



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelse
4BACH

Aina Heggstad Stokkeland & Stine Merete Kolstad

Veileder: Cecilie Ruud Dangmann

Ivaretakelse av barnet på sykehus

Caring of a hospitalized child

Antall ord:

12748

Bacheloroppgave i sykepleie

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Dobbelthake

Jeg er så trist

Må være på sykehus

Jeg får medisin, men blir bare sykere

Mamma og pappa gråter

Når de tror jeg sover

De sier til meg, at de vet det går over

Men jeg klarer ingenting, og jeg blir ikke bra

Jeg har ingen krefter og jeg klar'ke å være glad

Jeg er så trist

Og det er midt på natta

Jeg er våken, men ingen trøster meg

Hvorfor må jeg være her, når jeg vil hjem

Hvorfor får jeg medisin i en fremmed seng

Jeg lover å bli snill, for jeg har nok vært slem

Sykepleier, vær så snill og send meg hjem igjen

Jeg er så glad

Og det er midt på natta

Jeg er spent, fordi vi skal ha fest

Jeg slipper ut i dag, fra rommet mitt

Jeg skal løpe i gangen, og ha det fritt

Vi skal marsjere og spise kake

Og jeg skal spise til jeg får:

Dobbelthake!

Sammendrag

Tittel: Ivaretagelse av barnet på sykehus

Bakgrunn: I sykepleie til barn kreves en egen tilnærming som vi ønsker å lære mer om. Oppgaven er rettet mot barn som nylig har fått en kreftdiagnose. Mellom 1988 og 2012 fikk 818 diagnosen akutt lymfatisk leukemi. Vi vil derfor rette fokuset over på den yngre generasjonen som blir rammet av kreft, de som har hele livet foran seg, men som allikevel må kjempe for å oppleve det.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse viktigheten av sykepleiers kunnskaper om barnet, og hvordan barnet reagerer på å få en alvorlig diagnose som akutt lymfatisk leukemi. Vi vil belyse hvordan sykepleier kan forberede ved å gi god informasjon, samt gi rom for reaksjonene om de kommer og ivareta barnet på sykehuset.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie basert på litteratur, forskning og praksiserfaringer.

Resultat: Forskning viser at barn har et stort behov for å bli møtt på deres nivå, og at de mestrer situasjonen bedre dersom foreldrene er til stede. En av studiene viser at lek bidrar til god ivaretagelse av barnet under behandlingen. Studiene viser også at kommunikasjon om behandling ofte går mellom foreldre og helsepersonellet, mens barnet utelukkes fra samtaler. Dette fører igjen til usikkerhet og frustrasjon hos barnet.

Konklusjon: Sykepleier må ha kunnskaper om barnets utvikling og kommunikasjonsnivå for å kunne gi informasjon på en måte barnet forstår. Barnet må inkluderes i behandlingsprosessen og en god måte å tilnærme seg barnet under slike omstendigheter er lek.

Nøkkelord: Sykepleie, barn, sykehus, kreft, leukemi, reaksjoner, lek

Innholdsfortegnelse:

SAMMENDRAG.....	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG OG HENSIKT MED OPPGAVEN.....	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	7
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	7
1.4 LOVER OG FORSKRIFTER.....	8
1.5 BEGREPSAVKLARINGER.....	9
1.6 CASE	9
1.7 KORT BESKRIVELSE AV OPPGAVENS DISPOSISJON.....	10
2. TEORI	11
2.1 AKUTT LYMFATISK LEUKEMI.....	11
2.1.1 <i>Cancer hos barn</i>	11
2.2 BARNES UTVIKLING.....	12
2.2.1 <i>Utvikling på sykehuset</i>	13
2.2.2 <i>Lek</i>	14
2.3 KATIE ERIKSSON	14
2.4 JOYCE TRAVELBEE	16
2.4.1 <i>Sykepleierens rolle:</i>	17
2.5 KOMMUNIKASJON	17
2.6 REAKSJONER	19
2.7 FORELDRENES ROLLE	21
2.8 SYKEPLEIERS FUNKSJON.....	21
3. METODE	23

3.1	LITTERATURSØK	23
3.2	FORSKNINGSARTIKLER.....	24
3.3	KILDEKRITIKK.....	25
3.4	ETISKE OVERVEIELSER.....	26
4.	FUNN.....	27
4.1	BARNES TILPASNING OG FORSTÅELSE AV ALVORLIG SYKDOM	27
4.2	BARNES BEHOV PÅ ISOLAT	27
4.3	BARNES FORESTILLINGER AV SYKDOM PÅ SYKEHUS	28
4.4	POSITIVE METODER FOR BEHANDLING AV KREFTSYKE BARN	28
4.5	BEGYNNENDE BEHANDLING VED LEUKEMI	29
4.6	TREVEIS KOMMUNIKASJON MELLOM LEGE, FORELDRE OG BARNET.....	29
5.	DISKUSJON	31
5.1	FØRSTE MØTE MED SYKEHUSET OG SYKDOMMEN	31
5.2	LEK OG HUMOR I BEHANDLINGEN	32
5.3	REAKSJONER RUNDT DEN NYE SITUASJONEN.....	34
5.4	KOMMUNIKASJON MED BARNET OG BARNETS FORSTÅELSE AV SYKEPLEIERS ROLLE.....	36
5.5	SYKEPLEIERS ETISKE UTFORDRINGER	38
6.	KONKLUSJON.....	40
	LITTERATURLISTE	41
	VEDLEGG	45
	VEDLEGG 1 PICO-SKJEMA	45
	VEDLEGG 2 SØKEHISTORIKK	46

1. Innledning

Målet med oppgaven er å belyse hvilke reaksjoner barn opplever som følge av å bli innlagt på et sykehus med en alvorlig diagnose som kreft, og hvordan barnet blir ivaretatt under oppstart av behandling. Vi vil også se nærmere på viktigheten av at sykepleier har kunnskaper om reaksjonene som kan oppstå, for å forberede barnet på best mulig måte å gi rom for reaksjonene om de kommer. Vi mener det er viktig at sykepleier ikke bare har kunnskaper om reaksjonene, men også om barnets utvikling, alder og erfaring, for å kunne legge seg på barnets nivå ved formidling av informasjon. Dette er igjen viktig for å bygge opp tillit som grobunn for en trygg og god relasjon, og for å ivareta barnet på en god måte gjennom oppholdet.

1.1 Bakgrunn for valg og hensikt med oppgaven

Det å høre ordet kreft er vanskelig for mange voksne og bringer frem vonde minner. De aller fleste kjenner noen som kjemper eller har kjempet kampen mot kreft, og kanskje mistet noen de er glad i. Når vi hører ordet kreft tenker vi fort tanker rundt døden og eldre mennesker. Vi vil derfor rette fokuset over på den yngre generasjonen som blir rammet av kreft, de som har hele livet foran seg, men som allikevel kjemper for å oppleve det.

I følge statistikken over barn med cancer fra 1985 til i dag, har antall tilfeller holdt seg stabile, samtidig ser vi en økning i antall overlevende. Overlevelseshøyden for akutt lymfatisk leukemi har steget fra 74% i 1985 til 85% i 2009 (Wesenberg, Lie & Øfstaas, 2014). Akutt lymfatisk leukemi er den cancerdiagnosen som rammer flest barn og ifølge statistikken er det i gjennomsnitt 34 nye tilfeller hvert år. Som sykepleiere vil vi møte barn med cancer, men ikke nødvendigvis barn med akutt lymfatisk leukemi (Wesenberg et al., 2014). Uansett diagnose og statistikk er det viktig at barn blir møtt av personell med gode kunnskaper for å føle seg ivaretatt og å bli møtt på deres nivå. I tillegg er det viktig å huske på at helsepersonell må forholde seg til ulike lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer i sin yrkesutøvelse.

Vi er begge spesielt opptatt av sykepleie til barn og deres pårørende. Vi synes det er interessant å møte barn i en så stor livsendring, da barn ofte opplever og takler alvorlig sykdom på en annen og mer positiv måte enn voksne. Vi er begge omsorgspersoner som

liker å yte det lille ekstra og være kreative i måten vi jobber på. Vi har begge tidligere hatt praksis på somatisk barneavdeling og i barne- og ungdomspsykiatrien.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier ivareta barnet under oppstart av behandling ved nyoppdaget leukemi?»

Vi ønsker å belyse hvor viktig det er at barnet føler seg ivaretatt av sykepleier under sykehusinnleggelsen. Videre vil vi se på hvordan sykepleier kan møte barnet i forhold til alder, utvikling og erfaringer og hvordan god kommunikasjon og tilrettelagt informasjon kan bidra til å forberede barnet på behandling, bivirkninger og reaksjoner. Reaksjoner er en naturlig del av prosessen ved sykehusinnleggelse og veien frem til det friske. Vi vil diskutere og beskrive hvordan vi kan gi barnet en forståelse ut i fra sitt utviklings- og kommunikasjonsnivå slik at barnet føler seg ivaretatt.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i et case med en åtte år gammel gutt, diagnostisert med cancer. Vi har valgt denne alderen fordi åtteåringen forstår mye, men har fortsatt behov for å være barn i sin egen fantasiverden. Denne aldersgruppen har utviklet tankestruktur som gjør det mulig og søke etter, ordne og systematisere informasjon bevisst (Grønseth & Markestad, 1998). Videre har vi valgt å avgrense oppgaven i forhold til diagnosen akutt lymfatisk leukemi, som er den vanligste kreftformen hos barn (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014). Akutt lymfatisk leukemi rammer oftest barn i alderen ett til fem år, men vi ønsker å tilegne oss kunnskap om barnet i åtteårs alderen, da sykdommen også rammer denne aldersgruppen. I oppgaven møter vi gutten i første til tredje uke av behandlingen. Vi fokuserer på ivaretagelsen av barnet i startfasen av behandlingen der reaksjoner og stress ofte opptrer uventet. Barnet er innlagt på en barneavdeling på et norsk sykehus for behandling av sykdommen. Vi velger å ta for oss to av fire sykepleierfunksjoner som utredes i teoridelen, der vi utelukker lindrende og rehabiliterende funksjon fordi fokuset i denne oppgaven er forebygging og behandling (Bringager et al., 2014).

Vi har valgt å benytte case fordi barn er i ulik utvikling, har ulik forståelse av sykdom og vil håndtere reaksjoner forskjellig på bakgrunn av tidligere erfaring. Dette gir oss et mer

spesifikt perspektiv gjennom oppgaven, det er enklere å forstå barnets situasjon og vårt fokusområde for å besvare problemstillingen.

I oppgaven menes sykepleier som primærkontakt for barnet når det er innlagt på sykehus og som følger barnet gjennom behandlingen. Med barnet menes den åtte år gamle gutten som er innlagt på sykehuset for behandling av leukemi. Sykepleier blir gjennom oppgaven benevnt som «hun» og barnet som «Johannes» eller «han».

1.4 Lover og forskrifter

I sykepleieryrket er det flere lover og forskrifter det er viktig å ta hensyn til. Spesielt i møte med barn på sykehus er det viktig å vite hvilke lover og rettigheter barnet har.

Helsepersonelloven (2016) er en lov som gjelder helsepersonell som yter helsehjelp og har som formål å sikre pasienten. Helsepersonell skal utføre arbeid med faglig forsvarlighet og gi omsorg. Informasjon til pasienten krever at den som yter omsorg har plikt til gi informasjon etter regler i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 til §3-4. Helsepersonell har taushetsplikt, som betyr at ingen andre enn de som har krav på opplysninger skal ha dem om det ikke er gitt samtykke om noe annet (Helsepersonelloven, 2016).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (2015) har pasienter rett til nødvendig helsehjelp. Pasienten har rett til å medvirke og samarbeide om behandling så langt det lar seg gjøre. Barn under 18 år skal ha innvirkning så lenge utvikling og modning tilsier det. Når pasienten er under 16 år skal både pasienten og foreldrene informeres, så lenge det ikke er bestemt at foreldrene ikke skal ha innsyn. Informasjonen skal være tilpasset pasienten alder, utvikling og erfaring. For pasienter under 16 år har foresatte med foreldreansvaret rett til å samtykke for barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2013) omhandler barn under 18 år innlagt på sykehus. Barn skal legges inn på barneavdeling og skjermes fra syke voksne for ikke å bli skremt. Barnet kan ha med egne leker på sykehuset og har rett til å ha med minst en av foreldrene under oppholdet. Barn skal aktiviseres og stimuleres på sykehuset så langt helsetilstanden tillater det, og aktiviteten skal tilpasses alder og utvikling (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2013).

Barnekonvensjonen omhandler barn under 18 år. Helsepersonell skal unngå forskjellsbehandling, samt å ta hensyn til barnets hudfarge, kjønn, språk og oppfatning. Omsorg gis for å ivareta barnets beste. Vi er forpliktet til å la barnet få utvikle seg og få være sammen med familie. Barnet har rett til å si sin mening og bli hørt. De har rett til best mulig medisinsk behandling og hjelp. Barnet har rett til hvile, fritid og lek (Reddbarna, s.a).

Sykepleier skal til enhver tid følge gjeldende lover og retningslinjer. Norsk sykepleierforbund har godkjent og publisert «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Disse retningslinjene omhandler hvordan sykepleier skal oppføre seg, ved å vise respekt og empati. Sykepleier skal holde seg oppdatert for å kunne hjelpe pasienter på best mulig måte for å fremme helse og forebygge sykdom (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

1.5 Begrepsavklaringer

Cancer, eller kreft, er celler som er i ukontrollert vekst og sprer seg raskt. Kreft er ikke en spesiell type sykdom, men flere forskjellige med samme egenskap; at kroppen har mistet kontroll over celledelingen (Norsk helseinformatikk [NHI], 2014).

Akutt lymfatisk leukemi (ALL) er kreft i blodlegemer, som regel de hvite (Baker, 1984).

Cytostatika er den medikamentelle behandlingen ved kreft. Den har til hensikt å bryte ned kreftceller uten å skade friske celler. Cytostatika virker særlig på celler som er i delingscyklus og i vekst (Bringager et al., 2014).

1.6 Case

Caset er inspirert av filmen «Kule kidz gråter ikke» og praksiserfaringer.

Johannes er en 8 år gammel gutt som går i tredje klasse. Han bor sammen med sine foreldre og har ingen søsken. Han er en aktiv gutt og har mange venner. Han har stort sett vært frisk hele livet og har aldri vært innlagt på et sykehus. Han er interessert i fotball, snowboard, skateboard og dataspill. Han er en tøff gutt som alltid har blåmerker på kroppen etter ulike fall og tar det stort sett aldri med ro.

Den siste tiden har moren til Johannes observert at han er mer sliten enn vanlig, og i tillegg synes hun han har flere og større blåmerker enn normalt. Hun bestemte seg for å ta med

Johannes til legen for å undersøke dette nærmere. Etter noen undersøkelser hos legen blir de sendt videre til sykehuset. På barneavdelingen blir det foretatt en rekke nye undersøkelser av Johannes. Etter svar på flere av prøvene bestemmes det at de skal ta en beinmargsbiopsi.

Johannes og foreldrene møtte opp på avdelingen noen dager etter, der de ble møtt av leger og sykepleiere. Legen fortalte at resultatet av beinmargsbiopsien viste at Johannes hadde akutt lymfatisk leukemi. Han forklarte videre hva det var og hva det gjorde med kroppen. Behandlingen ble satt i gang allerede samme dag.

Johannes har nå vært innlagt på barneavdelingen i en uke og har allerede fått føle noen reaksjoner på kroppen. Han er heldig som har støttende foreldre som mestrer situasjonen, og som gjøre det lettere for Johannes å være innlagt på sykehus.

1.7 Kort beskrivelse av oppgavens disposisjon

Vår oppgave er delt inn i kapitler og underkapitler for at det skal være en ryddig struktur i oppgaven, slik at det ikke blir for lange og uoversiktlige avsnitt. I kapittel 1 har vi sett på innledning med presentasjon av oppgaven med problemstilling og case, lover som helsepersonell må forholde seg til, samt avgrensning, begrepsavklaring, bakgrunn og hensikten med oppgaven. Kapittel 2 presenterer vi teorien vi har valgt å utdype oss i, og som vi synes er relevant for å besvare vår problemstilling. I kapittel 3 kommer vi inn på metoden for hvordan vi strategisk har søkt etter litteratur og forskning, vi presenterer der litteratursøk, forskningsartiklene, kildekritikken og etiske overveielser. Kapittel 4 er viet til de funn som var relevante for vår oppgave. I kapittel 5 drøfter vi teorien, funnene og våre praksiserfaringer. I kapittel 6 har vi en konklusjon for oppgaven og svar på problemsstillingen.

2. Teori

Dette kapittelet er grunnlag for å svare på problemstillingen. Kapittelet inneholder teorier om ALL, utvikling hos barn, kommunikasjon, reaksjoner, foreldrerollen og sykepleiers funksjon. Teoriene til både Eriksson og Travelbee er presentert.

2.1 Akutt lymfatisk leukemi

Mellom 1988 og 2012 fikk 3630 barn under 15 år diagnosen cancer i Norge. Av disse 3630 barna fikk 818 diagnosen akutt lymfatisk leukemi (Wesenberg et al., 2014). Akutt leukemi deles inn i akutt lymfatisk leukemi (ALL) og akutt myelogen leukemi (AML). Ved akutte leukemier er det karakteristisk med formering og opphopning av umodne bloddannende stamceller. Ubehandlet leukemi fører ofte til infeksjon eller blødning med dødelig utfall i løpet av kort tid (Brinch, 2008). Symptomer på akutt leukemi kan være anemi, infeksjoner, blødningstendens og dårligere koagulasjon, forstørrede lymfeknuter og forstørret lever og milt. Noen får også bloduttredelser og bakterielle infeksjoner (Brinch, 2008).

Behandling av akutt lymfatisk leukemi skjer ved hjelp av cytostatika for å redusere eller utrydde leukemiske celler (Brinch, 2009). Cytostatika er ofte den eneste behandlingsformen mot akutt lymfatisk leukemi, og det er en kreftbehandling som fungerer godt på hurtigdelende celler slik som ved ALL. Dette innebærer også friske celler (Bringager et al., 2014). Denne behandlingen påvirker den normale celledelingen så kraftig at det vil være fare for infeksjoner og blødninger på grunn av lavt immunforsvar som følge av lavt antall celler i beinmargen (Brinch, 2009). Cytostatika kan også gi allergiske reaksjoner, kvalme og brekninger, håravfall, såre slimhinner i munnen og tarmkanalen, refleksbortfall, drop-foot og obstipasjon (Bringager et al., 2014).

Alle disse bivirkningene er uvante hendelser for et barn, noe som igjen kan skape reaksjoner hos barnet. Dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 2.6 Reaksjoner.

2.1.1 Cancer hos barn

Etter oppstart av cytostatika opptrer det ofte flere bivirkninger om gangen. Det er da viktig at sykepleier har kunnskaper og erfaringer om barnet, sykdommen og cytostatika (Bringager et al., 2014). Bivirkningene opptrer ofte en til to uker etter gitt kur og varigheten er ca en uke. I

hvor stor grad barnet påvirkes kommer an på diagnose, mengde, hyppighet og kombinasjon av medikamenter. For sykepleier handler det først og fremst om å være forberedt på at bivirkningene kommer, og forebygge så godt som mulig før de opptrer (Bringager et al., 2014). Sykepleier bør ha kjennskap til barnet, slik at hun kan observere endringer og se når og hvordan barnet uttrykker smerter ved bruk av små tegn de selv ikke er klar over (Bringager et al., 2014).

Endringer av utseende skjer på flere måter, som for eksempel gjennom vekttap eller hårtap på grunn av cytostatika behandlingen. Det er viktig at sykepleier gir barnet informasjon om dette, og at det kun er en bivirkning av medikamentet som derfor vil opphøre etter seponering av medikamentet (Bringager et al., 2014). Sykepleier må være kreativ og finne løsninger som kan gjøre hverdagen lettere ved for eksempel vekttap. Håravfall skjer som regel innen 14 dager etter oppstart av cytostatika og er ofte et tungt tap for barnet. Det er da viktig at foreldre og sykepleiere trøster og viser forståelse. Sykepleier kan gi tips om ulike hodeplagg og informere om at barnet har krav på gratis parykk (Bringager et al., 2014).

Barn i seks til tolv årsalderen kan skille mellom viktige og uviktige opplysninger, de kan se ting fra andres perspektiv og har evne til å tenke abstrakt og reversibelt. De kan bekymre seg for medpasienter, samtidig som de selv er redd for å være annerledes (Grønseth & Markestad, 2011). Angst er et vanlig enkeltsymptom hos barn og det dreier seg ofte om fobier som frykt for nye situasjoner og spesielle ting. Noen opplever også det å få en depresjon som innebærer å være nedstemt, som manglende evne til motivasjon og glede (Grønseth & Markestad, 2011).

For yngre barn er det vanskelig å forstå hvorfor man er syk når sykdommen er usynlig. Barns forståelse av sykdom avhenger av kognitiv utvikling og tidligere erfaringer. Barnet og foreldrenes sykdomsforståelse bør kartlegges slik at informasjon kan tilrettelegges ut i fra dette (Grønseth & Markestad, 2011).

2.2 Barns utvikling

Selv om barn er like gamle og går i samme klasse, betyr ikke det at de er like og har samme utvikling. Barn kan være svært forskjellige og opptrer ulikt i ulike situasjoner (Steen, 2012). Utviklingen påvirkes av genetisk disposisjon og miljø, som væremåte og utseende. Den genetiske disposisjonen bestemmer barnets potensial for utvikling. Miljøfaktorene blir

påvirket av fysiske behov som ernæring, søvn og lekemuligheter, og psykologiske behov som trygghet, kontakt og gode rollemodeller. Barnets emosjonelle utvikling blir også påvirket av disse faktorene (Grønseth & Markestad, 2011).

Utviklingsvurdering er en viktig observasjon i møte med barn, for å fastslå om barnet er under normal utvikling eller ikke. Dette kan gjøres ved å stille foreldrene sentrale spørsmål og med målrettet vurdering av barnet under for eksempel lek (Grønseth & Markestad, 2011).

For et barn i åtte års alderen skal de ha ferdig utviklet syn, hørsel og språk (Grønseth & Markestad, 2011). Barnet har i seks til ti års alderen utviklet en tankestruktur som gjør det mulig å bevisst søke etter, ordne og systematisere informasjon. Han skiller mellom relevante og irrelevante opplysninger, og er flink til å fokusere på det han holder på med. Barnet klarer å vurdere ting fra ulike synsvinkler og ser flere sider av mennesker og situasjoner. Han er mer reflektert, har større forståelse og spør etter informasjon om det er noe han ikke forstår eller lurer på (Grønseth & Markestad, 1998). Barn trenger alle typer sanseuttrykk for å utvikle seg normalt, men det er viktig å unngå overstimulering eller understimulering. Større barn som Johannes er i større grad utsatt for understimulering, da et lengre sykehusopphold fort kan føre til kjedsomhet og nedsatt trivsel, som kan ha negativ innvirkning på hans utvikling (Grønseth og Markestad, 2011).

2.2.1 Utvikling på sykehuset

Når barnet kommer på sykehuset starter jakten på det syke, samtidig som jakten på det friske (Bringager et al., 2014). Som sykepleiere har vi en viktig oppgave med å oppdage barnets ressurser og verdier. Barn har like stort behov for å vokse og utvikle seg på sykehus som hjemme. Når den endrede hverdagen blir et faktum, blir det en viktig oppgave for sykepleieren å fokusere på muligheter for å legge til rette for barna, så de opplever å ha en plass og en rolle som hele og verdifulle mennesker (Bringager et al., 2014). Det er viktig at barnet ikke blir fanget i en rolle som konstant syk, da det begrenser hverdagslivet som er et viktig grunnlag for barnets utvikling og barnets egen selvfølelse (Bringager et al., 2014). Når barnet ikke har mulighet til å se verden, er det viktig at vi prøver så langt det lar seg gjøre å ta med verden inn til sykehuset. Vi må opprette et samfunn med felleskap, lek, oppgaver og kommunikasjon. Trivsel er grobunnen for vekst og utvikling, og det er viktig å la fokuset være at barnet skal leve under behandling og ikke bare overleve (Bringager et al., 2014).

For barn med sykdom eller sykdom i familien kan det være vanskelig å følge den normale utviklingen. Dette fordi barnet prøver å få forståelse for sykdom og, derfor bruker mye tid til å forstå og undre seg (Steen, 2012). Somatisk syke barn vil kanskje miste interessen for å utforske sine omgivelser slik andre barn i samme alder vil gjøre (Steen, 2012).

2.2.2 Lek

Lek er et grunnleggende behov for den kognitive utviklingen. Syke barn har samme behov for lek som friske barn. For syke barn kan det være begrenset hvor mye aktivitet barnet klarer å utføre på grunn av sykdommen, og det kan være liten plass og færre leker enn hva barnet er vant til (Tveiten, 1998). Lek er en viktig del for barn på sykehus, for deres trivsel, utvikling og hvordan de kan mestre opplevelser og erfaringer under et sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2011). Leken er også en måte barn kommer i kontakt med andre barn og voksne, de skaper relasjoner og lærer verden å kjenne (Tveiten, 1998). Psykolog og nevrolog Freud sier at gjennom leken får barn utløp for sine innestengte følelser og ubevisste motiver, samtidig som leken gir muligheter for mestring av traumatiske hendelser (Tveiten, 1998). Det er viktig at leken er tilrettelagt for barnets alder, utviklingsnivå, funksjonsevne, reaksjon på sykdom og psykiske tilstand (Tveiten, 1998). For barn i skolealderen, som Johannes, er regelleker som spill og gjemsel mest fremtredende. Grunnen til dette er at leken inneholder kamp og konkurranse som gjør at utgangen av spillet er usikkert, men barnet har kontroll. TV-spill er svært populært for denne aldersgruppen (Grønseth & Markestad, 2011). Leken kan fremme barnets fysiske utvikling, da den gir både grov- og finmotorisk trening til barnet. Om barnet har små eller ingen mulighet til å leke hemmes stimuleringen av barnets utvikling (Tveiten, 1998).

2.3 Katie Eriksson

Katie Eriksson, født 1943, er finsk sykepleier, forsker og teoretiker. Hun begynte allerede på starten av 1970-tallet å skrive om sin omsorgsteori. Sentrale begrep for teorien hennes er menneske, helse og omsorg. Hun legger vekt på vekst, utvikling, integrasjon og helhet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Omsorgsteorien handler om hennes syn på omsorg og er rettet mot en humanistisk, omsorgstankegang (Eriksson, 1996). Teorien hennes er ikke en teori som er spesielt tilknyttet sykepleiefaget, da hun også ser på omsorgen som en helhet for flere grupper som; leger, sykepleiere, psykologer og prester. Disse gruppene mennesker

har blitt kritisert for å være utøvere av moderne teknologi i stedet for å være omsorgsgivere. «Å utføre et omsorgsarbeid- å jobbe som sykepleier, lege eller prest – betyr ikke nødvendigvis at man yter omsorg» (Eriksson, 1996, s. 19).

Katie Eriksson (1996) sier at:

At yde omsorg (caring), innebærer, at der skabes en tilstand af tillid, tilfredshed, kropsligt og åndeligt velvære samt en fornemmelse af at være i udvikling for at forandre (opretholde, igangsætte eller støtte) sundhedsprocesserne gennem forskellige former for at passe og pleje, at lære og at lege. (s.17)

I alle former for god pleie er kjernen omsorg, den skal ytes likt til alle vi kommer i kontakt med. Eriksson (1996) sier at «Kjernen i omsorg kan også uttrykkes som tro, håp og kjærlighet» (s.17). Teorien handler om hennes oppfattelse av forholdet mellom henne og Gud, og med andre mennesker (Kristoffersen et al., 2012). Hun anser troen for å være den sentrale drivkraften i omsorgen for andre: «Utgangspunktet i mötet med den andra är att vilja den andra väl, att utföra en kärleksgärning» (Kristoffersen et al., 2012, s.242). Utgangspunktet i teorien er det kristne trosbegrepet; sammen danner troen, håpet og kjærligheten utgangspunktet for all omsorg. Hun ser på mennesket som en helhet; kropp, sjel og ånd som er en dynamisk tilstand som preges av bevegelse, utvikling og forandring (Kristoffersen et al., 2012).

Hun mener det å yte god omsorg er en naturlig menneskelig atferd. Restaurering av omsorgens ide og kunst er viktig for å kunne utvikle en varmere, bløtere og bedre kvalitet i omsorgen (Eriksson, 1996). Eriksson deler inn i den naturlige omsorgen og den profesjonelle omsorgen. Den naturlige omsorgen handler om å ta vare på seg selv sammen med familie og venner. Den profesjonelle omsorgen handler om den omsorgen sykepleier gir til pasienten, kunsten å gi god pleie, passe, lære og leke (Eriksson, 1996). Forandringsprosessen hos mennesker vil føre til at den naturlige omsorgen i noen situasjoner må erstattes av den profesjonelle omsorgen (Kristoffersen et al., 2012).

Målet til Eriksson er at sykepleiere skal ha samme syn på den profesjonelle omsorgen, som den naturlige, slik at den menneskelige integrasjonen og helsen fremmes. Begrepet helse innebærer integritet av sunnhet, friskhet og trivsel. Hun mener at helse blir fremmet av omsorg «helse er ikke noe mennesker har, men noe mennesker er» (Kristoffersen et al., 2012, s.243).

Lek og læring er for barnet et del av deres naturlige utvikling og er derfor et grunnleggende behov selv ved sykdom. Lek og læring henger nøye sammen og begge tar utgangspunkt i pasientens behov (Kristoffersen et al., 2012). Eriksson beskriver leken som et naturlig atferdsmønster hos både barn og voksne, og som en naturlig del av den profesjonelle og naturlige omsorgen (Kristoffersen et al., 2012). Lek kan være en viktig del av tilpasning i den nye livssituasjonen, som for Johannes som må tilpasse seg en ny rolle og et endret selvbilde. For barnet kan også leken gi rom for hvile og reaksjoner (Kristoffersen et al., 2012). Læring fremmer menneskets utvikling i forhold til selvstendighet, selvrealisering og modenhet. Gjennom læring vil det åpnes nye muligheter i møte med hindringer og begrensninger (Kristoffersen et al., 2012).

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i USA i 1926. Hun var psykiatrisk sykepleier og senere lærer og leder for en sykepleierutdanning (Travelbee, 2001).

Travelbee mener at hvert menneske er unikt. Alle opplever lidelse og tap, men reaksjonen er forskjellig. Opplevelse av helse er subjektivt og definert av pasienten, selv med diagnose kan en pasient føle at han har god helse og motsatt (Kristoffersen et al., 2012). Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre og finne mening i erfaringene som følger situasjonen ved å opprette et menneske til menneske forhold til pasienten. Sykepleier skal også forebygge sykdom gjennom å hjelpe pasienten med å skape tillit, utholdenhet og mot til å håpe (Kristoffersen et al., 2012).

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse. (Travelbee, 2001, s.29)

Mennesket vil alltid søke etter mening, noe som svarene på hva og hvorfor-spørsmålene vil gi pasienten. Dette er svar som pasienten selv må finne, det kan ikke overføres fra andre. Til tross for dette er det viktig at familie og profesjonelle opprettholder støtte og hjelp, slik at pasienten fortsetter å føle seg betydningsfull og verdsatt (Kristoffersen et al., 2012).

2.4.1 Sykepleierens rolle:

Travelbee tar avstand fra begrepet «roller» og ønsker ikke at det skal benyttes begreper som pasient og sykepleier. Hun ønsker at forholdet skal være mellommenneskelig. Som sykepleier mener Travelbee at det er viktig med en prosess med forskjellige faser, deriblant empati og sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt gjennom kommunikasjon (Kristoffersen et al., 2012).

Empati «..er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket» (Travelbee, 2001, s.193). Empati knytter bånd mellom menneskene fordi empati kan oppleves som nærvær og kontakt. Det er likevel ikke slik at sykepleieren føler empati med alle pasienter, da det må foreligge noen erfaringer fra tidligere for å forstå de ulike situasjonene (Kristoffersen et al., 2012). Empati er forståelse, men ikke ønske om å gjøre noe for å få det bedre. Sympati derimot er et ønske om å hjelpe, og om å gjøre situasjonen lettere å bære for pasienten. Dette viser engasjement og kan hjelpe pasienten til å mestre egen situasjon (Kristoffersen et al., 2012).

Kommunikasjon er viktig i sykepleierens arbeid. Det foregår både verbalt og non-verbalt. Travelbee mener at kommunikasjon skal hjelpe sykepleieren til å bli kjent med å skille pasienten fra tidligere pasienter. Det er også viktig for sykepleieren å være bevisst på sine egne følelser å forhindre overføring av hennes behov til pasienten. For at sykepleietiltak skal være i tråd med pasientens særegne behov er kommunikasjon viktig (Kristoffersen et al., 2012).

I tillegg til kommunikasjon for å forebygge og mestre sykdom tar Travelbee i bruk terapeutisk og målrettet intellektuell tilnærming i sykepleien. Sykepleieren må bruke sin egen personlighet, fornuft og sitt intellekt i forholdet til pasienten for å fremme en forandring som lindrer eller reduserer pasientens plager. Det krever at sykepleieren er oppmerksom på sin egen adferd, og hvordan denne innvirker på menneskene rundt seg. Målet er hele tiden at pasienten skal finne mening og mestre situasjonen (Kristoffersen et al., 2012).

2.5 Kommunikasjon

Alle barn er ulike individer, de er svært forskjellige på grunn av ulike livshistorier og utviklingsfaser. Ved sykdom har alle en egen opplevelse av egen sykdomssituasjon. Det

finnes ingen oppskrift på hvordan vi skal kommunisere med det enkelte barnet, da de kan befinne seg på ulike stadier i livet (Eide & Eide, 2013). Når sykepleiere kommuniserer med barnet er det ofte med en spesiell hensikt, for å fortelle hva som skal skje, formidle informasjon, høre om barnets egne opplevelser eller tanker om sykdommen, behandling eller situasjonen (Tveiten, 2012). Det er viktig å gi barnet kunnskaper for å forstå det som skjer og se muligheter (Bringager et al., 2014).

Når sykdom oppstår innebærer det ofte en krise, med både usikkerhet og engstelse. Barnets normale rutiner brytes, kontaktforhold endres, foreldrene kan oppføre seg annerledes og nye personer kommer inn i livet deres. For mange kan det være vanskelig å tilpasse seg den nye hverdagen, derfor er trygghet et viktig begrep for barn på sykehus. Å ha familie i nærheten som er trygge og kjente for Johannes kan være til stor hjelp i møte med den nye situasjonen (Eide & Eide, 2013). Som helsepersonell er det viktig å vise at man ser og forstår, samt informerer på en slik måte som gjør at barnet forstår innholdet av informasjonen, og slik at barnet føler at han har kontroll (Eide & Eide, 2013). Det er barnet som er eksperten på seg selv og vet selv best hvordan han vil ha det, hva han tenker og føler (Tveiten, 2012).

Barn i skolealder begynner å forstå forskjellen på fantasi og virkelighet. De kan lettere forstå og følge en voksne forklaring og tankegang, men vi må fortsatt huske at de er barn og ikke små voksne. Nøkkelen for god kommunikasjon med barn vil være å skape trygghet og tillit (Eide & Eide, 2013). Å skape tillit til et barn er ikke gjort i en håndvending, men krever tid og utprøving av ulike metoder. Barn er ofte usikre og ønsker ikke åpne seg for ukjente. For å skape tillit må man etablere kontakt, det kan man få ved å lytte. Vi må finne ut av barnets interesser og hvor barnet har sin oppmerksomhet. Mange barn holder sine tanker og følelser for seg selv, ofte er også tankene og følelsene uklare (Eide & Eide, 2013). Som sykepleier er det viktig å ha evnen til fantasi, empati og aktiv lytting (Tveiten, 2012). Selv om barn i åtte års alderen har forståelse for forskjellen mellom fantasi og virkelighet, kan det være behov for å bruke fantasi til medisinske begrep, undersøkelser og medikamenter, for eksempel «Kjemomannen Kasper» (Bringager et al., 2014). Dette er en barnebok som forklarer hvordan cytostatika angriper kreftcellene under behandling av ALL.

Kommunikasjonsformene i en dialog kan være inntoning, aktiv lytting, samtale, nonverbal kommunikasjon og andre former for kommunikasjon og samhandling, som lek og spill. Utgangspunktet for hva som bør brukes til hvilken tid kommer an på når, hvor, hvem, hva, hvorfor og hvordan. Det å la barnet gjøre noe de er naturlig interessert i, kan være en fin

måte å skape kontakt med barnet, samtidig som barn lettere uttrykker følelser og opplevelser igjennom leken (Eide & Eide, 2013). Barn som er syke kan for eksempel tegne, fortelle fortellinger, bruke musikk eller skuespill med dukker for å uttrykke sine følelser. Disse ulike hjelpemidlene kan være til god hjelp for håp og mestring, men også for å ha det hyggelig. På denne måten kan vi som helsepersonell tilnærme oss barnet ved å kommunisere om andre ting barnet er opptatt av som for eksempel bekymringer (Eide & Eide, 2013). Når barnet er innlagt på sykehus er de ofte bekymret, og det kan komme som små hint igjennom indirekte uttrykk eller nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2013). Barn har veldig tydelig kroppsspråk (Tveiten, 2012). Det er ofte lett å overse et slikt hint, og når det ikke blir hørt eller sett er bekymringene tyngre for barnet å bære på. Som sykepleier er det viktig å la barnet dele bekymringen for å finne ut om den er reell eller ikke, og det er uansett lettere for barnet å bære den når det er to om det (Eide & Eide, 2013). «Sykepleiere må ”danse med” barnet, være var og oppmerksom, fange opp barnets verbale og non-verbale uttrykk og forholde seg hensiktsmessig til dem» (Tveiten, 2012, s. 166-167). Det er viktig ikke å bli for intens i kommunikasjonen, og ikke legge press på barnet. «Å tilpasse seg barnet og respektere både dets langsomhet og dets hurtige skiftninger, er veien til kontakt og tillit» (Eide & Eide, 2013, s.361).

Når barnet skal få informasjon om sykdommen eller selv har spørsmål om døden kan det være vanskelig å være den som skal gi beskjed eller svare på det vanskelige spørsmålet. Barn kan håndtere informasjonen på forskjellige måter, noen blir urolige, redde, noen gråter og andre blir sinte (Eide & Eide, 2013). Derfor er det viktig å formidle budskapet kort, enkelt og klart, og det kan være lurt å gi barnet informasjon på dagtid så de har litt tid til reflektere og reagere. Sykepleier må finne et sted som er passende uten for mange forstyrrelser og at det er satt av nok tid. Barn i åtte års alderen har utviklet et forhold til begrepet tid, så det er viktig å holde avtaler (Tveiten, 2012). Det er ikke alltid barnet er like mottakelig for informasjon, og det er det viktig at vi respekterer (Bringager et al., 2014).

2.6 Reaksjoner

Det er normalt at et barn reagerer på uvante situasjoner. Sykepleiere kan ikke hindre dette, men de kan hjelpe til forståelse for det som skjer slik at reaksjonene kan reduseres. En reaksjon er nødvendig for å overleve større påkjenninger når kroppen er truet (Langeland, 1989). Innleggelse på sykehus kan være en traumatisk opplevelse for barnet, men det kan

også føre til at barnet blir smertelindret og opplever oppholdet som en lettelse og en måte å bli frisk på (Tveiten, 1998). Ved innleggelse på sykehus er det mange nye inntrykk. Det er nye omgivelser, ukjent overnattingssted, unormal døgnrytme og barnet opplever smerte, ubehag og begrensninger i forhold til normale aktiviteter og lek (Tveiten, 1998). Undersøkelser og diagnose kan virke truende for et barn når de havner i en ny og ukjent situasjon. Barnets opplevelse av sykdom avhenger av hvor gammelt barnet er, dets kognitive utvikling, bakgrunnskunnskaper, tidligere hendelser, nære relasjoner, kultur, historie og religion (Bringager et al., 2014). En annen stressfaktor for barn på sykehus er foreldre som opplever angst. Foreldrene kan oppføre seg annerledes, og barnet kan føle skyld for at foreldrene behandler barnet på en annen måte. Barnet kan i tillegg engste seg for å miste foreldrenes kjærlighet (Langeland, 1989).

Barn reagerer på ulike måter, og det behøver ikke alltid å synes så godt. De kan oppleve frustrasjon fordi de ikke får til det de ønsker eller fordi de ikke blir tilfredsstilt. Reaksjoner på dette kan være rastløshet, destruktivitet, apati, drømmer og regresjon. Disse mestringsatferdene kan bli uheldige atferdsmønstre hos barnet dersom de ikke brytes med problemløsende atferd (Langeland, 1989). Noen barn og ungdom kan reagere med engstelse, frykt, økt sårbarhet, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer, søvnproblemer, uro, irritabilitet eller sinne (Kreftforeningen, 2016). Som helsepersonell må vi, sammen med foreldre, hjelpe barnet til å utvikle seg slik at barnet får tro på sine egne ressurser og kan mestre livet i en begrenset situasjon (Bringager et al., 2014). I forhold til barnets utvikling er det nødvendig å la barnet leke og lære, i stedet for å sitte og vente på det som skal komme eller det som skal skje. Dette kan hjelpe til å dyrke det friske, slik at barnet kan leve mens det er sykt (Bringager et al., 2014).

Behandlingen kan også føre til store eller små traumer (Bringager et al., 2014). Sykepleieren må være forberedt på hvilke bivirkninger som kommer og når de kommer slik at hun kan forberede barnet på dette. Pasienter som er godt forberedt mestrer prosedyrene bedre og takler lettere stress og engstelse, enn de som ikke blir forberedt (Grønseth & Markestad, 2011). Bivirkninger på cytostatika som håravfall, kvalme, sår i munnen og endringer i allmenntilstand er utløsende årsaker til stress. Når barnet ikke takler dette må sykepleier bidra med støtte, ressurser og krefter (Bringager et al., 2014). Dette kan for eksempel være å klippe håret kort før det faller av, slik at overgangen ikke blir så stor eller å skjule blodposer og cytostatika i fargerike trekk som er tilpasset slik bruk (Løberg, 2015).

Barn mellom åtte og ti år ser på døden som permanent, ugjenkallelig og universell (Grønseth & Markestad, 1998). Prognosene ved leukemi er gode, slik at døden ikke er nært forestående. Barn kan likevel ha behov for å snakke om bekymringer rundt dette. De kan signalisere behovet ved å endre atferd. Blant annet ved å bli innesluttet, slutte å spise og slutte å leke (Grønseth & Markestad, 1998). Et vanlig symptom på at barnet ikke behersker belastningene er at de oppfører seg som om de var yngre barn (Langeland, 1989).

2.7 Foreldrenes rolle

Foreldrene har krav på fortløpende informasjon om barnets sykdom og avlastning ved behov (Tveiten, 2012). Når barn blir innlagt på sykehus påvirkes familiefunksjonene, så det er da viktig at sykepleiere hjelper familien med å få en positiv opplevelse av å være på sykehus og opprettholde familiefunksjonene. Foreldre av barn på sykehus er viktige støttespillere og omsorgspersoner (Tveiten, 2012). Ikke bare barnet som er innlagt på sykehus vil oppleve reaksjoner under et lengre sykehus opphold, også foreldrene kan oppleve det. Det er ulike faktorer som er med på å påvirke i hvor stor grad foreldrene reagerer. Tidligere hendelser i livet, nettverk og evne til å takle stress er viktige faktorer som påvirker hvordan foreldrene takler den store livsendringen (Tveiten, 2012). Ofte er barn isolert på sykehuset grunnet infeksjonsfare, sykepleieren er under tidspress og foreldrene blir derfor overlatt til seg selv. Det kan være en stor påkjenning for foreldrene da de noen ganger blir pålagt oppgaver de mener er fagutøverens ansvar. Foreldrene kan fort bli slitne, og det er viktig å huske på at også de har egne bekymringer og behov (Tveiten, 2012). «Det syke barnet skal komme først, og alt annet skal få merkelappen bagatell. De aller fleste klarer å innfri sitt forsett, en stund» (Bringager et al., 2014, s.146).

2.8 Sykepleiers funksjon

En funksjon betyr en eller flere handlinger eller gjøremål. I sykepleie rettet mot pasienten er det fire forskjellige sykepleierfunksjoner; forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende (Tveiten, 1998). I forhold til sykepleien som gis til Johannes konsentrere vi oss om den forebyggende og den behandlende funksjon. Den forebyggende sykepleierfunksjonen er å forebygge sykdom og helsesvikt ved å kartlegge risikofaktorer, informere, undervise, gi råd og veilede barna og foreldrene. Samtidig skal ivaretagelse av vekst og utvikling hos barna inngå i forebygging av helse (Tveiten, 1998).

Den behandlende funksjonen er rettet mot svikt, enten somatisk, psykisk eller sosialt (Tveiten, 1998). For å finne aktuell sykepleie må man se på både barnets og foreldrenes opplevelse som en helhet. Behandlingen går ut på å dekke barnets grunnleggende behov, samt ting barnet ville gjort om det var friskt. Sykepleieren må godta og forstå barnets opplevelse å gi omsorg uten å forvente noe tilbake når hun behandler barnet (Tveiten, 1998).

3. Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2015, s.76). Vi vil her belyse hvordan vårt litteraturstudie er gjennomført med søkemetode, funn og valg av forskning, samt hvordan vi har vært kildekritiske og avgrenset søket.

3.1 Litteratursøk

Retningslinjene til bacheloroppgaven krever at vi skal benytte oss av pensumlitteratur fra tre år på sykepleiestudiet, i tillegg til 400 sider selvvalgt litteratur, inkludert forskning. Vi har benyttet oss av både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur fra høgskolebiblioteket. Vi har lest gamle bacheloroppgaver med lignende tema og brukt litteraturlisten for å få noen ideer til litteratur vi kan benytte oss av.

For å finne relevant litteratur startet vi søket vårt på Oria. Vi brukte søkeord som barn, leukemi, sykepleie, cancer, kreft og stressreaksjoner. Deretter begrenset vi søket til bøker på høgskolen. Søket ga få treff, og vi fant kun «Barn med kreft» som virket relevant. Vi fant også andre bøker på høgskolebiblioteket med temaene pediatri, kreft og ungdomspsykiatri. Dette er emneord som faller inn under våre inkluderings- og ekskluderingskriterier.

I søk etter forskningsartikler benyttet vi PICO-skjema (Vedlegg 1). Biblioteket hjalp oss å spesifisere søket, finne gode databaser og MeSH-termer. Vi har benyttet databaser som er relevante for sykepleie; Oria, Google Scholar, Svemed+, Cinahl, Uptodate, Psycinfo, Helsebiblioteket og Kunnskapsegget. På søk i Cinahl og SveMed brukte vi MeSH-termer for å begrense søket, og benyttet oss av søkehistorikken for å sette sammen søk og begrense med «and» og «or». I Cinahl begrenset vi søket til nyere artikler fra 2005 frem til i dag. Vi valgte å ekskludere artikler eldre enn dette i starten av søket vårt, fordi vi ønsket å benytte oss av nyere forskning. Vi fant også ut at størstedelen av forskning på dette området var gjort etter 2005 og var engelskspråklige. I senere litteraturgjennomgang kom vi over to artikler fra 1982 og 2001 som var referert til i bøker fra 2012 og 2013. På bakgrunn av dette, samt artiklenes relevans for problemstillingen, valgte vi å inkludere de to artiklene, til tross for aldersbegrensningen. Søkene som er gjort er ført opp i eget skjema (Vedlegg 2).

Vi fant ti forskningsartikler som virket relevante, der fire ikke ble benyttet. Vi valgte å utelukke disse fire på grunn av for stort fokus på foreldrene eller på grunn av feil fokus i forhold til det vi ønsket å belyse, blant annet var vi innom en kauskontroll studie. Av de seks artiklene vi har valgt ut er det tre oversiktsartikler, to kvalitative og en parallellundersøkelse. Det er kun en artikkel som ikke er fagfellevurdert. Denne er allikevel valgt ut på bakgrunn av innhold og publikasjonskilde. Dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 3.2.

I søk etter forskning har vi tatt utgangspunkt i IMRAD-prinsippet, som innebærer å se etter introduksjon, metode, resultat og diskusjon i artiklene. IMRAD-prinsippet forteller om artikkelen er forskningsbasert, men sier ingenting om kvaliteten. Der IMRAD-prinsippet ikke ble dekket opp, vurderte vi selv om artiklene var nyttige i vår oppgave, dette gjaldt særlig i oversiktsartiklene. Vi har også benyttet sjekklister for vurdering av forskning på kunnskapssenteret, for å vurdere om artiklene er oversiktsartikler, kvalitative eller prevalens/tverrsnittstudier (Kunnskapssenteret, 2016).

Vi har valgt å benytte oss av primærlitteratur, men også sekundærlitteratur som ulike filmer og skjønnlitterære bøker med tema cancer.

3.2 Forskningsartikler

Reinfjell, Diseth & Vikan (2007): *Barn og kreft: barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom*. Dette er en norsk, systematisk oversiktsartikkel der de tar utgangspunkt i flere relevante artikler om barns forståelse av sykdom.

Egeland (2009): *Barns behov på isolat*. En norsk, systematisk oversiktsartikkel der forfatteren har benyttet 22 fag-, forskningsartikler og egen erfaring i sin drøfting. Artikkelen er ikke fagfellevurdert, men er delt på www.sykepleien.no/forskning.

Brewster (1982): *Chronically III hospitalized children's concepts and their illness*. En parallellundersøkelse gjort på et sykehus i Detroit, USA. Forskingen er gjennomført ved å finne statistikken på diagnose og alder, for så å intervju barnet direkte. I undersøkelsen har 50 kronisk syke barn fått fem ulike spørsmål i den kvalitative delen.

Rindstedt (2013): *Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping*. Studien er en svensk, kvalitativ studie der fem barn ble fulgt over et års tid. Metoden som ble hyppigst brukt i undersøkelsen var videoopptak.

McGrath, Paton & Huff (2004): *Beginning treatment for paediatric acute myeloid leukaemia: diagnosis and the early hospital experience.* En kvalitativ studie fra Australia. Studien strekker seg over fem år og følger tre barn gjennom tre tidspunkter under behandlingen. Informasjon er samlet inn ved å stille åpne spørsmål til intervjuobjektet.

Tates & Meeuwesen (2001): *Doctor-parent-child communication. A (re)veiw of the literature.* En systematisk oversiktsartikkel fra Nederland. Forfatterne tar utgangspunkt i tolv artikler, både kvantitative og kvalitative. Aldersgruppen som oftest er nevnt er fem til tretten år.

3.3 Kildekritikk

Vi har valgt ut og benyttet oss av de bøkene som har vært relevante for vår oppgave. Mange av bøkene vi fant hadde relevante titler, men inneholdt ikke informasjon som var relevant og ble derfor ekskludert. Bøkene «Barn med Kreft» av Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk (2014) og «Sykepleie til barn – familiesentret sykepleie» av Tveiten, Wennick & Steen (2012) er de to bøkene vi har lagt mest vekt på, på grunn av gode kapitler og relevant informasjon som omhandler teori vi vil benytte i løsning av problemstillingen.

Pensumlitteraturen fra tre år på bachelorstudiet inneholder lite informasjon om vårt tema. I tillegg til pensumboken Markestad & Grønseth's «Pediatri og pediatriisk sykepleie – 3.utgave» har vi valgt å benytte 1.utgave da den tilnærmer seg problemstillingen vår på en bedre måte enn 3.utgave.

I selvvalgt litteratur har vi gått nøye igjennom kapitler for å finne ut om de inneholdt relevant informasjon om tema vi ønsker å belyse, og vi har vært kritiske til alder på bøkene. De eldste bøkene vi har benyttet er fra 1989 og 1996 og er nøye vurdert opp mot nyere litteratur for å understreke deres relevans og om det fortsatt er valid.

Vi har tatt i bruk tre oversiktsartikler da disse får frem mange sider av temaet. Vi er kritiske til hvilken informasjon som er tatt med i artiklene når én forsker har tolket flere studier for å komme til en konklusjon. Oppsettet på oversiktsartiklene er heller ikke etter IMRAD-prinsippet. Det positive med oversiktsartikler er at det blir en bredere oversikt da flere situasjoner, steder og barn er inkludert.

Det å benytte oss av eldre forskning gir oss et bilde på hvordan utviklingen de siste 40 årene har vært. Dette gir oss mulighet til å se om forskningen har utviklet seg ved å sammenligne resultatene fra de ulike artiklene. Vi ser at den eldre forskningen kan være like relevant i dag.

3.4 Etiske overveielser

Vi krediterer forfattere og kapittelforfattere for arbeidet de har gjort og er nøye på kildehenvisning gjennom oppgaven.

Caset er et anonymisert eksempel fra praksis. For å overholde taushetsplikt gjengir vi ikke navn på sykehuset og har justert alder og kjønn. Målet med anonymiseringen er at ingen skal gjenkjenne pasienten.

Egne meninger og erfaringer i drøftingen er tydeliggjort som våre.

4. Funn

4.1 Barns tilpasning og forståelse av alvorlig sykdom

En norsk studie fra 2007 skrevet av Trude Reinfjell, Trond H. Diseth og Arne Vikan, tar for seg hvilke faktorer som er viktig for å fremme barnets forståelse av og tilpasning til alvorlig sykdom. Det er i Norge om lag 130 nye tilfeller med kreft hvert år for barn under 15 år og dette er en av de hyppigste dødsårsakene. Barn er i en veldig sårbar alder når de rammes av kreft, og en kreftbehandling i denne fasen kan påføre skade helsemessig og psykososialt i årene fremover. Studiet tar for seg mange sider ved hvordan barn opplever å få en diagnose, få behandling, være innlagt på sykehus og andre ulike reaksjoner som er normalt for barn å få i en livsendring. I tillegg tar studiet for seg hvordan de forstår sykdommen i forhold til utvikling, alder og kjønn, og hvordan de klare å tilpasse seg den nye hverdagen. Studiet viser at barn i sju til elleve års alderen er i stand til å tenke årsak til sykdom, men deres forklaring er at det er en ekstern årsak til sykdom og ikke endringer i kroppsfunksjonen. Barn i denne alderen har behov for detaljert informasjon om sykdom og behandling. Studiet konkluderer med at det er viktig å ivareta barnets behov for tilrettelegging for å forstå og mestre tilværelsen som syk. Åpenhet og ivaretagelse for normalisering av følelsene til barnet i situasjonen vil være av stor betydning. Det bør vises større oppmerksomhet for helsepersonellens rolle og ansvar i situasjoner som dette (Reinfjell, Diseth & Vikan, 2007).

4.2 Barns behov på isolat

Den norske forskningsartikkelen skrevet av Steinunn E. Egeland i 2009, tar for seg barn med leukemi som gjennomgår krevende behandlinger og viktigheten med å ivareta grunnleggende behov som trygghet, lek og sosial kontakt. Artikkelen er basert på systematisk litteraturgjennomgang av forskningslitteratur, fagartikler og bøker, samt 20 års erfaring med pasientgruppen. Bakgrunnen for studien er at cytostatikaen barn får som behandling gir en rekke bivirkninger, og av den grunn blir mange av de fysiske grunnleggende behovene truet. Immunforsvaret blir nedsatt, og det blir derfor satt begrensninger til barnet. Studiet vil få frem viktigheten av å ivareta de grunnleggende behovene et barn har når det er isolert fra omverdenen. Viktigheten av at barnet er godt forberedt i forkant og har fått informasjon kan være til god hjelp for at barnet skal mestre

isolasjonen best mulig. Barnet kan bruke lek for å avreagere og bearbeide frykten sykdommen forårsaker. Barn i skolealder er ofte redde, og gruer seg til ulike smertefulle og ubehagelige prosedyrer. Nøkkelordet i artikkelen er gode forberedelser, barnet mestrer situasjonene, og samarbeidet blir bedre. Studiet konkluderer med at mange grunnleggende behov kan bli truet for barnet under sykdom. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskaper om barnets behov, kan være kreativ ved lek, kunne avlede og i tillegg observere psykiske og fysiske forandringer (Egeland, 2009). Denne artikkelen er ikke fagfellevurdert, men delt på www.sykepleien.no/forskning.

4.3 Barns forestillinger av sykdom på sykehus

I en studie fra 1982 skrevet av Arlene B. Brewster, tas det utgangspunkt i viktigheten av å gi barn god informasjon i sykdomsforløpet. Forskningen er gjort på 50 barn med ulike kroniske sykdommer, da også barn med leukemi. Den er gjort på både jenter og gutter med ulike kulturelle bakgrunner. Barna har blitt intervjuet av forskeren med utgangspunkt i forskjellige spørsmål om hvordan mennesker blir syke, barnets forståelse av sykdommen, hvordan de ble syke og hvordan de oppdaget at de var syke. Svarene barna ga på de ulike spørsmålene omhandlet for det meste at mennesker blir syke fordi de ble straffet, hadde spist usunn mat eller lekt for lenge i snøen. I forhold til sykepleiere og leger som behandler barnet får de spørsmål om hvorfor sykepleiere stikker barnet med sprøyter, barnet svarer også da at de hadde vært slemme og fortjente det. Forsker spør barna hvordan sykepleier føler seg når hun må gi medisiner. Da svarer barna at sykepleier ikke føler seg bra fordi hun egentlig skal gjøre dem friskere, men så blir de sykere av medisinene. Studiet fremstiller viktigheten med god informasjon for barnets forståelse. Artikkelen konkluderer med at sykepleiere må gi riktig og god informasjon så barnet forstår, kanskje også gi informasjonene flere ganger. Sykepleiere må bli flinkere til å tenke på barnets beste og ikke unngå viktig informasjon fordi det blir lettere for sykepleieren å skygge unna (Brewster, 1982).

4.4 Positive metoder for behandling av kreftsyke barn

En svensk studie fra 2013, skrevet av Camilla Rindstedt, tar for seg barns strategier for å håndtere en kreftdiagnose. I studien, som pågikk i over et år, fulgte hun fem barn med leukemi gjennom deres behandling i en kreftavdeling på et barnesykehus i Sverige. Det ble brukt filmkamera for å få frem flere detaljer i forholdet mellom ansatte, barnet og foreldre,

det resulterte i 93 timer med videomateriale. Resultatet av forskningen var at samarbeid med barna om å fortelle historier, benytte humor ved undersøkelser, ha lekende ritualer og ha rollespill der man byttet roller mellom sykepleier og barnet førte til godt samarbeid og kreativitet mellom personalet og barnet. Rindstedt konkluderte med at ansatte og foreldre spiller en stor rolle i hvordan barna takler et sykehusopphold og en diagnose. Det var også viktig at sykepleiere deltok i undervisning av foreldre og deres mestring av situasjonen, slik at de igjen kunne respondere på barnets håndtering. Barna i studien er med på fantasifull håndtering av sykdommen (Rindstedt, 2013).

4.5 Begynnende behandling ved leukemi

McGrath, Paton & Huff (2004) utfører en kvalitativ studie der de tok for seg det psykososiale aspektet rundt diagnosen AML i forhold til ALL hos barn og deres familie. Den gikk over fem år og inneholder intervjuer fra tre forskjellige tidspunkter i behandlingen hos tre forskjellige barn i alderen 12-15 år og deres mødre. Et av barna hadde også med et søsken i studien og et barn hadde med far i studien. Funnene viser at familiene har lite forkunnskaper om diagnosen og derfor opplever frykt og forbinder sykdommen med død. I begynnelsen av behandlingen føler de mye på sorg og sjokk som fører til stress og usikkerhet både hos foreldrene og barnet. I forskningen foreslår forfatterne at «with the appropriate social support and mental health interventions both children undergoing treatment of leukaemia and their parents can avoid significant long-term emotional difficulties» (McGrath, Paton & Huff, 2004, s.364).

4.6 Treveis kommunikasjon mellom lege, foreldre og barnet

Den nederlandske oversiktsartikkelen om kommunikasjon fra 2001, skrevet av Tates & Meeuwesen, tar utgangspunkt i 12 forskningsstudier fra 1968 til 1998. Artikkelen inneholder forskning på barn under 15 år. Fokus i artikkelen er kommunikasjon mellom lege, foreldre og barn, og hvilke utfordringer det kan skape. Det er ofte foreldre som får informasjonen mens barna blir utelatt fordi personalet heller retter seg til foreldrene enn barnet det gjelder. Barnet får da ikke ta del i sin egen behandling og får heller ikke informasjon for å forstå sykdommen. Studien foreslår at barna blir mer inkludert i behandling, og at de får ta del i avgjørelser som et intelligent, dyktig og samarbeidsvillig individ der de får utløp for sine

kognitive og følelsesmessige behov. Dette må sees ut i fra barnets alder og kognitive utvikling. Legen bør være der like mye for barnet som for foreldrene (Tates & Meeuwesen, 2001).

5. Diskusjon

I dette kapittelet har vi valgt å diskutere teori, funn og praksiserfaringer opp imot vår problemstilling: «Hvordan kan sykepleier ivareta barnet under oppstart av behandling ved nyoppdaget leukemi?». Det reflekteres over metoder som brukes for å redusere stress og ivareta barnet på sykehuset. Sykepleierteoriene veies opp mot funn i tidligere forskning. Vi vil dra inn vårt case og bruke denne pasienten i eksempler.

5.1 Første møte med sykehuset og sykdommen

Sykepleierens ord, blick og bevegelse er ofte inntrykk som sitter igjen fra det første møtet. Sykepleier må derfor være svært bevisst på sin fremtreden for å skape et tillitsforhold og et betydningsfullt møte (Bringager et al., 2014). Det er viktig at sykepleier kartlegger sykdomsforståelsen hos både Johannes og foreldrene hans, slik at informasjon kan tilrettelegges ut i fra dette (Grønseth & Markestad, 2011). Studien til McGrath, Paton & Huff (2004) oppdaget at dårlig informasjon til barnet og foreldrene førte til stress og usikkerhet rundt sykdommen. De mener at foreldre og barnet kan unngå langsiktige emosjonelle vansker dersom de blir fulgt opp fysisk og psykisk under oppstart av behandling (McGrath et al., 2004).

For barn er det normalt å reagere på nye situasjoner som å bli innlagt på sykehus med nye personer og nytt miljø. Det kan oppleves traumatisk å få tildelt en pasientrolle der din eneste egenskap er at du er syk. Opplevelsen av sykdommen avhenger av alder, utvikling og erfaring (Bringager et al., 2014). Den åtte år gamle Johannes er i normal utvikling uten noe særlig sykdomshistorie, og sykehuset er helt ukjent for han. I tillegg kan det være vanskelig å forstå en sykdom som ikke synes utenpå (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleier må derfor være kreativ i sin formidling og blant annet ta i bruk metoder som «Kjemomannen Kasper» (Bringager et al., 2014). Dette kan forebygge frustrasjon rundt sykdommen fordi Johannes får et bilde av hva leukemi er og ikke bare tomme, uforståelige ord fra sykepleier. Når Johannes får en forståelse for hva sykdommen innebærer kan han oppleve mye usikkerhet rundt sykdom og behandling: om han kommer til å overleve, om medisinerne kommer til å virke, å være så lenge på et sykehus og om han kommer til å miste håret (Reinfjell et al., 2007). På den ene siden vil et godt grunnlag med trygghet og tillit til sykepleier ha stor betydning for barnet i møte med reaksjoner, slik at barnet har en

omsorgsperson å forholde seg til. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2013) sier at barnet på sykehus skal ha få personer å forholde seg til, og det er derfor viktig at Johannes får en primærkontakt som han får en trygg relasjon til. Eriksson (1996) fremmer også viktigheten med dette. På den annen side kan mange kontaktpersoner hos Johannes føre til usikkerhet og vansker med å åpne seg om sine tanker og følelser rundt sykdommen. Barn er ofte usikre i møte med ukjente personer, og tillit må bygges opp over tid. Det krever utprøving av ulike metoder, blant annet kan man få kontakt ved å lytte og finne ut av barnets ressurser og interesser (Eide & Eide, 2013). For at Johannes skal få tillit og utvikle en god relasjon til sykepleier er det viktig at sykepleier kommuniserer om ting barnet er opptatt av. Det er viktig å la Johannes dele bekymringer når han selv er klar for det (Eide & Eide, 2013).

Siden Johannes kun er åtte år har han rett til å ha med minst en av foreldrene på sykehuset (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2013). En trygg og kjent foresatt til stede hos Johannes under sykehusoppholdet kan bidra til å redusere reaksjonene, spesielt når foreldrene mestrer situasjonen og er trygge omsorgspersoner. Rindstedt (2013) konkluderte i sin studie at sykepleiere og foreldre spilte en stor rolle i hvordan barna taklet sykdommen og sykehusoppholdet. Det var også viktig at sykepleier underviste foreldrene og hjalp de til å mestre slik at de kunne respondere på barnets håndtering (Rindstedt, 2013). Som foreldre er det en stor påkjenning å skulle ta over oppgaver for sykepleier på grunn av sykepleierens tidspress (Tveiten, 2012). Forskrift om barn på helseinstitusjon (2013) sier at foreldrenes rolle skal avklares, og de skal ikke pålegges oppgaver de ikke ønsker å utføre. For foreldrene er barnet det viktigste og kjæreste de har, og de vil gjøre alt for å hjelpe til å tilfredsstille barnet på best mulig måte. Foreldrene gjør dette uten å tenke på konsekvensene det kan få. Siden sykdomsperioden strekker seg over lengre tid kan de fort bli utbrente om de ikke tar hensyn til egne følelser og behov (Tveiten, 2012). Vi mener derfor at sykepleier må være nøye med hvilke oppgaver foreldrene får eller tar på seg, slik at de kan konsentrere seg om å yte god omsorg og være tilstede for barnet.

5.2 Lek og humor i behandlingen

For barnets utvikling er lek et grunnleggende behov uansett om barnet er sykt eller friskt. For syke barn er ofte aktiviteten begrenset på grunn av bivirkninger av cytostatika som gjør at kroppen ikke makter å holde samme aktivitetsnivå som tidligere. Samtidig er det mindre plass og færre leker enn barnet ofte er vant til (Tveiten, 1998). Det er en fare for at Johannes

blir understimulert på grunn av et langt og kjedelig sykehusopphold som igjen kan føre til nedsatt trivsel å ha innvirkning på utviklingen hans (Grønseth & Markestad, 2011). Johannes er i den aldersgruppen som ikke alltid trenger høyest aktivitetsnivå da det er flere sittestillende interesser som kunnskapspill, data- og tv-spill som er underholdene og bidrar til kognitiv utvikling (Tveiten, 1998). I forhold til hva Johannes klarer av fysisk aktivitet kan mestringsfølelsen øke betydelig mer om han klarer å spille et spill over lengre tid enn å utfolde seg fysisk over kort tid. På den annen side er det viktig at han får stimulert grov- og finmotorikk, og dette kommer med fysisk aktivitet (Tveiten, 1998). For at Johannes skal ha forutsigbarhet på sykehuset kan det opprettes en dagsplan, der det settes opp øvelser for både fin- og grov motorikk. Denne kan forberede Johannes på aktiviteter han skal gjennom slik at han har kontroll og vet hvordan han skal fordele energien utover dagen. Han bør være deltagende i å lage planen slik at hans autonomi og integritet ivaretas under sykehusoppholdet (Bringager et al., 2014). Vi tror dette samarbeidet er en fin måte for Johannes og sykepleier å bli bedre kjent på.

Eriksson sier at lek er et naturlig atferdsmønster og kan være en viktig del av tilpassing i den nye livssituasjonen samt gi rom for hvile og reaksjoner (Kristoffersen et al., 2012). Egeland (2009) understøtter dette i sin forskning om barn på isolat. Han skriver at leken er en fin måte å av reagere og bearbeide de skremmende situasjonene på. Barn gruer seg til smertefulle prosedyrer, men kan bearbeide de ubehagelige opplevelsene ved å utføre prosedyren på en bamse eller en dukke (Egeland, 2009). Samtidig er det viktig å tenke på at leken er tilrettelagt barnets nivå slik at de på best mulig måte forstår hva som skal skje (Tveiten, 1998). Resultatet av Rindstedts (2009) forskning viser at en lekende behandling med historie, humor og rollespill førte til et godt samarbeid og kreativitet mellom sykepleier og barnet. Rollespill gir også barnet en fin mulighet til å spørre sykepleier om det de lurer på omkring sykdommen, da de utgir seg for å være noe andre enn seg selv (Reinfjell et al., 2007). Vi mener at lek er en fin mulighet som avlastning og avledning fra sykdommen og et viktig behov i veien mot det friske.

Det er viktig å la Johannes leke og lære i stedet for å sitte og vente på det som skal skje. Dette kan være til god hjelp for å dyrke det friske, da det er viktig under behandlingen å fokusere på å leve og ikke bare på å overleve (Bringager et al., 2014). Johannes har behov for å være «frisk» i perioder av behandlingen for å kunne utvikle seg. Eriksson understøtter dette, hun sier at lek kan være en viktig del av tilpasningen i den nye livssituasjonen. Leken kan gi Johannes rom for utvikling av selvstendighet, selvrealisering og modenhet

(Kristoffersen et al., 2012). Sykepleiere må forstå viktigheten av barnets behov for lek som grobunn for å mestre opplevelser og erfaringer under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2011). Vi tror lek er en nødvendig del av behandlingen slik at Johannes kan gi utløp for sine reaksjoner rundt sykdom og sykehusinnleggelse.

5.3 Reaksjoner rundt den nye situasjonen

Når Johannes får vite at han har en alvorlig diagnose er det naturlig at han reagerer. Det kan være reaksjon med for eksempel sinne, gråt eller likegyldighet. Reaksjonen på diagnosen vil være vanskelig å unngå eller redusere så lenge han ikke har noen erfaring eller har fått noen forvarsler på informasjonen som skal komme (Tveiten, 1998). Reaksjon på den nye diagnosen kan være tanker om hvordan og hvorfor dette har skjedd, og hva han har gjort galt som gjør at han fortjener en straff (Langeland, 1989). Brewster (1982) tar for seg barns forståelse av årsaker til sykdommen. Han stiller barnet spørsmål om hvorfor de har blitt syke. På dette svarer barna at de har spist usunn mat eller lekt i snøen for lenge (Brewster, 1982). I forskningen til Reinfjell, Diseth & Vikan (2007) ser de også på barns opplevelse av å få en alvorlig diagnose og kommer frem til det samme som Brewster (1982) og Langeland (1989). Barna leter etter grunnen til at de har blitt syke og tror at det er en straff for dårlig oppførsel, mens andre barn benekter sykdommen, spesielt i starten av sykdomsforløpet, til de vet bedre hvordan de skal håndtere reaksjonene (Reinfjell et al., 2007). Vi mener at det er helt nødvendig for Johannes å reagere på den endrede livssituasjonen, og at det vil være bekymringsverdig dersom han ikke viser noen reaksjoner.

Sykepleier kan ikke hindre at Johannes reagerer på denne måten og at han legger skylden på seg selv, men hun kan hjelpe han med å forstå hva som gjør han syk (Tveiten, 1998). Travelbees sykepleieteori går ut på å støtte og hjelpe Johannes til å finne mening i erfaringene ved å opprette et menneske-til-menneske forhold til han. Hun sier det er viktig at familien og profesjonelle får han til å føle seg betydningsfull og verdsatt. Videre mener hun at pasienten vil finne mening ved å få svar på hva og hvorfor spørsmålene og dermed føle mestring (Kristoffersen et al., 2012). Sykepleier kan benytte seg av boken «Kjemomannen Kasper» eller animerte kortfilmer som beskriver på en enkelt måte hva som skjer i barnets kropp som finnes på barnekreftforeningens hjemmeside (Barnekreftforeningen, 2016). Vi tror Johannes vil ha god nytte av å lese boken sammen med foreldrene og sykepleier. Han får

en enkel forståelse for hva som skjer i kroppen ved leukemi og hvorfor han trenger behandling.

Når man setter i gang behandling med cytostatika tar det omtrent en til to uker før symptomene opptrer (Bringager et al., 2014). Dette gir sykepleier noen dager på å forberede Johannes på bivirkningene han vil oppleve. Typiske bivirkninger er hårfall, kvalme, sår i munnen og endringer i allmenntilstand (Bringager et al., 2014). Noen barn kan reagere med engstelse, gråt og frustrasjon på bivirkningene, mens andre kan reagere med uro og sinne (Kreftforeningen, 2016). Angst er et vanlig enkeltsymptom hos barn, men noen opplever også å få en depresjon som vil si at barnet er nedstemt og mangler motivasjon og glede (Grønseth & Markestad, 2011). Vi mener sykepleier må ha kunnskaper om bivirkninger ved ALL og hvilke psykiske plager det kan medføre. Eriksson (1996) fremstiller god omsorg som en naturlig menneskelig atferd. Hun deler inn i den naturlige og den profesjonelle omsorgen. Der den ene omhandler å ta vare på seg selv, og den andre handler om å gi god pleie. I noen tilfeller, som i møte med Johannes etter fremtreden av bivirkninger, vil det være nødvendig at den naturlige omsorgen blir erstattet med den profesjonelle for å fremme helsen (Eriksson, 1996).

Endringer i kropp og utseende er en konstant påminnelse til barnet om at det er annerledes enn andre barn (Reinfjell et al., 2007). Sykepleier kan redusere, men ikke alltid forhindre reaksjonene på bivirkningene. Sykepleier må ha et godt samarbeid med Johannes og foreldrene for å skape en god forståelse og gjøre han kjent med tiltakene mot bivirkninger på en motiverende måte (Bringager et al., 2014). Informasjon om bivirkninger bør formidles på dagtid, slik at han har tid til å reflektere og reagere (Tveiten, 2012). Det er ikke alltid barn er mottakelige for informasjon, og sykepleier må respektere dette og kanskje avveksle med lek (Bringager et al., 2014). Tveiten (2012) mener informasjonen bør formidles kort, enkelt og klart, mens Reinfjell (et al., 2009) skriver at barn i sju til elleve års alderen har behov for detaljert informasjon om sykdom og behandling. Videre kommer det i Tates & Meeuwesen (2001) sin studie frem at barn ikke får den informasjonen de har behov for, og at det meste av informasjon går gjennom foreldrene. De skriver også at fokuset må endres slik at barnet blir mer inkludert og får samarbeide om egen behandling (Tates & Meeuwesen, 2001). Dette viser at det er ulik praksis i forhold til teori. Vi mener at Johannes bør inkluderes så lenge han ikke tar skade av informasjonen. Samtidig må han høres, men foreldrene skal ta avgjørelsen i forbindelse med behandling.

Å forberede Johannes på bivirkningene vil gjøre at han mestrer prosedyrer bedre og takler stress og engstelse lettere. Det er derfor viktig at sykepleier gir informasjonen flere ganger og er nøye med at Johannes forstår alt han skal gjennom for å redusere negative reaksjoner (Brewster, 1982). Selv om Johannes er forberedt på behandlingen kan han reagere like sterkt som et barn som er lite forberedt fordi han har et behov for å protestere på det som er ubehagelig eller som forårsaker smerte (Tveiten, 1998). Mange negative følelser som sinne, skyld, skam, ensomhet, bitterhet og forvirring observeres ofte hos kreftsyke barn. Det å gi barnet informasjon, støtte og trøst, og vise at vi forstår barnets situasjon kan ha en positiv virkning (Reinfjell et al., 2007).

McGrath, Paton & Huff (2004) skrev i sin studie at foreldre og barn ofte har lite forkunnskaper og forbinder leukemi med døden. Barna har ofte spørsmål angående døden, og alle barn håndterer informasjonen de får individuelt (Eide & Eide, 2013). Det kan være vanskelig å svare på spørsmål om døden for de som står i situasjonen, men barn har uansett behov for å snakke om sine bekymringer rundt dette (Grønseth & Markestad, 1998). Heldigvis for Johannes er prognosene ved ALL gode, og antall overlevende øker for hvert år (Wesenberg et al., 2014). Vi mener at selv om prognosene er gode, vil tanker om døden være en naturlig del av det å bli alvorlig syk, særlig ved kreft. Dette er derfor en viktig samtale å ta med barnet.

5.4 Kommunikasjon med barnet og barnets forståelse av sykepleiers rolle

Hvordan sykepleier skal kommunisere med det enkelte barn finnes det ingen oppskrift på. Dette er fordi barn befinner seg på ulike stadier og har ulike behov (Eide & Eide, 2013). Det vi vet er at barn ikke er små voksne og trenger å bli snakket til på en annen måte en hvordan sykepleier ville snakket til et voksent, sykt menneske. Kommunikasjonen med Johannes må tilpasses ut ifra hvilket stadiet han er i, om han er normalt utviklet i forhold til alder og hvilke erfaringer han har (Tveiten, 2012). Tilpasning av kommunikasjonen er også lovfestet i forhold til alder, utvikling og erfaring når han skal få informasjon av sykepleier (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). I studiet til Tates & Meeuwesen (2001) tar de for seg hvordan leger og sykepleier ofte henvender seg til foreldrene i stedet for barnet når det skal gis informasjon om sykdom eller behandling. Barnet får da ikke ta del i egen behandling og informasjonen blir gitt på en måte som gjør at barnet kanskje ikke forstår (Tates &

Meeuwesen, 2001). Vi tror at dersom Johannes skal forstå hva som skjer er det viktig at han skjønner informasjonen som blir gitt, og at det er lettere for foreldrene å forstå gitt informasjon når det er tilpasset et barn. Om Johannes har spørsmål angående sykdommen til foreldrene i etterkant, har både de foresatte og Johannes fått samme informasjon, og det kan være lettere å kommunisere om sykdomsforståelsen.

Når sykepleier skal snakke med Johannes er det ofte med en hensikt, for å gi informasjon eller høre hva han tenker om sykdommen, og om han har noen bekymringer (Tveiten, 2012). Barnekonvensjonen slår fast at barn skal behandles likt uansett bakgrunn, ta hensyn til barnets beste og yte god omsorg i ivaretagelsen av barnet. Barnet har rett til å ha meninger og å bli hørt under oppholdet (Reddbarna, s.a). Barn som opplever sykdom, som Johannes, oppleves ofte usikkerhet og engstelse (Eide & Eide, 2013).

Travelbee får frem betydningen av kommunikasjon i sin sykepleierteori. Hun mener at kommunikasjonen skal bidra til at sykepleier får kontakt med Johannes for å skape en relasjon. Kommunikasjonen foregår både verbalt og non-verbalt og er et viktig tiltak for å ivareta Johannes behov (Kristoffersen et al., 2012). For Johannes kan det være vanskelig å fortelle om følelser rundt sykdommen om han ikke føler seg trygg på sykepleieren. En god relasjon mellom Johannes og primærkontakten er viktig. For å skape den er det viktig med god kommunikasjon, samtidig som sykepleier bør finne ut av Johannes` interesser for å tilnærme seg han igjennom lek og moro, og ikke bare sykdom og alvor (Eide & Eide, 2013).

Å ha en sykepleier som han er trygg på og har tillit til vil være viktig for at han kan formidle følelser, tanker og stille spørsmål om det er noe han lurer på (Eide & Eide, 2013). Relasjon er også viktig for sykepleier, for at hun skal bli ordentlig kjent med Johannes. Det fordi barn har et veldig tydelig kroppsspråk, og om hun blir kjent med han kan hun enda tydeligere skjønne når noe er galt og når han velger å ikke fortelle om det (Eide & Eide, 2013). Når sykepleier har oppdaget Johannes bekymringer vil det være en lettelse for Johannes i etterkant å være to om det og ikke sitte med byrden alene (Eide & Eide, 2013). Vi tror at det er viktig at barnet har en eller flere sykepleiere han er trygge på når han er innlagt over en lang periode, sånn at han har andre enn bare foreldrene å snakke med om det er noe han lurer på. Det fordi sykepleiere jobber med dette hver dag og skal ha kunnskap om sykdom og behandling som vil være en trygghet for barnet. Vi mener også at å være innlagt på et rom sammen med mor eller far over lang tid, og sykdommen som forandrer humøret kan ha en

påvirkning. At sykepleier kan avlaste i perioder om det blir for intenst kan ha en positiv innvirkning på oppholdet.

Barn i skolealder som Johannes vet forskjellen på fantasi og virkelighet, når vi skal kommunisere med han bør vi tilpasse oss hans forståelse og ikke bruke for mye fantasi, men finne en mellomting som kan være passende (Eide & Eide, 2013). Det som er vanskeligere for Johannes å forstå er hvorfor han har blitt syk, hvordan behandlingen virker og sykepleiers funksjon. I studien til Brewster (1982) spør han barna om hvordan sykepleier føler seg når de må stikke dem å gi medisiner. Barna svarer da at sykepleier føler seg trist fordi hun gjør barnet dårligere når hun gir medisinene, før de endelig blir bedre. Han spør også om hvorfor sykepleier stikker barna med sprøyter, og de svarer at de har vært slemme og fortjente det (Brewster, 1982). Vi mener her at formidling i forkant av behandling slik at Johannes får en forståelse og føler seg ivaretatt vil være viktig. Sykepleiers evne til å kommunisere, vise empati og ha en god holdning er gode egenskaper i møte med Johannes.

5.5 Sykepleiers etiske utfordringer

I Travelbees (2001) tenkning er nøkkelordet mellommenneskelig forhold for å ivareta pasienten på best mulig måte. Empati og sympati er begreper som gjenspeiler seg i hennes sykepleierteori. Hun fremmer empati som evnen til å leve seg inn i og forstå pasienten, fordi det knyttes bånd mellom menneskene og dette kan oppleves som nærvær og kontakt. Det betyr ikke at alle sykepleiere klarer å vise empati dersom de ikke har erfaringene som trengs for å kunne vise det (Kristoffersen et al., 2012). Sykepleiere skal respektere den enkeltes liv og verdighet, og hjelpe barnet med å finne mening og mestre sykdommen (Kristoffersen et al., 2012). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (2011) støtter Travelbee, da de sier noe om at grunnlaget i god sykepleie handler om å ha respekt for den enkelte å ivareta menneskets verdier. Barmhjertighet, omsorg og respekt er viktige holdninger for å yte god sykepleie, samt å ha gode kunnskaper (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Vi mener at dette er holdninger en sykepleier skal ha som et godt grunnlag for å kunne yte god hjelp og for å ivareta pasienten under sykehusinnleggelse. Sykepleierrollen er viktig i møte med det syke barnet på sykehus, da det er hun som skal være tilstede under hele behandling, under oppturer og nedturer, og finne veien til det friske. Helsepersonelloven (2016) sier at helsepersonell skal yte helsehjelp på en forsvarlig måte, samt å vise omsorg og sikre pasienten.

Eriksson (1996) sin omsorgsteori er rettet mot alle som utøver helsehjelp, men er spesielt viktig for sykepleiere. Hun mener at for å kunne gi god pleie er kjernen god omsorg som innebærer at sykepleier skaper tillit og trygghet til pasienten. Som sykepleier må ønsket være å gjøre den andre vel for å kunne yte den gode omsorgen og fremme helse (Kristoffersen et al., 2012). De yrkesetiske retningslinjene (2011) underbygger viktigheten med håp, mestring og livsmot for å ivareta pasientens behov, gi og sørge for at pasienten har fått og forstått gitt informasjon. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) skal både barnet og foreldrene informeres om barnets sykdom når barnet er under 16 år så lenge det ikke er en årsak til at de foresatte ikke skal ha innsyn.

For sykepleiere er det lagt fokus på fire forskjellige sykepleiefunksjoner som er viktige å ta hensyn til i møte med det syke barnet. I møtet vårt med Johannes er spesielt to av funksjonene viktige; den forebyggende og den behandlende (Tveiten, 1998). For å kunne forebygge er det viktig å gi tilstrekkelig informasjon, kartlegge risikofaktorer, gi råd og veilede både Johannes og foreldrene. Dette er viktige faktorer for ivaretagelsen av Johannes under sykdommen (Tveiten, 1998). Vi mener at om den forebyggende funksjonen skal ha noen hensikt er det igjen viktig at sykepleier har kunnskaper om Johannes alder og modenhet for å kunne tilrettelegge seg han når informasjon skal bli gitt.

Den andre funksjonen som er viktig i møte med Johannes er den behandlende funksjonen som er rettet mot somatisk svikt (Tveiten, 1998). For å kunne yte god helsehjelp i den behandlende funksjonen er det viktig at sykepleier ser Johannes og foreldrenes opplevelse av situasjonen som en helhet. Sykepleier skal hjelpe Johannes med å få dekket hans grunnleggende behov, behandling og hva han ellers ville gjort om han var frisk, som lek og moro (Tveiten, 1998). For å kunne yte god sykepleie må sykepleier ha forståelse og godta Johannes reaksjoner, samt gi god omsorg når han er under behandling (Tveiten, 1998). For oss er det viktig å se hele Johannes, ikke bare sykdommen. At vi som sykepleiere ikke bare må ha kunnskaper om sykdom, behandling og prosedyrer, men også å kunne skille mellom moro og alvor. Vi tror det er viktig at barnet ikke bare forbinder sykepleier med dårlig informasjon, prosedyrer og undersøkelser, men at hun også er en person barnet har tillit til og kan ha det morsomt med.

6. Konklusjon

Vi ser gjennom teori og forskning at det er normalt for barn å få reaksjoner i møte med en ny og forandret livssituasjon. Det er mer bekymringsverdig om barnet ikke reagerer på sykehusinnleggelsen og bivirkninger av medikamenter enn om de gjør det. Gjennom drøftingen av denne oppgaven ser vi derfor viktigheten av at sykepleieren har nok informasjon og kunnskaper om hvordan hun skal forholde seg til barnet når det blir innlagt på sykehus. Får barnet vite om hva som skal skje med ham i forkant, kan dette redusere reaksjonene og føre til mestring av situasjonen. Om barnet ikke vet at cytostatika gjør at han mister håret vil reaksjonen bli større enn om han er forberedt på dette i forkant. Å ivareta pasienten og foreldrene, gi rikelig med informasjon og finne strategier for å håndtere sykdommen vil være nøkkelen. Konklusjonen er at sykepleier må ha kunnskaper om barnets utvikling og kommunikasjonsnivå for å kunne gi informasjon på en måte barnet forstår. En god måte å tilnærme seg barnet under slike omstendigheter er lek. Det er viktig å vite hvilket nivå sykepleier skal møte barnet på.

Litteraturliste

- *Baker, L. S. (1984). *Du og din leukemi – en praktisk veiledning for store og små*. Stockholm: SkeabFörlag.
- *Barnekreftforeningen. (2016). *Filmer og spill*. Lokalisert på:
<http://www.barnekreftforeningen.no/kreft-hos-barn/litteratur/>
- *Brewster, A. B. (1982). Chronically III Hospitalized Children's Concepts of Their Illness. *Pediatrics*, 69(3), 355-362. Lokalisert på:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=4e9656b4-1594-40fb-9184-35f1c10a7f5b%40sessionmgr114&vid=0&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=4755187>
- *Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft – En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Brinch, L. (2008). Akutte leukemier og myelodysplastiske syndromer. I S. A. Evendsen, L. Brinch, G. E. Tønnefjord & H. Holte (Red.), *Blodsykdommer* (6. utg., s. 127-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Brinch, L. (2009). Myelomatose og leukemi hos voksne. I R. Kåresen & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (3. utg., s. 339-350). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Cinenord Kidstory & Launing, K. (2013). *Kule kidz gråter ikke* [DVD]. Norge: SF Norge AS
- Eide, H & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Egeland, S. E. (2009). Barns behov på isolat. *Sykepleien*, 94(5), 42-43.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2006.0012>
- *Eriksson, K. (1996). *Omsorgens idé*. København: Munksgaard.
- *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, FOR-2013-01-17-61. (2013).

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

*Grønseth, R & Markestad, T. (1998). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Helsepersonelloven, LOV-2015-12-18-121. (2015).

*Kreftforeningen. (2016). *Sorgreaksjoner hos barn og ungdom*. Lokalisert 21.01.16 på: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/barn-og-unge/krise-og-sorgreaksjoner-hos-barn-og-ungdom/>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.). (2012). *Grunnleggende sykepleie*, bind 1: *Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

*Kunnskapssenteret. (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert 26.januar.2016: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

*Langeland, K. (1989). *Stress hos barn på sykehus*. Otta: Engers Boktrykkeri.

*Løberg, A. K. (2015, 9. desember). Startet elevbedrift for å hjelpe barn med kreft. *NRK.no* Lokalisert på <http://www.nrk.no/ho/jentene-med-blodposene-1.12691295>

*McGrath, P., Paton, M. A. & Huff, N. (2004). Beginning treatment for paediatric acute myeloid leukemia: diagnosis and the early hospital experience. *Scand J Caring Sci*, 18, 358-367. Lokalisert på: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=2d305873-09ab-4cd4-bc25-a699f8102194%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4101&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>

*Norsk helseinformatikk. (2014). *Kreft*. Lokalisert på <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kreft/kreft-1808.html>

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2015-05-22-32. (2015).

*Reddbarna. (s.a). *Barnekonvensjonen i kortversjon*. Lokalisert på: <http://www.reddbarna.no/vaart-arbeid/barns-rettigheter/barnekonvensjonen-i-kortversjon>

-
- *Reinfjell, T., Diseth, T. H. & Vikan, A. (2007). Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. *Tidsskrifter for Norsk psykologforening*, 44(6), 724-734. Lokalisert på http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=24471&a=2
- *Rindstedt, C. (2013). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child: Care, Health & Development*, 40(4), 580-586. <http://dx.doi.org/10.1111/cch.12064>
- *Steen, H. F. (2012). Utviklingspsykologi. S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen, *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 83-109). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- *Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-patient-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine* 52(6), 839-851. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00193-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00193-3)
- *Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- *Tveiten, S. (1998). *Barnesykepleie* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- *Tveiten, S. (2012). Barns helse og livskvalitet. S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen, *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 42-82). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- *Tveiten, S. (2012). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen, *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 157-204). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- *Tveiten, S. (2012). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?. S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen, *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 12-40). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- *Wesenberg, F., Lie, H. K. & Øfstaas, H. (2014). *Årsrapport 2014 – Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft*. Kreftregisteret – institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Lokalisert på:

http://www.kreftregisteret.no/Global/Publikasjoner%20og%20rapporter/%C3%85rsrapporter/2014/aarsrapport_barnekreft-2014.pdf

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. (2011). (Rev. Utg.). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Vedlegg

Vedlegg 1 PICO-skjema

Tittel/arbeidstittel på prosedyren:			
Ivaretagelse av barnet på sykehus			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:			
” Hvordan kan sykepleier ivareta barnet under oppstart av behandling ved nyoppdaget leukemi?”			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
Barnet Leukemi Sykehus Child* Hospital Leukemia	Sykepleier Kommunikasjon Nurse-patient relation Nurs* Communication		Trygghet Stressreaksjoner Reaksjoner Coping Stressreaction Reaction

Vedlegg 2 Søkehistorikk

DATO	SØKEORD	DATA-BASER	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
12.01.16	Sykdom, forståelse, barn og kreft	Oria	Artikler 2005 til 2015	38	3	1	”Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse alvorlig sykdom.”
13.01.16	Leukemia AND Communication OR Nurse-patient relations OR Nurs*	Svemed+		11	1	1	”Barns behov på isolat.”
13.01.16	Leukemia AND Lymphocytic AND Acute AND Communication OR Nurse-patient relation OR	Cinahl	Children 6-12 years, 2005-2016, Abstrakt*, Full tekst	30	7	3	” Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping.”

	Nurs*						
20.01.16	Chronically Ill Hospitalized Children's Concepts of Their Illness	Oria		6	1	1	"Chronically Ill Hospitalized Children's Concepts of Their Illness."
20.01.16	Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature	Google Scholar		1	1	1	"Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature."
22.01.16	Treatment, Leukemia, Pediatric, Hospital, Coping	Oria	Artikler	11	1	1	"Beginning treatment for paediatric acute myeloid leukaemia: diagnosis and the early hospital experience."