gruppen akutt lymfatisk leukemi (ALL), som utgjør hele 85% av tilfellene (Bringager et al., 2014, s. 63).

Behandlingen for ALL følger felles nordiske protokoller og deles inn i standard-, intermediær og høyrisikobehandling (Zeller & Storm- Mathisen, 2010). Den totale behandlingsvarigheten er 2,5 år, noe som vil si at barnet vil tilbringe mye tid på sykehus (Bringager et al., 2014). Når et barn blir sykt av kreft og må legges inn på sykehus, vil dette medføre ubehag, usikkerhet og stress for barnet noe som vil gi en følelse av utrygghet (Grønseth & Markestad, 2011). Barn er sårbare og de kan ha vanskeligheter for å takle sykdommen både fysisk og psykisk. Dette kan relateres til de påkjenninger behandlingen gir, angst og frykt ved sykehusinnleggelse, tap av kontroll og det å være i ukjente omgivelser (Sørbjerg, 2013). Barn med ALL opplever dessuten mye frykt i forhold til smerter, både relatert til sykdommen i seg selv og i forbindelse med behandling og prosedyrer det må gjennomgå (Reinertsen, 2008). Dette underbygges i forskning, som viser at barn opplever både smerte, frykt og bekymringer relatert til sykdommen og bivirkninger av behandlingen for sin kreftsykdom (Hildenbrand, Clawson, Alderfer & Marsac, 2011). Dette belyser viktigheten av sykepleiers rolle i å fremme trygghet til barn med ALL under sykehusoppholdet.

Sykepleieren har lovpålagte og etiske plikter som regulerer sykepleieutøvelsen. I helsepersonelloven §4 (1999), står det blant annet at hun skal utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie ovenfor pasienten. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, står det i kapittel 2, som omhandler sykepleieren og pasienten at sykepleier skal fremme helse og ivareta en helhetlig omsorg for pasienten, understøtte håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2011). I en studie av kreftsyke barn på sykehus ble det rapportert av barna som deltok at sykepleieren beroliget og betrygget dem under sykehusoppholdet, at de ble godt ivaretatt og at et godt forhold til sykepleierne hadde positiv innvirkning på dem (Ångström-Brännström & Norberg, 2014). Dette viser at sykepleier har en viktig rolle i forhold til barn med ALL som blir innlagt på sykehus. En annen studie viser imidlertid at mange sykepleiere er engstelige for å møte barnets frykt, noe som fører til at de unngår barnet (Anderzén-Carlsson, Kihlgren, Skeppner & Sørli, 2007). Videre fremhever den samme studien viktigheten av god kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og barnet, for å skape tillit og trygghet. Trygghet er et grunnleggende behov hos barn og dermed et viktig fokus område i

sykepleie til barn (Thorsen, 2011). Trygghet kan sees i sammenheng med kontroll, noe som kan relateres til trygge omgivelser og nærhet til kjente personer (Eide & Eide, 2007, s.358). Tap av kontroll kan sees i sammenheng med sykehusinnleggelse, da barnet blir revet vekk fra sine kjente omgivelser og trygge rammer (Søbjerg, 2013). Sykepleier har derfor en viktig oppgave i å fremme trygghet hos barn med ALL som er innlagt på sykehus.

1.1 Oppgavens hensikt

Ettersom det påpekes i litteraturen at sykehusinnleggelse medfører redsel og utrygghet hos barn, at god kommunikasjon er viktig for å skape trygghet og at barn med ALL tilbringer mye tid på sykehus, er hensikten med denne oppgaven å finne kunnskap om hvordan sykepleier kan bruke kommunikasjon for å fremme trygghet hos barn med ALL under sykehusoppholdet. Da det også fremkommer i fag- og forskningslitteratur at det kan være utfordrende for sykepleier og anerkjenne barns bekymringer og møte barns frykt er det desto viktigere å sette fokus på dette tema.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til at barn med akutt lymfatisk leukemi opplever trygghet under sykehusoppholdet?

1.3 Avgrensning

Oppgaven omhandler barn med ALL, da dette er den krefttypen som rammer flest barn per år i Norge (Bringager et al., 2014). Videre er problemstillingen rettet mot et sykehus perspektiv, da jeg ønsker å finne kunnskap om hvordan barn opplever å være på sykehus og motta behandling for sin sykdom.

For å få dybde i oppgaven har jeg valgt å avgrense oppgaven til å omhandle barn i alderen 7-9 år. Barn i denne alderen utvikler stadig økende sykdomsforståelse, noe som kan bidra til at de blir engstelige når de rammes av sykdom (Stokkebæk, 2007). Kjønn vektlegges ikke.

Oppgavens fokus omhandler barnet. Foreldre og søsken er en viktig del av barnets nettverk og en trygghetsskapende faktor på sykehuset, men det stiller andre krav til sykepleieutøvelsen. Med hensyn til oppgavens omfang vil familien derfor ikke vektlegges i besvarelsen.

Barn med ALL opplever både fysiske og psykiske plager. Jeg mener det er viktig at sykepleier har kunnskap om ALL, behandling og bivirkninger for å kunne forstå barnet, og møte det der det er. Disse temaene vil derfor bli belyst. De vil i imidlertid ikke bli vektlagt som en stor del av besvarelsen, da dette ikke er oppgavens hovedfokus. Sykehusinnleggelse kan medføre psykososiale konsekvenser hos barnet og det kan oppleve usikkerhet, utrygghet og tap av kontroll (Søbjerg, 2013). Trygghet er et grunnleggende psykologisk behov hos barn (Thorsen, 2011). Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til å omhandle trygghet i møte med barn som lider av ALL, som er innlagt på sykehus.

Kommunikasjon vil være et gjennomgående tema i oppgaven, da jeg ønsker å fremme kunnskap om hvordan kommunikasjon kan brukes av sykepleier for å fremme trygghet hos barnet. Kunnskap om kommunikasjon til barn, samt ulike kommunikasjons- og tilnæringsmåter bli vektlagt i besvarelsen, da jeg anser disse som relevante for relasjonen mellom sykepleier og barnet, og kan sees i sammenheng med å oppnå tillit og trygghet.

I denne oppgaven vil sykepleier kunne defineres som «hun», da majoriteten av sykepleiere i Norge er kvinner.

En siste avgrensing gjøres i forhold til samarbeid mellom ulike faggrupper som er involvert i arbeidet med barnet på sykehus. Jeg har valgt å fokusere på sykepleier-pasient-relasjonen. Tverrfaglig arbeid mellom sykepleier og andre faggrupper vil derfor ikke involveres.

1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 er oppgavens innledning som tar for seg oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling, samt avgrensing av oppgaven. Kapittel 2 inneholder redegjørelse av metode, søkeprosessen for å finne anvendt fag- og forskningslitteratur og kritikk av kilder. Kapittel 3 omhandler oppgavens sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlag og tar for seg gjeldende lovverk, yrkesetiske retningslinjer og sykepleierens ansvar- og funksjonsområder. Videre, i kapittel 4 presenteres det teoretiske rammeverket i oppgaven, hvor utvalgte emner jeg anser som

relevante for å belyse problemstillingen inngår. Kapittel 5 utgjør oppgavens drøftingsdel, hvor teorien fra kapittel 3 og 4 vil drøftes opp mot problemstillingen.

2 Metode

Metode er redskapet man bruker for å samle inn informasjon og kunnskap som vil være med på å besvare en problemstilling. På denne måten brukes metoden for å samle inn relevante data som vil belyse problemstillingen faglig og senere klargjøre det spørsmålet man ønsker svar på (Dalland, 2012, s.112).

2.1 Anvendt metode med begrunnelse

Denne oppgavebesvarelsen er et produkt av et litteraturstudie. Valget av litteraturstudie som metode er gjort på bakgrunn av de rammer som høgskolen har satt for bacheloroppgaven. Et litteraturstudie vil si å samle inn relevant kunnskap fra fag- og forskningslitteratur som skal brukes for å belyse en problemstilling (Dalland, 2012). Denne oppgaven er basert på pensumlitteratur, samt egenvalgt litteratur som er innhentet fra høgskolens bibliotek. Det er også anvendt fag- og forskningsartikler i oppgaven. Hensikten med dette litteraturstudie har vært å finne relevant teori for å belyse problemstillingen fra ulike perspektiv, og bidra til drøfting av den.

2.2 Søkeprosess

Jeg har søkt etter aktuell fag- og forskningslitteratur omkring valgt tema. I denne prosessen har jeg anvendt pensumlitteratur, samt funnet relevant litteratur på Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek. Artikkelsøkene er gjort gjennom ulike databaser, hvor jeg hovedsakelig har benyttet meg av Cinahl, Bibsys, PubMed, SveMed+ og Google Scholar. Videre har jeg gjort spesifikke søk i ulike tidsskrift som Sykepleien Forskning og Journal of Pediatric Nursing. Anerkjente nettsider som Kreftforeningen, Norsk sykepleierforbund, Kunnskapsdepartementet og lovdata har også blitt benyttet. Jeg har i tillegg funnet fag- og forskningslitteratur ved gjennomgang av tidligere bacheloroppgaver som ligger på høgskolens bibliotek, og brukt disse som inspirasjon til denne oppgaven.

