



Institutionen för hälsovetenskap

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn och deras föräldrar i hälso- och sjukvården

Malin Adler

Therese Askeröd

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för hälsovetenskap / Högskolan Väst

Höstterminen 2016

Examensarbetets titel	Sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn och deras föräldrar inom hälso- och sjukvården. Nurses' experiences of meeting children and their parents within the health care sector.
Författare	Malin Adler Therese Askeröd
Handledare	Anna-Lena Eklund
Examinator	Inga Larsson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2016
Antal sidor	19

Abstract

Background: Research have shown children to be a large patient group within the health care sector. Nurses, should therefore, have knowledge about how to individually adapt meetings so it will be a positive experience for the child, the parents, and for themselves. Historically, this has not been the case and created immense care suffering for several families.

Aim: The aim of this study was to illuminate nurses' experiences of meeting children and their parents within the health care sector.

Method: A method to contribute to evidence-based nursing with ground in analysis of qualitative research was performed. An analysis of nine scientific articles was carried out. The analysis resulted in three main themes and eight subthemes.

Results: The main themes were: "To see the child as an individual", "to built trust", and "knowledge and experience are crucial". Knowledge were fundamental for creating a positive meeting.

Conclusion: By individually adapting communication to the child and the parents, good conditions allowed for a trusting relationship to emerge. Time was needed to create a safe and trusting relationship. However, it did not always exist. With knowledge and experience the nurse could see the child as an individual and adapt the meeting to the child. It was the responsibility of the nurse to gain the necessary knowledge, and to reflect with colleagues was seen as an important source to attain new knowledge.

Keywords: children, communication, meeting, nurses' experiences, relation.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Möten mellan sjuksköterska och barn återfinns inom de flesta verksamheter, eftersom barn är en stor patientgrupp inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet har avgörande betydelse för hur dessa möten avlöper. Det är av stor vikt att barns möten med sjuksköterskan blir en positiv erfarenhet, eftersom en negativ händelse kan få livslånga konsekvenser genom att barnet undviker hälso- och sjukvården under resten av sitt liv. Följden av ett negativt möte kan också bli att barnets kommande möten kräver mer resurser, såsom fler och längre möten och mer personal, resurser som annars kan vara till nytta för fler barn. Sjuksköterskan bör individanpassa mötet utifrån barnets individuella utvecklingsnivå och involvera barnet och familjen, som kan bestå av flera medlemmar. Detta kan göras genom att sjuksköterskan avsätter tillräckligt med tid, befinner sig på barnets nivå och anpassar kommunikationen, kanske med lek. Ett gynnsamt läge uppstår då för att familjen skall känna sig och vara delaktiga i vården, och en trygg och tillitsfull relation skapas för alla inblandade. Undersökningar och behandlingar underlättas när sjuksköterskan och familjen samarbetar. Hur mötet avlöper beror till stor del på sjuksköterskans kunskaper och erfarenheter. Kunskap är grunden för sjuksköterskans yrke och en sjuksköterska blir aldrig fullärd utan behöver söka ny kunskap hela tiden. Ett primärt sätt för sjuksköterskan att göra det, är med reflektion. Reflektion kan ske enskilt, med kollegor och andra yrkesgrupper. Vid reflektion ökar sjuksköterskans kunskap genom att hen tar del av någon annans erfarenhet och reviderar den och gör den till egen ny kunskap. Författarna anser att de resultat som framkommit kan användas som verktyg vid möten mellan sjuksköterskor, barn och deras föräldrar.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Barnets utveckling	1
Historik	2
Familjecentrerad omvårdnad	2
Sjuksköterskans ansvar.....	3
Lidande	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Urval	5
Analys.....	5
Resultat.....	6
Att se barnet som en egen individ	6
Barnet i fokus.....	6
Att se barnet i mötet.....	7
Bygga tillit.....	7
Individuellt anpassad kommunikation	7
Att skapa trygghet	8
Mötet måste få ta tid.....	9
Kunskap och erfarenhet är avgörande	9
Att inte räcka till.....	9
Söker ny kunskap	10
Att känna sig trygg och självsäker.....	10
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion.....	12
Slutsats.....	14
Praktiska implikationer.....	15
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde.....	15
Referenser.....	16

Bilagor

I Tabell med sökningshistorik av den systematiska litteratursökningen

II Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

III Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Varje år söker cirka 185 000 barn sjukvård i Sverige på grund av olycksfall eller skada (Socialstyrelsen, 2011). Eftersom barn är en stor patientgrupp inom hälso- och sjukvården betyder det att sjuksköterskor ofta möter dessa patienter i olika situationer. Sjuksköterskan är ofta den första kontakten i mötet med hälso- och sjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Detta möte behöver bli en positiv erfarenhet för barnet. Barn som vistas inom hälso-sjukvård har ofta en inre känsla av oro och rädsla vilket skapar en otrygghet (Lucia Noreña Peña, & Cibanal Juan, 2011). Barn som tidigt i livet behandlas på sjukhus/barnmottagningar kan ha med sig obehagliga upplevelser, vilket kan påverka framtida hälso- och sjukvårdskontakter. På grund av dessa erfarenheter i barndomen har en del av den vuxna befolkningen blivit så uppskrämda att de har utvecklat en stickrädsla (Taddio et al., 2009). Blir inte mötet med barnet och föräldrarna bra kan det resultera i flera besök i onödan, vilket tar resurser från hälso- och sjukvården som skulle behövts till annat. Med begreppet förälder avses en vuxen person som har en primär roll i barnets liv. Denna person behöver inte ha biologiska band till barnet utan är väl känd, inger trygghet, och accepteras av barnet (EACH, n.d). För att på bästa sätt kunna möta barn och deras föräldrar, behöver sjuksköterskor skaffa sig ökade kunskaper och förståelse om mötet med barn och föräldrar i hälso- och sjukvården, vilket denna studie fokuserar på.

Bakgrund

Barnets utveckling

Varje människa under 18 år är ett barn (UNICEF, 2009). Barnets sociala utveckling sker i fyra primära faser och barnet måste gå igenom alla faserna i fastställd ordning för att uppnå ett moget beteende men det är av mindre betydelse när barnet kommer i de olika faserna (Bowlby, 1994). När barnet är mellan 0-7 månader används leenden och gråt för att locka till sig föräldrarna. Gråten används för att få tröst och skydd och leendet är en inbjudan till socialt samspel. När föräldrarna är känslomässigt närvarande och lyhörda och barnet reagerar på kontakt och stimulering skapas allt eftersom en social gemenskap i relationen. Barnet utvecklar särskilda band till en eller flera människor samt lär sig att dess signaler framkallar en viss reaktion hos dessa personer. När barnet kan förutsäga hur människor i dess närhet reagerar och uppför sig utvecklas en trygg anknytning. När barnet är mellan sju månader och två år känns olika personer igen och kopplas ihop med trevliga eller otrevliga upplevelser. Omgivningen är inte längre utbytbar i samma utsträckning som tidigare utan barnet protesterar om det lämnas. Barnet reagerar med rädsla och blir ofta skräckslaget, gråter och försöker gömma sig när obekanta personer kommer i dess närhet. Barnet börjar nu själv kunna förflytta sig och ta egna initiativ till kontakt med personer i sin närhet, men vill ha en trygg bas att utgå ifrån när omgivningen skall upptäckas. Efter två års ålder börjar barnet på allvar förstå andra människors känslor och avsikter. Förmågan att samspela med omgivningen förfinas och barnet startar allt oftare det sociala samspelet eftersom språket ökar och barnet är inte bara en passiv mottagare. Samspelet med främmande personer och jämnåriga blir allt bättre (Bowlby, 1994).

När barn är 3-6 år tänker det inte logiskt och objektivt utan instinktivt och subjektivt (Hwang & Nilsson, 2011). Barnet tror att fysiska föremål kan ha mänskliga känslor, tankar, egen vilja och kan vara levande. Vid 4-5 årsåldern börjar barnet uppvisa förmågan att snabbt läsa av och tolka andra människors avsikter och beteenden genom att de tolkar olika icke-verbala uttryck såsom tonläge, mimik, ögonkontakt. Ju bättre barnet behärskar språket desto bättre löses olika

problem, för det är språket som är utgångspunkt för förändringar, inte tänkandet. I denna ålder börjar barnet förstå att andra kan försöka luras och att det går att lura andra. När barnet är mellan 6-12 år är det mindre egocentriskt och mer flexibelt i sitt tänkande och ser hur det faktiskt förhåller sig mellan människor och ting i sin omgivning. Även förhållandet mellan verkan och orsak börjar förstås, både på kort och lång sikt. Barnet ser nu att ett problem kan bestå av flera olika aspekter, tids- och rumsuppfattning ökar. Åren mellan 7-12 år beskrivs som en relativt lugn fas, under denna tid händer det inget dramatiskt i barnets utveckling. Mellan 13-18 år går barnet från att vara barn till vuxen och börjar tänka vuxet och logiskt. Det kan variera mellan individerna i samma åldersgrupp och det beror på att puberteten startar vid olika tidpunkter för olika individer (Hwang & Nilsson, 2011).

