

# BØRN OG UNGE- SYGEPLEJERSKEN

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge



- **Hvordan kan man reducere den belastning, som mange børn oplever i forbindelse med undersøgelser og procedurer i hospitalsregi?**
- **Familie Centreret Samarbejde**
- **Skolefravær hos unge med kronisk sygdom**

**Juni · 2/2017**



# Hvordan kan man reducere den belastning, som mange børn oplever i forbindelse med undersøgelser og procedurer i hospitalsregi?

Sine Lyons, Cand. Mag., Center for Hospitalsbørn, [www.hospitalsbarn.dk](http://www.hospitalsbarn.dk)

Inger Thormann, Psykolog og forfatter, Institut for Spædbarnsterapi, [www.spædbarnsterapi.dk](http://www.spædbarnsterapi.dk)

## Introduktion

I en rapport fra Sundhedsstyrelsen fremgår det, at ca. 10 % af danske børn under 16 år har mindst én langvarig eller kronisk somatisk sygdom<sup>1</sup>.

Undersøgelser af børn på intensivafdeling viser, at en fjerdedel af de undersøgte børn udviser negative psykologiske følger samtidig med, at det viser sig, at gentagne smerteoplevelser hos helt små børn kan resultere i en u hensigtsmæssig neurologisk udvikling<sup>2</sup>. Man ved også, at langvarig eller kronisk sygdom kan påvirke barnets fysiske såvel som psykiske udvikling, og at børn kan påvirkes af traumatiske og stressfulde oplevelser, som kan have både store og langvarige konsekvenser for barnet.

Vi møder disse børn – ofte når de bliver større - og ser, hvor svært barnet (stadig) har det, og hvordan forskellige belastende og traumatiserende oplevelser påvirker barnet i dets dagligdag. Når vi ser dem, har barnet og familien levet med det i mange år, og det er som regel nået et stadie, hvor hele familien lider under de mange udfordringer. Dette kunne måske være undgået, hvis barnet var blevet set, hørt og mødt med sin smerte ved hvert møde med hospitalsvæsenet og andre behandlingsinstanser.

I denne artikel vil vi derfor via konkrete eksempler give vores bud på, hvordan man alene via kommunikation i hospitals- og andre behandlingsregi kan reducere den belastning barnet udsættes for.

## At møde barnet

Når man som barn har en sygdom, der kræver jævnlig kontakt med hospital og hospitalspersonale, jævnligt undersøges eller gennemgår procedurer som fx. blodprøver, og derfor jævnligt oplever sig både fysisk og følelsesmæssigt invaderet, er udvikling af et traume nærliggende. Traumer kan imidlertid forebygges. I mødet mellem den ansvarlige professionelle og barnet, skal barnet opleve sig "set, hørt og mødt" med sin smerte<sup>3</sup>. Heri ligger den væsentligste forebyggende faktor. Sundhedspersonalet skal se barnet i øjnene og ikke kigge forbi barnet for i stedet at henvende sig til mor. Det er barnet, det handler om. Mor er måske også bange, men det er barnet, der er patienten. Det er barnet, der er hovedpersonen.

## Teoretisk baggrund

At møde barnet, og måden man gør det på, kan være via kontaktformen Spædbarnsterapiens metode<sup>4</sup>. Metoden henvender sig direkte til barnet, og der tales sandt og kun sandt. Barnet får fortalt noget vigtigt om sig selv og sin egen historie, eller der bliver sat ord på vigtige og tilbagevendende overgreb; I det første af eksemplerne nedenfor hjælper lægen barnet med ikke at mærke, han bliver stukket, og i det næste eksempel reducerer sygeplejersken den smerte, som sjældent bliver nævnt. Overordnet set er målet i Spædbarnsterapiens metode, at skabe et respektfuldt samarbejde mellem den voksne og barnet - her sundhedspersonalet og barnet

- når det kommer til undersøgelser og procedurer. Derfor tales der direkte til barnet, mens mor er en biperson, som kun omtales i 3. person. Hermed bibeholdes fokus på barnet. Man bør benytte denne metode til alle børn - også spædbørn. Spædbarnsterapien er inspireret af fransk psykoanalyse. Det er psykoanalytikerens Françoise Dolto, der sammen med sin elev Caroline Eliacheff, har inspireret Inger Thormann og Inger Poulsen til at udvikle den praksis, som anvendes i Danmark. Dolto og Eliacheffs væsentligste holdninger kommer til udtryk i to vigtige sætninger: "Alt usagt binder energi", og "Lad aldrig barnets smerte blive glemt". Den voksne er respektfuld og præsenterer sig for barnet, uanset barnets alder. Fortællingen er ikke følelsesladet, men faktisk og neutral. Det er sådan, det er. Respekten og nærværet giver barnet håb. Håbet fylder meget i spædbarnsterapiens metode, da håbet er nødvendigt for heling og udvikling.

