



Barn och ungdomars erfarenheter från vårdsituationer på sjukhus

- En litteraturstudie

Författare: Kristina Alpsten

Handledare: Hildur Gunnarsdottir och Anna Kari Bromander

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå, 15 hp
Fristående kurs, kandidatuppsats: EXO 501
Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan Väst
Höstterminen 2016 - vårterminen 2017**

Titel: Barn och ungdomars erfarenheter från vårdsituationer på sjukhus
- En litteraturstudie
Title: Children and young people's experience from healthcare environment
- A literature-based study

Författare: Kristina Alpsten
Handledare: Hildur Gunnarsdottir och Anna Kari Bromander
Examinator: Ann-Charlott Wikström
Institution: Högskola Väst, Institutionen för hälsovetenskap, Trollhättan, Sweden
Arbetets art: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Kurs: EXO 501, Examensarbete-omvårdnad, kandidat, 15 hp
Termin/ år: Höstterminen 2016- vårterminen 2017
Antal sidor: 21

Abstract

Background The UN Convention on the Rights of the Child, CRC, claims that children should be heard in decisions about themselves. Children also have the right to play. This need to be applied in healthcare environment. Swedish laws and guidelines for children's healthcare confirm this. What do children themselves propose as important support to participate?

Aim The aim of this study was to describe children and young people's experience in healthcare environment.

Method A literature-based study of nine qualitative academic articles was conducted. 556 children altogether were asked about their experience from healthcare environment.

Results The result is presented by five themes:
To be afraid and sad
To feel comfort and safety
To understand
To be included in decisions
To know the nurse

Conclusion Children and young people in healthcare environment feel discomfort and insecurity. They need help with symptoms and fear. If the nurse is perceived as a "bad nurse", the child is exposed to feel helpless. A child need a certain amount of comfort, playing and contact with peers to be motivated to participate. When invited to ask questions and express their worries, they want to be involved. Children want to participate in decisions about themselves. The nurse has a key role to involve the child. Confidence is built through technical skills in achieving procedures, good communication and personal attributes, such as being helping, kind, friendly and humorous.

Keywords Children's views, communication, experience, health care, participation

Populärvetenskaplig sammanfattning

I Barnkonventionen, ICNs etiska kod för sjuksköterskor och Kompetensbeskrivning för Barnsjuksköterskor slås fast att barn har rätt att vara delaktiga i beslut som rör dem själva. Detta gäller även i vårdsituationer. De har också rätt till att vårdas med jämnåriga i en barnanpassad miljö med möjlighet till lek. Vad behövs för att barn ska engageras i kommunikation och bli delaktiga i beslut? Vad tycker barn och ungdomar själva att de behöver för stöd i vårdsituationer? Syftet var att beskriva barn och ungdomars erfarenheter från vårdsituationer på sjukhus. Denna litteraturstudie sammanställde synpunkter från 556 barn som deltagit i nio olika kvalitativa studier.

Barnen var mellan sex och 18 år. Följande teman framträdde:

Att vara rädd och ledsen

Att trivas och känna trygghet

Att få veta

Att inkluderas i beslut

Att lära känna sjuksköterskan

Ett barn som behövde sjukvård kände obehag och otrygghet. Det behövde hjälp med symptom och rädsla och riskerade att bli hjälplös om det möttes av en ”dålig” sjuksköterska och bristfällig kommunikation. Familj, lek och kontakt med jämnåriga ökade trivsel och motiverade till delaktighet. Alla barn ville förstå, de ville få information om sin sjukdom och om vad som skulle hända. Barn ville inkluderas och vara delaktiga i beslut. De behövde bjudas in till kommunikation, få chans att ställa frågor och att berätta vad de var oroliga för. Att lära känna sjuksköterskan gav trygghet och främjade delaktighet. En sjuksköterska som var lugn, välorganiserad och skicklig ingav förtroende. En ”bra sjuksköterska” gav också ett gott bemötande både till barnet och närstående, med egenskaper som att vara snäll, hjälpsam, ärlig, vänlig, lyhörd och ha humor.

När barn kände trivsel och möttes av en sjuksköterska som ingav förtroende motiverades delaktighet och anpassningsförmåga och motståndskraft ökade. Kompetens att möta barns behov har den specialistutbildade Barnsjuksköterskan. NOBAB (NOrdiskt nätverk för BArns och ungas Behov inom hälso- och sjukvård) har upprättat ”Nordisk standard för omsorg om barn och unga på sjukhus”. Dessa 10 artiklar har sin grund i Barnkonventionen och stämmer väl med barnens önskemål och synpunkter i denna litteraturstudie. Barn har rätt att ha föräldrar med och få möjlighet till lek. De ville få veta. Barn behövde inbjudas till kommunikation och lära känna sjuksköterskan för att delge sin oro och sina frågor. En sjuksköterskas skicklighet, kommunikation och egenskaper var avgörande för att barnet skulle känna trygghet och bli delaktig.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Definitioner, lagar och konventioner	1
Kommunikation och omvårdnad	2
Barns utveckling och förståelse av sjukdom	2
Familjens roll	3
Barnsjuksköterskan	4
Kommunikation och omvårdnad.....	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	6
Litteratursökning	6
Urval	6
Analys	7
Resultat	8
Att vara rädd och ledsen	8
Att trivas och känna trygghet	8
Att få veta	9
Att inkluderas i beslut	9
Att lära känna sjuksköterskan.....	10
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	13
Slutsatser	16
Praktiska implikationer	16
Förslag till kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	16
Referenser	17

Bilagor

I Redovisning av den systematiska sökningen	
II Översikt av analyserad litteratur	
III Barnens egna synpunkter	
IV Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård	

Inledning

Ensam och rädd!

Vårdsituationer såsom att sova på sjukhus, undersökningar och venprovtagning kan bli traumatiska upplevelser för att barn.

Tidigare i svensk barnsjukvård fanns stora begränsningar i föräldrarnas möjlighet att närvara då barn vårdades på sjukhus. Följande exempel kommer från nu vuxna kvinnor som själva vårdats på sjukhus som barn. På Borås Lasarett 1956 vårdades en ettårig flicka för öroninflammation och kom hem med sönderskavda hälar, då hon hela vistelsen skrikit och legat i sprättbåge. 1969 fick barn ligga på vuxensal på Sahlgrenska efter operation, och samma år låg barn på "barnsal" i en vecka på Mölndals sjukhus efter operation- utan att alls få besök av förälder. På neonatalavdelning på 70-talet i Lidköping fick förälder bara komma på en timmes besökstid per dag. Sveriges största barnsjukhus, Drottning Silvias Barn och Ungdomssjukhus i Göteborg (då Barnkliniken på Östra Sjukhuset) invigdes 1973 till att vara ett modernt barnsjukhus. Där började förälder sova över natten hos sitt sjuka barn i mitten av 80-talet. Innan hade man förväntat föräldrarnas delaktighet dagtid.

Sedan dess har kunskapen om barns behov vuxit ytterligare och barnsjukvården i Sverige fortsatt att utvecklas. Den har anpassats mer efter barnens behov av lek och sjukhusrummen ger (ofta) möjlighet för föräldrar att närvara hela tiden. Föräldraförsäkring bidrar också till att göra det möjligt ekonomiskt. En viktig målsättning är att barnet ska bli delaktig i omvårdnad och de beslut som berör barnet. Det är därför angeläget att studera barns erfarenheter av vårdsituationer på sjukhus.

Bakgrund

Definitioner, lagar och konventioner

Alla barn och ungdomar möter barnhälsovård och skolhälsovård. Vissa behöver även öppenvård och sjukhusvård. I föreliggande litteraturstudie benämns alla mellan 0-18 år för barn. Detta är samma definition som FN:s barnkonvention (UNICEF, 1989) har. Närstående definieras som föräldrar, vårdnadshavare, syskon eller annan viktig person i barnets närhet (Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008). Med procedurer avses åtgärder såsom undersökningar och behandlingar i sjukvården (Forsner, 2015).

FN:s Barnkonvention (Unicef, 1989) hävdar barns rättigheter. Bland annat ska ett barn inte skiljas från föräldrarna mot deras vilja, utom när det är för barnets bästa. 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. Vidare att varje barn har rätt till lek, vila och fritid. Detta gäller även i vårdsituationer.

Patientlagen (SFS 2014:821) 4 kap. 3§ reglerar information och samtycke. När patienten är ett barn, ska barnets bästa vara styrande. Delaktighet ska främjas, kunskap ska fås direkt från barnet och dessa synpunkter ska tas till vara.

Barns utveckling och förståelse av sjukdom

Piagets etablerade forskning inom utvecklingspsykologi beskriver barns psykologiska mognad och uppfattning av omvärlden i olika åldrar. Tamm (1996; 2002) kopplar det i hans

teorier som har att göra med barn i sjukvård. Utvecklingsstadierna följer varandra i ordning, men åldern varierar beroende på individ och miljö. Socialstyrelsen (2015) har gett ut kunskapsstödet ”Bedöma barns mognad för delaktighet” och LäkeMedelsverket (2014) riktlinjerna ”Behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer i hälso- och sjukvård”. Båda dessa dokument beskriver barns psykologiska utveckling på ett liknande sätt som Tamms beskrivningar nedan.

Lek

I lek skapar barnet symboler som blir ställföreträdande för verkligheten. Lek är barnets bearbetning av verkligheten, där hjälplöshet byts ut mot aktivt handlande och barnet själv har kontroll. Det är bra att låta barn leka med instrument som ska användas vid undersökning och att ge enkla förklaringar om hur undersökningen ska gå till och hur det kommer kännas. Att efter sjukhusvård leka doktor bearbetar det okända och oroande som hände (Tamm, 2002). Lek är viktigt och utvecklar självmedvetande, kommunikation och social kompetens. Lekregler blir övning i socialt samspel. Att ha olika roller i olika grupper är viktigt för identitetsutvecklingen. Ett ömsesidigt samspel med de närmaste blir en mall för det större kulturella sammanhanget. Ett barn bör inte överbeskyddas- att ständigt ha en vuxen närvarande hämmar både social kompetens och självkänsla (Tamm & Skär, 2000).

2-7 år

Ett barn 2-7 år utvecklar symbol-tänkande. Genom det talade ordet börjar barnet ta del av mänsklig kommunikation och kan ledsagas av ord. Tid och åldersbegrepp är svåra. Nu et sträcks både framåt och bakåt. 5-7 åringar greppar tidsrymden 1 vecka.

Vid 4-6 år börjar de anpassa information efter andras behov och skiljer fantasi och verklighet. De är egocentriska på det viset att de har svårt att skilja sina synpunkter från andras eller acceptera alternativa förklaringar. De har svårt att förklara hur de känner sig och det är ofta svårt att övertyga barnet att en obehaglig behandling är nödvändig. Många tror att sjukdom är en bestraffning, att de själva är skuld till sjukdomen. Gosedjuret och snuttefilten är en viktig del av hemmets trygghet (Tamm, 1996; 2002).

