

UNIVERSITETET I
NORDLAND

BACHELOROPPGAVE

Tema: Barn med kreft.

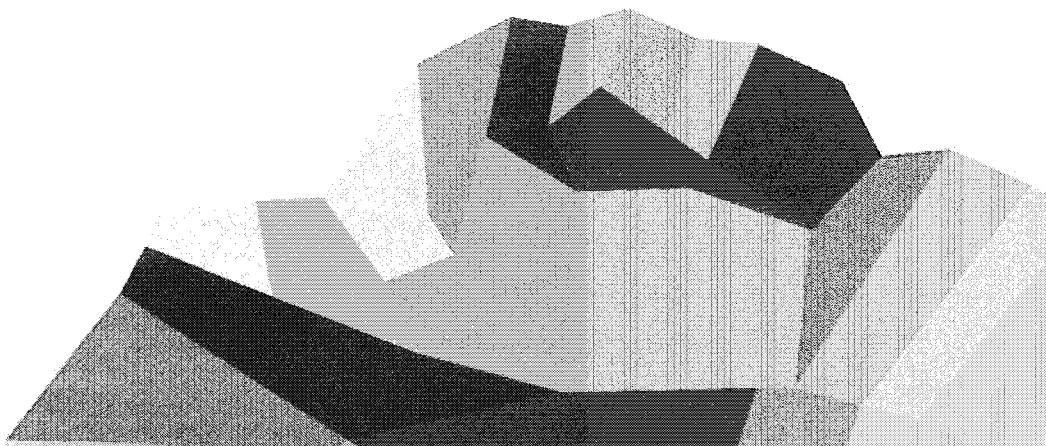
Kurskode: SYN 180H

Dato: 25.10.2013

Kandidatnr: 65, 68

Antall ord: 8992

[Mathiassen, Gry
Paulsen, Katrine Daae]



Innhold

1.0 Innledning	2
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	3
1.4 Hensikten med oppgaven	3
1.5 Oppgavens oppbygning	4
2.0 Metode	5
2.1 Metodevalg	5
2.2 Litteratursøk	6
2.3 Sammendrag av vitenskapelig artikkel	7
2.4 Kildekritikk	8
3.0 Teori	9
3.1 Sykepleieteoretiker- Kari Martinsen	9
3.2 Barns utvikling	12
3.3 Sykepleie til barn.....	14
3.4 Retningslinjer når barn er innlagt på sykehus	17
3.5 Kommunikasjon og tillit.....	18
3.6 Stressfaktorer – mestringsevner	19
4.0 Drøfting	20
4.1 God og omsorgsfull sykepleie til barn	20
4.2 Første møte med sykehuset	23
5.0 Avslutning	29
Litteraturliste	31

Vedlegg 1: The principles of communication with a seriously ill child and the child's family.

Vedlegg 2: Logg

1.0 Innledning

I Norge er det 140 tilfeller av kreft hos barn og unge, årlig. Leukemi og hjernesvulst utgjør en tredjedel av de vanligste kreftdiagnosene barn får, og den rammer flest barn mellom 0-6 år. Selv om det er gode behandlingsresultater av kreft, er det en av de hyppigste dødsårsaker blant barn og unge over ett år (Zeller & Storm- Mathisen 2010:673).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi er nå på slutten av vår studie, og innser at gjennom disse årene har vi hatt lite om sykepleie til barn. Dette er et tema som interesserer og opptar oss, både som kommende sykepleiere og mødre. Vi har begge lite erfaring med dette, så vi ønsket begge å vinne mer kunnskap om hvordan man gir helhetlig og god pleie til det syke barnet og foreldrene.

Tveiten, m.fl. (2012) beskriver at når barnets behov ivaretas på en faglig, etisk og juridisk måte, og både barnet og familien opplever lindring, trygghet og tillit, da er sykepleien god (Tveiten 2012).

Dette er noe vi absolutt ønsker å lære, slik at den dagen vi står ovenfor et kreftsykt barn og dets familie vet vi hvilke holdninger og ferdigheter som er viktig for at de skal ha en best mulig opplevelse av vår pleie og omsorg

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier gi best mulig helhetlig omsorg til kreftsyke barn?»

Med helhetlig omsorg mener vi hvordan sykepleier skal kunne dekke barnets grunnleggende behov, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig.

1.3 Avgrensning

I oppgaven har vi valgt å konsentrere oss om det kreftsyke barnet på sykehus, og ha fokus på norske barn i alderen 1-5 år. Foreldrene har en sentral og viktig rolle i barnets liv, og vil hele tiden være tilstede under oppholdet på sykehuset. Søskene har også en stor rolle hos barnet, slik at når barnet blir syk blir det viktig og ikke glemme søskene, men involverer dem der det faller naturlig (Tveiten 1998). På grunn av oppgavens omfang og begrensninger er det største fokuset gjennom oppgaven på barnet.

Vi blir heller ikke å beskrive de forskjellige typer kreft, da oppgaven ikke handler om selve diagnosen, men omsorgen til den syke.

Vi skriver om når barnet er innlagt på sykehus og hvilke rettigheter barnet og foreldrene har, samt stressfaktorer som kan hemme barnets mestringsevner. Vi skriver også om viktigheten med kommunikasjon, tillit og barns utvikling.

Vi har valgt og ikke vektlegge tverrfaglig samarbeid i oppgaven fordi vi fokuserer på sykepleiers oppgaver, men blir kort å nevne det der det faller naturlig i oppgaven.

Hovedfokuset i oppgaven er hvordan vi som sykepleier kan gi helhetlig omsorg til barnet slik at det skal føle seg godt ivaretatt.

1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å få en mer helhetlig forståelse om hvordan det er å være barn med en kreft diagnose, og hvordan vi som sykepleier kan skape gode relasjoner og en helhetlig og omsorgsfull pleie til det syke barnet. Vi ønsker å være forberedt dersom vi en dag skulle møte et kreftsykt barn. For å vite hvordan man bør tenke og handle i takt med barnets ønsker.

I denne oppgaven er det primært barnet vi ønsker å konsentrere oss om. Familie / pårørende vil bli nevnt gjennom oppgaven, dette for at kreft er en sykdom som vil ramme hele familie. Gjennom oppgaven skal vi komme inn på hvor mye barn mellom 1-5 år forstår og hvordan vi bør kommunisere med barnet for å oppnå tillit. Etske refleksjoner vil man se igjen gjennom hele oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygning

I vår bachelor oppgave starter kapittel en med en kort innledning som er en presentasjon av vår oppgave. Den forteller videre om valg av tema, og problemstilling. Avgrensingen og hensikten med oppgaven kommer også under her, og kapitlet avslutter med oppgavens oppbygging. Videre i kapittel to skriver vi om metode, metodevalg og litteratursøk. Vi har også med et kort sammendrag av vitenskapelig artikkel og kildekritikk. Kapittel tre omhandler teori, som består i følgende rekkefølge: barns utvikling, sykepleie til barn, retningslinjer når barn er innlagt på sykehuset, kommunikasjon og tillit, og stressfaktorer og- mestringssevner. Vi kommer så videre til kapittel fire, der vi har drøftet god og omsorgsfull sykepleie til barn og første møte med sykehuset. I kapittel fem kommer en avslutning av vår bachelor oppgave. Til slutt kommer litteraturlisten etterfulgt av to vedlegg.

2.0 Metode

Metode er ifølge Dalland (2007) et hjelpemiddel til å fremskaffe den kunnskap vi er ute etter eller at den skal være et redskap for å etterprøve kunnskap. I følge Dalland (2007) har Vilhelm Aubert beskrevet metode som følger

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (1985: 196).

2.1 Metodevalg

Vi har valgt å gjøre en litteraturstudie for å få en bredere forståelse av hvordan vi som sykepleiere skal kunne gi helhetlig og god omsorg til barn med kreft. En metode forteller oss hvordan man bør gå frem for å skaffe kunnskaper. Valget av metode avhenger av hva vi ønsker å finne ut av slik at man får tak i nyttig data og kan belyse de spørsmålene man stiller seg.

I følge Dalland (2007) betyr litteraturstudie å skrive oppgave bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. Ved bruk av litteraturstudie som metode kan en gjøre systematisk søking, kritisk granskning og sammenligne litteratur innen et valgt område eller problemstilling. Det er en forutsetning at det finnes nok litteratur og forskning om det temaet man har valgt. Det er et stort krav til litteraturstudie da dette vil legge hele rammen på oppgaven. For å ha en god kvalitet på litteraturen man finner, spiller databasene og søkeordene en stor rolle (Dalland 2007).

I samfunnsvitenskapen blir det skilt mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Ved en kvantitativ metode blir flere forekomster undersøkt, og informasjonen blir omgjort til målbare enheter. Mens ved kvalitativ metode er det motsatt, da blir det undersøkt færre forekomster, men man går enda dypere til verks (Dalland 2007:84). Videre sier han at denne metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes. Det er en mer personlig metode hvor man kan gå i dybden og fange opp ytringer og opplevelser slik at man kan få en bedre forståelse.

2.2 Litteratursøk

Når vi har søkt etter litteratur har sentrale søkeord som helhetlig omsorg, sykepleie, barn med kreft og relasjoner vært styrende i forhold til den litteraturen vi har valgt. Denne litteraturen skal hjelpe oss til å belyse problemstillingen. Litteraturen har vi funnet på skolens bibliotek og ulike kilder. Vi tok kontakt med Den Norske Kreftforening for å få nyttig informasjon. Vi har også vært i kontakt per telefon med en barneavdeling.