## Det giver fx barnet håb, når

Lægen/sygeplejersken taler direkte til barnet.

Lægen/sygeplejersken præsenterer sig.

Lægen/sygeplejersken giver sig tid til barnet.

Lægen/sygeplejersken siger, hun vil hjælpe.

Lægen/sygeplejersken gør, så det ikke gør ondt eller lindrer smerten.

Lægen/sygeplejersken indbyder til et samarbejde med barnet.

Lægen/sygeplejersken respekterer barnets grænser.

Barnet får hjælp til at finde trøst.

Der er tid til at vente på, at det ikke gør ondt på barnet.

Der findes noget (fx emla), der kan afhjælpe barnets smerte.

Spædbarnsterapien og dens metode har sit navn, fordi selv spædbørn kan have glæde af den. Alle kan have glæde af decideret terapi, såvel som af metoden anvendt i praksis situationer, som vi senere giver eksempler på. Det kan måske virke underligt, at tale direkte til et spædbarn, men barnet fødes med sproget i sig. Det nyfødte barn kan forstå det, der formidles til det. Også Daniel Stern<sup>5</sup> fandt, at spædbarnet forstår den samlede kommunikation. Hermed erindrer han om, hvor stor betydning toneleje, gestus og mimik har, ikke mindst for det helt lille barn. Det indledende goddag med øjenkontakt, smil og evt. given hånd, fulgt af præsentation og klar tale henvendt direkte til barnet. Herved fremstår den voksne venlig, imødekommende og som havende gode intentioner. Det er den optimale situation for en "hjælper" møde med barnet.

I praksis situationer italesættes det, der sker. Som i eksemplet med Carl nedenfor. Lægen er karavanefører og fortæller, hvad hun ser, og hvad hun har tænkt sig at gøre. Hun har en plan, som hun har ansvar for og formidler til barnet. Alle i rummet hører, hvad hun siger, og det gør alle trygge, at der er en, der har en dagsorden. Der skabes helt enkelt ro, og denne ro gør barnet, som er den udsatte, godt.

### Fra teori til praksis

Vores eksempler er konstruerede og tager udgangspunkt i Carl på 1 ½ år, som har hæmofili (bløder) i svær grad.

#### Eksempel 1: Bedøvelse med maske

Lægen henvender sig direkte til barnet på en både rationel og empatisk måde.

*Goddag Carl. Jeg hedder Tina.*

*Jeg er læge her på afdelingen.*

*Du har en blødning. Du er bløder, så dit blod kan ikke størkne.*

*Du skal have medicin, som hjælper med at størkne dit blod.*

*Hvis du ikke får din medicin, får du ondt. Det skal du ikke have.*

*Jeg hjælper dig.*

*For at give dig medicinen, skal jeg stikke dig, så medicinen kan komme ind i dine blodårer og rundt i hele din krop.*

*Jeg kan se i din journal, at du er svær at stikke.*

*Jeg vil bedøve dig, så du sover helt. Så kan jeg stikke dig, uden at det gør ondt.*

*Når jeg skal bedøve dig, får du en maske for munden og næsen, sådan her (vis masken, og sæt den på eget ansigt).*

*Når masken er på, tænder jeg for noget luft, sådan her. (lad som om du tænder for noget luft, og blæs blidt Carl ind i ansigtet)*

*Vil du prøve, at sætte den på din mor? Vil du prøve, at sætte den på dig selv?*

*Måske når du slet ikke at lægge mærke til masken, før du sover – så hurtigt går det.*

*Imens sidder du på mors skød, så du har det rigtigt rart.*

*Når du vågner igen, er din mor her og sørger for, du har det godt.*

*Er du klar?*

*Kan du hjælpe mig med, at sætte masken på?*

*Hvor er du dygtig.*

*Nu tænder jeg for luften.*

*Kan du mærke den?*

*Prøv at se, om du kan dufte noget.*

*Kan du det?*

Ved hjælp af kommunikationsanalyse kigger vi nærmere på, hvad der sker i interaktionen mellem lægen og barnet.

