

BACHELOROPPGAVE

Relasjon mellom barn og sykepleier i Zambia

Av

Kandidatnummer 35
Marit Ødejord

Bachelor i sykepleie

SK 152

7000 ord

Desember 2016

Rettleider: Aud Berit Fossøy



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, Marit Ødejord

JA

NEI

Sammendrag

Tittel

Relasjon mellom barn og sykepleier i Zambia

Bakgrunn for valg av tema

Etablere en god relasjon til barn i sykehus kan være svært utfordrende både relatert til alder, barnets tidligere erfaringer med helsepersonell og personlighet. Som sykepleierstudent har jeg i min praksis i Zambia erfart at kulturelle forskjeller også kan påvirke tilnærmingen og dette har ytterligere fanget interessen for temaet relasjonsbygging til barn i sykehus.

Problemstilling

Tema: Relasjonsbygging mellom sykepleier og barn

Fokusspørsmål: Hvordan etablere og opprettholde god relasjon til barn på sykehus?

Fokusspørsmål 2: Hva kan forstyrre en god relasjon?

Fremgangsmåte

Dette er en litteraturstudie med kunnskap fra skriftlige kilder som bøker og forskningsartikler om emne. I tillegg er oppgaven basert på to caser fra praksis i utlandet og egne erfaringer om emne.

Oppsummering

For å kunne etablere god relasjon til barn, når kommunikasjonen går på to ulike språk er den nonverbale kommunikasjonen i sentrum. Dette går på hvordan man opptrer og hvordan holdning man har i møte med pasienter. Barn er svært vare på kroppsspråket til sykepleiere, at de er rolige og avslappet i møte med barnet. Videre er det viktig å være tilstede og synlig for barna, slik at de kjenner igjen sykepleier når prosedyrer skal gjennomføres. Når et tillits forhold mellom barn og sykepleier er skapt, kan dette svikte og falle sammen under prosedyrer som er smertefulle for barna. Barna kan da begynne å forbinde sykepleier med smerte og negative opplevelser. For å forebygge dette kan sykepleier trøste, rose og oppmuntre barnas innsats for å prøve å veie opp det negative. Et alternativ på dette kan blant annet være en belønning når barna er ferdig med prosedyren.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensing og presisering.....	1
1.4	Oppbyggingen av oppgaven	2
2	Metode	3
2.1	Fremgangsmåte i søkeprosessen.....	3
2.2	Kildekritikk.....	3
2.3	Etisk refleksjon over oppgaven	4
3	Teori.....	5
3.1	Barn på sykehus.....	5
3.2	Relasjonsbygging med barn	5
3.3	Smerte.....	7
3.4	Kultur	7
3.5	Etikk.....	8
3.6	Forskningslitteratur	8
3.7	Case	9
3.8	Case 2	10
4	Drøfting.....	11
4.1	Case 1	11
4.2	Case 2	13
4.2.1	God relasjon?	13
4.2.2	Smerter	13
4.2.3	Innleggelse.....	14
4.2.4	Kommunikasjon	15
5	Konklusjon.....	16
6	Bibliografi	17

1 Innledning

FNs barnekonvensjon(1989) slår fast at alle barn har rett til de samme grunnleggende rettigheter uansett hvor de befinner seg. Zambia er også under FN'S barnekonvensjon (FN Sambandet, 1990).

Det å utføre sykepleie for barn, er i utdannelsen vår en svært liten del av pensum. Fokuset er gjerne på det medisinske, og videre er undervisning om kommunikasjon rettet mot den voksne pasientgruppen. Selve arbeide med barn setter et helt annet krav til en som sykepleier. Barnets alder og utviklingsstadium utfordrer sykepleiers holdninger og tilnærming (Markestad & Grønseth, 2011). Etablere en god relasjon til barn i sykehus kan være svært utfordrende både relatert til alder, barnets tidligere erfaringer med helsepersonell og personlighet. Som sykepleierstudent har jeg i min praksis i Zambia erfart at kulturelle forskjeller også kan påvirke tilnærmingen og dette har ytterligere fanget interessen for temaet relasjonsbygging til barn i sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg ønsker å øke egen kompetanse innenfor de utfordringer man møter på under relasjonsbygging til barn. Pediatrisk avdeling i Zambia fikk meg til å innse hvor viktig det er at sykepleier har kunnskaper om tilnærming rettet mot barn, dersom barna skal kunne ha tillitt til dem. På denne avdelingen fikk jeg også erfart hvor følsomt den relasjonen som blir bygd opp er og hvor fort den kan brytes selv om barnet først var trygg på sykepleier.

1.2 Problemstilling

Tema: Relasjonsbygging mellom sykepleier og barn

Fokusspørsmål: Hvordan etablere og opprettholde god relasjon til barn på sykehus?

Fokusspørsmål 2: Hva kan forstyrre en god relasjon?

1.3 Avgrensing og presisering

Fokuset vil være på etablering av relasjon til tillitsskapelse mellom sykepleier og små barn. Jeg tar utgangspunkt i pensumet fra sykepleier utdanningen i tillegg til ulike forskningsartikler innenfor sykepleie. Videre er teorien er basert og tilpasset norske forhold, samt informasjon, erfaringer og to caser fra praksis i Zambia. Her vil fokuset være på skapelse av relasjon når tid er begrenset, samt verbal kommunikasjon ikke er tilstede. Andre case vil bygge på relasjonsbrudd, med omsorgspersoner som helsepersonell, og hvordan dette kan påvirke tilliten til både omsorgspersonene, samt tilliten til helsepersonell. Avgrensingen er satt til små barn, som er innlagt på sykehus i mer enn 4 dager. Relasjon kan ha ulik betydning, men i denne oppgaven legger jeg vekt på hvordan det som blir sagt eller gjort mellom to parter blir oppfattet på. En bærende relasjon er

grunnlaget for at det som blir sagt eller gjort skal tolkes negativt ovenfor partene (Røkenes & Hanssen, 2013).

1.4 Oppbyggingen av oppgaven

Oppgaven er bygd opp med en innledning, som begrunner valgt tematikk, avgrensing og fokusspørsmål. Videre vil teoridelen beskrive fokusspørsmålet ytterligere med ulike underkapitler, samt de to casene fra praksisperioden i Zambia. Teoridelen vil være utgangspunktet i drøftingen av oppgavens problemstilling. Teoridelen vil i hovedsak inneholde hvordan man skaper relasjon til pasienter som er i en sårbar situasjon. Videre vil fokuset være på barn som blir innlagt på sykehus og hvordan dette kan påvirke barnet. Smerter er også en stor del av teorien, som vil bli drøftet i sammen med case 2. I drøftingsdelen er det tatt med to ulike caser, basert på fokusspørsmålene, som vil bli drøftet opp mot teorien. Avslutningsvis vil det forsøkes å oppsummere de resultatene som ble avdekket i oppgavens drøftingsdel.

2 Metode

Begrunnelsen for valg av ulike metoder for innhenter seg faglig kunnskap på er den metoden som gir best data og belyser fokusspørsmålene mine på best mulig måte (Dalland, 2013, s. 111). Jeg har valgt å ta med ulike artikler og en masteroppgave som kilder, samt pensumet fra sykepleierstudiet.

2.1 Fremgangsmåte i søkeprosessen

Første databasen som ble bruk er Oria og her ble søkeordene «sykepleier», «barn», «relasjon» og «trygghet» anvendt. Ut i fra dette fant jeg 7 artikler, men ingen som syntes relevante for oppgavens problemstilling. Nytt søk i Oria med søkeordene «barn» «sykehus» og «smertelindring» resulterte i 6 artikler om smertelindring av barn. Av resultatene inkluderte jeg en masteroppgave av Svendsen (2009), *Lite stikk kan velte stort lass*. Dette er en masteroppgave som bygger på ikke-medikamentelle smertelindring hos barn og ulike handlingsalternativ for dette.

Videre brukte jeg Academic Search Elite der databasene Academic Search Elite, Cinahl og Medline ble åpnet opp for. Her ble søkeordene «children», «nursing» og «trust» brukt for å søke. Av 2703 treff ble artikkelen *Development of a scale to assess children's trust in general nurses* (Woods, Rotenberg, & Betts, 2015) valgt ut.

Videre søket igjennom skiftet jeg til søkeordene til «Children», «Hospitalized», «Communications» og «safety». Resultatet var 63 artikler der artikkelen *Hospitalized Children's view of the Good Nurse* (Brady, 2009) ble valgt ut. Denne er brukt for å prøve å få frem synet til barna på sykepleier, om hvordan de opplever de gode og dårlige sykepleierne (Brady, 2009).

2.2 Kildekritikk

For å kunne gjøre tilstrekkelig kildekritikk må man vite hva man skal se etter i en artikkel. Dette om artikkelen er relevant for oppgaven, og den er av god nok kvalitet og hvilken type tekst det er. Videre er det å se på hvem som har skrevet teksten og hvilken utdanning dem har (Dalland, 2013).

Masteroppgaven jeg har valgt å ta med er *Et lite stikk kan velte stort lass* (Svendsen, 2009), som er av Edel Jannecke Svendsen. Oppgaven går ut på ikke- medikamentell smertelindring hos barn og de ulike måtene dette kan gjennomføres på. Dette er en oppgave som inneholder mye informasjon jeg kan bruke både i oppgaven min og i videre arbeid som sykepleier. Arbeidsteknikken som er nevnt i oppgaven, kan brukes etter at relasjon og tillit er opprettet mellom pasient og sykepleier.

Neste artikkelen som er valgt er *Hospitalized Children's views of the Good Nurse* (Brady, 2009). Denne sammen med artikkelen til Woods, Rotenberg & Betts (2015) er engelske studier, som kan føre til at tolkningen av disse studiene kan være forskjellig fra språkkunnskapene til leserne. Jeg har tolket dem slik jeg har skrevet under teoridelen, mens andre som leser artiklene kan oppfatte dem annerledes. Artikkelen til Brady (2009) er en kvalitativ artikkel, som går på barnas meninger og barnas syn på

sykepleiere i form av spørsmål og undersøkelse av forfatter. Artikkelen til Woods, Rotenberg & Betts (2015) er en kvantitativ studie som måler barnas meninger gjennom ulike skalaer.

2.3 Etisk refleksjon over oppgaven

Det er to caser som er med i oppgaven som inneholder pasient, student, pårørende og lege. Ingen av disse er navngitt, og ingen av disse pasientene eller pårørende skal være mulig å kjenne igjen. Kjønn og alder kan være noe forandret uten at det går ut over oppgavens teoretiske innhold. I følge Dahl (2013) er etnosentrisme et viktig begrep når det kommer til møte mellom andre kulturer. Dette vil si at man ser på sin egen kultur som den i sentrum, og ser våre innebygde kulturelle koder som den beste måten å tre oss på. Etnosentrisme vil også si at man ser på sin egen kultur som den beste, mest avanserte, naturligste og at det vi gjør er det som er riktig. Dette er noe jeg har prøvd å unngå når casen ble skrevet og tolket. Jeg har prøvd å skrive oppgaven så kulturel relativistisk som mulig. Dahl (2015) sier at kulturel relativistisk vil si det motsatte av etnosentrisme, at alle kulturer er likeverdige. Kulturelle erfaringer påvirker måten man oppfatter, tolker og forstår ulike situasjoner. Dette ligger i grunn for hvordan en situasjon kan oppleves forskjellig fra hvilken kultur man kommer fra. Innenfor kultur er det viktig å kunne forstå at en situasjon kan ha flere sider, og for å kunne forstå dette må man ha empati (Dahl, 2013, s. 74). Disse begrepene og forståelsen av de begrepene er tatt med når oppgaven er skrevet. De ulike casene er forsøkt skrevet så nøytralt som mulig, uten mine egne kulturelle erfaringer og mitt eget syn på situasjonen. Som sykepleier fra Norge tar jeg med meg mine egne kulturelle erfaringer når jeg reiser og skal utøve sykepleie, men jeg prøver å forstå de erfaringene, kulturen og ressursene som de Zambiske sykepleier har, og at dette er den beste måten de utøver sykepleie på.

3 Teori

3.1 Barn på sykehus

Innleggelse på sykehus kan oppleves om en belastning både for barn, ungdom og foreldre. For barnet kan det medføre stress, ubehag og usikkerhet, som kan eskalere ved adskillelse fra foreldrene, ubehagelige og smertefulle undersøkelser. Samtidig som det at de er i et fremmed og ukjent miljø påvirker barnets opplevelse (Markestad & Grønseth, 2011, s. 51). Ifølge Svendsen (2009) sier barna selv at god informasjon om prosedyren fra sykepleiere som viser stabilitet og trygghet kan hjelpe på både smerten og redselen. Hvor langt barnet er komt i utvikling og alder påvirker på hva som stresser barnet og hvordan de klarer å håndtere dette (Markestad & Grønseth, 2011, s. 52). Videre er det viktig at barnet ikke settes tilbake i utvikling og dette kan skje dersom stresset vedvarer og overstiger barnets mestringsevne. Risikogruppen for uheldige ettervirkninger på utviklingen til barna er størst når barna er mellom 6 måneder og 4-5 år, samt engstelige barn, barn med engstelige foreldre og barn som får lite støtte av familien. De aller fleste som opplever ettervirkninger etter sykehusopphold har ettervirkningene bare for en periode, svært få får varige mén (Markestad & Grønseth, 2011, s. 52). Uheldige ettervirkninger kan blant annet være mer engstelse, endret atferd og søvn- og spisevansker etter oppholdet. Det skal være egne barneavdelinger på sykehus for barn under 18 år, dette gjelder også sykehuset i Zambia. I følge Timothy Dakata (jordmor ved sykehus i Zambia) kan dette variere noe fra områdene grunnet økonomi, men hovedregelen er at det skal være egne barneavdelinger for barn opp til 16 år. I likhet med Norge kan det komme unntak der andre spesialiserte personell er bedre kvalifisert til selve diagnosen. På barneavdelingen skal barna bli tatt hånd om av det samme personalet under hele oppholdet, samt at personalet skal ha kunnskap om barns utvikling og behov. I dette inngår også informasjon og veiledning til barna på deres utviklingsnivå, men i samråd med foreldrene. Fra barna er 12 år har de rett på å innflytelse på medisinsk behandling og ulike undersøkelser, men barn har ikke selvstendig rett til å bestemme før de er 16 år. Personalet skal også kunne gi foreldrene den veiledningen de har behov for i forbindelse med sykdommen, fram til barnet er 12 år (Markestad & Grønseth, 2011, s. 54).

3.2 Relasjonsbygging med barn

I følge Travelbee (2007) brukes ulike kommunikasjons teknikker for å kunne bane vei for god kommunikasjon. Dette da bare dersom de blir brukt med skjønn og fornuft, og ikke preget av likegyldighet og manglende engasjement. Kari Martinsen sier noe om de etiske fenomenene innenfor sykepleie (Nortvedt, 2012). Hun mener at innenfor selve faget sykepleie er moral og etikk to viktige begrep og som sykepleier må kunne forstå pasientens situasjon ut ifra personen bak diagnosen.

Markestad og Grønseth (2011) hevder at det å skape tillitsforhold til barn kan være en særs tidkrevende og utfordrende, på grunn av små barns generelle skepsis til fremmede. Ved relasjoner

mellom barn og voksen er det viktig å bruke god tid på å bygge relasjon. Det er viktig med gjensidig respekt for å kunne nå inn til den unge. Dersom den unge vil ikke høre på det du sier eller gjør, og man kan da bli fristet til å bruke maktmidler og kontrollmidler for at den unge skal høre (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 28). Som sykepleier kan man være hyggelig og tillitsvekkende for barna, samtidig som man skal utføre ubehagelige prosedyrer som kan svekke tilliten barnet har fått (Markestad & Grønseth, 2011, s. 182). Relasjonen mellom partene er viktig for å kunne ha et større handlingsrom ovenfor hverandre. For at relasjonen skal kunne tåle mer, må relasjonen være trygg og stabil. Dersom den er stabil kan partene være med direkte og man slipper å være så forsiktig og på vakt som ved en svak relasjon. De samme kommentarene kan bli oppfattet på to forskjellige måter, etter hvor god relasjon det er mellom personene. Det vil si at ved god relasjon kan kommentarer bli tatt imot som hjelp og omtanke, mens ved en dårlig relasjon kan det oppfattes som avvising og nedlatende (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 28). Tonefall, holdninger og nonverbal kommunikasjon er noe barn kan reagere fort på. «Snille» og «slemme» sykepleiere kan bli dannet ut i fra hvordan barnet oppfatter signalene som blir sendt. For å kunne bli kategorisert som den «snille» er det viktig at sykepleier snakker vennlig, er rolig og avslappet, tilbringer tid sammen med barna og setter seg ned på huk, slik at de kan ha blikkontakt (Markestad & Grønseth, 2011, s. 82). Dersom det er mistillit mellom sykepleier og foreldre kan relasjonsbyggingen med barnet bli vanskelig. Dette kan være dersom forelderen ikke stoler på sykepleier. Mistilliten kan føre til at sykepleier bare får slippe til når det er medisinske grunner for det. Det kan også være foreldre som har truet barna med at sykepleier kommer til å gjøre ubehagelige undersøkelser dersom barnet ikke hører etter (Markestad & Grønseth, 2011, s. 82). I starten av relasjonsbyggingen er det viktig at sykepleier ikke kommer for brått på, men holder seg i bakgrunnen og gi barnet tid til å venne seg til sykepleier. For å starte kommunikasjon med barnet, kan man først gi informasjon til trygghetspersonen, og la barnet delta og bli inkludert etter hvert som barnet føler seg tryggere. Empati, væremåte og anerkjennelse tre sentrale begrep i relasjonsbyggingen. Empati vil si det å kunne sette seg inn i den andres situasjon, derav anerkjenne de følelsene som vedkommende erfarer. Væremåten vår omhandler hvordan den andre oppfatter oss. Det kan være på måten vi sitter og snakker på, holdningene våre, om vi er tilstedeværende i samtaler og ikke minst hvordan vi oppfører oss mot andre. Siste er å være anerkjennende. Ved å vise empati viser vi at vi forstår situasjonen, mens anerkjennelsen kan omhandle stemmeleie vårt og kommentarer som kan bli sagt. Dette kan føre til at pasienten føler seg empatisk forstått, men ikke akseptert, anerkjent eller respektert. Dersom pasienten ikke føler seg anerkjent, kan pasienten oppleve følelsen av å bli fordømt av personalet (Røkenes & Hanssen, 2013).