Presentasjon av litteratur:

Som metode for datasamling har vi brukt relevant pensumlitteratur i forhold til problemstilling. Vi har funnet relevant selvvalgt litteratur og vitenskapelige artikler.

Disse kildene er:

Biblioteket.

Pensum gjennom hele studiet

Tidsskrifter: Tidsskrift for norsk psykologforening.

Den Norske kreftforeningen.

Bibsys.

Søkeord:

PubMed: children, cancer, palliative care, nursing, quality of life.

Sykepleien.no: Barn med kreft, pleie, palliativ pleie.

Google scholar: barn med kreft, helhetlig omsorg.

Swemed+: child, cancer, palliativ care, quality of life, nursing.

Gjennom disse søkene fant vi mange artikler angående barn med kreft og pleie til dem. Den artikkelen vi mente ble mest relevant for vår problemstilling var publisert i Tidsskrift for norsk psykologforening vol 44, nummer 6 2007. Vi fant også noen internasjonale artikler som vi mener kan kom til nytte ved drøftingen senere i oppgaven. The Nursing Dimension of Providing Palliative Care to Children and Adolescents with Cancer. Den er hentet fra PubMed. Vi har også valgt å ta med en artikkel som er fra sykepleien nr. 4/87 som heter Helsesøster- brobygger mellom familie og sykehus som er skrevet av helsesøster Ingrid Synnøve Berthinussen. Vi mener denne artikkelen er relevant i forbindelse med oppgaven som vi skriver, og vi kommer til å bruke deler av den i drøftingen. Alle artiklene er godkjent av veileder.

2.3 Sammendrag av vitenskapelig artikkel

Artikkelen som vi har valgt å bruke fant vi i Tidsskrift for Norsk Psykologforening.

Artikkelen heter: *Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom*. Den er på trykk i vol 44, nummer 6, 2007 side 724-734. Skrevet av Trude Reinfjell psykologisk institutt, NTNU, Trond H, Diseth, barne- og ungdomspsykiatrisk, seksjon Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, og Arne Vikan psykologisk institutt, NTNU.

I innledningen av artikkelen blir det fortalt at det i Norge er nå om lag 130 nye tilfeller av kreft hos barn under 15 år. Ca. 40 barn dør hvert år av kreft, og kreft er enda den største dødsårsaken hos barn i aldersgruppen 1-15 år. Et barn som blir rammet av kreft må gjennomgå en behandling som kan vare lenge. Både barnets og familiens livssituasjon vil bli forandret og preget av usikkerhet. Kreft er en stor belastning for hele familien. Barnet kan få senfølger utfra hvilken behandling det har gjennomgått. Disse senskadene kan for eksempel være lærevansker. Det er også forskjellige ting som kan virke inn på barnets tilpasning av en kreftsykdom, og her kommer artikkelen inn på mestringsstrategier som barnet kan benytte for å unngå de alvorligste konsekvensene av sykdommen.

Mange av de kreftsyke barna opplever usikkerhet ved en sykehusinnleggelse, da er det viktig med god støtte fra hjelpeapparatet, foreldre, søsken og venner. Det er vanskelig for et lite barn å bli syk, og skal gjennomføre ulike behandlinger som fører til både smerter og kvalme. Det er viktig at barnet får både støtte og trøst i denne vanskelige tiden, og den kan komme fra både familie, venner og sykepleiere. Denne støtten kan være med på å få barnet til å føle kontroll og styrke i en vanskelig tid.

De minste barna trenger hjelp fra voksne når de står ovenfor stress og emosjonell belastning. Et barn i alderen 3-4 år kan avledes ved lek, og dette kan få barnet til å føle seg bedre. For at barnet skal kunne forstå og mestre hverdagen som syk er det viktig at de får informasjon tilpasset sin alder og forståelse. Det er vanskelig å fortelle et barn at det kan dø. Men det er viktig å være åpen og ærlig å fortelle barnet hva som skjer, slik at barnet kan tilpasse og mestre en vanskelig livssituasjon. I fremtiden er det viktig å ha et større fokus på både det kliniske og forskningsmessige, men det er også viktig å få frem hvilket ansvar og rolle helsepersonellet har i denne sammenhengen.

2.4 Kildekritikk

Med kildekritikk menes det at man er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet man har søkt opp og brukt i oppgaven. Hensikten med dette er at leserne skal skjønne hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det kommer til å belyse problemstillingen. Målet med kildekritikk er å vise leserne den litteraturen man har hatt til rådighet og hvilke kriterier man har benyttet under søket (Dalland 2007:73).

Når vi startet søket etter litteratur startet vi i pensumbøkene vi har hatt alle fire årene, her fant vi fire bøker som hadde relevans til vår problemstilling. Videre gikk vi på skolens bibliotek for å finne litteratur, når vi lette tenkte vi hele tiden på at det skulle være seriøse og kvalitetssikrede kilder. Etter en stund fikk vi sondert oss frem til en god del bøker og hefter som kunne brukes i forhold til det vi ville finne ut av. Vi har både ny og gammel litteratur, den eldste boken kommer fra 1998, vi har valgt å ta den med for den har stor relevans til oppgaven. All litteratur som er eldre enn fem år vil bli betegnet som gammel, men kan fortsatt være relevant.

Videre gikk vi på internett og søkte etter artikler som kunne passe vår oppgave, vi startet i Bibsys, videre benyttet vi oss av Pubmed og Swemed+ der man kan finne internasjonale pålitelige artikler. Her fant vi mange bra artikler, men få som omhandlet det vi var ute etter i forhold til problemstillingen. En artikkel vi har brukt i oppgaven fant vi her, det er en amerikansk artikkel som omhandler palliativ omsorg til barn med kreft, med utdrag fra studier som var gjennomført i Amerika. Videre fant vi en artikkel fra Norsk Psykologforening som handlet om barns tilpasning og forståelse av alvorlig sykdom, noe som vil være veldig relevant. Begge disse artiklene vurderte vi som seriøse.

Vi var også i kontakt med Den Norske Kreftforening som sendte oss noen hefter i forbindelse med barn og kreft, og kommunikasjon med barn med kreft og deres familier.

I videre søk på sykepleien.no kom vi over en artikkel som helsesøster Ingrid Synnøve Berthinussen har skrevet om helsesøster- brobygger mellom familie og sykehus. I denne artikkelen var det en del vi kunne bruke i oppgaven.

3.0 Teori

3.1 Sykepleieteoretiker- Kari Martinsen

Kari Martinsen er født 1943 i Oslo, hun er en Norsk sykepleier med magistergrad i filosofi. Martinsen er anerkjent for å ha kommet med egne bidrag innenfor omsorgstenking og sykepleie. I 2011 utnevnte Kongen Martinsen til ridder av 1.klasse av St. Olavs Orden for hennes innsats innen sykepleie.

I forhold til det tema og den problemstillingen vi har valgt, synes vi at det er Kari Martinsens omsorgsfilosofi som passer best. Hennes beskrivelse av omsorg er hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hver andre i vårt praktiske dagligliv. Hun sier det kjennetegnes ved en etisk appell som utgår fra et menneske til et annet gjennom spontane livsytringer (Kristoffersen m.fl. 2008:59).

Martinsens tenkning om sykepleie fremstår som generell og overordnet. Hun tar avstand til formålsrasjonalitet i moderne sykepleie. Hun mener at et mål som innebærer at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet ikke kan utgjøre et grunnlag for sykepleien. Hun mener det ikke er forenelig med sykepleiens omsorgstradisjoner (Kristoffersen m.fl. 2008:59).

Martinsen vektlegger en menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige felleskapet har en sentral rolle.

Hele hennes sykepleietenkning blir betegnet som kritisk på grunn av at hun tar avstand fra mye av den tenkningen som foreligger om sykepleie som fag og yrke, hun kommer heller med et alternativ. Hun problematiserer kunnskapsbegrepet i sykepleien og stiller seg kritisk til hva deler av samfunnsvitenskapen har å tilføre praktisk sykepleie. Hun mener at det er mye viktigere for utøvelsen av sykepleie å vurdere hver enkelt sykepleiers faglige skjønn og praktiske kunnskaper enn teoretisk kunnskap (Kristoffersen m.fl. 2008:59).

Menneskesyn:

Martinsen sier at det er en kjensgjerning at menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv. Hennes menneskesyn bygger på en verdioppfatning der relasjoner blir sett på som fundamentale i menneskelivet. Menneskets avhengighet trer tydelig frem når det av ulike årsaker befinner seg i situasjoner der man trenger hjelp, som sykdom eller skade. I enhver situasjon vil noe av det enkelte menneskers liv være overlatt og utlevert til et annet menneske, det blir da opp til den andre å ta vare på den delen som er overlat til en.

Spontane og suverene livsytringer der det fundamentale i de menneskelige relasjonene, de er gitt oss uten vår fortjeneste og uavhengig av vår ytelse. Disse spontane livsytringene er kravløse og fordringsløse, og blir fullbyrdet i de umiddelbare forhold mennesker har til hverandre. Martinsen sier tillit og barmhjertighet er livsytringer som spontant og naturlig hos mennesker. Martinsen viser til Løgstrups ord om dette:

*«Den anden persons nærvær kalder den første persons tillid og oppriktighed frem.
Den anden persons ulykke kalder den første persons barmhjertighed frem.»*

(referert i Kristoffersen, m.fl. 2008:61)

Martinsen betegner sitt menneskesyn som kollektivistisk, det er fellesskapet som settes i sentrum. Hun vektlegger menneskets likeverd og fremhever at ethvert menneske når som helst vil kunne komme i en situasjon der det trenger hjelp, uavhengig av status eller andre ytre kjennetegn. Det å ta hensyn til andre har med felles menneskelig livsvilkår å gjøre. Hun sier at mennesker deler en dagligverden, og det er denne som legger grunnlaget for den forståelsen mennesker har for hverandre, og for omsorgen mellom mennesker.

