

Sociala relationer – nyckeln till trygghet

En kvalitativ litteraturstudie om att bemöta barn inom vården.

Rebecka Eriksson

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård
Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Rebecka Eriksson

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Ståhl-Levón

Titel: Sociala relationer – nyckeln till trygghet
- En kvalitativ litteraturstudie om att bemöta barn inom vården.

Datum 02.04.2018 Sidantal 28 Bilagor 3

Abstrakt

Ett barn borde aldrig behöva uppleva sjukdom eller skada som leder till vårdtid men ibland går det inte att undvika. När det väl händer är det vårdarnas ansvar att veta hur man kan göra denna vårdtid till en bra upplevelse för barnet. Syftet med detta arbete är alltså att ta reda på hur man som vårdare skall bemöta och vårda ett barn inom prehospitalkvård samt sjukhusvård för att göra upplevelsen mindre skrämmande samt hur man skapar trygghet för barn inom vården.

Som teoretiska utgångspunkter till arbetet valdes Kerstin Segestens teori om trygghet samt Katie Erikssons vårdteori om vårdprocessen. Arbetet har gjorts som en kvalitativ litteraturstudie där tidigare forskning använts som data. Sökning efter tidigare forskning har gjorts med hjälp av olika databaser. Analysen genomfördes som en kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet delades upp i två huvudkategorier och sammanlagt åtta underkategorier. Resultatet fokuserade mycket på sociala relationer och visade att en vårdarens bemötande och personlighet är mycket viktigt för att skapa en trygg vårdmiljö för barn men även föräldrarna spelar en stor roll. I resultatet framgick även att vårdarens förmåga att kommunicera samt att vårdarens kunskaper har en betydande roll i skapandet av trygghet.

Språk: Svenska Nyckelord: Bemötande, trygghet, barn, vårdare

BACHELOR'S THESIS

Author: Rebecka Eriksson
Degree Programme: Nurse, Vasa
Supervisors: Anita Ståhl-Levón
Title: Social relationships – the key to safety
– A qualitative study about responding to children in health care.

Date 02.04.2018 Number of pages 28 Appendices 3

Abstract

A child should never have to experience sickness or any kind of trauma that requires health care, but sometimes it is impossible to avoid. When the time comes, it is the nurse's responsibility to make sure that the child's experience becomes as positive as possible. The aim of the thesis is to find out how nurses should treat and care children in prehospital emergency care and hospital care to make their experience of healthcare less frightening and how a nurse can provide safety to a child within healthcare.

The theoretical basis for this study is Kerstin Segesten's theory about safety and Katie Eriksson's nursing care model. This study was made with a qualitative method and the data was collected from previous researches, which was found in different databases. The analysis of the data was made with a qualitative content analysis.

The result was divided in two main categories and eight subcategories. The focus of the result was the people surrounding the child. The result revealed the importance of a nurse's personality and methods for treating to provide a safe environment for children. The result also revealed that the child's parents are very important for the experience. Even the nurse's level of knowledge and ability to communicate is an important part of the safe environment.

Language: Swedish Key words: Treatment, safety, child, nurse

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Inledning..... | 1 |
| 2 | Bakgrund..... | 2 |
| 2.1 | Barns tankar om hälsa och sjukdom..... | 2 |
| 2.1.1 | Förskoleåldern..... | 2 |
| 2.1.2 | Åttaårsåldern och nioårsåldern..... | 3 |
| 2.1.3 | Tolvårsåldern..... | 3 |
| 2.2 | Barns uppfattning av sjukvård..... | 4 |
| 2.3 | Föräldrarnas roll..... | 5 |
| 2.4 | Vårdarens roll..... | 6 |
| 2.5 | Akutsjukvården..... | 6 |
| 2.6 | Barn inom prehospital sjukvård..... | 7 |
| 2.7 | Barn på sjukhus..... | 8 |
| 2.8 | Barn och smärta..... | 9 |
| 3 | Teoretiska utgångspunkter..... | 9 |
| 3.1 | Trygghet inom vården..... | 9 |
| 3.2 | Vårdprocessen..... | 10 |
| 4 | Syfte och frågeställning..... | 12 |
| 5 | Metod..... | 12 |
| 5.1 | Kvalitativ metod..... | 12 |
| 5.2 | Kvalitativ litteraturstudie..... | 13 |
| 5.3 | Urval..... | 13 |
| 5.4 | Resumé..... | 15 |
| 5.5 | Kvalitativ innehållsanalys..... | 15 |
| 5.6 | Etiska överväganden..... | 16 |
| 6 | Resultat..... | 17 |
| 6.1 | Barns upplevelser av vården..... | 18 |
| 6.1.1 | Sociala relationer..... | 18 |
| 6.1.2 | Omgivningen..... | 19 |
| 6.1.3 | Vården..... | 20 |
| 6.2 | Vårdarens roll..... | 21 |
| 6.2.1 | Kommunikation..... | 21 |
| 6.2.2 | Kunskaper..... | 22 |
| 7 | Spegling mot bakgrund och vårdteori..... | 23 |
| 7.1 | Trygghet inom vården..... | 23 |
| 7.2 | Föräldrarnas inverkan..... | 25 |
| 7.3 | Vårdarens inverkan..... | 25 |

| | | |
|-----|-------------------------|----|
| 8 | Diskussion..... | 26 |
| 8.1 | Metoddiskussion..... | 26 |
| 8.2 | Resultatdiskussion..... | 27 |
| | Källförteckning..... | 29 |

Bilageförteckning

Bilaga 1 - Artikelsökning

Bilaga 2 - Resuméartikel

Bilaga 3 – Kategoriöversikt

1 Inledning

Jag har valt att studera bemötande av barn inom prehospital akutsjukvård samt barn som blivit intagna på sjukhus för att jag anser att kunskapen om detta ämne är bristfällig men väldigt viktig när det handlar om barn och deras upplevelser. Om ett barn är med om ett trauma kan det lämna ärr för resten av livet och orsaka svårigheter att utföra vissa moment i vuxen ålder på grund av men från barndomen och rädslor att behöva genomgå samma trauma igen. Då är det viktigt att de vuxna, i detta fall vårdpersonalen, vet vad de skall göra för att minska risken för livslånga ärr hos ett sjukt och oskyldigt barn.

Att kunna förstå sig på samt hjälpa ett barn på bästa sätt är inte hur enkelt som helst. Det är många faktorer som inverkar, bland annat en kombination av barnets vårdbehov, föräldrarnas åsikter samt det utvecklingsstadiet som barnet befinner sig i. Barn ser världen på ett helt annorlunda sätt än vad vuxna gör. Det är viktigt att som vårdpersonal skaffa sig kunskap om hur ett barn tänker för att lättare kunna förstå hur barn bör bemötas (Edwinson Månsson & Enskär 2008, 41)

Eftersom barn i olika åldrar skiljer sig så pass mycket från varandra kommer jag att fokusera detta arbete på barn i sex-års åldern till barn i tolv-års åldern. I bakgrundskapitlet kommer jag att beskriva barnens sätt att tänka och hur de ser på hälsa och sjukdom, utifrån dessa åldrar. Där beskrivs även barn inom akutsjukvård, barn på sjukhus samt föräldrarnas och vårdarnas roller. Efter bakgrunden kommer studien att påbörjas och svaret på frågeställningarna kommer sökas. I varje kapitel finns även en beskrivning av tillvägagångssättet för varje steg i studien. Personligen vill jag jobba inom ambulansverksamheten och är även intresserad av barn. Därför vill jag lära mig mer om hur man skall bemöta barn inom akutsjukvården för att göra deras upplevelse mindre skrämmande. Jag anser även att det är viktigt att veta hur man bemöter barnen inom sjukhusets väggar. Syftet med denna studie är att ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitala akutsjukvården och barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet. Jag vill också sprida vidare kunskap till andra vårdare samt anhöriga och därtill även själv lära mig om ämnet och sedan kunna ta med kunskapen till mitt arbete i framtiden. Jag vill att barnen samt deras föräldrar skall kunna lita på att jag jobbar utifrån evidensbaserad kunskap och försöker göra barnens upplevelser till något positivt istället för negativt och skrämmande.

2 Bakgrund

I detta stycke beskriver jag bakgrunden till det valda ämnet. Syftet med bakgrunden är att ge läsaren en bred syn på ämnet för att kunna förstå djupet lättare. Här beskrivs bl.a. barnens utveckling i förhållande till ålder och deras uppfattning om omgivningen samt av sjukvården. Det är viktigt att som vårdare förstå sig på hur barn tänker och känner i olika situationer som vuxna ser på ett helt annat och mer verkligt sätt. Om en vårdare har kunskap om hur ett barn tänker så kan vårdaren omvårda barnet bättre och veta hur man bäst bemöter ett barn enligt dess ålder och utveckling.