7-11år

7-11åringar har logiskt tänkande om konkreta handlingar. Tidsbegrepp utvecklas till en månads tidsrymd, social utveckling sker mot viss ömsesidighet. Förmåga till uppmärksamhet och självkontroll ökar. De upptäcker att vuxna kan ha fel, men ser inte egna brister. Vänskap baseras på tillit och egenskaper. Barn i denna ålder umgås ofta i grupp och lär sig där samarbete, ledarskap och lojalitet. Att bli utesluten påverkar det psykiska måendet och barnet får då inte heller öva socialt samspel. Det är viktigt att skolsituation och fritidsaktiviteter fungerar då självbilden står på spel mellan känslan av kompetens och mindervärde.

De kan se sjukdom som biologisk skada och känner till begreppet stress. Bakterier/virus ses som smådjävlar som slåss med vapen. De sätter hälsa i samband med sund kost, aktivitet och renlighet. De är mottagliga för livsstilsråd och kan förstå att bullrig miljö ger huvudvärk.

Sjuka barn kan söka skulden för sjukdomen hos sig själva, för att de inte följt regelsystemet i livet, andra ser den vållad av ödet eller av smitta. Bot finns i vila och läkemedel.

När smärta förklaras enkelt kan de förstå att det är nödvändigt att göra en smärtsam procedur för att bli botad från sjukdom som orsakar smärta. God förberedelse minskar rädsla.

Upplysande bilder eller studiebesök innan procedurer är lämpligt. Rädsla finns för att bli stympad vid operation och ångest kan ge kroppsliga symtom (ibid).

11-18 år

Från 11-årsåldern kallas utvecklingen för adolescens. Den inträder ett till två år senare hos pojkar än flickor. Bilden klarnar nu hur det ser ut inuti kroppen. Den fysiska tillväxten styrs

av hormoner som också påverkar humöret. Omgivningens bemötande och förväntningar utifrån den fysiska mognaden påverkar också utvecklingen. Tonåringen utvecklar abstrakt tänkande och funderar realistiskt om framtiden. De gör hypoteser och vill ha förklaringar, men har fortfarande fördomar och stora brister i kunskap om sjukdom.

Tonåringen fruktar smärta men är inte lika hjälplös inför den, de vet t ex att avslappning kan minska smärtan. De är rädda för kroppsskada, upplever sin kropp intensivt och är generade att vara nakna. Tonåringen förstår samspelet mellan kropp och själ; ”mår dåligt” och upplever välbefinnande. De agerar som om alla iakttar dem. Beundrar sig själv och/eller är mycket självkritisk. Tonåringen kan vara labil och reagera med ångest, ilska, frustration; bli aggressiv, retlig, irriterad, ledsen; känna hopplöshet och depressivitet. Det finns ofta en osäkerhet kring den egna identiteten. Självbild och identitet klarnar mot slutet av perioden. Tonåringen vet att hälsa kan fastställas med prover och ohälsa förhindras med goda vanor. De vet vad samhället tycker om matvanor, tobak, alkohol och narkotika. Dock kan drivkraften att vara ”normal” och tillhöra en grupp få tonåringen att handla annorlunda. De förnekar ofta allvaret i sin sjukdom och vill leva som alla andra. De vill inte alltid underkasta sig rutiner och vård, tar inte ansvar för egenvård.

Tonåringen rådfrågar och är noga med tystnadsplikt. De värderar sin självständighet och oberoende. Vill kanske vara själv på sjukhuset, och diskutera själv med läkaren. Det gäller att få tonåringen som medarbetare i sin egen vård. Sjuksköterskan bör kunna hjälpa tonåringen att reducera ångslan, hantera känslorna och bidra till självständighet och kampvilja. Förtroende för personalen möjliggör samverkan och delaktighet. Att tonåringens närstående får stöd och handledning kan vara värdefullt (Tamm, 1996; 2002).

Familjens roll

Tidigare forskning visar att ett sjukt barn kan känna sig hjälplös, utelämnad, bortstött; ledsen, skadad och fångad. Detta kan lindras genom att föräldrar är närvarande, vilket är som en lugnande kraft som ger trygghet. Sjuksköterskan kan bidra med att uppmuntra föräldrar att stötta sina barn i de sjukhusrelaterade rädslorna (Salmela, Aronen & Salanterä, 2010).

Miceli och Clark (2005) beskriver att föräldrar är de som ojämförligt har mest intresse i allt som berör barnet: att de fysiska, sociala, känslomässiga, intellektuella och andliga behoven möts. 50000 föräldrar svarade på enkäter om vad de ville skulle prioriteras vid sjukhusvård av barn. Resultatet var att föräldrar önskade att lokaler bör gynna att hela familjen kan närvara och att kommunikation underlättas med tillgång till telefon och internet. De önskade vidare förståelse för svårigheter att samordna vardagen och sjukhusaktiviteterna, förståelse för föräldrarnas känslomässiga kaos och en lyhördhet för familjens oro. De önskade att en god relation mellan sjuksköterskan och hela familjen eftersträvades, där kommunikationen var rak och missnöje efterfrågades. Och slutligen att föräldrar fick information kontinuerligt och inbjöds till delaktighet i beslut om behandling (Miceli & Clark, 2005).

Pelander, Leino-Kipli och Katajisto (2007) beskriver att resultatet av en barnsjukvård som barn och föräldrar är nöjda med ger ökad självständighet, förbättrat välmående och bättre tillfrisknande. Det som benämns som hinder för detta var bristfällig information, dålig smärtlindring, kommunikationsproblem och för lite möjlighet till lek.

Barnsjuksköterskan

Barnsjuksköterskans uppgift är att i första hand kommunicera med barnet, ha ett respektfullt och empatiskt bemötande och att möjliggöra optimal delaktighet för barn och närstående i

omvårdnadsarbetet. Barnsjuksköterskan ska också ge utvecklingsanpassad och relevant information till barn och närstående samt förvissa sig om att barnet och de närstående förstår given information. När så är möjligt ska barnets informerade samtycke alternativt medgivande inhämtas i frågor som rör barnet. Vårdmiljön bör vara åldersanpassad med tanke på fysiska, psykiska och sociala behov (Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor gäller även Barnsjuksköterskan. Den lyfter fram att sjuksköterskan ska främja en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer respekteras. Sjuksköterskan ansvarar för att patient får korrekt, tillräcklig och lämplig information som grund för samtycke till vård och behandling. Sjuksköterskan ska uppvisa respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet. Sjuksköterskan har också ett personligt ansvar att upprätthålla yrkeskompetens genom kontinuerligt lärande (ICN, 2014).

Stöd och vägledning till närstående hör till sjuksköterskans ansvarsområde, viktigt i alla åldrar och även för tonårsföräldrar (Travelbee, 2003; Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008; ICN, 2014; Tamm, 1996; 2002).

Kommunikation och omvårdnad

Peplau formulerade omvårdnadsteorier om de mellanmänskliga relationerna i omvårdnad. Det handlar om att nå ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient, delad mänsklighet och delad erfarenhet. Omvårdnadsrelationen blir en central plattform för psykisk hälsa, självständighet och mognad (Peplau, H., 1997; Nyström, 2007). Shattell, Starr och Thomas (2007) har anpassat Peplau's teoretiska ansats och beskriver patientens syn på en god omvårdnadsrelation som "relatera till mig", "lär känna mig som en person" och "kom till en problemlösning".

Travelbee utvecklade också omvårdnadsteorier om kommunikation. Hon menade att målet för omvårdnad är att hjälpa den sjuke och närstående att förebygga sjukdom och hantera upplevelsen av den. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att kommunikationen blir meningsfull och att alla parter uppfattat varandra rätt. Förutsättningen är att den enskilde individen står i centrum och processen sker genom ömsesidig kommunikation på flera plan. Genom observation och kommunikation kan sjuksköterskan förstå patientens omvårdnadsbehov och sen planera och genomföra omvårdnadsåtgärderna. Processen går genom ett första möte, att lära känna varandra så att identiteter växer fram. Vidare förstå hur den andre tänker och känner och förhoppningsvis nå sympati och medkännande. Då skapas en ömsesidig förståelse och kontakt (Travelbee, 2003).

Enligt Travelbee sker den allmänna kommunikationen genom skriven och läst information och genom att tala med patienten med ett språk som passar patientens förståelsenivå. Det handlar också om att tolka patientens ickeverbala signaler.

Den specifika kommunikationsförmåga som behövs för att ge god omvårdnad innefattar att: Bedöma om patienten förstått och tagit till sig det kommunicerade, värdera det samt sätta nya mål. Förstå när man bör tala och tåga, vara lyhörd för tid och plats och invänta patientens tempo i kommunikationen. Sjuksköterskan bör styra interaktionen, utvärdera sin egen del, bedöma om målet nåtts och vid behov planera nästa steg.

De samtalstekniker som är gynnsamma för att få fram det som är viktigt för patienten är öppna frågor, spegling av det patienten sagt och spegling av de känslor patienten signalerar. Det som hindrar god kommunikation är att sjuksköterskan inte lyssnar uppmärksamt och

klichéer med avsikt att lugna och trösta. Omvårdnadsrelationen störs också om patienten inte upplever sig som en individ eller då sjuksköterskan värderar och anklagar (ibid).

Delaktighet

Segersten fann att vuxna patienters upplevelse av trygghet var kopplad till att deras röst blev hörd, och när vårdbeslut inkluderade deras önskemål upplevdes delaktighet. Det handlar om ett samspel mellan vårdare och patient där bådas kunskap bejakas och respekteras. Vårdaren måste ha god vårdvetenskaplig och medicinsk grund för bedömning och förstå vad patienten uttrycker - att se patienten som expert på sina erfarenheter. Information om sjukdomen bör inte vara för generell, utan måste kunna omsättas till den enskildes situation, för att skapa verkligt stöd och delaktighet (Segersten, 2010).

När vårdaren ger goda råd måste uppmärksamhet riktas dit patientens är och ha självständighet som mål. Om patienten känner sig avfärdad, sviken eller existentiellt övergiven skapas inte delaktighet. God omvårdnad bygger på god kommunikation och en god relation mellan patient och sjuksköterska, där patienten är i centrum och dennes synpunkter tas tillvara. Detta är avgörande för delaktighet och främjar läkeprocessen (Segersten 2010; Travelbee, 2003).

Socialstyrelsen (2015) beskriver på liknande sätt barnets rätt att få information, komma till tals, bli lyssnad på, rätt att få inflytande i beslut som rör barnet i bl a hälso- och sjukvård. Information ska ges anpassat till barnets ålder och mognad, och det krävs en stor lyhördhet. Barnets åsikter ska också tas hänsyn till, också det i förhållande till barnets ålder och mognad och vad som helhet bedöms vara för barnets bästa (Socialstyrelsen, 2015).

Problemformulering

Lagar och riktlinjer betonar att målsättningen med patienters delaktighet även gäller barn.

Synsättet har successivt fått ingång i svensk hälso- och sjukvård. Dock behöver detta förhållningssätt hela tiden aktualiseras och implementeras.

Sjuksköterskan är en huvudaktör i omvårdnaden av barn på sjukhus och kommunikationen med både barn och närstående. Relationen till sjuksköterskan verkar vara viktig för att skapa trygghet och förtroende i vårdsituationer. En viktig målsättning är att barnet ska bli delaktigt i omvårdnad och de beslut som berör barnet. Det är därför angeläget att studera barns erfarenheter av vårdsituationer på sjukhus. Barn själva kan på ett rättvisande sätt berätta om erfarenheter från vårdsituationer, och ge oss sitt perspektiv på mötet med vården. Både barn, föräldrar och sjukvård vill se ett gott resultat, med patienter och närstående, som är nöjda och känt sig delaktiga.

