

AKUTSJUKVÅRD UR BARNNS PERSPEKTIV

En litteraturöversikt

EMERGENCY CARE FROM CHILDREN´S PERSPECTIVE

A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2016-05-19

Kurs: Ht13

Författare:

Anna-Karin Fagerberg

Karolina Lydin

Handledare:

Jörgen Medin

Examinator:

Carina Lundh Hagelin

SAMMANFATTNING

När barn blir sjuka eller råkar ut för någon olycka tvingas de i många fall uppsöka akutsjukvården. Akutsjukvård innebär ofta snabba och korta vårdmöten, där det krävs att sjuksköterskan innehar goda kunskaper om hur bästa vård ska bedrivas. Sjuksköterskans kärnkompetens innefattar bland annat personcentrerad vård som innebär att se den unika personen bakom sjukdomen och dennes individuella och specifika behov. Det gäller att sjuksköterskan är lyhörd och skapar en så god relation det är möjligt för att kunna ta del av de önskemål och behov som finns hos patienten. Vissa barn som uppsöker sjukvården upplever ofta oro och rädsla inför besöket då sjukvården ofta är förknippad med sprutor och skrämmande behandlingar. Sjukhusmiljön påminner inte om den omgivning barnet är van vid och på sjukhus vistas många främmande människor barnet inte har någon relation med. Då kunskap och förståelse inte finns hos barnet inför vad det kommande besöket innefattar, bör sjuksköterskan och annan vårdpersonal inneha goda kunskaper om hur barnen skall bemötas för att kunna erhålla bästa möjliga vård.

Syftet med denna studie var att belysa faktorer och möjliga interventioner som påverkar barnens upplevelser och förväntningar vid besöket inom akutsjukvården.

Metoden var en litteraturöversikt där femton vetenskapliga artiklar inkluderades i resultatet. I analysprocessen framkom totalt sex teman som presenterades under syftets frågeställningar i resultatet. De databaser som användes var PubMed, Cinahl, Swemed+ samt Samsök.

Resultatet redogjorde för att barn uppskattade att sjuksköterskan var ärlig och såg barnet som en unik individ. Sjuksköterskan borde inge trygghet, vara empatiska, stödjande samtidigt som de skulle kunna skoja och leka. Barnen önskade få god information och undervisning om deras sjukdomstillstånd, kommande undersökning och eventuella behandlingar. Barnen ville vara delaktiga och tillfrågade gällande de beslut som måste fattas i samband med deras vård. Barnen uttryckte även att de ville ha anpassad vårdmiljö utifrån deras behov men även möjligheter att kunna leka och umgås med familj och vänner.

Slutsatsen framhåller att då barn sökte akut eller vårdades inom akutsjukvården fanns önskemål och förväntningar hos barnet som inte alltid uppmärksammades av sjuksköterskan. Resultatet belyste att sjuksköterskor måste bli bättre på att bemöta barnet och dennes specifika behov och önskemål. Sjuksköterskan behöver kommunicera på ett sätt som är anpassat till barnets ålder och mognad. Vidare att anpassa den miljö som barnet befinner sig i och att sträva efter att uppbringa kontinuitet, förtroende och ärlighet i samspelet med barnet.

Nyckelord: Barn, akutsjukvård, sjuksköterska, kommunikation, oro, rädsla och förväntningar

ABSTRACT

When children get ill or suffer an accident they are forced in many cases to seek emergency care. Emergency care often means quick and short treatment sessions and it is essential that the nurse possesses a good knowledge on how best to care for the patients. The nurse's core competency includes person-centered care which means the ability to see the unique person behind the disease and their individual and specific needs. This demands that the nurse is responsive to the patient and tries to create the best possible environment to meet the patient's wishes and needs. Some children who seek medical care often experience fear and anxiety, as care is often associated with injections and frightening treatments. The hospital environment does not resemble the environment the child is used to and staying in hospital means meeting many unfamiliar people the child does not have a relationship with. As the child does not have the understanding and knowledge to cope with the upcoming visit, it is essential that nurses and other healthcare professionals possess the knowledge of how best to meet the child and therefore be able to provide the best possible care.

The purpose of this study was to elucidate factors and possible interventions that affects children's experiences and expectations during visits to the emergency department.

The method was a literature review and fifteen scientific articles were included in the result. When analyzing we found six themes that was presented. The databases used were PubMed, Cinahl, Swemed+ and Samsök.

The results illustrated that children appreciated that the nursing staff was honest and saw the child as a unique individual. The nursing staff should provide a feeling of security, be empathetic, supporting and at the same time be able to joke and play. Children needed sufficient information and education about their condition, upcoming examinations and possible treatments. The children also wanted to be involved and consulted regarding the decisions to be taken in connection with their care. They also expressed a desire for a customized care-environment tailored for their needs, but also opportunities to play and socialize with family.

The conclusion emphasizes that when children sought or were treated in emergency care were the wishes and expectations of the child that are not always noticed by the nurse. The results highlighted that nurses must become better at responding to the child and his or her specific needs and preferences. The nurse should also provide good communication appropriate to the age and maturity. Trying to adapt the environment in which the child is in and to endeavor to procure continuity, trust and honesty in interactions with the child.

Keywords: Child/pediatric, emergency care/emergency department, nurse, communication, fear, anxiety and expectations.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutsjukvård	1
Barn	2
Rädsla och oro hos barn	3
Kommunikation och bemötande	4
Sjuksköterskans kärnkompetens	5
Personcentrerad vård	5
Problemformulering	6
SYFTE.....	6
METOD.....	6
Design.....	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys	9
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	10
Vad påverkar barns upplevelse och förväntningar vid besök inom akutsjukvården?	10
Vilken betydelse har bemötande för barnet vid besök inom akutsjukvården?.....	12
Vilka åtgärder kan påverka barns oro och rädsla vid besök inom akutsjukvården?	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats	21
Klinisk tillämpbarhet.....	21
REFERENSER.....	23
Bilaga 1- Artikel matris	
Bilaga 2- Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats.	

INLEDNING

Akutsjukvård är inte alltid anpassad för barn och det finns fler akutsjukhus som behandlar och vårdar barn än sjukhus som är specifikt anpassade för att bara vårda denna patientgrupp. Vårdmiljön på de olika akutmottagningarna är inte ofta utformade för barn och det finns inget krav att sjuksköterskan ska vara specialistutbildad i barn och ungdom. I vissa fall upplever sjukvårdspersonalen det utmanande och skrämmande att vårda det sjuka barnet, då det ofta saknas kompetens och eller erfarenhet hos den grundutbildade sjuksköterskan. För att barn ska få möjlighet till samma rättigheter, lika värde och för att barnets bästa alltid ska främjas, skapades barnkonventionen av Förenta nationerna år 1989 och för 20 år sedan antogs denna i Sverige. Trots att det idag finns styrdokument och att Sveriges riksdag har beslutat att alla vuxna som arbetar med barn inom vården skall inneha kunskap gällande barns rättigheter, råder viss kunskapsbrist gällande dessa (Kerstis, Larsson, Lindberg, Sjöberg & Söderbäck, 2010). Om sjuksköterskan arbetar utifrån barnens rättigheter och även arbetar för att få en inblick i barnens livsvärld, kan sjuksköterskan erhålla kunskap om vilka faktorer som påverkar barnets upplevelser. Genom att ta del av tidigare forskningsresultat utförda på barn finns även möjlighet att få en inblick i hur barn känner och tänker. Om sjuksköterskan ställer sig frågan, hur barn vill bli bemötta när de tvingas vistas inom akutsjukvården och vad sjuksköterskan kan göra för att besöket ska bli så bra som möjligt? Då finns möjlighet att tillämpa bästa möjliga vård utifrån barnets behov och önskemål.

BAKGRUND

Akutsjukvård

Akutsjukvården är en central och stor del av sjukvården. Uttrycket ”akutsjukvård” inkluderar all vård som är föranledd av medicinskt akuta tillstånd och detta inkluderar vård och behandling inom såväl akut öppenvård som akut slutenvård (Socialstyrelse, 2013).

Akutmottagning

Människor som vänder sig till sjukhusens akutmottagningar gör det för att de tror sig vara allvarligt sjuka och behöver akut läkarbedömning. Med akutmottagning menas, en mottagning på ett sjukhus som är utformad att behandla och hjälpa människor med akut skada eller akut sjukdom (Wikström, 2012). Det kan finnas flera anledningar till att personer beslutar sig för att söka hjälp på en akutmottagning. Det kan vara eget eller anhörigas beslut, de kan ha blivit uppmanade av sjukvårdsrådgivningen, kontaktat SOS alarm, fått en remiss ifrån primärvården eller av övriga instanser så som polis eller socialtjänst (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2010). På akuten arbetar undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Sjuksköterskor som arbetar på akuten har vanligtvis grundutbildning men i vissa fall innehar sjuksköterskan specialistutbildning i t.ex. akutsjukvård (Wikström, 2012). De sjuksköterskor som innehar specialistkompetens i akutsjukvård har en fördjupad kunskap i att utföra avancerad vård och omvårdnad. Akutsjuksköterskan förväntas kunna utföra vård utifrån vårdtagarens sjukdomstillstånd och omvårdnadsbehov och med de tillgängliga resurser som finns att tillgå. Detta förutsätter att sjuksköterskan har stor fördjupad kunskap i omvårdnad, etik, biomedicin, pedagogik, hälsa, vetenskaplig metod och ledarskap utifrån ett specifikt akutsjukvårdsperspektiv (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Enligt Socialstyrelsen uppsökte ca 2,5 miljoner människor en akutmottagning under året 2015 (Socialstyrelsen, 2015). Totalt finns 74 akutmottagningar i Sverige och vid 33 av dessa finns akutverksamhet för barn. Under året 2011 tvingades 170 000 barn söka akutsjukvård på grund av olika sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2011). Det är ett stort flöde av patienter på landets

akutmottagningar och vårdpersonalen möter många olika människor med varierande sjukdomstillstånd under mycket kort tid (Wikström, 2012).

Aggressiva och hotfulla människor är vanligt förekommande då akutmottagningen är en plats dit alla patientkategorier inkommer (Hodge & Marshall, 2007). Studier har visat att de patienter som har besvär av psykisk sjukdom eller missbruksproblematik ofta beter sig mer aggressivt och det finns risk att dessa blir våldsamma (Hodge & Marshall, 2007; Crilly, Chaboyer & Creedy, 2004). Wikström (2012) menar att för den som inte är van, kan miljön på en akutmottagning upplevas som en mycket skrämmande plats att vistas på.

För att patienterna ska kunna tas omhand på bästa sätt används ett sorteringsätt kallat triage. Med triage kan sjuksköterskan snabbt bedöma vilka patienter som omedelbart behöver hjälp och vilka som kan vänta. I triagen ingår vitalparametrar så som saturation, puls, blodtryck, andningsfrekvens, temperatur och medvetandegrad. Även sökorsaken är avgörande i vissa fall. Triageringen leder till att patienten får en prioriteringsfärg som talar om hur fort denne skall träffa en läkare för bedömning (SBU, 2010). Även om vårdpersonalen många gånger måste ta snabba beslut inom akutsjukvården är det viktigt att de beslut som fattas grundas utifrån varje unik person och dess situation (Wikström, 2012).

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763), redovisas i 2§ att målet för hälso- och sjukvården är att alla människor har rätt till god hälsa och vård på lika villkor. Vården ska bedrivas med respekt för alla individers lika värde och för den enskilde personens värdighet. Grundstenarna för god vård skall bygga på respekt för patientens integritet, självbestämmande, säkerhet, kontinuitet och att främja för god kontakt mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Barn

Varje individ anses vara barn upp till arton års ålder, om inte barn myndighetsförklaras i förtid (Förenta Nationerna [FN], 1989). Det är stora skillnader i barn och vuxnas anatomi, fysiologi och mognad. Barn gör ibland sig illa och tvingas söka sjukvård på grund av olika trauman. Det krävs stor kunskap och förståelse hos sjukvården för att kunna tillgodose dessa patienters behov och ge dem bästa möjliga vård (Overly, Wills & Valente, 2014). Ofta har barn ett friskt kardiovaskulärt system och kan kompensera länge innan de blir allvarligt sjuka. Signaler om allvarlig sjukdom som medvetandegrad och andra vitala tecken är ofta subtila att urskilja hos barnet då oro och rädsla kan maskera dessa (Soud, 1992). Barn i åldrarna två till fem år har svårt att kontrollera sin rädsla då frontalloben och resten av hjärnan inte är fullständigt utvecklad. Rädda barn har svårt att förstå och ta till sig vad personer säger till dem och på så vis kan de inte intala sig själva att situationen/händelsen inte är farlig. Detta är ofta anledningen till att de har svårt att samverka i vissa vårdsituationer. Först när barnet är fem till sju år gammalt så är de tillräckligt kognitivt utvecklade för att förstå varför en främmande person försöker att övertala dem att samarbeta (Krauss, Calligaris, Green & Barbi, 2015).