2.1 Barns tankar om hälsa och sjukdom

2.1.1 Förskoleåldern

Hälsa är ett begrepp som inte har något korrekt svar. Hälsa kan ses på olika sätt i alla åldrar, från barn till åldring. Barnet i förskoleåldern anser att hälsa är när man kan vara aktiv, leka och umgås med vänner. En frisk människa är i barnens ögon någon som äter sund kost samt borstar tänderna. De tycker att någon med god hälsa utstrålar lycka och glädje samt har en klar hy med rosiga kinder och en välmående kropp (Tamm 1996, 17–18). Tveiten (2000, 29) menar att barn i förskoleåldern är väldigt nyfikna på kroppen och hur den fungerar. I denna ålder kan barnet bättre inse sammanhang mellan olika saker samt kan tänka mer abstrakt och har lättare att föreställa sig saker. De har ett fantasifullt tankesätt, berättar gärna historier och har svårt att skilja på vad som är verkligt och vad som inte är det.

När det gäller deras tankar på sjukdom så har de ännu inte någon uppfattning om vad som kan orsaka sjukdom och skada utan de har en fantasifull syn på världen. De kan t.ex. tro att ett troll kommer och för bort dem eller att de blir straffade om de är olydiga. Trots att de vuxna förklarar verkligheten så har inte ett förskolebarn möjligheten att förstå skillnaden mellan verkligheten och den magiska värld som barnet lever i. De kan inte heller förstå hur man får en sjukdom utan i deras värld så bara får man det, det bara händer plötsligt. Barnen har i denna ålder en förståelse om att vissa sjukdomar smittar, men de förstår inte hur det går till och de kan inte heller urskilja vilka sjukdomar som smittar. De kan t.ex. tro att man blir smittad om man är nära någon som har cancer (Tamm 1996, 18–19).

Även Tveiten (2000, 31) menar att barn i denna ålder lätt tror att det är deras fel om de blir sjuka. Då är det viktigt att vårdaren förklarar att det inte stämmer. Barnet kanske inte ordagrant säger att det är deras fel men vårdaren kan upptäcka sådana tankar hos barnet genom att lyssna på barnets frågor och samtalsämnen.

2.1.2 Åttaårsåldern och nioårsåldern

Barn i nioårsåldern har utvecklat större uppfattning av vad hälsa är. Deras syn på hälsa speglar i en person som mår bra både fysiskt och psykiskt. Dessa barn kan lättare förstå helheten för hälsa och förstår även samband mellan hygien och hälsa. I denna ålder förstår de sig även på vad som kan främja en god hälsa, så som fysisk aktivitet samt en bra kost. De vet också att ett psykiskt välbefinnande är en förutsättning för god hälsa.

Barn i denna ålder har fått en lite bredare uppfattning av sjukdom. Deras tankegång kretsar kring att sjukdomen är orsakad av antingen bakterier och virus, olyckor eller att den är självförvållad, t.ex. för lite kläder eller dåliga kostvanor. De har, liksom förskolebarnen, en tanke om att sjukdomar betyder att man blir bestraffad och frågor som ”Varför just jag?” och ”Vad har jag gjort för att förtjäna det här?” dyker upp. Det är vanligt att barnen tror att deras egen olydighet är orsaken till sjukdomen och att de då bara har sig själva att skylla. När det gäller smittspridning av sjukdomar har barnet utvecklat ett mer logiskt tankesätt sen förskoleåldern och fått mer kunskap om människokroppen. (Tamm 1996, 25–26). Tveiten (2000, 30) påstår att barnet börjar tänka mer logiskt och har förmågan att fråga vuxna angående smärtor, lidande och sjukdomar. Barn i denna ålder är också mer ärliga och säger vad de tycker istället för att tveka.

2.1.3 Tolvårsåldern

Barn i tolvårsåldern har ett mer omfattande synsätt på hälsa som liknar allt mer på den vuxnes tänkande. De förstår t.ex. att en människa kan vara sjuk mentalt men frisk fysisk eller tvärtom, på samma sätt som de kan förstå att en person kan vara sjuk till en del men annars vara frisk, som vid en kronisk sjukdom. Barn i denna ålder har också förmåga att tänka på hälsan i framtiden och kan förstå att en dålig vana, t.ex. tobaksrökning kan orsaka skada i framtiden. De har även insett att vissa sjukdomar kan spridas vidare och att det finns åtgärder för att förhindra denna smittspridning. (Tamm 1996, 31–32).

Tankar om sjukdom har nu utvecklats och blivit mer logiskt och börjar också likna den vuxnes. Barnet kan förstå mer om specifika sjukdomar och tillstånd, såsom allergier och inflammationer. De har även förståelse för att t.ex. stress kan orsaka fysiska skador såsom magsår samt att en kronisk sjukdom kan orsaka depression. Enligt Eiser (1991) och Bibace och Walsh (1980) börjar barnet förstå vilken betydelse bakterier och virus har i sjukdomen samt hur sjukdomen sprids mellan olika personer. Det förstår skillnaden mellan akuta och kroniska sjukdomar och har mer kunskap om kroppen och dess samspel med omgivningen (Tamm 1996, 32–33). Barn i denna ålder kan även förstå allvaret i olika sjukdomar. De förstår till exempel att cancer är allvarligare än en förkylning. De har även utvecklat en rädsla för smärta, skador och döden (Muscarì 2001, 61).

2.2 Barns uppfattning av sjukvård

Under förskoleåldern kommer barnet i kontakt med sjukvården genom vaccinationer och hälsokontroller. De förstår inte exakt vad de vuxna förklarar och kan därmed få en otäck överraskning när de upptäcker att de skall få en spruta vid besöket hos läkaren. Det kan lätt orsaka sjukhusskräck och ge obehagliga minnen som barnet tar med sig i vuxen ålder. Därför behöver vårdpersonalen ha ett lekfullt sinne när de vårdar ett barn och låta barnet leka med instrumenten och utforska i egen takt. Enligt Foster (1989) behöver man ge lätta och korta förklaringar till barn för att lyckas med en undersökning som också barnet känner sig nöjd med. Denna ålderskategori blir lätt påverkade av sina föräldrar och deras känslor så en viktig del av undersökningen av ett barn kan innebära att lugna föräldrarna för att även barnet skall bli lugnare (Tamm 1996, 21–22). Tveiten (2000, 31) menar att ett barn i förskoleåldern kan tro att om en bekant har dött på sjukhus så väntar samma öde för barnet när det anländer till sjukhuset. Samma sak om barnet tidigare upplevt smärta inom sjukhusvården så kan de tro att nästa sjukhusvistelse också innebär smärta. Det är då viktigt för vårdaren att veta om barnets tidigare erfarenheter av vård.

Barn i skolåldern har en bättre uppfattning om sin egen kropp. De kan nu visa var de har ont och berätta om deras känslor. I denna ålder har de nu utvecklat en rädsla för sjukdom och smärta och blir därav mer rädd för undersökningar inom vården. De har också upptäckt att de får mer uppmärksamhet när de är sjuka, vilket kan reducera skräcken för stunden (Tamm 1996, 29). Barn i denna ålder har en bättre förmåga att skapa sociala relationer och därmed är det lättare att prata med barnet. Det medför att barnets eventuella rädslor för vården kan diskuteras och motarbetas tillsammans med vårdaren (Tveiten 2000, 131).

När barnet blir tonåring utvecklas ett intresse och en nyfikenhet av den egna kroppen. I detta stadie börjar tonåringen nu söka sig till vården själv, utan stöd av sina föräldrar. De har nu en egen vilja och kan ofta uppsöka vården i mån om att få råd och föredrar att besöket blir konfidentiellt, utan någon annans närvaro. Eftersom deras kropp växer och utvecklar sig kan tonåringen känna sig generad av att visa sig naken och vill helst undvika det. Det som vårdare behöver tänka på är att tonåringarna oftast gömmer sig bakom en tuff personlighet men är väldigt sköra vid kontakten med vården. De är också rädda för att vårdaren skall göra något negativt fynd vid en undersökning och behöver då få känna trygghet (Tamm 1996, 33–34).

2.3 Föräldrarnas roll

Föräldrarna är de som känner barnet som bäst. Föräldrarna har en stor roll vid vården av barn eftersom de kan sitt barn utantill och vet dess olika behov oavsett ålder. När barnet ännu är för litet och inte själv kan förmedla hur det känner sig så är det föräldrarna man vänder sig till. Att involvera föräldrarna i vården är viktigt eftersom det är de som kan kommunicera med barnet på bästa sätt samt att de, bara med sin närvaro, skapar trygghet åt barnet. Ett barn som lämnas utan sina föräldrar, i händerna på vårdpersonal, känner sig övergivet och det förlorar känslan av trygghet som de annars har i närheten av sina föräldrar. Barnet litar på sina föräldrar och behöver dem för att känna säkerhet. För föräldrarna kan det vara en svår upplevelse när deras barn är sjukt. De blir oroliga för sitt barns skull och vill inte lämna dess sida. Det är viktigt att som vårdare involvera föräldrarna och berätta vad som kommer att ske med barnet och dess undersökningar för att skapa trygghet även åt föräldrarna (Edwinson Månsson & Enskär 2008, 34–35).