I søkene etter artikler har ulike søkeord blitt benyttet; Pediatric oncology nursing, acute lymphoblastic leukemia, nursing care, childhood neoplasms, nurse- patient relations, comfort, coping, fear, safety, communication, play og child hospitalized. Tilsvarende søkeord ble også anvendt på norsk. Inklusjonskriteriene jeg har benyttet er at artiklene ikke skulle være eldre

enn 10 år, fulltekst, språk (norsk, dansk, svensk og engelsk) og alder (6-12år). Jeg har utført spesifikke søk og gjort kombinerte søkinger med AND fra søkehistorikken. I søkeprosessen fant jeg flere relevante artikler innenfor valgt tema og problemstilling.

Hensikten med søkeprosessen var å finne relevant fag- og forskningslitteratur for å belyse og bidra til drøfting av oppgavens problemstilling. Med dette ønsket jeg å finne artikler som sa noe om hvordan sykepleier kan fremme trygghet hos barn med ALL på sykehus, samt hvordan kommunikasjon kunne brukes i denne prosessen.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012, s.72) er kildekritikk nødvendig for å vise at man kan forholde seg kritisk til litteraturen som brukes i oppgaven, og for å vise at man har reflektert over litteraturens relevans og gyldighet i forhold til å belyse problemstillingen.

Jeg har tilstrebet bruk av primærlitteratur i oppgaven. Allikevel anvendes noe sekundærlitteratur, da primærlitteratur ikke har vært tilgjengelig. I følge Bunkholdt (2000) er Piagets og Eriksons teorier to av de mest kjente innen barns utvikling. Stokkebæk (2007) skriver at Piagets teori er en av de mest innflytelsesrike, men også kritiserte. En hyppig innvending mot Piagets teori, er at han forsket på små grupper og ikke minst sine egne barn (Bunkholdt, 2000, s. 112). Haviks generelle modell om psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom fra 1989, gjengitt etter Sjøbjerg (2013) blir også benyttet i oppgaven. Sjøbjerg (2013) tar utgangspunkt i Haviks kontrolldimensjoner og ulike tiltak sykepleier kan anvende for å møte barns psykososiale utfordringer ved sykehusinnleggelse. Da trygghet handler mye om kontroll, anser jeg disse tiltakene som relevant i sykepleierens arbeid med å fremme trygghet hos barn med ALL på sykehus.

Jeg har tilstrebet bruk av nyere litteratur i oppgaven, noe av litteraturen vil imidlertid være eldre. Bunkholdt sin bok om utviklingspsykologi vil kunne anses som eldre, da den er fra år 2000. Den benyttes blant annet for å beskrive barnets psykososiale utvikling. Ved gjennomgang av nyere bøker innen utviklingspsykologi har jeg ikke funnet kilder som gjengir fasene i barnets psykososiale utvikling like utfyllende, det er derfor bakgrunnen for å inkludere dette materialet i denne oppgaven.

Artiklene jeg har anvendt kan ses som tidsaktuelle, da de ikke overstiger en alder på 9 år (fra 2007 til 2014). Jeg har tilstrebet bruk av primærkilder i artiklene, men allikevel vil noen av de kunne betraktes som sekundærkilder, da de refererer til andres fag- og forskningslitteratur. Jeg har allikevel valgt å bruke artiklene, da primærkilden ikke har kunnet hentes.

Sekundærlitteratur er bearbeidet og presentert av noen andre enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2012). Dette kan påvirke perspektivet som blir presentert. Eventuelle feiltolkninger kan derfor ha blitt videreført i min besvarelse.

Jeg har ikke lyktes med å finne norske artikler om trygghet og barn på sykehus. Artiklene jeg har anvendt er svenske, engelske og amerikanske. Artiklene som er brukt i oppgavebesvarelsen er hovedsakelig skrevet på engelsk, noe som kan ha påvirket min forståelse og dermed tolkning av dem. Forskningen baseres både på barnas perspektiv, men også fra et sykepleieperspektiv. Da barna ikke er norske kan kulturelle forskjeller spille inn. Jeg har allikevel valgt å benytte meg av artiklene, da det muligens vil være små kulturelle forskjeller mellom Norge og Sverige. Angående de engelske og amerikanske studiene anser jeg budskapet som overførbart da det kan bekreftes i norsk faglitteratur.

Jeg fant artikler relatert til barn med ALL på sykehus og sykepleiers rolle i forhold til disse barna. Det var imidlertid vanskelig å finne artikler som går direkte på problemstillingen. Artiklene jeg har anvendt belyser derfor ulike sider av problemstillingen og har dermed bidratt til drøfting av den. Noen av artiklene tar for seg angst og frykt hos barn som er innlagt på sykehus. Dette kan sees som det motsatte av trygghet, noe jeg anser som relevant da jeg ønsket å finne ut av hvordan sykepleier kunne fremme trygghet hos barnet. Artiklene baseres på et sykehusperspektiv med barn i ulike aldre. Jeg har derfor benyttet meg av delene som omhandler barn i alderen 7-9 år. I noen av artiklene har deltagerne ulike sykdommer, men i de fleste har majoriteten vært ALL. Da det ikke alltid kommer frem hva det enkelte barnet lider av i undersøkelsene, har jeg fortsatt betraktet dette som overførbart til et barn med ALL, da trygghet er et grunnleggende behov hos alle barn og opplevelsen av sykehusinnleggelse, samt viktigheten av trygghet kan ses som viktig uansett diagnose.

3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

Dette kapittelet omhandler det juridiske og etiske aspektet av sykepleieutøvelsen, samt sykepleierens ansvar- og funksjon i møte med barn på sykehus. Lovverket som presenteres anses som relevant for oppgaven, da det omhandler sykepleierens juridiske ansvar ovenfor barnet og deretter barnets rettigheter som pasient på sykehus. Videre belyses det etiske grunnlaget. De yrkesetiske retningslinjene beskriver idealer for god sykepleiepraksis og kan brukes som retningslinjer for refleksjon og argumentasjon av egen yrkesutøvelse (Sneltvedt, 2012). Sykepleierens ansvar- og funksjonsområder tar for seg hvordan sykepleieren skal ivareta barnet med ALL og de beskrives i form av rammeplan for sykepleiere (Kunnskapsdepartementet, 2008), samt lovverket og de yrkesetiske retningslinjer som regulerer sykepleieutøvelsen (Nortvedt & Grønseth, 2010).

3.1 Juridiske- og etiske rammer

Sykepleieutøvelsen reguleres juridisk gjennom helsepersonelloven som er gjeldende lovverk for sykepleiere (Molven, 2011). Hensikten med å arbeide etter helsepersonelloven er å sørge for sikkerhet til pasienten og kvalitet i helsetjenestene som gis (Molven, 2011). I helsepersonelloven §4 (1999) om forsvarlighet, står det at helsepersonell skal arbeide faglig forsvarlig og at det skal ytes omsorgsfull hjelp til pasienten. Helsepersonelloven pålegger sykepleiere plikter. Disse pliktene formuleres som rettigheter for pasientene i pasient- og brukerrettighetsloven (Molven, 2011, s.329).

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 omhandler pasientenes rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I henhold til § 3-1, skal barn under 18 år kunne delta i råd dersom barnets utvikling og modenhet tilsier dette utfra situasjonens anliggende. Medvirkningens form skal dessuten tilpasses barnets evne til å gi og motta informasjon. I følge § 3-4 skal pasienter under 16 år informeres sammen med foreldre. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte tilpasset barnets alder og modenhet, og det er personellet som gir informasjonen sitt ansvar å sikre seg at barnet har forstått innholdet i den gitte informasjonen så langt dette er mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Samtykke på vegne av barn står beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-4. I henhold til dette har barnets foreldre rett til å samtykke på deres vegne dersom de er under 16 år. Ettersom barnet utvikles og modnes, har det rett til å si sin mening før foreldrene

samtykker på vegne av dem. Barn har fra 7 års alder rett til å uttale seg i saker som handler om seg selv (Barneombudet, 2015).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) tar for seg barnets- og foreldrenes rettigheter på sykehus. I henhold til § 4 skal barn skal legges inn på egne barneavdelinger og avdelingene skal være tilpasset barns behov med tanke på utforming og utsyr. I følge § 5 skal det fortrinnsvis være det samme personalet som tar vare på barnet under oppholdet og personalet skal ha kunnskap om barns utvikling og behov. Barnet har også rett til å ha minst en av foreldrene tilstede under sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere tar utgangspunkt i ICNs etiske regler og FNs menneskerettigheter (Norsk sykepleierforbund, 2011). De yrkesetiske retningslinjene omhandler sykepleiens grunnleggende verdier og de beskriver hva god sykepleiepraksis bør være. Kapittel 2 i de yrkesetiske retningslinjene omhandler sykepleieren og pasienten. I henhold til dette kapittelet skal sykepleieren fremme helse i sin sykepleiepraksis, og at hun skal ivareta en helhetlig omsorg for pasienten, understøtte håp, mestring og livsmot. Sykepleieren skal også gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon til pasienten, for å fremme vedkommende sin mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2011). I følge pasient - og brukerrettighetsloven (1999, § 4-4) har barn rett til å bli hørt, men det er foreldrene som samtykker på deres vegne. Barns autonomi og mulighet til å ta selvstendige avgjørelser er derfor begrenset. På bakgrunn av dette stilles det høye krav til hvordan sykepleieren forholder seg til barnet og måten hun utfører sin praksis på (Grønseth & Markestad, 2011).