Bischofberger, Dahlquist, Edwinson-Månsson, Tingberg och Ygge (2004) beskriver hur barn reagerar på vård eller sjukdom i olika åldrar. Barn som befinner sig i förskoleålder tre-sex år tror att alla tänker likadant och att alla förstår vad barnet menar utan att barnet behöver förklara. Vid fyra års ålder är barnet väldigt nyfiken och påhittig och försöker att kommunicera för att få svar på här och nu situationer. Ett barn i förskoleåldern kan tro att orsaken till sin sjukdom är ett straff och beror på att hen varit olydig. Barn mellan sex och 12 år klarar för det mesta av att samarbeta och tänka logiskt kring vården om barnet blir sjuk. De har ett större medvetande om den egna kroppen och rädslan för kroppsskada är stor. Barn i den här åldern börjar också kunna tänka framåt och allt är inte bara nutid. Barn i denna ålder kan även uppleva existentiell ångest. Från 13 år och upp till 18 års ålder kan den unga

patienten föra en dialog och har förmågan att kunna diskutera och har förståelsen för olika alternativ gällande behandling, medicinering och åtgärd. När tonåringen ska besöka sjukvården vill de gärna inte gå dit ensam och att visa sig naken är mycket genant. De kan visa en tuff attityd utåt men ibland är tonåringen egentligen mycket osäker. Döden tolkas ibland som det definitiva slutet och de förstår konsekvenserna av att dö.

Nager, Mahrer och Gold, (2010) påtalar att barn som kommer till akutmottagningen ofta är oroliga och rädda inför besöket. Miljön i sig är stressande för barn och de uttrycker sin rädsla på många olika sett beroende på ålder. Även Hallström och Lindberg (2015) påtalar att miljön kan upplevas som skrämmande med konstiga apparater, många främmande ansikten, annorlunda dofter och märkliga möbler där inget påminner om miljön hemma. Nager et al. (2010) beskriver vidare att då arbetsmiljön ofta är stressig med många akut sjuka patienter sökandes samtidigt kan ibland kroppssignaler och symtom på psykisk ohälsa orsakat av sjukhusbesöket försummas hos barnet. Fein, Zempsky och Cravero (2012) belyser även att den sjukvård barn ibland är i behov av kräver specifika kunskaper gällande barn hos sjuksköterskan och annan vårdpersonal. Detta för att kunna behandla stress och smärta vid barnets olika ålder. Kunskaper måste finnas om vilka läkemedel som finns att tillgå för adekvat smärtlindring och varför barnet kan uppleva oro eller rädsla i vissa situationer under sin sjukhusvistelse.

Tidigare studier visar att sjuksköterskan upplever att det är stressigt och utmanande att vårda akut sjuka barn och speciellt på avdelningar där vuxna patienter är dominerande. Personalen uttalade att om kompetens och erfarenhet inte finns för att vårda dessa barn leder det till att personalen upplever oro och stress inför denna patientgrupp (Offord, 2010; Dwyer, 1996).

För att barn skall få professionell vård finns styrdokument som beskriver barns rättigheter i vården och det är viktigt att all vårdpersonal är bekanta med dessa. De består av hälso- och sjukvårdslagen, FN:s barnkonvention samt nordisk förening för sjuka barns behov (Fossum, 2009). I FN:s barnkonvention artikel 12 (1989), står det om barnets rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som rör dem. Det står också att barnets åsikt bör behandlas med hänsyn till barnets ålder och mognad. Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård har tillsammans med stiftelsen Allmänna barnhuset gett ut en publikation, Barns och ungas rätt i vården 2010:3. Den är utarbetad utifrån FN:s barnkonvention och där skriver (Kerstis et al., 2010) att det är önskvärt att den sjuksköterska som har huvudansvaret för barnet har specialistkompetens inom barn och unga. Barnkompetens innebär den specifikt formella utbildningen som krävs för att vårda barn. Den innefattar kunskaper om barns behov, utveckling och sjukdomstillstånd.

Rädsla och oro hos barn

Rädsla är en känsla som förekommer hos människan oavsett ålder. Genom att känna rädsla kan kroppen förbereda sig på eller undvika det som uppfattas som fara. Vad människan upplever som fara skiljer sig åt beroende på ålder och mognad men symptomen är oftast de samma. Oro och rädsla leder till stresspåslag i kroppen som ökat blodtryck, förhöjd puls, svettningar och huden bleknar. Denna biologiska funktions viktigaste uppgift är att förbereda kroppen för kamp eller flykt. Rädsla kan vara inlärd eller biologiskt betingad och vissa rädslor kan vara helt ologiska (Tamm, 2009).

Barn kan uppleva rädsla mycket tidigt i livet. Vid två till tre års ålder är rädsla för separation och främmande personer de mest påtagliga. Att utsättas för dessa vid tidig ålder kan vara skadligt på så vis att de kan framkalla andra typer av rädslor som sedan finns kvar i individen i många år. När barnet blir äldre blir tankar och rädslor mer berättigade. Funderingar kring döden, katastrofer, krig och olyckor vållar obehag. Barn kan även känna oro inför att träffa

nya människor då de upplever att de granskas och bedöms av främlingar. En del barn träffar tidigt på sjukvården på grund av skada eller sjukdom. Detta leder ofta till att sjukhus och sjukvård förknippas med smärta och obehag om barnet tvingats genomgå behandlingar och eller medicinering (Tamm, 2009).

Forskare har studerat hur barn påverkas av oro och stress i samband med olika procedurer på akutmottagningen. Forskarna menar att barn som upplevt oro och smärta riskerade att utveckla beteendeförändringar i efterförloppet. De vanligaste förändringarna som upptäcktes var separationsångest, sömnstörningar och ilska gentemot läkare eller annan sjukvårdspersonal. Resultat visar att besök på akutmottagning där mindre, icke smärtsamma procedurer utförts, inte bara är associerade med stress under proceduren utan även leder till märkbara beteendeförändringar efter besöket (Brodzinski & Iyer, 2013).

Tamm (2009) menar att rädsla för sjukvården kan i många fall handla om smärta eller rädslan för smärta. Det är då svårt för vårdpersonal och föräldrar att avgöra vad som är rädsla och vad som är smärta hos barnet. Ofta vet inte barnet själv vad det är som påverkar deras rädsla. Ibland är det hela händelsen som bidrar och i vissa fall är det ovetskap om vad sjukhusbesöket innebär och vad som skall ske. Hur man upplever rädsla är individuellt. Det som upplevs som skräck för ett barn betyder inget för en annan. De barn som kan kommunicera är lättare att stötta då de kan förklara hur de uppfattar situationen och vad de känner i vissa sammanhang. Dessa barn kan även urskilja vad som är rädsla och vad som är smärta. Hur rädsla ska tolkas beror på flera faktorer så som barnets ålder, mognad, tidigare erfarenhet och om barnet vill eller kan tala om vad de är rädda för. Det finns olika hjälpmedel inom vården för att mäta graden av rädsla men oavsett vad resultatet blir så måste vårdpersonalen ha förståelse för barnet och hela dennes situation om de ska kunna hjälpa på bästa vis (Tamm, 2009).

Kommunikation och bemötande

Kommunikation är en stor och viktig del i all vård. Om patientens ska få förståelse och insikt för att kunna vara delaktig i sin behandling och vård, krävs att kunskap finns hos sjukvårdspersonalen om vikten av att ge individuellt utformad information. Detta för att undvika missförstånd och risker. När vårdpersonalen informerar patienten är det viktigt att tänka på och ta hänsyn till vissa omständigheter. Det kan vara patientens mognad, erfarenhet, svårigheter att uttrycka sig verbalt, kulturella skillnader eller olika funktionsnedsättningar. Om inte patienten har förstått informationen kan missförstånd ske i form av felmedicinering, information feltolkas och patienten riskerar att inte få den vård denne har bedömts vara i behov av (Wikström, 2012).

Bemötande handlar om hur samtal genomförs, människosyn och hur vårdpersonal utför vård. Bemötande innebär även hjälpsamhet, kvalitet, värme, engagemang (Fossum, 2009). Vid ett samtal sägs det att kroppen förmedlar 60 procent av budskapet, rösten 30 procent och uttalet 10 procent (Ivarsson, 2015). Människor kommunicerar medvetet och omedvetet med andra människor med hjälp av kroppsspråk, handlingar och ord. Det är människans konstanta tolkningar av omvärlden som gör det möjligt för människan att överleva (Birkler, 2007).

En sjuksköterska som vårdar ett barn har ett ansvar att etablera en bra relation med det sjuka barnet och dess föräldrar. Genom kommunikation samt kunskaper i barnets olika utvecklingsfaser kan sjuksköterskan hjälpa barnet och föräldrarna på bästa sätt (Roberts, Fenton & Barnard, 2015). Om barnet upplever ett dåligt bemötande är det väldigt svårt att återskapa ett förtroende. Många vuxna känner fortfarande ångest och oro när de uppsöker sjukvården på grund av dåliga upplevelser som barn (Ivarsson, 2015). Patientsäkerhetslagen beskriver att det är viktigt för patienten att ha inflytande i sin vård. För att detta ska kunna ske är det av största vikt att information, kommunikation, och bemötandet fungerar (SFS,

2010;659). Ett viktigt syfte med patientsäkerhetslagen är att lyfta fram patienten och se denne som en självklar och viktig samarbetspartner, oavsett vem vårdtagaren är (Ivarsson, 2015).

Sjuksköterskans kärnkompetens

För att kunna ge patienten den vård som han/hon har rätt till grundade Institute of Medicine of the National Academies 2003 det som idag kallas sjuksköterskans kärnkompetenser. De ansåg att om dessa tillämpades i sjuksköterskans grundutbildning skulle detta leda till bättre vård. Med tiden utvecklades dagens kärnkompetenser (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlen, 2013). Idag ingår dessa kärnkompetenser i sjuksköterskans grundutbildning. Dessa sex kärnkompetenser innefattar personcentrerad vård; samverkan i team; evidensbaserad vård; förbättringskunskap och kvalitetsutveckling; samt säker vård och informatik. Arbetet skall bygga på ett personcentrerat och etiskt förhållningssätt där vårdtagarens skall ses som en unik individ med specifika behov. Patienten och dess närstående ska behandlas med integritet och värdighet utan att riskera patientens vård och sjukdomstillstånd. Sjuksköterskan skall kunna arbeta tillsammans med de andra professionerna inom enheten men även kunna samarbeta med andra vårdenheter och instanser. För att förbättra patientsäkerheten och omvårdnaden skall regelbunden utvärdering utföras. Då vårdtiderna på akutmottagningen är korta och stor mängd information skall förmedlas mellan vårdgivare är det viktigt med god kommunikation. Det krävs även av den specialistutbildade akutsjuksköterskan att hon har stor kunskap om flöden och olika vårdprocesser så att vårdtagaren och dess anhöriga omhändertas och får den bästa vård de kan få (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Price (2006) menar att sjuksköterskan även bör ha förmåga att agera med flexibilitet och målmedvetenhet i interaktionen med patienten och den sociala kompetensen hos sjuksköterskan är väsentligt för hur relationen mellan patienten och sjuksköterskan kommer att utvecklas. Det krävs ett genuint intresse att vilja lära känna patienterna för att vårdrelationen ska uppnå sin fulla potential (Price, 2006).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård har sitt ursprung inom psykologin, där psykologen Carl Rodgers under 1960-talet betonade den individuella individens upplevelse och perspektiv av sin situation. Därefter var det Tom Kitwood som under 1990-talet utvecklade begreppet inom demenssjukvården. Tom Kitwood menade att vården inte endast skulle fokusera på förvaring av personer med demenssjukdom utan god vård skulle innebära att lyfta fram personen bakom sjukdomstillståndet (Brooker, 2004).

Hörnsten (2013) beskriver personcentrerad vård som ett begrepp där personen är i centrum och inte dess tillstånd eller handikapp. Personen och dess styrkor lyfts fram istället för individens svagheter. Inom vården handlar detta även om att få vara delaktig och medbestämmande i sin vård. Edvardsson (2010) menar att personcentrerad vård innebär att se människan bakom sjukdomstillståndet, symtomen, ålder eller dess beteende. Att bekräfta och synliggöra och att förstå personen utifrån dennes synvinkel oavsett hur eller vem personen är. Vården kräver därför goda kunskaper om intressen och behov som är specifikt för individen. Att utföra specifikt anpassad vård, krävs för att förbättra tillvaron för individen.

Personcentrerad vård kan utföras för alla åldrar och inom alla olika typer av sjukvård. Att utföra personcentrerad vård anpassad för barn på en akutmottagning leder till många möjligheter men även stora utmaningar (Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015). Edvardsson (2010) menar att inom akutsjukvården kan det finnas svårigheter att utföra personcentrerad vård, då arbetsbelastningen hastigt förändras. De personer som prioriteras som icke allvarligt sjuka får vänta medan den som är sjukast prioriteras att omhändertas först. På grund av detta måste omvårdnadsbehov omprioriteras hos de som kan vänta. Vårdtiden på

akutmottagningar är ofta kort och detta ställer stora krav på vårdpersonalen att få en helhetsbild av den sjuka personen och dennes behov. Sjuksköterskan och annan vårdpersonal måste därför i vården se personen de vårdar och ta reda på dennes specifika behov och försöka tillgodose dessa. Detta trots det stora medicinska behovet som ofta prioriteras först. Genom att se den sjuka personen som en helhet så minskar risken för vårdrelaterade skador så som otillräcklig anamnes eller felaktig medicinering. Akutsjukvården är ständigt under utveckling och mera effektiva metoder att prioritera och omhänderta sjuka patienter ökar möjligheten, att utföra personcentrerad vård (Edvardsson, 2010).