Syfte

Denna litteraturstudies syfte var att beskriva barn och ungdomars erfarenheter från vårdsituationer på sjukhus.

Metod

Litteratursökning

Artikelsökning gjordes enligt Östlundh (2012). I huvudsak i Cinahl, då denna databas är inriktad på omvårdnad. En artikel hittades i Proquest. I DiVA hittades några examensarbeten som gav idéer på struktur och litteratur. Cochrane provades inte.

De tre sökorden: "Children", "Experience" och "Care" gav tusentals träffar. Då valdes barnperspektiv i sjukhusmiljö med fokus kommunikation och delaktighet. Med trunkering på de ursprungliga orden och utvidgning av sökorden med "OR" till Cinahls egna relaterade termer blev det ännu fler träffar, men var viktigt då olika ordval finns för samma begrepp. Till exempel föreslog Cinahl "Perception OR Attitudes OR Views" som relaterade termer till "Experience". Fortsatt sökning gjordes i flera omgångar med relevanta sökord såsom Nurse/nursing care", "Childrens views", "Communication", "Participation", "Professional-patient relation", "Interview", "Consultation" och "Hospital" med relaterade termer.

Flera relevanta artiklar hittades vid osystematisk sökning i nyare artiklars referenslistor, samt i publikationer och läroböcker. Vid förnyade sökningar i Cinahl hittades även dessa.

Cinahl rekommenderar sökning med olika sorters huvudrubriker (Headings). Detta provades genom att för några ämnesord välja sökfältet Word in Major Subject Headings (MJ) och Major Heading (MH). Att använda sökfältet i Abstract (AB) gav liknande antal träffar som både i MH och i MJ. Sökning i AB valdes för de ämnesord som gett stort antal träffar, då de bedömdes vara så centrala att de borde nämnas i abstract. Enligt Östberg (2006) kan även sökning begränsas genom sökfältet i Title (TI) vid sökning i omvårdnads- och medicinska artiklar, då titlarna i dessa discipliner brukar svara bra mot innehållet. Detta utnyttjades till "Child" då det verkade stå med i relevanta artiklars titlar. Dessa sätt att begränsa gav färre träffar och bättre relevans. Ytterligare begränsningar var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, publicerade i vetenskaplig tidskrift och vara expertgranskade (peer reviewed). Kravet på att artiklarna skulle vara maximalt tio år gamla samt fulltext begränsade träffarna ytterligare och när antalet träffar blev ca 100 i antal lästes titlarna igenom.

I det sista försöket, då Cinahl och termerna blivit bekanta, användes inte MJ, MH, AB eller TI utan flera av sökorden ovan och begränsningen "All children". Denna mest lyckade sökning gav 187 träffar som innehöll fem av de valda artiklarna (Bilaga I).

Urval

Av de vetenskapliga artiklarnas titlar framgick oftast om artikeln inkluderade barnens erfarenheter från vårdssituationer på sjukhus och deras syn på kommunikation och delaktighet. Genomläsning av abstracts ledde till artiklar där sjuksköterskor, föräldrar och barn intervjuats. De flesta av dessa empiriska studier hade sjuksköterskeperspektiv, många hade föräldraperspektiv och ca 20 direkt barnperspektiv. De vetenskapliga artiklar som valdes ut hade alla barnperspektiv.

Vid genomläsning av abstracts och artiklar inkluderades de kvalitativa artiklar som svarade mot syftet. Artiklar där det i abstract framkom att det gällde utvecklingsstörning, palliativ vård, intensivvård, cancer, HIV exkluderades. Review-artiklar exkluderades samt de artiklar där föräldrar och sjuksköterskor intervjuats. Några artiklar som utvärderade enkätverktyg och en som frågade efter hur barn skulle bli mer delaktiga i strukturen på ett nytt barnsjukhus exkluderades samt artiklar skrivna på andra språk än engelska.

Tolv artiklars kvalitet bedömdes med hjälp av "Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod" presenterad i Williman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). Där granskades syfte, informanter, urval, giltighet, resultatet och om artikeln var expertgranskad (peer reviewed). Metodbeskrivning inklusive etik bedömdes och att resultat och diskussion var åtskilda. Många av artiklarna hade långa referenslistor. Grad I var godkänd, grad II hade viss osäkerhet på kvaliteten. En artikel exkluderades då det inte fanns metodbeskrivning. En artikel med grad II-kvalité inkluderades. Övriga var av grad I-kvalité. Två artiklar exkluderades i sent skede då syftet för litteraturstudien justerades. Till slut kvarstod nio kvalitativa artiklar med intervjuer gjorda med barn på sjukhus. Dessa hade gemensamt fokus på barns upplevelse av vårdssituationer, kommunikation, delaktighet och sjuksköterskan och dessa valdes för analys. Se redovisning av systematisk litteratursökning (bilaga I).

Analys

Fribergs (2012) femstegsanalys följdes. I steg 1 lästes varje artikel noga och en sammanfattning gjordes av perspektiv och de teman som presenterades i resultaten. I steg 2 identifierades de fynd bland författarnas slutsatser och barnens egna beskrivningar som motsvarade denna litteraturstudies syfte. Dessa kortades ner till några få ord och noterades först på Post-it lappar.

I steg 3 skapades en artikelöversikt med information från egna sammanfattningar av artiklarna, abstracts och metodbeskrivningarna. Sammanställningen gällde "Författare, Titel, Publiceringsår och Land", "Problem och syfte", "Ansats och metod", "Urval och studiegrupp", "Huvudsakligt resultat" och "Kvalitetsgranskning" (se bilaga II).

I steg 4 relaterades de olika studiernas resultat till varandra. Post-it lapparna sorterades in under 10 primära teman. Dessa fördes sen över till en excel-fil där översikten blev bättre och liknande beskrivningar kunde flyttas och skrivas ihop. Nya benämningar sattes på barnens synpunkter och sammanfördes ytterligare, teman och underteman formulerades om flera gånger. Senare i processen förenklades krångliga benämningar till mer allmänna och mer passande begrepp, för att öka tydligheten för läsarna.

I steg 5 skapades en tabell (Tabell 1) med fem teman. I den förklarande texten i resultatet beskrevs sedan innehållet i de olika temana, med referenser till de analyserade artiklarna.

Resultat

Resultatet presenterar barns erfarenheter från vårdssituationer på sjukhus. I Tabell 1 redovisas de teman som formulerats av resultaten från de nio omvårdnadsvetenskapliga artiklarna. Innebörden av respektive tema redovisas i löpande text.

Tabell 1.

Att vara rädd och ledsen
Att trivas och känna trygghet
Att få veta
Att inkluderas i beslut
Att lära känna sjuksköterskan

Att vara rädd och ledsen

Barn på sjukhus beskrev att de kände sig rädda och ledsna på grund av obehaget att ha ont, inte kunna sova, äta, kissa och bajsas (Forsner, Jansson & Sørli, 2005a). De beskrev sig som eländiga, ensamma, hjälplösa, rädda för att bli skadade och oroliga för operation (Fletcher, Gasper, Prudhoe, Battrick, Coles, Weaver & Ireland, 2011; Forsner et al., 2005a). Om barnet hade mycket ont orkade det inte ta in information och inte heller delta i beslut (Lambert, Glacken & McCarron, 2008). Gemensamt för alla åldrar var rädsla för smärtsamma procedurer såsom venprovtagning och undersökningar samt illasmakande mediciner (Brady, 2009; Forsner et al., 2005a; Lambert et al., 2008). Sjuksköterskan kunde göra så att medicinen blev godare och barnet slapp ha ont (Fletcher et al., 2011; Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Att vara beroende av en sjuksköterska med opålitligt beteende skapade oro och otrygghet (Randall, Brook & Stammers, 2008). I Bradys (2009) intervjuer med uppmaningen att teckna en ”dålig” sjuksköterska framkom beskrivningar såsom dålig förmåga att organisera sig och utföra procedurer. Den ”dåliga” sjuksköterskan beskrevs som otillgänglig i kommunikationen med ett kroppsspråk som signalerade överlägsenhet, ointresse, negativ attityd och stress. Om sjuksköterskan misslyckades med att ta blodprov kunde det upplevas som oförsiktighet för att sjuksköterskan inte tyckte om barnet (Brady, 2009). Sjuksköterskan gjorde sitt jobb på ett opersonligt, oengagerat sätt och barnen kände sig förbigångna (Coyne & Gallhager, 2011). Lång väntetid innan sjuksköterskan svarade på ringning och dålig punktlighet vid byte av dropp och mediciner ökade barnens oro (Randall et al., 2008). Det var också viktigt att sjuksköterskan hade namnbricka, ett korrekt utseende och god hygien. Finnar kanske smittade och löss kunde finnas i fett hår (Brady, 2009). Orsaken till bristfällig kommunikation trodde barnen berodde på personalens tidsbrist, arbetsbörda och bristande kontinuitet (Coyne & Gallhager, 2011). Om det fanns för många negativa faktorer riskerade barnet att känna sig hjälplös (Forsner et al., 2005a).

Att trivas och känna trygghet

Att trivas och känna trygghet gav barnet en viktig motivation att orka kämpa för att bli frisk och må bra (Fletcher et al., 2011; Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Lek var ett sätt för barnen att förstå, hantera rädsla och förbereda sig för procedurer (Brady, 2009; Pelander & Leino-Kilpi, 2010). De behövde avkoppling vilket skedde bäst med spel, lek och kontakt med jämnåriga. Lekterapi och clowner uppskattades. Skrätt hjälpte till att hantera det ovana och skrämmande i vårdssituationerna (Brady, 2009; Forsner et al., 2005a). Tonåringar uttryckte

behov av kontakt med kompisar, klasskamrater och andra jämnåriga (Bishop, 2010; Forsner et al., 2005a; Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Att föräldrar fanns med på sjukhuset var en viktig trygghet, men betonades inte (Bishop, 2010; Coyne & Gallhager, 2011; Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

En välorganiserad, förberedd sjuksköterska ingav lugn och förtroende. Barnet blev trygg om sjuksköterskan var skicklig kliniskt, och kunde utföra tekniska moment såsom venprovtagning utan att skada och ge onödig smärta (Brady, 2009; Fletcher et al., 2011; Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Sjuksköterskan skulle vara lugnande och uppmuntrande och kunna lotsa barnet genom procedurer, såsom undersökningar och venprovtagning, med ett säkerhetsmedvetet utförande (Fletcher et al., 2011; Randall et al., 2008). En ”bra” sjuksköterska borde ha gängse sjukhuskläder, uppträda korrekt och leva hälsosamt, för det signalerade att sjuksköterskan var anställd och professionell (Brady, 2009; Fletcher et al., 2011). Då barnets behov av trygghet blev mött genom en sjuksköterskas kommunikation, kompetens och egenskaper, främjades barnens delaktighet, motståndskraft och anpassningsförmåga (Bishop, 2010; Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Att få veta

En stor samstämmighet rådde från barn i alla åldrar att de ville få veta och få information för att kunna vara med och bestämma om det som berörde dem själva. De ville ha förklaringar om sin sjukdom och behandlingar på ett sätt så de förstod (Coyne, 2006; Coyne & Gallhager, 2011; Forsner et al., 2005a; Lambert et al., 2008). De ville få information om avdelningens rutiner, vad som skulle hända dem, när och hur lång tid saker skulle ta och hur det skulle bli efter sjukhusvistelsen (Brady, 2009; Coyne & Gallhager, 2011; Lambert et al., 2008). När barnen kunde fråga och fick ärliga, begripliga svar, kunde de förbereda sig. Negativ fantasi stillades, de blev nöjdare och mindre rädda (Coyne & Gallhager, 2011; Forsner et al., 2005a).