Historik

I iakttagelser från slutet av 1700-talet beskrevs att ett sjukt barn dör om det skiljs från sin moder, men detta var något som föll i glömska under seklerna som följde (Zetterström, 2005). Sjukhusvistelsen i början av 1900-talet beskrevs vara en skräckupplevelse för många av de intagna barnen. Samtidigt som de led av sina sjukdomar och genomgick obehagliga undersökningar och behandlingar skildes de dessutom från sina föräldrar och blev omhändertagna av helt främmande människor. Det var bara i undantagsfall som de fick träffa sina föräldrar. Miljön som på den tiden var steril och strikt var heller inte särskilt barnvänlig. Barn i 2-3 års ålder visade ibland tecken på svåra hospitaliserings-skador, de kunde bli stumma, djupt deprimerade, förlora sin mimik och förmågan att sitta och stå. År 1949 återupptäcktes hospitaliserings-reaktionen hos barn som vårdades på sjukhus. År 1951 drev barnpsykiatern Elsa-Britta Nordlund igenom att de barn som tagits in på de nyöppnade barnklinikerna på Karolinska sjukhuset skulle få besökas fritt av sina föräldrar. Dock dröjde det ytterligare två decennier innan detta godtogs på landets samtliga barnkliniker. Skälet barnklinikerna hade till det hårda motståndet mot besöken var att barnen skulle skyddas mot infektioner och blev uppstressade av besöken. Symtomen barnen uppvisade på depression tolkades av sjukvårdspersonalen som om barnen accepterade situationen och vant sig vid sjukhusmiljön. Numera när fria besök förekommer på landets samtliga barnkliniker tar vårdpersonalen det för givet att barnen är tillsammans med sina anhöriga så mycket som möjligt (Zetterström, 2005). Barn skall inte skiljas från föräldrarna mot deras vilja (UNICEF, 2009).

Familjecentrerad omvårdnad

Familjecentrerad omvårdnad grundar sig i samarbetet mellan patienten, dennes familj och vårdpersonal gällande planering, utförande och efterreflektion av omvårdnaden (Shields, Pratt & Hunter, 2006). Detta innebär att hela familjen tar del av omvårdnaden och inte bara patienten. Med begreppet familj menas föräldrar eller andra vuxna som barnet har en nära relation till. Tillämpas familjecentrerad omvårdnad innebär detta att sjuksköterskan ser familjen som en helhet. Föräldrarna involveras i barnets vård men stöds samtidigt av sjuksköterskan som lyfter fram familjens styrkor och uppmuntrar dem vilket leder till att ett samarbete uppstår. Detta samarbete innebär att omvårdnaden anpassas till familjen och information som lämnas är fullständig, ärlig och kontinuerlig på ett lämpligt anpassat sätt så att hela familjen förstår innebörden (Coyne, Murphy, Costello, O'Neill & Donnellan, 2013). Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS 2010:659). Finns det eventuella förväntningar på barnet så bör det motiveras och förklaras, och kan det bli konsekvenser så bör dessa ha talats om i förväg för barnet (Hwang & Nilsson 2011). Varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad (UNICEF, 2009). Barn som läggs in på sjukhus har alltid rätt att ha föräldrarna eller en annan vuxen med relation till

barnet med sig under hela vårdförloppet. Föräldrar skall alltid uppmuntras till att stanna kvar under hela vårdförloppet och de bör erbjudas boende. Sjukvårdspersonal skall så långt som det är möjligt se till att det finns en kontinuitet gällande barnets vård och personal (EACH, n.d).

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan är en person som känner medlidande för sina medmänniskor, en person som guidar människor som är i behov av hjälp, en person som är varlig, generös och lugn och ser sig aldrig mer värd än någon annan människa. Sjuksköterskan är en speciell person som ser glädjen i att hjälpa människor (Halldorsdottir, 2008). Respektfullhet, medkänsla, integritet, lyhördhet och trovärdighet är professionella värden som sjuksköterskan bör uppvisa (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2014). Det finns tre förutsättningar för att en relation mellan patient och sjuksköterska ska utvecklas; Sjuksköterskan bör vara genuint omtänksam mot patienten som patient, men även som person. Hen behöver vara kompetent och inneha de nödvändiga färdigheter som krävs inom det berörda omvårdnadsområdet, men även kompetens i att möta patienten. En kombination av kunskap och erfarenhet behövs, vilket resulterar i professionell visdom. Dessa tre viktiga omvårdnadsaspekter utgör en viktig grund i att skapa en tillitsfull relation mellan patient och sjuksköterska (Halldorsdottir, 2008). Förmågan att kommunicera med patienter är en viktig egenskap hos sjuksköterskan som genom kommunikation vägleder och möjliggör patientens delaktighet i sin vård. Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient bör ske på ett lyhört, empatiskt och respektfullt sätt. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterskan av Socialstyrelsen, skall patienten behandlas på ett omsorgsfullt sätt och hänsyn tas till dennes integritet, autonomi och värdighet (Högskolan Väst, 2016a). Det är sjuksköterskans ansvar att patienten får korrekt och tillräcklig information på ett sätt som denne förstår (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2014). Den som ger information måste försäkra sig om att mottagaren förstår innehållet i och betydelsen av informationen. Vid behov eller om mottagaren ber om det, ska skriftlig information lämnas enligt Patientlagen (SFS 2014:821).

Lidande

Eriksson (1994) menar att det är människan som lider och det kan vara människan som förorsakar lidandet men samtidigt kan människan hjälpa den lidande genom att lindra lidandet och göra lidandet mer drägligt. Sjuksköterskan kan vara den människan som lindrar lidandet för patienten, för lidandet möts i vården. Det är i kärleken som sjuksköterskan får förmåga att ge vård och lindra lidandet. För när dessa två möts, kärlek och lidande då erhålls äkta medlidande och en verklig omvårdnad. I människans levnadsförlopp är liv, död, lust och lidande kärnpunkter. Lidande och smärta är inte synonymer. Det kan förekomma lidande utan att smärta är inblandad och smärta kan finnas utan lidande. När en människa uttrycker och berättar om sitt lidande har hen en önskan om trovärdighet samt att bli bekräftad. För att sjuksköterskan skall förstå patientens lidande är det av stor betydelse att hen är känslig för den lidandes hela kroppsspråk. Sjukdomslidande kan indelas i två typer. Den första är kroppslig smärta som kommer av sjukdom och behandling. Denna smärta bör lindras på det sätt det är möjligt. Den andra är själsligt och andligt lidande som kommer av de upplevelser av skam och/eller skuld och förnedring som patienten kan känna i samband med sin sjukdom. Den ligger nära det som benämns som vårdlidande. Vårdlidande kan delas in i fyra överordnade typer. Den första är när patientens värdighet och mänskliga värde kränks. Detta är den vanligaste formen av vårdlidande som förekommer. Exempel på detta är respektlöshet i mötet eller vid personliga frågor eller vid vårdssituationer som berör intima områden. Den andra är straff och fördömelse. Fördömseln kommer ur uppfattningen att det är vårdaren som avgör

vad som är rätt och fel för patienten. Straffet kan vara att vårdaren nonchalerar patientens behov som hen inte klarar av att tillfredsställa själv såsom att torka sig om munnen efter måltid. Den tredje är maktutövning som kan vara både direkt som när vårdpersonal tvingar en patient att göra något mot dennes vilja och indirekt som när patienten inte blir tagen på allvar eller räknad med. Detta ger patienten en känsla av maktlöshet. Den fjärde är utebliven vård som kan bero på att vårdpersonalen brister i sin kunskap att se och avgöra vad patienten har för behov. Det är alltid en kränkning av patientens värdighet när vård uteblir samtidigt som det är en maktutövning mot den maktlöse patienten (Eriksson, 1994).

Problemformulering

En stor patientgrupp inom hälso- och sjukvården är barn vilket innebär att sjuksköterskor behöver kunskap om hur de möter barn på ett bra sätt så att mötet blir en positiv erfarenhet för barnet. Tidigare forskning visar att det finns bristande kunskap inom området då det har framkommit att barn inte blir delaktiga i sin vård. Detta skapar en oro vilket medför negativa erfarenheter av mötet och en känsla av otrygghet. Inom hälso- och sjukvården saknas kunskaper om hur möten kan individanpassas utifrån barnets behov för att mötet med barn och deras föräldrar ska bli en positiv erfarenhet. Föräldrar eller någon annan som barnet har en nära relation till är oftast med i detta första möte med hälso- och sjukvården vilket innebär att sjuksköterskan ofta har en hel familj att ta hänsyn till i mötet med barnet. För att bättre kunna möta barn och föräldrar i vården behövs en ökad förståelse för hur sjuksköterskor upplever dessa möten.

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn och deras föräldrar inom hälso- och sjukvården.

Metod

En metod för att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning valdes (Friberg, 2006). Analys av kvalitativa studier ökade möjligheten till insikt om människors erfarenheter. Syftet med kvalitativa studier var att ge ökad förståelse för ett fenomen. Genom att analysera och sammanställa tidigare kvalitativ forskning till en ny helhet bidrog det till ökade teoretiska kunskaper om det valda fenomenet. Om dessa kunskaper sedan omsätts i praktiken kan det bli en användbar kunskap i omvårdnaden (Friberg, 2006).