Omsorg:

Martinsen (2008:91) mener at omsorg bør være rettet mot at pasienten skal ha det bedre slik at livsmotet øker. Hun skriver «En god natt legger grunnlag for en god dag», dette kan nok stemme i mange tilfeller. Omsorg er noe av det mest naturlige og grunnleggende vi mennesker har i oss, og viser seg gjennom måten man forholder seg til ting og redskaper og gjennom utførelse av arbeidet. Noen av de fundamentale kvalitetene i omsorg er at det er en sosial relasjon, har med felleskap og solidaritet med andre å gjøre.

Det har også med forståelse å gjøre, det å forstå andre. Man tilegner seg forståelse gjennom å gjøre ting for eller sammen med andre, dermed utvikler man felles erfaringer, med disse erfaringen man har lært kan man forstå den andres måte å forholde seg til sin situasjon. Martinsen (2008) skriver, for at omsorg skal være ekte må man forholde seg til den andre med en slik holdning at man anerkjenner den andre ut fra dens situasjon (Martinsen, referert i Kristoffersen m.fl. 2008:62).

Videre skriver Martinsen (referert i Tveiten 1998:48-49) Omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, med dette mener hun at alle mennesker er avhengig av andre mennesker på en eller annen måte. Ved sykdom, lidelse og funksjonshemming hos barn kommer denne avhengigheten tydelig frem. Hun mener at denne fundamentale avhengigheten trenger et menneskelig motsvar, dette motsvaret er omsorg.

I følge Martinsen (referert i Kristoffersen m.fl. 2008:91) skal omsorg ytes på grunnlag av personlig engasjement og innlevelse i pasientens situasjon, det vil si at det skal skje på pasientens premisser.

3.2 Barns utvikling

Barn kan være veldig forskjellig og mange kan opptre ulikt i ulike situasjoner. For å forstå individuelle forskjeller er kunnskap om utviklingsprosess viktig. I et møte med barn som er innlagt på sykehus er det viktig at sykepleier møter barnet på det utviklingsnivået det befinner seg på. Dette kan sykepleier gjøre ved å tilpasse det man sier og de forventningene man har til barnet. For å kunne se om barnet utvikler seg slik det skal bør man ha kunnskap om utviklingspsykologien. Et tegn på at barnet ikke har det bra kan for eksempel være at en toåring som har lært seg å snakke slutter med dette. Dette kan av og til oppstå ved somatisk sykdom, utviklingen stopper opp eller går noen steg tilbake (Steen, Tveiten & Wennick 2012:83).

Utviklingspsykologi er et bredt felt med mye forskning og innfallsvinkler. Forståelse av utviklingsprosesser er grunnleggende for å kunne forstå barns normale og avvikende utvikling. Hvordan hvert enkelt barn utvikler seg kan påvirkes av ulike årsaker, det kan være miljøet det vokser opp i og medfødte egenskaper, denne forståelsen blir ofte omtalt som interaksjonsmodellen, og disse sammen utgjør barnets atferd. (Steen, Tveiten & Wennick 2012:84).

Det er viktig at dem som jobber med barnet har kunnskaper om utviklingen deres og har erfaring med barn. I følge Reitan & Schjølberg(2010:692) har det enkeltes barns intellektuelle, følelsesmessige og sosiale utviklingen innvirkning på hvordan barnet forstår hva som skjer og deres evne til å mestre erfaringer med behandling og diagnose. Barn er svært ulike, og utvikler seg dermed forskjellig. Derfor bør sykepleieren bruke foreldrenes erfaring av deres barns modenhet og utvikling.

Det vil også være viktig at sykepleieren skaper et godt tillitsforhold til barnet og deres foreldre for å kunne gjennomføre en best mulig behandlingen. Her vil tid, kontinuitet og tilgjengelighet være viktige nøkkelord (Reitan & Schjølberg 2010: 674).

Barn mellom 1- 3 år kan kjennetegnes med trass og selvstendighetstrang, de vil også ha behov for grensesetting. For barn er grensesetting omsorg, foreldre og personell må akseptere at det vil komme negative reaksjoner på denne grensesettingen. Barn i denne alderen klarer ikke fokusere på flere ting samtidig slik at dette gjør det mulig for sykepleier avlede barnet med ulike metoder når det blir utført en ubehagelig prosedyre.

Barn fra 3-5 år kan kjennetegnes ved utforskningstrang og har begynt å utvikle evnen til å se sammenhenger. I denne aldersgruppen utvikles språket mer og dem blir i bedre stand til å kunne kommunisere med omgivelsene rundt dem. Samtidig tenker barna veldig konkret, slik at det man forteller barnet blir tatt bokstavelig. Dette gjør at alt sykepleier skal fortelle barnet bør være konkret og lettfattet, gjerne ved hjelp av billedbøker eller tegninger, det gjør at barnet kan forstå bedre hva som blir fortalt (Reitan & Schjølberg 2010: 693).

Barn bør få lov å utfolde seg slik at de utvikler lærelysten og initiativet. For å skape trygghet og forutsigbarhet bør det være rutiner og regelmessighet. For å skape dette kan sykepleier sette opp et dagsprogram sammen med foreldrene slik at barnets rutiner fra hjemme blir fulgt og dermed blir dagene på sykehuset mest mulig forutsigbar (Reitan & Schjølberg 2010: 693).

Ofte klarer ikke barna i 3-5 års alderen å se sammenhengen når hendelser ikke inntreffer samtidig. De kan også ha vanskelighet med å forstå tidsbegreper, så man bør være spesifikk når man forteller barnet når noe skal skje, i stedet for å si at i ettermiddag skal vi bade, så kan man si at etter du har spist skal du bade. Da skjønner barnet bedre når ting skjer (Reitan & Schjølberg 2010: 693).

3.3 Sykepleie til barn

Grunnlag for sykepleie:

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.»

(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2011).

Sykepleierens viktigste oppgave er å ta vare på pasientens grunnleggende behov som er knyttet til helse og sykdom. Pasienten er vår primærkilde som kan fortelle oss hva og hvordan den har det. Kunnskap og observasjon er flettet sammen, oppmerksomhet og observasjon er det som gjør at vi ser noe som noe (Blix & Breivik 2006:14).

Grønseth og Markestad (2011:10) skriver at barns autonomi, evnen til å si ifra eller bli hørt i de voksnes verden er begrenset. Det blir dermed stilt store krav til sykepleierens moralske standard og refleksjon over egen praksis i sykepleien til barna. I møte med vært enkelt barn vil de grunnleggende verdiene realiseres ved klinisk praksis. Disse verdiene vil komme til uttrykk gjennom sykepleierens kommunikasjon med pasienten og måten de praktiske gjøremålene blir gjennomført. Sykepleierens holdninger vil bli belyst gjennom engasjement og interesse, om den har nærhet eller avstand til pasienten, og hva blick og hender kan uttrykke.

I stor grad er det de voksne som taler barnets sak og argumenter, de tar også avgjørelser på deres vegne. Dette gjør at det blir stilt store krav til etisk refleksjon og argumentasjonsevne blant sykepleiere. Sammen med barnets foreldre er vi som sykepleiere deres advokat i avdelingen, vi må også kunne argumentere og formidle deres behov utenfor sykehusets vegger.

Basiskunnskapen i pediatrik sykepleie er kunnskapen om normal vekst og utvikling. I følge Grønseth & Markestad (2011:9) er dette nødvendig for å kunne opprette et tillitsforhold til barnet, og kunne kommunisere med dem. Dette er også viktig for å kunne tolke og vurdere tegn til smerter eller ubehag. På grunn av umodenhet og rask utvikling blir barn sårbare for store belastninger. Sykdom, sykehus, innleggelse og pleie kan være stressfaktorer som svekker barnets mestringsevner, dette kan skape ettervirkning som på sikt kan få et negativt utfall på barnets helse.

I følge Grønseth og Markestad (2011:9) er fokus på utvikling og modning et av særtrekkene i sykepleie til barn, det er en forutsetning for å kunne utføre sykepleie tilpasset barnets behov, og for å kunne ivareta sykepleiens behandlende og lindrende funksjoner. Det er også med på å forebygge traumatiske opplevelser og forsinket vekst og utvikling, samt å kunne bearbeide opplevelser som følge av sykdommen og innleggelsen på sykehuset (Grønseth & Markestad 2011:9).

Videre skriver de at familiefokusert pleie er et annet sætrekk i pediatrik sykepleie. Barn og unge har et sterkere avhengighetsbehov enn voksne, slik at det blir da viktig for sykepleier å rette virksomheten mot barnet, men også foreldrene. Dette står også nedfelt som rettigheter i Sosial- og helsedepartementets «Forskrifter om barns opphold i helseinstitusjon» (2000). Det blir dermed stilt høye krav om sykepleiers samarbeidsevne.

Denne forskriften vektlegger at barnet skal ha en av foreldrene sammen med seg under sykehusoppholdet. Den pålegger også at personalet avklarer med foreldrene hva de ønsker og kan utføre under oppholdet, de skal få fortløpende informasjon om sykdommen, og de skal avlastes ved behov (Sosial- og helsedepartementet 2000).

Det er tøft å være liten og ha vondt, det er heller ikke like lett for et lite barn å skjønne alt som skjer, ofte kan det være vanskelig for foreldrene også, de skjønner kanskje ikke hensikten med sykepleien eller den medisinske behandlingen, de kan også synes det er unødvendig å påføre barnet det ubehaget behandlingen kan medføre. Dette kan gjøre sykepleien krevende (Steen, Tveiten & Wennick 2012:35).

