

# BACHELOROPPGAVE

## Barnets lagspiller på sykehus

Av  
Kandidatnummer: 35  
Anja Fjose

**Collaborating with children in hospital**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
SK 152  
Antall ord: 7103  
Mai, 2016  
Rettleier: Sissel Hjelle Øygard



**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 (Skriv inn tittel) 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.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 35, Anja Fjose

JA X            NEI \_\_\_

## Sammendrag

### **Bakgrunn:**

Formålet med denne oppgaven er å se på hvordan sykepleier kan oppnå et godt og trygt samarbeid med barn under smertefulle prosedyrer på sykehus. Jeg var i medisinsk praksis på en barneavdeling og merket fort hvor vanskelig og viktig dette samarbeidet med barnet er. Problemstillingen ble derfor; *"hvordan kan sykepleier få til et godt samarbeid med barnet ved gjennomføring av smertefulle prosedyrer på sykehus."*

### **Metode:**

Gjennom å drøfte funn fra forskningsartikler om barn på sykehus, relevant faglitteratur og egne erfaringer fra praksis på barneavdeling har jeg kommet frem til ulike tiltak sykepleier kan bruke for å få til et godt samarbeid med barnet ved gjennomføring av smertefulle prosedyrer på sykehus.

### **Resultat:**

For å få til et godt samarbeid med barn under utførelse av prosedyrer er det viktig at sykepleier har kunnskaper og ferdigheter med det å jobbe med barn. Det finnes ulike faktorer som fremmer og hemmer dette samarbeidet. Sykepleier må kunne kommunisere, skape tillit og gi god informasjon til barnet om dets situasjon. Videre er det viktig at barnet blir sett og hørt, slik at det føler seg anerkjent og kan få en følelse av kontroll i en ellers stressende situasjon. I tillegg spiller foreldre en stor rolle i samarbeidet med barn. Det er viktig at sykepleier kan bruke foreldre som en ressurs til å bli kjent med barnet, samtidig trenger foreldre støtte og god informasjon fra sykepleier om barnets sykdom og behandling slik at de igjen kan hjelpe barnet sitt på best mulig måte.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>METODE</b> .....	<b>2</b>
2.1	PRESENTASJON AV STUDIENS SYSTEMATISKE LITTERATURSØK.....	2
2.2	VALG AV DATABASER.....	3
2.3	SØKEORD OG KOMBINASJON AV SØKEORD.....	3
2.4	KRITERIER FOR VALG AV FORSKNINGSARTIKLER.....	4
2.5	GJENNOMGANG AV LITTERATURSTUDIETS TREFF OG KRITISK VURDERING.....	4
<b>3</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>4</b>
3.1	UTVIKLINGSTEORI.....	4
3.2	JOYCE TRAVELBEE.....	5
3.3	RELASJONSKOMPETANSE.....	6
3.4	FORELDREROLLEN.....	8
3.5	TVANG.....	8
3.6	FUNN FRA FORSKNINGSARTIKLER.....	8
<b>4</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>11</b>
4.1	KOMMUNIKASJON.....	11
4.2	DISTRAKSJON.....	13
4.3	STYRKE FORELDREROLLEN.....	15
<b>5</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>17</b>
	<b>BIBLIOGRAFI</b> .....	<b>18</b>

# 1 Innledning

I 2009 var det nesten 97 000 sykehusinnleggelser blant barn og unge i alderen 0-19 år. Det er flest småbarn som blir innlagt på sykehus. Seks av ti er yngre enn 4 år, og barn under 1 år er de som legges hyppigst inn (Grønseth & Markestad, 2011). Undersøkelser og prosedyrer er noe de fleste barn innlagt på sykehus må gjennomgå. Barn blir lett utrygge og redde i ukjente omgivelser, og gjennomføring av smertefulle prosedyrer kan bli en utfordring dersom barnet motsetter seg det. For å forebygge traumatiske opplevelser for barnet, er det avgjørende at sykepleier kan skape tillit og trygghet, for å legge til rette for et best mulig samarbeid for alle parter. Forskning viser at bruk av distraksjoner under smertefulle prosedyrer reduserer stress, uro og smerte hos barnet (Olmstead, Scott, Mayan, Koop, & Reid, 2014).

Mer kunnskap og økt bevissthet i samfunnet har gjort oss mer oppmerksomme på hvilke konsekvenser dårlige opplevelser i barndommen kan få senere i livet (Ruud, 2012). I følge nasjonale faglige retningslinjer for barn kan barns opplevelser og helsetilstand på sykehus medføre konsekvenser for barnets fremtidige utviklingsmuligheter (Helsedirektoratet). Avhengig av alder reagerer barn annerledes på sykdom og smerte enn voksne og sykepleier må forholde seg til barn som en helhet (Tveiten, Wennick, & Steen, 2012). Når et barn er sykt og innlegges i sykehus, er foreldre med. Foreldre har en naturlig plass i barneavdelingen, da deres tilstedeværelse ofte bidrar til trygghet og velvære hos barnet. Forskrift om *barns opphold i helseinstitusjon* sier blant annet at barn skal ha en av foreldrene hos seg under oppholdet. Videre pålegger forskrifta sykehuspersonalet til å avklare med foreldre hvilke oppgaver de ønsker og kan utføre mens de er hos barnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Barn betraktes i dag som en kompetent samtale-/samspillpartner som allerede fra svært ung alder kan formidle det som det opplever (Ruud, 2012). I følge barnekonvensjonen artikkel 12, har barn rett til informasjon og deltakelse når beslutninger skal tas i saker som angår dem (Barneombudet, 1991). Hensikten med formålet er at barnet skal ha rett til å bli hørt og delta i sin egen behandlingsfase. Dette kan ofte omtales som "*empowerment*", hvor barnet skal få en opplevelse å ha styring og kontroll over situasjonen (Skårderud, Haugsgjerd, & Stånice, 2013, s. 323).

Det stilles store krav til sykepleiers moralske standard og refleksjon over egen praksis i sykepleie til barn (Grønseth & Markestad, 2011). Måten sykepleier kommuniserer og utøver praktiske gjøremål på kan ha stor betydning for det videre samarbeidet med barnet. Holdninger synliggjøres blant annet ved sykepleierens engasjement og interesse til barnet. Nonverbale

signaler og sykepleierens toneleie er faktorer som spiller inn på om barnet synes sykepleier er snill eller slem (Grønseth & Markestad, 2011).

Tema til bacheloroppgaven har jeg valgt på bakgrunn av min medisinske praksis på barneavdeling. Under praksisen opplevde jeg ofte at utførelse av prosedyrer på barn til tider var vanskelig å gjennomføre. Noen andre ganger fikk sykepleier til et godt samarbeid med barnet og prosedyren ble utført på en god og ordentlig måte. Andre ganger måtte sykepleier ty til tvang for å få utført en prosedyre, og hele situasjonen ble preget av sinne, fortvilelse og uro. Disse erfaringene fra praksisfeltet og søk i litteraturen har økt min interesse for denne problemstillingen.

## 1.1 Problemstilling og avgrensing

*"Hvordan kan sykepleier få til et godt samarbeid med barnet ved gjennomføring av smertefulle prosedyrer på sykehus?"*

På bakgrunn av mine erfaringer ønsker jeg ikke å fordype meg i noen spesiell prosedyre, men fokusere på fellestrekk ved smertefulle prosedyrer som kan fremkalle redsel og engstelse hos barn. Med smertefulle prosedyrer mener jeg for eksempel blodprøvetaking, nedlegging av sonde, sårstell og innlegging av perifert venekateter. Under søkeprosessen fant jeg flest studier gjort på barn mellom 6-12 år, og foreldrenes rolle til innlagte barn.

## 2 Metode

Jeg har valgt et litteraturstudie som metode for å kunne svare på problemstillingen. I følge Dalland (2008) er vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet.

### 2.1 Presentasjon av studiens systematiske litteratursøk

#### PICO

I arbeidet med å formulere problemstilling og finne gode søkeord, ble rammeverket PICO brukt. PICO representerer en måte å dele opp problemstillingen på, og blir derfor strukturert på en hensiktsmessig måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim, & Reinart, 2013, s. 33). Ved bruk av PICO-modellen, ble min problemstilling systematisert slik:

**Tabell 1. Spissing av problemstilling**

<b>Patient/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Barn på sykehus/ Smertefulle prosedyrer	-	-	- Godt samarbeid med barnet - Trygge- og tillitsfulle rammer rundt barnet

## 2.2 Valg av databaser

Litteratursøket til bacheloroppgaven ble gjennomført februar 2016. Det ble gjort søk i databaser som Academic search elite, hvor jeg haket av Cinahl og Medline. Jeg brukte også Cochrane Library og Google scholar. Jeg fant også noe litteratur i referanselister i ulike artikler jeg kom over under søkeprosessen.

## 2.3 Søkeord og kombinasjon av søkeord

Første fase av litteratursøkingen bestod av søk i SveMed+ for å finne frem til aktuelle og relevante emneord. SveMed+ er en database med norsk, svensk og dansk helsefaglig litteratur, hvor man kan skrive inn det norske begrepet og finne det engelske omgrepet via relevante treff (Nortvedt et al., 2013, s. 42). Jeg søkte også i Google scholar for å finne artikler som hadde brukt emneord som var relevante for min problemstilling.

I det systematiske søket ble følgende søkeord brukt i de ulike databasene:

- Children/child/youth/kid
- Pain procedures
- Distraction
- Collaboration
- Parents
- Communication
- Nurse interventions

Det ble søkt separat på et ord av gangen, og deretter ble de ulike søkeordene kombinert med AND-funksjonen. På denne måten ble søkehistorikken presis og tydelig, hvilke emneord som ble brukt, hvordan de ble kombinert og hvor mange treff jeg fikk på de ulike søkene. I tillegg har jeg benyttet meg av litteratur fra pensumlisten som dekker arbeid og samhandling med barn og sykepleier. Jeg har også funne eksterne bøker som jeg mener er viktig litteratur for å besvare problemstillingen min.

## 2.4 Kriterier for valg av forskningsartikler

Ved oppstart av litteratursøket satt jeg opp følgende kriterier for artiklene:

- Artikkelen skulle være publisert i en anerkjent tidsskrift
- Artikkelen skulle være fra nyere forskning, helst fra 2000 – 2016.
- Artikkelen skulle ha et sykepleiefokus
- Artikkelen kunne være amerikansk eller skandinavisk

## 2.5 Gjennomgang av litteraturstudiets treff og kritisk vurdering

Artiklene som kom frem etter litteratursøket ble gjennomgått ved å lese overskriftene. Jeg ekskluderte de artiklene hvor overskriften ikke var relevant for min problemstilling. De andre ble lest abstrakt og ut i fra kriteriene mine til artiklene, satt jeg igjen med 3 forskningsartikler jeg mente var relevante for å kunne svare på problemstillingen. De 2 andre artiklene jeg har brukt, er funne i referanselister og Google scholar. Jeg har også valgt å ta med en fagartikkel om alternativer til bruk av tvang i teoridelen.

Med kildekritikk mener en å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2008, s. 66). For å sikre at artiklene var av god nok kvalitet, ble kunnskapssenteret sine sjekklister for vurdering av forskningsartikler tatt i bruk. De ble vurdert i forhold til gyldighet, kvalitet, resultat og overførbarhet (Kunnskapssenteret, 2015). Artiklene er bygd opp etter IMRAD-prinsippet (Nortvedt et al., 2013, s. 69). De har et abstrakt og en klar problemstilling som blir besvart underveis i hver artikkel og artiklene er relevante for praksis. Bakgrunnen for studiene er at barn innlagt på sykehus må ofte gjennom smertefulle prosedyrer, som blir en stor påkjenning for barna. Prosedyrene kan bli en stor utfordring for alle involverte parter fordi barna er redde. Svakheterne med artiklene er at ingen av de kommer med noen konkrete tiltak til hvordan man for eksempel kan skape trygghet og tillit til barna. I tillegg er 2 av artiklene fra begynnelsen på 2000-tallet. Jeg valgte likevel å ha de med, da jeg mener disse er relevante for å kunne svare på problemstillingen.

Annen teori jeg har valgt å ha med er pensumlitteratur som er kvalitetsvurdert av høgskolen, og andre bøker fra anerkjente forfattere innenfor pediatri.

# 3 Teori

## 3.1 Utviklingsteori

Når et barn innlegges på sykehus er det viktig at sykepleier har kunnskap om barns motoriske, psykososiale og kognitive utvikling. For å kunne hjelpe barnet til å mestre stress ved



sykehusinnleggelse, må sykepleier kunne vurdere tiltakene sine med utgangspunkt i barnets utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2011). Utvikling skjer ved at barns opprinnelige behov og atferd møter reaksjoner fra omgivelsene som krever at barnet må undertrykke eller omforme sine behov og ønsker, eller uttrykke dem.

Erik H. Erikson (1902 – 1994) var psykolog og psykoanalytiker av faglig orientering (Bunkholdt, 2000, p. 192). Utviklingsmodellen til Erikson legger stor vekt på at barnet, helt fra fødselen av, er på vei inn i et samfunn og at samfunnets forskjellige institusjoner påvirker det som skjer i menneskets utviklingsforløp. I barndommen deler Erikson utviklingsfasene i fire. *Den orale fasen*, fra fødsel til ca. 1 ½ år, *autonomifasen*, 1 ½ år til ca 3 år, *initiativfasen*, som går fra ca 3 ½ år til 4-5 års alder og fase 4, *ferdighetsfasen*, fra ca 6 år til puberteten (Bunkholdt, 2000, s. 204).

Ferdighetsfasen er fasen for plikt og arbeid. Det er ventet at barna skal kjenne og kunne la seg styre av en del regler for omgang mellom mennesker. I følge Erikson har barnet bedre begrepsforståelse, konsentrasjon, utholdenhet og dømmekraft. Videre sier han at dette er svært viktige forutsetninger når barnet skal inn i nye læresituasjoner, da det er forventet at barnet skal kjenne og kunne la seg styre av en del regler for omgang mellom mennesker. Barn skal utfordres, slik at opplevelse av mestring vokser. Barnet trenger å bli ansvarliggjort og de trenger ros når de utfører oppgaver tilfredsstillende. Det er viktig at barnet lærer hvor grensene går, slik at selvfølelsen ikke baseres på urealistiske forestillinger. (Bunkholdt, 2000).

### 3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926 – 1973) arbeidet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen (Travelbee, 2001). I sin teori var hun opptatt av at mennesket er et unikt individ. Hun mente at sykepleie ikke skal ha handlinger som et mål, men som et middel til å hjelpe et annet menneske. En grunntanke til Travelbee (2001) er at den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere et *menneske-til-menneske-forhold*. Dette kjennetegnes ved at både sykepleier og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, ikke som "sykepleier" og "pasient" (Travelbee, 2001, s. 171).

Jeg vil presentere noen av stadiene i utvikling av *menneske-til-menneske-forhold* som er med på å belyse problemstillingen min.

#### *Empatifasen*

Empati er evnen til å leve seg inn i, eller ta del i, og forså den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Den enkelte er nesten umiddelbart i stand til å fatte betydningen av hva den andre

tenker og føler der og da. Å føle empati er å knytte seg til den andre og oppleve nærhet (Travelbee, 2001, s. 199).

### *Sympati og medfølelse*

Evnen til sympati og medfølelse springer ut av empatifasen, men representerer et skritt videre der det foreligger en grunnleggende trang eller et ønske om å lindre plager. Når sykepleier føler med den syke, kommuniserer hun til ham at han betyr noe for henne, og at hun gjerne vil hjelpe han. Å uttrykke sympati og medfølelse vil si at sykepleier går inn og deler den sykes plager, og avlaster ham for byrden med å bære alt alene. Videre beskriver Travelbee (2001) sympati og medfølelse som varme, godhet, en kortvarig form for medlidenhet, en evne til *omsorg* opplevd på et følelsesmessig nivå og kommunisert til den andre. Medfølelse må også omsettes til konkrete handlinger. I tillegg må sykepleier ha riktige ferdigheter og kunnskaper rundt sykepleieprosessen. (Travelbee, 2001, s. 201).

### *Gjensidig forståelse og kontakt*

Den gjensidige forståelsen og kontakten er en prosess eller hendelse mellom sykepleier og pasient. Den består av tanker, følelser og holdninger som formidles fra den ene til den andre. Resultatet av gjensidig forståelse og kontakt er tillit i relasjonen, og at begge parter vokser ved å oppleve et meningsfylt møte med et annet menneske (Travelbee, 2001, s. 211).

## **3.3 Relasjonskompetanse**

### *Tillit*

God kommunikasjon er nøkkelen til å bli bedre kjent med og skape tillitsforhold til barn, og det er en forutsetning for å hjelpe barnet til å bearbeide sin opplevelse av sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 81). Det kan være utfordrende og tidkrevende å utvikle tillitsforhold til barn da de i utgangspunktet er skeptiske til fremmede mennesker. Tillit kan ha stor betydning for samarbeidet med barnet og hvordan det opplever det som skjer på et sykehus. Barnet skal være hovedpersonen i samtaler med helsepersonell og kommunikasjonen bør preges av forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting. Videre sier Grønseth og Markestad (2011) at helsepersonell må anerkjenne væremåten, tankene og følelsene til barnet, og man må møte dem både på et emosjonelt og et kognitivt plan. Dersom sykepleier bortforklarer eller bagatelliserer følelsene til barnet, vil det gi inntrykk av at måten de opplever situasjonen på, ikke blir anerkjent. Dette vil stenge for videre kommunikasjon med barnet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83).

For at barnet skal føle seg kompetent i samtalen med sykepleier, er det viktig at det får hjelp til å forstå og å finne mening i det som formidles. Dersom barnet ikke får hjelp til dette, vil det danne

sine egne (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83). Barn tenker og forklarer opplevelser annerledes enn voksne og det kan fort oppstå misforståelser (Ruud, 2012, s. 20). Får barnet spørsmål det ikke forstår, kan det gi følelse av å komme til kort og kan skape avstand og hemmer lysten for barnet til å meddele seg (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83). Barns spørsmål og hvordan sykepleier responderer på dette er en viktig faktor for kommunikasjonen. Spørsmål barnet stiller kan si mye om hva de er opptatt av og engster seg for. Dette bør tas på alvor og barnet må få enkle og direkte svar (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86). Sykepleier må la seg imponere over det barnet sier, slik at barnet blir anerkjent som er en viktig del i kommunikasjonen (Ruud, 2012, s. 25).