Barn är i behov av vuxna men nivån av behovet varierar beroende på barnets ålder och utveckling. Ju äldre barnet blir desto mindre blir behovet och barnet klarar bättre av att uttrycka sina åsikter. Därför blir vården mer familjecentrerad när det handlar om barn, jämfört med vuxna. Ett barn som blir inlagt på sjukhus kan känna mycket ångest över att behöva separeras från nära bekanta och ibland även föräldrarna. Därför är det viktigt att involvera föräldrarna i vården, så att ångesten minskar eller aldrig uppstår hos barnet (Tveiten 2000, 19–24).

2.4 Vårdarens roll

Vårdpersonalen kan skapa förtroende till föräldrarna om de använder sig av ett professionellt förhållningssätt. Man bör som vårdare aldrig ifrågasätta en förälders åsikt om sitt barns hälsa (Hanséus, Lagercrantz & Lindberg 2012, 116).

En annan viktig egenskap som en vårdare bör ha är flexibilitet. Om vårdaren kan vara flexibel och ändra på sina egna handlingar och planer efter barnets och föräldrarnas önskemål, skapas det automatiskt ett förtroende för vården och upplevelsen blir mindre skrämmande och påfrestande för alla parter. Alla parter behöver varandras hjälp i en situation där ett barn behöver vård. Föräldrarna behöver information om barnets tillstånd och vårdbehov och vårdaren behöver information av föräldrarna om barnets tankar, känslor och behov. Då kan man tillsammans skapa en trygg miljö och en lindrig vårdupplevelse (Edwinson Månsson & Enskär 2008, 37).

Att göra både barnet och föräldrarna delaktiga i vården skapar en känsla av kontroll för föräldrarna vilket är betydelsefullt i en situation där föräldrarna är oroliga över sitt sjuka barn. Om vårdaren hjälper till att skapa trygghet för föräldrarna så kan det i sin tur underlätta för föräldrarna att få barnet att känna sig tryggt (Hanséus, Lagercrantz & Lindberg 2012, 114). Tveiten (2000, 34) menar att om föräldrarna får delta i vården av sitt barn och känna sig delaktiga så kan det minska på stressen hos föräldrarna. De känner sig meningsfulla och lugna, vilket i sin tur kan ge lugn åt barnet. Det gäller dock för vårdaren att hitta en balans i hur mycket av vården som föräldrarna sköter. Föräldrarna bör inte behöva känna att det blir för mycket eller att de ersätter vårdarens jobb.

2.5 Akutsjukvården

Akutsjukvård är den vård som ges när någon plötsligt blir sjuk och behöver omedelbar vård. Det kan handla om benbrott, akuta smärtor eller andningssvårigheter. Det kan ske när som helst och man kan antingen själv ta sig till sjukhuset eller ringa efter en ambulans beroende på hur allvarlig olyckan eller sjukdomsfallet är. Vården av akut sjuka patienter börjar oftast i ambulansen med åtgärder som t.ex. sårömläggning eller smärtlindring. I ambulansen arbetar vanligtvis sjukskötare och personer med specialutbildning inom akutsjukvård. Patienten förs sedan vidare till en akutmottagning på ett sjukhus. På sjukhuset finns i stort sett all den utrustningen som behövs samt kunniga vårdarbetare och där kan en läkare göra

en undersökning av patienten för att kunna uppskatta skadans omfattning. Läkaren kan sedan avgöra vilken avdelning patienten skall förflyttas till (Arvidsson 2013, 12).

Att arbeta inom akutsjukvården kan vara väldigt tungt men anses ändå vara ett mycket givande arbete. Oregelbundna arbetstider, tunga lyft och att alltid behöva vara beredd på utryckning är sådant som ingår i yrket. Det kan alltså vara både fysiskt och psykiskt tungt. Att kunna hantera svårt skadade patienter samt dödsfall är något som kan vara speciellt påfrestande. Ambulanssjukvårdarna är oftast utbildade mentalt för att kunna förebygga psykiskt tunga situationer och anses därför vara mer stresståliga (Suserud & Svensson 2009, 33, 39)

2.6 Barn inom prehospital sjukvård

För barn i åldern 4 år och uppåt är trauman den dominerande dödsorsaken. Endast ca 10 % av ambulansverksamhetens utryckningar gäller barn och kvalitén på kunskapen om pediatrik prehospital vård är inte lika stark som för vuxna eftersom det är det mest obekanta området för ambulanspersonalen. (Jewkes 2001, 103–105). Suserud och Svensson (2009, 435) har liknande tankar. De skriver att akutsjukvården av ett barn kan skilja sig mycket från vården av en vuxen och att akutsjukvård i sig är en utmaning men när det handlar om barn blir utmaningen ännu större. Oftast har barnet dessutom med sig sina oroliga föräldrar som även de kan behöva omvårdas. Barn från sexårsåldern upp till tolvårsåldern kan oftast samarbeta med akutsjukvårdarna och förstår oftast att de är där för att hjälpa. Som vuxen vårdare bör man dock komma ihåg vikten av att lugnt förklara för barnet vad som händer eftersom barns reaktioner är oförutsägbara och kan variera beroende på skadans och situationens omfattning.

Största delen av utbildningen som akutsjukvårdare går igenom innehåller första hjälpen av vuxna eftersom det är den största åldersgruppen som behöver prehospital vård. Kunskapen om prehospital vård av barn är bristfällig och endast en liten del av utbildningen gäller barn. Därav blir kvalitén på vården sämre på barn jämfört med vuxna (Seid, Ramaiah & Grabinsky 2012, 114–120). Ambulanssjukvårdare har i sin utbildning troligtvis övat i ett fullt utrustat område med allt som behövs men i verkliga yrket, ute på fältet, behöver sjukvårdarna ha även andra förberedelser. Bland annat kan det vara emotionellt svårt som ambulanssjukvårdare när ett barn är involverat i ett trauma. Antalet personer som kan hjälpa till vid en olyckshändelse varierar också från gång till gång. Ambulanserna har heller aldrig utrymme att förvara alla storlekar av vårdutrustning som behövs till barn i olika åldrar samt

för vuxna. Det kan försvåra vården när det väl händer att ett barn behöver akutsjukvård (Jewkes 2001, 103–105). Nyström och Herlitz menar (enligt Suserud & Svensson 2009, 13) också att ambulanssjukvårdarna behöver ha god kunskap om hur man kan vara flexibel i sitt bemötande, beroende på vem som behöver vård och att personalen bör, på sidan om sitt vårdarbete, samtidigt kunna skapa trygghet för patienterna.

Barn behöver speciell sjukvård. Det går inte att vårda dem som ”små vuxna” utan deras anatomi och fysiologi ser annorlunda ut än den vuxnes. Barns inre organ ligger närmre varandra vilket betyder att barn har större risk att få inre skador i samband med olyckor. Även barns ålder och utveckling gör skillnad för hurdan vård de behöver (Al-Anazi 2012, 220–227). Suserud och Svensson (2009, 436) beskriver bland annat att barns hud är tunnare än vuxnas samtidigt som deras värmereglering är outvecklat och bidrar därför till snabbare nedkylning. Barns skelett är även mjukare och mer ömtåligt och därför är risken för frakturer större.

2.7 Barn på sjukhus

Barn som behandlas på sjukhus tycker oftast att det är en obehaglig upplevelse och faktorer som avgör graden av obehag kan bland annat vara barnets ålder och tidigare sjukhusvistelser. Runesson beskriver (enligt Edwinson Månsson & Enskär 2008, 31) att sjukhusvistelsen för ett barn kan vara varierande. Den kan kännas icke hotfull för barnet om vardagen innehåller morgonrutiner, måltider och aktiviteter tillsammans med andra barnpatienter. Däremot kan vistelsen direkt kännas hotfull om vardagen innehåller t.ex. provtagningar, undersökningar och situationer då barnet måste säras från sina föräldrar.

Barn bör bara vara på sjukhus om det absolut är nödvändigt, t.ex. vid diagnostisering och olika behandlingar. Fokus bör ligga på barnets behov i dagens läge är det vanligt med familjecentrerad vård. Då krävs det kommunikation och samarbete mellan vårdare och familjen. (Hanséus, Lagercrantz & Lindberg 2012, 119).

Enligt Tveiten (2000, 19, 103) påverkas barn på ett annat sätt än vuxna när det gäller sjukdomstillstånd samt sjukhusintagning. Barn visar till exempel symptom på ett annorlunda sätt och kan ha andra reaktioner än vuxna vid vissa situationer. För barn är det oftast en helt ny upplevelse att bli intagen på sjukhus och allt omkring dem är annorlunda från vad de är vana med. Nya människor, annan säng, ny miljö och annorlunda mat. Dessa okända faktorer kan enkelt skapa stress, ångest och känsla av otrygghet för ett barn.