Barnen ställde inte sina frågor när doktorn vände sig till förälder och talade svårbegripligt. Slutna frågor och uppmaningar om att inte oroa sig för ”allt kommer att gå bra” fick dem att tystna. När doktor och sjuksköterska verkade ha bråttom och kroppsspråket var avvisande undvek de att störa (Coyne & Gallhager, 2011; Lambert et al., 2008). De behövde bli stöttade, inte tillbakavisade, i att berätta om vad som oroade dem och inbjudas att ställa frågor (Forsner et al., 2005a; Lambert et al., 2008).

Att inkluderas i beslut

Barnen ville inkluderas i beslut för att bättre kunna förstå och hjälpa till att bli friska. De behövde känna att de var i centrum. En god kommunikation på flera plan var viktig för att stärka barnen i att hantera den skrämmande situationen att vara sjuk och behöva sjukvård. Oron minskade, anpassningsförmåga och motståndskraft stärktes då de fick information och deras önskemål blev hörda (Coyne, 2006; Forsner et al., 2005a). Då kommunikationen var inbjudande kände barnen sig värdefulla, som en person med rättigheter, och ville bli delaktiga. När deras synpunkter blev efterfrågade av personer de hade förtroende för, delade de sina tankar, oro och önsknings (Coyne, 2006; Coyne & Gallhager, 2011; Lambert et al., 2008).

De behövde tillräckligt med tid mellan information och beslut, de tyckte inte om när kommunikation forcerades (Bishop, 2010). De uttryckte att tid behövdes för att överväga alternativ. Alla barn ville vara delaktiga i ”de små besluten”, det som rörde dagliga händelser, mat, mediciner och deras egen kropp. Diskussioner angående behandling och operation benämndes som ”allvarliga beslut”. Äldre och sjukhusvana barn ville i högre grad delta även i

de allvarliga besluten, medan mindre barn föredrog att föräldrar och läkare då skulle bestämma (Coyne & Gallhager, 2010). Det var även viktigt att uppmärksamma förändrad önskan om delaktighet, vilket kunde bero på dagsform. Om barnet hade mycket ont, ville de i högre grad lämna över ansvaret till föräldrarna. (Lambert et al., 2008). När det blev för mycket negativ och svår information ville vissa barn att föräldrarna skulle ta emot information, tolka den, ta rollen som advokat och föra barnets talan (Coyne, 2006; Coyne & Gallhager, 2011).

Att lära känna sjuksköterskan

Barnen ville lära känna sjuksköterskan innan de öppnade sig (Coyne & Gallhager, 2011). Både icke-verbal och verbal kommunikation var viktig. Med en lyhördhet för det som var svårt att uttrycka och öppna frågor, kunde viktiga önskningar fångas. Tid måste finnas för sjuksköterskan att stanna upp, observera och lyssna (Brady, 2009; Coyne, 2006; Fletcher et al., 2011; Forsner et al., 2005a; Lambert et al., 2008). God kommunikation skapades när sjuksköterskan satte sig ner, sökte ögonkontakt, riktade sig direkt till barnet, gav odelad uppmärksamhet och öppnade för barnets frågor (Brady, 2009; Fletcher et al., 2011; Lambert et al., 2008). Många kommunikativa egenskaper efterfrågades, såsom att sjuksköterskan skulle vara tillgänglig, lyssna aktivt, vara uppmuntrande, icke-dömande och icke-diskriminerande (Brady, 2009; Lambert et al., 2008; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Randall et al., 2008).

I mångt och mycket motsvarade barnens förutsättningar för att känna trygghet och vilja bli delaktiga deras syn på en bra sjuksköterskas kommunikation, kompetens och egenskaper. Detta mångfacetterade stödbehov kom fram både genom vad barnen uppskattat och ogillat (Bishop, 2010; Brady, 2009; Coyne & Gallhager, 2011; Fletcher et al., 2011; Lambert et al., 2008; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Randall et al., 2008). Egenskaper barnen förväntade sig av sjuksköterskan var att kunna uppmuntra och trösta; vara tillgänglig, trevlig, snäll och vänlig. En bra sjuksköterska skulle också vara kärleksfull, varmhjärtad, social, ha humor, vara ”cool” och smart (Brady, 2009; Lambert et al., 2008; Randall et al., 2008). Viktigt var också att sjuksköterskan var artig, familjär och tillmötesgående mot närstående (Brady, 2009; Randall et al., 2008).

Diskussion

Metoddiskussion

Sökorden Children, Experience och Care gav vid första försöket 30 000 träffar i Cinahl och med begränsningar 5000. En ohanterlig mängd. Då sökningen begränsades till att finna sökorden i headings, abstract och ”Barn” bara i titeln kan intressanta artiklar ha sorterats bort. Begreppen som denna litteraturstudie behandlat var vida och ordvalet kunde variera. Ordvalet verkade vara olika i olika länder och hade även ändrat sig över tid. I nyare artiklar användes uttryck som intervju istället för konsultation, vårdmiljö istället för sjukhus, procedur istället för behandling. Nio artiklar av många tusen kan heller inte spegla all kunskap som finns i ämnet. Dock antas viktiga artiklar med syftet speglat i titeln kommit med, då mer än tusen titlar lästs igenom. Östlund (2006) skriver att titlarna inom omvårdnads- och medicinforsknings-litteraturen motsvarar innehållet ganska bra. Flera artiklar med intressanta titlar på spanska och en på kinesiska sorterades bort med begränsningen engelska, då författaren inte förstod språken, vilket var synd. Inga artiklar på franska träffades på.

Att konsekvent använda benämningen ”barn” för alla i åldern 0-18 år ledde tankarna till mindre barn. Ungdomar/ tonåringar var också inkluderade i denna litteraturstudie. Då det är vedertaget av WHO:s Barnkonvention (Unicef, 1989) och texterna blev lättare att skriva valdes ändå mestadels ”barn”. Begreppet tonåringar valdes i några texter, som inbegrep åldersgruppen 11-18, då det sammanföll med Piaget’s adolescence (Tamm, 2002). Barnen i de valda studierna var i åldrarna 6-18 år.

Den totala summan av antal barn som inkluderats blev 556. 388 kom från samma studie, som också var kvalitativ och hade analyserats enligt öppen kodning och induktiv innehållsanalys. Övriga 168 av de intervjuade barnen var från övriga åtta artiklar. Först tycktes de studier med många deltagare vara mest intressanta. Sen framträdde även Forsners (2005a) narrativa studie, som bara hade sju deltagare. Där fanns djupgående beskrivningar om hur utsatt och otrygg ett sjukt barn på sjukhus kan känna sig.

Processen att samla ihop 500 nyckelfynd till fem teman var spännande. Barnens alla beskrivningar gav tillsammans en tydlig bild av situationer som många barn uppfattar som obehagliga. Samtidigt växte också bilden om vad som gav motvikten.

Etik

Etiken bedömdes god i alla valda artiklar. Det framgick att författarna fått godkänt av både etisk nämnd (utom den nämnd nedan, då det inte behövdes) och sjukhusledning. Deltagarnas föräldrar hade godkänt intervjuerna och barnen tillfrågats på ett sätt att de lätt kunde säga nej. Godkännandet från barnen var antingen enligt informerat samtycke eller medgivande, vilket framgår i flertalet av artiklarna. Konfidentialitet följdes. Informerat samtycke innebär att den intervjuade har fått relevant information som förstått, kunnat överväga och sen frivilligt gett medgivande till att delta i forskningen. Medgivande innebär att en person har tillräcklig kompetens att förstå vad som ska ske ger tillstånd. Konfidentialitet betyder att uppgifter inte kan spåras till den enskilda individen som intervjuats eller observerats (Hallström, 2015). Flera av författarna hade också ett resonemang om i vilken mån intervjuaren styrde svaren och lät förförståelsen påverka tolkningen. Att intervjuarna var vana vid barn och i möjligaste mån genomförde intervjuerna på barnens villkor, förbättrade oddsen för att barnen skulle börja berätta. De behövde känna sig trygga och få frågor på ett engagerande sätt (ibid). Yngre barn fick hjälp av sina föräldrar, och det bedömdes att det var nödvändigt för att barnen skulle förstå frågorna rätt. Förälders närvaro motiverades med att det gav trygghet, mer än det hämmade barnen (Salmela, 2010). I forumgrupper stimulerade barnen varandra att prata, men i viss mån påverkade de varandra om vad som togs upp (Coad, 2008). Författarens egen etik har skett genom att försöka både ta in helheten i det artiklarna beskrivit och behålla många av barnens uttalanden så länge som möjligt i analysen, så att innehållet inte skulle omvandlas och förvanskas.

Giltighet

Mallen för kvalitetsbedömningen (Williman, A., Stoltz, P.& Bahtsevani, C., 2011) var en hjälp för att bedöma artiklarnas giltighet. En av artiklarna beskrevs som konsultation med tio barn, för att få råd till blivande barnsjuksköterskor. Denna fick bedömningen grad II. Dessa artikelförfattare kritiserade själva svagheter i sin metod, vilken ändrats under projektets gång. Fokusgrupp ändrades till enskilda intervjuer och intervjufrågorna ändrades, då vissa frågor var svåra för barnen att förstå. Intervjuerna spelades inte in, utan noteringar gjordes efteråt. Inga persondata togs upp och därför behövde inte etisk nämnd godkänna. De som intervjuade var alla vana vid barnsjukvård. Resultatet blev dock mycket innehållsrikt och intressant och hade blivit godkänt vid expertgranskning (peer reviewed) och publicerats i vetenskaplig tidskrift. Därför togs artikeln med.

Williman et al:s (2011) frågor vad gällde datamättnad, och genererad teori var inte möjliga att besvara, då det gäller artiklar gjorda utifrån Grounded Theory. Syftet granskades i alla artiklar tillika med metod, urval av informanter, etik, analysprocess. Alla artiklar var expertgranskade och publicerade i vetenskapliga omvårdnads-tidskrifter.

Då antalet deltagande totalt var stort och resultaten samstämmiga anses resultatet från denna litteraturstudie vara relativt allmängiltigt.