I følge Tveiten, m.fl. (2012:36) er det viktig å huske at foreldrene kjenner barnet sitt best, og forstår hva de uttrykker og opplever. Når barnet ikke kan gi uttrykk for hva som plager det, hvor i kroppen og hvor lenge det har vært slik er det viktig at sykepleier vurderer barnets uttrykk, både verbalt og non-verbalt, samt lytter til foreldrenes forståelse av barnets uttrykk.

Barn er avhengige av voksne for å kunne ivareta egenomsorg, helse og utvikling. Når de blir syke blir de enda mer avhengig av foreldrene, men også sykepleieren. For at sykepleien skal kunne sies å være god, og sykepleieren kan tilnærme seg barnet på en god måte, er forståelsen av barnets og foreldrenes opplevelse vesentlig (Martinsen, referert i Tveiten 1998:48).

Tveiten, m.fl. (2012:35) skriver at det kan være utfordrende å være sykepleier på en barneavdeling, det er ofte mye aktivitet og mange til stede. Målet for sykepleien er å legge til rette for at opplevelsen av innleggelsen blir best mulig for barnet og dets foreldre. Selv om man legger til rette for at opplevelsen skal være god kan det av og til være vanskelig å unngå at barnet føler frykt eller angst, da kan det også være vanskelig å oppnå tillit hos det barnet. Siden barnet og foreldrene er en helhet har sykepleier flere å forholde seg til, som også trenger omsorg.

For sykepleieren kan det være en utfordring både når foreldrene er til stede og når de ikke er det. Hvis foreldrene er til stede kan det bli trangt om plassen eller skape uro ved arbeidssituasjonen, er de ikke til stede kan barnet føle seg utrygg, det gjør at det blir vanskelig å trøste og samarbeide med.

Når barnet lider, lider også foreldrene, å se at barnet lider kan være en stor belastning for foreldrene, særlig hvis de ikke er diagnostisert med en gang. Da kommer det mange spørsmål som man ikke kan gi svar på med en gang. Det er enklere for voksne å forstå at diagnostisering tar tid, men barnet gjør ikke det (Tveiten, m.fl. 2012:36).

3.4 Retningslinjer når barn er innlagt på sykehus

Barn med kreft kan være innlagt i sykehus fra en uke til flere uker i begynnelsen, mens etter hvert kan oppholdet være bare noen dager. Man prøver å tilstrebe at barna skal få leve et mest mulig normalt liv. Behandlingen varer som regel fra et halvt år til to år.

Som sykepleier bør man bli godt kjent med barnet som blir innlagt, kjenne til deres ressurser og interesser slik at man kan hente frem det friske barnet når det er sykt (Reitan & Schjølberg 2010:692).

Når et barn blir innlagt innebærer det at barnet får en fast sykepleier å forholde seg til, en primærsykepleier. Dette er viktig for at både barnet og foreldrene skal kunne føle seg trygge på sykehuset. Her er det viktig å skape gode relasjoner mellom både sykepleier, barnet og foreldrene. Når barnet er innlagt på sykehuset, har barnet og foreldrene spesielle rettigheter. Disse rettighetene er nedfelt i forskrifter om barns opphold i helseinstitusjon. Barnet har rett til å ha foreldrene hos seg. Rett til aktivisering, undervisning og informasjon. Foreldrene har rett til overnatting, mat, reiseutgifter, permisjon og avlastning (Sosial- og helsedepartementet 2000).

Et sykehusopphold kan medføre stress for både barn og foreldre. En innleggelse vil variere avhengig av barnets alder, lengde på oppholdet og familiens situasjon. Dette kan bli en utfordring på mange måter.

«I følge pasientrettighetsloven har alle pasienter rett til å få oppnevnt en behandlingsansvarlig lege. De fleste barneavdelingene praktiserer primærsykepleie, og barnet vil få utdelt en kontaktsykepleier med hovedansvaret for sykepleien.»
(Sosial- og Helsedepartementet 2000).

Etter telefonkontakt med sykepleier på en barneavdeling fikk vi bekreftet at de praktiserer primærsykepleier eller et fast team rundt barnet. De fortalte også at de strekker seg så langt de kan for at barnet skal ha det best mulig.

Det er godt både for barnet og foreldrene å ha bare en person å forholde seg til når det gjelder spørsmål om pleie og behandling (Tveiten 1998: 29,33,37,38).

3.5 Kommunikasjon og tillit

I en enkel form kan kommunikasjon defineres slik:

*Som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med*

(Eide & Eide 2007:17).

Kommunikasjon blir definert som en prosess der den ene parten forholder seg til et budskap fra den andre og omvendt. Dette budskapet kan uttrykkes på mange måter, gjennom lyder, ord og kroppss bevegelser. Kommunikasjon er en del av samspillet mellom barn og voksne. Kommunikasjon kan være non-verbal eller verbal. Non- verbal kommunikasjon vil si kroppsspråk, bevegelser, berøring og ansiktsuttrykk. Verbal kommunikasjon er lyder, stemmer og ord eller skrift (Tveiten 1998:55).

Vi som mennesker har kommunisert med omgivelsen siden vi var spedbarn. Man skulle jo tro at kommunikasjon da var noe man behersket bra da. Men erfaring og forskning viser noe annet. Det er bevist at man har mye å lære der, de fleste av oss. Men evnen for å kommunisere godt som profesjonell hjelper, kan alltid utvikles videre og trenes opp (Eide & Eide 2007:17).

For å oppnå en god kommunikasjon, er det viktig å bli kjent og skape et godt tillitsforhold til barnet. Da er det viktig å kunne forberede, informere og hjelpe barnet og foreldrene i den opplevelsen som oppstår ifølge sykdom og sykehusinnleggelse (Grønseth & Markestad 2009:72-73).

Å kommunisere er en toveisprosess mellom sender og mottaker. Her er det viktig at partene har innsikt i hverandres virkelighetsforståelse, slik at de forstår hverandre. Det er viktig å se på barnets oppfatning og forståelse.

«Å møte et barn handler ikke så mye om å finne de rette ordene som om det å finne en balanse mellom å bli invitert, og det å selv invitere til kontakt. Det handler om å ta utfordringene, se mulighetene, ha tålmodighet, være tilgjengelig, og i enkelte sammenhenger ha kunnskap og erfaringer om hvordan barn best kan uttrykke seg.

(Falklev 1995:72).

3.6 Stressfaktorer – mestringsevner

For å kunne hjelpe barnet å mestre stress ved en innleggelse ved sykehus må sykepleieren vurdere tiltakene sine med det utgangspunktet i barnets alder og utviklingstrinn. Når barnet blir utsatt for stress, kan utviklingen falle tilbake, utfra barnets alder og tidligere utvikling. Det er viktig å forebygge stress og hjelpe foreldrene når barnet blir lagt inn på sykehus. Dette fordi barnets og foreldrenes stressnivå stiger og synker i samme takt. Tilgang til realistisk og ærlig informasjon betyr mye for å mestre barnets sykdom og sykehusopphold. Derfor er all informasjon veldig viktig (Grønseth & Markestad 2009: 63-64).

Sykepleieren har et ansvar for å styrke barnets motstandsressurser, og redusere krav og stress fra omgivelser rundt som barnet ikke mestrer. De tiltak som blir iverksatt må vurderes utfra barnets alder og situasjon. Et tiltak kan være å bearbeide, og dette er aktuelt uansett alder, forberedelse på innleggelse, få en fast sykepleier ved innleggelse å forholde seg til, kjente leker, ta med seg hjemme fra, ha kontakt med venner og familie, delta på samtale grupper med jevngamle barn (Tveiten 1998:97).

Antonovsky sier at stress kan være positivt dersom barnet mestrer det på en god måte, men da forutsetter det at barnet har ressurser til mestringen. Når et barn opplever å kunne mestre en krise eller en sykdom, vil mestringsopplevelsen i seg selv være bra for barnet. Da vil barnet selv oppdage at det har krefter, vilje og evner så det ikke var klar over. Dersom barnets kriseopplevelser og stress skal kunne gi vekst, må mestringsevnen stå i forhold til de krav som barnet møter. Det er viktig å vite at menneskets mestringsevne er under utvikling hele livet (Tveiten 1998:95).

Lazarus m.fl. har beskrevet en modell for mestring av stress, som beskrives som problemfokuserende og emosjonsfokuserende, da innebærer mestringstrategien at individet prøver å mestre de ytre stressorene, mens emosjonsfokuserende strategier handler om å minske sterke opplevelser av ubehag. Barns evne til mestring varierer alt etter om de er i en forberedelsesfase, en tiltaksfase eller om de er i en reorienteringsfase. Barnets evner til å mestre varierer ut fra foreldrenes evne til å mestre (Tveiten 1998:239-240).

4.0 Drøfting

Vi skal her drøfte litteraturen vi har funnet som kan belyse vår problemstilling. Vi har valgt å dele denne inn i to deler, dette for at det skal bli mer oversiktlig å lese. Selv om denne delen er delt i to går alt i hverandre, for å kunne utføre det ene må man ha med seg det andre!

4.1 God og omsorgsfull sykepleie til barn

Hva er god sykepleie til barn? Det er et spørsmål som er verd å tenke over, er god sykepleie til barn forskjellig fra god sykepleie til voksne? Kriteriene for god sykepleie er like for både barn og voksne, men sykepleie til barn gir spesielle utfordringer som kan få konsekvenser for sykepleien og måten man utøver sykepleie (Tveiten 1998:49).