2.8 Barn och smärta

Smärta berättar om man har ont någon stans och fungerar som en skyddsmekanism hos människan. Den vanligaste anledningen till att barn och deras föräldrar söker vård för barnet är just smärta. Barn upplever smärta på olika sätt beroende på ålder, utveckling och tidigare erfarenheter. Barn använder sig av ansiktsuttryck, rörelser, gråt eller tystnad för att visa sin smärta. Barn över sex år kan själva uppskatta sin smärtnivå med hjälp av en skala mellan 0 och 10 (Suserud & Svensson 2009, 452–454). Om barnet är tillräckligt gammalt bör vårdaren i första hand be barnet själv beskriva sin smärta vid smärtbedömningen. Efter det kan vårdaren bedöma utefter barnets beteende, fysiska skador samt vårdarens egna erfarenheter. Målet vid vården av barn med smärta är att reducera lidandet och få barnet att godta situationen det befinner sig i (Lundeberg & Olsson 2016, 69, 73). Tveiten (2000, 116) menar att smärta ibland är svårt för vuxna att beskriva och därför är det ännu mer komplicerat för ett barn som inte har till exempel ett färdigt utvecklat språk. Barns förmåga att själv lindra smärtan är också begränsad jämfört med den vuxnes förmåga.

3 Teoretiska utgångspunkter

I detta arbete kommer jag att ha två teoretiska bakgrunder. Den ena är Kerstin Segestens teori om patienters upplevelse av trygghet, eftersom jag i mitt syfte vill ta reda på hur man skapar trygghet för barn inom prehospitalet akutsjukvård samt inom sjukhuset. Den andra teorin är vårdprocessen av Katie Eriksson eftersom den bland annat tar upp relationen mellan patient och vårdare.

3.1 Trygghet inom vården

Enligt Segesten reflekteras inte fenomenet trygghet från en konkret händelse utan skapas av människans uppfattning av händelsen. Segesten menar att tryggheten eller otryggheten i sig beror helt på hur var och en individ uppfattar den. Alla individer har även en gemensam uppfattning av trygghet och otrygghet som skapar en grund ram för fenomenet men på djupet har alla en egen uppfattning av när man är trygg respektive otrygg. (Segesten 1994, 3–4)

Segesten beskriver trygghet inom två olika områden. Det första är trygghet i vardagen och speglas över skolor, inom olika religioner samt inom politiken. Det andra Segesten tar upp är trygghet inom vården. Bara vetskapen om att vården finns tillgänglig kan ge en viss

trygghet men det är även viktigt att vården i sig faktiskt kan uppfylla de krav som ställs för att skapa trygghet. Trygghet är viktigt för människans hälsa menar Segesten (1994, 3–4).

I sitt arbete har Segesten gjort fem intervjuer där fokus lagts på tre områden av trygghet. Känsla av trygghet, trygghet i sig själv samt trygghet utifrån. Känslan av trygghet har i intervjuerna beskrivits främst med ord som lycka, tillit, lugn och balans. Med inre trygghet anses de individuella upplevelserna av trygghet och förklarades med fraser som ”att lita på sig själv”, ”att känna att man duger” samt ”att kunna genomgå en krissituation”. Tryggheten utifrån speglas av det som omringar oss i samhället. Där ingår bland annat tryggheten att ha en bostad, att ha tillgång till sjukvård samt relationen till andra människor (Segesten 1994, 12–13).

Även Katie Eriksson tar också upp fenomenet trygghet inom vården och hennes teori liknar Segestens. Även hon menar att den kan delas in i inre och yttre trygghet. Den inre betyder att människan är lugn och säker i sig själv och det kan man få genom att uppleva positiva saker och har koppling till hurdana relationer man har till andra människor. Genom att skaffa sig fler upplevelser och erfarenheter genom livets gång samt genomgå flera kriser så byggs den inre tryggheten upp. Den yttre tryggheten betyder att människan är skyddad från hot av omgivningen och den påverkas av det som finns runt om oss. Även här påpekar Eriksson att relationen till andra människor spelar stor roll men också miljön, kunskap samt materiella ting. Eriksson skriver även om begreppet ”revir”. Hon menar att alla människor har ett individuellt revir och om reviret inkräktas eller inte respekteras blir individen skadad genom att tryggheten minskar. Fokus inom vården har länge legat på att skapa trygghet för patienten. Eriksson menar att man som vårdare borde lägga fokus på det positiva i patientens situation genom att analysera patienten. Det kan leda till ökad ork för patienten att ta sig igenom en svår process (Eriksson 1986, 22–24).

3.2 Vårdprocessen

Vårdprocessen är väldigt omfattande och innehåller många förlopp. Det är en metod för att förena teori och praktik. Det centrala i vårdprocessen är relationen mellan patienten och vårdaren. Idén med processen är att patienten skall ha det bra där han befinner sig just nu och vårdandet skall fokusera på den aktuella situationen. Om patienten själv upplever sig ha ohälsa så är det skäl nog för att påbörja vårdprocessen. Det är viktigt att vårdaren försöker hålla relationen fortlöpande från första kontakten fram till att patienten har uppnått den eftertraktade hälsan (Eriksson 2014, 18–23).

Vårdprocessen grundar sig även på en individuell helhetssyn som betyder att vårdare bör se och bemöta patienten som en hel individ, med både kropp och själ i åtanke. Som vårdare är det då väsentligt att ha bakgrundsinformation om olika områden som kan gälla en människa, såsom människokroppen samt människans mentala funktioner. Eftersom alla människor är unika så är även vårdprocessen för varje individ olika. Inne i varje individs kropp gömmer sig unika egenskaper, erfarenheter, tankar och känslor som bör tas i beaktande av vårdaren (Eriksson 2014, 28).

Kvalitén på processen utgörs av hur bra vårdaren och patienten kan samverka. Denna samverkan är ömsesidig och kräver att både vårdaren och patienten både ger och tar. Vårdarens uppgift är att ge stöd och råd åt patienten på vägen samt att låta patienten själv avgöra hastigheten. Patienten skall kunna uttrycka sina behov till vårdaren med hjälp av en god relation och får därmed vara involverad i vårdprocessen. Vårdaren skall handla utifrån god kunskap samt etiska principer för att förhållandet till patienten ska bli optimalt. Beroende på patientens sjukvårdsbehov så kan vårdtiden ändra från gång till gång. Om relationen mellan patient och vårdare inte är i fokus inom vårdprocessen så leder det till att processen inte kan fortlöpa som den borde. Eriksson skriver att vårdrelationen är kärnan i vårdprocessens tre olika delar, patientanalysen, prioriteringen samt utförandet av vård. (Eriksson 2014, 55–56).

Vid en patientanalys menar Eriksson att vårdaren skall analysera individen som en helhet och inte uppdelad. Man kan analysera en del åt gången men sedan skall de tydas i jämförelse med helheten. Om man endast analyserar den del som tydligt definieras av ohälsa så kan man som vårdare missa andra faktorer som kan bidra till att ohälsan är ett faktum. Patientanalyser eftersträvar optimal hälsa. (Eriksson 2014, 57–58).

Efter en utförd patientanalys skall beslut fattas om vårdnivån, inriktningen samt förhållanden inom vården. För att begripa hur man skall prioritera bör man som vårdare hitta samband mellan olika områden. Om man endast utgår ifrån ett problem kan vårdaren missa ett annars tydligt mönster som bör ingå i vårdprocessen. Eriksson menar att man skall hitta ett mål att sträva efter men att detta mål inte innebär slutet av vården utan snarare en riktning. I prioriteringen bör vårdaren involvera patienten och tillsammans fundera ut vilka områden som i första hand skall vara fokusområdet (Eriksson 2014, 73–75).

Med resultaten av patientanalysen och prioriteringar av vård så kan valet av vårdhandlingen samt utförandet av vården påbörjas. Det innebär att man försöker leda patienten till

förändringar i sitt hälsotillstånd. Det kan göras antingen med påverkande eller med styrande handling. En påverkande handling innebär att man försöker ändra patientens liv aktivt genom att påverka personens sätt att tänka. En styrande handling innebär att man ändrar patienten utan att han själv hjälper till aktivt. (Eriksson 2014, 77).

4 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitla akutsjukvården och barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet.

Frågeställningarna för denna studie lyder:

1. Hur skall man inom prehospitla akutsjukvården samt inom sjukhuset bemöta och vårda ett barn på bästa sätt.
2. Hur kan man skapa trygghet för ett barn inom prehospital akutsjukvård samt inom sjukhusvården?

5 Metod

Metoden är det tillvägagångssätt som används för att hitta svar på arbetets frågeställningar samt bearbetning av materialet. Metoden väljs vanligtvis utefter syftet. Efter att ha övervägt olika metoder valdes till slut en kvalitativ metod som grund för detta arbete. I detta kapitel beskrivs vad kvalitativ metod, kvalitativ litteraturstudie samt kvalitativ innehållsanalys är.

5.1 Kvalitativ metod

Enligt Marshall och Rossman (2016) innebär en kvalitativ metod att studera människors upplevda erfarenheter av en viss situation. I en kvalitativ metod finns ingen absolut sanning och heller inte något som är fel eftersom det handlar om upplevda erfarenheter och inte siffror som vid kvantitativ metod. Kvalitativ litteraturstudie är en form av datainsamlingsmetod där man söker svar på sina frågor genom att använda olika former av litteratur. Det kan vara t.ex. vetenskapliga artiklar, böcker eller bloggar. Det är syftet i ett arbete som avgör den metod som väljs (Henricson 2017, 111–112).