Trovärdighet

Trovärdigheten i analyserade studier bedömdes god enligt de kvalitetsindikatorer som Wallengren och Henricson (2012) beskriver. Sex av de nio studierna hade flera författare, vilket föranlett att det flera var överens om togs med (peer debriefing). Flera intervjustudier och observationer beskrevs ha långvarigt engagemang, vilket ökar pålitligheten, då forskarna hinner bli bekanta med miljön. Metoderna varierade, men var åldersanpassade och valda för att få barnen att berätta. I hög grad har data från olika sorts källor använts (triangulering). Barnen hade olika åldrar, kön, diagnoser och nationaliteter. Frågorna var både muntliga och skriftliga, djupa och ytliga, styrda och öppna. Några forskare gjorde också fältnoteringar som införlivades i slutsatserna. Dock nämnde flera av författarna att de inte haft möjlighet att ge resultatet åter till barnen som intervjuats och fråga om de kände igen sig (member-checks). Detta är egentligen en viktig garanti att intervjuaren inte misstolkat något (ibid).

I själva analysförfarandet i denna litteraturstudie hanterades 500 beskrivningar och synpunkter. Dessa översattes från engelska till svenska och kortades ner för att bli överskådliga. Danielsson (2012) varnar för att vissa innebörder kan gå förlorade när de kortas ner. I denna litteraturstudie beskrev många barn liknande synpunkter, vilket kompenserade detta och bekräftade innebörden.

Författaren till denna litteraturstudie har arbetat inom barnsjukvård och barnhälsovård i 28 år, och har haft god kännedom om undersökningssituationen. Dock oundvikligen haft en förförståelse om olika sätt att kommunicera med barn. De beskrivningar och iakttagelser i studierna som känts igen från egna möten med vårdsökande barn och föräldrar under åren har troligen lyfts fram. Uppsatsen är genomförd ensam, med vägledning av kursens seminarier och handledare. Peer-debriefing har skett med flera personer som nyligen själva skrivit kandidatuppsats samt några utanför hälso- och sjukvårdens värld (Wallengren & Henricson, 2012).

Både lagar och riktlinjer som hittats under arbetets gång bekräftar resultatet i denna litteraturstudie (Socialstyrelsen, 2015; Läkemedelsverket, 2014; NOBAB, 2014, bilaga IV).

Överförbarhet

Forskningsartiklarna kommer från Australien, Storbritannien, Irland, Sverige och Finland, med en liknande barnsjukvård som i Sverige. Resultatet bör vara överförbart även till öppenvård och skolhälsovård. En avsikt med denna litteraturstudie var att kunna tillämpa resultatet på barn med icke specifika diagnoser och icke livshotande tillstånd i olika kontexter. Ungdomars önskemål angående öppenvård i Israel och USA liknar slutsatserna från sjukhusvård (Hardoff, 2006; Schaeuble, 2010). Denna litteraturstudies författares egen erfarenhet är att ett friskt barn som besöker BVC eller skolhälsovård inte är lika otrygg som ett barn på sjukhus. Det är ändå viktigt för sjuksköterskan att känna till barns rädslor och åldersrelaterad verklighetsuppfattning. Miljö som påminner om sjukhus och tandläkare, okänd sjuksköterska, misstanke om att det kommer göra ont vid planerad vaccination eller såromläggning kan vara nog så skrämmande. Därför menar Socialstyrelsen (2015),

Läkemedelsverket (2014) och NOBAB (2014, bilaga IV) att bemötande med kunskap om barnets perspektiv bör ges både i hälsovård och sjukvård.

Resultatdiskussion

I denna litteraturstudie om barn och ungdomars erfarenheter från vårdssituationer på sjukhus skapades fem teman. Att vara rädd och ledsen; Att trivas och känna trygghet; Att få veta; Att inkluderas i beslut och Att lära känna sjuksköterskan.

Det stora antal träffar vid sökning efter vetenskapliga artiklar om barn och sjukvård visar att många redan intresserat sig för hur barn ska känna trygghet i hälso- och sjukvård. Kunskap om detta har tidigare i större omfattning hämtats in från sjuksköterskor, föräldrar och psykologiforskning. Denna litteraturstudie bekräftar att barnens perspektiv i stort sett tidigare fångats i forskning med dessa andra perspektiv. De riktlinjer som finns för barnsjukvård stämmer väl med barnens egna önsknings (Socialstyrelsens, 2015; Läkemedelsverket, 2014).

Resultatet från denna litteraturstudie om att barn behöver känna trygghet, få veta, inkluderas och lära känna bekräftar av Peplaus (1997) och Travelbees (2003) omvårdnadsteorier om kommunikation. Peplau (Peplau, 1997; Shatell et al., 2007) och Travelbee (2003) beskriver det existentiella värdet för en patient att få sin röst hörd. Barnkonventionen (Unicef, 1989) lyfter fram att medbestämmande är barns rättighet. Även ICN:s (2014) etiska kod för sjuksköterskor, Riksföreningen för barnsjuksköterskor (2008) och Patientlagen (SFS 2014:821) understryker detta.

De valda teoretiska ramarna har ursprungligen beskrivits gentemot vuxna inom psykiatri. Att denna sorts kommunikation passar även för barn, visar de analyserade artiklarna. Tillämpade med Barnsjuksköterskans kunskap om barns utveckling och ett lyhört förhållningssätt anser författaren att dessa teorier är mycket användbara (Shatell et al., 2007; Söderbäck, 2010).

I resultatet framkommer att barn på sjukhus känner sig rädda och ledsna. Barnen berättar om kroppsliga symtom som de upplever obehagliga och starka negativa känslor, när de är sjuka och behöver vård. Tamm (2002) och Salmela et al. (2010) beskriver mindre barns oförmåga att beskriva rädsla, att de istället använder kroppsspråk och kan bli utagerande och ovilliga att samarbeta. Barn i skolåldern kan i större utsträckning sätta ord på sin oro, men de förstår inte sambandet mellan kroppsliga symtom och rädsla (ibid). De kan känna hjälplöshet om de upplever att sjuksköterskan är "dålig" och kommunikationen otillräcklig. Liknande resultat finns i tidigare forskning som beskriver hur barn kan bli uppgivna, vilja fly och/ eller vägra medverka. Det beskrivs också att ett sjukt barn kan känna sig hjälplös, utelämnad, bortstött; ledsen, skadad och fångad (Forsner, Jansson & Sørli, 2005b; 2010 Salmela et al.).

Viktigt är att närstående och sjuksköterskan är lyhörda och har kunskap om barns signaler samt förståelse för olika åldrars utvecklingsstadier. Detta kan tillgodose av föräldrar tillsammans med Barnsjuksköterskans kompetens (Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008; Miceli & Clark, 2005).

Föräldrarnas roll har inte påpekats i särskilt hög grad av barnen. Troligen har det varit en självklarhet för dem. Föräldrar fyller en funktion att vara barnets advokat: att tolka information och delta i allvarigare beslut. Intervjustudierna är från västländer och har skett i ungefär samma kontext som vi har i Sverige, det vill säga att en förälder troligen finns hos barnet det mesta av tiden. Det är odiskutabelt att de är mycket viktiga för att barn ska känna

sig trygga i sjukvårdsmiljön. Stöd och vägledning till närstående hör också till sjuksköterskans ansvarsområde (Travelbee, 2003; Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008; ICN, 2014; Tamm, 1996; 2002).

Barn tycker att det är viktigt med möjlighet till lek och avkoppling, och tonåringar uttrycker behov av att träffa jämnåriga. Bl.a. Tamm beskriver att lek är ett oundgängligt sätt för barn att förstå, hantera rädsla, förbereda sig för procedurer och utvecklas i socialt samspel. (Tamm 1996; Tamm & Skär, 2000; Läkemedelsverket, 2014). Författaren anser att det även hör till sjuksköterskans uppdrag att se barnets helhetssituation och bör bevaka att avkopplande aktiviteter och lek finns tillgängligt med hjälp av lekterapi och bibliotek. Däri ingår också att stötta närstående till att bidra samt att de underlättar barnets kontakt med vänner hemma (ICN, 2014).

De analyserade intervjustudierna beskriver vad som skapade rädsla och otrygghet respektive trygghet och delaktighet. Resultatet visar att delaktighet i beslut minskar oro och bidrar till att barnet känner sig som en person med rättigheter. Peplau (Peplau, 1997; Shatell et al., 2007) och Travelbee (2003) beskriver det existentiella värdet för en patient att få sin röst hörd. Barnkonventionen (Unicef, 1989) lyfter fram att medbestämmande är barns rättighet. Även ICN:s (2014) etiska kod för sjuksköterskor, Riksföreningen för barnsjuksköterskor (2008) och Patientlagen (SFS 2014:821) understryker detta.

Att barn vill vara delaktiga i beslut om vård och behandling som rör dem själva bekräftas av flera kvantitativa artiklar. De vill få begriplig information om sjukdomen och om vad som ska hända. (Chesney, Lindeke, Johnson, Jukkala, Lynch, Disch & Densford, 2005; Pelander et al., 2007). Viljan att vara delaktig i beslut och procedurer är beroende av tillit och god kommunikation. Förtroende skapas då läkare och sjuksköterskor visar respekt, är vänliga och har kunskap. Att sjuksköterskan är skicklig vid provtagning, minimerar smärta och ser till att medicin smakar bättre är också viktigt för tilliten bekräftas också (Hardoff, Tamir & Snir, 2006; Chesney et al., 2005; Pelander et al., 2007).

Resultatet visar att om vårdssituationerna erbjuder tillräckligt med trivsel, trygghet, information och delaktighet stärks anpassningsförmåga och motståndskraft. Sjuksköterskans förmåga till god kommunikation, kompetens och goda egenskaper främjar detta. Det beskrivs också av Coad, Flay, Aspinall, Silverstone, Coxhead & Hones (2008), Salmela et al. (2010) och Coad et al. (2008). Benämningarna anpassningsförmåga och motståndskraft valdes då de användes i Socialstyrelsens (2015) kunskapsstöd "Bedöma barns mognad för delaktighet".

Barnen i denna studie påpekar det negativa med att göra smärtsamma undersökningar och att få vänta. Chesney et al. (2005) beskriver likaså att barn som fått sjukhusvård ogillade smärtsamma procedurer, lång väntan och att bli uttråkade. Barn önskar information för att kunna förbereda sig för obehagliga procedurer. Sjuksköterskan får god hjälp av Läkemedelsverket (2014) som har gett ut undervisande riktlinjer för professionen om evidensbaserad förberedelse för barn och eventuella läkemedel inför procedurer. Interaktiva hemsidor för barnen som DUNDER (VG-region) har utvecklats de senare åren.

När denna studies resultat nästan var klart hittades värde- och policy-dokument "Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård" (NOBAB, 2014; Söderbäck, 2010). Dokumentet är grundat i Barnkonventionen och är översatt från EACH (European Association for Children in Hospital). Det används som riktlinjer på många barnsjukhus i de

nordiska länderna. Dessa tio punkter handlar om att barn inom hälso- och sjukvård har rätt att ha närstående hos sig, få begriplig information, medbestämmande och kontinuitet. De har rätt att känna respekt av kvalificerad vårdpersonal som kan möta deras fysiska och psykiska behov. De har också rätt till lek och att vårdas med andra barn. Dess innehåll är slående likt det som barnen uttrycker i denna litteraturstudie (se Bilaga IV).