### *Informasjon*

Barn trenger fortløpende informasjon om hva som skal skje fra dag til dag mens de er innlagt på sykehuset, slik at de i størst mulig grad kan oppleve kontroll og oversikt (Ruud, 2012, s. 134). Dersom en prosedyre medfører smerter eller ubehag, kan det være en hjelp at barnet får tilstrekkelig informasjon om hvorfor kroppen reagerer slik. Informasjonen som gis bør være tilpasset barnets utviklingstrinn, og informasjonen bør bli gjentatt flere ganger som kan bidra til økt forståelse hos barnet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 65). Bruk av hjelpemidler i samtale med barn kan gjøre informasjonen lettfattelig og skape distanse slik at det blir lettere for barnet å mestre informasjonen følelsesmessig (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84). Tegninger kan være et godt utgangspunkt for samtalen. Sykepleier kan be barnet tegne hvordan det er å ta en blodprøve, og deretter oppmuntre barnet til å snakke om tegningen. Dette gir barnet mulighet til å uttrykke seg, og sykepleier får anledning til å kontrollere om barnets fremstilling er korrekt (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84). I tillegg blir informasjon mer pålitelig når man spør barnet direkte hva tegningen forestiller, samtidig som det gir en fin anledning til å demonstrere roller og atferd.

### *Lek*

Lek er en spontan og frivillig aktivitet som barnet er aktivt engasjert i. Leken er motivert av indre lyst og skjer på barnets egne premisser. Leken handler om å late som og den foregår i verden som er uavhengig av virkeligheten. På sykehus er ofte sykdom og behandling i fokus og lek er derfor nødvendig for å bekrefte barnets friske sider. Dessuten er den viktig for barnets livskvalitet da den gir glede, trivsel, mestingsopplevelser og mening. I tillegg er leken viktig for sykepleiere hvor de kan møte barnet på dets nivå og kan være en innfallsport til å forstå deres virkelighet. Det er et godt hjelpemiddel å kommunisere gjennom. Leken foregår på liksom. Den skaper avstand til, og ufarliggjør følelser og opplevelser som virker skremmende å forholde seg til i virkeligheten (Grønseth & Markestad, 2011, s. 89).

### 3.4 Foreldrerollen

Foreldrenes tilstedeværelse betyr mye for barn på sykehus og de er en viktig ressurs for å kunne få til å samarbeide med barn både før, under og etter prosedyrer. Foreldrene betyr svært mye for barnets trygghet i stressende situasjoner, og de bør være tilstede hele tiden (Grønseth & Markestad, 2011, s. 64). For foreldre kan det være vanskelig å ha et sykt barn på sykehus og de blir ofte engstelige. Høyt stressnivå hos foreldre kan redusere omsorgsevnen da de kan fokusere mest på seg selv og sin egen uro og bekymring, og kanskje ikke ser barnets behov og signaler like godt som de pleier (Tveiten, Wennick, & Steen, 2012, s. 71). Det er viktig at sykepleier er klar over dette, og kan redusere forhold som skaper stress og heller styrker foreldrenes ressurser mens barnet er på sykehuset (Grønseth & Markestad, 2011, s. 71). For at foreldre skal kunne vise trygghet til barnet sitt, trenger de å føle trygghet fra helsepersonellens side. Foreldrene har behov for å kommunisere med sykepleierne, oppleve at de har en form for kontroll over barnet og situasjonen og føle at de deltar i omsorgen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 71). For at dette skal være mulig, trenger foreldre god informasjon. Informasjonen må være realistisk, relevant og forståelig for dem. Dersom de opplever å ikke få tilstrekkelig informasjon, kan det være en tilleggsbelastning (Tveiten et al., 2012, s. 72). Grønseth og Markestad (2011) sier at en forutsetning for at foreldre skal kunne gi barnet trygghet under prosedyrer, er at de selv har fått tilstrekkelig informasjon på forhånd.

### 3.5 Tvang

Tvang og makt er definert som tiltak som begrenser en persons valg-, handle- eller bevegelsesfrihet (Helsekompetanse.no). Det finnes mange ord for å beskrive tvang – holde i ro, immobilisere, bruke fysisk makt osv. Coyne og Scott skrev i 2013 en fagartikkel om alternativer til bruk av tvang på barn for kliniske prosedyrer. De sier at sykepleiere ofte er involverte i bruk av tvang på barn som ikke klarer å sitte i ro under utførelse av prosedyrer som for eksempel å legge inn perifer venekanyler. Videre sier de at håndtering av barn under prosedyrer kan være utfordrende og skape engstelse for alle involverte parter. Fysisk makt på barn blir brukt for å kunne gjennomføre kliniske prosedyrer under et sykehusopphold. I følge pasient- og brukerrettighetsloven kan tvang bare utføres dersom det står mellom liv og død, og det er et krav om at alle andre løsninger skal være prøvd før helse- og omsorgstjenesten vurderer bruk av tvang (Fylkesmannen.no, 2012).

### 3.6 Funn fra forskningsartikler

#### *Artikkel 1*

**"Influences shaping nurses` use of distraction for children`s procedural pain"** (2014)

Deobrah L. Olmstead, Shannon D. Scott, Maria Mayan, Priscilla M. Koop, and Kathy Reid.

Målet med denne studien var å få kunnskap om pediatriske sykepleiere og deres erfaringer med å utføre akutte, smertefulle prosedyrer på barn, med et spesielt fokus på deres bruk av distraksjoner som en strategi for å håndtere smerten til barnet.

Alle sykepleierne bekreftet at bruk av distraksjon på barna under smertefulle prosedyrer fungerer bra, men noen ganger kan enkelte barn være så redde at ingen distraksjoner virker og bare gjør ting verre. Metoder som fungerte bra en dag, virket kanskje dårlig neste dag. Sykepleierne identifiserte "window of time", hvor prosedyrene måtte passe inn til en spesiell tid og når den tiden var utgått, følte sykepleierne at de måtte bare få det overstått slik at barnet fikk den behandlingen som var nødvendig.

### *Artikkel 2*

**"Building the future: children's views on nurses and hospital care"** (2011). Terri Fletcher, Alan Glasper, Gill Prudhoe, Cath Battrick, Lesley Coles, Katy Weaver, Lorraine Ireland.

Data til denne studien ble samlet inn fra 2 barnesykehus i England. Studiet hadde to mål:

- Å finne ut hvilke kunnskaper, innstillinger og ferdigheter sykepleiere trenger for å ta hånd om barn innlagt på sykehus og deres familie
- Å finne ut hvordan barn opplever en sykehusinnleggelse, og hvilke følelser de satt igjen med i tiden etterpå.

Resultatet viste at nonverbal og verbal kommunikasjon var særlig viktig for barna. Det var også viktig at sykepleier var snill, faglig dyktig og hadde evne til å relatere seg til barnets sykehusinnleggelse.

### *Artikkel 3*

**"Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers"** (2002). Tarja Pölkki, Anna-Maija Pietilä, Katri Vehviläinen-Julkunen, Helena Laukkala, Pauli Ryhänen.

Målet med denne studien var å beskrive foreldrenes syn på faktorer som påvirker deres sykehusinnlagte barns smerte og anbefalinger de har til helsepersonell for å minimere barnets smerte. To spørsmål ble stilt i denne studien:

- Hvilke faktorer hindrer eller forebygger foreldrenes deltakelse i barnets smertelindring i sykehus?

- Hvilke anbefalinger har foreldre til helsepersonell som kan lindre og minimalisere barnets smerte?

For det første er det viktig å lære foreldre metoder for å lindre barnets smerte under et sykehusopphold. Videre forlanger foreldre mer informasjon angående barnets smertelindringsregime på sykehuset. Foreldrene følte de fikk nok informasjon om medisinsk smertelindring, men veldig lite om ikke-farmalogiske smertelindringsmetoder. For det tredje følte foreldrene mye på angst, bekymring, hjelpeløshet og depresjon. Slike følelser kan ha påvirket foreldrenes evne til å støtte barnet under smertefulle prosedyrer. Sykepleiere må sikre emosjonell støtte til foreldre.

#### *Artikkel 4*

**"Nonpharmacological methods in relieving children`s postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland"** (2001). Tarja Pölkki, Katri Vehviläinen-Julkunen, Anna-Maija Pietilä.

Målet med denne studien var å beskrive sykepleieres bruk av ikke-farmalogiske metoder for å lindre smerte til postoperative barn i alderen 8-12 år. Spørsmål forfatterne ville ha svar på var:

- Hvilke ikke-farmakologiske metoder bruker finske sykepleiere for å redusere smerten til postoperative barn?
- Kan faktorer som alder, erfaring relatere til bruk av smertelindrende metoder blant sykepleierne?

Studien indikerte at emosjonell støtte, hjelp til daglige aktiviteter og skape et komfortabelt miljø var viktig for å kunne redusere smertene til barnet. I tillegg viste studien at sykepleiernes erfaring og alder spilte en stor rolle i forhold til hvordan og hvilke distraksjoner de valgte å bruke.

#### *Artikkel 5*

**"Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: An Integrative review"** (2010). Wendy Landier, Alice M. Tse

Dette er en systematisk oversikt over studier fra fire databaser (Medline, Cinahl, PsyINFO og Cochrane) om effekt av alternativt til medisinske tiltak til prosedyrerelaterte smerter, angst og bekymring til barn med kreft.

Resultat av alle studiene foreslår at tiltak som hypnose, distraksjon og bilder kan være effektive, alene, eller i kombinasjon med medisinske tiltak, for å håndtere prosedyrerelaterte smerter, angst og bekymring hos barn med kreft.

## 4 Drøfting

### 4.1 Kommunikasjon

#### *Tillit*

Under et sykehusopphold må de fleste barn gjennomgå undersøkelser og prosedyrer. Dette kan skape mye engstelse og bekymring hos barnet da de har en begrenset forståelse og lite kontroll over situasjonen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 62). Det er viktig at sykepleier anstrenger seg for å oppnå tillit hos barnet. En studie gjort av Fletcher et al. (2011) viser at barn innlagt på sykehus har ønsker om hvordan de vil at sykepleier skal opptre. Barn setter pris på sykepleiere som smiler, er vennlige og hjelpsomme. De som lytter aktivt til barnet og forklarer om prosedyrer, gir trygghet og er med på å berolige barnet. Grønseth og Markestad (2011) påpeker at barn kategoriserer helsepersonell som "snille" eller "slemme", basert på hvordan sykepleier opptre. Videre seier de at barn liker sykepleiere som snakker vennlig, er snille, rolig og avslappet og som lytter til hva barnet har å si. Dette støtter Travelbees (2001) syn på sympati og medfølelse til den syke. Ved å vise medfølelse til barnet, kommuniserer sykepleier at hun har et ønske om å hjelpe og lindre smerte og ubehag. Dessuten sier Travelbee (2001) også at det er sykepleierens væremåte eller atferd som formidler medfølelse i sykepleiesituasjoner. Studien til Olmstead, Scott, Mayan, Koop og Reid (2014) viser at sykepleiere følte det var lettere å kunne utføre prosedyrer på barn dersom de hadde et godt, tillitsfullt forhold til barnet. Imidlertid følte andre sykepleiere at dersom man hadde et godt forhold til barnet, ble det vanskeligere å utføre smertefulle prosedyrer da barnet ikke kunne forstå hvorfor sykepleier plutselig ble "slem" og gjorde dem vondt. Derfor må man, i følge teorien, se på utviklingstrinnet til barnet. Barn i 6-12 år har en bedre forståelse av hva sykdom er samtidig som de fortsatt kan se på sykdom som straff. Av den grunn er det viktig at sykepleier kan gi konkret informasjon om hva som kommer til å skje, i forhold til den aktuelle prosedyren barnet skal gjennom (Grønseth & Markestad, 2011, s. 59). I denne alderen kan barnet forstå at det er en sammenheng mellom smerte og behandling, og sykepleier må respektere barnets grenser. Min kliniske erfaring er at barn i denne alderen har en forståelse for at å ta en blodprøve kan være vondt, men nødvendig for den videre behandlingen. Jeg hadde en situasjon i praksis hvor et barn begynte å gråte da han skulle ta en blodprøve. Jeg satt meg ned ved siden av barnet og sa at det er lov å gråte og være redd. Videre fortalte jeg at voksne og til og med jeg kan bli redd i slike situasjoner. Vi ble enige

om at barnet skulle få velge hvilken arm det skulle stikkes på og vi avtalte at han skulle få en premie etterpå. På denne måten mener jeg at barnet fikk tillit til meg via god kommunikasjon. Vi fikk til et godt samarbeid og prosedyren ble utført på en god måte.