Syftet med denna studie är att ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitala akutsjukvården och för barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet. Valet av metod blev då kvalitativ metod eftersom jag inte är intresserad av siffror, som i en kvantitativ studie. I detta fall är jag intresserad av andras åsikter och erfarenheter inom ämnet för att få en bättre förståelse för hur man som vårdare bör förhålla sig till barn. Jag anser att en kvalitativ metod kan ge de bästa svaren på arbetets frågeställningar.

5.2 Kvalitativ litteraturstudie

En kvalitativ litteraturstudie innebär att forskaren hämtar materialet till sitt arbete från bland annat vetenskapliga artiklar eller rapporter. För att kunna utföra en kvalitativ litteraturstudie bör det finnas ett tydligt syfte i arbetet med frågor som skall besvaras. Därefter söks svar på frågorna i litteratur. Ibland kan det vara svårt att hitta tidigare forskning som handlar om ämnet man studerar och då kan syftet justeras efter hand och antingen smalnas av eller utvidgas beroende på vad det finns för tidigare forskning. Man bör även fokusera på så aktuell forskning som möjligt och hitta ett tidsintervall att hålla sig inom. Genom att göra en kvalitativ litteraturstudie lär man sig att söka kunskap och bearbeta samt analysera data. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 203–211)

Detta arbete görs som en kvalitativ litteraturstudie och jag använder mig av tidigare forskning som datainsamlingsmetod och sedan kvalitativ innehållsanalys vid analyseringen av data. Syftet är alltså att med hjälp av tidigare forskning ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitala akutsjukvården och barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet.

5.3 Urval

Urval handlar om att söka fram det mest relevanta materialet för den aktuella studien. Till skillnad från kvantitativa insamlingsmetoder, där mängden material är det viktigaste, så är det unika materialet viktigast vid en kvalitativ studie. Det handlar om att söka fram det material som har unikt innehåll som innehåller svaren på forskarens frågeställningar enligt Aveyard och Marshall och Rossman (Henricson 2017, 115–116)

Detta arbete utförs genom att söka tidigare forskning i olika databaser och använda vissa specifika sökord som kan reflektera till mitt syfte. Då ökar det chansen att få fram de mest relevanta svaren till mina frågeställningar.

Jag har sökt efter material i databaser såsom Ebsco och PubMed och använt avancerad sökning. Det har gett mig möjlighet att söka med fler ord samtidigt och då har jag använt mig av funktionen AND för att få flera specifika ord med i resultaten. Sökord som används är bland annat pediatric, children, prehospital, hospital, quality, care, treatment och trauma. Sökandet har främst fokuserat på forskning som är gjorda mellan 2007 och 2017 för att få tillgång till så aktuell forskning som möjligt. Jag har även filtrerat bort de artiklar som inte ger mig tillgång till fulltext, eftersom jag vill kunna läsa hela arbetet. Fokus kommer alltså att ligga på barn i åldern sex till tolv. När jag i Ebsco sökte på "child" AND "view" AND "hospital" visades 75 resultat och jag har valt att använda två av dem i arbetet. Denna sökning begränsade jag till år 2007 till 2017 samt tillgänglig fulltext. De flesta forskningarna handlade mer om hur man vårdar specifika sjukdomsfall hos barn och då valdes dessa bort eftersom arbetets fokus ligger på själva bemötandet av barn.

I Pubmed sökte jag bland annat på "parent perspective" AND "child" AND "hospital" med begränsning på att artikeln skall vara endast 10 år gammal samt tillgänglig i fulltext. Då visades 16 resultat. Här valdes bara en ut eftersom de flesta forskningarna åter igen fokuserade mer på vården av specifika sjukdomar hos barn.

När jag började söka efter data låg fokus på att försöka hitta artiklar med forskning från Norden eller eventuellt Europa eftersom vården där liknar mest den i Finland. Efter sökandets gång insåg jag att det fanns väldigt lite forskning inom ämnet från Europa och då breddades urvalet för att få fram någon relevant forskning. Fem av artiklarna som valts kommer från forskning i Europa varav två är från Finland och resterande är från England, Nederländerna och Portugal. De andra fem artiklarna är forskning från olika delar av världen, där två är från USA, och resten från Kanada, Brasilien och Australien.

Eftersom arbetets frågeställningar gäller barn mellan sex och tolv år så togs även det i beaktande vid sökandet av tidigare forskning. Mycket forskning handlade dels om småbarn, alltså barn under sex år, eller tonåringar över tolv år. Dessa forskning kunde därför inte tas med i arbetet.

I slutet av arbetet finns en tabell som fyllts i med vilka sökord jag använt, hur många träffar jag fått samt hur många av de sökta artiklarna som använts i arbetet (bilaga 1). Det är en

sammanfattning för att kunna se tillvägagångssättet vid sökandet av forskning till arbetet. Där syns vilka olika kombinationer av sökord som använts.

5.4 Resumé

En resuméartikel är en bearbetning av det material som man har använt i sitt arbete. Man läser först igenom allt material för att skaffa sig ett intryck av innehållet. Efter det görs en sammanfattning av alla forskningars syfte, metod samt urval och resultat. Denna sammanfattning görs som en tabell för att skapa en översikt av materialet för att underlätta den kvalitativa innehållsanalysen som följer.

Efter att ha valt ut olika forskningar läste jag igenom dem och sammanställde en resuméartikel (bilaga 2) över deras innehåll. Denna tabell är till för att få en bättre översikt av materialet som skall analyseras. Tabellen är till nytta både för mig själv vid analyseringen samt för läsarna som får en bättre översikt.

5.5 Kvalitativ innehållsanalys

I denna studie används en kvalitativ innehållsanalys. Det är en analysmetod där man delar in text systematiskt i grupper. Man använder sin samlade data och delar in dem i grupper och undergrupper. Denna metod är dominerande för arbeten inom vården (Nyberg & Tidström 2012, 135–136).

Kvalitativ innehållsanalys är främst tillämpad för analys av texter från olika dokument. Viktigt är att analysen görs utifrån syftet i arbetet (Henricson 2017, 289, 295). Enligt Hsieh och Shannon (2005) samt Elo och Kyngäs (2007) kan en kvalitativ innehållsanalys göras induktiv, vilket betyder att det är själva texten som formar analysen, eller deduktiv, som betyder att analysen görs enligt en färdig modell (Henricson 2017, 290). Danielsson menar (enligt Henricson 2017, 285) att kvalitativ innehållsanalys är ett bra sätt att lära sig hur en text skall läsas, formas samt redogöras men det är inte nödvändigtvis den lättaste formen av analys utan det beror helt på forskaren själv. Det är forskaren som väljer djupet på analysen.

Vid analysens början sammanförde jag alla forskningars resultat i ett dokument och printade ut det. Detta dokument med forskningarnas resultatdelar blev sammanlagt cirka 20 sidor text som användes till analyseringen. Syftet med denna studie är alltså att ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitala

akutsjukvården och barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet. Det var dessa frågor jag sökte svar på i texten som printades ut. Jag läste texten flera gånger, analyserade den noggrant och strök under det som kunde svara på frågeställningarna. Efter att ha filtrerat ut de delar som svarade på frågorna strök jag under texten ytterligare en gång med olika färger för att hitta samband och skillnader mellan resultatet från olika forskningar. Syftet var att sortera texten i kategorier och underkategorier för att sedan kunna få en översikt av resultatet. Alla delar av texten som sorterades ut är sammanställda i ett dokument (bilaga 3). När kategorierna var skapade lästes texten återigen och sammanställdes under resultatkapitlet nedan.

5.6 Etiska överväganden

För att en forskning skall vara acceptabel krävs det att den görs utifrån god vetenskaplig praxis. Det bidrar till forskningens kvalitet och gör forskningen mer pålitlig. Med god vetenskaplig praxis menas bland annat att texten som används från tidigare forskning hanteras noggrant och enligt forskarens ursprungliga avsikt med texten. Texten bör alltså förvaras så gott det går utan att innehållet ändras men fortsättningsvis ändrad till en egenskriven text. Praxisen innebär även att en forskare som använt någon annan forskares material bör hänvisa till denna på ett korrekt sätt. När en forskning görs så bör forskaren hålla sig till metoder som uppfyller kriterierna för vetenskaplig forskning och man bör undvika att använda sig av egna kommentarer och åsikter om forskningen i sitt arbete. (Forskningsetiska delegationen, 2012)

Idén med etiska överväganden är inte att allt skall följas exakt utan att principerna skall tas i beaktande och övervägas i arbetet. Forskaren kan använda sig av riktlinjer för att kunna jämföra sitt arbete vart efter. Om forskaren upptäcker ett etiskt dilemma i sitt arbete kan forskaren göra en lista över för- och nackdelar för att få det bästa resultatet (Denscombe & Larson 2004, 213).