Temana fördjupar också innebörden av vad flera kvantitativa studier med liknande syften visar. Två studier fick fram att ungdomar tycker respektfullhet, kompetens, gott bemötande är viktigt i kontakt med primärvård, samt att sjuksköterskorna är glada och vänliga (Hardoff et al., 2006; Schaeuble, Haglund & Vukovich, 2010). Pelander et al. (2007) beskriver att barn tycker det är viktigt att sjuksköterskan är snäll, ärlig, hjälpsam och skicklig. Vidare att sköterskan lyssnar, överväger barnets önskemål, uppmuntrar frågor och informerar begripligt. Alla dessa synpunkter stämmer väl med denna litteraturstudies resultat.

Många av de egenskaper som barnen efterfrågar av sjuksköterskan såsom att vara vänlig, uppmuntrande, tillgänglig och lyssna aktivt, vara organiserad och säkerhetsmedveten, bör ingå i att vara professionell. Vissa av de egenskaper barnen önskar möta, såsom att sjuksköterskan är kärleksfull, varmhjärtad, social, har humor, är smart och ”cool”, är svårare att kräva. Författaren anser ändå att dessa egenskaper kan vara en målsättning!

Slutsatser

Ett barn som behöver sjukvård känner obehag och otrygghet. Det behöver hjälp med symptom och rädsla och riskerar att bli hjälplös om det möts av en ”dålig” sjuksköterska och bristfällig kommunikation. Lek och kontakt med jämnåriga ökar trivsel och motiverar till delaktighet. Barn vill vara delaktiga i beslut, men behöver inbjudas till kommunikation. En sjuksköterska som är lugn, välorganiserad och skicklig inger förtroende. Att lära känna sjuksköterskan ger trygghet och främjar delaktighet. Viktigt är också professionalitet och ett varmt bemötande.

Författarens slutsats är att det är en komplex och utmanande uppgift att möta sjuka barns fysiska, psykiska och sociala behov. Den specialistutbildade Barnsjuksköterskan bör ha denna kompetens.

Praktiska implikationer

Resultatet av denna litteraturstudie kan användas som påminnelse om hur viktigt det är att barn i vårdsituationer blir bemötta så att de känner trygghet, får den information de önskar och att deras åsikter blir efterfrågade. Barnens synpunkter om vad de värderar i sjuksköterskans kompetens, kommunikation och egenskaper, kan bli en checklista för förbättringar.

Med vetskapen att barn brukar uppfatta undersökningar och venprovtagning som skrämmande motiveras sjuksköterskan att förbereda både sig och barnet. Att informera, vara observant på barnets ickeverbala signaler och inbjuda till frågor är ett minimum till alla. Den riktade förberedelsen som innefattar studiebesök, interaktiva bilder och lek samt läkemedel bör ges till barn som uttrycker rädsla.

Det är önskvärt att resurser och sjukvårdsorganisation möjliggör god kommunikation och kontinuitet. Tid bör finnas att lära känna, stanna upp och lyssna på barnet och närstående. Då barnet verkar vara beroende av att lära känna sjuksköterskan bör kontinuiteten prioriteras. Bemanning och scheman bör läggas så att samma sjuksköterskor kan följa barnet. Viktigt för barnen var att de slapp onödig väntan, för att hålla humöret uppe och orka möta obehag. Detta betonas också i Patientlagen (SFS, 2014:821) och är en utmaning till sjukvårdens organisation.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Fortbildning om kommunikation och tillfällen att diskutera med kollegor hur en varm lyhörd miljö skapas, utvecklar den enskilda sjuksköterskans verbala och ickeverbala kompetens. Tid bör avsättas för detta. Sjuksköterskan bör också dela med sig av god kommunikationspedagogik till annan personal och i viss mån även till närstående. Sjuksköterskan har en viktig roll i att undervisa barnet så att förståelse, egenvård och ansvarstagande etableras.

Det barnsjukvården vill uppnå med att öka patientens delaktighet är att få bättre följsamhet och att se ett positivt resultat. Omvårdnadsforskning i framtiden kan ge ännu fler dimensioner av vad som är ett gott resultat. Kanske det finns fler faktorer som främjar patientens delaktighet och upplevda hälsa? Finns det andra viktiga faktorer för att ta sig igenom krisen att ha blivit skadad och sjuk? Vad mer än delaktighet hjälper barnet att bli aktör istället för offer? Kanske vårdplaner även kan inkludera kontakt med patientföreningar, framtidsvisioner, glädjeämnen i livet och existentiella frågor. Fortsatt forskning kan hitta exempel på vad som motiverar patienter med ihållande svårigheter att kämpa vidare och hitta nya värden i livet.

Barn som blivit märkta av tidigare trauman, har stor risk att begränsas i sin utveckling. Psykologer och socionomer har satt sig in i förståelsen av Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), men mycket lite omvårdnadsforskning har gjorts inom detta område. Författaren anser att kunskap om att bemöta barn med PTSD hör till sjuksköterskans arbetsfält, både inom slutenvård, öppenvård, skolhälsovård och hälsovård för nyanlända.

Sjuksköterskan behöver kunna möta alla barn; barn i olika åldrar, barn med funktionshinder, barn med livshotande sjukdomar, barn med PTSD och ungdomars psykiska ohälsa. Omvårdnadsforskning i tvärvetenskap med psykologi, pedagogik, sociologi och medicinsk forskning kan öppna vägen till mycken ytterligare användbar kunskap.

Referenser

(*x) Artiklar som använts till analys, siffran (x) är referensen på bilaga III med barnens synpunkter. (7 och 10 finns ej, tagits bort från analys)

Bishop, K. (2010). Through the eyes of children and young people: the components of a supportive hospital environment. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 13(2), 17-25. (*1)

Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543-560. doi:10.1177/0969733009106648 (*2)

Chesney, M., Lindeke, L., Johnson, L., Jukkala, A., Lynch, S., Disch, J. & Densford, KJ. (2005) Comparison of Child and parent Satisfaction Ratings of Ambulatory Pediatric Subspecialty Care. *Journal of Pediatric Healthcare*, Jul2005; 19(4): 221-229. <http://dx.doi.org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.pedhc.2005.02.003>

Coad, J., Flay, J., Aspinall, M., Bilverstone, B., Coxhead, E., & Hones, B. (2008). Evaluating the impact of involving young people in developing children's services in an acute hospital trust. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(23), 3115-3122. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02634.x

Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(1), 61-71. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x (*3)

Coyne, I., & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(15/16), 2334-2343. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03582.x (*4)

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Uppl 1:5. (s. 329-342). Lund: Studentlitteratur.

Fletcher, T., Gasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K., & Ireland, L. (2011). Building the future: children's views on nurses and hospital care. *British Journal Of Nursing*, 20(1), 39-45. (*5)

Forsner, M., Jansson, L. & Soerlie, V. (2005a). Being ill as narrated by children aged 11–18 years. *Journal of Child Health Care*, vol. 9, 4: pp. 314-323. DOI:10.1177/1367493505056485 (*6)

Forsner, M., Jansson, L. & Soerlie V. (2005b). The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7–10 years with short-term illness. *Journal of Child Health Care* Vol 9(2) 153–165. DOI:10.1177/1367493505051406

Forsner, M. (2015). Omvårdnad vid procedurer. I Hallström, I., Lindberg, T. (red.) *Pediatrik omvårdnad*. 2a uppl. (s129-142). Stockholm: Liber.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.), *Dags för Uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Upplaga 2:6 (s 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Hardoff, D., Tamir, A.; Snir, T. (2006). Preferences of Israeli adolescents in regard to health services: a pilot study. *Journal of Adolescent Health*; 39(4): 614-616.
Doi:10.1016/j.jadohealth.2006.03.009

ICN (2014). International Council of Nurses. *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad: 2017-02-01 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Lambert, V., Glacken, M. & McCarron, M. (2008). 'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(23), 3092-3102. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02462.x (*8)

Miceli, P. J. & Clark, P.A. (2005). Your Patient- My Child. Seven Priorities for Improving Pediatric Care from the Parent's Perspective. *Journal of Nursing Care*, 20, (1), 43-53.

Läkemedelsverket (2014). Behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer i hälso- och sjukvård - bakgrundsdocumentation. 69 s. *Information från Läkemedelsverket* 25(3). Hämtad: 2017-02-01 från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Behandling_av_barn_i_samband_med_smartsamma_procedurer_i_halso_och_sjukvard_bakgrundsdocumentation.pdf

NOBAB (2010) *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*, kortversion. I Söderbäck, M. (Red.) *Barns och ungas rätt i vården* (s 180). Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Hämtad: 2017-05-17 från http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf

NOBAB (2014), NOrdiskt nätverk för BArns och ungas Behov inom hälso- och sjukvård. *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård* eller *NOBAB:s Standards*, 10 punkter. Ett värde- och policy-dokument. Hämtad: 2017-02-01 från http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation_Nobabs_standard.pdf

Nyström, M. (2007). A patient-oriented perspective in existential issues: a theoretical argument for applying Peplau's interpersonal relation model in healthcare science and practice. *Skandinavien Journal of Caring Science*; 21; 282-288.

Pelander, T., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. (2007). Quality of pediatric nursing care in Finland: children's perspective. *Journal Of Nursing Care Quality*, 22(2), 185-194.

Pelander, T. & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(4), 726-733.
doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x (*9)

Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167.

Randall, D., Brook, G., & Stammers, P. (2008). How to make good children's nurses: children's views. *Paediatric Nursing*, 20(5), 22-25. (*11)

Riksföreningen för barnsjuksköterskor (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Stockholm: Riksföreningen för barnsjuksköterskor (www.barnnurse.se) & Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad: 2017-02-01 från <http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf>

SFS (2014:821) *Patientlagen* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2017-02-01 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Salmela, M., Aronen, E. T. & Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: Care, Health & Development*, 37(5), 719-726. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x

Schaeuble, K., Haglund, K. & Vukovich, M. (2010). Adolescents' preferences for primary care provider interactions. *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, 15(3), 202-210. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00232.x

Segersten, K. (2010). Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Del av doktorsavhandling, Göteborgs universitet. I K Dahlberg & K Segersten. *Hälsa & vårdande I teori och praxis* (s108-116). Första utgåvan. Stockholm: Natur&Kultur.

Shattell, M., Starr, S. & Thomas, S. (2007). 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-284.

Socialstyrelsen (2015). *Bedöma barns mognad för delaktighet Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. Hämtad: 2017-02-01 från http://www.nobab.se/images/ohanahmaterial/Bedoma_barns_mognad_for_delaktighet_Socialstyrelsens_kunskapsstod.pdf

Söderbäck, M. (2010) Inledning. I Söderbäck, M. (Red.) *Barns och ungas rätt i vården* (s 13-24). Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2010. Hämtad: 2017-05-17 från http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf

Tamm, M. (1996). *Hälsa och sjukdom i barnens värld*. Stockholm: Liber

Tamm, M. & Skär, L. (2000). How I play: roles and relations in the play situations of children with restricted mobility. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 7(4), 174-182.

Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Uppl 2:11. Lund: Studentlitteratur

Travelbee, J. (2003). *Mellommensklige forhold i sykepleie*. 3e utgåvan av norsk översättning 2003. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (original, engelska: 1st edn *Intrpersonal Aspects in Nursing* 1966, last edn 1971).

UNICEF (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad: 2017-02-01 från <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten>

VG-region. *Dunder*. Interaktiv förberedelse inför sjukhusbesök och procedurer. Hämtad: 2017-02-01 från <http://epi.vgregion.se/sv/Dunder/>

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Uppl 1:5. (s. 481-496) Lund: Studentlitteratur.