Som skrevet tidligere kan sykdom og sykehusinnleggelse gi traumatiske opplevelser for barn, foreldre og søsken. Målet med sykepleie vil da bli å legge til rette for at opplevelsen blir best mulig.

For å kunne utøve god sykepleie til barn krever det en spesiell kompetanse som må brukes og formidles hensiktsmessig, det forutsetter også at man har tilstrekkelig tid og personell.

Som sykepleier må en ha tilstrekkelig fagkunnskaper til å kunne vurdere barnets behov, man må ha kunnskap som gjør oss i stand til og sett oss inn i og forstå barnets og foreldrene opplevelser og behov, og i tillegg vurdere de etiske sidene ved sykepleie (Tveiten 1998:49).

Sykepleierens holdninger og væremåte har betydning for at situasjon skal bli god for pasienten. Alle menneskelige forhold er maktforhold, dette fordi tillit medfører utleverthet.

Det vil si at forholdet mellom sykepleier og pasient vil være et maktforhold, jo mer hjelpetrengende pasienten er jo mer makt får sykepleier. Sykepleiers evne til kommunikasjon og varhet har en uvurderlig betydning når man har en pasient som er helt hjelpeløs. Da er pasienten avhengig av at sykepleier tar de beste avgjørelsene og velger de handlingene som er best. Sykepleiers moral og etikk kommer til uttrykk gjennom væremåte og kroppsspråk (Brinchmann 2008: 127).

Martinsen sier (2003):

«På sitt beste formidler det (skjønn) både faglighet og omsorgens barmhjertighet. I en sykepleierfaglig sammenheng vil det si å være åpen og medlidende for den andres lidelse og smerte, samtidig som en vurderer tilstanden faglig. Medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten arbeider sammen med fagkunnskapene når vi handler riktig og godt mot den andre.»

(Martinsen 2003, referert i Brinchmann 2008:129).

I følge Martinsen (referert i Brinchmann 2008:129) forenes det sansende og forstående i det faglige skjønn. Hvis man tar utgangspunkt i en følsom åpenhet vil sykepleieren se appellen om livsmot hos pasienten, og kan da bruke fagligheten til å forstå pasienten og handle godt sammen med den. Den etiske fordringen for sykepleiere er å svare på appellen fra pasientens ansikt eller ta imot uttrykket på en slik måte at det blir godt for pasienten. Så enkelt og så vanskelig er det! (Brinchmann 2008:129).

Reinfjell (2007) sier i sin artikkel fra Norsk psykologforening at

«For å ivareta barns behov for tilrettelegging for å forstå og mestre tilværelsen som syk vil det være avgjørende at ivaretagelse av informasjonsbehov og strategier for å håndtere sykdommen går hånd i hånd med ivaretagelsen av den emosjonelle opplevelsen. Ivaretagelse og normalisering av følelsene i gitte situasjoner vil være av stor betydning.»

Barnet skal gjennom en langvarig og intens medisinsk behandling, og mange blir sittende i uvissheten. Derfor trenger de at sykepleien som blir utført har kontinuitet og god kvalitet (Den Norske kreftforening 1999). Dette er noe helsesøster Ingrid Berthinussen understøtter, hun skriver i sin artikkel at det anses som helt vesentlig at man sikrer at barnet får et best mulig opphold på sykehuset, og det vil det få med kontinuitet i pleien og omsorgen. Vi tenker at dette er det beste for barnet og dets familie, hvis ting går i langdrag og personalet stadig skiftes ut kan barnet fort bli urolig og kanskje til og med miste tilliten til helsepersonellet. Dette vil igjen gjøre det vanskelig å fortsette det fine samarbeidet man har opparbeidet.

Selv om man er der for barnet og familien gjennom den tøffe tiden er det viktig at man tar vare på seg selv også. Det er viktig at man ivaretar sine egne behov, som hvile, avstand, refleksjon og rekreasjon slik at man har overskudd til å gi den beste pleien til barnet. Steen, Tveiten & Wennick (2012:37) skriver at god sykepleie er individuell, den tar hensyn til sammenhengen barnet er i og tar utgangspunkt i barnets og familiens opplevelser. Siden vi alle er forskjellige blir det viktig å kunne utøve god sykepleie utfra hver enkelt sitt ståsted. Alle har sin bakgrunn og sitt miljø de kommer fra, man må derfor ikke gre alle under samme kam. Hvis man skal kunne skape et godt tillitsforhold til barnet og foreldrene mener vi det blir viktig ta dem for det de er, ikke forhåndsdomme utfra deres bakgrunner eller statuser, eller det man skulle ha fått hørt om dem på forhånd.

Tveiten, m.fl. (2012) sier noen kloke ord om god sykepleie til barn, «Når barnets behov ivaretas på en faglig, etisk og juridisk god måte, da er sykepleien god!». Dette er det vi blir å ta med oss og utføre på best mulig måte, kun det beste for barnet og familien!

4.2 Første møte med sykehuset

Når et barn blir innlagt med mistanke om kreft har det ofte vært innom flere instanser, det er ofte redd for hva som skal skje og det skaper usikkerhet. Det blir her veldig viktig å trygge barnet. Barns største frykt er å bli skilt fra sine foreldre, men det er også redd for undersøkelsen, smerten og behandlingen (Berthinussen 1987).

Den Norske Kreftforeningen (1999) poengterer viktigheten av at barnet og familien de første dagene har få å forholde seg til, her er det greit å ha en primærsykepleier. Primærsykepleiers oppgave vil være å hjelpe familien og dekke deres behov. Vi tenker at dette vil være viktig for å kunne skape et godt tillitsforhold til barnet, når det er kun noen få som har ansvaret for barnet og familien vil man bli godt kjent med dem som igjen vil skape god trygghet og atmosfære. Berthinussen(1987) understreker at for foreldre betyr det mye å ha god kontakt med personalet.

I forskriften om barns opphold i helseinstitusjon står det oppført:

§ 5

«Det er best for barnet dersom det i størst mulig grad kan forholde seg til det samme personalet under oppholdet i institusjonen. Institusjonen må ta hensyn til dette ved oppsetting av turnus, planlegging og fordeling av arbeid på avdelingen/posten osv.»

(Sosial- og helsedepartementet 2013).

I artikkelen «Helsesøster- brobygger mellom familie og sykehus» skriver Berthinussen (1987) at når små barn skal legges inn på sykehus kan det ofte oppstå problemer for sykepleiere eller andre pleiere på grunn av at syke barns behov er dårlig dekket i utdanningen.

En av sykepleierens oppgave er å imøtekomme foreldrenes følelse av kaos, smerte og fortvilelse, og samtidig utføre nødvendige oppgaver rundt det syke barnet. Å imøtekomme foreldrene vil si å ta imot deres følelseskaos og gi dem tid, avlaste dem.

Martinsen (1993:152) beskriver denne type relasjon som oppstår mellom sykepleier og pasient/pårørende i boken sin «Fra Marx til Løgstrup», sykepleiers funksjon som stedfortredende. Hun skriver at alt felleskap lever av at den sterke kan gå i dem svakes sted for å avlaste. Stedfortreder betyr «i stedet for» eller «i hans sted». Stedfortrederen forutsetter felleskap mellom seg og den nødstedte, og forholdet har personlig karakter. Det er en midlertidig avlastning, noe negativt tas bort fra den nødstedte, som kommer vedkommende til gode (Martinsen 1993:152).

Barnet er som oftest skeptisk til fremmede mennesker og det kan derfor være både tidkrevende og utfordrende å skulle utvikle et tillitsforhold til barnet. Sykepleieren bør jobbe mye med å oppnå tillit til alle som blir innlagt, selv om det kanskje ikke bestandig lykkes. Det kan være lurt at sykepleieren holder litt avstand til barnet i begynnelsen, slik at barnet kan se sykepleieren og bli vant til stemme, utseende og dens væremåte. Sykepleieren kan først snakke med foreldrene, og så etter hvert ta med barnet i samtalen. Da kan man skape kontakt med barnet, med å sette seg ned til barnets nivå, og lytte og spørre, og gjerne se på ting som barnet har med seg hjemmefra. For å få tillit må sykepleieren like og respektere barnet, vise interesse, bli kjent med barnet, involvere seg, utvikle tillitsforhold til foreldrene og være ærlig og forklare og hjelpe barnet til å forstå (Grønseth & Markestad 2009:72-77).

Å være foreldre til et alvorlig sykt barn er en stor påkjenning, engstelsen for barnet kommer i tillegg til andre bekymringer og påkjenninger, skriver Berthinussen (1987). I følge Høstrup (2000) kan det ofte oppleves kaotisk for foreldrene, man får reaksjoner som man ikke visste man ble å få. Noen blir innesluttet og stille, mens andre gråter mye, noen blir også rastløse og ønsker svar hos sykepleier hele tiden. Dette gir en negativ innvirkning på barnet, det blir fortvilet for det har ikke sett foreldrene sine slik før, noen kan også bli angstfulle og vise det ved å bli innesluttet, unngå kommunikasjon med sykepleier, eller få panikk. En annen reaksjon kan være at de føler omsorg for foreldrene og prøver å trøste dem (Høstrup 2000). I følge Den Norske Kreftforening (1999) er det viktig at begge foreldrene er tilstedet den første tiden etter innleggelsen, ved utredningen og oppstart av behandling av sykdommen, det for at de sammen kan få den informasjon og hjelpen de trenger. Etter hvert kan det være greit at søsken til barnet kan komme på besøk slik at de får se hvordan sin bror eller søster har det.

Når et barn blir innlagt på sykehus har barnet og foreldre en del rettigheter som står oppført i «Forskrifter om barns opphold i helseinstitusjon». I denne forskriften kommer det blant annet frem at barnet har krav på å hele tiden ha en av foreldrene tilstede under oppholdet. Det har også rett til å bli aktivisert (Sosial- og helsedepartementet 2000).