Det som också måste beaktas etiskt vid forskning är plagiering, fabricering samt förfalskning. Plagiering innebär att man använder sig av andras idéer, ord och resultat utan att uppge namnet på personen som gjort eller skrivit originalet. Det vanligaste är att man använder stycken ur en text som någon annan ursprungligen publicerat. För att undvika plagiering bör man noga skriva ut källan till texten på ett korrekt och enkelt sätt. Fabricering och förfalskning innebär att hitta på data eller att endast ta upp det resultat som forskaren sökte efter i sina frågeställningar och därmed lämna övrigt resultat utanför

resultatredovisningen. Det kan också innebära att man förvränger resultaten (Henricson 2017, 76). Forskningsetiska delegationen (2012) tar, utöver dessa etiska aspekter, även upp stöld som ett etiskt felaktigt handlande. Stöld innebär att utan tillåtelse använda sig av någon annans material i sitt eget arbete.

I detta arbete söker jag vetenskapliga artiklar både på svenska och också engelska. Jag läser igenom texten, analyserar den och sedan försöker jag återskapa sammanhanget i texten men med mina egna ord. Jag har inte kontakt med någon informant i min studie eftersom jag använder mig av litteratur som insamlingsmetod och jag behöver då inte tänka på att behandla någons personuppgifter konfidentiellt. När de gäller de engelskspråkiga forskningarna försöker jag förstå innebörden i texten och översätta till svenska med mina egna ord men ändå behålla originaltextens betydelse och riktighet. Jag vill följa kriterierna för god vetenskaplig praxis genom att försöka ta hänsyn till andra forskare när jag söker material att använda till mitt eget arbete. Jag analyserar texterna ur tidigare forskning och försöker förstå dess innebörd för att kunna återskapa innehållet på bästa sätt genom hela arbetet.

6 Resultat

Resultatredovisningen i en studie innebär att man lyfter fram det som hittats vid analyseringen av materialet och jämför det med bakgrunden och de teoretiska utgångspunkterna. Granskär och Höglund-Nielsen (2012, 214) menar att det är viktigt att man i resultatredovisningen tar med både likheter och olikheter mellan resultatet, bakgrunden och teoretiska utgångspunkter.

Syftet med denna studie var att ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitla akutsjukvården och barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet. I detta kapitel framförs resultatet av analysen av de tidigare forskningarna som valdes till arbetet. En översikt av alla forskningar finns redovisad i en tabell (bilaga 2). Under analysen sorterades texten ut och alla delar finns sammanställda i ett dokument (bilaga 3). Det i sin tur resulterade i två huvudkategorier, fem underkategorier och ytterligare tre kategorier under det. I slutet av detta kapitel finns ett schema över de slutgiltiga kategorierna. I detta kapitel har jag lyft fram vissa citat som på ett bra sätt stärker svaren på frågeställningarna. Citaten som finns med i resultatkapitlet är översatta från engelska till svenska.

6.1 Barns upplevelser av vården

Eftersom arbetets syfte är att ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitäl akutsjukvården och barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet så är det viktigt att få se på saken ur barnets synvinkel. Sex av de tidigare forskningarna beskriver hur barn anser att vården och bemötandet bör vara för att göra deras upplevelser bättre.

6.1.1 Sociala relationer

Något som upprepades i flera av forskningarna var att barn sätter högt värde på att ha människor omkring sig när de är sjuka. Det gäller föräldrar, släktingar, vårdpersonal, vänner och andra besökare. I detta fall är det vårdarens roll som betonas mest och barnen i forskningarna anser att relationen till vårdaren är betydelsefull.

Enligt de flesta barnen som deltagit i studierna är relationen till vårdaren mycket viktig och vårdarens personlighet och bemötande är avgörande för barnens upplevelser av vården. Carnevale och Gaudreault (2013) beskriver att barnen i deras studie gärna vill ha vårdare närvarande, speciellt när föräldrarna inte kan vara närvarande medan Pelander och Leino-Kilpi (2010) tar upp hur vissa barn gärna vill bli behandlade av samma vårdare för att känna sig trygg samt att de uppskattar när vårdaren är trevlig och snäll och försiktig. Både Pelander och Leino-Kilpi (2010) och Schalkers, Dedding och Bunders (2015) beskriver att barnen gärna ser att vårdpersonalen är social och underhållande för att göra vårdtiden roligare.

Barn anser även att relationen till vårdaren är viktig eftersom det underlättar kommunikationen med dem. Barnen vill känna att vårdaren lyssnar på dem och att deras röst blir hörd: *"Barn betonade vikten av effektiv kommunikation vilket innebär att de blir välinformerade samt att vårdpersonalen pratar direkt till dem"* (Schalkers, Dedding och Bunders 2015).

Annat som togs upp om vårdaren var bland annat att barnen värdesätter när vårdaren respekterar deras privatliv samt när de använder sig av ett varsamt arbetssätt: *"Barn nämnde att privatliv, så som att ha möjligheten till ett eget patientrum, var en av de bästa sakerna med att vara på sjukhus"* (Pelander och Leino-Kilpi 2010). Schalkers, Dedding och Bunders (2015) tar upp att något som de flesta barn inte uppskattar är när vårdare är tvära, hastiga och inte pratar med barnet. Då känner barnen sig otrygga och ser vården som något negativt.

Något som upprepas i fyra av forskningarna är att barnen känner sig avsevärt trygga och tillfredsställda när deras föräldrar är närvarande. De flesta barn blir upprörda så fort deras föräldrar är frånvarande eftersom de ogillar att vara ensamma på sjukhuset: *"Föräldrar ansågs vara en primärkälla till trygghet. Bara föräldrarnas närvaro beskrevs som tryggt i sig av många deltagare"* (Carnevale och Gaudreault 2013).

Schalkers, Dedding och Bunders (2015) samt Carnevale och Gaudreault (2013) beskriver i sina studier att de flesta barn uppskattar att deras föräldrar har möjligheten att spendera natten på sjukhuset men barnen blir upprörda bara av att föräldrarna sover i ett annat rum. Det finns även de barn som uppskattar när föräldrarna deltar i olika aktiviteter så som att spela spel eller se på film: *"Barn uppskattade väldigt mycket att deras föräldrar hade möjligheten att stanna över natten"* (Schalkers, Dedding och Bunders 2015). De nämner också att barnen värdesätter att ha föräldrarna nära eftersom de oftast minns detaljer som vårdaren berättar och som barnet har svårt att komma ihåg eller förstå. Föräldrarna kan även berätta viktig information om barnet till vårdaren som barnet själv inte kommer ihåg samt fråga frågor som barnet inte vågar fråga.

När det gäller övriga sociala relationer så uppskattar de flesta barn att få besök av vänner och släktingar. Schalkers, Dedding och Bunders (2015) beskriver även att vissa barn tycker om att umgås med andra patienter i samma ålder och sitter gärna i allmänna utrymmen för att skaffa nya vänner. Några har heller inget emot att dela rum med någon annan barnpatient utan ser det som positivt att ha någon att prata med: *"Barn anser att lekrum och allmänna utrymmen är bra platser att träffa andra"*.

6.1.2 Omgivningen

Omgivningen kan också påverka barns upplevelser positivt respektive negativt. Enligt Pelander och Leino-Kilpi (2010) har barn beskrivit att de uppskattar när det finns aktiviteter såsom filmer och datorspel, men även clowner samt personal som ordnar lekar: *"Det barn tyckte allra bäst om under deras tid på sjukhuset var först och främst underhållningsaktiviteter och i andra hand underhållningsföremål, så som filmer och spel"*.

Carnevale och Gaudreault (2013) menar att vissa barn gärna vill ha ett eget kramdjur eller en egen filt eftersom det kan få dem att känna sig trygga och hjälpa dem vid besvärliga vårdåtgärder. Schalkers, Dedding och Bunders (2015) skriver i sin studie att några barn har

berättat att det är trevligt när möbler och dekoration är färgglada och har roliga mönster: *"Enligt barn bidrar ljusa och färgstark inredning till en angenäm atmosfär"*.

Fyra av de studier som analyserats beskriver hur barn på olika sätt tycker att omgivningen bidrar till en negativ upplevelse av vården. Där beskrivs bland annat brist på aktiviteter, att bli störd av andra patienter samt rastlöshet: *"Vid sjukhusvistelsen var omgivningen en av de värsta sakerna på grund av ständigt sängliggande, brist på aktiviteter så som hantverk samt inget privatliv"* (Pelander och Leino-Kilpi 2010). Något annat som ansågs göra sjukhusvistelsen negativ var maten, som bland annat beskrevs som ofräsch och variationslös, dåligt fungerande tv-apparater samt fönster som saknade mörkläggningsgardiner: *"Med få undantag hade barnen inget positivt att säga om sjukhusmaten"* (Schalkers, Dedding och Bunders 2015).