I personcentrerad vård ingår även personcentrerad miljö. Miljön är en viktig del i omvårdnaden och har visats ha stor påverkan på läkeprocessen hos patienten. Konceptet miljö innefattar den subjektiva upplevelsen som beskriver hur en person upplever känslan av att vistas i olika rum och lokaler. Även den objektiva upplevelsen som beskriver hur något ser ut i omgivningen är av vikt. Miljön på sjukhus utformas ofta efter traditionellt arbetssätt och efter de medicintekniska behov som styr vården. Då ergonomi och vårdhygien måste fungera är det vanligt att patienten inte hamnar i centrum vid planeringen av vårdmiljön. Då sjukhusmiljön ofta är steril, opersonlig och inte anpassad för olika patientgrupper finns risk att patienten känner utanförskap och isolering. Det är därför viktigt att vårdpersonal har stor kunskap om hur miljön påverkar den patient som vårdas och kan hjälpa patienten att trots sin sjukdom få möjligheten att må så bra som möjligt. Miljön ska ses som ett stöd och inte besvär för den behandling patienten genomgår (Edvardsson, 2010).

Problemformulering

På Sveriges akutmottagningar arbetar personal som många gånger saknar specialistkompetens inom akutsjukvård eller barn och ungdom. Trots det möter sjuksköterskan ofta sjuka barn som söker akutsjukvård. Barn upplever ofta oro och rädsla inför och under sjukhusbesöket och det finns flera anledningar till att barn känner så. Rädslan för att behöva genomgå eventuella smärtsamma undersökningar, provtagningar och eller behandlingar kan vara några exempel. En annan kan vara att miljön upplevs som hotfull och eller skrämmande då de flesta akutmottagningar inte är anpassad att ta emot barn och unga vuxna. Genom att få en överblick över vilka faktorer som påverkar barnens upplevelser och förväntningar av vården, kan sjukvårdpersonalen hjälpa och bemöta dessa barn ur ett mer personcentrerat perspektiv.

SYFTE

Syftet var att belysa faktorer och möjliga interventioner som påverkar barns upplevelser och förväntningar vid besök inom akutsjukvården.

Frågeställningar

Vad påverkar barns upplevelse och förväntningar vid besöket inom akutsjukvården?

Vilken betydelse har bemötande för barnet vid besök inom akutsjukvården?

Vilka åtgärder kan påverka barns oro och rädsla vid besök inom akutsjukvården?

METOD

Design

Författarna till detta arbete valde att genomföra en litteraturöversikt. Syftet med en litteraturöversikt är att få en bild över vilken kunskap som redan finns inom ett visst område. (Forsberg & Wengström, 2013; Polit & Beck, 2012). Forskningsresultat samlas in, analyseras och tolkas (Forsberg & Wengström, 2013). Till denna litteraturöversikt söktes tidigare gjorda

studier inom det område som valdes att studeras. Materialet som ingår i arbetet granskades, analyserades och sammanställdes för att svara på syftet. En litteraturöversikt skall främst bygga på vetenskapliga rapporter och vetenskapliga artiklar som blivit publicerade i vetenskapliga tidskrifter eller utgivna rapporter av högskolor och universitet (Friberg, 2012). Om inte tillräckligt många vetenskapliga artiklar finns gällande författarnas ämnesval riskerar resultatet att bli felaktig (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval

Artiklarna som valdes ut var vetenskapliga artiklar i form av primärkällor och som svarade på arbetets syfte. Primärkällor användes för att erhålla forskningsresultat ifrån den ursprungliga källan, det vill säga det första publicerade resultatet av en studie. Sekundära källor bygger på resultat ifrån primära källor (Polit & Beck, 2012). Artiklar med både kvalitativ samt kvantitativ ansats analyserades och inkluderades i arbetets resultat. Detta för att få en större bredd och ett bättre resultat (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarna som inkluderades i arbetet innefattade barn i åldrarna tre till 18 år och artiklarna var inte äldre än 12 år. Författarna valde att exkludera artiklar utförda på individer i åldrarna nyfödd till två år, därför att barn i dessa åldrar inte kan eller har svårt att uttrycka sig verbalt. Även artiklar som handlade om barn med specifika sjukdomar och som frekvent uppsökte akutsjukvård exkluderades. Artiklarna som inkluderades i arbetet är granskade och publicerade i vetenskapliga tidskrifter, skrivna på engelska, genomförda på sjukhus med västerländsk standard och studierna innefattade människor och är överlag inte äldre än tio år. I databasen SweMed+ användes även begränsningarna child och artikel. I arbetet inkluderades två artiklar som var äldre än tio år då de svarade på arbetets syfte och fortfarande upplevdes som mycket aktuella. Arbetets resultat byggde på femton vetenskapliga artiklar publicerade under åren 2004-2015. De artiklar som inkluderades i arbetet var även granskade av etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden hade utförts. Artiklarna som inkluderades i resultatet sammanställdes och redovisades i en artikelmatris (Bilaga 1).

Datainsamling

Sökningar utfördes efter originalartiklar i databaserna PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SweMed+ och Samsök (Stockholm läns landstings sökmotor som inkluderar flera olika databaser). Ett flertal artiklar påträffades och inkluderades i arbetet. CINAHL är en sökmotor som inkluderar forskning inom omvårdnad, arbetsterapi och sjukgymnastik. PubMed är en bred databas som inkluderar forskning inom omvårdnad, medicin och odontologi. SweMed+ inkluderar vårdforskning. I databaserna PubMed och Samsök söktes artiklar med hjälp av Mesh-termer (Medical Subject Headings). Mesh-termer är ämnesord som finns inlagda i databasen och som underlättar för forskaren att utföra en systematisk sökning (Forsberg & Wengström, 2013). Vissa artiklar fanns genom att kombinera Mesh-termer med fritextsökord.

De Mesh-termer som författarna valde att använda var, emergencies service hospital, anxiety, child/pediatrics, children, nurse-patient relations, care, health facility environment. I CINAHL söktes artiklar med hjälp av CINAHL-headings samt i vissa fall fritextsökord. Dessa headings har samma funktion som Mesh-termer och underlättade för författarna att hitta relevant data. CINAHL-headings som användes var child, anxiety och emergency service. I databasen SweMed+ kombinerades Mesh-termer, CINAHL-headings samt fritext sökord.

Fritext sökord som experience, emergency department, decreasing, pediatric, participation, hospital, emergency, nursing, ill och expectations användes för att få ytterligare träffar i de olika databaserna. Genom att ta hjälp av den booleska söktermen AND kunde flera sökord kombineras. Detta gör det möjligt att inkludera flera termer i sökning och bestämmer vilket

samband termerna skall ha tillvarandra (Friberg, 2012). Författarna sökte i de olika databaserna under perioden november 2015 – december 2016 efter artiklar som svarade på arbetets syfte och frågeställningar. Primärt valdes vetenskapliga artiklar ut och som upplevdes svara på arbetets syfte. Abstracts från ett flertal vetenskapliga studier lästes och därefter beslutades om hela artikelns innehåll skulle läsas. Primärt granskades artiklarna av författarna individuellt, därefter diskuterades hur artiklarnas resultat tolkats. Ett gemensamt beslut fattades om artikeln skulle inkluderas i studien eller inte. Då flera databaser användes upptäcktes dubletter av vissa artiklar. Totalt granskades 39 artiklar och av dessa valde författarna att inkludera 15 artiklar i sitt arbete. En av artiklarna hittades genom att en liknande studies referenslista granskades. Denna artikel upplevdes svara på syftet och blev därför inkluderad i resultatet. De artiklar som exkluderades svarade inte på syftet, var skrivna på ett främmande språk författarna inte hade kunskap om eller hade för låg vetenskaplig kvalitet. Artikelsökningen redovisas i en söktabell (Tabell 1).

Tabell 1. Sökresultat

PubMed					
Sökord	Total antal träffar	Begränsningar	Granskning utifrån titel och abstrakt	Artikel läsning	Inkl. Artiklar
Decreasing AND Pediatric AND Anxiety	35	Engelska/Svenska Publicerade 2005-2015 Humans	6	2	1
Children AND Nursing AND participation AND Hospital	204	Engelska/Svenska Publicerade 2005-2015 Humans	15	5	1
Pediatric AND Emergency AND Anxiety	275	Engelska/Svenska Publicerade 2005-2015 Humans	15	4	3
Child AND Nurse-patient relations AND Expectations	51	Engelska/Svenska Publicerade 2004-2015 Humans	2	1	1
Children AND Experience AND Emergency department AND expectations	26	Engelska/Svenska Publicerade 2005-2015 Humans	8	1	1
Pediatrics AND emergency service hospital AND anxiety	50	Engelska/Svenska Publicerade 2005-2015 Humans	6	1	1
Children AND Emergency department AND Anxiety	205	Engelska/Svenska Publicerade 2005-2015 Humans	21	4	1
Experience/children/ill	5	Engelska/Svenska Publicerade 2005-2015	5	1	1

		Humans			
CINAHL Complete					
Sökord	Totalt antal träffar	Begränsningar	Granskning utifrån titel och abstrakt	Artikelläsning	Inkl. Artiklar
Experience AND Hospital AND Children AND Nursing	469	Engelska/Svenska Publicerat 2005-2015	25	7	1
Children AND Emergency service AND Experience	281	Engelska/Svenska Publicerat 2005-2015	32	4	1
SveMed +					
Sökord	Totalt antal träffar	Begränsningar	Granskning utifrån titel och abstrakt	Artikelläsning	Inkl. Artiklar
Children/Experience /Care	17	Engelska/Svenska Publicerat 2005-2015 Artikel/child	17	5	1
Samsök					
Sökord	Totalt antal träffar	Begränsningar	Granskning utifrån titel och abstrakt	Artikelläsning	Inkl. Artiklar
Children AND Emergency service hospital AND Health facility environment	43	Engelska/Svenska Publicerat 2005-2015	6	4	1
					Totalt antal inkluderade artiklar
					14

I tabellen redovisas 14 artiklar. I resultatet ingick dock 15 artiklar. Den sista artikeln fann författarna då de granskade en liknande studies referenslista. En så kallad manuell sökning utfördes. Detta innebär enligt Forsberg och Wengström (2013) att forskaren tar del av referenslistor i tidigare gjorda studier.

Dataanalys

De utvalda artiklarna lästes och diskuterades gemensamt ett flertal gånger för att hitta den data som var relevant och svarade på studiens syfte och dess frågeställningar. I de fall då författarna hade svårigheter att översätta det engelska språket användes ordlexikon eller ordboken, Forskningens termer och begrepp (Jakobsson, 2011). Varje artikel kvalitetsbedömdes (Bilaga 2). Detta för att granska hur artikeln utformats och hur forskaren kommit fram till sina resultat. På så vis analyseras texten och forskarna kan ta ställning till om artiklarnas kvalitet är tillräckligt bra och om de passar syftet (Friberg, 2012). Författarna analyserade och jämförde artiklarnas olika resultat tillsammans och på så vis kunde skillnader och likheter identifieras. De olikheter/likheter som påträffades noterades som stödord i marginalen på artiklarna. Utifrån studiens frågeställningar sorterade forskarna ut dessa likheter/olikheter och olika teman bildades. Dessa sex teman redovisades i resultatdelen.

1. Barnens erfarenhet och upplevelse av sjuksköterskan
2. Barnens erfarenhet och upplevelse av vårdmiljön
3. Barnens erfarenhet av oro och rädsla
4. Betydelsen av bemötande och kommunikation
5. Avledande faktorer
6. Stöd och tröst

Forskningsetiska övervägande

Artiklarna som inkluderades i denna studie har genomgått etisk granskning. Detta innebär att studien fått godkännande ifrån etisk kommitté. Detta innefattar bland annat att deltagarna har deltagit frivilligt, erhållit information om studien och dess syfte både skriftligt och muntligt. Deltagarna har informerats om att de kan välja att avbryta sin medverkan när helst de önskar, att de förblir anonyma (Polit & Beck, 2012). Författarna till arbetet har noggrant presenterat de resultat som framkommer i de vetenskapliga artiklarna trots att de inte alltid överensstämmer med författarnas egna åsikter (Forsberg & Wengström, 2013).

Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska alla källor i arbetet uppges korrekt och att resultatet och materialet är trovärdigt och att de inte förvrängts. Ingen studie ska väljas bort för att de inte stödjer författarnas hypotes. Författarna tog hänsyn till dessa aspekter och arbetade utifrån ett forskningsetiskt förhållningssätt.