Williman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidenbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg, (red.) Dags för uppsats: *Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Upplaga 2:6 Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I Redovisning av systematisk litteratursökning

1 Cinahl 170211	Sökord/ Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	MH (Child*) AND AB experience	13831				
#2	#1 OR Perception OR attitudes OR views	108356				
#3	MH (Child*) AND AB (Perception OR attitudes OR views)	22582				
#4	MH (Child*) AND TI (Perception OR attitudes OR views)	6479				
#5	<i>Begr: Peer reviewed, academic journal, english, 2005-, fulltext</i>	1042				
#6	<i>MH (Child*) AND MJ (Experience)</i>	46	46	1		
#7	#5 AND Hospital*	6			0	0
2 Cinahl 170211	Sökord/ Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	<i>Begr: Peer reviewed, academic journal, 2005-</i>					
#2	<i>MH (Child*) AND MJ (Perception) AND AB Hospital</i>	52				
#3	<i>MH (Child*) AND MJ (Perception) AND MJ (Hospital*)</i>	16	16	6		
#4	Begränsn: english, fulltext		14	flera m föräldra- perspekt	1	1 (Brady, 2009)
3 Cinahl 170211	Sökord/ Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	<i>Begr: Peer reviewed, academic journal, english,</i>					
#2	<i>MJ (Participation OR Engagement OR Involvement) AND Child*</i>	2190				
#3	#1 AB Child*	339				
#4	#2 AND AB Hospital*	49	49	4	2	2 (Coyne, 2005) Ny: (Randall, 2008)
#5	<i>Begr: fulltext, 2005-</i>	17				Som ovan
4 Cinahl 170211	Sökord/ Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	<i>Begr: Peer reviewed, academic journal, 2005-</i>					
#2	<i>MJ (Communication)</i>	66000				
#3	<i>AB (Child* AND Hospital*)</i>	66				

#4	<i>TI (Child* AND Hospital*)</i>	18	18	8		
#5	<i>Begr: English, Fulltext</i>	14	14	3	3	2: (Coyne, 2011) (Lambert, 2008)
5 Cinahl 170211	Sökord/ Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	<i>Begr: Peer reviewed, academic journal, 2005-</i>					
#2	<i>AB Children's views AND AB (nurs* OR nurses OR nursing) AND AB Hospital*</i>	53				
#3	<i>Begr: English, Fulltext</i>	44	44	5	5	2: (Fletcher, 2011) (Pelander, 2010) + 3 funna ovan
6 Cinahl 170318	Sökord/ Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Pediatric care	34000				
#2	#1 AND (child* OR adolescents or youth or child or teenager)	26000				
#3	#2 AND (experiences or patients Perception OR attitudes)	2965				
#4	#3 AND (professional-patient relation) AND nurs*	1609				
#5	#4 begränsn: <i>Peer reviewed, academic journal, 2005- English, Fulltext</i>	507				
#6	#5 AND interview*	218	218	4 (+3 kända)	2	0
7 Cinahl 170506	Sökord/ Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Communication	342289				
#2	#1 AND ” in nursing care”	112834				
#3	#2 AND child perception or perspective	547				
#4	<i>Apply equivalent words and subject</i>	547				
#5	#3Begr: <i>Peer reviewed, academic journal, 2005- English, Fulltext</i>	231				
#6	#5 begr: <i>All Child</i>	176	176	3nya+5 kända	1	5 varav 2 ovan+ (Pelander 2007- bakgr), Bishop 2010, Coyne 2006

Bilaga II Översikt av analyserad litteratur

Artiklar i bokstavsordning efter huvudförfattare. Artikel 7 och 10 borttagna	Problem och syfte	Ansats och metod.	Urval och studiegrupp.	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning.
1. Författare: Kate Bishop Titel: Trough the eyes of children and young people: the components of a supportive hospital environment Årtal: 2010 Land: Australien	Vad utgör en stödjande miljö på sjukhus i barn och ungas perspektiv	Kvalitativ intervju-studie m barn i 4 steg: pilot m vandrande samtal i hemmiljön, samtal om foton, frågor samt tävling. Återförde resultatet till några barn	55 barn i ålder 7-18, varav 33 flickor och 22 pojkar, minst 7 dagar på sjukhus	Påverkar upplevelse av stödjande miljö: Barnets upplevelse att må bra (well-being). Miljöns förmåga att möta personliga, sociala och fysiska behov: Avskildhet; sällskap, stöd, sociala kontakter och familj. Barnvänligt, estetiskt till-talande, möjlighet att gå ut, platser såsom café, bibliotek, lek-område, ålders-relevanta aktiviteter. Tid: vänlig och respektfull personal. Slippa bli uttråkad-större chans till coping och en positiv inställning-deltagande. Äldre önskar mer inflytande	Grad 1; Ok uppställning. 47 referenser, citerad 1 ggn i Cinahl Hoppa en del mellan temana i resultaten. Personliga relationer med sjukvårdspersonal bakas in i "hospital environment", blandar den fysiska miljön med relationer och kommunikation
2. Författare: Mary Brady Titel: Hospitalized children's views of the good nurse Årtal: 2009 Land: UK	Fylla gapet i litteraturen. Identifiera barnets syn vad karaktäriserar en "bra" sköterska. Informera barnsjuksköterskor	Intervjuer med rit- och skriv-teknik. Rita bild av en bra och en dålig ssk- sen intervju med både slutna och öppna frågor. Observ. avbrott, icke verbala uttryck och hur intervjuaren kände.	22 barn, 7-12 år, varav 11 flickor och 11 pojkar på pediatriiska avdelningar	Bra ssk: Kommunikation, kompetens, trygghet, professionell, goda karaktärs-egenskaper (ca 40 beskrivningar av en bra ssk och 10 om dålig ssk)	Grad 1; 48 referenser, citerad 16 ggr i Cinahl Följer mallen bra, förutom att resultat och diskussion varvas- Dock ej tagit tillbaka resultatet till några barn
3. Författare: Imelda Coyne Titel: Consultation with children in hospital: children, parents and nurses perspective Årtal: 2006 Land: Irland	Undersöka barns (föräldrars och sjukssk) syn på deltagande i omvårdnaden på sjukhus	Djupintervjuer, "open-ended"-frågor och observation	11 barn (samt 10 föräldrar, 12 ssk)	Barn beskriver behov av att fråga och få info så att de kan bli involverade i sin omvårdnad och förbereda sig inför procedurer. Ansåg att deras synpunkter inte togs till vara fullt ut	Grad 1; 97 referenser!, citerad 44 ggr i Cinahl Ej återfört resultat t barnen, få deltagare, några ref i resultatet=diskussion
4. Författare: Imelda Coyne, Pamela Gallhagher Titel: Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting Årtal: 2011 Land: Irland	Barn och unga har rätt att delta i beslut ang. det som berör deras liv, även i sjukvård. Upplevelse av komm. delaktighet och genomförandet; vilka faktorer bidrar och hindrar.	Kvalitativ, fokussgrupper och enskilda intervjuer	55 barn, 7-18 år varav 24 flickor och 31 pojkar	Barn vill bli inkluderade och delaktiga. Särskilt i de "små" besluten ang. hur omvårdnad och behandling ska gå till, val av mat och medicinintag. De "stora" besluten vill hälften släppa till föräldrar och doktorer, men vill få info. Förälder bör ta roll som advokat och info-tolkare. Många upplevt sig förbigångna.	Gr 1; 64 referenser, citerad 17 ggr i Cinahl Mkt bra struktur och konkret resultat. Att ta med barnens ordval blev spännande.

	Problem och syfte	Ansats och metod .	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitets- granskning .
<p>5. Författare: Terri Fletcher, Alan Gasper, Gill Prudhoe, Cath Batterick, Lesley Coles, Katy Weaver, Lorraine Ireland Titel: Building the future: children's views on nurses and hospital care Årtal: 2011 Land: England</p>	<p>Flera riktlinjer i Storbritannien betonar patientsamverkan för att utveckla ssk-utbildning och sjukvårds-tjänster. Studien vill involvera barn för att fastställa vilken kompetens bssk behöver i framtiden.</p>	<p>Kvalitativ. Rita, skriv och berätta- metod enl. Coad&Evans (2007) fråga hur, utfördes av lekterapeut. Analys enl. Riely(1996), transkription analyserad av 3 team som skapade teman</p>	<p>61 barn, 6-18 år, varav 36 flickor och 25 pojkar</p>	<p>Attribut framtidens bssk bör ha: Skicklig i både verbalt och icke-verbal kommunikation samt kliniskt. Faktorer som påverkar upplevelse av sjukhus-vistelse: Avledning, lekterapi, smärtfri, maten.</p>	<p>Gr1; 20 referenser, citerad i Cinahl 5 ggr Koncis presentation. Tog bara teman och de sammanfattade innebörderna- inga direktcit, inga neg beskrivningar. Kunde inte ta resultatet åter till barnen.</p>
<p>6. Författare: Maria Forsner, Lilian Jansson, Venke Soerlie Titel: Being ill as narrated by children aged 11–18 years. Årtal: 2005a Land: Sverige</p>	<p>Belysa upplevelsen av att vara sjuk i åldern 11-18 år</p>	<p>Narrativ intervju och observation, ljudinspelning kvalitativ</p>	<p>5 barn, 11-18 år, varav 4 flickor och 1 pojke, korttids vård</p>	<p>Att bli sjuk innebär att inte känna igen sig, vara skadad, behöva tröst. De vill bli tilltalade, informerade om sjukdom och behandling. Värderade lugn och ro så de kunde anpassa sig till kroppen.</p>	<p>Gr 1; 31 referenser, citerad 10ggr i Cinahl Bara 5 barn.</p>
<p>8. Författare: Veronica Lambert, Michele Glacken, Mary McCarron Titel: 'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland. Årtal: 2008 Land: Irland</p>	<p>Utforska barns informations- och kommunikationsbehov, samt processen mellan barnet och personalen på sjukhus med Familjecentrerat arbetssätt.</p>	<p>Kvalitativ. Observation, ostrukturerade intervjuer med rita/skriv metod och en frågetävling.</p>	<p>49 barn, 6-16 år varav 27 flickor och 22 pojkar På sjukhus</p>	<p>Poler: att läggas märke till- att bli förbigången. Barn vill få info, bli sedda och lyssnade på, vara delaktiga i beslut- men i varierande grad. Ändras beroende hur barnet mår. Personal bör vända sig direkt till barnet och vara lyhörd.</p>	<p>Grad 1; 56 referenser, citerad i Cinahl 9 ggr Bra: Resultatet beskrevs bara kort och koncist med författaren kortfattade analys plus 2 målande exempel. Dåligt: barnens ordval gjorts om till akademiska begrepp.</p>
<p>9. Författare: Tiina Pelander, Helena Leino-Kilpi Titel: Children's best and worst experiences during hospitalisation Årtal: 2010 Land: Finland</p>	<p>Tidigare forskning med föräldra-perspektiv. Skolbarn beskriva bästa resp. värsta upplevelser på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ. Avsluta påbörjad mening. Innehållsanalys gav huvud- och underkategorier.</p>	<p>388 barn, 7-11 år på sjukhus</p>	<p>Bäst: Människor och deras egenskaper, aktiviteter (underhållning), miljön (saker) och resultatet. Sämst: Människor, känslor (av sjukdom, separation), behandling, (procedurer) och miljö.</p>	<p>Gr1; 42 ref, citerad 12 ggr i Cinahl Bra. Ej återfört resultat t barnen</p>
<p>11. Författare : Duncan Randall, Gill Brook, Pauline Stammers Titel: How to make good children's nurses: children's views Årtal: 2008 Land: UK</p>	<p>Be barn på sjukhus beskriva vad o hur en barnssk bör kunna och vara. Är det medfött eller går det att lära sig bli en bra bssk. Använda till bssk utbildning</p>	<p>Kvalitativ studie, halvstrukturerade intervjuer med enskilda barn</p>	<p>10 barn, okänt hur många flickor/pojkar, vet ej åldrar</p>	<p>Barnens synpunkter: Barnsjuksköterskan behöver ha en god attityd och ett professionellt bemötande. De behöver ha kunskap och bra teknik. De både har en del medfött och annat lär de av erfarenhet från olika avdelningar och omvårdnadsmetoder.</p>	<p>Kvalité gr 2.! 21 ref, citerad 2ggr Kallar själva arbetet för konsultation isf forskning, dock klassad som peer reviewed och publicerat i vetenskaplig tidsskrift. Tveksam etik och metod, innehållsrikt resultat</p>