Ramsdell, Morrison, Kassam-Adams och Marsac (2016) tar upp att okända miljöer är en bidragande faktor till osäkerhet hos barn samt känslan av att vara instängd, speciellt för sängliggande barnpatienter, eftersom barn vanligtvis brukar vara väldigt aktiva. De menar också att den okända miljön bidrar till att barnens sömn- och matvanor förändras.

6.1.3 Vården

Carnevale och Gaudreault (2013) skriver i sin studie att det vanligaste som barn känner oro över inom vården är nålar och slangar. Att ha en begränsad rörlighet och symptom utöver smärta, så som illamående och trötthet, leder också till obehag för barn.

Otäckta undersökningar, operationer, mediciner samt matbegränsningar inför åtgärder är sådant som barn inte tycker om enligt Pelander och Leino-Kilpi (2010): *"Alla de värsta erfarenheterna var relaterade till barnets upplevelser som patient"*. Schalkers, Dedding och Bunders (2015) skriver att blodprover, dropp och injektioner ansågs skrämmande för barnen, men även väntetiden inför vårdåtgärder: *"De kände sig olyckliga av väntetiden eftersom det gjorde dem ännu mer nervösa"*. Samma studie tog även upp att många barn vill ha information om åtgärden innan den utförs och blir gärna distraherade vid otäckta vårdåtgärder. Vissa barn vill gärna ha med sig ett kramdjur och andra vill istället ha en belöning efter en utförd vårdåtgärd, så som en leksak eller ett klistermärke: *"Det hjälper också om man får en belöning efter injektionen eftersom slutet då blir lite roligare"* (Nio-årig flicka). Pelander, Leino-Kilpi och Katajisto (2007) menar att de barn som kommit in till sjukhuset för en planerad åtgärd var mer nöjda med den informationen de fick än de som

kom in för akuta åtgärder. I samma studie framkom även att de flesta barn var nöjda med den mängd smärtlindring de hade fått under vårdtiden.

6.2 Vårdarens roll

Vårdarens handlingar är betydande för barns möjlighet till en trygg vård. Flera av de tidigare forskningarna tar upp vad man som vårdare bör tänka på så som kommunikation med barn, föräldrar samt vårdare emellan. Även vårdarens kunskaper är betydande för barnets trygghet. Det krävs specifika kunskaper för att kunna vårda ett barn med delmål att öka tryggheten.

6.2.1 Kommunikation

Cottrell et al. (2014) skriver att flera akutvårdare är överens om att det lätt uppstår fel vid kommunikationen vårdare emellan. Personalen har ofta problem att veta vem av vårdarna som skall ha ansvaren ute på fältet och de är ofta oeniga. De nämner också att vårdarna tycker det är svårt att veta vilken förälder som får ta avgörande beslut vid delad vårdnad eller när ingen av föräldrarna är närvarande. Informationen kan lätt bli felaktig om kommunikationen sker över telefon, speciellt om det finns mycket ljud som kan störa. Silva et al. (2017) tar upp att vårdarna anser att det är viktigt med god kommunikation vid transporten av patienter och ytterst viktigt att få med all väsentlig information om patienten för att säkerställa tryggheten för patienten. Enligt en av de intervjuade vårdarna är det därför viktigt att överförandet av information sker i en lugn miljö utan yttre, störande faktorer: *”Med hänsyn till de faktorer som stör kommunikationen under skiftet är ljud den främsta anledningen”*.

De flesta barn vill få information om vad som skall hända framöver. Gordon et al. (2011) menar att barn som fått tillräckligt med information inför ett besök till sjukhuset anser att tanken på att återvända till sjukhuset i framtiden inte är så skrämmande. Sousa, Antunes, Carvalho och Casey (2013) menar att föräldrarna också uppskattar om vårdaren ger information åt dem angående barnets hälsotillstånd och kommande vårdåtgärder.

6.2.2 Kunskaper

Cottrell et al. (2014) tar upp att brist på kunskap och erfarenhet kan försvåra viktigt beslutsfattande och all personal, speciellt de som vårdar barn, bör ha teknisk kunskap samt veta hur man utför olika åtgärder. Det är en förutsättning för att kunna skapa trygghet åt barnet. De flesta informanterna i denna studie anser att det är mer psykiskt påfrestande att vårda barn än vuxna och därför behöver personalen kunna hantera stress och ångest. De behöver även kunna vara flexibla och ta hand om de oroliga föräldrarna till ett skadat barn: *”Det krävs ofta en extra akutvårdare bara för att kommunicera med och ta hand om upprörda familjemedlemmar”*. De beskriver även att det ibland råder personalbrist och de måste använda sig av personal som inte har någon eller endast lite utbildning och erfarenhet inom pediatrik. Det är en stor orsak till en otrygg miljö för barn. Enligt Fletcher et al. (2011) känner sig barnen i studien mer trygga och bekväma om vårdaren är expert på sitt jobb, kan utföra vårdåtgärder på ett bra sätt samt att de kan få barnen att känna sig trygga.



Figur 1

7 Spegling mot bakgrund och vårdteori

I detta kapitel görs en jämförelse av resultatet och bakgrunden samt Segestens teori om trygghet och Erikssons teori om vårdprocessen som beskrivits i tidigare kapitel. Speglingen görs för att se hur väl resultatet stämmer överens med bakgrunden och vårdteorierna genom att hitta likheter och olikheter i materialet.

7.1 Trygghet inom vården

Både Segesten och Eriksson beskriver hur tryggheten definieras av yttre samt inre faktorer. En av de yttre faktorerna involverar relationen till andra människor och i resultatet framgick det att många barn som deltog i olika studier kände att en stor del av det som ökade tryggheten för dem var just relationen till andra människor, speciellt vårdaren. Carnevale och Gaudreault (2013, 19–27) beskriver hur vårdaren påverkar barnen från flera perspektiv, bland annat kände barnen trygghet bara av att vårdaren var närvarande. Något annat som märktes i resultatet var att olika barn hade olika åsikter om vad som får dem att känna sig

trygga, vilket stärker Segestens teori om att tryggheten upplevs olika av alla individer. Eriksson (1986, 22–24) menar att relationen till andra människor visserligen har en stor betydelse för tryggheten men att materiella ting och miljö också påverkar. Hon påstår att människan har ett revir och om det inkräktas så minskar tryggheten. Resultatet stärker detta genom att beskriva hur barnen i studierna värdesätter privatliv, omgivningen samt viktiga ägodelar, så som ett kramdjur.

Segestens (1994, 12–13) beskrivning av inre trygghet som bland annat ”att kunna lita på sig själv” framgår inte specifikt i resultatet utan för barn handlar det mest om relationen till andra samt omgivningen. Även Eriksson (1986, 22–24) beskriver fenomenet på samma sätt, en inre trygghet genom att känna sig säker i sig själv och det beskrivs inte i resultatet.

Pelander och Leino-Kilpi (2010) beskriver att de upplevelser där barnen kände sig som mest otrygga var i samband med deras roll som patient, alltså vid vårdåtgärder. Edwinson Månsson och Enskär (2008, 34–35) skriver att barns vistelse på sjukhus kan kännas hotfull vid provtagningar och undersökningar. De menar också att alla parter behöver varandras hjälp i en situation där ett barn behöver vård för att göra upplevelsen bättre. Detta kommer fram i resultatet på flera ställen. Schalkers, Dedding och Bunders (2015) menar att föräldrarna kan berätta viktig information om barnet till vårdaren och Carnevale och Gaudreault (2013) beskriver att barnen i deras studie gärna vill ha vårdare närvarande, speciellt när föräldrarna inte kan vara det. Suserud & Svensson (2009, 13) menar att ambulanssjukvårdarna behöver ha god kunskap om hur man kan vara flexibel i sitt bemötande och vårdarbete för att kunna skapa trygghet för patienterna. I resultatet beskriver Cottrell et al. (2014) att en förutsättning för att kunna skapa trygghet åt barn inom vården är att vårdaren bör ha teknisk kunskap samt veta hur man utför vissa åtgärder.

Omgivningen var en omfattande del av resultatet. Den ansågs så omfattande att det resulterade i en egen underkategori. Omgivningen inom vården kan ha en stor betydelse för tryggheten hos barn. I resultatet framkom det att barn värdesätter aktiviteter samt en färgglad inredning på sjukhuset. I bakgrunden nämndes det att sjukhusvistelsen kan kännas mindre skrämmande för barnet om vardagen innehåller morgonrutiner, måltider och aktiviteter tillsammans med andra barnpatienter (Edwinson Månsson & Enskär 2008, 31).

7.2 Föräldrarnas inverkan

I resultatet framkom det att barn känner trygghet bara av föräldrarnas närvaro och när föräldrarna är frånvarande så blir de flesta barn genast obekväma och upprörda. Resultatet berättar även att föräldrarna är viktiga eftersom de även kan förmedla information mellan vårdare och barn då t.ex. barnet har glömt att berätta något viktigt för vårdaren. Edwinston Månsson och Enskär (2008, 34–35) skriver att det är viktigt att involvera föräldrarna vid vården av barn eftersom de känner sitt barn bäst och bara med sin närvaro kan skapa trygghet för sitt barn. De beskriver även hur ett barn känner sig övergivet om det lämnas utan sina föräldrar, vilket stämmer med resultatet.