Studien til Fletcher et al. (2011) viser at sykepleierens erfaringer og faglig dyktighet spiller en stor rolle for å skape et tillitsfullt forhold til barnet og deres foreldre. Det kommer frem i studien at barn ønsker sykepleiere som er faglig dyktige, samt klarer å distrahere fra smertene under en prosedyre. Dette støttes også i funn fra studien til Olmsted et al. (2014) hvor erfarne sykepleiere som er teknisk gode, får gjennomført en prosedyre raskt og skånsomt og kan redusere barnets engstelse, nettopp fordi de er eksperter på området. Travelbee (2001) sier i sin teori om gjensidig forståelse og kontakt, at sympati og medfølelse ikke er nok til å dekke pasientens sykepleiebehov. Hun sier at medfølelse må omsettes i intelligente, konstruktive sykepleiehandlinger. Videre påpeker Travelbee (2001) at sykepleier må vite hva hun skal gjøre, og ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen. Annen litteratur sier at stress og engstelse hos barn og foreldre kan dempes av at sykepleier virker kompetent og trygg i sin rolle (Grønseth & Markestad, 2011, s. 69). Jeg har opplevd at barn, spesielt i alderen 6-12 år, fort kan merke dersom sykepleier er usikker på en prosedyre. Første gang jeg skulle legge ned sonde på et barn var jeg litt usikker og utrygg i utførelsen av prosedyren. Jeg hadde ikke et godt håndlag og jeg opplevde at barnet og moren ble mer stresset av meg enn prosedyren i seg selv. Dette er et godt eksempel på hvordan det kan bli vanskelig for barnet å stole på sykepleier, og hele situasjonen kan bli preget av unødvendig stress og redsel for både barn og mor. Av dette lærte jeg at jeg burde heller ha øvd på en medstudent slik at jeg hadde gjort prosedyren før jeg gikk inn til barnet.

### *Informasjon*

Å forbedre barnet til en prosedyre er helt avgjørende for at den skal bli gjennomført på en god og kvalitetssikker måte. Studien til Fletcher et al. (2011) sier at barnet trenger informasjon tilrettelagt sin alder for at det skal kunne forstå. Særlig det å gi tilstrekkelig informasjon og forklaring før utførelse av en prosedyre, sier Fletcher et al. (2011) er med på å dempe barnets angst og engstelse. En studie fra Finland viser at informasjon før en prosedyre ble regnet som "nesten alltid brukt" av sykepleiere, samtidig som ¼ av sykepleierne reporterte at de ikke var sikre på om barnet hadde forstått informasjonen (Pölkki, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2001). Videre sier den samme studien at bruk av informasjon som del av forberedelse til en prosedyre hos et barn, kan gi barnet en følelse av kontroll over situasjonen. Som nevnt, har barn i alderen 6-12 år en form for forståelse av smerte relatert til prosedyrer og behandling, og de kan bruke mye krefter på å prøve å forstå situasjonen og det som skjer i omgivelsene. "Hvorfor må jeg ta



blodprøve? Hvorfor må jeg få vondt, har jeg gjort noe galt?”, er spørsmål barnet fort kan stille seg. I følge Ruud (2012), er det viktig at barnet får hjelp til å skape mening med det som skjer. Mening og forståelse over en situasjon er et grunnleggende aspekt ved evne til kommunikasjon (Strandbu, 2011, s. 113). Grønseth og Makestad (2011) sier at målet med å forberede et barn til en prosedyre er å skape mening og forutsigbarhet slik at barnet vet hva det kan forvente. Videre sier de at informasjonen bør være realistisk, fange barnets interesse og ikke virke skremmende. Det finnes ulike teknikker man kan bruke for å forberede et barn til en prosedyre. Å la barnet få leke med medisinske utstyret har jeg positive erfaringer med. Ved at barnet kan få leke med det medisinske utstyret, prøve ut på sykepleier, en dukke eller foreldre, kan dette hjelpe barnet til å danne seg et bilde av hva som kommer til å skje (Grønseth & Makestad, 2011, s. 63). Jeg mener dette kan være med å bidra til at barnet klarer å mestre situasjonen bedre. En gang skulle jeg måle temperaturen på et barn med temporalskanner. Barnet ble fryktelig redd for dette, skrek og bare vridde seg vekk. Jeg satt meg på huk så jeg kom ned på barnets nivå, fikk øyekontakt og spurte om vi skulle prøve å ta temperaturen til mamma først. Barnet roet seg og nikket. Etter at barnet hadde gjort det på moren, kunne barnet se at det ikke var farlig, og jeg fikk utført skanningen på barnet etterpå på en rolig og god måte. Her skapte jeg tillit og fikk til et godt samarbeid med barnet, fordi vi fikk en god kommunikasjon som gjorde at barnet stolte på meg.

## 4.2 Distraksjon

### *Tvang*

Studien til Olmsted et al. (2014) viser at distraksjon er en av de mest suksessfulle metodene for å redusere et barns smerte og engstelse relatert til kliniske prosedyrer. Alle sykepleiere som ble intervjuet, forklarte den positive siden ved deres bruk av distraksjon for å hjelpe barnet å håndtere smerter. På den andre siden identifiserte de spesifikke omstendigheter hvor distraksjon var ineffektiv og til og med en barriere for barnets prosedyrerelaterte smerte. Dernest viser det seg at uansett hvor godt en sykepleier har prøvd å forberede barnet til en prosedyre, skjer det noen ganger at barnet er så engstelig og så stresset at det ikke klarer å ”de-eskalere”. Dersom dette oppstår sier studien at distraksjonsstrategier blir ineffektive og potensielt skadelig for barnet. Under slike omstendigheter velger ofte sykepleiere å ”bare få det gjort”, og fullfører prosedyren så fort som mulig for å kunne minske varigheten til barnets smerte. En fagartikkel utarbeidet av Coyne og Scott (2013), sier at bruk av fysisk makt, tvang, på barn blir hyppig utført for å kunne gjennomføre kliniske prosedyrer på barn innlagt på sykehus. I 2010, under ”the European Association for Children in Hospital”, var budskapet klart: tvang er en uakseptabel teknikk som strider mot barns rett til beskyttelse mot alle former for fysisk og psykisk vold, og det er ikke i beste interesse for barnet (Coyne & Scott, 2013). På den annen side, er det ikke vi, helsepersonell, som vet hva som er til beste for barnet? Det er vi som helsepersonell som sitter på kunnskap og vet viktigheten bak prosedyren, ikke barnet. Jeg

mener man, i noen tilfeller, burde se på tvang som en mer terapeutisk handling, hvor en prosedyre kan bli utført på en trygg og kontrollert måte ved hjelp av at foreldre kan holde eller støtte barnet sitt. Riktignok sier loven klart og tydelig at tvang kan bare utføres på barn dersom det står om liv og død (Fylkesmannen.no, 2012). Å ikke ta antibiotika ved sepsis kan i verste fall føre til død. Dette legitimerer at foreldre tar barnet på fanget, holder armene og en hand på hodet slik at man får gitt barnet den nødvendige medisinen.

### *Empati*

Empati blir definert som en viktig del av å kunne skape et godt tillitsfullt forhold til barnet (Olmsed et al., 2014). Ved å være klar over at barnet er engstelig og redd for en prosedyre førte til at sykepleierne i studien gjorde alt de kunne for å eliminere unødvendig stress. Å vise barnet empati var noe av det viktigste som kom frem blant sykepleierne i studien. Forskingen gjort av finske Pölkki et al. (2001) viser også at å vise empati ved å holde barnets hand, gi medfølelse og emosjonell støtte, var hyppig brukt blant sykepleierne for å redusere barnets prosedyrerelaterte smerte og engstelse. Dette støtter også av Travelbees (2001) teori om at å vise empati hjelper i prosessen om å knytte seg til andre og oppleve nærhet og forståelse, som igjen er med på å skape tillit og trygghet hos hverandre. Grønseth og Markestad (2011) sier at man kan få til et bedre samarbeid med barnet dersom det føler at det blir anerkjent, lyttet til og respektert. Jeg har erfart at det blir lettere å kunne utføre en prosedyre hos et barn som i utgangspunktet er engstelig, ved å anerkjenne dets følelser. Ved å for eksempel si til barnet; "Jeg ser at du er redd for å ta denne blodprøven. Kan du fortelle hva du synes er skummelt?" Her gir man barnet en mulighet til å fortelle hva han føler. Videre mener jeg det er viktig å være ærlig med barnet, og fortelle at det kan gjøre litt vondt, men forsikre barnet om at jeg er trygg i min rolle, at jeg har gjort dette før, og lover at det skal gå kjapt. Jeg synes også det er viktig å rose barnet før og etter den aktuelle prosedyren som kan være med på å gi barnet selvtillit.

### *Kognitive metoder*

En systematisk oversiktsartikkel gjort av Landier og Tse (2010), viser at bruk av bilder og visuell tenking kan dra fokuset til barnet bort fra den prosedyrerelaterte smerten. Et eksempel kan være at barnet blir bedt om å tenke at han er på en hyggelig plass ( for eksempel stranden) og prøve å fokusere på de fysiske sansene denne plassen har ( sand mellom tærne, varme fra solen, lyden av bølger som slår inn mot land). Videre sier Landier og Tse (2010) at denne teknikken krever et aktivt samarbeid med barnet og at den er mest effektiv til barn over 8 år. I tillegg er det en forutsetning at sykepleier allerede har et tillitsfullt forhold til barnet. Dette står i tråd med Travelbees (2001) teori om gjensidig forståelse og kontakt. I sympati- og medfølelsesfasen opplever sykepleier en trang til å lindre pasientens plager og hjelpe eller

distrahere pasienten til å holde ut. Dersom barnet forstår at prosedyren må bli utført for at barnet skal få det bedre, har sykepleier klart å skapt denne gjensidige forståelsen og kontakten med barnet. Visuell tenking er en distraksjon som blir hyppig brukt i ulike studier for å hjelpe barnet til å håndtere smerte og engstelse under prosedyrer (Landier & Tse, 2010). Studien til Pölkki et al. (2001) viser at bruk av visuell tenking blant sykepleierne ofte ble brukt. Under prosedyrene, ba de barnet tenke på en morsom situasjon, en fin plass eller en gøy tur barnet hadde vært på. I tillegg sier Grønseth og Markestad (2011) at ved hjelp av fantasien og fokusert konsentrasjon, kan det hjelpe barnet til å slappe av slik at smertene indirekte lindres. Gjennom min kliniske erfaring på barneavdeling, lærte jeg at man kan spille på fantasien til barnet ved å si at emlakrem er magisk og gjør at det ikke blir vondt å legge inn perifert venekateter senere. Dersom man kan få barnet til å forestille seg noe som ikke eksisterer i virkeligheten ved å gå inn i den "magiske verden", kan dette være med på å skape et godt samarbeid med barnet. På denne måten kan man komme ned på barnets kognitive nivå og det kan, forhåpentligvis, være med på å gi barnet mestring og en følelse av kontroll i situasjonen.

I tillegg til fantasering, sier forskning at det er svært viktig at sykepleier kan gi støtte og trøst til barnet under en smertefull prosedyre (Pölkki et al., 2001). Det er viktig at barnet får ros både under og etter prosedyren. Pölkki et al. (2001) viser i sin studie at for å kunne skape et komfortabelt miljø rundt barnet, må kosedyret eller favoritt leken til barnet være lett tilgjengelig. Litteraturen sier at barnet burde bli belønnet i form av noe godt å drikke, et klistremerke eller diplom (Grønseth & Markestad, 2011, s. 69). Under praksis på barneavdeling merket jeg fort at å rose barnet både under og etter utførelse av en smertefull prosedyre er veldig viktig for det videre samarbeidet med barnet. Jeg opplevde at barnet fikk en følelse av at jeg brydde meg samtidig som at jeg anerkjente barnets tapperhet med å belønne etterpå.

### **4.3 Styrke foreldrerollen**

En finsk studie gjort av Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, Laukkala og Ryhänen (2002) beskriver hvor viktig det er både for barnet og foreldre at foreldrene er tilstede under sykehusoppholdet til barnet. De sier at foreldrenes involvering gir emosjonell støtte og har en stor betydning for redusering av engstelse og smerte hos barnet.

#### *Informasjon og tillit*

I studien forsket de på hvilke faktorer som var med på å fremme og hemme deltakelse hos foreldre. Å få tilstrekkelig informasjon av sykepleiere var en betydelig faktor for foreldre. Om lag 77% av alle som deltok i studien var helt enige i at de fikk god informasjon om barnets sykdom og behandling og de følte at de hadde mulighet til å spørre sykepleiere om spørsmål eller bekymringer de eventuelt hadde om barnets smertelindring. Derimot viser studien også at 11%

av foreldrene ikke alltid forstod informasjonen de fikk fra både sykepleier og lege. Tveiten et al. (2012) sier at foreldre trenger realistisk, relevant og forståelig informasjon om barnets sykehusopphold. Derfor er det viktig å snakke mye med dem, ta kontakt ofte, oppmuntre dem til å spørre og sykepleier må selv spørre om det er noe de lurer på (Grønseth & Markestad, 2011, s. 72). For at man skal få et tillitsfullt forhold til foreldre, er det viktig at sykepleier kan kommunisere godt og har en empatisk holdning til foreldrene. Travelbee (2001) sier i sin teori at empati er en opplevelse av å forstå, og at dette er en viktig del prosessen med å skape et menneske-til-menneske-forhold. Ved at sykepleier viser empati, gir støtte og ser foreldrens behov og anerkjenner deres bekymringer, mener jeg kan oppleves som omsorgsfullt og kan være et viktig utgangspunkt for et godt samarbeid og tillitsfullt forhold til foreldrene. Dersom foreldrene ikke kan stole eller føle seg trygge på sykepleierne, kan dette få negative konsekvenser for samarbeidet og tilliten mellom sykepleier og barnet. Grønseth og Markestad (2011) kommer med eksempel hvor foreldre kan true med at sykepleier vil gjøre ubehagelige ting hvis barnet ikke hører etter, eller bare lar hun slippe til når hun skal utføre prosedyrer. Dette kan skyldes at foreldre mangler kunnskap og informasjon eller at de ikke stoler på sykepleier (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Av den grunn kan man se hvor viktig det er å skape et tillitsfullt samarbeid med foreldre.

Et annet viktig funn fra studien til Pölkki et al. (2002) er rollefordeling- og avklaring. Forskningen viser at bare 45% av foreldrene var helt enige i at de hadde fått en klar rolle og informasjon om hva de kunne gjøre for å redusere barnets prosedyrerelaterte smerte. Tveiten et al. (2012) sier det er viktig å avklare roller i samarbeidet. Hva kan foreldre bidra med? Hva forventer helsepersonell av foreldrene? Hvilken rolle skal de ha? Foreldre har en rett til å medvirke i barnets behandling, noe som er med å gi dem en form for kontroll i en ellers stressende situasjon. Likevel skjer ofte samarbeidet på helsepersonellens premisser. Det er vi, helsepersonell, som er eksperter og sitter på kunnskap og erfaring om behandling og sykdom. Samtidig er det foreldrene som er ekspert på sitt barn og dets behov. I følge Tveiten et al. (2012) er dette snakk om maktfordeling. Denne maktubalansen kan bli vanskelig og stiller ekstra store krav til sykepleier. Her ser vi at det er to eksperter, sykepleier og foreldre, og de er eksperter på hvert sitt område (Tveiten et al., 2012, s. 72). Etter mine erfaringer mener jeg det er viktig at sykepleier kan avklare rollefordelingen. Dersom man vet at barnet kommer til å stritte i mot når han for eksempel skal ta antibiotikamikstur, må sykepleier og foreldre avklare på forhånd hvem som gjør hva og eventuelt hvordan. Når alle parter er sikre og bestemte i sin rolle, signaliserer vi til barnet at dette må han gjennomgå uansett hvor mye han misliker det. I tillegg synes jeg det er viktig at begge parter kan respektere hverandre og bli anerkjent i samarbeidet. Alle har tross alt samme mål, å hjelpe barnet på best mulig måte.

## 5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg prøvd å synliggjøre hvordan sykepleier kan oppnå et godt samarbeid til barn ved gjennomføring av smertefulle prosedyrer. Etter å ha diskutert funn fra forskning opp mot teori og egne erfaringer, har jeg kommet frem til en rekke tiltak sykepleier kan gjøre for å redusere engstelse hos både barnet og foreldre innlagt på sykehus. Å skape god kommunikasjon og tillit er grunnlaget for alt samarbeid, og sykepleier må bruke tid for å få dette til. I arbeid med barn må man alltid jobbe ut i fra barnets utviklingsnivå. Dette er svært viktig i samarbeidet, da barnet må kunne forstå hva som skjer og hvorfor. Dette kan være med på å gi barnet en form for kontroll og mestring i en ellers stressende situasjon. Videre har jeg sett på hvor viktig foreldrerollen er i dette samarbeidet. Foreldre er eksperter på sitt barn og sykepleier må bidra til en god relasjon til de, slik at de får tillit til helsepersonellet. I tillegg har jeg diskutert hvordan man kan bruke distraksjon for å få gjennomført ulike prosedyrer. Jeg synes at forskningen er for lite konkrete i forhold til hvilke distraksjoner som fungerer. En grunn til dette kan være at barn er forskjellige, noe fungerer bra på noen, for andre ikke. I tillegg kan en distraksjon fungere bra en dag, og ikke fullt så bra neste dag. Å samarbeide med barn vil alltid være en utfordring. Etter å ha tilegnet meg mye kunnskap om temaet, er jeg sikker på at jeg står bedre rustet til å skape et godt samarbeid med barnet og foreldre under utførelse av ulike prosedyrer på sykehus i fremtiden.

## Bibliografi

- Barneombudet. (1991, Januar 8). *Barnekonvensjonen*. Hentet fra Barneombudet: <http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#12>
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo : Universitetsforlaget .
- Coyne, I., & Scott, P. (2013, Oktober 4). Alternatives to restraining children for clinical procedures . *Art & science - professional issues* , 22-27.
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fylkesmannen.no. (2012, Desember 20). *Helse, omsorg og sosialtjenester* . Hentet fra Fylkesmannen.no : <https://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2000, Januar 1 ). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* . Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Helsedirektoratet. (u.d.). *Nasjonal faglige retningslinjer* . Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/barnesykdommer/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-barnesykdommer-3193>
- Helsekompetanse.no. (u.d.). *Tvang og makt*. Hentet fra kurs.helsekompetanse.no: <http://kurs.helsekompetanse.no/utfordrende/16948>
- Kunnskapscenteret . (2015, November 24). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler* . Hentet fra kunnskapscenteret : <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Landier, W., & Tse, A. (2010). Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: An integrative review. *Journal of pediatric nursing* , ss. 566-579.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Norheim, L., & Reinart, L. (2013). *Jobb kunnskapsbasert!*. Oslo: Akribe AS.
- Olmstead, D. L., Scott, S., Mayan, M., Koop, P., & Reid, K. (2014, Januar 10). Influences shaping nurses` use of distraction for children`s procedural pain. *Pediatric Nursing* , ss. 162-171.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2001, Januar 16). Nonpharmacological methods in relieving children`s postoperative pain: a survey

on hospital nurses in Finland . *Issues and innovations in nursing practice* .

Pietilä, A.-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Ryhänen, P., & Pölkki, T. (2002, August). Parental Views on participation in their child`s pain relief measures and recommendations to health care providers. *Journal of pediatric nursing* .

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

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stånice, E. (2013). *Psykiatriboken Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strandbu, A. (2011). *Barnets deltakelse Hverdagslige og vanskelige beslutninger* . Oslo: Universitetsforlaget .

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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