Kommunikasjon og tillit:

Den Norske Kreftforening (1999) sier at før i tiden var det ikke så vanlig å kommunisere med det kreftsykebarnet. Da var det kun barnets foreldre som fikk litt informasjon om barnets sykdom. Barnets foreldre fikk heller ingen veiledning om hvordan de skulle fortelle eller snakke med det syke barnet. Nå flere år senere ser de hvor viktig det er å gi både foreldre og det syke barnet en god og ærlig kommunikasjon, Kreftforeningen sier videre at kommunikasjon nå er en viktig del av behandlingen, fordi at det gir barnet en større mulighet til å forstå det som skjer. Og det igjen gir en videre mulighet for å kunne mestre sykdommen. Det er også viktig med informasjon og gode samtaler under behandlingen, da dette er med på å bidra til at barnet bevarer tilliten til tilværelsen.

For å kunne holde oppe motivasjon og motet er informasjon svært viktig og har en avgjørende betydning. Informasjon bør være alderstilpasset, til de aller minste barna fra 3 år blir det brukt materiale som billedbøker og hånddukker som en måte å gi informasjon på. Når man som sykepleier skal formidle et budskap slik at et lite barn forstår det, er det viktig å stimulere flere sanser samtidig. Da kan man bruke bilder, leker, film, dukker. Man kan også bruke forskjellige lukter eller berøringer sammen med verbale utsagn. Boken om kjemomannen Kasper er en bok som er laget for at barnet skal kunne lettere forstå om hva sykdommen kreft gjør med kroppen. Når man skal snakke med barnet å gi informasjon er det viktig å tenke på at samtalen burde legges til en tid på dagen da barnet er mest opplagt, og at samtalen ikke blir alt for lang, da barnet fort kan bli ukonsentrert. Og da ikke få med seg det som blir fortalt (Grønseth & Markestad 2009:72-77).

Det er viktig å bli kjent med barnet, og da er det å kunne kommunisere og skape et godt tillitsforhold mellom barnet og sykepleieren det viktigste for at dette skal kunne bli til det beste for barnet. En sykepleier bør alltid prøve så godt den kan og oppnå tillit hos barnet som blir innlagt på sykehuset, selv om det av og til ikke lykkes. (Grønseth og Markestad 2009:72-74).

Tveiten m.fl. (2012) sier at det er gjort undersøkelser på at barnet først i 5 års alderen greier å bruke problemfokuseret mestring, det kan for eksempel være at et barn ber om smertestillende legemidler. Skal man bruke teorien til Lazarus og Folkman er vi nødt til å se både familien og barnet som en helhet, og på deres samlede mestringskapasitet.

Vi tenker at for oss som er kommende sykepleiere er det viktig å forebygge stress og se til at barnet klarer å følge mestring. Da er det viktig at vi som sykepleiere har kunnskap og kompetanse til å hjelpe barnet. Men vi må tenke på at når vi gir barnet en oppgave, så må det være en oppgave så vi vet at barnet kan klare å mestre, og da er det også viktig at vi gir barnet ros når det har klart oppgaven.

En sykepleier som er kompetent og trygg i sin rolle kan være med på å redusere barnets og foreldrenes engstelse og utrygghet. Grønseth og Markestad (2009) sier at et barn som legges inn på sykehuset fratras sin medbestemmelse, og dette medfører at stressnivået stiger. Dersom barnet får være med på å ta enkelte avgjørelser der det er mulig, vil det være med på å gjøre at barnet opplever å ha kontroll på situasjonen. Dette avhenger av barnets alder.

I artikkelen til Docherty, S.L. m.fl. (2012) «The nursing dimension of providing palliative care to children and adolescents with cancer» skriver dem om viktige prinsipper (se vedlegg 2) som kan være med på å skape god kommunikasjon med pasienten. De poengterer viktigheten med å gi informasjonen på det nivået barnet er utviklingsmessig, kommunisere med barnet både alene og med foreldrene tilstede. Det er viktig som sykepleier å vise empati, forståelse for barnas følelser og reaksjoner, man må også vise for barnet at vi er der når det trenger oss. De skriver at det er viktig å planlegge samtalen, hvor den skal finne sted, og at det skal skje på barnets prinsipper, oppsummer samtalen for å se om barnet har skjont det som ble sagt (Docherty m.fl. 2012). De punktene som er skrevet om i artikkelen støtter under det Tveiten og Grønseth & Markestad har skrevet om god kommunikasjon med det alvorlige syke barnet.

Vi ser at dette med kommunikasjon er noe som blir høyt prioritert i både bøker og artikler, og som vi selv tenker er viktig for å skape et godt forhold til barnet. Er man åpen og ærlig med barnet, lytter og viser forståelse vinner man tillit. Dette tenker vi er noe som de fleste mennesker utøver automatisk i møte med andre folk, og som kommende sykepleiere er kommunikasjon en stor del av den helhetlige omsorgen for pasienter. I de Yrkesetiske retningslinjene (2011) står det skrevet at vi som sykepleiere skal ivareta en helhetlig omsorg til den enkelte pasient, og at vi skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre oss om at informasjon er forstått.

Når sykepleier skal ha en samtale med barnet er det enten for å fortelle hva som skjer, formidle informasjon eller høre hvordan barnet opplever, tenker og mener om situasjonen. Hva barnet tenker om sykdommen eller behandlingen. Barnet er den som er ekspert på seg selv, og vet best hva de føler, og hvordan de har det. Det er ikke alle som har like god evne til å fortelle eller vise hvordan de har det, skriver Tveiten (2012:164-165).

Småbarns ordforråd er variert og barnets sosiale miljø har betydning for denne utviklingen. En må ta seg tid når man skal samtale med barn, og man må lytte aktivt, man bør også være nærværende slik at man kan lese barnets ulike uttrykk. Kroppsspråket kan være variert og tydelig, man må derfor legge merke til når barnet viser uvilje, ikke vil snakke om ting. Da kan man spørre om dem heller vil leke litt, da viser man dem at de blir tatt på alvor og blir anerkjent.

Konsentrasjon hos barn er som regel veldig begrenset, de har ikke evnen til å sitte i ro lenge under samtale, som sykepleier bør man legge merke til dette, da vil fokuset bli flyttet over til noe annet enn samtalen, for eksempel lek (Tveiten 2012:166).

Grønseth & Markestad (2011:87) skriver at samtalene bør være kortvarig og tas når barnet er mest opplagt, gjerne midt på dagen.

I følge Tveiten (2012:166) er barn flink til å kommunisere gjennom lek. Hvis dem leker med noen konkrete leker kan man se hva de er opptatt av og hva de kanskje er redde for. Barna bruker også å uttrykke seg gjennom tegning eller maling, da kan man spørre dem om hva fargene og detaljene betyr, dermed kan man gjøre seg en mening om hva barnet tenker og opplever.

Som sykepleier må man legge til rette for god relasjon mellom dem og barnet når man skal samtale med barnet i en meningsskapende hensikt. Har man en god relasjon med barnet vil det innebære tillit og at barnet våger å stole på sykepleier, det er også viktig å møte barnet der det er, dette forutsetter evnen til empati, fantasi og aktiv lytting.

Å lytte vil si at man kan sette seg selv til side slik at en blir åpen for det barnet har å fortelle og forholde seg til det, man må vise interesse for det barnet har å si og spørre etter barnets meninger, tanker og opplevelser i et språk som er tilpasset barnet (Tveiten 2012:167). Ved å gjøre dette tenker vi at man gir barnet anerkjennelse, man tar det på alvor og lytte på det barnet kommer med. Når man viser dette synes vi at man skaper gode relasjoner, og man viser barnet at vi er til å stole på.

I artikkelen fra Norsk Psykologiforening, Barn og kreft (Reinfjell, T. m.fl. 2007) blir det lagt vekt på hvor viktig et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og de andre yrkesgruppene på sykehuset er for å kunne gi helhetlig hjelp til både det kreftsyke barnet og deres familie. Her må man vite om barnets situasjon, og hvilken informasjon barnet har fått tidligere, også om hvordan barnet forstår informasjonen og hvordan barnet reagerer følelsesmessig på dette. Den situasjonen som barnet opplever ved å være alvorlig syk, kan være med på å ta frem tidligere kriser som har vært i familien, da er det ekstra viktig at barnet blir godt ivaretatt, og får en grundigere informasjon. Som sykepleier må vi tørre å spørre barnet om det er ting som de er redde for eller gruer seg til, og vi må kunne gi en tilbakemelding til barnet på at vi skjønner at dette er vanskelig. Å skape en god samhandling mellom barnet og de voksne er viktig, for å kunne skape gode relasjoner og oppnå tillit.

5.0 Avslutning

Formålet med oppgaven var å vinne kunnskap om hvordan sykepleier kan gi best mulig helhetlig omsorg til kreftsyke barn. Ved at sykepleier gir av seg selv, ser barnet og familien, kommuniserer og er imøtekommende vil skape tillit og trygghet.

Vi har hatt et berikende samarbeid gjennom oppgaven og mener vi har lært mye da vi har hatt hverandre å kunne drøftet med underveis mens oppgaven ble til. Vi har også hatt god nytte av veiledningssamtalene som har hjulpet oss i rett retning. Det har vært en interessant og lærerik reise da ingen av oss har erfaring innenfor dette.

Det vil ikke være et entydig svar på denne problemstillingen da vi alle er forskjellige, med forskjellige behov. Det vi har lært gjennom denne oppgaven er viktigheten med å gi en god omsorg utfra barnets premisser, vise at man er til å stole på, alltid vil være der og har en varm og god hånd å tilby når dagene er på det tyngste, både for barnet og familien.