7.3 Vårdarens inverkan

Eriksson (2014, 18–23, 28) menar att grundstenen i vårdprocessen är relationen mellan vårdare och patient och det är även en stor punkt i resultatet. Vårdarens relation till barnpatienten är mycket viktig för att barnet skall känna sig tryggt och kunna genomgå vårdtiden lättare. Eriksson beskriver även att vårdaren bör bemöta och vårda patienten som en hel individ, med både kropp och sinne involverat, där vårdaren får ha mycket i beaktande från olika synvinklar. Detta kan jämföras med resultatet där det var uppenbart hur viktigt det är för barnpatienter att må bra både fysisk och mentalt, så som att vara fri från olika symptom samt att få ett gott bemötande av vårdaren. De flesta barn tog även upp omgivningen som en faktor till ökad trygghet och vårdaren bör då även ha det i åtanke.

I resultatet framkom det att vissa vårdare anser att det är mer psykiskt påfrestande att vårda barn än att vårda vuxna inom och därför behöver man som vårdare kunna hantera den sortens stress och ångest. Enligt Suserud och Svensson (2009, 435) är vården av barn en större utmaning än vården av andra patienter. De menar också att barnpatienter oftast har med sig sina oroliga föräldrar som även de behöver stöd. Resultatet tog också upp att en vårdare bör vara flexibel för att även kunna ta hand om barnets föräldrar i en situation där föräldrarna är oroliga över barnets hälsa. Foster (1989) menar att det är viktigt att även lugna föräldrarna eftersom en lugn förälder lättare kan sprida lugnet vidare till sitt barn. Om föräldrarna är oroliga blir barnet oroligt eftersom det lätt påverkas av föräldrarnas beteende och känslor (Tamm 1996, 21–22).

Tamm (1996, 21–22) beskriver också att barn inte alltid förstår exakt vad de vuxna förklarar och de kan därmed få en otäck överraskning när de möts av vården. Detta kan då undvikas

genom god kommunikation, som tas upp i resultatet. Gordon et al. (2011) menar att barn som fått tillräckligt med information inför ett besök till sjukhuset anser att tanken på att återvända till sjukhuset i framtiden inte är så skrämmande.

Seid, Ramaiah & Grabinsky (2012, 114–120) påstår att kunskapen om prehospital vård av barn är bristfällig och endast en liten del av utbildningen gäller barn. Detta anses också vara sant i resultatet, där Cottrell et al. (2014) beskriver att det ibland råder personalbrist och de måste använda sig av personal som inte har någon eller endast lite utbildning och erfarenhet inom pediatrik.

8 Diskussion

Syftet med denna studie var att ta reda på hur man som vårdare skall förhålla sig till barn och deras behov av vård inom den prehospitla akutsjukvården och barn intagna på sjukhus samt hur man på bästa sätt kan skapa trygghet för barnet. Detta ämne valdes eftersom jag själv anser att det är viktigt att som vårdare veta hur man skall bemöta ett barn samt hur man ökar tryggheten för barn. I detta kapitel beskrivs vad som gick bra och vad som kunde ha gjorts bättre, främst inom metod- och resultatkapitlen. Kapitlet beskriver även hur jag tycker att arbetet har gått samt vad jag lärt mig.

8.1 Metoddiskussion

Innehåll i bakgrunden valdes efter vad jag ansåg att läsaren behöver ha som underlag, för att lättare förstå sig på resten av arbetet, så som en inblick över barns olika utvecklingsstadier. Även vårdteorierna, datainsamlingsmetod samt analysmetod valdes utefter syfte och frågeställningar.

Litteraturstudie valdes som metod utefter syfte och frågeställningar. Jag ville ta reda på vad man kommit fram till i tidigare forskning inom detta ämne genom att söka artiklar i databaser via internet. Tanken från början var att fokusera på bemötande av barn inom prehospital akutsjukvård men utefter arbetets gång insåg jag att det var brist på tidigare forskning inom det ämnet. Därför var jag tvungen att ändra frågeställningarna och fokus blev då inte bara på akutsjukvård utan även sjukhusvård. Det gav mig större möjlighet att fullfölja arbetet. Efter att frågeställningarna ändrades kunde mängden material som krävdes till arbetet uppnås men trots att frågeställningarna blev bredare så fanns fortfarande en viss brist på tidigare

forskning. Att helt ändra syfte var inte ett alternativ eftersom arbetet redan var omfattande. Utmaningen med det metodval som gjorts var alltså att hitta relevant forskning. Vid sökandet av forskning var ett av kraven att de inte fick vara mer än tio år gamla. Det är möjligt att det finns relevant forskning som är äldre än tio år men det var inte intressant för detta arbete. Under arbetets gång har jag insett att till exempel en intervjustudie troligtvis skulle ha varit ett bättre alternativ. Om arbetet hade gjorts som en intervjustudie hade jag i mån av möjlighet försökt intervjua barn för att få så pålitliga svar som möjligt på frågeställningarna. Utmaningen hade då istället varit att ta de etiska aspekterna i beaktande. När det gäller barn är det inte lika lätt att få tillåtelse till intervjuer. Även om metodvalet i detta fall inte var det optimala så anser jag att arbetet kunde fullföljas korrekt med det material som hittades. Då den tidigare forskningen valts blev utmaningen istället att tolka texten enligt dess exakta innehåll samt dess budskap eftersom all forskning var på engelska. En del av forskningarna använde sig av mer avancerad engelska än andra och då krävdes hjälp av översättningstjänster. Eftersom jag valde att endast söka tidigare forskning på svenska och på engelska, de enda språk jag behärskar, så finns det en möjlighet att en del forskning förbisågs. Dock hittades ingen forskning på svenska och materialet var slutligen enbart på engelska. Av den tidigare forskningen som användes så kunde vissa svara bättre på arbetets frågeställningar än andra. De två tidigare studierna som kom från Finland var dock till god nytta. De kunde svara bra på frågeställningarna och resultatdelen i studierna hade en bra struktur.

Analysen gjordes genom att läsa materialet ett flertal gånger för att sedan sammanställa det till ett resultat. Jag anser inte att tolkningen som gjorts av texten är den ända rätta utan att det bara är mitt sätt att tolka. Att använda sig av olika färger vid analysering av texten anser jag att var väldigt givande och förenklade arbetet då jag lättare kunde hitta samband i de olika forskningarna. I början av analyseringen kändes det svårt att själv komma fram till vilka kategorier och underkategorier som skulle passa bäst men längs med vägen blev det tydligt vilka kategorier som skulle användas.

8.2 Resultatdiskussion

Ämnet till arbetet valdes utefter det egna intresset över hur man som vårdare bör förhålla sig till barn eftersom jag anser att jag kan ha nytta av det inom mitt framtida yrke. Eftersom jag inte har någon tidigare erfarenhet med barn ansåg jag att arbetets ämne skulle medföra ny kunskap och förbereda mig inför arbetslivet. Jag hade inte några förväntningar av resultatet,

förutom att det skulle vara användbart i praktiken. Resultatet var ändå inte någon överraskning utan jag anser att det var logiskt och svarade på arbetets frågeställningar.

Den mest omfattande punkten i resultatet var barns tankar om vårdarens bemötande och personlighet. Jag uppskattar att det var just denna del som var mest omfattande eftersom det är den kunskapen jag kan ha mest nytta av i framtiden. Att veta hur jag själv bör bemöta barn men även vad jag som vårdare kan göra för att öka barns känsla av trygghet. Något annat som framgick i resultatet var bland annat hur viktigt sociala relationer är för barn. Som blivande sjukskötare väcker det tankar hos mig, så som hur viktigt det är att låta föräldrarna vara med barnet så mycket det går under tiden för vård eftersom föräldrarna oftast är väldigt viktiga för barnet. Sammanfattningen av detta visar att barn anförtror sig till de vuxna i deras omgivning och det är de vuxnas ansvar att skapa en trygg miljö för barnen. Utan vuxnas hjälp är barnen väldigt utsatta. När det gäller vårdåtgärder av barn så visade resultatet att många barn gärna vill ha en belöning efter en utförd åtgärd. Det jag kan ta med mig från den delen av resultatet är att ha framförhållning och se till att det finns belöningar nära som kan ges direkt efter åtgärder, för att barnet skall känna sig tryggt och väl omskött.

Arbetet har sträckt sig över ca åtta månader från idé till det färdigställda arbetet. Under den tiden har jag stött på motgångar, frågor och funderingar. I början av arbetet kändes allt väldigt komplicerat men alltefter arbetets gång har det mesta klarnat upp. Denna resa har varit väldigt lärorik där jag fått lära mig bland annat hur man som vårdare bör bemöta barn, vad barn själva tycker om vårdtiden men jag har också lärt mig hur man gör ett arbete med denna struktur som grund, vilket var helt obekant från tidigare. