

BACHELOROPPGAVE

Informasjon til barn med kreft

"Hvordan kan sykepleier gi informasjon til barn med kreft?"

av

Kandidatnummer 37, Thea Garmo Johansen

Bachelor i sykepleie

SK 152

November 2016

Antall ord: 6914

Veileder: Kari Eldal



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt
institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven *Informasjon til barn med kreft* i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Kandidatnummer 37, Thea Garmo Johansen

JA X

NEI

Sammendrag

Tittel:

Informasjon til barn med kreft

Bakgrunn for valg av tema:

Temaet jeg har valgt er barn med kreft og hvordan sykepleier kan gi informasjon på en måte som barnet kan forstå. Grunnen til at jeg valgte temaet barn med kreft er fordi jeg synes dette er et spennende og utfordrende tema. Jeg har jobbet på barneavdelinger i praksis og jobb, og hatt kontakt med barn med ulike kreftdiagnoser. Her har jeg fått noe erfaring på hvordan både barn og pårørende takler sykdommen. Som utdannet sykepleier ønsker jeg å jobbe på barneavdeling, og ønsker derfor å lære mer om hvordan jeg kan informere barn og hva som er viktig å tenke på når jeg skal informere barn med alvorlig sykdom.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gi informasjon til barn med kreft?

Fremgangsmåte:

Jeg har i denne oppgaven brukt litteraturstudie som metode. Jeg har brukt pensumlitteratur, egenvalgt litteratur som jeg mener er relevant for oppgaven og tre forskningsartikler for å løse oppgaven. Forskningsartiklene mine har jeg funnet ved bruk av Academic Search Elite.

Oppsummering:

Jeg har drøftet hvordan sykepleier kan informere barn med kreft innlagt på sykehus om behandling og prosedyrer. Forskning og teori viser at barn ønsker å få informasjon sammen med foreldrene, at informasjonen som blir gitt er ærlig og blir gitt ut ifra barnets utvikling. Det finnes forskjellige virkemidler en kan bruke for å informere barnet om behandling og prosedyrer. Sinne, redsel og stress kan ha påvirkning for om barnet klarer å ta til seg informasjonen.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Oppgavens oppbygging	2
2 Metode	3
2.1 Valg av metode	3
2.2 Søkerord og databaser	3
2.3 Valg av litteratur	4
2.4 Kildekritikk	4
2.4.1 Styrker og svakheter i min litteratur og forskning.....	5
3 Teori	6
3.1 Informasjon	6
3.2 Kommunikasjon	7
3.2.1 Tillit.....	7
3.2.2 Virkemidler	8
3.2.3 Trygghet	8
3.3 Det konkret-operasjonelle stadiet.....	9
3.4 Funn fra forskningsartiklene	9
4 Drøfting	12
4.1 Hvordan gi informasjon til barn med kreft?.....	12
4.2 Hvordan kan forskjellige virkemidler brukes for å informere barn?	14
4.3 Hva ønsker barn å motta informasjon om?	15
5 Konklusjon	18
Litteraturliste	19

1 Innledning

Omlag 140-150 barn under 15 år rammes av kreft i Norge hvert år. I mange år har tallet vært tilnærmet konstant, helt siden 1951 da Kreftregisteret ble opprettet (Bringager, Hellebostad, Sæter, & Mørk, 2014, s. 17). Ca. en tredjedel av barna som får kreft, får leukemi, knapt en tredjedel får svulster i sentralnervesystemet og de resterende får andre krefttyper. Det er heldigvis sjeldent at barn får kreft, men for å kunne sammenligne behandlingsresultater med andre steder er man avhengig av et samarbeid for å kunne oppnå kunnskap og for å vurdere behandlingsresultater (Bringager et al., 2014, s. 18). Kreft er en alvorlig livstruende sykdom og det vet de fleste barn, spesielt om de har erfaring med sykdommen fra tidligere. Ordet kreft er for mange barn forbundet med død, nettopp fordi det oftest blir snakket om at folk dør av kreft. Det er ikke ofte barn blir snakket til om folk som blir friske. Voksne vil med kroppsspråket sitt og reaksjonene deres gi signaler til barna om at det er noe skummelt og farlig i vente. Derfor vil barn ofte trenge konkret informasjon for å nyansere bildet de har av hva kreft er (Worum, 1999, s. 7).

Jeg vil i min bacheloroppgave skrive om barn innlagt på en barneavdeling på grunn av en kreftdiagnose. Jeg vil ta for meg hvordan jeg som sykepleier kan gi informasjon om prosedyrer og behandling som omhandler kreft på en slik måte at barnet kan forstå. Oppgaven vil ta for seg metode, teori og drøfting før det avsluttes med en konklusjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt er barn med kreft og hvordan sykepleier kan gi informasjon på en måte som barnet kan forstå. Grunnen til at jeg valgte temaet barn med kreft er fordi jeg synes dette er et spennende og utfordrende tema. Jeg har jobbet på barneavdelinger i praksis og jobb, og hatt kontakt med barn med ulike kreftdiagnoser. Her har jeg fått noe erfaring på hvordan både barn og pårørende takler sykdommen. Som utdannet sykepleier ønsker jeg å jobbe på barneavdeling, og ønsker derfor å lære mer om hvordan jeg kan informere barn og hva som er viktig å tenke på når jeg skal informere barn med alvorlig sykdom.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gi informasjon til barn med kreft?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til hvordan gi det syke barnet informasjon. Foreldre eller omsorgspersoner har en viktig rolle i barnets liv og følger det gjennom hele innleggelsen på sykehuset. De kommer derfor til å bli nevnt i oppgaven. Jeg har valgt å avgrense alder på barnet fra seks til 12 år, det konkret-operasjonelle stadiet som Piaget kaller fasen barnet er i fra ca. seks til 12 års-alder (Renolen, 2014, s. 95). Videre ønsker jeg å avgrense oppgaven til informasjon om prosedyrer og behandling, siden det er legen som har ansvar for å informere pasient og pårørende om diagnosen. Jeg har valgt å ha fokus på informasjon, men kommer og til å si noe om kommunikasjon, tillit og trygghet. Dette er det viktig å ha kunnskap om for å kunne gi informasjon til barnet.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er skrevet etter skolens retningslinjer, og hovedoverskriftene er hentet fra disse. Overskriftene tar for seg innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. Oppgaven er en litteraturstudie og jeg har derfor forklart metoden for hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur og forskning som er relevant for oppgaven min. Jeg har videre skrevet teori og presentert forskning som jeg tenker kan gi meg kunnskap og hjelpe meg med drøfting senere i oppgaven. Jeg har brukt pensumlitteratur og egenvalgt litteratur i teorikapittelet. Drøftingen min vil være basert på teori, forskning og egne tanker og erfaringer på tiltak som jeg tenker kan være nyttige å ta med når man skal informere barn med kreft. Til slutt vil det komme en konklusjon på drøftingen med mine egne tanker på hva jeg synes har vært lærerikt med oppgaven og hva jeg tenker jeg kan ta med meg videre som ferdig utdannet sykepleier i møte med barn. I konklusjonen vil jeg og skrive om hovedfunnene jeg har gjort, og eventuelt hva som kunne vært gjort annerledes.

2 Metode

Metode er et redskap som vi bruker når vi vil undersøke noe. Den hjelper oss med å samle inn data, altså informasjonen vi trenger til å gjøre undersøkelsen vår (Dalland, 2015, s. 112). Det er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å svare på problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 76).

2.1 Valg av metode

Metoden jeg har valgt for denne oppgaven er litteraturstudie. Litteraturstudie eller en litterær oppgave er når du systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere vil si å samle inn litteratur som har betydning for oppgaven, gå kritisk gjennom litteraturen og til slutt en sammenfatning av det hele. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leserne en oppdatert kunnskap og forståelse på det området som det blir spurt etter i problemstillingen. Videre skal det vise hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Magnus & Bakketeig sitert i Thidemann, 2015, ss. 79-80). I min oppgave bruker jeg data som er samlet inn av andre, altså sekundærdata. Sekundærdata er når jeg finner data ved hjelp av bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2015, s. 77).

2.2 Søkerord og databaser

Jeg har brukt Academic Search Elite til å søke etter forskningsartikler. Jeg la inn søkeordene "children" AND "cancer" AND "information" og avgrenset til publikasjoner mellom 2014 og 2016. På dette søket fikk jeg 1317 treff. Ved å bruke synonym-ernene i margin avgrenset jeg videre til kvalitativ forskning hvor jeg fikk 26 treff. Den første artikkelen som kom opp gjorde meg nysgjerrig på innholdet, og etter å ha lest den falt valget på den. Jeg søkte på nytt blant de 1317 artiklene jeg hadde funnet, men da avgrenset jeg til kreft hos barn og medisinsk behandling. På dette søket fikk jeg opp fire treff, etter å ha lest de fire overskriftene satt jeg igjen med en artikkel som var rettet mot min problemstilling. Jeg la inn et nytt søk på "children" AND "information needs" AND "cancer". Her fikk jeg 130 funn, men ønsket å avgrense det mer og huket av på emne intervju. Da endte jeg opp med to treff, hvor den ene artikkelen virket relevant. Etter å ha lest artikkelen så jeg at det stod mye der som jeg kunne bruke i oppgaven, i tillegg var den av nyere dato.

2.3 Valg av litteratur

Jeg brukte søkemotoren Oria via Høgskulen i Sogn og Fjordane sin nettside. Her brukte jeg søkeordet "barn med kreft". På dette søket fikk jeg opp boken *"Barn med kreft – en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring"* av Bringager et al. (2014) som jeg mener er relevant for oppgaven. Jeg fant også en fagserie med tittelen *"Barn med kreft – kommunikasjon med alvorlig syke barn"* av Worum for Den Norske Kreftforening (1999). Selv om denne er av eldre dato ønsket jeg å bruke den i oppgaven på grunn av innholdet. Jeg la og inn søkeordene "kommunikasjon", "barn" og "sykdom". På disse ordene fikk jeg opp boken *"Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner"* av Ruud (2012). Jeg fikk tips av min veileder om å bruke boken *"Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie"* av Tveiten, Wennick & Steen (2012). Jeg brukte studieplanen for sykepleiestudenter og fant pensumbøker for SK152 Bacheloroppgave, *"Metode og oppgaveskriving"* av Dalland (2015) og *"Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter"* av Thidemann (2015). Jeg har funnet pensumlitteratur fra tidligere emner som jeg synes er relevant til oppgaven. Disse er *"Jobb kunnskapsbasert"* av Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim & Reinart (2012), *"Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag"* av Renolen (2014) og *"Pediatri og pediatrik sykepleie"* av Grønseth & Markestad (2011).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metoden en bruker for å fastslå at en kilde er sann, som betyr at en må vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2015, s. 67). Litteraturen jeg har valgt å bruke i oppgaven er for det meste selvvalgt da det kun er en bok på pensumlisten som handler om pediatri. Litteraturen jeg har valgt handler mye om barn, barn med kreft og informasjon og kommunikasjon med barn. Litteraturen jeg har brukt fra tidligere pensumlister er allerede sjekket av skolen og jeg velger derfor å tro at dette er bøker som jeg kan bruke i min oppgave. Når det gjelder forskningsartiklene jeg har brukt har jeg lest artiklene for å få en forståelse av hva forskningen har gått ut på. For at en forskningsartikkel skal være allment godkjent skal forskningen være beskrevet på en slik måte at andre kan gå inn å følge prosessen skritt for skritt og forstå hva som er gjort. For at resultatene kan kunne testes ut må prosessen være beskrevet på en sån måte at det lar seg gjøre å gjenta den (Dalland, 2015, s. 48). Mine tre forskningsartikler som jeg har valgt ut beskriver hva som er gjort, hvordan det er gjort og hva de har kommet frem til. De tre forskningsartiklene jeg har valgt er av nyere dato, de er fra 2010, 2015 og 2016. Mine forskningsartikler er kvalitative studier, det vil si at de i studiene har undersøkt subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og

holdninger, hvor de bruker ikke-statistiske metoder for å analysere (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 72).

2.4.1 Styrker og svakheter i min litteratur og forskning

Styrkene ved litteraturen i min oppgave er at det finnes en del gode bøker som forklarer kreft hos barn, hvordan man som sykepleier kan kommunisere med barn og ting man må ta hensyn til i samarbeid med barn. Teorien og forskningen jeg har funnet vil kunne gi meg mer lærdom om forskjellige virkemidler man kan bruke når man skal informere og kommunisere med barn, som jeg tror jeg vil ha stort utbytte av som ferdig utdannet sykepleier.

Svakhetene ved forskningen jeg har valgt er at de tre forskningsartiklene er på engelsk, og det kan derfor skje at en misforstår hva som står i artikkelen. Svakheter ved litteraturen min er at barn reagerer forskjellig på hvordan de er i møte med fremmede mennesker, det kan være at det som står i litteraturbøkene ikke fungerer i praksis.

3 Teori

Her vil jeg presentere teori og forskning som jeg tenker er relevant til min problemstilling. Jeg har valgt teori om barn, informasjon til barn, kommunikasjon med barn og hvordan skape tillit og trygghet hos barnet. Tilslutt vil jeg presentere forskningsartiklene og funnene de gjorde.

3.1 Informasjon

Hovedmålet med informasjon til barn er å gi barn og familien kunnskap slik at de kan forstå hva som skjer, men og for å hjelpe de med å se muligheter i en ny situasjon. Ved å gi motivasjon og håp, samt å skape tillit hos familien, er det ønskelig at informasjonen som blir gitt gir familien nye ressurser som kan hjelpe de med å mestre situasjonen (Bringager et al., 2014, s. 168). Det er ikke alltid barnet er tilgjengelig for å ta inn informasjon, dette er det viktig vi som sykepleiere respekterer. Er barnet i dyp konsentrasjon, viser tydelige tegn på redsel, er sint eller gråter er det ikke tiden for å gi informasjon. Vi som sykepleiere er tilstede 24 timer i døgnet når barnet er innlagt på sykehuset og har derfor en stor mulighet til å nå barnet med informasjon etter å ha observert barnet i forhold til når det er klar for å motta informasjon. Et viktig nøkkelord når en jobber med barn er tid, og det finnes forskjellige virkemidler en kan bruke som sykepleier for å nå frem med informasjonen til barnet. Gjennom lek med barnet kan vi ofte se at informasjonen kommer av seg selv (Bringager et al., 2014, s. 169).

Det står skrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd, at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få en innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det skal og informeres om mulige bivirkninger og risikoer. I § 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig, første ledd, står det skrevet at pasienter under 16 år og foreldre eller andre med foreldreansvar skal ha informasjon. I § 3-5 Informasjonens form, første og andre ledd, står det at informasjonen som gis skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, slik som alder, modenhet, erfaring og språk- og kulturbakgrunn. Informasjonen skal og bli gitt på en hensynsfull måte, og helsepersonellet skal så langt det lar seg gjøre sikre seg at mottakeren forstår innholdet og betydningen av opplysningene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det under punkt 2 blant annet at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011).

3.2 Kommunikasjon

For å bli kjent med barn og skape et tillitsforhold er god kommunikasjon nøkkelen. For at barna og pårørende skal kunne ta til seg dette er det en forutsetning at vi kan forberede, informere og hjelpe de, slik at de kan bearbeide opplevelser som følge av sykdom og sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2011, s. 81). Viktige punkter for at en sykepleier skal skape tillit til barn er å like og respektere dem. Du må vise at du er interessert i å bli kjent med barnet, vise det respekt og gi av deg selv. Samtidig må du utvikle et tillitsforhold til foreldrene, vise at du blir følelsesmessig berørt og være ærlig for å hjelpe barnet å forstå det som foregår (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83).

For å fremme god kommunikasjon med barn kan det være nyttig å bruke overordnede prinsipper som mening, anerkjennelse og verdighet. Mening vil si å hjelpe barnet med å forstå det han eller hun har opplevd, det å skape en mening i situasjonen (Ruud, 2012, s. 19). Anerkjennelse, altså å anerkjenne barnet, en skal godkjenne eller akseptere måten barnet presenterer seg selv på, og hvordan de fremstiller hendelsen eller situasjonen de er i (Ruud, 2012, s. 20). Verdighet vi si å unngå å krenke barnet selv om det er i en vanskelig situasjon (Ruud, 2012, s. 25).

Det ligger ofte en spesiell hensikt bak det å skulle kommunisere med barn, enten for å fortelle hva som skal skje, for å formidle informasjon som angår barnet, eller for å høre med barnet om hva det selv opplever, tenker eller mener angående sykdommen, behandlingen eller situasjonen (Tveiten, 2012, s. 164).

3.2.1 Tillit

Tillit til barnet skapes gjennom hardt arbeid, utholdenhet og ved å kunne kommunisere ved bruk av forskjellige virkemidler. Ved å skape et trygt miljø, forutsigbarhet og gi barnet og foreldrene en følelse av selvbestemmelse gir det rom for å vinne tillit. Når vi er bevisst i vår egen rolle og viser engasjement bygger vi tillit hos barnet. Trygghet og ærlighet samt en naturlig autoritet gir og grunnlag for å bygge tillit. Gjennom hardt arbeid over tid kan en vinne barnets tillit, det kan føles uoppnåelig og urealistisk, men ved å stå i situasjonen vil innsatsen vår bli belønnet når barnet føler seg trygg og lener seg til deg (Bringager et al., 2014, s. 181). Empowerment har vært et kjernebegrep i folkehelse og helsefremmende arbeid. Det defineres som en prosess der folk kan oppnå større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse (Verdens helseorganisasjon sitert i Tveiten, 2012, s. 48).

3.2.2 Virkemidler

Det finnes forskjellige virkemidler som sykepleier kan bruke når vi skal informere barn som har fått kreft, som kan gi det nye verktøy til å mestre situasjonen med. Å kunne formidle informasjon til barn krever sin person, da det å kommunisere med barn gir utfordringer som at barnet har vekslende tilgjengelighet og det trenger tid til å forstå og ta inn det som blir sagt. Dersom vi har flere virkemidler å ta i bruk har vi mer å spille på (Bringager et al., 2014, s. 169).

Å være en mellommann som kan guide og oversette kan være med å gi motivasjon, trygghet og styrke. Ved å la barn og pårørende være en del av et lag kan en forebygge skumle opplevelser og skape sammenheng mellom hendelser. Sykepleieren kan følge pasient og pårørende gjennom forskjellige undersøkelser og i situasjoner der man møter kollegaer som ikke er like vandt med barn. På denne måten har vi en fin mulighet til å hjelpe barnet med å bearbeide hendelser i etterkant, fordi vi har vært tilstede og observert hvordan barnet taklet situasjonen. Som følgesvenn kan sykepleieren skape en atmosfære som gir trygghet til foreldrene som igjen gjør de i bedre stand til å trygge sitt barn. Et annet virkemiddel man kan bruke er visualisering og fantasireiser. Her kan en bruke boken om Kjemomannen Kasper av Helle Motzfelt (1991) som er en liten barnebok som på en enkel måte setter kreftbehandling i sammenheng på en måte som barnet kan forstå, og den gir inspirasjon til sykepleierne til å dikte opp lignende historier. Det antas at de fleste barneonkologiske avdelinger i Norden kjenner til denne boken, og det er en fin støtte for både barn og sykepleiere som skal informere (Bringager et al., 2014, s. 170).

Å dra på oppdagelsesferd kan være en fin måte for barnet å lære mer om situasjonen det er i. I oppdagelsen av kroppen og hva medisin kan gjøre for den, ligger det mye eventyr. Etter at barnet har hørt historien om kjemomannen Kasper og hans venner som kjemper mot de sure kreftcellene, blir det nesten som et eventyr hvis barnet får ta en kikk inne på medisinrommet. Barn har en evne til å lett se for seg hva som kan leve bak pappesker og glassemballasjer (Bringager et al., 2014, s. 171).

3.2.3 Trygghet

I ukjente og skremmende omgivelser blir barn lett utrygge. Det er derfor viktig at barnet får opprettholdt sin normale hverdag så langt det lar seg gjøre når det er innlagt på sykehus. Å ha foreldre tilstede, opprettholde kjente rutiner, glede, humor og lek bidrar til trygghet og velvære. Avhengighetsforholdet til omsorgspersoner er sterkere hos barn og unge enn hos voksne pasienter (Grønseth & Markestad, 2011, s. 9). Når barnet er i alderen seks til 12 år er fortsatt foreldrene viktig for barnets trygghet i stressende situasjoner. Barnet trenger konkret informasjon om hva som skal

skje, både når det gjelder sykdom og behandling. Sykepleier må gi barnet en logisk forklaring på hvorfor forskjellige prosedyrer er nødvendig og som sykepleier bør du oppfordre barnet til å stille spørsmål, og aktivt oppklare misforståelser som kan skape engstelse (Grønseth & Markestad, 2011, s. 59).

3.3 Det konkret-operasjonelle stadiet

Når barnet er i alderen seks til 12 år kaller Piaget det for det konkret-operasjonelle stadiet. Det har nå en evne til å systematisere erfaringene det har gjort på en annen kvalitativt måte enn det har gjort tidligere. Barnet tenker mer uavhengig av det som skjer her og nå, og det kan se en situasjon fra den andres synsvinkel. Når det gjelder oppfatning av mengde og størrelse er den konstant, uavhengig av form. Barnet holder lenger på oppmerksomheten, og klarer å skille mellom sentral informasjon og mer perifer informasjon. Dette er vesentlig for muligheten til å kommunisere med andre mennesker (Ruud, 2012, s. 67). I denne alderen har barnet en nedsatt toleranse for stress hvis foreldrene ikke er tilstede. Det er fortsatt viktig for barnet med rutiner når det gjelder leggetid. Barnet har et bedre tidsbegrep, det forstår bedre sammenheng mellom årsak og virkning, og har en større evne til abstrakt tenkning. De har en bedre forståelse for hva sykdom er, men seks-syv åringen kan fortsatt se på sykdommen som en straff og få skyldfølelse, mens 11-12 åringen har en større forståelse av komplekse fenomener som smerte og sammenhengen mellom sykdom og behandling. Barnet kan skille mellom relevante og irrelevante opplysninger, det er mer selvstendig og har behov for å føle seg nyttig. Å være adskilt fra søsken og venner kan virke truende på barnet, det kan være redd for å være annerledes, og redd for å bli holdt utenfor og henge etter på skolen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 59).

3.4 Funn fra forskningsartiklene

Her vil jeg presentere funnene fra de tre forskningsartiklene jeg fant ved bruk av Academic Search Elite.

1. **"Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange"** (Coyne, Amory, Gibson & Kiernan, 2015).

Det er en kvalitativ studie basert på grounded theory, og det ble avholdt individuelle intervjuer med barna som deltok. Studien fant sted på en barneavdeling i Sør-Irland. Det var 20 barn i alderen syv-16 år som var med i studien, og tillit, relasjon og beskyttelse var en integrert del av prosessen. Kriteriene

for at barna kunne være med i studien var at de var over syv år, hadde hatt diagnosen i mer enn 6 uker, ikke hadde opplevelse av psykososiale vansker og som ikke mottok palliativ pleie. Funnene i studien viste at barna rapporterte at de ønsket å motta informasjonen og bli inkludert i diskusjoner som omhandlet de, men det var først og fremst barn i alderen 11 år og eldre som stilte spørsmål, som frivillig ønsket informasjon om symptomer og preferanser. Noen av barna rapporterte at de lærte mer om deres tilstand over tid ved å stille spørsmål, bli fortalt av andre barn eller ved å koble deler av informasjon sammen. Selv om de fleste barna uttrykte at de ønsket å være tilstede under diskusjoner, rapporterte de og at de stolte på foreldrene som sine talsmenn på grunn av informasjonen av den medisinske terminologien og behandlingen var ganske komplisert. Barna ga flere eksempler på hvordan foreldrene hjalp til med å forklare ord, eller legge til ord til den informasjonen helsepersonalet ga. De tre hovedtemaene i resultatet var å opprettholde en åpen og ærlig tilnærming, opprettholde håp og ånd, og det å administrere begrenset informasjonsdeling.

2. "Children with cancer share their views: tell the truth but leave room for hope" (Jalmsell, Lövgren, Kreicbergs, Henter & Frost, 2016).

Dette er en kvalitativ studie utført i Sverige hvor de hadde intervju med 10 barn i alderen syv til 17 år som ble behandlet for kreft. Målet med studien var å finne ut hvordan de ønsket å motta dårlige nyheter. De dårlige nyhetene ble definert som informasjon om et potensielt fatalt utfall, som tilbakefall av sykdommen eller at det ikke var mulig med mer behandling. Det ble utviklet en tematisk semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål og med et språk tilpasset det enkelte barn. Tre viktige aspekter ble funnet i forhold til hvordan barna ønsket å motta dårlige nyheter. De ønsket å motta informasjonen på en ærlig måte samtidig som de skulle få opprettholde håpet, de ønsket å motta informasjonen sammen med foreldrene sine, og de ønsket at informasjonen ble gitt på en slik måte at barna kunne forstå hva som ble sagt.

3. "Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods" (Gibson, Aldiss, Horstman, Kumpunen & Richardson, 2010).

En kvalitativ studie som samlet inn data ved hjelp av alderstilpasset, deltagende-baserte teknikker. Teknikkene inkluderte spill og dukker, tegne og skrivemåte, intervjuer og en aktivitetsdag. Studien ønsket å inkludere barn i alderen 4-19 år på seks stadier i kreftbehandlingen, f.eks. ved diagnose, under og opp til 18 måneder etter behandling, får palliativ behandling. Studien tok sted i Storbritannia og det var totalt 38 deltakere med. De yngre barna fortalte at de fikk informasjon fra foreldrene sine og ikke fra helsepersonell. De fortalte at de spurte foreldrene sine hvis det var noe de

ville vite om behandlingen sin. De litt eldre barna ønsket å bli snakket til og bli informert av helsepersonell om behandlingen sin. De eldre barna ønsket og at helsepersonellet brukte ord de kunne forstå. De ønsket enkle ord, men ikke "baby-ord". F.eks. om emla-krem at de skulle få på en krem som gjorde at de ikke ville føle stikket i stedet for "den magiske kremen". De eldre barna fortalte at de kjente sykepleierne bedre enn legene, og følte det mer komfortabelt å prate med de. Denne studien gir et perspektiv på behov og preferanser for barn og ungdom som får kreftbehandling. Studien sier videre at det er viktig at barn og ungdom får nøyaktig kunnskap om sykdommen sin og behandlingen de har gjennomgått slik at de senere i livet kan være i stand til å være delaktige i beslutninger om sin helsetilstand.

4 Drøfting

Her vil jeg drøfte problemstillingen min opp mot ulike teorier og forskningsresultater, i tillegg til å se problemstillingen i lys av mine egne erfaringer og tanker. Jeg vil drøfte teori først, så mine egne tanker og erfaringer, før jeg avslutter med teori eller forskning. Drøftingen min er delt i tre deler, hvor jeg har brukt sykepleietiltak som overskrifter for å svare på problemstillingen.

4.1 Hvordan gi informasjon til barn med kreft?

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fra Norsk sykepleierforbund (2011) sier at jeg som sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi de tilstrekkelig, tilpasset informasjon og jeg skal forsikre meg om at pasienten har forstått informasjonen. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-5 sier at informasjonen som gis skal være tilpasset pasientens forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og språk- og kulturbakgrunn. Informasjonen skal bli gitt på en hensynsfull måte, og helsepersonell skal så langt det lar seg gjøre sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Det kan være vanskelig i en barneavdeling å la barn på seks til 12 år ta avgjørelser på egenhånd, og de er avhengig av å ha foreldre eller omsorgspersoner tilstede som kan hjelpe eller ta avgjørelsen for dem. Jeg har opplevd at når jeg skal informere barnet om en prosedyre som skal skje at barnet snur seg til foreldrene for å få bekreftelse fra de på at dette er greit. Det kan være stressende for barnet å skulle gå gjennom diverse prosedyrer. De er derfor avhengig av å ha foreldrene tilstede siden foreldrene er viktige for barnets trygghet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 59). Barn har rett til å ha minst én forelder eller omsorgsperson hos seg under behandling og sykehusopphold hvis de ønsker det. Når barnet er alvorlig sykt blir det tilrettelagt for at begge foreldre kan være tilstede under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 53). De pasientene jeg har sett i praksis og på jobb har hatt foreldre eller omsorgspersoner tilstede. De fleste har kun hatt én hos seg da det ofte er søsken som må ivaretas hjemme. Det er svært viktig for barn som er innlagt på sykehus med foreldrenes tilstedeværelse, særlig i stressende situasjoner (Grønseth & Markestad, 2011, s. 61). Jeg har erfart at trygge voksne er viktig for barnet, og at foreldrene har bidratt til å roe barnet i stressende situasjoner.

Når du skal gi informasjon til barn og foreldre er det viktig å tenke på at barn har en kortere oppmerksomhetstid enn voksne. Derfor bør samtalene være kortvarige og bør foregå på en tid på dagen når barnet er opplagt. Det kan være lurt å sette seg ned sammen med barnet, da dette kan

være med å gjøre atmosfæren mer avslappet. Barnet kan da bevege seg rundt under samtalen og velge om det vil ha øyekontakt eller ikke. Er stemningen god kan det være med å bidra til at barnet deler mer og oppfatter informasjonen lettere. Det kan være lurt å velge et rom uten alt for mange sanseinntrykk som støy, uro og avbrytelser. Hvis det er mange barn eller spennende leker på rommet kan det være med å gjøre det vanskelig å følge med på samtalen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 87).

Bringager et al. (2014) sier at for å kunne gi informasjon til barn er det viktig med et tillitsbånd mellom sykepleier, barnet og foreldrene. Det kan ta tid å opparbeide tillit og det kan virke uopnåelig og urealistisk, men tilslutt vil vår innsats i å stå i situasjonen bli belønnet når barnet endelig føler seg trygg på deg som sykepleier. Av erfaring har jeg opplevd at første gangen jeg møter barnet er det reservert, men etter jeg har blitt kjent med barnet viser det meg tillit ved å komme bort til meg og lener seg til meg.

I studien til Coyne et al. (2015) sier barna at de ønsker å få informasjon sammen med foreldrene sine slik at foreldrene kan være deres talsmenn hvis det er noe de ikke skjønner av hva som er blitt sagt. Foreldrene kan være med å forklare vanskelig ord til noe barnet kan relatere til. De kjenner barnet sitt best og hva det har forståelse for. Lignende funn er gjort i forskningen til Jalmsell et al. (2016) som sier at informasjonen må være tilpasset det enkelte barn, den må gis på en ærlig måte, men samtidig opprettholde håp. Altså ikke bare negativ informasjon, men og positiv informasjon. Flere av barna i denne studien oppga og at de ønsket å motta informasjonen sammen med foreldrene sine. De pasientene jeg så da jeg var i jobb hadde alltid foreldrene tilstede når det skulle bli gitt informasjon.

I studien til Gibson et al. (2010) fortalte barna at de følte seg mer komfortable med å prate med sykepleierne enn legene, fordi sykepleierne var tilstede hele tiden og barna hadde blitt bedre kjent med de. Dette kan jeg kjenne igjen fra egne erfaringer, pasientene kan være åpne og ærlige når sykepleier eller annet helsepersonell er tilstede, men når legen kommer inn så blir de mer tilbaketrukkne. Hva dette kommer av kan være vanskelig å vite, men en kan tenke seg at barna er vant til å ha kontakt med sykepleiere gjennom hele dagen, mens legen kun kommer innom pasienten når det skal gjøres en undersøkelse eller hvis legen skal fortelle noe angående sykdommen eller behandlingen.

4.2 Hvordan kan forskjellige virkemidler brukes for å informere barn?

Ulike virkemidler som dukker og bamser kan være en god måte å kommunisere med barn og noe vi kan bruke for å informere barn om noe. Å bruke dukker eller bamser som forsøkskaniner og frontfigurer kan gi et innpass hos barnet. En kan og bruke fingerdukker eller hånddukker som hjelpemiddel til å informere barnet. Har man f.eks. to dukker kan man lage en samtale tilpasset barnets alder, hvor den ene dukken kan være klok mens den andre kan være uvitende (Bringager et al., 2014, s. 172). Når jeg var i praksis på en barneavdeling hadde vi en stor bamse på undersøkelsesrommet som ble brukt som prøvedukke hvis barnet var engstelig for hva som skulle skje. Bamsen hadde en mansjett rundt armen slik at vi kunne vise hvordan vi målte blodtrykket. Den hadde en oksygenmåler på hånden sin hvor vi målte hvor mye oksygen den hadde i blodet sitt, og veneflon som kunne vise barna hvordan den kunne få væske og medisiner inn i kroppen. Dette erfarte jeg at de mindre barna opp til syv-åtte år synes var en fin måte å se hva som kunne skje når man var innlagt på et sykehus. Etter å ha testet utstyret på bamsen først, var det lettere å gjennomføre prosedyren på barna. Ved å leke at bamsen og gjennomgår ubehagelige prosedyrer, kan barnet bearbeide sin egen redsel og smerte. Leken kan brukes som en avledningsteknikk i forbindelse med nødvendige situasjoner som prosedyrer og undersøkelser, men leken er og viktig for å unngå kjedsomhet hos barnet. Lek og latter hører tross alt sammen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 90).

Bøker og eventyr kan hjelpe barnet med å forstå prosedyrer eller ting som angår de. Noen av barna jeg har snakket med i praksis og i jobb har lagd sine egne historier om hva de gjør på sykehuset og hva som skjer når de skal gjøre forskjellige prosedyrer. På barneavdelingen jeg jobbet på brukte de ofte boken om kjemomannen Kasper av Motzfelt (1991) for å fortelle hva cellegift er og hva den gjør med kroppen. Denne boken setter kreftbehandling i en sammenheng som er genial for barna å forstå dette på, og er en fin støtte for både sykepleier og barna (Bringager et al., 2014, s. 170). Boken er fin å bruke som både lesebok og pekebok, men brukes mest blant barn under syv-åtte år. Denne boken kan være med å la barna lage sine egne historier, eller den kan være et utgangspunkt i samtalen mellom sykepleier og barna. Boken gir og en god forklaring på hvorfor bivirkningene kommer, og det kan gi barna forventinger om at de kommer til å kjenne at Kasper jobber for å gjøre de friske (Worum, 1999, s. 25). I boken om Kjemomannen Kasper benyttes det et metaforisk språk som gjør det enklere for barna å forstå hvorfor de må ha cytostatikabehandling og hvordan den fungerer (Ruud, 2012, s. 99). På den ene siden er boken om kjemomannen Kasper og lignende historier viktig å ha med når du skal gi informasjon som har med hvordan cellegiftbehandlingen virker og bivirkninger man kan oppleve. Siden det står på et språk som er lettere for barn å forstå kan det være med å åpne

opp for spørsmål blant barna og gjøre de mer bevisst på hva som faktisk foregår. På den andre siden tenker jeg at boken er beregnet til mindre barn, og at et barn på 12 år heller vil ha en mer realistisk forklaring på behandling og bivirkninger enn en tegneserie. Grønseth & Markestad (2011) sier at barn i 11-12 års alder har en større forståelse av komplekse fenomener som sammenhengen mellom sykdom og behandling.

4.3 Hva ønsker barn å motta informasjon om?

Hovedmålet med informasjonen som blir gitt til barn og foreldre er å gi de kunnskap for å forstå det som skjer på sykehuset, og det skal være med å gi familien ressurser til å mestre situasjonen de er i (Bringager et al., 2014, s. 168). På den ene siden er det ikke alltid at barnet er tilgjengelig for å få informasjon, og det kan vise tegn på redsel eller sinne, det kan være i en dyp konsentrasjon. Da er ikke tiden inne for å gi informasjon til barnet. På den andre siden har vi som sykepleiere en fin muligheten til å nå barnet når det er klar for å motta informasjon, ved at vi er tilstede på avdelingen 24 timer i døgnet. Denne tiden kan brukes til å observere barnet for når det er klar for å få informasjon. Det er og viktig å bruke tid og ulike virkemidler for å gi informasjon for å trygge barnet (Bringager et al., 2014, s. 169). Informasjon om sykdommen og behandlingen er viktig for mange foreldre i begynnelsen, og vi kan lett tenke oss at det er viktig for barnet også. Vi som sykepleiere bør ha et fokus på barnets og familiens situasjon og ressurser, men vi skal og ha kunnskapen om diagnosen, utredningen og behandlingen slik at vi kan svare på spørsmål og gi informasjon til barnet og foreldrene om de skulle lure på noe (Bringager et al., 2014, s. 126). Selv om barn ikke alltid forstår informasjonen som blir gitt, er det fortsatt viktig å gi informasjon. Barn vil på en måte oppfatte at det finnes en forklaring og en oversikt. Hos noen barn kan det og være nødvendig å gi informasjonen flere ganger. Barn som er redde og engstelige kan ha vansker med å oppfatte informasjonen som blir gitt (Ruud, 2012, s. 132).

En episode jeg opplevde når jeg var på jobb på en barneavdeling var at et barn på ca. 11 år skulle få cellegiftkur for andre gang. Jeg stod i bakgrunnen under denne samtalen siden det var en sykepleier som hadde hovedansvar for pasienten. Barnet fortalte at han gruet seg til cellegiftkuren fordi han første gangen hadde fått en reaksjon på medikamentet som gjorde at han slet med å puste. Han fortalte at han var redd for at han skulle dø og lurte på om det var en sjanse for at det kom til å skje. Sykepleieren satte seg ned med pasienten og informerte da nøye om at hun visste dette fra før og at sykepleieren selv og andre sykepleiere på jobb forberedte seg godt med å gjøre klar medikamenter som skulle hjelpe om han fikk en reaksjon igjen. Jeg så tydelig at pasienten satte pris på den

informasjonen han fikk, og virket tryggere når de skulle sette i gang med den andre cellegiftkuren. I følge Coyne et al. (2015) sier barna at de ønsket en ærlig tilnærming og at det var viktig for barna at de fikk opprettholde håpet. Jalmsell et al. (2016) fant i sin studie at barna ønsket en ærlig og åpen tilnærming. I Piaget sin forklaring av det konkret-operasjonelle stadiet, har barn i alderen seks til 12 år evnen til å systematisere erfaringer det har gjort og tenker mer uavhengig av det som skjer her og nå (Ruud, 2012, s. 67).

Når barnet blir informert får det kunnskap og ressurser som kan hjelpe det med å mestre situasjonen det er i (Bringager et al., 2014, s. 168). For å unngå at barnet får masse informasjon som det ikke trenger eller er interessert i kan det være lurt å spørre barnet selv hva det ønsker informasjon om. Det kan være lurt å stille åpne spørsmål som kan stimulere barnet til å tenke over og kjenne etter hva det lurte på. Hvis barnet klarer å gi utfyllende svar kan det gjøre det lettere for sykepleier å forstå hva barnet trenger av informasjon. Spørsmål som hva, hvordan, hvis, hvilke(n) og hvem er regnet som gode veiledere for å stille barnet spørsmål. Hvorfor-spørsmål har derimot vist seg å være mindre hensiktsmessige, fordi det kan gjøre det vanskelig for barnet å svare på, og det kan skape en opplevelse for barnet at det føler seg ansvarliggjort, uten å helt være i stand til det (Tveiten, 2012, s. 183).

Foreldre har en stor plass i dette temaet. Et barn på seks år har kanskje ikke like mange spørsmål som et barn på 12 år. Hos et barn på seks år kan det være at foreldrene har flere spørsmål. Det kan derfor være viktig å stille veiledningsspørsmål til foreldrene som f.eks. "Hva har dere behov for?" eller "Hvilken informasjon trenger dere?". Disse spørsmålene inviterer foreldrene, og barnet til medvirkning, og viser at det foreldre og barnet har å si faktisk har en betydning (Tveiten, 2012, s. 184). Det er i samsvar med empowerment-tenkningen som defineres som en prosess der mennesket oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Det som er sentralt i empowerment-tenkningen er maktfordeling fra helsepersonell til pasient (her: barnet og foreldrene), medvirkning og det å bli betraktet som ekspert på seg selv (Tveiten, 2012, s. 48).

Det kan være lurt å spørre barnet om det er noe det trenger informasjon om, men vi må og ha i bakhodet at ikke alle barn vet hva de trenger informasjon om. Som i episoden jeg opplevde på barneavdelingen når barnet fortalte at han var redd for sin andre cellegiftbehandling, satte sykepleieren seg ned å spurte han "Hva er du redd for?". Dette åpnet opp for at han kunne fortelle hva som gjorde at han gruete seg, og når han hadde fortalt det, sa sykepleieren at hun skjønnte at den opplevelsen hadde vært skummel, men at de nå var forberedt hvis det skulle skje igjen. Han ønsket å vite hva de gjorde for å forberede seg, og det fikk han svar på fra sykepleieren. Sånn sykepleieren

optrådte i denne episoden var etter mitt syn riktig for dette barnet. Det er og med å hjelpe barnet med å mestre situasjonen det er i, det gir håp og motivasjon til å gjennomføre neste cellegiftbehandling (Bringager et al., 2014, s. 168).

5 Konklusjon

Mitt mål med litteraturstudien var å få svar på hvordan sykepleier kan gi informasjon til barn med kreft. Hovedfunnene som ble gjort i oppgaven viste at å gi informasjon til barnet når det var mottagelig for informasjon var viktig og at reaksjoner som redsel, sinne og stress kan være med å skape et dårlig utgangspunkt for å motta informasjon. Det kom frem i forskningsartiklene at barna syns det var viktig med en ærlig i tilnærmingen, men at det samtidig skulle det være rom for håp hos pasienten. Oppgaven har vist at tillitsbånd mellom sykepleier, barnet og foreldrene er viktig for å kunne gi informasjon. Barna fortalte og at de ønsker å motta informasjon sammen med foreldrene. Informasjonen som skal gis må være tilpasset det enkelte barnet. Litteratur og forskning viste at ulike virkemidler er en fin måte å kommunisere og gi informasjon på. Bruk av bamse, hånddukke eller fingerdukke til å lage en samtale tilpasset barnet kan være fint å bruke for å få gitt informasjon. Boken om kjemomannen Kasper brukes flere plasser til å informere barna om behandling og bivirkninger, på en slik måte at barna forstår det. Funnene viste at å gi informasjon flere ganger kan være nødvendig, og en må ha i bakhodet at barn har kortere oppmerksomhets tid. Det kan derfor være lurt å korte ned samtalen. For å unngå at barnet får informasjon det ikke har behov for kan det være lurt å spørre barnet hva det trenger informasjon om.

Kunnskapen jeg har fått etter å ha skrevet denne oppgaven kommer jeg til å ta med meg videre som sykepleier. Forskningen jeg har drøftet i oppgaven gir et lite bilde av hvordan barn ønsker å motta informasjon om kreft, og noen av studiene sier noe om hva de ønsker informasjon om. Selv om studiene gir et bilde av hva barna tenker og ønsker, burde det forskes mer på dette. Det bør og forskes mer på sykepleier sin rolle innen dette temaet.

Litteraturliste

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

Coyne, I., Amory, A., Gibson, F. & Kiernan, G. (2015). Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange. *European Journal of Cancer Care*, 25(1), 141-156. doi: 10.1111/ecc.12411

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Jalmsell, L., Lövgren, M., Kreicbergs, U., Henter, J.-I. & Frost, B.-M. (2016). Children with cancer share their views: tell the truth but leave room for hope. *Acta Paediatr*, 105(9), 1094-1099. doi: 10.1111/apa.13496

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 05.11.16 fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 28.10.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Renolen, Å. (2014). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ruud, A. (2012). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Tveiten, S. (2012). Barns helse og livskvalitet. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie* (ss. 42-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2012). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie* (ss. 157-204). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Worum, R. (1999). *Barn med kreft - kommunikasjon med alvorlig syke barn*. Oslo: Den Norske Kreftforening.