Vi har fått en forståelse av at kunnskap om barns utviklingsnivå og kommunikasjon er viktige momenter når man skal utøve sykepleie til barn. Når man jobber med barn må man gi mye av seg selv, man må gjøre seg fortjent til deres og foreldrenes tillit. Uten tillit fra foreldrene når man ikke frem til barnet. Som en klok dame sa til oss, foreldre og barn er som hånd i hanske.

EI HAND Å HOLDE I

*Se, den nye dagen er din, som en gave.
Kjenn, en varm og vårlig vind inn fra havet.
La livet låne deg, i den myke timen.
Kom og vær, slik du er ...*

*Ei hand å holde i, når natt går mot dag.
Og den stille sang om livet selv i våre hjerteslag.*

*Ei hand å holde i når sol skal gå ned.
Og vi minne om den tid vi har vil fly
av sted,
Å vi må følge med.*

*Her er målet som du så, i det fjerne.
Se at du får lov til å bo, på en stjerne.
De enkle ting vi har er selve nakne livet.
Gi ditt svar, du som har*

*Ei hand å holde i, når natt går mot dag.
Og den stille sang om livet selv i våre hjerteslag.*

*Ei hand å holde i, når sol skal gå ned.
Og vi minnes om det liv vi har,
Vil fly av sted,
Og vi må følge med...*

Jørn Hoel

Litteraturliste

Pensum:

Blix, E. S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Brinchmann, B. S. (2008) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 utg.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4 utg.

Grønseth, R., Markestad, M. (2011) *Pediatri og Pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Selvvalgt Litteratur:

Aakre, M. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. (28 sider)

Ankersen, A., Busch, C., Esbensen, B. A., Gamborg, H., Henriksen, H., Høj, B., Høstrup, H., Knoblauch, P., Kopp, K., Kristjansen, P., Madsen, L. D., Olsen, I., Rasmussen, A., Rørth, M., Specht, L. (2000) *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

«Kræft hos børn» s.388-394 (6 sider)

Berthinussen, I. S (1987) *Helsesøster- brobygger mellom familie og sykehus*. I: Tidsskriftet Sykepleien nr. 4/87. (7 sider)

Hoel, L.L(1999) *Omsorg for barn med kreft og deres familier*. I: Hefte nr. 5/99. Oslo: Den Norske Kreftforeningen, s. 6- 41 (35 sider)

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. (2008) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

«Teoretisk perspektiver på sykepleie» s.59- 94 (35 sider).

Motzfeldt, H(1991) *Kemo-manden Kasper og hans jagt på de sure kreftceller*. Norsk oversettelse: Øystein Randers- Pehrson. Utgitt med støtte fra Kreftforeningen og støtteforeningen for Kreftsyke Barn 2011. (34 sider)

Schjølberg, T, Reitan, A.M. (2010) *Kreftsykepleie- pasient-utfordring-handling*. Akribe AS. (30 sider)

«Kreft hos barn» s. 672- 674 (2 sider)

«Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn» s. 692- 696 (5 sider)

Steen, H.F, Tveiten, S., Wennick, A. (2012) *Sykepleie til barn. Familie sentrert sykepleie*. Gyldendal Norske Forlag.

«Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familisentrert sykepleie» s.11- 39 (28 sider)

«Utviklingspsykologi» s. 83- 108 (25 sider)

«Sykepleie til barn» s.110- 152 (42 sider)

Tveiten, S.(1998) *Barnesykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

«Hva er spesielt ved sykepleie til barn» s.17- 51 (34 sider)

«kommunikasjon og samspill» s. 55- 67 (12 sider)

Worum, R. (1999) *Barn med kreft- kommunikasjon med alvorlig syke barn*. I: Hefte nr. 3/99. Oslo: Den Norske Kreftforeningen, s. 6- 25 (19 sider)

Internett:

Allison, C., Barfield, R. C., Docherty, S.L., Tamburro, R. F., Thaxton, C. (2012) *The nursing dimension of providing palliative care to children and adolescents with cancer*. I: Clinical Medicine Insights Pediatrics. Vol 6, s 75–88. (13 sider)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3620813/>

Diseth, T. H., Reinfjell, T., Vikan, A. (2007) Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. I: Tidsskrift for norsk psykologforening. Vol 44, s. 724- 734 (10 sider)

http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=24471&a=2

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/1999/forskrift-om-barns-opphold-i-helseinstit.html?id=91998 Nyeste utgave 2000.

TOTALT: 335 sider

Table 1. Principles of communication with a seriously ill child and the child's family.

7-step communication tool⁴¹	Guidelines for communication of the diagnosis⁴²	Six E's of communication⁴³	SEGUE⁴⁴	PACE⁴⁵	SPIKES⁴⁶
1. Prepare for the discussion	1. Establish a protocol for communication	1. Establish an agreement about communication	1. Set the stage	1. Plan the setting	1. Setting up the interview
2. Establish what the patient/family already knows	2. Communication at diagnosis and later follow up	2. Engage the child at an opportune time	2. Elicit the information	2. Assess the knowledge and needs of the recipient	2. Assessing the Patient's Perceptions
3. Determine how the information is to be handled	3. Communicate in a comfortable and private space	3. Explore what the child already knows	3. Give information	3. Choose appropriate strategies	3. Obtaining the patient's Invitation
4. Deliver the information	4. Communicate with both parents and others if desired	4. Explain information according to the child's developmental status and needs	4. Understand the recipient's perspective	4. Evaluate their understanding	4. Giving Knowledge/information to the patient
5. Respond to emotions	5. Hold a separate session with the child	5. Empathize with the child's emotions	5. End the encounter		5. Addressing the patient's Emotions with Empathy
6. Establish goals for treatment and care priorities	6. Solicit questions from the child and parents	6. Encourage the child that you will be there when needed			6. Strategy and Summary
7. Establish a plan	7. Communicate in a way sensitive to cultural differences 8. Share information about the diagnosis and plan for cure 9. Share information on lifestyle and psychological issues 10. Encourage the entire family to talk together				

Adapted from: Mack JW, Hinds PS. Chapter 19. Practical Aspects of Communication. Table 19-1. In: Wolfe J, Hinds PS, Sourkes BM, editors. *Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care*. Elsevier/Saunders, Philadelphia, PA, 2011, pp. 181.

VEDLEGG 2: LOGG

25.06.13. Kl.10.00

Vi har valgt å omtale oss med bokstavene K og G.

Vi møtes hos K den første dagen.

Her snakker vi sammen om hvordan vi skal starte med oppgaven, og hva vi tenker og ønsker å ha med.

Vi ser gjennom prosjektplanen.

Vi fordeler de ulike bøkene vi har lånt på biblioteket og blir enige om å lese og se i dem de neste 2 ukene.

Avslutter kl. 15.00.

26.06.13. kl.10.00

K kommer til G i dag.

K starter å skrive om metode. Bruker Dalland boka.

G lager litteraturliste over bøker vi bruker.

K og G diskuterer videre hva vi skal ha med i oppgaven.

Avslutter kl. 15.30.

28.06.13.kl.09.30.

G møter hos K i dag.

Fortsetter videre på metode.

Diskuterer det som vi har lest i bøkene Sykepleie til barn og Barnesykepleie.

Er inne på pc og søker på andre Bachelor oppgaver og leser disse for å få en pekepinne på hvordan en oppgave skal skrives og settes opp.

G og K tar lang helg.

Avslutter kl. 16.00.

02.07.13. kl. 10.30.

G møter hos K.

K og G gjør ferdig metode delen i dag.

Avslutter kl.15.30.

03.07.13.kl. 10.00.

K møter hos G.

K og G setter opp en liste over hva vi vil ha med i teoridelen.

K skal finne stoff om sykepleie til barn, og skrive om det.

G skal finne stoff om retningslinjer når barnet er innlagt på sykehuset.

Vi jobber med teori resten av dagen.

Avslutter kl.17.00.

04.07.13. kl.10.00.

K møter hos G.

Denne dagen fortsetter vi å jobbe med å skrive på teorien.

Avslutter kl.15.00.

05.07.13. kl. 11.00.

G møter hos K.

G skriver sammendrag av vitenskapelig artikkel.

K skriver teori.

Avslutter kl.15.45.

08.07.13. kl.10.30.

K møter hos G.

K og G bruker denne dagen til å sette sammen og ferdigstille metodedelen.

Vi lager også innholdsfortegnelse.

Avslutter kl.15.00.

09.07.13.kl.10.00.

G møter hos K.

Fortsetter der vi sluttet i går.

K og G leser og oversetter artiklene som vi skal bruke i oppgaven.

Merker med gult det som vi mener er relevant for oppgaven vår.

K og G lager seg en liste over hva vi ønsker å ha med i teorien.

Avslutter kl. 15.15.

12.07.13.kl.09.30.

G møter hos K.

Vi starter dagen med å lese gjennom det som vi har skrevet til nå.

Fortsetter å skrive på teorien, men er litt usikre på om dette blir rett.

Bestemmer oss for at vi bare fortsetter og skriv det vi mener er relevant for oppgaven, også får vi heller rette opp etter første veiledning dersom vi er på feilt spor.

Avslutter kl.15.30.

15.07.13.kl.10.00.

K møter hos G.

K og G setter opp en liste over hva vi skal ha med i teorien.

Vi deler det inn i nærhetsetikk, barn med kreft, barns utvikling, sykepleie til barn, innleggelse på sykehus og retningslinjer, stressfaktorer og mestringsevner og kommunikasjon og tillit.