RESULTAT

Resultatet presenteras under respektive frågeställning utifrån de teman som författarna kommit fram till i analysprocessen. Barnens erfarenhet och upplevelse av sjuksköterskan, barnens erfarenhet och upplevelse av vårdmiljön, barnens erfarenhet av oro och rädsla, betydelsen av bemötande och kommunikation, avledande faktorer och stöd och tröst.

Vad påverkar barns upplevelse och förväntningar vid besök inom akutsjukvården?

Barnens erfarenhet och upplevelse av sjuksköterskan

Barn intervjuades angående vilka egenskaper de ville att sjuksköterskan skulle inneha, beskrev barnen att de uppskattade de när de kände att sjuksköterskan tog hand om dem, när de spelade spel tillsammans, blev badade, när de fick smärtlindring och eller serverades god mat (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Forsner, Jansson & Sorlie, 2005). De förväntade sig att sjuksköterskan skulle vara snäll, vänlig, hjälpsam, lekfull, humoristisk och ärlig (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Barnen uppskattade när sjuksköterskan skojade och busade. Då kände de att de fick en bättre relation och barnen uppskattade när de fick en rolig stund tillsammans. För att visa tacksamhet ville de gärna ge bort presenter vid utskrivning eller vid återbesök (Norena-Pena & Juan, 2011). Pojkarna föredrog manliga sjuksköterskor och flickorna kvinnliga. Barnen önskade att sjuksköterskorna skulle bära färgglada kläder för att vitt upplevdes som en mindre fin färg. Barnen förväntade sig att både föräldrar och sjuksköterskan skulle underhålla dem under deras sjukhusvistelse (Pelander & Leino-Kilpi, 2004). Barnen beskrev att empati var när en person visade intresse för dem. Barnen uppskattade när de fick besök dagligen och när de blev tillfrågade hur de mätte. Barnen kände att sjuksköterskan brydde sig om dem och var delaktig. Det viktigaste för barnen var den förståelse de kände i samspelet med sjuksköterskan. Barnen uppskattade när sjuksköterskan visade intresse för hur de fördrev tiden på sjukhuset och när de uppmuntrade barnen att delta i olika aktiviteter. När barnen fick komplimanger om deras utseende och deras intelligens förbättrades deras självkänsla och ingav känslor av trygghet i de medmänskliga relationer vården innebar. Barnen såg tydligt vilken personal som var mer sympatisk än andra, detta märktes i vilken attityd personalen hade. Om barnen fick tydlig information om sin sjukdom, tröst och uppmuntran mätte de bättre och uppfattade att de fick sympati. Studien

visade att etiska och medmänskliga aspekter spelade en viktig roll i barnets uppfattning av omvårdnaden (Norena-Pena & Juan, 2011). De flesta av barnen upplevde att sjuksköterskorna var snälla och hjälpsamma. De upplevde sjuksköterskorna som likvärdiga och ville gärna tala med dem om gemensamma intressen så som musik och popgrupper. Barnen tyckte om att sitta och prata med sjuksköterskorna så att de lärde känna varandra bättre och de var angelägna om att behandla sjuksköterskorna som vänner och inte som vårdpersonal. De egenskaper som värdesattes var deras bemötande, vänlighet och värme (Coyne, 2006).

Barnens erfarenhet och upplevelse av vårdmiljön

Barn i skolåldern tillfrågades om vad som var bäst eller sämst med att vistas på sjukhus, uttryckte barnen att de tyckte om när de fick möjligheten att spela spel och titta på film (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Önskemål fanns att det skulle finnas portabla och stationära dvd spelare, tv spel och datorer för att se på film, spela spel, titta på foton och lyssna på musik. Barnen uttryckte att om elektroniken var portabel kunde barn som var sängliggande också ta del av spel och film. Det skulle finnas hela och fungerande leksaker som räckte till alla. Barnen önskade att det fanns ett lekrum på sjukhuset. De som var sängliggandes önskade få vara detta i ett rum fyllt av leksaker. Lekrummen skulle inte vara separerade och alltid vara tillgängliga. Lekmöjligheter skulle finnas på hela sjukhuset (Lambert, Coad, Hicks & Glacken, 2013). Barnen uttryckte att det skulle finnas ställen där de hade möjlighet att umgås med sin familj och där de kunde skaffa vänner (Lambert et al., 2013; Pelander & Leino-Kilpi, 2004). De lekmöjligheter som önskades var aktiviteter där alla kunde delta och att lekarna var anpassade efter kön och ålder (Lambert et al., 2013). De önskade att det inte bara fanns leksaker att leka med utan att det även fanns djur i form av fiskar eller en hund på sjukhuset (Pelander & Leino-Kilpi, 2004). Rum skulle finnas tillgängliga där barnet fick vara ensamt, där det var tyst och där hen kunde slappna av (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Lambert et al., 2013). När barnen fick möjlighet att roa sig på sjukhuset minskade tristessen och de fick en känsla av kontroll (Lambert et al., 2013).

Önskemål fanns att avdelningen de vårdades på skulle utformas mysigare med färgglada gardiner. En del barn önskade enkelrum och andra ville dela rum med andra barn (Pelander & Leino-Kilpi, 2004). Barnen uppskattade när föräldrarna fick vara närvarande och sova kvar på sjukhuset. Vissa barn uttryckte att det bästa med vården var att bli bättre men även att få möjlighet att vila, sova och att slippa vara i skolan. De sämsta med att vistas på sjukhuset var när de mådde dåligt, den upplevda sjukdomskänslan, smärtan och att vistas i en miljö där främmande människor utförde fysisk vård och behandling. Även att inte få äta vad som helst, vänta på olika behandlingar samt separationen från föräldrar och vänner var mindre uppskattade. Barnen klagade även på avsaknaden av att få vara ensamma, rastlöshet eller att andra barn störde dem när de inte mådde bra (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Barnen berättade att de under sjukhusvistelsen både varit oroad och rädda, att de inte förstod vad de hade att förvänta sig då deras kroppar inte betedde sig som de var vana vid. Tankar rörande behandlingar kunde ibland kännas fruktansvärda (Forsner et al., 2005).

Barnens erfarenhet av oro och rädsla

Forsner et al. (2005) belyste att när barnen återberättade vad läkarna och sjuksköterskorna berättade för dem, klargjordes hur barnen tolkade information *"Jag var rädd eftersom doktorn på sjukhuset sa till mig att han skulle skära upp mig med en kniv"*. Samtidigt var barnet säker på att ingreppet inte skulle göra ont eftersom han/hon hade tidigare erfarenhet av att opereras och då hade det inte gjort så ont. Flera av barnen berättade att det kändes bra att använda sig av ringsignalen då de behövde hjälp men att det även kändes skrämmande när de tänkte på vad som kunde hända när de tryckte på knappen. Det normala livet ställdes på sin kant och barnen kände sig ledsna och frustrerade. De grät eftersom de hade ont och för att de längtade

hem men samtidigt så kände de sig uttråkade då de kände osäkerhet angående sin sjukdom och behandling, Att vara sjuk gjorde dem ledsna över att de kanske skulle dö. Barnen uppskattade att deras familjer var med dem och de uttryckte att det var mysigt när deras mammor läste sagor för dem. Trots att barnen inte mådde bra ville vissa av barnen dra för gardinerna runt sängen för att separera dem från andra barn. Förutom att de mådde dåligt och kände sig utmattade så tyckte de om att vara i centrum för familjens kärlek och vård. Barnen uttryckte att de kände sig utlämnade och blottade när de mådde dåligt och krävde behandling. Procedurer som involverade injektioner och venprovtagning var det som barnen kände sig mest obekväma med. För ett barn kändes det bekvämt att skoja med personalen eller att få möjlighet att bestämma färgen på gipset men för ett annat barn kändes det inte bra då detta barn visste att själva behandlingen skulle göra ont. Trots att det kunde vara smärtsamt och skrämmande så kunde det samtidigt vara spännande. Barnen beskrev att vara sjuk var som att vara fångad och vilja rymma, de kände sig instängda. Sjukdomserfarenheten upplevdes som något främmande, som en ockupation av deras kroppar. Barnen försökte fly obehag genom att försöka återgå till det tillstånd som tidigare fått dem att må bra. Genom att stoppa fingrarna i halsen och framkalla kräkningar minskade smärtan i magen samtidigt som de visste att det bara skulle bli sämre (Forsner et al., 2005). Om barnen ignorerade och låtsades att sjukdomen inte existerade skulle det bli bättre. Genom att gömma sig under kudden trodde barnen att sjukdomen och obehagen inte fanns. Vissa av barnen föredrog att ta emot läkemedel som gjorde dem sömniga och fick dem att glömma de obehag som de blev utsatta för medan andra barn ville ha kontroll (Forsner et al., 2005; Forsner, Jansson & Söderberg, 2009). Vissa av barnen beskrev hur de försökte och önskade att de kunde klara sig ur situationen genom att förklara sina rädslor för föräldrar och personal. De försökte skydda sig genom att kräva respekt (Forsner et al., 2009).

Några av barnen beskrev vården likt ett monster som hotade dem. De kände sig utlämnade och otrygga med den främmande miljön och vissa situationer upplevdes som hotfulla. Situationer när de visste att något skulle hända dem men det visste inte vad. Barnen kände sig otrygga när flera läkare och sjuksköterskor besökte dem samtidigt. Det gav en känsla av maktlöshet gentemot personalen. Detta skapade oro och tankar kring vad som skulle hända. De beskrev även en känsla av hopplöshet om att bli behandlade på ett bra sätt. Om tidigare liknande erfarenhet fanns förstärktes denna oro och rädsla. Vårdavdelningen upplevdes bestå av flera ”saker” som hade syfte att skada. Knivar, nålar och vassa saker som till exempel skalpeller gav barnen kalla kårar och skapade en rädsla hos barnen att bli skadade. Barnen upplevde också att de blev orättvist behandlade. De blev inte sedda eller lyssnade på. När barnen försökte förklara hur de kände i vissa situationer uppfattade de att ingen lyssnade eller brydde sig om vad de sade. Personalen fortsatte bara med proceduren utan att ta hänsyn till barnets rädsla. Trots att barnen försökte hantera sin rädsla i vissa situationer fanns svårigheter då en blandning av ilska och rädsla plågade barnet. Dessa var svåra att åtskilja och barnen bröt då ihop skrikandes, sparkandes och i tårar. Barnen var sedan förkrossade över deras reaktion. De skämdes över sina rädslor och att de inte visat sig modiga (Forsner et al., 2009).

Vilken betydelse har bemötande för barnet vid besök inom akutsjukvården?

Betydelsen av bemötande och kommunikation

Barnen tillfrågades angående hur samspelet med sjuksköterskorna varit på sjukhuset, uttryckte de tacksamhet för den vård de erhållit. Det som uppskattades mest var känslan av trygghet som sjuksköterskan bidrog till. När barnen kände sig stöttade och trygga blev de motiverade att ta emot den vård de var i behov av. När sjuksköterskan gav information till barnet och dennes familj hade ibland barnet svårt att urskilja vem sjuksköterskan talade till. Det kunde vara svårt för barnen att avgöra om de var lyssnare, observatörer eller om de skulle vara

delaktiga i samtalet. Barnen värdesatte hur sjuksköterskan behandlade deras föräldrar. De ville att sjuksköterskan skulle ha en vänskaplig relation till deras föräldrar och detta var en avgörande del i hur bra vård barnet tyckte att sjuksköterskan utförde. Om sjuksköterskan berättade om egna erfarenheter i liknande situationer under en behandling kunde detta ge barnet större förståelse i vad som hände. Det blev lättare att förstå situationen om de vuxna gav dem råd i hur de skulle handskas med den. När barnen kunde identifiera sig med andra fick de en större förståelse för sin egen situation. Barn utvärderar och analyserar den behandling de får, det kan handla om en hälsning, frågor som har ställts, stöd och omvårdnad. För barn kan tecken på omtanke visas genom kroppsspråk och det icke verbala språk sjuksköterskan använder under ett ingrepp eller en behandling. Enligt barnen var det dessa handlingar som gjorde dem sedda och uppskattade. När sjuksköterskan upplevdes närvarande hade de lättare att knyta an till denne. Barnen uppskattade när sjuksköterskan uttryckte att de tyckte om att ha dem där och att de ville att barnen skulle stanna på sjukhuset. På så vis upplevdes en vänskap och en känsla av att höra hemma där de fick vård. Barnen visste att de skulle bli belönade med empati och uppmuntran om de skötte sig under de olika undersökningarna. Detta gjorde att de kände sig stolta och nöjda med proceduren de klarat av att genomgå (Norena-Pena & Juan, 2011). Barn och deras föräldrar tillfrågades i en studie vad som uppskattades mest under besöket på en akutmottagning. Resultatet visade att bra bemötande, tydlig information och god kommunikation värdesattes högst (Johnson, Castillo, Harley & Guss, 2012).