3.2 Sykepleierens funksjon- og ansvarsområder

Sykepleierens ansvar og funksjoner omhandler hvordan sykepleier skal møte og ivareta pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2010). Funksjon- og ansvarsområdene deles inn i syv ulike områder som består av helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Jeg

velger å beskrive de funksjons- og ansvarsområdene jeg anser som relevant for sykepleierens arbeid med å fremme trygghet hos barnet med ALL.

Den behandlende funksjon omhandler sykepleierens ansvar i forhold til å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleien som utføres ovenfor barnet (Nortvedt & Grønseth, 2010). Videre retter den behandlende funksjon seg mot barnets reaksjon og oppfattelse av sin livssituasjon, og at sykepleier må bli kjent med barnet for å kunne utføre tilpasset sykepleie (Kristoffersen et al., 2011). Jeg anser denne funksjonen som viktig for å belyse problemstillingen da barnet befinner seg på sykehus og mottar behandling for ALL.

Jeg anser den undervisende- og veiledende funksjon som relevant for oppgaven, da den blant annet innebærer å gi informasjon og støtte til pasienten (Kristoffersen et al., 2011). Informasjon kan bidra til å redusere stress og fremme mestring hos barnet. Ved å informere og veilede, kan sykepleieren involvere barnet i behandlingsforløpet på sykehuset, noe som kan bidra til trygghet og forståelse av situasjonen (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Den forebyggende- og helsefremmende funksjon innebærer blant annet å fremme helse og tilrettelegge for normal vekst og utvikling hos barn (Nortvedt & Grønseth, 2010). Helsefremmende tiltak rettes mot den enkelte pasient og helse, velvære og livskvalitet er mål helsefremmende sykepleie tilstreber (Kristoffersen et al., 2011).

4 Teoretisk rammeverk

Teori beskriver et fenomen, og trekker frem ulike aspekter av den aktuelle sammenhengen som anses som viktige (Kristoffersen, 2011, s. 169). I dette kapitlet presenteres utvalgte emner fra teoretisk kunnskap. Teorien jeg har brukt baseres på relevant fag- og forskningslitteratur, og den danner grunnlaget for drøfting problemstilling i kapittel 5.

4.1 Barnets utvikling 7-9 år

For at sykepleier skal kunne møte barn med ALL ut ifra deres individuelle forutsetninger er det nødvendig å ha kunnskap om barns utvikling, da dette vil påvirke barnets forståelse av sykdom og egen situasjon (Egeland, 2010). Barnets utvikling vil ha betydning for hvordan sykepleier forholder seg til barnet og hvilke tilnæringsmåter hun anvender for å fremme trygghet under sykehusoppholdet.

Den anerkjente psykologen Piaget tar for seg barns kognitive utvikling, og barn i alderen 7-9 år befinner seg i det han kaller det konkret-operasjonelle stadiet (Tetzchner, 2012). Barnets evne til å utføre logiske operasjoner baseres nå mer på egen tankegang og problemløsningsevnen øker. Evnen til å tenke operasjonelt er likevel begrenset, da barnet er avhengig av konkrete situasjoner, objekter eller tidligere erfaringer å vise til. Barnet har utviklet evnen til å tenke reversibelt, som gjør at de kan tenke årsak og virkninger i begge retninger (Tetzchner, 2012).

Psykologen Erikson tar for seg barnets psykososiale utvikling, og barn i alderen 7-9 år befinner seg i fasen som kalles kreativitet versus underlegenhet (Håkonsen, 2014). Barnet utvikler i denne fasen stadig bedre forståelse for språk og begreper og de er opptatte av å få oppgaver slik at mestringsfølelsen vokser (Bunkholdt, 2000). Barnet vil i denne fasen strides mellom det å være skapende og det å være underlegen (Håkonsen, 2014). Det vil derfor være viktig å gi barnet oppgaver de kan klare, og ved å gi ros og anerkjennelse kan dette bidra til positiv selvfølelse (Bunkholdt, 2000).

Fra ca. 7 års alder har barnet utviklet større forståelse for sykdom og de kan bli engstelige forbindelse med sykdom rettet mot dem selv eller andre som står dem nær (Stokkebæk, 2007). Moral preger barn i denne alderen og de er opptatte av å følge regler. Barnet har

dessuten høy samvittighetsfølelse og regelbrudd kan derfor føre til dårlig samvittighet. Evnen til å oppfatte og kontrollere egne følelser blir bedre og de blir flinkere til å tilpasse følelser og uttrykk. Følelsene kan uttrykkes gjennom språk, lek og fantasi. Barnet benytter seg i økende grad av kognitive mestringsstrategier, for eksempel ved å si til seg selv at det klarer det og prøve å tenke positivt i vanskelige situasjoner (Stokkebæk,2007).

Kunnskap om barns utvikling er grunnleggende i sykepleieutøvelsen til barn med kreft, og en forutsetning for å kunne yte god sykepleie til barnet (Grønseth & Markestad, 2011).

Sykepleier må også ha kunnskap om ALL, behandling og bivirkninger.

4.2 Akutt lymfatisk leukemi

Kreftsykdommer oppstår ved neoplastisk transformasjon, som er en prosess hvor cellen mister kontroll på vekst og deling (Wyller, 2009). Ved leukemi vil det foregå en neoplastisk transformasjon av hvite blodceller, hvor cellene deler seg uhemmet. Det vil etter en tid hope seg opp med umodne hvite blodceller i beinmargen. Denne prosessen vil hemme produksjonen av normale hvite blodceller, samt røde blodceller og blodplater. Den uhemmede celledelingen av umodne hvite blodceller vil tilslutt oversvømme beinmargen og dermed sive ut i blodbanen. Symptomene ved leukemi vil ofte være uspesifikke. Barn med ALL kan ofte ha gjentatte infeksjoner, langvarig feber og føle seg trett, slapp og uvel. Smerter i bena er også et symptom som opptrer i forbindelse med denne sykdommen. Dette har sannsynligvis å gjøre med at det er opphopning av kreftceller i hinnen som omgir beinvevet. Symptomene kan relateres til den lave konsentrasjonen av friske og velfungerende hvite blodceller, røde blodceller og blodplater, som følge av høy konsentrasjon umodne hvite blodceller (Wyller, 2009).

Et mål i behandlingen av kreft hos barn er at den skal gi best mulig resultat og færrest mulig bivirkninger, både kortsiktig og langsiktig (Zeller & Storm- Mathisen, 2010, s.673).

Behandlingen stiller store utfordringer fordi barnet er i vekst og utvikling. Behandlingen av ALL følger felles nordiske (NOPHO) protokoller og har en totalvarighet på 2,5 år.

Behandlingen deles inn i 3 faser; induksjonsfasen, konsolideringsfasen og vedlikeholdsfasen.

I induksjonsfasen er målet å oppnå remisjon, det vil si å fjerne synlige leukemiceller fra beinmarg og andre organer. Neste fase kalles konsolideringsfasen, hvor det brukes høye doser cytostatika for å sikre remisjonen, og normalisere sykdommen. Den siste fasen kalles

vedlikeholdsfasen. Denne fasen er mindre intens og barnet mottar cytostatika i form av tablettbehandling. Det suppleres ofte også med høydose kurer i perioder (Zeller & Storm-Mathisen, 2010).

Behandlingen av ALL gir ulike bivirkninger og kan være en påkjenning både fysisk og psykisk (Egeland, 2010). Cytostatika behandling fører til lavt immunforsvar, noe som igjen kan føre til høyere infeksjonsrisiko. Cytostatika behandlingen kan gi bivirkninger som kvalme, oppkast, diare, obstipasjon, såre slimhinner og munnsårhet, som videre kan føre til ernæringsproblemer og vekttap hos barnet. Videre vil cytostatika gi håravfall, noe som er en påkjenning for de fleste som mottar cytostatika behandling. Hvis blodplatenivået er redusert vil det kunne være fare for blødninger, noe som kan virke skremmende på barnet (Egeland, 2010). Barn med kreft kan dessuten oppleve smerter relatert til selve sykdommen, men også i forbindelse med behandlingen av den (Reinertsen, 2008, s.78). Barnet må gjennomgå flere undersøkelser og prøver som kan være smertefulle, eksempelvis spinalpunksjon (Reinertsen, 2008, s.78). Rutineundersøkelser kan være noe av det barnet med ALL gruer seg mest til, og misforståelser samt følelsen av å miste kontrollen kan bidra til ytteligere redsel før prosedyrene skal gjennomføres (Grønseth & Markestad, 2011).

Når barnet med ALL legges inn på sykehus vil forutsigbarheten svekkes ved at det rives utfra sin hverdagssammenheng, og behovet for trygghet blir derfor stort. På grunnlag av dette vil det være viktig at sykepleier har kunnskap om barnets reaksjon på sykehusinnleggelse, slik at hun har gode forutsetninger for å møte barnet med ALL på sykehus.

4.3 Barn med ALL på sykehus

Barnets opplevelse av sykehusinnleggelse kan ofte være preget av angst og utrygghet (Sjøbjerg, 2013). Barnets kjente miljø og rutiner erstattes med usikkerhet og mangel på kontroll, og den nye hverdagen kan virke skremmende på barnet; Adskillelse fra foreldre, venner og skole, sove i fremmed seng og omgi seg i ukjente omgivelser, tap av kontroll og autonomi, samt møte ukjent helsepersonell de skal forholde seg til (Sjøbjerg, 2013).

Reduserte muligheter til fysisk utfoldelse og lek vil kunne virke stressende på barnet og gi en følelse av utrygghet, som kan virke truende på barnets utvikling (Grønseth & Markestad, 2011). Fra ca. 7 års alder vil kontakt med venner og skole være betydningsfullt og lange perioder på sykehuset, kan føre til frykt for at denne tilhørigheten skal svekkes (Sjøbjerg,

2013). Barnet sammenligner ofte seg selv med venner, og da cytostatika behandlingen vil føre til endringer av utseende og kroppsfunksjoner vil de kunne føle seg annerledes. Dette kan gi en følelse av å være isolert og alene, som vil kunne skape redsel og utrygghet (Sjøbjerg, 2013). Barn på sykehus har dessuten rapportert at kreftbehandlingen virker begrensende på deres aktivitetsnivå da de var for trøtte og slappe til å gjøre noe (Gibson, Aldiss, Horstman, Kumpunen & Richardson, 2010). Deltagerne rapporterte videre at de synes sykehuset var skremmende og at de var redd for å være alene og vente på prosedyrer, som eksempelvis nålstikk (Gibson et al., 2010).

Barnets opplevelse av å være på sykehus avhenger av flere faktorer, som blant annet alder, utviklingsnivå og tidligere erfaringer (Sjøbjerg, 2013). Hvordan sykdommen- og behandlingens bivirkninger preger barnet, hvor mye informasjon det får og hvordan informasjonen formidles påvirker også hvordan barnet opplever sykehushverdagen (Sjøbjerg, 2013). Behovet for trygghet og stabilitet er grunnleggende for alle barn, og sykepleier har en viktig oppgave i å bli kjent med barnet, deres interesser og ressurser (Egeland, 2010, s.692). På denne måten kan sykepleier få et innblikk i barnets ønsker og behov og kartlegge hva barnet frykter eller gruer seg til og imøtekomme disse utfordringene (Egeland, 2010). Barnet er avhengig av forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, støtte og omsorg for å kunne mestre sykehushverdagen og oppleve stabilitet og trygghet (Sjøbjerg, 2013, s.114). På grunnlag av dette vil oppgaven med å fremme trygghet hos barn med ALL på sykehus være viktig for sykepleier.

4.4 Trygghet

Sykepleiers viktige oppgave i å skape trygghet er forankret i både faglitteratur og etiske prinsipper (Segesten, 2010). Trygghet har fra et sykepleieperspektiv ofte blitt sett på som et grunnleggende behov, og ifølge Thorsen (2011, s.110), står barns sårbarhet i sterk sammenheng med deres avhengighet til voksne. Behovet for trygghet blir derfor tydelig hos barn. For at sykepleier skal kunne bidra til at barn med ALL skal oppleve trygghet under sykehusoppholdet er det viktig å ha en forståelse av hva begrepet innebærer. I følge Segesten (2010, s.126) kan trygghet kan ses på mange ulike måter, og kan derfor omtales som et «tykt» begrep. Trygghetsbegrepet positivt ladet, og det kan sees i sammenheng med ord som sikkerhet, beroligelse, beskyttelse, garanti, fred, selvtillit og sikkerhet (Segesten, 2010, s.126).

Thorsen (2011) viser til at trygghet kan deles inn i tre hoveddimensjoner som består av trygghet som følelse, indre trygghet og ytre trygghet. Indre trygghet relateres blant annet til en positiv oppvekst. Den ytre tryggheten har med våre relasjoner til omverdenen å gjøre, og kan igjen deles inn i relasjonstrygghet, stole-på-andre-trygghet og kunnskap- og kontroll trygghet. Relasjonstrygghet kan sees i sammenheng med at andre er tilgjengelige og er der for en når det trengs. Ord som åpenhet, gjensidighet, forståelse, ærlighet, akseptasjon og evne til å nå hverandre beskriver betydningen av trygge relasjoner. Relasjonstrygghet kan knyttes til stole-på-andre trygghet, ved at sykepleier har et viktig ansvar for at barnet som pasient må kunne føle seg trygg i hennes hender. For å ivareta dette ansvaret må sykepleier inneha de kunnskaper og ferdigheter som trengs noe som knyttes til kunnskaps- og kontroll trygghet (Thorsen, 2011). Trygghet hos barn har mye med opplevelse av kontroll å gjøre (Eide & Eide, 2007, s.358).

I følge Sjøbjerg (2013, s.115) er det å miste personlig kontroll noe barn på sykehus kan være mest redd for. Havik utarbeidet i 1989 en kontrollmodell psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom (Sjøbjerg, 2013). Modellen har som mål å fremme kognitiv-, instrumentell og emosjonell kontroll hos pasienten (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013). Sykepleier kan bruke modellen for å fremme opplevelse av mestring og tilpasning av sykdom hos barnet. Kognitiv kontroll kan sees i sammenheng med at barnet opplever forutsigbarhet, kontinuitet og stabilitet i situasjonen, gjennom blant annet å fremme kommunikasjon og gi informasjon. Instrumentell kontroll omhandler barnets egenmestring, noe som kan fremmes ved å gjøre barnet til en aktiv deltager og bruke blant annet lek og avledning for å bidra til trygghet. Emosjonell kontroll omhandler barnets opplevelse av nærhet og tilhørighet, noe som kan fremmes ved hjelp av sosial kontakt og en god relasjon til sykepleier (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013). Kommunikasjon er et nyttig hjelpemiddel sykepleier kan bruke i dette arbeidet.

4.5 Kommunikasjon

«I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, 2007, s.17). Budskapet som formidles kan bestå av verbale og nonverbale tegn og signaler (Eide & Eide, 2007). Verbal kommunikasjon formidles gjennom de ordene vi sier og budskapet blir derfor tydelig. Ord kan imidlertid tolkes på ulike måter avhengig av hvordan ordene formidles, eksempelvis; vennlig, fiendtlig

eller humoristisk. Hvordan ordene formidles og fortolkes danner derfor grunnlaget for relasjonen mellom partene; nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt. Ved å inkludere non-verbal kommunikasjon, kan ordenes budskap komme bedre frem. Non-verbal kommunikasjon kan beskrives som et responderende språk, ved at man som hjelper kan respondere enten bekreftende eller avvisende ovenfor pasienten. Non-verbal kommunikasjon signaliseres gjennom blikk, kroppsspråk- og holdninger, berøring, stemmeleie, bevegelser og ansiktsuttrykk. Hvordan man som hjelper kommuniserer non-verbalt er sentralt i arbeidet med å danne en god relasjon til pasienten, da denne typen kommunikasjon signaliserer i hvilken grad hjelperen er interessert i å lytte og hjelpe. At sykepleier innehar gode non-verbale kommunikasjonsferdigheter vil være spesielt viktig i arbeid med barn, da det kan nå bedre frem enn det verbale. Ved at sykepleier bekreftende, bestrykende og oppmuntrende kan det skape tillit hos barnet som kan bygge en god sykepleier-pasient relasjon og på denne måten bidra til trygghet (Eide & Eide, 2007).

God kommunikasjon er sentralt i sykepleie til barn og det er et viktig hjelpemiddel for å bli kjent med barnet, oppnå tillit og en god relasjon (Grønseth & Markestad, 2011). At sykepleier innehar gode kommunikasjonsferdigheter er grunnleggende for å kunne gi tilpasset informasjon, forberede og hjelpe barnet til å mestre sykdom og oppleve trygghet under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2011). For å kunne fremme god kommunikasjon med barnet må sykepleier ta utgangspunkt i barnets alder og utviklingstrinn, da dette er faktorer som vil påvirke barnets forståelse, og dermed hvordan sykepleier skal forholde seg til barnet (Eide & Eide, 2007). Hun kan bruke ulike hjelpemidler i kommunikasjonen, som lek og tegninger. Kommunikasjonen må skje på barnets premisser og i deres tempo, og valg av ord og uttrykk, samt non-verbal kommunikasjon må nøye overveies. Sykepleier bør vise interesse for det barnet er opptatt av å leve seg inn i barnets verden, men også ha målet med samtalen i fokus slik at budskapet når frem (Eide & Eide, 2007). Sykepleier må være bekreftende overfor deres væremåte, tanker og følelser, men hun må også respektere når barnet ikke vil prate (Grønseth & Markestad, 2011). Barnet kan være skeptisk til sykepleier og se hun som en fremmed, noe som kan gjøre det utfordrende å opprette tillit og en god relasjon. Selv om sykepleier opptrer vennlig og tillitsfull, utfører hun også prosedyrer som kan være ubehagelige og kan derfor virke skremmende på barnet (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleiers fremtoning ovenfor barnet i form av verbal og non-verbal kommunikasjon vil kunne ha betydning for hvordan barnet oppfatter og relaterer seg til sykepleier (Brady, 2009).

5 Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til at barn med akutt lymfatisk leukemi opplever trygghet under sykehusoppholdet?

I dette kapitlet vil sykepleierens kunnskapsgrunnlag og det teoretiske rammeverket som er presentert tidligere i oppgaven bli drøftet. Jeg vil se på hvordan denne teorien kan brukes for å belyse problemstillingen fra ulike perspektiv. Fag- og forskningslitteratur vil bli presentert for å understøtte argumenter i drøftingen.

5.1 Relasjonen mellom sykepleier og barnet

Behovet for trygghet er grunnleggende for alle barn og sykepleier har en viktig oppgave i å bli kjent med barnet, deres interesser og ressurser (Egeland, 2010, s. 692). På denne måten kan sykepleier få et innblikk i barnets ønsker og behov, observere hva det frykter eller gruer seg til og ivareta det enkelte barnet med ALL (Egeland, 2010). Disse oppgavene er dessuten sykepleiers ansvar gjennom den behandlende funksjon (Kristoffersen et al, 2011).

Sykehusinnleggelse kan medføre angst og utrygghet, noe som kan virke skremmende på barnet (Sjøbjerg, 2013). Nære og støttende relasjoner kan bidra til at barnet opplever emosjonell kontroll (Havik 1989, gjengitt i Sjøbjerg, 2013). En god relasjon mellom sykepleier og barnet med ALL kan derfor bidra til trygghet. Kvalitet og atmosfære er viktige faktorer i det første møtet mellom sykepleier, barnet og foreldrene og det danner grunnlaget for tillit (Bringager et al., 2014). Dette bekreftes av forskning, som viser at det innledende møte mellom sykepleier og barnet er betydningsfullt i forhold til hvordan barnet opplever situasjonen (Anderzén- Carlsson et al., 2007). I henhold til dette vil det være verdifullt at sykepleier viser interesse for barnet i bli-kjent fasen og tar initiativ til kommunikasjon. På en annen side kan barnet oppfatte sykepleier som truende, da barn ofte kan være skeptiske til fremmede (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleier kan derfor snakke med foreldrene først og holde litt avstand til barnet. På denne måten kan barnet se på sykepleier og lytte til stemmen hennes for å bli vant til sykepleier. Etter å ha snakket med foreldrene en stund, kan sykepleier gradvis få barnet med i samtalen ved å bøye seg ned til barnets nivå, lytte, spørre og se på ting de har med seg hjemmefra for å skape kontakt (Grønseth & Markestad, 2011). Forskning viser at barnet gagnes positivt av å forholde seg til en fast sykepleier under sykehusoppholdet (Anderzén- Carlsson et al., 2007). På denne måten blir barnet kjent med sykepleier, og sykepleier blir kjent med barnet og dets behov (Anderzén- Carlsson et al.,

2007). Dette bekreftes av Egeland (2010, s.695), som skriver at barnet bør få en pasientansvarlig sykepleier som kan bli kjent med det enkelte barnet slik at det opplever kontinuitet. Da én sykepleier ikke kan være tilgjengelig for barnet hele døgnet anser jeg det som betydningsfullt at barnet har en sekundærkontakt, slik at kontinuiteten opprettholdes når primærkontakten ikke er på jobb. Barnet har dessuten en lovfestet rett til å bli tatt hånd om det samme personalet under sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, 2000, § 5).

Sykepleier har en viktig oppgave i å fremme en god relasjon mellom seg selv og barnet, og avgjørende faktorer i dette arbeidet er evnen til å lytte, forstå, bekrefte, skape god kontakt og allianse (Eide & Eide, 2007). Det er viktig at kommunikasjonen skjer på barnets premisser og sykepleier må tilpasse seg barnets tempo, samt vise interesse for hva barnet er opptatt av. Trygge omgivelser, med kjente personer og kunnskap om hva som skal skje er faktorer som kan bidra til kontroll hos barnet. Trygghet kan ses i sammenheng med kontroll. Hvis det ikke er kjente personer tilstede, kan sykepleier være der for barnet og vise omsorg (Eide & Eide, 2007). Sykepleier har dessuten juridisk plikt til å utføre omsorgsfull hjelp til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Relasjonstrygghet kan sees i sammenheng med at sykepleier er der for barnet når det trengs, noe som kan knyttes til stole-på-andre trygghet, ved at sykepleier har et viktig ansvar for at barnet skal føle seg trygg i hennes hender (Thorsen, 2011). Barnets engstelse kan reduseres ved at sykepleier virker kompetent og trygg (Grønseth & Markestad, 2011), noe som kan relateres til kunnskap- og kontroll trygghet (Thorsen, 2011).

Hvilken fremtoning sykepleier har ovenfor barnet både ved verbal og non-verbal kommunikasjon vil kunne ha betydning for hvordan barnet relaterer seg til sykepleier (Eide & Eide, 2007). Barn i alderen 7-9 år har utviklet større forståelse for språk og begreper (Bunkholdt, 2000). Det vil imidlertid være viktig å tenke nøye gjennom valg av ord og uttrykk, da barn er vare for sykepleiers toneleie og nonverbale signaler (Grønseth & Markestad, 2011). Brady (2009) sin studie, viser at kroppsspråk og stemmeleie er av betydning for hvordan barn oppfatter sykepleier. Barna som deltok i studien beskrev en god sykepleier som snill og glad, med et rolig og avslappet stemmeleie og som holdt øyekontakt når hun snakket med dem. Barna rapporterte også at det var viktig å kunne stole på sykepleier, at hun var villig til å lytte til dem og tilbringe tid sammen med dem (Brady, 2009). Dette bekreftes også av deltagere i andre studier (Anderzén- Carlsson et al., 2007 og Ångström-

Brännström & Nordberg, 2014). At barnet med ALL kan stole på sykepleier kan sees i sammenheng med stole-på-andre trygghet (Thorsen, 2011). På en annen side kan det være både tidkrevende og utfordrende å skape en god relasjon til barnet (Grønseth & Markestad, 2011). Selv om sykepleier opptrer tillitsfull og snill, utfører hun prosedyrer som kan virke skremmende på barnet og dermed svekke tilliten til henne (Grønseth & Markestad, 2011). Min erfaring fra sykehuspraksis med andre pasientgrupper er at også knapp tid kan være en hemmende faktor for relasjonsbygging. Dette underbygges av Kristoffersen og Nortvedt (2011). Sykepleiere opplever ofte en daglig tidsklemme på sykehus, som fører til mangel på den tid som kreves for å utføre individuell behandling og omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 122). I henhold til dette er det viktig at sykepleier anstrenger seg for å oppnå tillit og en god relasjon til barnet med ALL (Grønseth & Markestad, 2011). Barnet har behov for å bli sett og sykepleier må anerkjenne barnet slik at det føler seg respektert og får ivaretatt sin integritet. Dette samsvarer med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Når tillit er etablert i relasjonen mellom sykepleier og barnet med ALL, kan sykepleier fokusere mer på barnets situasjon og områder barnet er redd eller bekymret for (Eide & Eide, 2007). Sykepleier kan spørre barnet om det er noe det er redd for, bekrefte barnet ved å vise at hun forstår bekymringen og gi tydelige svar for å berolige barnet (Eide & Eide, 2007). Dette underbygges av forskning som viser at barn på sykehus ønsker at sykepleieren lytter til dem og er oppmerksom på deres bekymringer (Anderzén- Carlsson et al., 2007). Studien belyser viktigheten av at sykepleier møter barnets frykt, gir god informasjon for å rette opp i eventuelle misforståelser og gir tydelige svar på spørsmål barnet har om sykdom eller prognose (Anderzén- Carlsson et al., 2007). Hos barn i alderen 7-9 år utvikles stadig bedre evne til å oppfatte og kontrollere egne følelser og de blir flinkere til å tilpasse følelser og uttrykk (Stokkebæk, 2007). På en annen side er det flere barn som holder tanker og følelser for seg selv (Eide & Eide, 2007). Sykepleier kan da hjelpe barnet å uttrykke sine følelser gjennom noe det har naturlig interesse for eksempelvis lek, fortellinger eller tegninger (Eide & Eide, 2007). Slike hjelpemidler kan gjøre at barnet unngår å bli overveldet og dermed kan kontrollere følelsene sine (Ruud, 2011). Forskning viser at tegning kan være et godt verktøy for å starte en samtale med barnet, og samtidig en god mulighet for sykepleier til å observere barnets følelser (Ångström-Brännström & Nordberg, 2014). Gjennom å tegne og deretter snakke om tegningene fortalte deltagerne i studien om opplevelser knyttet til sykehuset og deres følelser angående bekymringer og velvære. Noen av deltagerne rapporterte at de gruet

seg til å gjennomgå prosedyrer som var smertefulle, til tross for at de var godt informert i forkant. Relatert til dette snakket barna om å være redde, lei, gråte og skrike. De rapporterte videre at det å kunne uttrykke sine følelser åpent, og vise at de opplevde frykt eller smerter var en måte å takle sin frykt på. Dette gjorde at de følte seg bedre etterpå (Ångström-Brännström & Nordberg, 2014). Dette belyser viktigheten av sykepleiers oppgave med å anerkjenne barnets følelser. På en annen side kan det virke belastende for sykepleier å anerkjenne barnets bekymringer og snakke om barnets følelser, noe som kan føre til at sykepleier holder tilbake spørsmål av slik art og later som ingenting (Ruud, 2011). Dette underbygges av forskning, som viser at noen sykepleiere er engstelige for å møte barnets frykt, noe som fører til at de unngår barnet ved å gjemme seg bak andre oppgaver (Anderzén-Carlsson et al., 2007). I henhold til dette må sykepleier må være bevisst på egne holdninger og barrierer i møte med barn, slik at hun kan være en god samtalepartner for barnet med ALL (Ruud, 2011). Sykepleier må dessuten inneha kunnskap om kommunikasjon til barn og hvordan hun skal møte barnet for å kunne vite hva som må gjøres og hvorfor, noe som kan ses i sammenheng med kunnskaps- og kontroll trygghet (Thorsen, 2011).

5.2 Tilrettelegge for et trygt miljø

Barnet med ALL har behov for forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg og støtte fra omgivelsene for å kunne mestre stresset en sykehusinnleggelse kan medføre (Sjøbjerg, 2013, s.114). Det er en lovfestet rett at barn skal legges inn på egne barneavdelinger (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 4). Forskning viser at foreldrenes tilstedeværelse betyr mye for barnets opplevelse av trygghet (Gibson et al., 2010 og Ångström-Brännström & Nordberg, 2014). I henhold til dette vil det være viktig at sykepleier tilrettelegger for at foreldrene kan være tilstede mest mulig. Dette er imidlertid også en lovfestet rett barnet har (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Det anses som et viktig trygghetsskapende tiltak at barnets faste rutiner opprettholdes så godt det går, slik at hverdagen oppleves så kjent og normal som mulig (Grønseth & Markestad, 2011). Ved at sykepleier tilrettelegger for dette er min forståelse at hun kan fremme forutsigbarhet hos barnet, noe som kan bidra til kognitiv kontroll (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013).

Atmosfære er også en betydelig faktor for barnet ved sykehusinnleggelse (Bringager et al., 2014). Atmosfæren kan kommunisere både bekreftelse og fremmedgjøring, noe som kan ha betydning for om barnet føler seg trygg eller utrygg på barneavdelingen (Bringager et al.,

2014). Forskning viser at atmosfære og miljø på avdelingen er av betydning for hvordan barnet opplever sykehushverdagen (Gibson et al., 2010). Deltagerne i studien ønsket at sykehuset skulle ha lyse og fargerike lokaler, som hadde et komfortabelt og ikke-klinisk uttrykk. Barna rapporterte videre at de mislikte aspekter av miljøet på sykehuset som var annerledes enn hjemme. Ved at de hadde med seg egne leker, eget sengetøy og puter, skapte dette en atmosfære som minnet om hjemmet (Gibson et al., 2010). I henhold til dette bør sykepleier være bevisst på sin rolle til å kunne påvirke og skape et trygt miljø for barnet med ALL under sykehusoppholdet (Bringager et al., 2014). Hun kan eksempelvis oppfordre foreldre til å ta med ting hjemmefra. Min forståelse er at dette kan ses i sammenheng med relasjonstrygghet (Thorsen, 2011).

Sykepleier har dessuten en viktig oppgave med å sikre at barnet med ALL får utvikle seg mens det er på sykehuset (Bringager et al., 2014). Barnet med ALL kan bli fastsatt i en sykerolle som kan virke begrensende på dets muligheter til utfoldelse og virke hemmende på barnets identitetsutvikling og selvfølelse. I henhold til dette er det sykepleiers ansvar å observere den enkelte barnets ressurser og verdier og dyrke frem disse (Bringager et al., 2014). Dette bekreftes av Egeland (2010), og det er sykepleiers ansvar i henhold til den forebyggende og helsefremmende funksjon (Kristoffersen et al., 2011). På en annen side er det ikke alltid barnet med ALL vil kunne ha muligheter til å utfolde seg, da de kan være trette og utslåtte av behandlingen for sin kreftsykdom (Gibson et al., 2010). Deltagerne i Gibson et al (2010) sin studie rapporterte at de var for trøtte og syke til å gjøre ting, noe som begrenset deres aktivitetsnivå. Når sykepleier observerer at barnet ikke takler sykehushverdagen eksempelvis grunnet behandlingsmessige utfordringer, må hun gå inn i situasjonen med støtte, ressurser og krefter (Bringager et al., 2014, s. 124). Dette kan knyttes til stole-på-andre trygghet (Thorsen, 2011). Det er dessuten også sykepleiers ansvar gjennom den behandlende funksjon (Kristoffersen et al., 2011). Ved å støtte barnet kan sykepleier bidra til emosjonell kontroll (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013). I dette arbeidet er kommunikasjon en grunnpilar og hva som blir formidlet eller ikke, er av stor betydning for barnet (Bringager et al., 2014). Når barnet er sykt, har sykepleier en utfordrende, men viktig oppgave i å tilrettelegge for at barnet får utvikle seg, og hun kan gjennom lek, kommunikasjon og fellesskap anerkjenne barnet som en hel person og ikke bare pasient (Bringager et al., 2014). Sykepleiers rolle med å fremme helhetlig sykepleie er blant annet forankret i de yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Barnet med ALL kan frykte at kontakten med venner skal svekkes når de er innlagt på sykehuset, noe som kan føre til at de føler seg isolert og alene (Sjøbjerg, 2013). Forskning viser til funn om at barn savner å leke med vennene sine under sykehusoppholdet (Gibson et al., 2010). I henhold til dette bør sykepleier legge til rette for at barnet kan opprettholde kontakten med venner, eksempelvis gjennom internett og mobil (Sjøbjerg, 2013). Når barnet kan ha besøk kan sykepleier bidra til at barnet får ringe og invitere venner, da dette kan bidra til at barnet føler tilhørighet og får bekreftelse på hvem de er som personer (Grønseth & Markestad, 2011). Dette kan ses i sammenheng med å ivareta barnets verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2011).

5.3 Informasjon og forberedelse

Ved sykehusinnleggelse erstattes barnets kjente miljø og rutiner med usikkerhet og mangel på kontroll, og den nye hverdagen kan virke skremmende på barnet (Sjøbjerg, 2013). Barn med ALL opplever dessuten frykt i forhold til smerter, både relatert til sykdommen i seg selv og i forbindelse med behandling og prosedyrer det må gjennomgå (Reinertsen, 2008). Dette bekreftes av forskning, som viser at barn med ALL opplever både smerte, frykt og bekymringer relatert til sykdommen og bivirkninger av behandlingen for sin kreftsykdom (Hildenbrand et al., 2011). Ved å gi barnet informasjon, kan sykepleier forberede barnet og bidra til at det forstår hva som skal skje (Bringager et al., 2014). Forståelse kan bidra til at barnet får bedre oversikt over situasjonen og dermed en opplevelse av kontroll (Grønseth & Markestad, 2011). Å informere barnet kan bidra til å redusere stress og ubehag, samt gjøre situasjonen forutsigbar for barnet, noe som kan bidra til kognitiv kontroll (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013). Det er dessuten sykepleiers ansvar å gi informasjon til pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2010). Studier viser at barn som får informasjon føler seg tryggere og at direkte kommunikasjon med barnet kan bidra til at de mestrer situasjonen og behandlingsforløpet på en bedre måte (Eide & Eide, 2007). Dette bekreftes av Gibson et al. (2010) sin studie, hvor deltagerne rapporterte at de ønsker detaljert informasjon om sin sykdom. I henhold til dette er det viktig at sykepleier gir barnet tilpasset informasjon ut ifra alder og utviklingsnivå, og at informasjonen formidles slik at barnet forstår budskapet (Grønseth & Markestad, 2011). Dette bekreftes av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Barnets rett til informasjon er dessuten nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5).

I følge Sjøbjerg (2013) bør informasjonen som gis være ærlig og bli formidlet av en barnet har tillit til, samt virke beroligende på barnet. I studie av kreftsyke barn på sykehus ble det rapportert av barna som deltok at sykepleieren beroliget og betrygget barna under sykehusoppholdet, og sykepleiere som forklarte og informerte ble beskrevet som snille (Ångström-Brännström & Nordberg, 2014). Å berolige barnet kan ses i sammenheng med trygghet (Segesten, 2010). På en annen side viser funn i forskning at manglende informasjon fører til at barn bekymrer seg for fremtiden og konsekvenser av sykdommen, som eksempelvis at symptomene skal være permanente (Gibson et al., 2010). Barna som deltok i studien beskrev viktigheten av at sykehuspersonalet tok hensyn til barnas behov og følelser, samt at de var til å stole på. Personell som ikke tok hensyn gjorde at barna ble sårede og irriterte. Disse episodene dreide seg hovedsakelig om når barna ble undersøkt og ikke fikk ordentlige forklaringer (Gibson et al., 2010).

Barn i alderen 7-9 år ønsker å få informasjon, og de kan ofte spørre en voksen hvis det er noe de lurer på (Sjøbjerg, 2013). Barnet kan være interessert i å vite hvordan prosedyrer og behandling foregår, og de kan spørre om hvor lang tid prosedyrer tar (Sjøbjerg, 2013). Barn i alderen 7-9 år utvikler stadig større forståelse for sykdom og de kan bli engstelige forbindelse med sykdom rettet mot dem selv eller andre som står dem nær (Stokkebæk, 2007). I henhold til dette må sykepleier ivareta sitt ansvar om å gi tilpasset informasjon for å bidra til følelse av kontroll hos barnet. Sykepleier kan oppfordre barnet til å spørre om ting det lurer på og spørre om barnet kan gjenfortelle hvordan det har opplevd en situasjon (Sjøbjerg, 2013). Det vil kunne gi en følelse av kontroll hos barnet, samt gi sykepleier informasjon om barnets forventninger til behandling eller prosedyrer og eventuell frykt barnet har (Sjøbjerg, 2013). Gibson et al (2010) sin studie viser at barn opplever frykt under sykehusoppholdet. Barna rapporterte at sykehuset var skremmende og de bekymret seg over prosedyrer som nålstikk, og om de kom til å bli bedre av sykdommen. De rapporterte videre at de var redd for å være alene og å vente på prosedyrer, men at det hjalp å ha foreldre og sykepleier tilstede (Gibson et al., 2010).

Det er ikke alltid barnet er tilgjengelig for informasjon, noe sykepleier må respektere (Bringager et al., 2014). Sykepleier kan observere barnet under sykehusoppholdet og har derfor muligheter for å nå barnet på et tidspunkt hvor det er mottagelig for informasjon (Bringager et al., 2014). Barn i skolealder har rapportert at de kan oppleve informasjonen de får som overveldende, og at det var viktig for dem at sykepleiere tok hensyn til at de ikke ville

snakke (Gibson et al., 2010). I henhold til dette kunne sykepleier være oppmerksom på forhold som signaliserte dette, som eksempelvis at de unngikk øyekontakt (Gibson et al., 2010). Andre signaler på at det er ugunstig å gi informasjon kan være når barnet er dypt konsentrert eller viser tydelige tegn på redsel eller sinne (Bringager et al., 2014). For at barnet skal kunne følge med på det som blir sagt bør sykepleier velge et tidspunkt hvor barnet er uthvilt og informasjonen bør gis i rolige omgivelser uten støy i nærheten, da dette vil kunne gjøre barnet distraheret (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleiers oppgave med å observere barnet og tilpasse riktig tid for informasjonsdeling er dessuten sykepleiers ansvar gjennom den behandlende funksjon (Kristoffersen et al., 2011).

Barn med ALL på sykehus må igjennom flere ubehagelige undersøkelser og prosedyrer. I forbindelse med dette er forberedelse en viktig faktor for barnets opplevelse av trygghet (Tveiten, Wennick & Steen, 2012, s. 64). Grønseth og Markestad (2011) viser til at barn som er godt forberedte opplever mindre engstelse, og at de mestrer prosedyrer og behandling bedre. Barn kan føle mye engstelse og bekymring relatert til prosedyrer, som eksempelvis nålstikk (Grønseth & Markestad, 2011). Dette bekreftes av Gibson et al (2010) sin studie. I henhold til dette må sykepleier gi konkrete og nøyaktige opplysninger om prosedyren og hvordan den vil oppleves, slik at barnet forstår hva som skal skje (Grønseth & Markestad, 2011). Barnet bør informeres sammen med sine foreldre, da dette kan fremme barnets emosjonelle kontroll (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013). Det er dessuten viktig at informasjonen som gis ikke virker skremmende på barnet, og i henhold til dette kan sykepleier unngå å bruke ord som kan gjøre barna redde, som eksempelvis kutte og stikke (Grønseth og Markestad, 2011). Sykepleier kan begynne med forberedelse av barnet like mange dager før prosedyren skal skje som barnets alder angir, eksempelvis syv. Det vil også være hensiktsmessig å gjenta samme informasjon rett før prosedyren skal gjennomføres for å bidra til økt forståelse hos barnet (Grønseth & Markestad, 2011). Når barnet har fått informasjon i forkant, kan dette bidra til at det drar kjensel på situasjonen, noe som kan bidra til trygghet (Tveiten et al., 2012, s. 66). Stillhet under prosedyrer kan gjøre at situasjonen oppleves mer skremmende på barnet, og sykepleier kan derfor snakke med barnet underveis i prosedyren for å bidra til trygghet (Grønseth & Markestad, 2011). Dette bekreftes av Ångström-Brännström og Nordberg (2014) sin studie, hvor barna som deltok rapporterte at de satt pris på sykepleierens tilstedeværelse under prosedyrer og at de likte å snakke med dem underveis og gjerne at sykepleier brukte humor i forklaringene sine. Dette kan ses i sammenheng med relasjonstrygghet (Thorsen, 2011).

Barn med ALL som behandles over lengre tid får ofte innlagt SVK (sentrale venekateter), noe som kan virke skremmende, og de kan grue seg til å få lagt VAP-nålen inn og ut av venekateteret (Bringager et al., 2014). Sykepleier kan tenke at barn fra åtte års alder raskt venner seg til å få lagt inn VAP- nål, noe som viser seg å ikke stemme da denne prosedyren kan oppleves som en stor sak for barnet før hver innleggelse. (Bringager et al., 2014). Sykepleier kan ha lett for å overse barnets informasjonsbehov i forkant av prosedyrer de har vært igjennom før. Dette kan føre til misforståelser og tap av kontroll hos barnet som fører til at de kan grue seg enda mer i forkant av prosedyren (Grønseth & Markestad, 2011). Barnets førstegangs opplevelse av en prosedyre, vil påvirke hvordan det mestrer den samme prosedyren ved senere anledninger (Bringager et al., 2014). Det vil være betydningsfullt at det er en barnet har tillit til som utfører prosedyren første gang, og det vil være nødvendig at sykepleier viser trygghet ovenfor barnet (Bringager et al., 2014). Sykepleier har et viktig ansvar i henhold til at barnet med ALL skal føle seg trygg, noe som kan relateres til stole-på-andre trygghet (Thorsen, 2011).

Når sykepleier skal gi informasjon og forberede barnet er det viktig å gi informasjon muntlig, men også inkludere andre metoder for å fange barnets interesse og bidra til at det forstår det som blir sagt (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleier kan eksempelvis bruke lek som et virkemiddel for å informere og forberede barnet for å bidra til trygghet (Tveiten et al., 2012, s. 64). Til barn i alderen 7-9 år kan eksempelvis regeltekst benyttes (Grønseth & Markestad, 2011). I leken kan barnet få muligheten til å se på det medisinske utstyret som skal brukes under prosedyren (Gibson et al., 2010). Prosedyren kan også demonstreres på bamser eller dukker, og sykepleier vise på dukken hvor eksempelvis bedøvelseskrem blir påsmurt (Tveiten et al., 2012, s. 64). Lek kan også brukes som avledning i prosedyrer og til å bearbeide følelser i etterkant (Sjøbjerg, 2013). På denne måten kan leken bidra til at barnet mestrer situasjonen på en bedre måte og dermed fremme instrumentell kontroll hos barnet (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013). Tegning kan interessere barnet og kan derfor brukes som et verktøy for å starte samtalen (Ångström-Brännström & Nordberg, 2014). Bringager et al. (2014) beskriver også brosjyrer med bilder, samt musikk og rollespill som gode virkemidler for å formidle informasjon til barn. I følge Tveiten et al. (2012, s. 64) kan barnet ende med å protestere i situasjonen til tross for gode forberedelser i forkant og sykepleiers forsøk på å trygge barnet. Dette kan ha å gjøre med behovet for å beskytte seg mot noe en er redd for skal være ubehagelig (Tveiten et al., 2012, s. 64). Disse påstandene underbygges av forskning (Ångström-Brännström & Norberg, 2014).

5.4 Barnet som aktiv deltager

Tap av autonomi, kontroll og kompetanse kan virke skremmende på barnet ved sykehusinnleggelse (Sjøbjerg, 2013). I henhold til dette bør sykepleier ha fokus på barnets ressurser, verdier og muligheter (Bringager et al., 2014). På denne måten kan hun fremme barnets mestring og at det opplever å ha en rolle som et helt og verdifullt menneske. Sykepleieren skal fremme helse og understøtte mestring i sin sykepleiepraksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er dessuten sykepleiers ansvar gjennom den helsefremmende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2010). Forskning viser at sykepleiere som bekrefter barnets følelser, lytter til dets behov og involverer barnet i det som skal skje ved å samarbeide kan bidra til trygghet (Anderzén- Carlsson et al., 2007). På en annen side viser det seg at barns deltagelse er utfordrende, som gjør at de ofte kan bli passive deltagere, fremfor aktive deltagere (Gibson et al., 2010). Barnets foreldre og sykepleiere snakker mye om barnets sykdom, og ofte snakkes det over hodet på barnet (Bringager et al., 2014). I følge pasient - og brukerrettighetsloven (1999, § 4-4) har barn rett til å bli hørt, men det er foreldrene som samtykker på deres vegne. Fra 7 års alder har imidlertid barnet rett til å uttale i saker som angår barnets personlige forhold (Barneombudet, 2015). Barnets mulighet til å ta selvstendige avgjørelser er begrenset i juridisk forstand, og det vil derfor være situasjoner hvor foreldrene tar avgjørelser på barnets vegne (Tveiten et al., 2012, s. 34). Dette kan føre til utfordringer i henhold til barnets autonomi. På bakgrunn av dette stilles det høye krav til hvordan sykepleieren forholder seg til barnet og måten hun utfører sin praksis på (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleier kan inkludere barnet ved at det blir spurt, lyttet til og bli tatt på alvor (Tveiten et al., 2012, s. 51). Å tilrettelegge for at barnet kan medvirke er en måte å anerkjenne barnet på, og dermed ivareta barnets autonomi (Tveiten et al., 2012, s. 51).

Barnet bør få delta i beslutninger og gis valgmuligheter der dette er mulig (Sjøbjerg, 2013). Barnet kan imidlertid ikke velge selv om eksempelvis en prosedyre skal utføres eller ikke (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleier kan gjøre situasjonen mer forutsigbar for barnet ved å gi det muligheter, som eksempelvis om det vil sitte eller ligge under gjennomføring av prosedyrer (Sjøbjerg, 2013). Forskning viser at selv små barn er kompetente til å kommunisere om sitt eget liv og de ønsker å bli involvert i å ta avgjørelser (Gibson et al., 2010). Sykepleier kan legge til rette for medvirkning ved å gjøre barnet til aktiv deltager (Sjøbjerg, 2013). Ved å gjøre barnet til en aktiv deltager kan det bidra til at barnet opplever mestring gjennom egne handlinger, noe som kan fremme barnets instrumentelle kontroll

(Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013). Sykepleier kan involvere barnet ved å la det bli kjent med og leke med utstyr som skal brukes i prosedyrer (Sjøbjerg, 2013). Ved å gi barnet oppgaver og la det hjelpe til under prosedyrer kan det bidra til mestring (Bringager et al., 2014). Ved at sykepleier inkluderer barnet kan hun fremme en følelse av tilhørighet og egenverd (Grønseth & Markestad, 2011). Følelsen av å ha kompetanse til å mestre utfordringer kan bidra til positiv selvfølelse, noe som kan øke barnets evne til samarbeid (Grønseth & Markestad, 2011). Det vil imidlertid være viktig at sykepleier tilpasser oppgavene i forhold til hva barnet klarer, slik god selvfølelse kan oppnås (Bunkholdt, 2000). Barnet kan eksempelvis hjelpe til under blodprøvetagning fra veneport (Bringager et al., 2014). Det vil være viktig at sykepleier gir barnet ros når de mestrer slik at de kan føle seg kompetente (Bunkholdt, 2000). Forskning viser at barn setter pris på positive ord fra sykepleier under prosedyrer, eksempelvis når sykepleier skrøt av dem og sa de var modige (Brady, 2009).

Ulike avledningsmetoder kan benyttes for å bidra til delaktighet og distrahere barn fra utrygghet relatert til ubehagelige prosedyrer (Anderzén- Carlsson et al., 2007). Avledningsmetoden må være alderstilpasset og interessant for barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Ved at sykepleier er fleksibel og oppmerksom på barnets følelser og ønsker, kan det bidra til samarbeid mellom sykepleier og barnet (Anderzén- Carlsson et al., 2007). Å la barnet delta under prosedyrer kan sees i sammenheng med sykepleiers veiledende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2010). Avledningsmetoder som krever aktiv deltagelse fra barnet med ALL kan eksempelvis være å blåse såpebobler, telle baklengs eller å fortelle en vits (Bringager et al., 2014). Barn i alderen 7-9 år benytter seg i økende grad av kognitive mestringsstrategier ved å si til seg selv at det klarer det, og prøve å tenke positivt i vanskelige situasjoner (Stokkebæk, 2007). I henhold til dette kan tankestopp være en avledningsmetode som kan anvendes, da den kan hjelpe barnet til å snu negative tanker til positive (Bringager et al., 2014). Humor og latter har en helende effekt som kan redusere angst og stress, og i henhold til dette kan sykepleier kalle maskiner og utsyr for morsomme navn slik at de ikke skal virke skremmende på barnet, og barnet kan selv finne på kallenavn (Rindstedt, 2013). Humor kan bidra til at barnet slapper av og opplever kontroll i situasjonen (Sjøbjerg, 2013, s. 141). Ved at sykepleier har godt humør og bruker humor kan det øke samarbeidet mellom hun og barnet, noe som kan bidra til at barnet mestrer situasjonen på en bedre måte (Sjøbjerg, 2013). At sykepleier bruker humor kan derfor være et tiltak for å fremme barnets instrumentelle kontroll (Havik 1989, gjengitt etter Sjøbjerg, 2013).

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å se på hvordan sykepleier kan bruke kommunikasjon for å fremme trygghet hos barn med ALL som er innlagt på sykehus.

Det fremgår av fag- og forskningslitteratur at sykehusinnleggelse kan føre til redsel, usikkerhet og stress for barnet, noe som kan virke skremmende og gi en følelse av utrygghet. Dette kan blant annet relateres til det ukjente og tap av kontroll og autonomi. I henhold til dette anses det som viktig at barnet med ALL opplever forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, støtte og omsorg for å kunne mestre sykehushverdagen og oppleve stabilitet og trygghet (Søbjerg, 2013).

I følge fag- og forskningslitteraturen har sykepleier en viktig rolle i forhold til å skape trygghet for barnet under sykehusoppholdet. Gjennom den behandlende funksjon kan sykepleier bli kjent med barnet og dets ønsker og behov, slik at hun kan kartlegge hva barnet frykter eller gruer seg til for å kunne imøtekomme disse utfordringene. God kommunikasjon er sentralt i sykepleie til barn og det er et viktig hjelpemiddel for å bli kjent med barnet, oppnå tillit og en god relasjon. Ulike hjelpemidler kan benyttes i dette arbeidet, som eksempelvis lek og tegninger. At sykepleier innehar gode kommunikasjonsferdigheter er grunnleggende for å kunne gi tilpasset informasjon i forhold til alder og utvikling, samt forberede og hjelpe barnet til å mestre sykdom og oppleve trygghet under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2011). I dette arbeidet vil sykepleiers undervisende funksjon være sentral. Trygge omgivelser, med kjente personer og kunnskap om hva som skal skje er faktorer som anses som viktige for at barnet skal få oversikt over situasjonen og oppleve kontroll. Gjennom den forebyggende- og helsefremmende funksjon kan sykepleier fremme barnets mulighet til å delta og gi barnet valgmuligheter der dette er mulig. På denne måten kan sykepleier bidra til medvirkning og ivaretagelse av barnets autonomi, noe som kan bidra til oversikt, mestring og kontroll hos barnet.

For å kunne yte god sykepleie anses det som viktig å møte barnet der det er. Da det er vist at sykepleier kan være engstelig for å møte barnets frykt og dermed unngår barnet, vil det være viktig at sykepleier er bevisst på sine egne holdninger og barrierer når hun møter barnet med ALL. Ved at sykepleier viser seg som trygg i sin rolle kan dette bidra til å redusere barnets frykt og dermed bidra til å fremme trygghet.

Litteraturliste

Anderzén- Carlsson, A., Kihlgren, M., Skeppner, G. & Sørli, V. (2007). How Physicians and Nurses Handle Fear in Children With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(1): 71-80.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2006.05.010>

Brady, M. (2009). Hospitalized Children's Views of the Good Nurse. *Nursing Ethics*, 16(5): 543-560. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009106648>

Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A.C. (2014). *Barn med kreft- En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Egeland, S.E. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I: A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie pasient- utfordring- handling* (3. utg., s. 692- 707). Oslo: Akribe

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

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S. & Richardson, A. (2010). Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (11): 1397- 1407. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.019

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hildenbrand, A. K., Clawson, K.J., Alderfer, M.A. & Marsac, M.L. (2011). Coping with Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(6): 344-354. Doi: 10.1177/1043454211430823

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

Kristoffersen, N.J. (2011). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 161- 206). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E- A. (2011). Om sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 15-30) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., s.83- 133) Oslo: Gyldendal Akademisk

Molven, O. (2011). Helsepersonells rettigheter og plikter. I: I. M. Holter & T. E. Mekki (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 328- 346). Oslo: Akribe

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I: H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red). *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg. s.17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo:
Kunnskapsdepartementet. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Reinertsen, H. (2008). Smerte hos barn. I: T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte* (s. 76- 103). Oslo: Gyldendal Akademisk

Barneombudet. (2015) *Rettighetshetsplakaten*. Oslo: Barneombudet. Hentet fra:
http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/07/Rettighetsplakat_Bokm%C3%A51_02_RGB.pdf

Rindstedt, C. (2013). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child: care, health & development*. 40 (4): 580-586. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1111/cch.12064>

Ruud, A.K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I: U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 125- 136). Oslo: Akribe

Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*. (3. utg., s. 97- 116). Oslo: Gyldendal Akademisk

Stokkebæk, A. (2007). *Psykologi 1. Udviklingspsykologi*. (2. utg.). København: Nyt Nordisk Forlag

Søbjerg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I: D-G. Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 114- 151). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 105- 132). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Wyller, V.B. (2009). *Det syke mennesket. Sirkulasjonsorganene og respirasjonsorganene*. (2. utg.). Oslo: Akribe

Zeller, B. & Storm- Mathisen, I. (2010). Kreft hos barn. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient- utfordring- handling* (3. utg., s. 672- 691). Oslo: Akribe

Ångström-Brännström, C. & Nordberg, A. (2014). Children Undergoing Cancer Treatment Describe Their Experiences of Comfort in Interviews and Drawings. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 31(3): 135-146. Doi: 10.1177/1043454214521693