Bilaga III

Sammanställning av barnens synpunkter från de 9 analyserade artiklarna efter den analyserade processen
Temana har ändrats

1	2	3
<p>BARNET - Beh hjälp m symtom o rädsla; Utelämnad om svag kommunikation och dålig ssk</p> <p>Behöver hjälp m symtom o rädsla Svårt a sova, äta o dricka (6) Svårt kissa, förstoppn, diarré (6,9) Obekvämt, anspänning, klåda (6) Va sjuk, inte må bra, feber, trötthet, smärta, h.v., magvärk, illamående (9) Förlora värdighet när hjälp m hygien/klä av sig (6)</p> <p>Rädd f smärta, inj o blodprov (6,8)</p> <p>Rädd f infekt. o att annat smittas (2) Hjälplös, ej egenmakt (2,6)</p> <p>Utelämnad om svag kommunikation Om ont orkar inte ta beslut (8) Bli forcerad under interaktion (4) Inte få chans att veta allt (4) Förstod int dr:s ord (8) Slutna frågor (8) Inte fråga e barnets frågor (8) Ej stöttad att få info (4) Dr vände sig t mamma (4,x,8)</p> <p>Föräldrar tar över, tystar barnet (4) Att bli avfärdad (6) "Ingen fara-d blir bra"= negl. oro (8) Dr verkar ha bråttom (8) Rädd att besvara el irritera, va ohövlig, pers upptagna, "viktiga" (2,4) Förälder säger inte allt t dr (4) Hinder att känna ssk/få info: tidsbrist, arbetsbörda, ej kontinuitet (x,4) Opersonlig företagslik inställn, gör bara sitt jobb (3)</p> <p>"Dålig" sjuksköterska Oförsiktig ssk= gillar inte mig, lyssnade inte, dominerande (2) Dåligt humör, arg, vresig, ohövlig (2)</p> <p>Rusa iväg o lämna- astman värre (2) Frånvarande- bytte ej drp tid (2,11) Ssk osäkert beteende (2,11) Händerna på höfterna=lyssnar ej (2) Tummarna i fickorna=stroppig,</p>	<p>BARNET SJÄLV- Behov, information och vad god kommunikation skapar.</p> <p>Lek, aktivitet, föräldrar, jämnåriga, normalitet Vard annorlunda/ hindrad t vanl liv inte kunna göra ngt (6) Sängliggande, ej aktiv, långtråkigt, isolerad, ej gå ut/runt, rastlös (9)</p> <p>Att inte få långtråkigt- lek ger</p> <p>pos inställn, deltar (1,9) Skratta hjälper hantera ovan miljö o begr frihet (2) Lekterapeut, Clown bra (9) Barnvänlig miljö (9)</p> <p>Träffa syskon o jämnåriga Förälder närvarande trygghet Föräldr. beh. som tolk o advokat, oro om f mkt neg info (4) Kämpa f a bli frisk o må bra, vila agera, tilltro a bli bra (1,3,7,9)</p> <p>Information Berätta plan innan o e op (8)</p> <p>Sängplats, sovtid, väckning, hygien-behov, mat, fritid (2,3) Vad o varför: förstå sjd, procedurerna (3,4,6,8,11)</p> <p>Tidp o förb f procedurer (2,3,4,6) Hur länge på sjh, vad händer sen (8) Tid a få info om alternativ- för att va delaktig o besluta (1,4) Fråga föräldrar, ssk, dr, observera, prata m andra barn, läsa, se TV(3,9)</p> <p>Vad god kommunikation skapar Bli stöttad att få info o höras- känner värde o respekt (4,6,8) Inkluderas- visar sin agenda (8) Känna sig spec, va i centrum (2,8) Åsikter hörda-respekterad osedd (3,4) Känner sig som individ/person m rättigheter, som vuxen (3) Beh stöd att bli oberoende (6) Alla vill delta i "små" beslut,</p>	<p>FRÄMJAR DELAKTIGHET- Ssk kommunikation kompetens o egenskaper</p> <p>Ssk kommunikation Känna ssk-lättare att fråga (4) Tillgänglig, lära känna (1,3,5,9,11) Interpers. komp, kunna koppla (5,11) Intresserad, empati, stöd (1,2,11) Info m respekt (x,6,8,11)</p> <p>Icke-dömande, icke-diskrim. (5,11) Vänligt tonfall o kroppsspråk (3,5,11) Rikta sig direkt t barnet (8) Sitta ner- möta i ögonnivå (2,8) Komm ålderadekvat, förstå (5,6,8) Förklara, visa rtg, berätta om op utan att göra orolig (6,8,11) Ärlig= ej säga proced. ej gör ont (2) Lyssna aktivt. (xx,6,8,11) Öppna f frågor(8) Uppmuntran, beröm f mod vid procedur o medicin-stolt (2,5,6,11) Trösta vid besvär, obehag, rädsla, oro o fruktan f d okända (5,6) Kunna distrahera, leka (x,11) Social, humor, skämt, småprat (3,8,11) Ssk är barnets advokat (3,11) Främja barnets egenvård (3)</p> <p>Ssk kompetens Ge smärtlindring (x,11) Orsaka så lite smärta s möjligt (2,11) Lyckas vid venpunktion (2,5) Bra org, Förberedd m rätt mtrl Utf ssk uppg snabbt o säkert (5,9) Säkerhetsmedv-koncentr (2,11) Mediciner o byta drp i tid (2,11) Minska äcklig medicin-smak Handvätt, handskar, förkläde (2) Personalkläder o namnbricka (2) Erf. fr olika avd o omv.sätt (11)</p> <p>Kunskap o komp fr role-model(2,11)</p> <p>Ssk egenskaper Vänlig mot närstående (2) Artig, kontaktagande, familjär</p>

lyssnar inte, bryr sig inte (2)	mat medicin, omv, proced (4,9)	Ta tid, tålmod (x,11)
Vettig frisyr, inte f mkt smink, inte f modern; finnar kan smitta (2)	Vill bli tillfrågade, va delaktiga 1/2 vill föräldr ta "stora" beslut (4)	Lugn, avslappnad (2,11)
Inte lukta illa, fett hår (kan ha löss)(2)	Sjukhusvana o äldre vill va mer delaktiga (1,3,4)	Le o leende ögon, le tillbaka (x.2)
Skor- inte tofflor-kan ramla av (2)	Barns delaktighet process ö tid- ändras av personlighet, behov, dagsform o erfarenhet (3,8)	Ärlig= ord o kroppspråk samma Lyhörd, inkl f ensamtid (4,5)
		Ömsesidighet, vänskaplig, behaglig förtroendeingiv, hjälpsam, omsorg mjuk, trevlig, snäll, vänlig, varm älskvärd, ge ömhet, "ja gillar dig" mänsklig, respektfull (1,2,4,5,9,11)
		God hälsa, kunna sköta sig själv (2)
		Ej f seriös, ej alltid följa reglerna- roligare- pat först, fantasi (1,2)
		Vara "cool"= förstå barnets kultur soc normer; musik, TV; SSks språk, ordval, kläder o utseende, (2)
		Smart (11)

Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård

Utarbetad i enlighet med FN:s barnkonvention



1. Vårdform

Barn skall läggas in på sjukhus endast när den nödvändiga behandlingen och omvårdnaden inte kan ges på ett lika bra sätt i hemmet eller i öppen vård



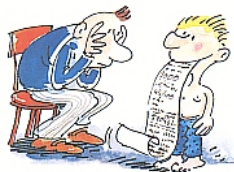
2. Relationer, närhet och trygghet

Barn på sjukhus har rätt att ha föräldrar eller annan närstående hos sig under hela sjukhusvistelsen



3. Föräldramedverkan

Föräldrar skall få hjälp och uppmuntran att stanna hos sitt barn och få möjlighet att övernatta. Föräldrar skall inte behöva få extra kostnader eller förlora inkomst i samband med barnets sjukhusvistelse. Föräldrar skall få information om avdelningens arbetsätt och rutiner och få stöd att ta aktiv del i barnets vård.



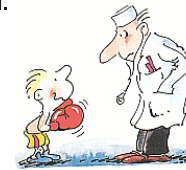
4. Information

Barn och föräldrar skall få information om barnets sjukdom, behandling och vård på ett sätt som de kan förstå och som är anpassat till barnets ålder. Åtgärder skall vidtagas för att minska fysisk och psykisk stress.



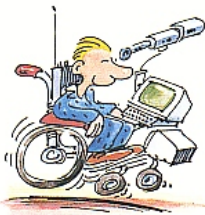
5. Medbestämmande

Barn och föräldrar skall - efter grundlig information - vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård av barnet. Alla barn skall skyddas mot onödiga medicinska behandlingar och undersökningar.



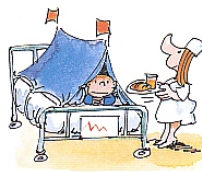
6. Miljö

Barn skall vårdas tillsammans med andra barn och inte på vuxenavdelningar. Barn behöver träffa jämnåriga för lek och aktiviteter under trygga förhållanden. Det får inte finnas åldersbegränsningar för besökare till barn.



7. Stöd i utvecklingen

Barn skall ha möjlighet till lek och skolundervisning som är anpassad till deras ålder och sjukdomstillstånd, i en miljö som skall vara utformad och utrustad för att möta deras behov. Personal skall vara specialutbildad för att arbeta med sjuka och funktionshindrade barn.



8. Kvalificerad personal

Personal som vårdar och behandlar barn skall ha sådan utbildning och kompetens att de kan bemöta de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj.

9. Kontinuitet

Vård- och behandlingsteamet skall vara organiserat så att det tillförsäkrar varje barn kontinuitet i vården.

10. Respekt och integritet

Barn skall bemötas med takt och förståelse och deras integritet skall respekteras.



en vän när barn är sjuka