#### Kommunikationsanalyse af eksempel 1

Først og fremmest taler lægen direkte til Carl. Det er en vigtig pointe i sig selv, da der er undersøgelser der peger på at børn rutinemæssigt bliver ekskluderet fra samtaler<sup>6</sup>. Der er undersøgelser<sup>7</sup>, der viser, at



Carl over procedurer

børn deltager i så lidt som 10% af den brugte tid i lægekonsultationer, hvor resten af taletiden bruges af læge og forældre. Undersøgelser viser også, at hvis barnet ikke inddrages i kommunikationsprocessen har det i sig selv en ekstrem negativ effekt på barnet. Børnene siger selv<sup>8</sup>, at de bliver skuffede, kede af det, forvirrede, vrede, føler sig "rådne", bekymrede, vildledte, chokerede, svigtede, ensomme, afviste, ekskluderede og ignorerede. Børnenes følelser ligner voksne patienters følelser i lignende situationer, hvor de voksne føler sig ubetydelige, objektificerede og får følelser som angst, vrede og skam<sup>9</sup>. Hvis børnene ikke føler sig hørt, kan det give dem følelsen af, at "det hele kan være lige meget, og det nytter ikke noget alligevel" <sup>10</sup>. Gentagne oplevelser af denne slags kan lære børnene en passiv lydighed<sup>11</sup>. Sagt på en anden måde, så skubber de voksne barnet over i en passiv deltagerrolle. Med det menes, at barnet aktivt lærer at holde sig uden for samtalen (og dermed også information og beslutningsproces). Det kan være svært for barnet at slippe den passive deltagerrolle, selvom barnet måske senere forsøges inddraget – fordi barnet har fået en grundlæggende oplevelse af, at ethvert forsøg alligevel ender med, at der ikke bliver lyttet til det. Hvis man spørger børnene selv, så viser en undersøgelse



Carl med venflom

sel2, at det for mange børn er mere vigtigt at være involveret i selve kommunikationsprocessen end at være involveret i en alvorlig beslutningstagen.

Når lægen taler direkte til barnet, er det først og fremmest en anerkendelse af, at det er barnet, det handler om, at det er barnet, der er patienten. At introducere sig selv med navn og titel til et barn er med til at etablere en relation mellem læge og patient, som bygger på respekt og kendskab, og som er en relation, der ikke bare er flygtig. Netop kendskabet til personalet er én af fire parametre (kendskab til hospital og procedurer, alder og tid<sup>13</sup>), som er med til at give barnet en god hospitalsoplevelse. Derfor bør det at skabe gode relationer mellem barnet og personalet prioriteres højt.

Herefter forklarer lægen, hvad der er problemet, og hvordan det kan afhjælpes – bløder, blødning og medicin. Samtidig skaber lægen sig en, overfor barnet, synlig identitet, som én der hjælper barnet med ordene ”Hvis du ikke får din medicin, får du ondt. Det skal du ikke have. Jeg hjælper dig”. Så selvom lægen skal gøre noget for barnet, som måske er smertefuldt eller ubehageligt, så er det for at hjælpe barnet og ikke for fx at straffe barnet.

Herefter gennemgår lægen den del af proceduren, der har relevans for barnet – nemlig masken, der skal bruges til at

bedøve barnet. At vise barnet den, selv tage den på, at få barnet til at give sin mor og sig selv den på er alt sammen handlinger, der er med til at gøre noget potentielt skræmmende, som barnet ikke kan samarbejde om og kontrollere, til noget sjovt og ufarligt. Det bliver til noget, som indbyder til samarbejde, og som giver barnet en grad af kontrol.

Det er vigtigt, at fortælle om alt det, barnet kan opleve, så barnet ikke overraskes eller forskrækkes. Barnet skal have tillid til de voksne hele vejen igennem – det de voksne siger, der vil ske, er også det, der sker. Derfor er det vigtigt også, at fortælle om luften, der kommer, når man rigtigt går i gang.

Når lægen spørger ”Er du klar?”, viser det barnet, at der er tale om et samarbejde, hvor barnet respekteres. Barnets behov og grænser respekteres synligt i kommunikationen, såvel som i handlingerne.

Lægen synliggør moderens identitet, som værende ”en der gør det rart” under proceduren, og en ”der hjælper” efterfølgende. At synliggøre moderens rolle, som hjælper og støtte, kan hjælpe moderen til at få fokus på, at hun skal gøre det rart for barnet, samtidig med at det synliggøres for barnet, at mor også er der for at hjælpe det.

Derefter gøres bedøvelsesproceduren til et samarbejde mellem læge og barn ved, at barnet inviteres til at deltage ”hjælpe mig med at sætte masken på”. Lægen inddrager barnet i proceduren fra start (sæt maske på) til slutningen, hvor lægen fortæller, at ”nu tænder jeg for luften”. At inddrage her er ved at give information og ved at samarbejde om de handlinger, der skal gøres.

Al kommunikation foregår med enkle og korte sætninger. Den er rytmisk opdelt i emner, som giver plads til naturlige pauser, som gør, at barnet får tid til, at tage det sagte til sig.

Skal barnet igennem en procedure eller undersøgelse, som involverer ubehag eller smerte, er det vigtigt igen at følge spædbarnsterapiens metode om, kun at tale sandt, og derfor også sætte ord på den smerte og det fysiske ubehag blodprøver eller undersøgelser kan medføre. En sådan sekvens kunne se således ud:

#### Eksempel 2: Indledning på blodprøve

Indledning som i første eksempel.

*Du skal have taget en blodprøve, så jeg kan finde ud af, hvordan jeg bedst kan hjælpe dig.*

*Dit blod fortæller mig, hvordan jeg bedst kan hjælpe dig. Derfor er det vigtigt med en blodprøve.*

*Det er ikke rart at blive stukket, det kan godt gøre ondt.*

*Jeg vil gøre mig umage med at stikke rigtigt, og jeg vil give dig bedøvende creme på det sted, hvor du skal stikkes.*

*Når jeg bedøver det sted, hvor du skal stikkes, så kan du ikke mærke, at jeg stikker.*

*Jeg venter med at stikke, til det virker. Det tager ca. en time.*

*Hvad tænker du om det, Carl?*

*Jeg kan se, at du har din mor med. Så kan du hygge dig med hende imens.*

*Hvis du har lyst, må du gerne vælge en ting, du kan sidde med, når jeg skal tage blodprøven. Ok?*



Carl følger med

## Kommunikationsanalyse af eksempel 2

Sygeplejersken taler igen direkte til barnet og introducerer sig. Herefter fortæller hun, hvad der skal ske og hvorfor. Sygeplejersken betoner ordet skal i sætningen "Du skal have taget en blodprøve". Ved at gøre det, gøres handlingen "tage blodprøve" til noget vigtigt og noget, der ikke kan forhandles. Samtidig synliggør sygeplejersken sin identitet som en, der hjælper barnet. Herefter fortæller sygeplejersken, at "det kan godt gøre ondt" (sandheden), men at hun også her er en, der hjælper barnet med at lindre smerten ved at give creme på. Information er vigtig for børn for, når de "samler information om deres helbred, behandling, forventelige smerter og prognose, så er de mere villige til at samarbejde, udholde smertefulde behandlinger mere tålmodigt, vise mindre ked af det følelser og komme sig bedre"<sup>14</sup>. Derefter spørger sygeplejersken ind til Carl med ordene "Hvad tænker du om det, Carl?". Det giver barnet plads til at fordøje informationen samtidig med, at barnet får mulighed for at komme med spørgsmål eller protester. Selvom barnet kun er 1 ½ år tydeliggør sygeplejersken, at barnets stemme har betydning og tillades. For at det ikke "bare bliver noget sygeplejersken siger", skal sygeplejersken vente og kigge efter anerkendende tegn eller protester i form af nik eller gråd. Når godkendelsen kommer (evt. blot som tavshed), kan sygeplejersken gå videre. Herefter fortæller sygeplejersken, hvad barnet kan lave, imens plasteret virker. Barnet kan hygge sig, og derudover kan barnet benytte tiden til at træffe en beslutning omkring proceduren – nemlig hvilken ting barnet ønsker at have med. Hermed deles beslutningstagen mellem sygeplejersken og barnet. Sygeplejersken bestemmer, der skal tages blodprøve, mens

## Model

Kommunikationsmæssigt kan man reducere den belastning barnet udsættes for således:

Spædbarnsterapeutisk kommunikationsmodel		
- til reducere af den belastning barnet udsættes for ved procedurer og undersøgelser i hospitalsregi		
Basalt	Kommunikationstrin	Håb
1. Tal altid sandt 2. Tal direkte til barnet ved undersøgelser og procedurer	3. Introducer dig selv overfor barnet 4. Skab relation til barnet 5. Fortæl hvorfor barnet skal tilvis af læge eller sygeplejerske 6. Italesæt, at du vil hjælpe barnet 7. Detaljer og smerter <ol style="list-style-type: none"> <li>Forklar i detaljer, hvad barnet vil opleve ved undersøgelsen eller proceduren</li> <li>Italesæt smerten og fortæl, hvordan du vil hjælpe med at lindre barnets smerte. Hvis man ikke kan lindre smerten, fortæl hvordan du vil hjælpe barnet med at udholde smerten</li> <li>Skab rum til at barnets stemme og evt. protester tillades</li> </ol> 8. Synliggør barnets emotionelle støtter – mor, far, bamse, etc. 9. Inden undersøgelsen eller proceduren går i gang: sørg barnet "er du klar?"	1-9 er handlinger, som alle er med til at give barnet håb – både i den aktuelle behandling og i fremtidige behandlinger

Modellen udtrykker, at der er nogle basale elementer, som at tale sandt, og at tale direkte til barnet, som man altid bør efterleve. Det er disse basale ting, der er med til at gøre, at barnet netop føler sig "set, hørt og mødt" med sin smerte. Disse basale, men tillidsskabende elementer, er det fundament, som er med til at hjælpe barnet til at forstå informationen, at forberede sig, og ikke mindst at udholde de prøvelser barnet skal igennem. Det er derfor vigtigt, at disse basale grundelementer bliver de bærende i kommunikationstrinene. At barnet modtager sandheden giver det tillid til, at det der siges, også er det, der sker.

Kommunikationstrinene er alt andet lige den optimale rækkefølge, men er naturligvis situationsafhængig. Man kan sagtens forestille sig et barn, hvor det giver god mening, at synliggøre barnets emotionelle støtter (mor/far/bamse) inden punkt 7 påbegyndes, hvis barnet fx er så bange, at det har brug for støtte til at kunne lytte. Men derfor skal man alligevel synliggøre barnets emotionelle støtter under behandlingen eller proceduren, da de kan være af anderledes karakter fx hvis barnet skal ligge på et lege, hvor det fx kun er muligt at holde mor i hånden. Man kan også forestille sig situationer, hvor det kan give god mening først at tale med mor, for derefter at påbegynde kommunikationstrinene. Her bør man dog introducere sig over for barnet, og tale direkte til barnet og fx sige "Hej, jeg hedder Tina. Jeg er læge her på afdelingen. Jeg vil rigtig gerne tale med dig og også kigge på dig, så jeg kan hjælpe dig bedst muligt. Men først vil jeg gerne tale med din mor. Er det okay? Du må selv bestemme, om du vil lytte eller lege".

barnet bestemmer, hvilken ting, det vil have med til proceduren. Til slut søger sygeplejersken en godkendelse fra barnet på det hele med "Ok?". Det giver igen barnet mulighed for at blive hørt og oplevelsen af, at der søges at etablere et samarbejde.

**Eksempel 3: Blodprøven skal tages**  
*Hej Carl. fandt du noget derude, du ville have med? (Carl viser en bamse)*  
*Arj hvor er den sød. Hvor er det dejligt, du fandt noget du er glad for. Vil du sidde med den?*

*Sygeplejersken skaber (igen) relation med Carl.*

*Nu skal vi se, om plasteret har gjort sit arbejde.*

*Nu mærker jeg først i venstre albuebøjning. Kan du mærke noget her? (Carl nikker).*

*Så prøver vi den anden albuebøjning, der hvor plasteret har siddet. Kan du mærke noget her? (Carl smiler) Nu prøver jeg lige at nive dig lidt hårdt. Gør det ondt? (Carl siger nej)*

*Godt! Så har plastret virket perfekt.*



Carl over proceduren

Sygeplejersken demonstrerer, at plasteret har virket.