Litteratursökning

Inledande gjordes enskilda osystematiska sökningar för att få en översikt över ämnet vilket rekommenderas av Östlundh (2006). Sedan gjordes systematiska sökningar tillsammans. Databasen CINAHL användes vid två systematiska sökningar (Bilaga I). CINAHL var en databas som innehöll vetenskapliga artiklar inom omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2012). Sökningar i PubMed och ProQuest utfördes utan att erhålla nya resultat. Utifrån syftet valdes sökord och avgränsningar genomfördes. I den första systematiska sökningen användes sökorden *child**, *communication**, *nurs** och *emergenc**. Genom att trunkera orden gör databasen en sökning på endast ordstammen vilket innebär att alla ändelser på det valda ordet kom med i sökningen (Östlundh, 2006). Boolesk sökteknik används för att koppla samman

mer än ett sökord. Operatoren AND lades in mellan alla sökorden och preciserade sökningen. När operatoren läggs till kopplas sökorden ihop och databasen visar då resultat som innehåller alla de sökord som skrivs in (Östlundh, 2006). I den andra systematiska sökningen användes sökorden *nurs**, *communication**, *child** och *interaction**. Sökorden kopplades därefter samman med AND. Avgränsningarna som användes i sökning ett och sökning två var Peer-Reviewed, att de var på engelska och var skrivna mellan 2006-2016 (Bilaga I). Först lästes titlarna på de artiklar som söktes fram och därefter lästes abstrakten på de artiklar som stämde in på studiens syfte. De artiklar som svarade till studiens syfte lästes i sin helhet vilket resulterade i totalt nio artiklar.

Urval

Artiklarna har kvalitetsgranskats enligt en mall utarbetad av Högskolan Väst (2016b) (Bilaga II). Samtliga artiklar bedömdes till grad I vilket innebär en hög kvalitet. Artiklarna presenterades sedan överskådligt i en tabell där bedömd kvalitet angavs (Bilaga III), med avsikt att kunna bedöma om artiklarna verkade rimliga i förhållande till syfte och problemformulering (Friberg, 2006). Inklusionskriterierna var att i artiklarna använts en kvalitativ metod, sjuksköterskeperspektiv och beröra mötet med barn inom hälso- och sjukvården. Artiklar från hela världen valdes ut oberoende av kulturella och religiösa skillnader. Artiklar som var skrivna utifrån ett barn- eller föräldraperspektiv exkluderades. Även artiklar som berörde mötet med barn i livets slutskede och mötet med barn som blivit utsatta för våld exkluderades. När sökorden kombinerades i första sökningen resulterade detta i totalt 74 träffar, alla titlar lästes igenom, 22 abstract och 11 artiklar. Totalt valdes fem artiklar från första sökningen. Andra sökningen gav totalt 76 träffar. Alla titlar lästes, 19 abstract och sju artiklar. Sökning två resulterade i fyra artiklar. Slutligen valdes nio kvalitativa artiklar ut för analys.

Analys

En metod för att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning användes (Friberg, 2006). Analysen byggde på fem steg. Författarna började med att läsa igenom artiklarna ett flertal gånger var för sig. Detta menade Friberg (2006) var ett bra sätt för att skapa sig en känsla och uppfattning om innehållet i artiklarna. Steg två i analysprocessen var att identifiera nyckelfynd i artiklarnas resultatdel som svarade mot syftet. Detta utfördes genom att tillsammans diskutera artiklarnas innehåll och jämföra anteckningar som gjorts under tiden artiklarna lästs och om fynden svarade mot studiens syfte. Efter att några oenigheter angående hur fynden svarade till syftet diskuterats igenom var författarna överens och steg tre i analysen påbörjades. I steg tre gjordes en sammanställning av artiklarnas resultat gemensamt genom att innehållet från varje artikel skrevs ner i ett tomt dokument på datorn, vilket medförde att datamaterialet blev överskådligt. I steg fyra av analysen relaterades artiklarnas resultat till varandra, likheter och skillnader identifierades. Detta gjordes genom att färgkoda de delar av resultaten där likheter hittades och artiklarna numrerades så det var lättare att se vilken artikel som texten hörde till. Resultaten lästes ytterligare en gång för att försäkra att nyckelfynden som identifierades stämde överens och svarade på syftet till studien. Underteman som hade likheter parades ihop och skapade nya teman. Benämningarna på underteman och teman omformulerades ett flertal gånger till dess att de var genuint beskrivande. I sista steget presenterades underteman och teman på ett tydligt sätt.

Resultat

Ur analysen av datamaterialet framträdde tre teman och åtta underteman.

Tabell 1. Översikt över teman och underteman.

Tema	Undertema
Att se barnet som en egen individ	Barnet i fokus Att se barnet i mötet
Bygga tillit	Individuellt anpassad kommunikation Att skapa trygghet Mötet måste få ta tid
Kunskap och erfarenhet är avgörande	Att inte räcka till Söker ny kunskap Att känna sig trygg och självsäker

Att se barnet som en egen individ

Detta tema handlade om att sjuksköterskan individanpassade mötet, undersökningar och behandlingar utifrån barnet. Underteman som framkom var: barnet i fokus och att se barnet i mötet.

Barnet i fokus

Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att se barnet som en egen individ och prata direkt med barnet och inte genom föräldern (Callery & Milnes, 2012), samt att det var barnet som var i fokus och inte sjukdomstillståndet (Gregorowski et al., 2013). Ett barn som var involverat i sin vård var också ett barn som oftast var samarbetsvillig vid undersökningar och behandlingar. När sjuksköterskan involverade barnet visade det föräldrarna att barnet började bli mer självständigt (Callery & Milnes, 2012; Grahn, Olsson & Mansson, 2016). Det var viktigt att sjuksköterskan involverade barnet i sin egen vård genom att prata direkt med barnet, inte med föräldrarna. Då kände barnen sig sedda (Grahn et al., 2016). Det var viktigt att barnet inte trodde sig ha obegränsat med makt, eftersom det kunde leda till att barnet vägrade delta i undersökningar och behandlingar och på så sätt inte fick den hjälp som var nödvändig. Det var viktigt att sjuksköterskan lyssnade på familjen och om möjligt kom med olika lösningar på problemet så familjen kunde välja vilken lösning som passade barnet bäst. Eventuell behandling anpassades och utformades utifrån individens vardagliga liv för att på så sätt vara individanpassad (Gregorowski et al., 2013). Distraktionsmetoder som fungerade bra för ett barn behövde nödvändigtvis inte fungera för ett annat barn, utan bör individanpassas. Sjuksköterskan kunde vara observant för den metod som hade fungerat tidigare, det behöver nödvändigtvis inte fungera igen eftersom barnet kunde associera metoden till att något negativt hände. Då kunde sjuksköterskan behöva utföra åtgärden ändå (Olmstead, Scott,

Mayan, Koop & Reid, 2014). Barnet kunde involveras i situationen genom att den fick ansvar för en uppgift som till exempel kunde vara att kyla ner det ställe på armen som sjuksköterskan visat (Berglund, Ericsson, Proczkowska-Björklund & Fridlund, 2013). Sjuksköterskor menade att barnet ofta vände sig till föräldrarna i samtalen för att de skulle föra konversationen, då var det viktigt att sjuksköterskan pratade och frågade barnet direkt för att inte samtalet skulle gå igenom föräldrarna (Callery & Milnes, 2012). Oavsett vad sjuksköterskan gjorde för att involvera barnet, fanns det barn som trots allt inte var mottagliga för att vara delaktiga i sin vård. I dessa scenarion kunde barnet behöva tvingas ta del av vården, detta resulterade sällan i något positivt i interaktionen med barnet så det var något som sjuksköterskor ville undvika (Grahm et al., 2016).

Att se barnet i mötet

När sjuksköterskan erhöll tillräckligt med information om barnet skapades en så bra förutsättning som möjligt inför mötet, detta tack vare att de nödvändiga förberedelserna var gjorda (Berglund et al., 2013). Ett sätt att minska barnets oro kunde vara att frågå de ordinarie rutinerna och att sjuksköterskan kom på nya tillvägagångssätt som minskade barnets oro. Genom prat, lek och spel kunde barnet distraheras så att undersökning eller behandling gick lättare att genomföra, detta gällde även när barnets signaler tolkades så barnet kände sig väl till mods i situationen. Barnet kunde berätta om sina intressen som utgjorde en bas i det fortsatta samtalet (Berglund et al., 2013; Grahm et al., 2016). Att koncentrera sig på barnet i mötet var viktigt, anpassa så att sjuksköterskan hamnade i samma ögon-nivå som barnet, använde sig av åldersanpassat språk samt undvek medicinska termer (Berglund et al., 2013). Ett möte med dåliga förutsättningar var bullrig miljö, folk som kom in och störde, undervisningsmaterial som ej var avsett för barn medan ett möte med bra förutsättningar var när sjuksköterskan hade reserverat ett rum där det var lugn och ro, skaffat anpassat undervisningsmaterial, förberett mötet genom att ha läst på om barnet och såg till att det fanns gott om tid (Kelo, Martikainen & Eriksson, 2013). En dålig erfarenhet kunde sitta kvar i minnet hos barnet i flera år (Olmstead et al., 2014).

Bygga tillit

Detta tema handlade om att skapa en trygg relation mellan de personer som mötet berör. Underteman som framkom var: individuellt anpassad kommunikation, att känna trygghet och mötet måste få ta tid.