K skriver om etikk, barn med kreft, barns utvikling og sykepleie til barn.

G skriver om innleggelse på sykehus og innleggelse, stressfaktorer og mestringsevner, kommunikasjon og tillit.

G sender en mail til kreftforeningen og forteller om at vi skriver på bachelor oppgave, og lurert på om de har bøker/hefter/brosjyrer som vi kan ha bruk for i vår oppgave.

Avslutter kl. 16.45.

16.07.13.kl.10.00.

G møter hos K.

Vi føler at vi er godt i rute med oppgaven, siden vi har startet på teorien tidligere enn hva vi hadde tenkt da vi satte opp framdriftsplanen.

Vi bruker dagen i dag på å søke litt på nettet.

K skriver ferdig om litteratursøk.

G skriver en kort avhandling om hver bok som vi bruker, limer dette inn sammen med det som K har skrevet.

Bestemmer oss for å avslutte skrivingen å starte tidlig på ferien. Tar nå ferie i uke 30-31 og 32.

Avslutter kl.15.40.

12.08.13.kl.10.00.

K møter hos G.

Vi starter dagen med å lese gjennom oppgaven, for å friske opp litt etter en lang og solfylt ferie.

K fortsetter å skrive ferdig på sykepleie til barn, og starter denne dagen på etikken.

G gjør ferdig om barn innlagt på sykehuset, og fortsetter på retningslinjer.

Vi går gjennom det som vi har fått av stoff fra Kreftforeningen, og bestemmer oss for å bruke boken Kjemomannen Kasper. Vi bruker også heftene som Den Norske Kreftforening har som heter Omsorg for barn med kreft og deres familier, og Barn med kreft- kommunikasjon med alvorlig syke barn.

Avslutter kl.16.30.

13.08.13.kl.09.30.

G møter hos K.

Vi starter dagen med å gå gjennom det som vi har skrevet fram til nå.

Vi fortsetter å skrive på teorien, og har som mål å få den mest mulig ferdig til vi skal på første veiledning.

Avslutter kl.15.00.

15.08.13.kl.10.00.

K møter hos G.

K skriver denne dagen om begrepsavklaring(omsorg-kommunikasjon).

G skriver mer på teoretisk referanseramme.

Vi bruker slutten på dagen til å snakke og sette sammen det vi har skrevet, og begynner å bekymre oss for at vi allerede er kommet opp i mange antall ord.

Bestemmer oss for å ta helg, og at vi skal møtes på mandag.

Avslutter kl. 16.00.

19.08.13.kl.10.00.

G møter hos K.

Vi starter dagen med å se litt mer i de bøkene vi har valgt for oppgaven vår. Leter å finne mer stoff som vi kan bruke.

Er ikke så veldig produktive denne dagen med skriving. Blir mer snakk om oppgaven.

Avslutter kl.15.00.

22.08.13.kl.11.00.

K møter hos G.

Vi starter dagen med å bestemme oss for at vi må bli flinkere til å jobbe når vi møtes. Har lett for å bli mye pauser til tider, og lite produktiv jobbing med oppgaven.

Vi blir enige om at vi skal prøve å ha ferdig det som lar seg gjøre i innledning, metode og teori del til første veiledning som er den 29.august.

Vi skriver begge på teori denne dagen.

Avslutter kl.15.30.

26.08.13.kl.10.00.

G møter hos K.

Det blir mye snakk om oppgaven, og at vi ser fram til veiledningen på torsdag for å få en pekepinne på om vi er på rett spor, men vi gruer oss litt også.

Vi fortsetter å lete/lese i bøkene og artiklene for å finne stoff som vi bruker i teorien.

Vi bruker slutten på dagen til å skrive ned spørsmål som vi sammen med oppgaven skal sende til vår veileder på onsdag morgen.

Avslutter kl.15.30.

27.08.13.

I dag snakker vi bare sammen i telefonen. Skriver litt vær, og sender oppgaven litt mellom oss på mail.

G setter oppgaven sammen, og sender den over til K.

K skriver inn spørsmålene til veileder, og sender den til veileder tirsdag kveld.

29.08.13.kl.09.45.

K og G møter på skolen til første veileder samtale. Vi kommer ca. 15 min. før avtalt møte. Vi kjøper oss en kopp kaffe og setter oss i sofaen og venter spent.

Vi er inne hos veileder i ca. 1 time, og vi føler oss så mye lettere etter møte med henne.

Hun gir oss god tilbakemelding, og hun stiller spørsmål så får oss til å se på oppgaven med nye øyne.

Vi finner oss en rom på skolen, og setter oss der for å rette opp de ulike ting som veileder har på peket i oppgaven.

Vi tar oss en lang og sen lunsj.

Avslutter kl.15.30.

02.09.13.kl.10.00.

G møter hos K.

G skriver nå videre på stressfaktorer og mestringsevner.

K skriver også videre på teori.

Avslutter kl.15.00.

05.09.13.kl.09.45.

K møter hos G.

G og K skriver nå ferdig alt om teori.

Bruker siste delen av dagen på å lime og sette sammen oppgaven.

Avslutter kl.16.00.

06.09.13.kl 10.00.

G møter hos K.

G skriver sammendrag av artikkel på nytt.

K begynner å lete etter mer stoff om Kari Martinsen, og skriver om hva Kari Martinsen mener med omsorg.

Avslutter kl.17.50.

09.09.13.kl.09.30.

K møter hos G.

Vi starter dagen med å diskutere hvordan vi skal starte drøftingsdelen av oppgaven.

Vi bestemmer oss for å dele drøftingen inn i to deler for å gjøre den mer oversiktlig for de som skal lese den.

Vi tenker at vi slår sammen tre og tre deler av teorien og drøfter dette under ett.

Del en blir første møte med sykehuset, her kommer vi litt inn på sykepleie til barn, kommunikasjon, tillit, stressfaktorer, mestringsevner og hvilke retningslinjer som barnet og foreldrene har når de er innlagt på sykehuset.

Vi bestemmer oss for å prøve å skrive det slik, men synes det er vanskelig å starte drøftingen.

Vi er enige om at vi skal ha drøftet mest mulig til neste veiledning, for å kunne få en tilbakemelding på hvordan vi ligger an i oppgaven.

Vi skriver og jobber mye denne dagen.

Avslutter kl.19.30.

10.10.13.kl.10.00.

G møter hos K.

Vi starter med å sette sammen det som vi har skrevet.

Vi ser at vi allerede er kommet over 7700 ord, og vi henger oss litt opp i det. Vi har jo enda mye igjen å drøfte. Vi bestemmer oss for å bare fortsette å skrive, og heller bekymre oss over antall ord når vi nærmer oss slutten.

Vi bruker slutten på dagen til å skrive spørsmål til veileder som vi skal sende med oppgaven.

G skriver spørsmålene. K skal sende oppgaven til veileder neste dag.

Avslutter kl.17.00.

12.09.13.kl.10.00.

G og K møter på skolen til veiledning hos veileder.

Her går vi gjennom oppgaven sammen med veileder. Vi får mye bra tilbakemelding, men får en del små ting som vi må rette opp i.

Vi avslutter møtet etter ca. 1 time og 15 min.

K og G diskuterer litt sammen, og blir enige om å møtes å rette opp dette etter at K er kommet tilbake fra ferie.

K og G tar nå ferie i uke 38 og 39.

Avslutter kl.13.00.

30.09.13.kl.10.30.

K møter hos G.

Første møte etter ferien, og vi starter med å se på oppgaven.

Flytter om på forskjellige kapitler i teorien, tar bort litt av teorien og flytter til drøftingsdelen.

K fortsetter å skrive videre på drøftingsdelen.

G finner fram boka/loggen om begynner å føre inn logg for alle ganger de har møttes.

Avslutter kl.15.00.

04.10.13.kl.18.00.

G møter hos K.

Vi har nå bestemt oss for å bruke hele helgen på oppgaven, vi kombinerer oppgaven med en liten husmor ferie uten mann og barn.

Vi starter videre på oppgaven og jobber med å sette den sammen i rett rekkefølge slik vi vil ha den. Jobber med dette i løpet av kvelden. Ser også over hva vi mangler i oppgaven, og hvor vi skal skrive inn litt mer for å få en god oppgave.

Vi avslutter kvelden med god mat og prater om hva vi har lært og kommet fram til hittil i oppgaven vår.

Avslutter kl.00.30.

05.10.13.kl.10.30.

G er fortsatt hos K.

Vi gjør ferdig drøftingen i oppgaven,

Vi samarbeider om å skrive en avslutning.

Vi oppdaterer litteraturlisten.

Vi leser gjennom oppgaven, og retter skrivefeil.

Vi avslutter etter en lang og innholdsrik dag.

Avslutter kl. 21.00.

08.10.13

G og K avtaler pr. tlf at K sender inn oppgaven til veileder i dag.

10.10.13. kl.09.00.

K og G møter til veiledning på skolen.

Veiledning ferdig ca. kl. 09.30.

K og G setter seg på skolen å jobber videre med oppgaven.

Vi ringer en barneavdeling for å spørre om de praktiserer primærsykepleier når barn er innlagt. Vi får snakke med en trivelig sykepleier som forteller litt om det. Hun kan også fortelle oss at den nyeste utgaven fra sosial og helsedepartementet er fra 2000.

Avslutter kl. 13.30.

18.10.13.kl.10.00.

K møter hos G.

Vi ser gjennom oppgaven, og retter skrivefeil.

Avtaler å møtes hos K på tirsdag 22.10.13. for å skrive ut oppgaven å få den innbundet, slik at den er klar til levering fredag 25.10.13. kl. 14.00.