3.3 Smerte

Barn kan ha begrenset evne til å forklare sine smerter, så smertelindring og smertevurdering av barn kan være utfordrende for sykepleier (Markestad & Grønseth, 2011, s. 181). Tolkningen av barnets smerter og smerteopplevelse kan påvirke forebyggingen, smertelindringen og behandlingseffekten. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan egne holdninger kan påvirke behandlingen av barnet (Markestad & Grønseth, 2011, s. 182). Som fagpersonell kan vi stå i en situasjon der vi kan ramme selvfølelsen til pasientene og pårørende, og gi dem følelsen av å være dum, liten, hjelpeløs eller avvist dersom de ikke blir hørt og trodd på (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 179).

Smertefulle prosedyrer sammen med en negativ opplevelse av situasjonen vil ofte barn ta med seg videre til neste gang de skal til medisinsk undersøkelse. En måte å snu denne negative følelsen kan være å gi barnet trøst, ros og belønning for å prøve å styrke barnets positive opplevelse av situasjonen. Dersom barnet opplever at ingen verker lytter, ingen forstår, ingen trøster og om noen ber barnet være stille kan den negative opplevelsen blir enda verre enn den var i utgangspunktet (Markestad & Grønseth, 2011, s. 183). Barn som er utslitt, trøtt, sint, opprørt, skremt eller redd kan oppleve smerten sterke enn om barnet hadde værtrolig, avslappet, trygt og uthvilt. Dersom barnet ikke er trygg på situasjonen, men er redd, vil barnet kunne gjøre mer motstand, gjøre det vaskligere, mer tidkrevende og mer smertefullt både for seg selv og for teamet som prøver å hjelpe barnet. Det er derfor viktig, dersom det er mulig å vente til barnet har roet seg, og til barnet føler seg trygg igjen på omstendighetene. Som sykepleier kan man da sette seg på huk med barnet og forklare prosedyrer, vise det som kan vises og gi barnet tilstrekkelig med informasjon om det som skal skje, og hvorfor det må skje. La barnet bestemme selv, der det er mulig, og la barnet styre der de kan styre situasjonen (Markestad & Grønseth, 2011, s. 63).

3.4 Kultur

I følge Travelbee (2007) oppstår det kommunikasjon hver gang sykepleier og pasient møtes, både verbal og nonverbal kommunikasjon. I ulike kulturer kan ulike verbale og nonverbale tegn ha ulik betydning (Dahl, 2013, s. 238). Nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon som skjer uten tale som blant annet gråt, skrik, tegn, symboler, mime, dans og lek (Travelbee, 2007). Det er derfor viktig å kunne ha innsikt og språklig forståelse av den andre kulturen. En måte å si en setning på kan oppfattes som positivt og godt ment, den samme setningen være negativ i andre kulturer. I en kulturell kontekst er det tre hovedgrupper verdensbilde, sosiale faktorer og individuelle faktorer. Med verdensbilde som kontekst menes blant annet religion, verdier, normer og tid. Sosiale faktorer kan være status, rolle, familie, alder, kjønn og jobb. Til slutt er det individuelle faktorer som åpenhet, persepsjon, følelser, sympati og empati kan gå innunder (Dahl, 2013, s. 239).

Det finnes mange ulike roller som blant annet pasientrollen, studentrollen eller sykepleierrollen. Hvordan man utøver en rolle er forskjellig for hvem som går inn i roller. Dette kan påvirkes av holdninger, forventninger og erfaringer (Ingstad, 2013, s. 136). Travelbee (2007) skriver at i sykepleierrollen må man klare å overskride de stereotypiske merkelappene som «sykepleier» og «pasient» for å kunne komme innpå mennesket bak de rollene. Ved å klare å gå bort fra de rollene kan pasienten se på sykepleier som et unikt menneske, og sykepleier ser på pasienten som et unikt menneske, ikke en unik diagnose (Travelbee, 2007). Dersom en person har to roller som møtes med motstridende forventninger kaller man det rollekonflikt (Ingstad, 2013, s. 138).

3.5 Etikk

Innenfor helse og omsorg er det fire prinsipper som skal være i grunnen for å handle etisk ovenfor ulike skader og pasienter. Velgjøringsprinsippet dreier seg om at sykepleier skal handle etter beste evne for alle som trenger det, uansett grunnen for skaden (Nortvedt, 2012, s. 96). Ikke-skadepriippet sier at sykepleier skal gjennomføre prosedyrer og tiltak så skånsomt som mulig. Autonomiprinsippet dreier seg om at pasienten, så lenge situasjonen til pasienten tilsier det, skal ta del i alle valg når det kommer til pleie, hvilken pleie pasienten skal motta, og muligheten til å nekte hjelp (Nortvedt, 2012, s. 97). Til slutt er det rettferdighetsprinsippet som sier at alle pasienter uansett sosial status, kjønn, sykdom eller tilstand har krav på behandling, prioritet av sykdom og likbehandling etter deres pleiebehov og medisinske behov (Nortvedt, 2012, s. 98). Yrkesetiske retningslinjene forteller oss at forskning, erfarings basert kompetanse og brukerkunnskap er byggesteinene i sykepleierutdanningen (sykepleierforbund, 2011). Videre skal sykepleier fremme helse og forebygge sykdom i sykepleiepraksisen og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. I Zambia bygger også sykepleierne på ICNs regler for sykepleie (sykepleierforbund, 2011).

3.6 Forskningslitteratur

I følge e.g., Gallup i 2012 er sykepleier det yrke folk flest har mest tillit til, og at dette er svært avgjørende for gjennomførelsen medisinske prosedyrer både hos voksne og barn (Woods, Rotenberg, & Betts, 2015). De har laget en skala for å kunne se om barns tillit til sykepleiere. Her har de hatt med både tilliten og mistilliten barnet har til sykepleiere. Denne studien mener også at det er en sammenheng mellom barns tillit til sykepleiere og sykepleierne som har jevnlig kontakt med dem. Dette kan være sykepleiere som gjentatte ganger har vært innom rommet til barnet, eller som gjentatte ganger har vært på jobb da barnet kommet til mottaket (Woods, Rotenberg, & Betts, 2015).

I ikke medikamentell behandling er det fire strategier som skiller seg mest ut; avledning, forberedende informasjon, avslapning og leiring. I følge oppgaven til Svendsen (2009) er god informasjon på forhånd av prosedyrene, og mellommenneskelige aspekter som tålmodighet, snillhet og humor en måte å komme innpå barna på. I enkelte situasjoner var derimot sykepleierne klar over

at makt eller maktmidler måtte til for å kunne gjennomføre ulike prosedyrer. De visste at slike situasjoner kunne oppstå, men dersom det var det beste for barnas helse var det umulig å unngå. De er strenge på slike situasjoner, og alt skulle vært prøvd på forhånd for å unngå situasjonen. Ikke medikamentell behandling kan være en god start og en god mulighet til å prøve å unngå slike situasjoner. Bare ved å bruke fem ekstra minutter før en prosedyre for å forklare og vise barnet hva som kan skje kan spare både tid og energi for begge parter. Gjennom lek og tilstedeværelse kan sykepleierne prøve å flytte fokuset til barnet vekk fra selve prosedyren og til noe annet. Slik kan barnet fokusere på noe annet enn selve prosedyrer, og dermed også dempe smertefølelsen. Annet tiltak kan være å styrke barnets egen kontroll over prosedyrer, og la barnet bestemme selv der barnet kan være med å bestemme og informere barnet godt før prosedyren og underprosedyren så barnet hele tiden vet hva som skjer og skal skje (Svendsen, 2009).

I artikkelen *Hospitalized Children's Views of the Good Nurse (2009)* kommer det frem at sykepleie til barn er noe likt som vanlig sykepleie, samtidig som det er mye som skiller seg ut. Som andre spesialfelt må man ha mer kunnskap om det feltet enn som vanlig sykepleier. En av disse forskjellene kom fram i form av kjæleavn. Barna sa at en god sykepleier brukte ord som kjære og vennen viste en kjærlig kontakt og fikk barna til å føle seg spesiell. Barna kommenterte også kroppsspråket og toneleiet til sykepleierne når de ble snakket til, at de var rolige, avslappet, oppmuntrende og rosende i stemmeleiet. De beskrev også den dårlige sykepleieren som kvass, sint, at de roper, ikke hører på barna og at de stresset. Det punktet som kom frem flest ganger var at den gode sykepleieren lyttet og tilbrakte tid sammen med barna (Brady, 2009).

3.7 Case 1

Mange av barna som var innlagt på sykehuset har aldri sett en hvit person før, så mange av de ble redde når de så meg. Noen begynte å gråte når jeg nærmet meg dem. En jente på 2 år begynte å grine og klamret seg til moren da jeg kom for å gi medisiner. Bygge opp en liten relasjon med noen av barna virket nesten umulig til jeg møtte «Jakob».

Han var en liten gutt på nesten 2 år som bare lå og underholdte seg selv i sengen. Jeg hadde møtt blikket hans mange ganger under legevisitten, der han smilte og viftet med hånden. En av de siste dagene på avdelingen gikk jeg forsiktig bort til ham og jeg satte meg ned på den tomme nabosengen. Han begynte å le med engang og sånn satt vi å bare tullet sammen med geiping, grimaser og veiving med armer. Bare den tiden jeg hadde møtt blikket hans, vinket og laget grimase virket som om hadde skapt en liten relasjon. Etter en liten stund strakte han armene mot meg og ville opp. Jeg tenkte at dette bare var noe jeg innbilte meg og fortsatte med å smile og prate til han. Tanten hans som satt med sengen så da at jeg ble usikker og smilte et hjertevarmende smil og sa at han ville opp til meg. Var den tilliten han hadde fått til meg til nå nok? Jeg løftet han forsiktig og usikkert opp, der han

begynte å le igjen og skulle kjenne på hele ansiktet mitt før han hvilte hode sitt på skulderen min og til slutt sovnet.

3.8 Case 2

En annen dag på pediatrik avdeling var jeg med legen som skulle ha innkomst. Det kom da inn en jente på 4 år til undersøkelse, sammen med moren, bestemoren og tanten. Da legen undersøkte hun satt hun i fanget på mor og var kjempe flink og gjorde alt hun fikk beskjed om helt til legen skulle se i halsen hennes. Mor gikk ut av rommet en stund ettersom undersøkelsen gikk bra og tanten fikk barnet på sitt fang. Jenta fortsatte med å gjøre alt legen ba henne om; å trekke pusten og løfte armene, helt til legen kom tilbake til halsen. Hun ville ikke strekke ut tungen og ville ikke at legen skulle komme nært henne. Legen prøvde det hun kun kunne, men jenta nektet. Bestemoren, som også var sykepleier tok da jenta over på sitt fang og begynte med å si at dersom hun ikke åpnet munnen så fikk hun ikke komme hjem. Da måtte hun innlegges på sykehuset, fikk ikke komme hjem og måtte få veneflon i armen. Jenta begynte da å skrike og sprelle. Hun ville fortsatt ikke at legen skulle se i halsen hennes og bestemoren fortsatte med trusler om nål i armen, veneflon, injeksjoner og innleggelse. De brukte sykehus, leger, innleggelse og veneflon som trusler dersom hun ikke åpnet munnen. Hun fikk beskjed om at dersom hun ikke åpnet munnen måtte de gi henne injeksjoner og forklarte henne tydelig at det var vondt. Til slutt virket det som jenta innså at det va bedre å la legen se i halsen hennes. Etter at legen hadde fått gjort det, sa hun at på grunn av halsen og lydene på lungene at det kunne være pneumoni. Jenta måtte dermed innlegges og få veneflon i hånden.

4 Drøfting

Fokusspørsmål: Hvordan etablere og opprettholde god relasjon til barn på sykehus?

4.1 Case 1

I følge Røkenes & Hanssen (2013) må noen faktorer være tilstede for å kunne skape og opprettholde relasjon, der iblant tid. Tid for at barnet kan gjenkjenne personene, og tid for å kunne bli kjent både på fjes og person. I case som tidligere presentert var det ikke tilstrekkelig med tid til å bygge en stabil relasjon. Å gå videre forbi tiden og ha fokuset på både verbale og nonverbale tegn, og forståelsen av betydningen av disse ble derfor fort svært relevant (Dahl, 2013). Dette ble gjennomført ved å være med på legevisitten, prate med pårørende og bruke lik uniform og ha like arbeidsoppgaver og arbeidsdager som studentene fra Zambia. Videre var det hele tiden viktig å passe væremåten vår som kroppsspråk, holdninger og språket. Som student i et annet land enn hjemme ble det derfor svært viktig å opprettholde all kommunikasjon på engelsk, både med andre kollegaer der, men også mellom oss studentene. Ved å holde all kommunikasjon på engelsk kunne vi starte å bygge relasjon og tillitt til kollegaer, men også til de pårørende og pasientene som forstår engelsk. Å ikke kunne snakke morsmålet til barna på avdelingen gjorde situasjonen med kommunikasjonen vanskeligere. Å ha samtaler, oppmuntring og motiverende ord ble innviklet og byttet ut med kroppsspråk, holdninger, lek og tull (Markestad & Grønseth, 2011). Denne måten å møte utfordringen blir også omtalt av Brady (2009), at de sykepleierne som brukte tid og energi på barna gjennom lek, kom raskere inn på barna og fikk raskere tillit av barna, enn de sykepleierne som ikke prioriterte dette. I praksis gikk dette både bra og dårlig. Noen av barna var allerede redde, så grimaser og lek kunne fort gjøre alt verre. Nonverbale og verbale utsagn kan bety forskjellig fra ulike kulturer (Dahl, 2013). Sykehusinnleggelse kan være skremmende for barn og kan føre til ubehag, usikkerhet og stress. Hvordan barna håndterer situasjonen er forskjellig fra barn til barn og alderen til barnet (Markestad & Grønseth, 2011). Pediatrisk avdeling i Zambia har barn fra bare noen måneder gamle til barn på 16 år. Den tiden vi hadde der var eldste barnet 10 år gammelt. Det er også forskjellig etter hvilken diagnose pasientene har. De kan bli henvist til andre avdelinger, dersom kompetansen til pediatriske sykepleier blir oversteget. Etter en uke på avdelingen ble forventningene fort at barna ikke ville snakke, se på eller ha noe med oss å gjøre. Det ble til at vaskingen av rommet fortsatte, medisinene ble gitt i stillhet, kun med bevegelser, og ingen relasjon skapelse mellom noen av studentene og pasientene. Etter bare ti minutter med lek, strakte «Jakob» opp hende og ville opp. Den tilliten han viste der kom overaskende og uventet. Tiden hadde ikke vært til stede, lite kontakt og lite prat. Det nonverbale oss imellom hadde vært nok til å skape en liten form for tillit og relasjon. Røkenes og Hanssen står det at dersom en relasjon skal kunne tåle en del, må det være trygghet, stabile forhold og god tid. Tiden som var blitt brukt var 5-10 minutter daglig i fire dager. Ved å misforstå tegnene og

løfte han opp, kunne hele relasjonen blitt ødelagt. Det kunne ha vært at relasjonen ikke var sterk nok og han kunne ha reagert med gråt, usikkerhet og frykt (Røkenes & Hanssen, 2013). Barn har lettere for å utvikle tillit til sykepleiere som de har hatt kontakt med jevnlig (Woods, Rotenberg, & Betts, 2015). Videre skriver artikkelen at måten dette er blitt gjennomført på kan være gjennom jevnlig besøk på rommet til barna, ikke bare medisinsk, men for å prate med pårørende og barn. Artikkelen til Bardy (2009) kommer det frem at barna reagerte positivt på et oppmuntrende og positivt stemmeleie. Barna var vare på den nonverbale kommunikasjonen som kroppsspråk, at sykepleierne var rolige og avslappet i rommet med dem (Brady, 2009). I case var det bare nonverbal kommunikasjon som hadde vært til stede, gjennom blikkontakt, smil, vinking og grimaser. Dialogen var ikke på samme språk, men den nonverbale kommunikasjonen var noe vi begge forstod. Peking på hvor han ville gå å se, latter når språket ikke ble forstått, grimaser til de ansatte og andre pasienter, og til slutt sovnet han. Barnet hadde fått tillit, men dette bare under en rolig periode der det var rom for tull, kos og lek. Tanten som var der, som så usikkerheten min, gav meg tillit og anerkjennelse ved å gi meg et nikk og si rolig at jeg kunne løfte han. Hun så min usikkerhet, forstod den og valgte å hjelpe meg til å forstå signalene barnet sendte. Ved å se situasjonen fra min side og forstå hvorfor jeg var nølende, smile og nikke bekreftende til meg viste hun både empati og anerkjennelse til meg (Røkenes & Hanssen, 2013). Hun viste seg som en trygghet som gav videre følelsen av tillit og pålitelighet. Dette kan barnet ha følt på, og dermed vist mer tillit enn han kanskje hadde gjort om tanten ikke var trygg på situasjonen. En annen måte å vise anerkjennelse på kan være når barnet sender grimaser, at grimasene blir svart med grimaser. Barnet aksepterte å bli løftet opp av en fremmed, med bare noe relasjons og tillitsbygging først. Hadde det vært like enkelt dersom barnet var eldre? Små barn kan ha lettere med å godta fremmede enn større barn, og dette kan være på grunn av at barnet ikke var kommet så langt i utviklingen. At det var mer nysgjerrigheten som kom frem istedenfor fremmedfrykt. Hadde relasjonen og tilliten vart dersom han skulle få medisiner eller om jeg hadde måtte gjennomført en smertepåvirket prosedyre?

4.2 Case 2

Fokusspørsmål 2: Hva kan forstyrre en god relasjon?

4.2.1 God relasjon?

For at en relasjon skal kunne tåle kritikk, diskusjoner og uenighet må relasjonen være trygg og stabil (Røkenes & Hanssen, 2013). En slik relasjon kan først oppstå når det er gjensidig respekt, tillitt og trygghet mellom partene. Det kunne tolkes som at det var god relasjon mellom barnet og familien. Hun krøp opp i fange på både mor og bestemor, pratet og virket avslappet rundt begge. Under første delen av undersøkelsen virket også barnet rolig, avslappet og trygt. Hun krøp opp i bestemorens fang da legen skulle se i halsen hennes. Bestemoren roste henne, forklarte hva som skulle skje, og når barnet ble redd viste bestemoren at utstyret legen brukte ikke var vondt og at det kom til å gå bra. I det øyeblikket barnet ikke ville samarbeide mer, forandret også holdningen til bestemoren. Det kunne virke som hun prøvde å være både bestemor, sykepleier og lege på en gang. Dette kan være at hun opplevde en rollekonflikt (Ingstad, 2013). Barnet kan ha forventet at bestemoren skulle trøste, si gode ord og støtte henne, mens legens forventinger var at bestemoren skulle fungere som sykepleier å gjøre de arbeidsoppgavene som sykepleier skal. Da barnet ikke lenger ville samarbeide stod hun i en situasjon hvor det å være bestemor lenger ikke var nok, og sykepleieroppgavene måtte gjennomføres. Videre ble barnet truet med sykehusinnleggelse, nåler, medisiner og smerter for at legen skulle få gjennomføre prosedyrer hun holdt på med. Tilliten barnet har til bestemoren kunne bli oppfattet som svekket eller glemt, da barnet ikke lenger ville være i nærheten av bestemoren. Videre kan man tolke situasjonen som at tilliten til legen var helt borte. For at en relasjon bygd på tillit og respekt skal kunne klare å opprettholdes ved kritikk og motstand må den være trygg og stabil (Røkenes & Hanssen, 2013). I følge Travelbee (2007) bør det prøves ut ulike kommunikasjons teknikker med skjønn og fornuft når man skal kommunisere med pasienter. I dette tilfelle ble det prøvd å snakke rolig med noe begrenset informasjon om hva legen skulle gjøre og hva som skulle skje framover. Da denne kommunikasjonen ikke var god nok lenger ble kommunikasjonen preget av sinne og frustrasjon. Kari Martinsen legger vekt på moral og etikk innenfor sykepleiefaget (Nortvedt, 2012). Bestemoren som var opptatt av at barnebarnet skulle få den hjelpen som hun trengte, burde kanskje ha klart å sette seg inn i situasjonen til barnet. Jeg opplevde situasjonen at ingen hørte på barnet, snakket rolig til barnet og det meste av prosedyrer og forklaringer gikk over hode på barnet.

4.2.2 Smerter

Tilliten de imellom ble oppfattet som langt fra trygg og stabil, og da truslene kom, reagerte også barnet med frykt, redsel og sinne. Dette kan føre til at enkle prosedyrer blir mye vanskeligere for både barn og helsepersonell, og smertene barnet kjenner kan bli forsterket (Markestad & Grønseth, 2011). Det er derfor viktig å prøve å utsette prosedyrer som kan gi barnet smerte når situasjonen er

slik og heller prøve å informere barnet med informasjon tilpasset utviklingsstadiet barnet er på (Svendsen, 2009). I stedet for å ta barnet med ut på gangen, prøve av avlede det og fortsette prosedyrer etter noen minutter ble det brukt makt for at legen og sykepleier skulle bli ferdig med undersøkelsen. I følge Svendsen (2009) skal makt og maktmidler være det siste som blir brukt, alt annet skal være prøvd på forhånd. Da undersøkelsen var ferdig og barnet var tilbake i mors armer og gråt sine modige tårer, gav legen beskjed om at dette kunne være lungebetennelse og hun ville ha barnet til overvåkning i noen dager. Barnet begynte da å gråte, hyle og sparke rundt seg. Dette var noe hun tydelig ikke ønsket. Ved innleggelse får alle barna veneflon. Bestemor, lege, en ekstra sykepleier og tanten måtte til for å klare å holde barnet i ro, så veneflonen kunne bli lagt inn. Det var ikke snakk om å lokke barnet med premie dersom hun var snill, eller ros for at hun hadde vært flink under siste del av legeundersøkelsen eller noe form for bekreftelse. Dersom barnet ikke vil høre kan det være lett å bli fristet til å bruke makt og maktmidler for å få den unge til å høre (Røkenes & Hanssen, 2013). Barnet ville ikke forholde seg i ro da legen nærmet seg med veneflonen og måtte bli holdt fast av tre personer. Legen traff ikke på første eller andre stikk, så bestemoren tokk over. Etter 4 forsøk var veneflonen inne, og barnet kunne finne sin seng på avdelingen. I følge Svendsen (2009) kan man kanskje unngå maktbruk og maktmidler dersom man gir barnet tilstrekkelig med informasjon og kontroll over prosedyren. Dette kunne blitt gjennomført ved å forklare barnet hva som skulle skje, hvorfor det måtte skje og kanskje resultatet, tilpasset til barnets utviklingsnivå, dersom prosedyren ikke ble gjennomført.

4.2.3 Innleggelse

Innleggelse på sykehus kan medføre stress for barn, og med trusler og maktmidler brukt mot barnet før beskjeden kom, kunne det virke som om dette ble for mye for barnet. Hvordan barn håndterer stress er ulikt fra hvor i utviklingen de er, og fra barn til barn (Markestad & Grønseth, 2011). Det er derfor viktig at sykepleiere som jobber med barn, har videre kompetanse rundt denne spesialiseringen (Brady, 2009). En vanlig sykepleier uten noen tilknytning til barnet ville kanskje ha startet roligere, med informasjon til barnet om hva som skulle skje. En utenforstående sykepleier hadde kanskje også startet med samtale med barnet om noe helt annet enn selve prosedyren, og startet en liten relasjon til barnet, og bygd videre på denne i løpe av dagene som kom etter barnet var blitt innlagt. Da veneflonen ble lagt inn og barnet ble holdt fast kom det også kommentarer som «Det gjør ikke så vondt», «slutt å sprell», «hold deg i ro» og «det blir flere stikk om du ikke er rolig». Smerteopplevelsen er forskjellig fra person til person. Barn opplever ofte smerten sterkere enn voksne og egne holdninger til smerte og egne erfaringer med smerte kan også påvirke tolkningen av pasientenes smerte (Markestad & Grønseth, 2011). Ikke-skadeprinsippet går ut på å minimalisere pasienten smerte og ubehag, og skal beskytte pasienten mot feilhåndtering og dårlig behandling