*Hvordan vil du gerne sidde? Sider du godt?*

*Inden jeg stikker dig, skal jeg først finde en rigtig god åre.*

*Når jeg putter denne her (vis stase) rundt om din arm, så kommer alle dine blodårer frem. Kan du hjælpe mig med, at finde en rigtig god én?*

*Stasen kan godt stramme lidt, så sig til, hvis du synes, den er for stram. Okay?*

*Nu kigger vi rigtig godt sammen. Kan du se nogle årer, der bliver store og flotte?*

*Den der ser rigtig god ud. Skal vi ikke tage den?*

*Er du klar?*

*Jeg vil gerne have, du siger til, hvis det gør ondt. Okay?*

*Nu stikker jeg!*

*Nu løsner jeg stasen!*

*Nu tager jeg nålen ud!*

Disse spørgsmål, udsagn og handlinger er alle med til at medinddrage Carl, og give ham en grad af kontrol over situationen

Gør det ondt på barnet, kan man fx forsøge at lindre smerten ved at flytte nålen. Man skal huske at synliggøre, at man forsøger at hjælpe ved fx at sige "Ok. Jeg flytter nålen. Hjælp det?", eller ved at sige "Jeg er færdig om 30 sekunder, tror du, du kan klare det?". Alene det at barnet inddrages i at have kontrol over, hvornår nok er nok, kan have en positiv virkning på den måde, at barnet kan udholde smerten længere samtidig med, at barnet ikke får en

oplevelse af, at dets grænser er blevet overskredet.

I forhold til meget små børn kan man fortælle, hvad man gør (nu giver jeg dig stase på, nu stikker jeg dig, nu løsner jeg stasen, nu tager jeg nålen ud). Barnet inddrages således ved, at man giver information.

Lige så snart barnet kan deltage, bør det inddrages mest muligt i handlingerne, og når barnet evner det også gerne afprøve proceduren, inden man går rigtigt i gang, så barnet præcis ved, hvad der skal ske (Fx. med blodprøver: sæt stasen på, lad som om du stikker en nål ind, vent et øjeblik, løsn stasen etc.). Inddragelse skifter således fra ren information til information og deltagelse i handlingerne og senere også til kendskab til proceduren.

Håbet, som er nødvendig for heling og udvikling, består af det rum, man som voksen tilbyder barnet, hvor barnets grænser og ønsker respekteres, hvor barnet gives plads og tid til at lytte og fordøje informationen og til at forberede sig ordentligt på det, der skal ske. Barnet gives håb, når der ikke blot lyttes til barnets stemme, men også handles derefter.

### Konklusion

For mange børn har tilbagevendende møder med hospitalsvæsenet og andre behandlingsinstanser krævet, at de har skullet lade deres personlige grænser overskride. Når barnet bliver nødt til at gøre det, er der risiko for, at barnet bliver belastet el-

ler decideret traumatiseret i en sådan grad, at det senere kræver intervention.

Vores model sætter fokus på kommunikationen, men den bør blot være ét af mange tiltag for at reducere den belastning barnet udsættes for.

### Fodnoter

1. <http://www.sst.dk/-/media/7DE7195BCAF4477D976810C6D6B38EC9.ashx>

2. <http://static.sdu.dk/mediafiles/B/0/8/%7BB08A38B1-F9D6-435E-908D-18DAC6202EC2%7D%20Imelda%20Coyne.%20Children's%20participation%20in%20consultations%20and%20decision-making%20at%20health%20service%20level.%20A%20review%20of%20the%20National%20Children's%20Strategy%20Research%20Series%20Coyne,%20Imelda,%20Hayes,%20Eilis,%20Gallagher,%20Pamela,%20Regan,%20Geraldine>

3. (2006) Giving Children a voice, Investigation of children's experience of participation in consultation and decision-

4. making in Irish hospitals, Office of the Minister for Children, [www.omc.gov.ie](http://www.omc.gov.ie)

5. literature. International Journal of Nursing Studies November 2008, Volume 45, Issue 11, Pages 1682-1689 el: A review of the 6. literature. International Journal of Nursing Studies November 2008, Volume 45, Issue 11, Pages 1682-1689

7. Tate K, Meewesen, L, Elbers E, Bensing J. I've come for his throat': roles and identities in doctor-parent-child

8. communication. Child Care Health Dev. 2002 Jan;28(1):109-16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11856194vordan%20>

12. The National Children's Strategy Research Series: Coyne, Imelda, Hayes, Eilis, Gallagher, Pamela, Regan, Geraldine

(2006) Giving Children a voice, Investigation of children's experience of participation in consultation and decision-making in Irish hospitals, Office of the Minister for Children, [www.omc.gov.ie](http://www.omc.gov.ie)

13. The National Children's Strategy Research Series: Coyne, Imelda, Hayes, Eilis, Gallagher, Pamela, Regan, Geraldine (2006) Giving Children a voice, Investigation of children's experience of participation in consultation and decision-making in Irish hospitals, Office of the Minister for