Individuellt anpassad kommunikation

Det fanns svårigheter med att involvera barnet på grund av att ordförandet inte var tillräckligt stort för att kunna uttrycka sig (Callery & Milnes, 2012), men barn var väldigt uppmärksamma på icke-verbal kommunikation såsom kroppsspråk, ögonkontakt och interaktion. Sjuksköterskor förvånades över hur raka och ärliga barnen kunde vara i sin kommunikation, barnen kunde ställa frågor om de kommer att dö (Samuelson, Willén & Bratt, 2015). Kommunikation kunde starta genom att sjuksköterskan och barnet började leka med varandra (Berglund et al., 2013). Kommunikation var viktig för att skapa en relation så hela familjen kände sig delaktig (Samuelson et al., 2015). Sjuksköterskan anpassade informationen till barnets utvecklingsnivå genom lek, sagor och demonstration. Det var bra att visa den medicinska utrustningen på ett gosedjur för att demonstrera hur den fungerade innan den användes på barnet (Grahm et al., 2016; Kelo et al., 2013; Olmstead et al., 2014). I slutet av mötet reflekterade sjuksköterskan tillsammans med familjen för att utvärdera om de har fått till sig informationen på rätt sätt. Även om informationen från annan vårdpersonal verkade lättförståelig för sjuksköterskan så kunde den vara svårförståelig för barnet och föräldrarna, det var viktigt att sjuksköterskan uppmärksammade detta (Kelo et al., 2013). Om

kommunikationen mellan barnet och sjuksköterskan brast så mötet inte blev bra, kunde en annan sjuksköterska komma in och byta av sjuksköterskan, på så sätt möjliggjordes ett bättre möte. Det var alltid sjuksköterskans ansvar att finna vägar som gjorde situationen positiv (Grahn et al., 2016).

Att skapa trygghet

En anpassad miljö, där sjuksköterskan gjorde barnet delaktigt i mötet, en färgglad, anpassad omgivning, användande av leksaker eller sjukhusmaterial som döpts om till ord som barnet förstod, kunde minska rädslor och ett positivt möte möjliggjordes (Berglund et al., 2013; Grahn et al., 2016). Sjuksköterskan använde kommunikation för att få barnet att känna sig trygg (Grahn et al., 2016). Ytlig konversation såsom vardagligt småprat var den första byggstenen till att lära känna varandra och bygga upp en tillitsfull relation mellan sjuksköterskan och familjen (Hall & Nayar, 2014). Föräldrarna kunde förse sjuksköterskan med viktig information angående barnet, när föräldrarna involverades blev de trygga, och trygghet beskrevs som en viktig del som ledde till bättre kontakt och en ömsesidig tillit i mötet. Det var viktigt att sjuksköterskan inte gick in och dominerade i mötet, utan lyssnade på vad barnet och föräldrarna hade att säga (Grahn et al., 2016). Det var viktigt att sjuksköterskan, barnet och familjen hade en tillitsfull relation, en sådan relation var tidskrävande att skapa. Genom vardagligt småprat om familjens förflutna lärde sjuksköterskan känna både barnet och familjen. Klara instruktioner skapade en känsla av trygghet och säkerhet för familjen, beskrev flera sjuksköterskor. Då användes samma rutiner av alla sjuksköterskor och så långt som det var möjligt skapades en kontinuitet av personal som var i kontakt med familjen. När sjuksköterskan planerade väl och arbetade tillsammans med barnet och familjen skapades förtroende och tillit. Var sjuksköterskan lyhörd för barnet och familjens behov ökade tilliten och relationen stärktes (Hall & Nayar, 2014; Samuelson et al., 2015). När föräldrarna var rädda eller upprörda var dom inte mottagliga för information, vilket var viktigt att sjuksköterskan uppmärksammade. Barnet påverkades av sina föräldrar, kände sig föräldrarna osäkra överfördes denna känsla till barnet som då också blev osäkert (Grahn et al., 2016). Föräldrar behövde känna trygghet och tillit till sjuksköterskan för att lättare kunna lämna över sitt barn i sjuksköterskans händer, och den tilliten berodde mycket på barnets reaktion mot sjuksköterskan. Därför var det viktigt att sjuksköterskan tog sig tid att sitta ned, prata och leka med barnet utifrån dess utvecklingsnivå (Hall & Nayar, 2014; Samuelson et al., 2015). Sjuksköterskans arbete underlättades vid ett bra samarbete med föräldrarna, eftersom då gick samarbetet med barnet lättare. Barnet behövde sina föräldrar som ett stöd i mötet. Vanligtvis var det hela familjen som behövde tas om hand (Grahn et al., 2016). Barn var ofta rädda för sjukvården, men gavs de tid och hjälp att förbereda sig och fick information av föräldrarna som involverades av sjuksköterskan och som försåg dem med information om vad som skulle komma att hända. Detta minskade deras rädsla, de blev tryggare och hade lättare att acceptera situationen som den var. Även att sjuksköterskan förklarade vad som gjordes vid undersökning och behandling bidrog till trygghet. Det var viktigt med rak och ärlig information till både barn och föräldrar, det var sjuksköterskans ansvar att hitta vägar som gjorde dessa situationer mer positiva (Berglund et al., 2013; Grahn et al., 2016; Hall & Nayar, 2014; Samuelson et al., 2015). Det var viktigt att sjuksköterskan inte gav falskt hopp till barnet och familjen då detta kunde skada tilliten som skapats i relationen. Det var lika viktigt att familjen litade på sjuksköterskan som att sjuksköterskan litade på familjen som skulle uppmuntra barnet (Hall & Nayar, 2014). Efter att ha besökt familjen flera gånger kände sig sjuksköterskan mer säker i sin roll och i sina uppgifter, vilket genererade ökat förtroende i relationen med familjen (Samuelson et al., 2015). En relation kunde snabbt förändras, om

sjuksköterskan tvingades göra något smärtsamt med barnet påverkades relationen och barnets syn på sjuksköterskan kunde förändras (Olmstead et al., 2014).

Mötet måste få ta tid

Det var svårt att veta i förväg hur lång tid ett möte kommer ta och vilken vändning samtalet skulle ta, så det var alltid viktigt att avsätta gott om tid (Samuelson et al., 2015). Det var viktigt att sjuksköterskan tog sig tid att informera barnet och föräldrarna om vad som skulle ske, både barn och föräldrar kände sig säkrare när de var välinformerade (Grahn et al., 2016; Hall & Nayar, 2014; Ljusegren, Johansson, Gimbler Berglund & Enskär, 2012). Trots att tiden inte fanns måste sjuksköterskan ändå avsätta den tid som barnet behövde (Berglund et al., 2013; Grahn et al., 2016). När det var gott om tid var det enkelt att se till barnets behov, sjuksköterskan hade tid att sitta ner och förklara men när det var ont om tid var det svårt att se till barnens behov (Berglund et al., 2013). Om barn har negativa erfarenheter från vården kunde det komma att påverka nya kommande möten negativt, en negativ erfarenhet kunde påverka barnet i flera år (Grahn et al., 2016; Olmstead et al., 2014). Tidsbrist förekom ofta inom sjukvården vilket påverkade mötet med barnet och föräldrarna. Tid var väldigt viktigt vid byggandet av tillit, sjuksköterskan gjorde det bästa av situationen för att få till ett positivt möte. Konsekvensen av detta kunde vara att sjuksköterskorna fick ännu mindre tid för nästa patient. Sjuksköterskorna ansåg att om de hade haft tillräckligt med tid vid varje möte hade detta hjälpt barnen att känna sig mer trygga. Det sparade tid i slutändan för att en positiv kontakt redan då var etablerad. Begränsade resurser utgjorde ett stort hinder i skapandet av ett bra möte. Sjuksköterskorna förhindrades att ge god omvårdnad på grund av det höga antal patienter som hen ansvarade för, brist på personal och ledningens felprioriteringar. Resurserna behövde ökas för att patienterna inte skulle påverkas negativt. Det var avgörande att ha en tillräcklig bemanning för att problem såsom stress och långa väntetider skulle kunna elimineras. Ledningen prioriterade att sjuksköterskan hellre skulle arbeta snabbt och effektivt än att ha en hög kvalitet i patientmötet. Det var många patienter och lite personal. Ledningen sa inte mycket om kvalitén utan pratade mer om höga flöden och snabba resultat, fort in och fort ut (Grahn et al., 2016).

Kunskap och erfarenhet är avgörande

Detta tema handlade om hur erfarenhet och kunskap gav en trygg grund att stå på inför alla olika utmaningar som väntade. Sjuksköterskan måste hålla sig ajour och söka ny kunskap hela yrkeslivet. Underteman som framkom var: att inte räcka till, söker ny kunskap och att känna sig trygg och självsäker.