Coyne (2006) undersökte om barn ville vara delaktiga i sin vård. De flesta av barnen ville höras och delta i generella beslut men även bli respekterade för sina åsikter gällande vård och behandling. De beskrev att de ville få information så att de kunde förstå sin sjukdom, involveras i vården, förbereda sig inför undersökningar och inrikta sig på att " bli frisk " igen (Coyne, 2006; Pelander & Leino-Kilpi, 2004; Forsner et al., 2009). Coyne (2006) menade att barnen aktivt själva sökte information för att stå ut med sin sjukhusvistelse . Barnen använde flera strategier för att få information, de frågade sina föräldrar, sjuksköterskorna och läkarna, observerade och pratade med andra barn på avdelningen med liknande besvär eller sjukdom, läste böcker, tittade på sjukhusprogram och relaterade till tidigare erfarenheter av sjukvården. Att de tillfrågades istället för att få tillsagt vad som skulle hända gjorde att de kände att de behandlades med respekt. Det fanns tillfällen då några barn kände sig uteslutna från informations- och beslutsfattandet. Vissa barn kände att läkarna inte förklarade saker på rätt sätt. De kunde använda terminologi och andra svåra ord som var förvirrande. Andra barn beskrev att de blev ignorerade och att beslut fattades gällande barnet med andra läkare eller föräldrar utan att göra dem delaktiga. Att diskutera barnet i deras närvaro med minimal ansträngning till att involvera dem, visade tydligt vem som hade kontrollen och vem som bestämde. Barnen ville vara med i diskussionen gällande deras vård annars kunde de känna ilska, ledsamhet och blev deprimerade när vårdpersonalen ignorerar dem. Några barn upplevde att de blev tillfrågade av sjuksköterskorna och läkarna men sedan tillfrågades föräldrarna om samma sak. Då upplevde barnen att deras åsikter inte värdesattes vilket resulterade i känslor av ilska. Vissa barn trodde att om sjuksköterskan inte pratade med dem, berodde detta på tidsbrist och hög arbetsbelastning. Andra barn tolkade bristen på samtal som om sjuksköterskorna hade ett icke professionellt förhållningssätt och " gör bara sitt jobb" eller att läkarna bara var intresserade av att " tjäna pengar". Barnen såg sig vara en obetydlig del i processen. Konsekvensen av att inte få vara delaktig eller att få information kunde leda till att vissa barn kände sig bortglömda och oviktiga. Han eller hon kände sig som ett livlöst objekt utan känslor.

Vilka åtgärder kan påverka barns oro och rädsla vid besök inom akutsjukvården?

Betydelsen av bemötande och kommunikation

Barnen upplevde mindre rädsla om sjuksköterskan uppträdde lugnt, gav intryck av att vilja barnets bästa och att inte vilja skada. Om barnet var rädd handlade allt om hur denne blev bemött. När sjuksköterskan spenderade tid med, talade till och mötte barnet med respekt ökade barnets känsla av trygghet. Även försiktig och varsam behandling eller om sjuksköterskan brydde sig om barnet eller frågade hur barnet mådde ingavs trygghetskänslor. Om sjuksköterskan visade intresse för barnet, fanns möjligheten att berätta om sina rädslor. Då upplevde barnen att de hade kontroll (Forsner et al., 2009). Barn som upplevde sig vara delaktiga i sin vård kände sig glada, lugna och upplevde att de behandlades som en person med rättigheter. Då kunde de förbereda sig och kände sig mindre nervösa inför operationer och behandlingar (Coyne, 2006).

Avledande faktorer

När barn tillfrågades vad som kunde minska oro och rädslor, svarade barnen fina tavlor och bilder på väggarna. Detta fick barnen att tänka på något annat när de var rädda. Att bli distraherade på olika vis uppskattades (Forsner et al., 2009). En studie gjord på ett akutsjukhus i Spanien bekräftade att roliga motiv och glada ljusa färger på väggarna påverkade barnens sinnestillstånd vid sjukhusbesöket. Humoriga bilder som barnen kunde identifiera sig med skapade positiva känslor, glädje och lugn (Belver & Ullán, 2011). Robinson och Green (2015) undersökte om färgglada ljusspel och tavlor med bildspel som visade sandstränder och tecknade figurer påverkade besöket på sjukhuset. Resultatet visade att dessa stimuli hade positiva effekter genom att minska oron och rädslan hos barnen, reducerade upplevelsen av smärtan och att väntetiderna inte blev lika påfrestande.

Studier där forskare undersökte hur barns oro och rädsla påverkades av att träffa en sjukhusclown vid vistelse i väntrummet, hade ingen effekt på barnen. De som träffade child-life personal mådde däremot lite bättre än de som inte ingick i kontrollgruppen (Heilbrunn, Wittern, Lee, Pham, Hamilton & Nager, 2014). I en liknande studie undersökte forskarna vilken effekt en sjukhusclown hade på barn som genomgick smärtsamma procedurer. Resultatet visade att mötet med clownen inte påverkade barnens smärta men hade mycket positiv effekt på barnens oro och rädsla som minskades avsevärt (Felluga, Rabach, Minute, Montico, Giorgi, Lonciari, Taddio & Barbi, 2015). Musik kunde ha en gynnsam effekt på barnens rädsla och smärta i samband med medicinska procedurer. Hartling, Newton, Liang, Jou, Hewson, Klassen och Curtis (2013) fann i sin studie, en minskad oro i den grupp av barn som lyssnade på musik. Personalen upplevde även att det var lättare att genomföra den medicinska proceduren. Fogarty, Dunning, Koe, Bolger och Martin (2013) undersökte vilken typ av uppblåst handskballong barnen föredrog att leka med. Inom akutsjukvården används ibland en uppblåst handske med målat ansikte som ett avledande redskap för de barn som besöker sjukhuset. Den första var målad med mun och näsa i handskens handflata. Den andra var målad på sidan med tummen som näsa och håret i form av en mohikan. Resultatet visade att handsken med målat ansikte i handflatan var något populärare än den andra handsken. Dock sågs ingen skillnad i barnens oro. Okita (2013) undersökte om leksaker i form av en robotsäl påverkade barn gällande deras oro och smärta. Resultatet visade att då barnen tillsammans med sina föräldrar fick möjlighet att leka med sälen minskades barnets oro och skattning av smärta. Då barnet lekte med roboten själv utan sina föräldrar urskildes ingen förändring i barnets oro eller smärtskattning.

Stöd och tröst

Forsner et al. (2005) påtalade att om barnen fick besök eller presenter var det lättare att fokusera på annat än det som upplevdes som jobbigt. De uppskattade att få göra vackra saker och presenter på lekterapi. I en nyare studie av Forsner et al. (2009) beskrev barnen att de ville bli tröstade när de kände sig rädda. Barnen berättade att om de fick något sött att äta blev de uppmuntrade och det kändes bättre. De längtade efter att få stöd och tröst av sina föräldrar. Rädslan minskades om läkaren försäkrade barnet om att vara försiktig och att inte skada vid undersökning och behandling. Detsamma gällde om föräldrarna intygade detta. Föräldrarnas närvaro gav möjlighet att utstå oro och rädsla. Det var lättare att stå ut med vården om den medicinska utrustningen visades på förhand och då upplevdes den inte som skrämmande. Om procedurerna demonstrerades innan de skedde och visade på att de inte var så smärtsamma, kunde barnens rädsla minskas och eller försvann helt. Fick barnet undersöka och känna på objekt så som injektionsnålar och medicinsk utrustning som förknippades med rädsla kunde barnet samla mod att samarbeta inför provtagning och undersökningar (Forsner et al., 2009). Skämt och bus i samband med olika behandlingar som till exempel vid omläggningar minskade barnens spänningar och oro under behandlingen. Barnen uppskattade dessa stimuli positivt då det förbättrade deras humör och lättade upp stämningen (Norena-Pena & Juan, 2011; Forsner et al., 2009). Barnen värdesatte när sjuksköterskan berättade anekdoter eller personliga historier för det visade på empati och minskade barnets nervositet och förbättrade deras relation. När andra barn bekräftade att de var rädda, kände barnet inte sig ensamt i sin situation. När sjuksköterskan öppnade upp sig och delade barnets känslor, ingav det hopp. Då blev det lättare att bekanta sig med sjukvården och allt vad den innebär (Forsner et al., 2009).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna till denna studie valde att utföra en litteraturöversikt för att svara på studiens syfte och dess frågeställningar. En litteraturöversikt var en bra metod för att ta del av den forskning som fanns inom det berörda området (Forsberg & Wengström, 2013). Studiens valda ämne uppstod då författarna upplevde att de var i behov av mera kunskap rörande barn och deras specifika behov på en akutmottagning. Då artikelsökningen gav för få träffar gällande barn på akutmottagning var författarna tvungna att utöka syftet till, barn inom akutsjukvården. Då fann författarna flera vetenskapliga artiklar inom området. Trots detta var dessa forskningsresultat mycket användbara inom vården på en akutmottagning.

Studiens resultat inkluderade sju vetenskapliga artiklar där forskarna intervjuade barn i åldrarna fyra till femton år. Intervjuerna som utfördes på barn bedömdes trovärdiga och äkta. Att läsa om barnens upplevelse och erfarenhet av sjukvården gav en direkt inblick i hur barnen kände och vad de förväntade sig. Kvale och Brinkmann (2014) menar att en kvalitativ forskningsintervju leder till förståelse för den intervjuades egna perspektiv och upplevda vardag. Författarna fann i ett flertal intervjuer att forskarnas resultat överensstämde med varandra. Detta tros stärka studiens trovärdighet enligt författarna. Enligt Forsberg och Wengström (2013) är det viktigt i kvalitativ forskning att forskarna ställer sig frågan gällande hur informationen som insamlats stämmer överens med den verklighet forskarna befinner sig i. En studies validitet bygger på att forskarna bland annat gjort en begreppsanalys för att se vilka frågor som är logiska och eller relevanta. En studies reliabilitet innebär att om en mätning gjorts i arbetet så bör samma resultat ges vid en upprepad mätning detta gäller framför allt vid kvantitativ forskning. Enligt Polit och Beck (2012) bestäms en studies trovärdighet utifrån graden av hur insamlandet av data gått till, trovärdigheten, överförbarheten, pålitligheten, anpassningsbarheten samt äktheten. Genom att författarna utfört en systematisk datainsamling som redovisas tydligt i en tabell, enbart använt etiskt

granskade artiklar, redovisat samtliga inkluderade artiklar i en matris och då författarna varit två som granskat artiklarna tillsammans och separat stärks validiteten och trovärdigheten i denna studie.

I de övriga åtta artiklarna byggde forskningen på kvantitativ ansats där barnen svarat på enkäter och inte fått uttrycka sig med egna ord. De artiklar vi fann rörande robotsälen och uppblåsbara handskar var underhållande att ta del av då vi i akutsjukvården ofta använder undersökningshandskar som en avledande åtgärd. Dock anser författarna att mer forskning bör utföras för att bekräfta validiteten hos dessa. En av studierna benämner personalgruppen child-life specialists. Denna personalgrupp har som uppgift att arbeta med barn och deras familjer på sjukhuset. De stöttar och informerar för att underlätta vårdtiden för barnet och dennes föräldrar. I Sverige finns inte motsvarande yrkeskategori och det är därför svårt att se tillämpbarheten till Svenska förhållanden.

Målet med studien var att inkludera barn i åldrarna tre till 18 år men författarna fann inga studier gjorda på barn äldre än 16 år. Orsaken till detta kunde vara att barn i tonåren (13-18 år) benämns i engelska språket som adolescent. Om denna Mesh-term inkluderats hade eventuellt flera studier upptäckts gällande barn i dessa åldrar. Då hade åldersfördelningen varit jämnare och eventuellt förändrat resultatet i denna studie. Detta är dock svårt att bedöma då ingen artikel innefattar barn i åldrarna 16-18 år. De fynd resultatet visade på uppfattades som informativt då många av barnen i varierande åldrar upplevde och uttryckte liknande önskemål. Hade författarna använt söktermen adolescent hade eventuellt åldersfördelningen blivit ojämn i motsatt riktning.

Sökresultatet av vetenskapliga artiklar i denna studie byggde på Mesh-termer, Cinahl-headings och fritext sökord. Hade trunkering använts i samband med sökningarna kunde utfallet varit ett annat. Trunkering innebär att en ordstam tillsammans med ett * leder till att fler böjningsformer av ett ord söks upp automatiskt i en databas (Friberg, 2012). Detta kunde eventuellt underlättat författarnas sökning efter relevant data och på så vis minskat antalet sökkombinationer. Polit och Beck (2012) beskriver även att det ibland kan vara en nackdel att använda trunkering i de databaser som innehåller ämnesordslista. Där kan trunkering slå ut databasens mappningsfunktion och där med riskeras färre träffar. Detta gäller bland annat sökmotorn PubMed. Då sökningarna gav många träffar fann författarna det nödvändigt att begränsa sökningen genom att använda flera specifika sökkombinationer med hjälp av den booleska söktermen AND för att få ett mer specifikt sökresultat. Artiklar skrivna engelska inkluderades. Studier skrivna på övriga språk exkluderades då författarna inte till fullo behärskade dessa. Detta kan i sin tur bidragit till att värdefulla artiklar fallit bort. Booleska söktermer som OR eller NOT användes aldrig, då författarna upplevde att dessa inte behövdes. Om söktermen OR används mellan sökorden kan detta leta till ett ökat antal träffar. Att använda OR är att föredra i de databaser som saknar ämnesordslista (Friberg, 2012).