(Nortvedt, 2012). Måten situasjonen her ble håndtert kan oppfattes som dårlig behandling og feilhåndtering. Bestemoren kunne ha blitt bedt om å forlate rommet, slik at en utenforstående sykepleier kom inn og kunne utføre prosedyrene. Det kunne også ha blitt prøvd andre metoder når barnet ble undersøkt, og med det kanskje unngått maktbruken. I Norge ville barnet kanskje bli lokket med premie, kanskje både av personalet og pårørende. I tillegg til premie ville barnet få tilbud om EMLA-krem (bedøvelseskrem). I Zambia var ikke dette et tema, annet enn at barnet ble lokket med å få komme hjem igjen dersom hun var flink. Dette kan være et spørsmål om økonomi, ressurser og politikk, samt det kan være et spørsmål om kultur, barneoppdragelse og smertesynd. Samtidig ble barnets autonomi ivaretatt, da hun var i fanget på bestemoren, og gav uttrykk for at hun ønsket å være med bestemoren. I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleier fremme helse og forebygge sykdom og ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (sykepleierforbund, 2011). Jenta som hadde mulig lungebetennelse trengte medisiner, behandling og omsorg, men også forståelse fra sykepleier, informasjon tilpasset sitt utviklingsnivå og følelsen av å bli hørt av sykepleierne.

4.2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjonen som foregikk her skjedde både på engelsk og Nyanja, så det var ikke enkelt å følge med på den verbale kommunikasjonen. Den nonverbale kommunikasjonen var derimot enklere. Å følge med på når barnet startet å vri seg, hvordan øynene flakket rundt i rommet, gråten og kampen hun kjempet mot helsepersonellet. Bestemoren som skiftet holdning idet hun forstod at bestemorrollen ikke var nok, men at hun måtte tre inn i rollen som sykepleier. Legen som prøvde forsiktig, men som kunne oppfattes som lei etter en stund, som det nesten virket som gav opp og lot bestemor-sykepleieren overta fullstendig. Mistillit mellom pårørende og helsepersonell kan påvirke tilliten barna har til sykepleier (Markestad & Grønseth, 2011). I denne situasjonen var det bestemoren som sykepleier, som gav uttrykk for mistillit til andre sykepleiere, legen og student. Ingen fikk gjennomføre ferdige prosedyrer uten at hun overtok. Dermed kan det gå over på jenta, som så hvordan bestemoren som sykepleier ikke stolte på andre. Dermed kan hun ha begynt å se på bestemoren som en ren sykepleier og videreført mistilliten til bestemoren som sykepleier. Den nonverbale kommunikasjonen oppstår hver gang to parter møter, og er tilstede under hele møtet (Travelbee, 2007). Denne typen kommunikasjon kan oppfattes forskjellig fra kultur til kultur (Dahl, 2013). Det er derfor mulig at det som ble oppfattet under case, var ment og oppfattet annerledes for de andre i rommet, eller dersom det hadde vært en annen student med på situasjonen.

5 Konklusjon

Målet med oppgaven er å kunne se oppbygningen av relasjon til barn, samtidig hva som kan ødelegge relasjonen. I casene på oppgaven kan man se at relasjonsskapning kan gå lett for seg, men det er også lett å ødelegge relasjonen barnet har. I begynnelsen i case to var relasjonen god, og barnet kunne føle seg trygg og var rolig, men etter hvert som tiden gikk, og utfordringene kom frem kunne man tolke ut ifra barnets reaksjon at det trygge og stabile forsvant for barnet.

Første casen klarte jeg å skape relasjon til et barn på sykehuset. Dette gikk raskere enn jeg trodde det ville gå, og han ble mer trygg på meg enn jeg trodde kom til å skje. Kunnskapen jeg har fått av litteraturen, spesielt med tanke på tid, kroppsspråk, holdninger, verbale og nonverbale tegn var til stor hjelp her. Både når det kom til relasjonsskapelsen med barnet, men også de pårørende. Om denne relasjonen ville holdt under en prosedyre som kan påføre barnet smerte, er uvisst.

I case nummer to stod jeg på sidelinjen og observerte. Jeg kunne lett tolke, dømme og bli frustrert over situasjonen. Kunnskapen de har på sykehuset i Zambia er stor, og de er fantastiske med pasientene sine. Denne ene situasjonen gikk langt bort fra kunnskapen sykepleierne har, men jeg kunne fort se i hele situasjonen at dersom det ikke hadde vært bestemoren som var der, men en utenforstående sykepleier hadde situasjonen vært annerledes. Bestemoren var trygg på både barnet og moren og tok over situasjonen for både mor, lege og sykepleier. Hun ville selv det beste for barnebarnet, selv om det ikke ble utført på best mulig måte.

Var jeg urimelig og etnosentrisk når jeg reagerte på hvordan barnet i case 2 ble møtt og med hvordan situasjonen ble håndtert av familie og personalet? Jeg mener at nei, det var jeg ikke. Jeg har min sykepleieidentitet som betyr respekt for alle individ uansett alder, kjønn og bakgrunn. I ulike samfunn og kulturer blir ulike situasjonen møtt og gjennomført ut ifra de kulturelle bakgrunnene personen har. I Zambia har de en annen kultur, andre rutiner, andre systemer og de har en økonomi som kan sette grense for ressursene de har tilgjengelig. Dette er noe jeg forstår og har hatt med i tankene under hele praksisen i alle situasjoner som jeg har møtt og har reagert både positivt og negativt på.

6 Bibliografi

- Brady, M. (2009, Mai 16). Hospitalized Children's Views of the Good Nurse. *Nursing Ethics*, ss. 543-560. doi:10.1177/0969733009106648
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker; Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De forente nasjoner. (1989, November 20). FN's konvensjon om barnas rettigheter. *Barnekonvensjonen*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- FN Sambandet. (1990, September 02). *FN-Sambandet; United Nations association of Norway*. (T. Karlsen, & K. Solholm, Redaktører) Hentet fra FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen): <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-barnekonvensjonen>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Markestad, T., & Grønseth, R. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke; En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2013). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Svendsen, E. J. (2009, August 31). Lite stikk kan velte stort lass. *Universitetet i Oslo*, s. 112. Hentet fra https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28395/MasterxEdel_Svendsen.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- sykepleierforbund, N. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere; ICN's etiske regler. Oslo: NSF. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Woods, E. E., Rotenberg, K. J., & Betts, L. R. (2015, August 2). Development of a scale to assess children's trust in general nurses. *Pediatric Nursing*, ss. 298-303. doi:10.1111/jspn.12126