Att inte räcka till

Sjuksköterskor vågade ibland inte fråga hur barnet mår därför att de var rädda för att de inte skulle kunna hantera svaret som följde, och vilket sorts stöd som då skulle komma att krävas av sjuksköterskan. De kände att de inte hade tillräckliga kunskaper att ge sig in i dessa samtal, därför hänvisade de gärna vidare till samtalsterapeuter som de ansåg hade denna kunskap (Ljusegren et al., 2012; Samuelson et al., 2015). Nya sjuksköterskor anklagade sig själva för sin brist på kunskap, och menade att det var deras ansvar att skaffa sig den kunskap som ansågs nödvändig (Ljusegren et al., 2012). Brist på kunskap medförde en osäkerhet hos sjuksköterskan i mötet med barnet (Samuelson et al., 2015). Nya sjuksköterskor försökte göra sitt bästa för att möta barnets behov men kände att de inte räckte ända fram som en följd av brist på erfarenhet, vilket sjuksköterskan hade svårt att acceptera (Ljusegren et al., 2012). Efter mindre lyckade möten kände sig sjuksköterskan ofta misslyckad och otillräcklig för att inte ha gjort tillräckligt bra ifrån sig i mötet (Olmstead et al., 2014). Sjuksköterskor hade en

önskan om mer träning i effektiva sätt att kommunicera med barn så att de kunde utveckla sina egna metoder för att samtala med barnet (Grahn et al., 2016). Mindre erfarna sjuksköterskor hade svårt att koncentrera sig på två saker samtidigt. Till en början fokuserade de därför mer på att bemästra tekniska färdigheter och mindre på att använda sig av distraktionsmetoder, efter hand blev de tekniska färdigheterna en vana och då ökade fokus på att distrahera barnet. Samtidigt beskrev de oerfarna sjuksköterskorna att de var mer positiva till distraktionsmetoder än de erfarna sjuksköterskorna, trots det användes gärna de erfarna som en källa till ny kunskap av de oerfarna (Olmstead et al., 2014).

Söker ny kunskap

Genom samarbete med kollegor och utbyte av kunskap kunde vården kring barnet förbättras och sjuksköterskan blev mer säker i sin roll (Berglund et al., 2013; Samuelson et al., 2015). Sjuksköterskan sökte stöd och vägledning från de med mer kunskap och på så sätt utökade hen sin kunskap (Samuelson et al., 2015). För att inte framstå som osäker planerade sjuksköterskor sina besök hos familjen noga genom att skaffa sig den kunskap de saknade. Detta genom att de gjorde sig förtrodda med obekant utrustning samt nya praktiska tillvägagångssätt, för det var eget ansvar att skaffa adekvat kunskap menade sjuksköterskan (Samuelson et al., 2015). Genom att reflektera över sitt eget beteende och sin egen roll (Kelo et al., 2013), ensam och tillsammans med föräldrarna utvärderade sjuksköterskan sitt arbete. Genom reflektion efter olika situationer tillsammans med sina kollegor fick sjuksköterskan del av deras erfarenheter, vilket resulterade i att ny kunskap genererades (Ljusegren et al., 2012; Samuelson et al., 2015). Många av sjuksköterskorna hade inte tillräckliga kunskaper om att möta barn, och hade påtalat detta för sina arbetsgivare. Vissa sjuksköterskor saknade möjligheten att diskutera och reflektera tillsammans med de som hade mer kunskap, medan andra ansåg att det var tillräckligt att diskutera med kollegor för att få mer kunskap i ämnet (Samuelson et al., 2015). Sjuksköterskor uttryckte ett behov av kompetensutveckling. Många ville ha mer kunskap om dynamiken i mötet med barn och deras föräldrar, medan andra ville ha mer kunskap om barns fysiologi och sjukdomslära (Samuelson et al., 2015).

Att känna sig trygg och självsäker

Sjuksköterskor menade att kunskap var grunden i deras yrke, de litade på sin kunskap och erfarenhet. Detta gjorde att de visste hur de skulle agera i olika situationer vilket medförde en känsla av självsäkerhet (Grahn et al., 2016; Ljusegren et al., 2012). Erfarenhet och kunskap menade sjuksköterskorna bidrog till att de kände de sig tryggare i mötet med barnet och familjen (Grahn et al., 2016; Hall & Nayar, 2014; Samuelson et al., 2015). Erfarenhet spelade en viktig roll i mötet med barnet. En erfarenhet var vikten av att de hade tålamod och att de bibehöll sin professionalism i alla situationer (Grahn et al., 2016). De sjuksköterskor som hade egna barn i samma ålder som de sjuka barn de mötte blev känslomässigt påverkade, men försökte hålla det på en yrkesmässig nivå för att undvika att de blev känslomässigt involverade (Samuelson et al., 2015). När ett möte med barnet gått bra stärktes sjuksköterskan av detta (Kelo et al., 2013). Genom erfarenhet hade sjuksköterskan lättare att tyda och tolka barnets kroppsspråk, läsa av signaler. Genom sin erfarenhet mötte sjuksköterskan barnet som en individ och hade kunskap att identifiera individuella egenskaper hos barnet och på så sätt gav vård på lämpligt sätt (Grahn et al., 2016). Det var ofta positivt att distrahera barnet vid olika undersökningar och behandlingar. Kunskapen om barnets olika utvecklingsnivåer var lika viktig som kunskapen om barnets sjukdomstillstånd (Grahn et al., 2016; Kelo et al., 2013; Olmstead et al., 2014). När sjuksköterskor kände medlidande och hade en önskan om att underlätta för familjen gick de utanför sin komfortzon, detta hanterade de bättre än de först trott, vilket gav dem en ny erfarenhet och ett starkt självförtroende (Samuelson et al., 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

En metod för att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning valdes (Friberg, 2006). Kvalitativ forskning valdes därför att den har som mål att skapa ökad förståelse för olika fenomen inom omvårdnad. Detta stämde överens med syftet för denna studie, vilket var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn och deras föräldrar inom hälso- och sjukvården. Detta fenomen var en påtaglig verklighet för sjuksköterskor, därför ansågs detta fenomen viktigt att studera.

Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) menar att det är en fördel att söka artiklar i olika databaser. CINAHL, PubMed och ProQuest var databaser som användes till denna studie. Det var svårigheter med att hitta lämpliga sökord så för att få fler förslag togs hjälp av bibliotekarie och handledare. Sökorden som användes var *nurs**, *communication**, *child**, och *interaction**. Sökorden *young* och *adolescence* kunde lagts till för att eventuellt få fler träffar. Sökningen påbörjades i CINAHL, eftersom inga nya resultat uppkom i de andra två databaserna, var det endast artiklar uppsökta i CINAHL som användes. Få artiklar påträffades till en början, men genom ett tillägg av sökordet *emergenc** tillkom ett flertal bra artiklar som handlade om när fenomenet skedde inom akutsjukvård. Dessa sökningar resulterade i totalt nio artiklar. Att använda få artiklar och göra en fördjupad analys är en fördel (Friberg, 2006). Tidsbegränsningen användes för att vetenskapligt material är en färskvara (Östlundh, 2006), studiens artiklar var publicerade mellan 2012-2016 vilket bedömdes positivt eftersom forskningen var förhållandevis färsk. Peer Reviewed innebär att artikeln är granskad av expertis inom området innan publicering (Willman et al., 2006). Engelskan kan vara ett hinder i att hantera olika språkliga utmaningar för dem som har ett annat modersmål (Östlundh, 2006). Lexikon användes till att översätta engelska ord till svenska. De sökta artiklarna hade sitt ursprung inom olika områden i hälso- och sjukvården såsom öppenvård, hemsjukvård och slutenvård, vilket ansågs ge en större bredd i studien. Artiklarna som valdes till studien hade begränsningarna att de var skrivna mellan 2006-2016, var Peer Reviewed samt var publicerade på engelska. Samtliga nio artiklar som användes till denna studie svarade mot studiens syfte och var kvalitativa. Alla valda artiklar hade ett etiskt resonemang och var godkända av en forskningsetisk kommitté och samtycke för deltagande erhöles från alla deltagarna. Etik är en konstruktion av moraliska synsätt som handlar om i vilken grad forskningens tillvägagångssätt följer juridiska, professionella och sociala skyldigheter till studiedeltagare. Det är önskvärt med extern etisk granskning för att deltagarnas rättigheter skall tillgodoses (Polit & Beck, 2012). Detta ansågs vara en viktig aspekt vilket innebar att alla deltagarna skyddades och deras rättigheter tillvaratogs. I alla artiklar fick deltagarna information angående studien samt att deltagandet i studien var frivilligt. De valda artiklarna kommer från världsdelarna Oceanien, Nordamerika och Europa, sammanlagt fem länder, detta bedömdes positivt för att kunna studera fenomenet ur ett internationellt perspektiv. När fenomenet relaterades till ordinära möten med barn och deras föräldrar, exkluderas vissa grupper i intresseområdet genom att det sker en automatisk avgränsning (Friberg, 2006). I denna studie exkluderas barn och föräldraperspektiv, mötet med barn i livets slutskede och mötet med våldsutsatta barn som var ett annat slags möte än det som avsågs att studera. En av de valda artiklarna innehöll perspektiv från både sjuksköterska och föräldrar, men det var lätt att urskilja och använda sjuksköterskans perspektiv. Några artiklar innehållande specialistsjuksköterskors erfarenhet av fenomenet inkluderades. Detta eftersom de har stor erfarenhet av fenomenet och kunde bidra till nya kunskaper för allmänsjuksköterskan. Det är viktigt att granska artiklarna så att det valda fenomenet studeras (Friberg, 2006). Valda artiklar har kvalitetsgranskats med hjälp av en mall för kvalitetsgranskning (Högskolan Väst, 2016) (Bilaga II). Kvalitetsgranskning görs för att säkerställa en god vetenskaplig kvalitet och

öka trovärdigheten på studiens resultat (Friberg, 2006). Trovärdigheten stärks när resultatet framträder i liknande mönster med ett omfattande urval som representeras från olika länder (Polit & Beck, 2012). Studiens valda artiklar kom från olika länder, hade sammanlagt ett stort urval av sjuksköterskor vars erfarenhet studerats och i samtliga artiklar framkom liknande resultat. När flera författare diskuterar resultatet, ökar tillförlitligheten och minskar risken för feltolkningar (Polit & Beck, 2012). Det är viktigt att få en ökad förståelse om vad artiklarna handlar om, så att de passar studiens syfte (Östlundh, 2006). Detta gjordes genom att artiklarna lästes flertalet gånger var för sig, diskuterades och granskades sedan tillsammans vilket ökade tillförlitligheten i studien. Det är författarnas skyldighet att förse läsaren med tillräcklig data men det är upp till den enskilde läsaren att avgöra om studiens resultat är överförbart till andra grupper och situationer. Genom ett väl beskrivet metodavsnitt ökar överförbarheten och läsaren ges möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet. Genom att resultat tolkas och skrivs med egna ord, ökar författarnas delaktighet i arbetet (Polit & Beck, 2012). De få artiklar som hittades om fenomenet var inte äldre än fyra år. Orsaker till detta diskuterades, slutsatsen blev att fenomenet kanske inte har varit prioriterat på grund av att det omfattar barn och därför tidigare varit ointressant att forska om. Undertema och tema framkom när de olika resultaten analyserades. Underteman omformulerades ett flertal gånger innan de var nöjda med benämningarna. För att hitta täckande benämningar på teman krävdes en del diskussion.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta barn och deras föräldrar inom hälso- och sjukvården.

Att se barnet som en egen individ

I resultatet framkommer att sjuksköterskor skall involvera barnet och inte prata med föräldrarna över dennes huvud. När barnet involveras och görs delaktig i sin vård känner barnet sig sedd och hamnar i fokus. Harder, Söderbäck och Ranheim (2016) menar att i vårdssammanhang ses barn ofta som sårbara eftersom de kan ha svårt att uttrycka sig beroende på ålder och mognad, vilket medför att barnets egna åsikter och synpunkter inte alltid tas hänsyn till. Uppmärksammar inte sjuksköterskan barnet kan det bli en passiv åskådare medan information enbart lämnas till föräldrarna, vilket kan leda till att barnet hamnar vid sidan av. UNICEF (2009) framhåller att barnets åsikt alltid skall tas hänsyn till, i förhållande till ålder och mognad. Författarna anser att om sjuksköterskan uppmärksammar barnet, pratar direkt till och efterfrågar barnets åsikt, leder detta till att barnet involveras och blir delaktig i sin vård. När sjuksköterskan uppmärksammar barnet och möter det på dess individuella utvecklingsnivå skapas de förutsättningar som krävs för att barnets delaktighet skall tillgodoses. Detta kan ske exempelvis genom lek eller genom att låta barnet titta närmare på eller undersöka den aktuella utrusningen som är planerad att användas. Det framkommer att hur mötet utfaller kan bero på vilken tid sjuksköterskan har till att förbereda mötet, och vilken tid som finns vid själva mötet. Tid är viktigt vid möten med barn, men det är inte alltid sjuksköterskan styr över sin tid. När sjuksköterskan förbereder sig inför mötet är det viktigt att boka ett lämpligt rum där mötet kan ske. Det är viktigt att förbereda material och utrustning till undersökningar eller behandlingar och se till att den är på plats. Om förberedelserna planeras så att sjuksköterskan inte behöver hämta diverse material så är det lättare att vara närvarande i mötet. Detta medför att sjuksköterskan kan vara fokuserad och se barnet som en egen individ. Individanpassad information och demonstrationsmaterial såsom exempelvis dockor och nallar kan sjuksköterskan använda tillsammans med barnet för att via lek förbereda barnet inför kommande undersökning eller behandling. Om sjuksköterskan

planerar och förbereder innehållet i mötet med barnet och familjen, ökar förutsättningarna för att det kommer att bli positivt. Ett positivt möte kan göra att sjuksköterskan går starkt ur det och får bra erfarenhet att ta med sig till kommande möten. Ett mindre lyckat möte påverkar barnets erfarenhet av hälso- och sjukvården negativt, detta kan medföra att barnet undviker dessa möten i framtiden. Zetterström (2005) rapporterar att historiskt sett var sjukhusvistelsen en skräckupplevelse för barnen, miljön som var steril och strikt var inte särskilt barnvänlig. Undersökningar och behandlingar de tvingades genomgå var obehagliga samtidigt som de skildes ifrån sina föräldrar. Idag har barnen rätt att ha med en förälder på sjukhuset (EACH, n.d). Sjuksköterskor behöver tänka på att även ta hand om föräldrarna så att de orkar ta hand om sitt sjuka barn. Föräldrarna behöver avlastning och stöd för att kunna ge barnen trygghet.

Bygga tillit

Sjuksköterskor anser att det är viktigt att en trygg och tillitsfull relation byggs upp tillsammans med barnet och föräldrarna. Vid familjecentrerad omvårdnad ses barnet och familjen som en helhet och när familjen involveras i barnets omvårdnad uppstår ett samarbete (Coyne et al., 2013). Författarna anser att tillämpning av familjecentrerad omvårdnad är en viktig del för att familjen ska känna sig delaktiga. Sjuksköterskan bör tänka på att involvera familjen så att det blir ett fungerande samarbete mellan hen och familjen. Genom att sjuksköterskan planerar, utför och efter-reflekterar omvårdnaden tillsammans med barnet och familjen bidrar detta till en familjecentrerad omvårdnad. Ett sådant samarbete är positivt för barnets rehabilitering. Fler viktiga faktorer för att få till en bra relation är tid och kommunikation. Sjuksköterskor menar att även om det är tidsbrist så måste barnet ges den tid som det har behov av, eventuellt kan den tiden behöva tas ifrån andra patienter. Kommunikation används för att skapa trygghet i mötet. Det behövs kunskap om att tyda barnets och föräldrarnas signaler för att kunna individanpassa kommunikationen och försäkra sig om att de förstår varandra. Lee (2007) menar att kommunikation är grundläggande i samarbetet med familjen. När kommunikationen brister, uppstår det problem som gör att relationen skadas eller uteblir. Författarna anser att sjuksköterskan har en avgörande betydelse för att skapa bra förutsättningar i uppbyggnaden av en trygg och tillitsfull relation. Detta kan ske genom att sjuksköterskan kommunicerar med familjen, är lyhörd, möter dem på ett respektfullt sätt och värnar om deras integritet, då individanpassar sjuksköterskan mötet och ser familjen som en resurs att samarbeta med. När sjuksköterskan är medveten om att kommunikation omfattar både verbal och icke-verbal kommunikation, ökar medvetenheten om att använda sitt kroppsspråk på rätt sätt så att inte kommunikationen misstolkas. Det är viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på barnets kroppsspråk för att förstå dess lidande så att sjuksköterskan förhindrar att onödigt vårdlidande uppstår (Eriksson, 1994). Det är väsentligt enligt författarna att den kroppsliga smärtan som barnet känner lindras så effektivt som möjligt. Denna smärta kan komma ifrån sjukdom, skada eller behandling. Avgörande är att sjuksköterskan inte misstror barnet när det säger att det har ont, utan litar på barnets ord. Genom sina erfarenheter lär sig sjuksköterskan att tyda barnets olika signaler på smärta. En sjuksköterska ska ha tillräckliga kunskaper så att hen inte medverkar till att barnet och familjen utsätts för vårdlidande. Enligt Patientlagen (SFS 2010:659) skall sjuksköterskan vara uppmärksam på att när hälso- och sjukvård ges till barn, ska det göras utifrån barnets bästa.

Kunskap och erfarenhet är avgörande

I resultatet framkommer att vissa sjuksköterskor anser att grunden i deras profession består av kunskap och erfarenhet. Detta ger dem en självsäkerhet eftersom de har kunskaper om hur de ska agera i olika situationer. Med kunskap och erfarenhet om barns utvecklingsfaser vet de hur de ska möta, informera, distrahera och förklara för barnet utifrån individuell

utvecklingsnivå eftersom det skiljer sig åt. Söderbäck, Coyne och Harder (2011) menar för att kunna ge individanpassad information till barn är kunskapen om barns olika utvecklingsfaser, mognad och ålder avgörande. Resultatet är i linje med hur Halldorsdottir (2008) menar att en god relation i form av en bro byggs upp. Sjuksköterskan ser sig aldrig mer värd än någon annan utan känner medlidande, guidar människor som är i behov av hjälp och känner glädje i att hjälpa sina medmänniskor. Det finns tre viktiga omvårdnadsaspekter för att en tillitsfull relation mellan sjuksköterska och patient skall uppstå. Sjuksköterskan bör ha en kombination av kunskap och erfarenhet. Hen bör vara genuint omtänksam mot patienten som patient och som person. Men även ha kunskap om hur patienten bör bemötas för att vara kompetent, det räcker inte med att bara ha de praktiska färdigheter som det berörda omvårdnadsområdet kräver (Halldorsdottir, 2008). Det är sjuksköterskans ansvar att lämna korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett individuellt anpassat sätt så att patienten förstår (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2014). Sjuksköterskor anser att reflektion är en bra källa till ny kunskap. En del av sjuksköterskorna saknar tillfällen att reflektera och diskutera sitt arbete, för att på så vis generera ny kunskap. Reflektion kan ske av sjuksköterskan ensam eller tillsammans med familjen eller kollegor. Reflektion ökar insikt och förståelse. Reflektion ökar också självkänslan, vilket ger sjuksköterskan en stadig grund att stå på och agera utifrån. Detta leder till en känsla av välmående och balans vilket kan minska stress och främja glädjen i yrket (Bloniasz, 2011). Vid reflektion av både positiva och negativa händelser så skapas nya utvecklande erfarenheter för sjuksköterskan. När kunskapen ökar för alla parter vid reflektion så anser författarna att detta borde prioriteras mer ute i verksamheterna genom uppmuntran och inplanerad tid för ändamålet. Det är viktigt att de erfarna sjuksköterskorna stödjer de oerfarna, eftersom de inte har den erfarenhet och kunskap som kan behövas i arbetet. När nyutexaminerade sjuksköterskor skall börja sitt arbete är det positivt med en längre tids introduktion, detta för att de ska integreras in i arbetet under lugnare former. Även att få ha en erfaren sjuksköterska som mentor bidrar till en tryggare start inom yrket, vilket stärker den nya sjuksköterskans självkänsla och bidrar till nya erfarenheter. Sjuksköterskor behöver även kompetensutveckling som ger ytterligare teoretiska kunskaper med vetenskaplig evidensbaserad grund, samt hjälp med implementering av forskning i arbetet.

Slutsatser

Sjuksköterskan bör ha barnet i fokus vilket innebär att prata direkt till barnet men se föräldrarna som en källa till värdefull information angående barnet. Att se barnet som en egen individ genom att koncentrera sig på barnet i mötet är viktigt. Sjuksköterskan placerar sig så att hen hamnar i samma ögon-nivå som barnet, använder sig av åldersanpassat språk samt undviker medicinska termer. Kommunikation kan starta genom att sjuksköterskan och barnet börjar leka med varandra. Är sjuksköterskan lyhörd för barnet och familjens behov ökar tilliten och relationen stärks. Trots att tiden inte finns måste sjuksköterskan ändå avsätta den tid som barnet behöver. Nya sjuksköterskor försöker göra sitt bästa för att möta barnets behov men känner att de inte räcker ända fram som en följd av brist på erfarenhet, vilket sjuksköterskan har svårt att acceptera. Genom reflektion efter olika situationer tillsammans med sina kollegor får sjuksköterskan del av deras erfarenheter, vilket resulterar i att ny kunskap genereras. Sjuksköterskor menar att kunskap är grunden i deras yrke, de litar på sin kunskap och erfarenhet. Detta gör att de vet hur de ska agera i olika situationer vilket medför en känsla av självsäkerhet. Slutsatser som kan dras utifrån detta är att sjuksköterskan behöver kunskap för att kunna individanpassa mötet. När sjuksköterskan gör barnet delaktigt leder det oftast till att barnet vill samarbeta vid undersökningar och behandlingar men ibland inträffar

det att barn inte vill vara delaktiga, och då kan det behöva göras åtgärder mot deras vilja. Att individanpassa kommunikation kan vara så enkelt som att börja leka med barnet. Det krävs en ömsesidig tillit mellan familjen och sjuksköterskan för att skapa en trygg relation. Tid är en viktig faktor inom hälso- och sjukvården, dels för att bygga en tillitsfull relation som ger barnet en positiv erfarenhet av mötet, dels för att varje kontakt med barnet måste få ta den tid som det är i behov av. Brist på kunskap medför en osäkerhet hos sjuksköterskor i möten med barn. För en oerfaren sjuksköterska är det en stor resurs att få reflektera och ta del av en erfaren sjuksköterskas kunskaper. Kunskap och erfarenhet är avgörande för att sjuksköterskan ska känna sig trygg och självsäker. En sjuksköterska blir aldrig helt fullärd.

Praktiska implikationer

Baserat på kunskapen utifrån den här studien om att möta barn och deras föräldrar har det framkommit att möten varierar och inget möte är det andra likt. Därför bör sjuksköterskan vara lyhörd mot varje barn och individanpassa mötet därefter. Genom att tillämpa familjecentrerad omvårdnad kan ett värdefullt samarbete uppstå mellan sjuksköterskan och familjen, vilket gör hela familjen delaktig. Detta innebär att det behövs adekvata kunskaper och mer tid inom hälso- och sjukvården för att planera och kunna genomföra patientmöten. Då skapas goda förutsättningar för ett positivt möte vilket undviker onödigt vårdlidande. Hälso- och sjukvården bör anpassa informationen utifrån barnets individuella utvecklingsnivå. Detta innebär att samma information skrivs på olika sätt eller visas med bilder beroende på vem som ska informeras. Denna studie kan bidra med ny kunskap om vilka metoder som sjuksköterskor kan använda sig av i mötet med barn och deras föräldrar, för att det skall bli en positiv erfarenhet för alla inblandade. Det är viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam och utvecklar sitt arbete genom att försöka förutse sådant som kan gå dåligt i mötet. Ett barn med negativ erfarenhet av hälso- och sjukvården kan lida länge av det, vilket kan få konsekvenser för kommande möten. Eftersom dessa barn kan komma att behöva flera möten innan eventuell undersökning och/eller behandling kan bli gjord på grund av tidigare negativa upplevelser finns risk för onödigt resursslöseri genom ökade kostnader för samhället.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Författarna anser sig behöva mer kunskap om barn och deras olika utvecklingsfaser för att kunna bemöta dem på ett optimalt sätt anpassat efter deras individuella utvecklingsnivå. En obligatorisk barnkurs med praktik på en barnavdelning bör ingå i grundutbildningen för sjuksköterskor, eftersom denna patientgrupp förekommer på de flesta ställen inom hälso- och sjukvården. I denna studies resultat framkommer att reflektion tillsammans med mer erfarna sjuksköterskor ökar kunskapen. Detta vill författarna poängtera är en viktig källa för kunskapsutveckling för nyutexaminerade sjuksköterskor. Förslag på ytterligare forskning är observations- och intervjustudier av hur sjuksköterskans kommunikation anpassas utifrån specifika ålders- och utvecklingsnivåer, vilket behövs mer kunskap om. Även studier ur ett barnperspektiv på möten med hälso- och sjukvården är önskvärt. Dock kan detta innebära vissa svårigheter till följd av att barnen kan ha ett begränsat ordförråd för att kunna uttrycka sig. Studier som omfattar barn ställer stora etiska krav på forskarna.

Referenser

- Berglund, I. G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M., & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children & Young People*, 25(1), 28-34.
- Bloniasz, E. (2011). Caring for the caretaker: a nursing process approach. *Creative Nursing*, 17(1), 12-15. doi:10.1891/1078-4535.17.1.12
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Callery, P., & Milnes, L. (2012). Communication between nurses, children and their parents in asthma review consultations. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11/12), 1641-1650. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03943.x
- Coyne, I., Murphy, M., Costello, T., O'Neill, C., & Donnellan, C. (2013). A Survey of Nurses' Practices and Perceptions of Family-Centered Care in Ireland. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 469-488. doi:10.1177/1074840713508224
- EACH. European Association for Children in Hospital. (n.d). The EACH Charter with Annotations. Hämtad 2016-12-03 från <https://www.each-for-sick-children.org/each-charter/each-charter-annotations.html>
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.71-82). Lund: Studentlitteratur.
- Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 284-292. doi:10.1016/j.pedn.2015.11.016

Gregorowski et al., (2013). An action research study to explore the nature of the nurse consultant role in the care of children and young people. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1/2), 201-210. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04140.x

Hall, J., & Nayar, S. (2014). Building trust to work with children after a severe traumatic accident. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 46(2), 161-169. doi:10.5172/conu.2014.46.2.161

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652.

Harder, M., Söderbäck, M., & Ranheim, A. (2016). Being in care situations with young children presents ambiguous challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), 68-73. doi:10.1177/0107408315605997

Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. (3., rev. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Högskolan Väst, (2016a). Arkiverat exemplar av Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005).

Högskolan Väst. (2016b). Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod, med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2014). Hämtad 2016-11-08 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Kelo, M., Martikainen, M., & Eriksson, E. (2013). Patient Education of Children and Their Families: Nurses' Experiences. *Pediatric Nursing*, 39(2), 71-79.

Lee, P. (2007). What does partnership in care mean for children's nurses? *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 518-526. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01591.x

Ljusegren, G., Johansson, I., Gimble Berglund, I., & Enskär, K. (2012). Nurses' experiences of caring for children in pain. *Child: Care, Health & Development*, 38(4), 464-470. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01262.x

Lucia Noreña Peña, A., & Cibanal Juan, L. (2011). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 19(6), 1429-1436. doi:10.1590/S0104-11692011000600021

Olmstead, D. L., Scott, S. D., Mayan, M., Koop, P. M., & Reid, K. (2014). Influences shaping nurses' use of distraction for children's procedural pain. *Journal for Specialists In Pediatric Nursing*, 19(2), 162-171. doi:10.1111/jspn.12067

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Samuelson, S., Willén, C., & Bratt, E. (2015). New kid on the block? Community nurses' experiences of caring for sick children at home. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2448-2457. doi:10.1111/jocn.12823

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2016-12-04 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2016-12-04 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x

Socialstyrelsen. (2011). *Skador bland barn i Sverige* (Artikelnummer: 2011-2-13). Hämtad 2016-10-27 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-13>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Framtidens sjuksköterska*. Hämtad 2016-10-27 från <https://www.swenurse.se/vi-arbetar-med/utbildning/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99-106. doi:10.1177/1367493510397624

Taddio et al., (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clinical Therapeutics*, 31(1), 52-67. doi:10.1016/j.clinthera.2009.07.022

UNICEF. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barns rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Zetterström, R. (2005). Svenska barns hälso- och sjukvård-ett mönster för andra länder. *Läkartidningen*, 23, 1808-1814. Hämtad 2016-10-27 från <http://ww2.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=1367>

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Tabell med sökningshistorik av den systematiska litteratursökningen

Sökning 1

Databas CINAHL 161108	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till uppsatsen resultat
1	Child*	381,401				
2	Communication*	93,755				
3	Nurs*	632,844				
4	Emergenc*	108,656				
5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	146				
Avgränsningar	Peer Reviewed English 2006-2016	74	74	22	11	5

Sökning 2

Databas CINAHL 161109	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till uppsatsen resultat
1	Nurs*	633,023				
2	Communication*	93,793				
3	Child*	381,549				
4	Interaction*	48,881				
5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	146				
Avgränsningar	English 2006-2016 Peer-Reviewed	76	76	19	7	4

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Informant karaktäristika			
Antal			
Ålder			
Man/kvinna			
Är kontexten presenterad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Finns etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Framkom ej
Urval			
- Relevant?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Strategiskt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
-datainsamling tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- analys tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Giltighet			
- Är resultatet logiskt och begripligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
- Råder datamätnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
- Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Kommunicerbarhet			
-Är resultatet klart och tydligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
-Redovisas resultatet i förhållande till			
-Teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
-Genereras teori?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej relevant
Kvalitetsberäkning			
Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent			
Granskningspoäng:	grad I (80-100%)	<input type="checkbox"/> grad II (70-79%)	<input type="checkbox"/> grad III (60-69%)
Tidskriftens bedömningssystem	<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Ej
Peer review	blinded	blinded	angivet

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning
Berglund, Ericsson, Proczkowska- Björklund och Fridlund. 2013 Sverige	Undersöka och utveckla nya strategier att använda för att reducera pre-operativ ångest och undvika fysiskt tvång på barnet. Anestesisjuksköterskors erfarenheter och omvårdnadshandlingar med barn i behov av anestesi.	Kvalitativ design, critical incident teknik. Semistrukturerade intervjuer.	Studiegruppen bestod av 32 anestesisjuksköterskor, 26 kvinnor och 6 män, från tre olika sjukhus Erfarenhet inom yrket varierade mellan tre år upp till över tio år. Sammanlagt 193 kritiska händelser.	Anestesisjuksköterskans primära prioritering var att skapa en bra miljö och öka känsligheten och flexibla i sina åtgärder och interaktioner med barnet.	Grad I
Callery och Milnes 2012 England	Kommunikation är en viktig del i konsultationen men det finns få undersökningar inom detta ämne. Att undersöka kommunikation mellan sjuksköterskor, barn och föräldrar vid astma rådgivning.	Kvalitativ ansats Diskursanalys. Intervjuer.	Studiegruppen bestod av 18 föräldrar och sex sjuksköterskor varav en astmasjuksköterska, kommunala sjuksköterskor, en sjuksköterska inriktad på hälsorådgivning och sjuksköterskor inom primärvård. Nio inspelade konsultationer och intervjuer.	Kommunikation är en viktig del i att skapa ett positivt möte. Sjuksköterskan pratar direkt med barnet och låter inte föräldrarna svara åt dem.	Grad I
Granh, Olsson och Mansson 2016 Sverige	Påvisa begränsningar i sjuksköterskans arbete inom det berörda området. Beskriva sjuksköterskors metoder till att interagera med barn på akutmottagningen	Kvalitativ innehållsanalys. Semi-strukturerade intervjuer.	Studiegruppen bestod av sju sjuksköterskor, varav sex var barnsjuksköterskor på en akutmottagning vid ett sjukhus, med 5-40 års erfarenhet inom yrket.	Tid och tålmod är alltid viktigt vid omvårdnad av barn, oavsett aktuell arbetsbelastning. Rädsla hos barn är en återkommande faktor som sjuksköterskan måste hantera.	Grad I
Gregorowski, Brennan, Chapman, Gibson, Khair och Lindsay- Waters 2013 England	Se vilka hinder som förekommer inom sjuksköterskans roll som konsult. Undersöka utvecklingen av och stödja sjuksköterskans roll som konsult inom omvårdnad för barn och unga människor.	Observationsstudie. Tematisk analysmetod Möten, ansikte mot ansikte.	Studiegruppen bestod av fem kvinnliga sjuksköterskor med 10-20 års erfarenhet inom yrket, alla verksamma inom samma sjukhus.	Hur barn-centrerad omvårdnad utformas vid konsultationer och sjuksköterskors behov av stöd i dessa möten fram till dess att de utvecklat sina egna metoder inom yrket.	Grad I

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning
Hall och Nayar 2014 Nya Zealand	Vad gör sjuksköterskor för att främja återhämtningen hos barn efter en traumatisk olycka. Hur sjuksköterskor bygger upp tillit hos barn och föräldrar efter en traumatisk olycka.	Kvalitativ ansats. Grounded theory. Intervjuer.	Studiegruppen bestod av sju sjuksköterskor, två män och fem kvinnor. Fyra med 1 års erfarenhet inom yrket. En med tre års erfarenhet och två ansågs vara mycket erfarna inom yrket. Verksamma på två olika avdelningar på samma sjukhus.	Betydelsen av att en tillitsfull arbetsrelation mellan sjuksköterska, barn och dess familj är grundläggande för att optimera barnets återhämtning.	Grad I
Kelo, Martikainen och Eriksson 2013 Finland	Förklara betydelsen av patientundervisnings tillfällen och att fastställa sjuksköterskors sedvanliga beteende i patientutbildnings processen för barn och deras familjer.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer Kvalitativ innehållsanalys.	Studiegruppen bestod av 45 kvinnliga sjuksköterskor med ett medel på 15,9 års erfarenhet inom yrket. 45 incidenter beskrevs.	Patientundervisning med barn och föräldrar visade sig vara en utmaning, men kunde även vara belönande och bli en ny lärdom för sjuksköterskorna. Undervisningens utgång vara viktigt för sjuksköterskorna. Genom att förbereda och anpassa mötet utifrån barnet och familjen blev utgången oftast bra.	Grad I
Ljusegren, Johansson, Gimble Berglund och Enskär 2012 Sverige	Det finns ett behov av att fokusera mer på sjuksköterskors egna erfarenheter, som är viktig för att kunna ge barnet effektiv smärtlindring. Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda barn med smärta	Kvalitativ innehållsanalys. Semi-strukturerade intervjuer.	Studiegruppen bestod av 21 sjuksköterskor. Tio sjuksköterskor var under 44 år med ett medel på 9 års erfarenhet inom yrket. I åldersgruppen 45-55 år låg medel på 24 års erfarenhet inom yrket.	Vid förutsägbara situationer kände sjuksköterskor att de kunde lita på sina kunskaper och de blev mer självsäkra. Vid oförutsägbara situationer räckte kunskapen inte till och en känsla av rädsla uppstod och de kände sig otillräckliga.	Grad I
Olmstead, Scott, Mayan, Koop och Reid 2014 Kanada	Att skapa en förståelse om hur distraktion kan reducera smärta hos barn vid undersökningar. Barnsjuksköterskors val av distraktionsmetoder vid smärtsamma undersökningar.	Kvalitativ ansats. Grounded Theory Semi-strukturerade intervjuer	Studiegruppen bestod av sju sjuksköterskor med minst sex månaders erfarenhet inom yrket.	Sjuksköterskorna använde individanpassade distraktionsmetoder för att mildra lidandet hos barn, vilket inte alltid visade sig fungera.	Grad I

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning
Samuelson, Willen och Bratt 2015 Sverige	Barn ska så långt som det är möjligt kunna vårdas i hemmet vilket innebär att detta är en patientgrupp som ökar inom hemsjukvården. Att undersöka svenska kommunala sjuksköterskors erfarenheter av att vårda sjuka barn i hemmet.	Kvalitativ deskriptiv design. Djupintervjuer. Kvalitativ Innehållsanalys.	Studiegruppen bestod av 12 sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård med ett medel på 17 års erfarenhet inom yrket.	Det är viktigt att en relation uppstår mellan sjuksköterska och familj. Sjuksköterskan behöver kunskap och stöd för att känna sig trygg och säker i sin roll.	Grad I

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsvetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se