Sökorden valdes utifrån studiens ämne. Fritextord nyttjades då författarna ville få fler träffar inom det specifika området. Forsberg och Wengström (2013) menar att om nya sökord kombineras, det vill säga en fritextsökning, kan ett smalare resultat erhållas. Sökmotorerna författarna valde att arbetat i upplevdes innehålla mest relevant forskning inom det valda ämnet.

Efter att författarna granskat ett flertal abstracts lästes totalt 39 stycken artiklar. Efter att artiklarna lästs av båda författarna togs ett gemensamt beslut att utesluta 21 stycken av dessa. Då de vetenskapliga artiklarna granskades tillsammans kunde specifika och individuella tolkningar diskuteras. Anledningen till detta berodde bland annat på att resultaten byggde på föräldrar och eller sjukvårdspersonalens uppfattning rörande barnets sjukvård. Artiklar som

endast fokuserade på procedurrelaterad smärta valdes bort, detta för att smärta är ett så stort ämne att det kräver en separat forskningsstudie. Coynes (2006) studie beskrev barnens, föräldrarnas och sjukvårdspersonalens uppfattning om vikten av delaktighet i vården. Denna studie valde författarna att inkludera men att endast presentera barnens uppfattning om delaktighet i resultatdelen. De artiklar som valdes ut för att ingå i resultatdelen kvalitetsbedömdes med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats (bilaga 2). Enligt Friberg (2012) bör en kvalitetsbedömning utföras för att kunna bedöma de valda artiklarnas vetenskapliga kvalitet. Det är inte bara artikelns resultat som är intressant utan även hur forskaren kom fram till resultatet. När en artikel granskas är det lättare att ta ställning till om artikeln svarar på syftet och om kvaliteten på artikeln är tillräckligt hög. Sju av de inkluderade artiklarna har en medelgod kvalitet och åtta har en hög kvalitet. Denna bedömning är gjord utifrån författarnas tolkning men med hjälp av bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering (Bilaga 1).

Vidare inkluderades 15 artiklar som svarade på syftet. Författarna läste artiklarnas resultat individuellt och därefter diskuterade författarna resultaten med varandra. Att vara två författare till detta arbete stärkte denna process. Forsberg och Wengström (2013) talar om vikten av att under arbetets olika faser diskutera de förförståelse som finns hos forskarna och hur dessa kan påverka tolkningen. Detta för att inte förutfattade meningar ska färga arbetets resultat. Texterna tolkades och ett mönster skönjdes i artiklarnas resultat. Utifrån dessa mönster har författarna skapat teman som presenteras i studiens resultat. Enligt Friberg (2012) är teman en bra struktur för att läsaren ska kunna följa författarnas tankegång.

Författarna har noggrant försökt presentera all data de funnit i resultatdelen. Författarna har även försökt att inte tolka materialet utifrån egen förförståelse. Ingen data har medvetet valts bort då de inte överensstämmer med författarnas egna erfarenheter eller åsikter. Friberg (2012) belyser vikten av att ha ett förhållningssätt som är kritiskt vid själva urvalsprocessen, vid analysen av artiklarna samt i arbetets utformning. Alla 15 inkluderade artiklar som presenteras i resultatet är godkända utav etisk kommitté eller liknande.

Författarna upplevde studiens resultat som givande och trovärdigt då flera av studierna visar på liknande resultat. Mycket av det som framkommit kan användas i olika sammanhang inom sjukvården där barn vårdas. Om sjukvårdspersonalen tar del av de önskemål som barn innehar finns möjlighet att skapa en god relation i vårdmötet med barnet. Barnen kan då utveckla ett förtroende för sjukvården.

De inkluderade artiklarna är utförda i länder från Europa, USA och Canada. Fyra av dessa är genomförda i Norden. Dessa länder har ett liknande västerländskt tänkande som kan jämföras med sjukvården i Norden. Mycket av det som framkommer i forskningsresultaten igenkänns med de förhållanden som råder inom sjukvården i Sverige. Därför tolkar författarna informationen applicerbar till den Svenska akutsjukvården men med hänsyn till den unika individen.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen är uppdelad utifrån några av de teman som presenterades i resultatet. Bemötande och kommunikation, vårdmiljö, sjuksköterskan och oro och rädsla.

Syftet med denna studie var att belysa faktorer och möjliga interventioner som påverkar barns upplevelser och förväntningar vid besök inom akutsjukvården. Vi ville ta reda på om det fanns faktorer vi som sjuksköterskan kan påverka för att minska oro och stress och hur sjuksköterskan tillämpar bästa möjliga vård anpassat utifrån barnets specifika behov. Ofta

innebär akutsjukvård korta och snabba möten där en sjukdom eller diagnos är det huvudsakliga bekymret. De utelämnas i en ny främmande miljö där barnens tvingas möta nya okända personer. Barn riskerar att känna oro och stress då sjukvården ofta förknippas med främmande och smärtsamma situationer. Ljudnivån kan vara hög med konstiga apparater, medpatienter som betar sig konstigt samtidigt som barnet inte mår bra. Denna erfarenhet kan ibland skapa negativa känslor som följer med patienten i många år. Dessa negativa händelser kan sedan påverka kommande möten med vården och dess personal. Resultatet i denna litteraturöversikt innehåller många viktiga aspekter. Studier där barn intervjuas angående upplevelser och förväntningar på vården ger en intressant inblick i barnens värld. Det känns verkligt och sanningsenligt och vi har mycket att lära utifrån detta.

Bemötande och kommunikation

Resultatet belyser att några av de viktigaste aspekterna hos barn i åldrarna 4-15 år gällande mötet med vården, handlar om god kommunikation och hur de blir bemötta. De vill få tydlig information och känna sig delaktiga i den vård de får. Barnen beskriver att de vill bli tilltalade och tillfrågade för att känna att deras åsikt är viktig (Norena-Pena & Juan, 2011; Johnson et al., 2012; Coyne, 2006; Pelander & Leino-Kilpi, 2004; Forsner et al., 2009). Bricher (1998) menar att det inte spelar någon roll hur sjukt ett barn är, de vill att sjuksköterskan ska vara ärlig och ge tydlig information om deras tillstånd. Barn vill få en chans att förbereda sig på och vara medveten om de beslut som fattas kring deras hälsa. Akutsjuksköterskans kompetensbeskrivning styrker det informationskrav barnen påtalar. Där beskrivs att personcentrerad vård inkluderar individuellt anpassad information och kommunikation. Informationen skall inge trygghet med hänsyn för den specifika situationen patienten befinner sig i. Informationen måste även vara tydlig för att patienten ska förstå och vilja ta emot den vård och behandling patienten är i behov av (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Detta betonar vikten av att sjuksköterskan anpassar och bemöter barnen på ett sätt som gör att barnet lättare kan ta till sig information och den vård denne är i behov av. De måste uppleva att de blir bemötta med respekt och får en chans till medbestämmande i de beslut som rör deras hälsa.

I resultatet framkommer att barn i åldrarna sju till femton år önskar ärlig information gällande de olika procedurer vården innebär. De vill veta vad som ska hända och om det kommer att göra ont (Forsner et al., 2009; Coyne, 2006; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Norena-Pena & Juan, 2011). I vissa fall missuppfattas detta av sjuksköterskan som tror att om de intalar barnet att proceduren inte kommer att göra ont, förenklas genomförandet och att barnet har lättare att samarbeta. Detta är att lura barnet och sjuksköterskan har en skyldighet att vara ärliga i allt som berör barnet. I studierna påtalades att sjukvårdspersonalen tvingade barnen att genomgå behandling och undersökning trots att de försökte förmedla sin osäkerhet och rädsla men att personalen struntade i deras åsikter. Att ignorera barnets känslor är skadligt för barnet och leder till negativa konsekvenser (Forsner et al. 2009). Tamm (2009) förklarar att om sjuksköterskan observerar och informerar om, vad som kommer att hända och hur det troligtvis kommer att kännas inför och under olika procedurer, minskar barnets rädslor. Då kan barnet förbereda sig på vad som kommer att ske och kan lättare hantera situationen. Bricher (1998) menar att om barn känner sig lurat leder detta till förlorat förtroende som är avgörande om ett barn tänker samarbeta vid provtagning och andra procedurer. Ett förtroende är en process och tar tid att bygga upp och kan inte skyndas fram. Om sjuksköterskan spenderar mycket tid med barnet som ges tydlig och noggrann information om olika procedurer kan barnet tillslut känna tillförlit och förtroende. Barns förmåga att förstå saker får aldrig underskattas. Sjuksköterskan måste vara vaksam på barnets verbala och ickeverbala språk för att försäkra sig om att barnet förstått.

Barnen i åldrarna sju till elva år beskriver även vikten av att sjuksköterskan uppträder lugnt, tar sig tid, bryr sig om och ger intryck av att inte vilja skada. När man är rädd handlar allt om hur man blir bemött (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Norena-Pena & Juan, 2011; Forsner et al., 2009). Ivarsson (2015) menar att det är av största vikt att respektera barnets integritet och försiktigt närma oss barnet om acceptans från barnets sida inte finns från början. Att skoja med barnet är aldrig fel och det ger en trygg och avslappnad stämning. Om mötet med barnet fungerar bra får vi direkt feedback. Samma sak gäller om mötet blev dåligt. Författarna till detta arbete anser att trots den höga belastningen som många gånger råder inom akutsjukvården, måste sjuksköterskan prioritera vikten av att uppbringa ett så bra samspel det är möjligt med det sjuka barnet.

Sjuksköterskan

I resultatet beskriver barnen (sju till fjorton år) vilka förväntningar de har på sjuksköterskan. Barnen vill att sjuksköterskan ska inge trygghet och visa förståelse för barnets situation. Sjuksköterskan ska vara empatisk och ärlig men även vilja skoja och busa (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Forsner et al, 2005; Norena-Pena & Juan, 2011; Forsner et al. 2009). Några av barnen (nio till femton år) såg sjuksköterskan som en kompis, en likvärdig som de kunde tala om allt med (Coyne, 2006). Resultaten talar för att barn i olika åldrar har olika behov och kunskap krävs för att kunna tillgodose dessa. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) beskriver att sjukvårdspersonalen skall ha en god relation med patienten och tillgodose dennes behov och utföra regelbunden säker vård. Akutsjuksköterskans kompetensbeskrivning belyser att sjuksköterskan ska bedriva vård ur ett etiskt och ett personcentrerat förhållningssätt. Detta innebär att sjuksköterskan måste se varje patient som en unik individ med specifika behov och att vården tillgodoser dessa. Vården ska bygga på respekt och lika värde oavsett ålder, kön eller nationalitet. Omvårdnad och behandling ska vara individuellt anpassad och genomföras säkert, värdigt och efter patientens önskemål (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Barnen (åtta till fjorton år) beskrev i resultatet att de ofta upplevde att sjuksköterskan var snäll, förstående och utförde individuellt anpassad vård. Detta ingav stor trygghet och förbättrade deras relation (Norena-Pena & Juan, 2011). Om barnet (sju till elva år) upplever trygghet minskar rädsla och nervositet och leder till att barnet lättare kan handskas med sin situation (Forsner et al., 2005; Forsner et al., 2009).

Resultatet påtalar även att barn i åldrarna nio till femton år vill bli respekterade. Det får dem att känna sig som individer med rättigheter. Detta ger barnet ökad självkänsla, glädje och lugn (Coyne, 2006). Detta stärks av FN:s barnkonvention (1989) som menar att alla barn har rätt att tycka, tänka och att uttrycka sina åsikter. Varje barn måste tillfrågas angående allt som rör dem. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad. Hemingway och Redsell (2011) beskriver att om barn inte blir involverade i sin vård känner de sig maktlösa, osäkra och kommer högst troligen uppleva mer smärta och obehag än de som känner att de är delaktiga.

Vårdmiljö

Vissa av barnen (sju till elva år) beskrev vårdmiljön som främmande och läskig. Nya okända människor upplevdes som skrämmande. Att uppleva en sådan miljö får barnen att känna sig otrygga och utelämnade (Forsner et al., 2009). Partridge (2001) påtalar att barn behöver eget väntrum och andra utrymmen på sjukhus där de slipper bli utsatta för berusade och stökiga patienter men även för att få möjlighet att skapa en barnvänlig atmosfär där barn och familjecentrerad vård kan genomföras. Resultatet talar för att sjuksköterskan måste tänka på hur och var vi väljer att barnen ska vistas på akutmottagningen. Barnen måste få möjlighet att vistas i en vårdmiljö som inte upplevs som skrämmande och som är anpassad för att underlätta vårdmötet för barnet. Tamm (2009) menar att barn vet att vården kan innebära

smärtsamma procedurer, så som venprovtagning, injektioner och kateterisering. Ibland måste de genomgå behandlingar och undersökningar de inte är vana vid. När barn inte förstår eller vet vad som ska hända upplever de att situationen förvärras. De får panik och kan ibland inte handskas med situationen eller sig själva. Har de negativa minnen ifrån tidigare vårdmöten förstärks även dessa känslor.

Barnen (fyra till elva år) berättade i intervjuerna att de önskade en trevligare sjukhusmiljö med glada färger som var anpassad efter barnens behov (Pelander & Leino-Kilpi, 2004). Barnen (fem till elva år) uttryckte att de ville kunna leka, titta på film och spela spel (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Lambert et al., 2013). De vill kunna umgås med familjen och sina vänner (Lambert et al., 2013; Pelander & Leino-Kilpi, 2004). Önskemål fanns att sjuksköterskorna skulle bära mera färgglada kläder. Ett av barnen uttryckte att, ”Sjuksköterskan borde klä sig i en annan färg, för att vitt är inte så fint” (Pelander & Leino-Kilpi, 2004). Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2005) menar att personcentrerad vård understryker vikten av personcentrerad miljö. Anpassad miljö har stor betydelse för hälsan och välbefinnandet. Hur miljön är utformad påverkar upplevelsen av att vistas i den men den påverkar även vårt beteende. Vården bör vara utformad så att den är stimulerande, att den stödjer det individuella beteendet och dess funktion. Miljön ska även ge en känsla av delaktighet och gemenskap. Att vårdpersonal och patienter är klädda i liknande vita kläder ger en känsla av aidentifiering. Resultatet visar på att det med enkla medel går att förbättra vårdmiljön för barnen. På så vis kan den främmande miljö barnen upplever bli mindre skrämmande.

Oro och rädsla

I resultatet framkommer att barnen i åldrarna (sju till elva år) anser att föräldrar är en viktig del i hur vårdssituationen upplevs och att föräldrar kan stötta barnet i olika situationer (Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Forsner et al., 2005; Forsner et al., 2009). Detta styrker vikten av att föräldrar bör få stanna hos sina barn vid vistelse på sjukhus. I FN:s barnkonvention (1989) beskrivs att barn inte ska separeras ifrån sina föräldrar mot deras vilja, utom när det är för barnets bästa. Ett barn som är skilt från föräldrarna har rätt att träffa dem regelbundet.

Studier visar att roliga bilder och tavlor skapar glädje och lugn. De fungerar som avledande element vid undersökningar och provtagning (Forsner et al., 2009; Bolver & Ullán, 2011; Robinson & Green, 2015). Detta påvisar att barn behöver avledande faktorer vid vistelse på sjukhus för att kunna fokusera på annat än deras tankar och fantasier.

Forsner et al. (2009) påtalar att rädslan minskade hos barnen om läkaren intygade att vara försiktig vid undersökning och behandling. Samma effekt upplevdes om barnen fick möjlighet att undersöka den medicinska apparaturen innan en undersökning eller behandling. Då fick barnen en större förståelse för situationen och den blev inte lika skrämmande. Får barnet undersöka och känna på objekt så som injektionsnålar och medicinsk utrustning kan barn samla mod att lättare samarbeta. Tamm (2009) styrker detta resonemang men vill även påtala vikten av när informationen ges. Hos små barn måste information och behandling utföras direkt. Detta då små barn har en tendens att glömma den information de tilldelats efter en kort stund. Äldre barn kan däremot hantera informationen på ett annat vis. Får de tidig information har de en chans att förbereda sig på vad som ska ske och blir på så vis mindre rädda. Om barn ska få en chans att uthärda en obehaglig procedur fordras att barnen får möjlighet att förbereda sig innan. På så vis klarar barnet lättare av situationen under behandlingen och får en större förståelse för vad de tvingats genomgå. Lika stor vikt ligger i hur den som behandlar bemöter barnet. Den attityd och det förhållningssätt behandlaren har gentemot barnet kan färga den syn barnet får och speglar sig sedan på liknande möten i livet. Upplever barnet vid

första kontakten empati och förståelse kan detta leda till att ett bra samarbete med sjuksköterskan etableras. Då kommer liknande mötet i framtiden vara lättare för barnet att hantera.

Författarna finner att vid jämförelser av barns rättigheter, sjuksköterskans kompetensbeskrivning och det som framgår i resultatdelen, tydliggörs den vård barn vill och har rätt till. Då akutsjukvården innebär snabba intensiva möten, är det av största vikt att vårdpersonalen lyckas etablera bästa möjliga kontakt. Detta för att barnet ska få möjlighet att känna trygghet och för att barnet skall kunna förstå och vilja medverka i den vård barnet är i behov av. Hur vårdmiljön kan anpassas och vilka avledande element som krävs för att genomföra vård av högsta kvalité upplevs genomförbart och något som måste prioriteras.

Slutsats

Studien framhåller att då barn sökte akut eller vårdades inom akutsjukvården fanns önskemål och förväntningar hos barnet som inte alltid uppmärksammades av sjuksköterskan. Resultatet belyste att sjuksköterskor måste bli bättre på att bemöta barnet och dennes specifika behov och önskemål. Sjuksköterskan bör även försöka anpassa kommunikationen till barnets ålder och mognad. Försöka anpassa den miljö som barnet befinner sig i och att sträva efter att uppbringa kontinuitet, förtroende och ärlighet i samspelet med barnet.

Klinisk tillämpbarhet

Då författarna arbetar på en akutmottagning där patienter i alla åldrar vistas finns ett stort behov av att anpassa miljön för barnen. Denna studie har varit givande och gett utlopp för tankar och funderingar hur vårdmiljön är utformad och hur den kan förbättras. Att ta del av andra forskares studier och deras forskningsresultat väcker många tankar och funderingar kring barns behov och den specifika miljö som kan underlätta mötet med vården. Barn önskar ibland lekrum och andra utrymmen där de har möjlighet att vistas med sin familj och med vänner. I detta kan det finnas svårigheter på grund av begränsade utrymmen på en akutmottagning. Det krävs inte alltid avancerade åtgärder för att minska barns oro och rädsla. Åtgärder som att måla färgglada figurer på väggar där barn vistas, möjligheten att se på tecknad film i väntan på provsvar eller andra behandlingar och att sagoböcker och leksaker finns tillgängligt som tidsfördriv eller som distraktion. Sjuksköterskan bör även ansvara för att barnen undgår att träffa stökiga och våldsamma patienter genom att inte vistas i samma rum/lokaler. I akuta situationer då barnet kräver ett snabbt omhändertagande får inte alltid avledande och distraherande faktorer utrymme. Men det är fortfarande av största vikt och fullt möjligt att vara ärlig gentemot barnen i en akut situation. Att säga att ett blodprov inte gör ont gör mer skada än nytta. Även ett gott bemötande och tydlig kommunikation förväntas av barnen och är fullt möjligt i både akuta och icke akuta situationer.

Om det finns möjlighet att inom akutsjukvården ägna dessa patienter mer tid och lyssna på vad barnen har att säga, kan det förändra synen på den främmande människa barnet tvingas möta. Då blir sjuksköterskan en person med känslor och empatiska egenskaper som barnet vågar lita på. Genom att under besöket på akutmottagningen och inom akutsjukvården även minimera antalet personer som ansvarar för barnets vård minskar oron och rädslan att tvingas möta flera främmande människor de inte känner. Har sjuksköterskan lyckats skapa en god relation måste denna försöka bibehållas.

Vi har i denna studie valt att inte inkludera smärta och smärtlindring hos barn då det är ett mycket stort ämne och passar bättre som en egen studie. Trots detta vill vi förmedla att barn är olika och uttrycker sig olika även här. Alla kan inte berätta vad som är rädsla och vad som är smärta då de ibland på grund av mognad har svårigheter att förklara (Tamm, 2009). Sjuksköterskan kan inte på grund av detta strunta i att ge smärtlindring i självklara situationer

därför att barnet inte verbalt uttrycker att de önskar få detta. Sjuksköterskan måste se till hela barnet och den situation hen befinner sig i. På så vis får personalen bättre förståelse för och kan ge en så korrekt vård det är möjligt.

Vidare forskning:

Författarna till detta arbete insåg under arbetets gång att det fanns få studier utförda inom det valda ämnet gällande barn och deras syn på vården som bedrivs på akutmottagningar. Att ta reda på mer om hur barnen upplever vården vid akut sjukdom och hur de önskar bli bemötta kan förbereda personalen på hur de kan bemöta det sjuka barnet på bästa möjliga vis. Sjuksköterskan kan på då ge åldersanpassad och individuell utformat vård. Genom att till exempel intervjua barn som besöker en akutmottagning, kan barnen med egna ord beskriva vilka faktorer som är viktiga och hur de önskar bli bemötta.

REFERENSER

- *Belver, M. H., & Ullán, A. M. (2011). Art in a Spanish children's hospital. *Arts & Health*, 3(1), 73-83. doi: 10.1080/17533015.2010.525516
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Bischofberger, E., Dahlquist, G., Edwinston-Månsson, M., Tingberg, B., & Ygge, B. M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber.
- Bricher, G. (1998). Paediatric nurses, children and the development trust. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 451-458.
- Brodzinski, H., & Iyer, S. (2013). Behavior changes after minor emergency procedures. *Pediatric Emergency Care*, 29(10), 1098-1101.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222.
- *Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parent's and nurses's perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61-67. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 67-73.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., & Snow, S. K. (2015). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), 255-272.
- Dwyer, T. M. (1996). Stress in the rural emergency room. *The Australian Journal of Rural Health*, 4(4), 270-274.
- Edberg, A. K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, W., & Öhlen, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. (2005). Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 344-353.
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Fein, J. A., Zempsky, W. T., & Cravero, J. P. (2012). Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*, 130(5), 1391-1405.
- *Felluga, M., Rabach, I., Minute, M., Montico, M., Giorgi, R., Lonciari, I., Taddio, A., & Barbi, E. (2015). A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *European Journal of Pediatric*, 1-6. doi: 10.1007/s00431-015-2688-0
- *Fogarty, E., Dunning, E., Koe, S., Bolger, T., & Martin, M. (2013). The "Jedward" versus the "Mohawk": a prospective study on a pediatric distraction technique. *Emergency Medical Journal*, 31, 327-328. doi: 10.1136/emmermed-2013-202337

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

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

*Forsner, M., Jansson, L., & Söderberg, A. (2009). Afraid of Medical Care: School-Aged Children's Narratives About Medical Fear. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(6), 519-528. doi:10.1016/j.pedn.2009.08.003

Fossum, B. (2009). *Kommunikation-samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (1989). *FN:s konvention om barns rättigheter antagen av FN's generalförsamling den 20 november 1989*. Hämtad 19 november, 2015, från http://www.manskligarattigheter.se/dynamaster/file_archive/020521/a2fe55424340e999aed047eb281537d7/fn_891120.pdf

Hallström, A. S., & Lindberg, T. (2015). *Pediatrik omvårdnad*. Stockholm: Liber.

*Hartling, L., Newton, A. S., Liang, Y., Jou, H., Hewson, K., Klassen, T. P., & Curtis, S. (2013). Music to Reduce Pain and Distress in the Pediatric Emergency Department. *JAMA Pediatrics*, 167(9), 826-835. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.200

*Heilbrunn, B. R., Wittern, R. E., Lee, J. B., Pham, P. K., Hamilton, A. H., & Nager, A. L. (2014). Reducing anxiety in the pediatric emergency department: a comparative trial. *The Journal of Emergency Medicine*, 47(6), 623-631. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.06.052>

Hemingway, P., & Redsell, S. (2011). Children and young people's participation in health care, consultations in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 19, 192-198.

Hodge, A., & Marshall, P. A. (2007). Violence and aggression in the emergency department, A critical care perspective. *Australian Critical Care*, 20(2), 61-67.

Hörnsten, Å. (2013) Personcentrerad vård: Översikt. *Vårdhandboken*. Hämtad 28 januari, 2016, Hämtad från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

Ivarsson, K. (2015). *Möten i vården*. Polen: Studentlitteratur.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningen termer och begrepp: en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

*Johnson, M. B., Castillo, E. M., Harley, J., & Guss, D. A. (2012). Impact of Patient and Family Communication in a Pediatric Emergency Department on Likelihood to Recommend. *Pediatric Emergency Care*, 28(3), 243-246.

Kerstis, B., Larsson, R., Lindberg, M., Sjöberg, M., & Söderbäck, M. (2010). *Barns och ungas rätt i vården 2010:3*. Stiftelsen allmänna barnhuset. Edita Västra Aros. Hämtad 19 november, 2015, från http://www.allmannabarnhuset.se/wpcontent/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf

Krauss, B. S., Calligaris, L., Green, S. M., & Barbi, E. (2015). Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *The Lancet*, 387(10013), 1-10.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

*Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2013). Social spaces for young children in hospital. *Child: care, health and development*, 40(2), 195-204. doi: 10.1111/cch.12016

Nager, A. L., Mahrer, N. E., & Gold, J. I. (2010). State trait anxiety in the emergency department-An analysis of anticipatory and life stressors. *Pediatric emergency care*, 26(12), 897-901.

*Noreña-Peña, A. L., & Juan, L. C. (2011). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Latino-Am Emfermagem*, 19(6), 1429-1436.

Offord, R. J. (2010). Caring for critically ill children within an adult environment- an educational strategy. *British association of critical care nurses*, 15(6), 300-307. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00411.x

*Okita, S. Y. (2013). Self-Other's Perspective Taking: The Use of Therapeutic Robot Companions as Social Agents for Reducing Pain and Anxiety in Pediatric Patients. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(6), 436-442. doi: 10.1089/cyber.2012.0513

Overly, F. L., Wills, H., & Valente, J. H. (2014). Not just little adults-A pediatric trauma primer. *Rhode Island Medical Journal*, 97(1), 27-30.

Partridge, T. (2001). Children in Accident and Emergency: seen but not heard? *Journal of child health care*, 5(2), 49-53.

*Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2004). Quality in pediatric nursing care: children's expectations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 27(3), 139-151. doi: 10.1080/01460860490497778

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

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

Price, B. (2006). Exploring person-centered care. *Nursing Standard*, 20(50), 49-56.

Roberts, J., Fenton, G., & Barnard, M. (2015). Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. *Nursing Children and Young People*, 27(4), 30-35.

*Robinson, P. S., & Green, J. (2015). Ambient Versus Traditional Environment in Pediatric Emergency Department. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(2), 71-80. doi: 10.1177/1937586714566412

SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen*. (SBU rapport nr 197). Stockholm: SBU. Hämtad 10 januari, 2016, från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Triage_fulltext.pdf

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Sveriges Rikstad. Hämtad 20 februari, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 20 november, 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (2011). *Skador bland barn i Sverige*. Hämtad 16 November, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-8>

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2013*. Hämtad 24 maj, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport december 2015*. Hämtad 10 februari, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19990/2015-12-11.pdf>

Soud, T. (1992). Airway, breathing, circulation, and disability: What is different about kids?. *Journal of Emergency Nursing*, 18(2), 107-119.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Hämtad 20 januari, 2016, från http://www.swenurse.se/contentassets/4bfb8375474740c79bda198a3d4f8f45/nr46_1okt_kompbeskr_akutweb.pdf

Tamm, M. (2009). *Barn och rädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård, omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Artikelmatis

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Belver, Ullán. 2011 Spanien	Art in a spanish childrens hospital	Syftet med studien var att undersöka hur anpassad sjukhuskonst påverkade barns känslotillstånd	Kvalitativ fallstudie med semi-strukturerade intervjuer.	N=51 Vuxna N=51 Barn (0)	Studien visade att stora färgglada bilder på väggarna gjorde barn avslappnade, glada, skojfriska och lugna. Även föräldrarna var positiva.	II K
Coyne. 2006 Irland	Consultation with children in hospital: children, parents and nurses perspectives	Att undersöka barn, föräldrar och sjuksköterskors syn på delaktigheten i vården.	Grounded theory . Data samlades in genom djupintervjuer, frågeformulär, teckningar samt genom observationer från barn i åldrarna 9-15 år.	N= 33 (0) 11 Barn 12 Sjuksköters- kor 10 Föräldrar	Föräldrarna ville att barnen skulle vara delaktiga i sina beslut för att öka deras självkänsla och självaktning. De ville att barnet skulle få en chans till välmående. Barnen uttryckte att de ville bli konsulterade och få information för att förstå sin sjukdom bättre, för att kunna vara delaktiga i sin vård och för att kunna förbereda sig inför olika behandlingar och procedurer. Studien visade att upplevelsen av detta hos barnen varierade och alla kände inte att de fick chans att vara delaktiga. Sjuksköterskor hade olika tankar kring om barnen skulle få vara delaktiga och bestämma över sin vård. Många menade att det	II K

					avgörande var barnets mognad och ålder.	
Felluga, Rabach, Minute, Montico, Giorgi, Lonciari, Ciari, Taddio, Barbie. 2015 Italien	A quasi randomizes-controlled trial to evaluate the effectiveness of clown therapy on children´s anxiety and pain levels in emergency department	Syftet med studien var att undersöka om närvaron av en sjukhusclown under smärtsamma procedurer, påverkade barns oro och smärta.	Randomiserad kontrollerad studie. Deltagarna i åldrarna 4-11 år delades in i interventions eller kontrollgrupp. Interventionsgruppen (barn + föräldrar) underhölls av 2 clowner i väntrummet samt under behandling och undersökning på akutmottagningen. Barnen i kontrollgruppen erhöll sedvanlig distraktions teknik från sjuksköterskan, så som såpbubblor, film och tv-spel.	N=40(9)	Barnens nivå av oro minskades signifikant i den grupp som fick besök av sjukhusclownen. Smärtskattningen förändrades inte.	I RCT
Fogarty, Dunning, Koe, Bolger, Martin. 2013 Irland	The Jedward versus The Mohawk a prospective study on a pediatric distraction technique	Att undersöka hur barn påverkas av en uppblåst undersöknings handske som dekorerats på två olika sätt.	En randomiserad kontrollerad studie där barn i åldrarna 2-8 år fick möjlighet att välja en av två handskballonger målade på olika vis.	N=136 (13)	Resultatet från studien visar att barn med akut sjukdom föredrog att leka med ballongen som hade målat ansikte på handryggen (Jedward).	II RCT

Forsner, Jansson, Sorlie. 2005 Sweden	The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness	Syftet med studien var att undersöka hur barn i åldrarna 7-10 år upplevde att vara sjuk	Semistrukturerad kvalitativ studie där forskarna intervjuade 7 barn. Barnen intervjuades 6 månader efter det att de skrivits ut från sjukhuset. Därefter analyserades intervjumaterialet utifrån teman.	N= 7 (5)	Huvudfynden i studien var att det fanns stora kontraster i barnens upplevelse av att vara sjuk. Upplevelserna varierade från att vara rädda eller självsäkra, ledsna eller att ha roligt, sårade men hade trots detta mycket roligt. Det gör att de som vårdar barnen måste ha förståelse för alla dessa känslor.	I K
Forsner, Jansson och Söderberg. 2009 Sweden	Afraid of medical care: School-aged children's narratives about medical fear.	Syftet med studien var att belysa betydelsen av att vara rädd i kontakten med sjukvården. Berättat av barn i åldrarna 7-11 år	Barn intervjuades efter att de vårdats på sjukhus. Forskarna använde sig av en fenomenologisk hermeneutisk analys	N= 9 (3)	Barnen var rädda och kände sig hotade av medicinska "saker" och av personalen. Rädslan var så stark att de försökte agera för att hitta en väg ut ur den fruktansvärda situationen. Sjukvården uppfattades som ett monster som hotade att förinta barnet. Barnen gav även förslag på vad som kunde förbättra och minimera rädslan.	I K
Hartling, Newton, Liang, Jou, Hewson, Klassen, Curtis. 2013 Canada	Music to reduce pain and distress in the pediatric emergency department	Forskaren till studien undersökte vilken effekt musik har på barns rädsla och smärta	Randomiserad blind- test där deltagarna delades in i två grupper. Barnen var i åldrarna 3-11 år.	N=42 (65)	Musik kan påverka stress och oro i samband med smärtsamma procedurer. Även föräldrar och vårdpersonal påverkades positivt.	I RCT
Heilbrunn, Wittern, Lee, Pham, Hamilton, Nager. 2014 USA	Reducing Anxiety In the Pediatric Emergency Department: A Comparative Trial	Att undersöka om barns rädsla minimerades om de fick träffa en sjukhusclown eller	En randomiserad kontrollerad studie där barnen 5-12 år delades in i två grupper. Kontrollgruppen väntade i	N= 113 (7)	Att träffa en sjukhus-clown och annan specialutbildad personal gällande barn, kan reducera barnets rädsla och leda till att undersökningar	I RCT

		child-life personal innan de träffade doktorn	ett vanligt väntrum. Interventionsgruppen väntade i ett rum där det fanns utbildade personal som underhöll barnen på olika vis.		underlättas.	
Johnson, Castillo, Harley, Guss. 2012 USA	Impact of patient and family communication in a pediatric emergency department on likelihood to recommend	Att identifiera positiva erfarenheter och upplevelser hos barn som besökt akutmottagningen	Retrospektiv studie där forskarna skickade ut enkäter i hemmen till patienter som besökt akutmottagningen under en 3 månaders period. De enkäter som ej var korrekt ifyllda exkluderades.	N=2310 (825)	Forskarna undersökte i sin studie hur patienterna uppfattade personalens kommunikation, väntetider, avskildhet, säkerhet, kulturella språksvårigheter, renlighet och upplevelsen av personalen omvårdnad. Resultatet av studien visade att patienterna värdesatte bemötandet, kommunikation och information mest.	II R

Lambert, Coad, Hicks, Glacken. 2013 Irland	Social spaces for young children in hospital	Att undersöka hur barn vill att sjukhusmiljön ska vara.	En kvalitativ semistrukturerad studie där deltagarna 5-8 år intervjuades. Intervjuerna utfördes individuellt samt gruppvis. Under intervjuerna hade barnen möjlighet att "pyssla".	N= 55 (0)	Barn vill att det ska finnas möjlighet att roa sig på olika vis under sin sjukhusvistelse. De vill inte känna tristess eller isolering.	I K
Norenja-Penja, Cibanal-Juan. 2011 Spanien	The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals	Att undersöka och beskriva barns upplevelse vid interaktion med sjuksköterskan under deras sjukhusbesök.	Kvalitativ studie. Information samlades in från barn i åldrarna 8-14 år genom observationer samt semistrukturerade intervjuer.	N= 30 (0)	Barnen uppskattade omvårdnaden på sjukhuset och kunde se vikten av att interagera med sjuksköterskorna både socialt och emotionellt. Studien visar att kommunikation har en viktig betydelse för barns upplevelser och tankar kring sin egen hälsa.	II K

Okita. 2013 USA	Self-other's perspective talking: The use of therapeutic robot companions as social agents for reducing pain and anxiety in pediatric patients	Syftet är att undersöka om robot djur som sällskap kan minska barnens oro och smärta vid sjukhus vistelse. Även hur föräldrarna påverkades.	Randomiserad kontrollerad kvantitativ studie där barn i åldrarna 6-16 år deltog. Barnen delades in i 2 olika grupper. I den ena gruppen studerade man barnen när de var själva med robot djuret och i den andra gruppen var både barn och föräldrar tillsammans med robot djuret. Efter att man lekt med djuret utvärderades barnets tillstånd med hjälp av smärtskattningsinstrumentet, ansiktsskalan och ett formulär som skattade oro.	N=18 (0)	Den grupp som fick använda roboten tillsammans med sina föräldrar upplevde mindre smärta och oro än de som lekte med roboten själva.	II RCT
Pelander, Leino-Kilpi. 2004 Finland	Quality in pediatric nursing care: children's expectations.	Vilka förväntningar har barn (4-11 år) rörande kvalitén på omvårdnaden.	Kvalitativ intervju studie. Där barnen delades in i två grupper. I den ena gruppen deltog barn med diabetes som ofta vistades på sjukhuset och i den andra barn med akuta sjukdomstillstånd.	N=40 (0)	Barnen vill att personalen ska vara trovärdiga, mänskliga, humoristiska och ha färgglada kläder. Barnen förväntade sig underhållning, utbildning, omtanke och delaktighet.	I K

Pelander, Leino-Kilpi. 2010 Finland	Children´s best and worst experience during hospitalization	Att beskriva barn i skolålderns (7-11 år) bästa och sämsta upplevelser under tiden då de varit inneliggande på sjukhus.	Kvantitativ undersökning där deltagarna fyllde i frågeformulär där de skulle fylla i slutet på en mening ex. Min åsikt om vad som var bäst på sjukhuset var...	N= 388 (0)	De bästa erfarenheterna som barnen uppgav var relaterat till människor, människornas karaktär, aktiviteter och miljön. De sämsta upplevelserna var relaterade till människor, känslor, aktiviteter, sjukdomskänsla.	I P
Robinson, Green. 2015 USA	Ambient Versus Traditional Environment in Pediatric Emergency Department	Att undersöka effekten av hur ljud och ljus kan påverka barns och föräldrars upplevelse på en akutmottagning.	Icke randomiserad kvantitativ studie där deltagarna valdes ut slumpmässigt till att vara med i kontrollgrupp eller interventionsgrupp. Frågeformulär delades ut till deltagarna.	N=70 (0)	Deltagarna i interventionsgruppen var mer nöjda med sjukvården, barnen upplevde mindre smärta än de som ingick i kontrollgruppen.	II CCT

Källa. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 2

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<p>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.</p>	<p>Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.</p> <p>Adekvata statistiska metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.</p>
<p>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.</p>	<p>Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.</p>	<p>Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.</p>	<p>Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process;</p>		<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig</p>

fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.		resultatredovisning.
---	--	--	----------------------

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.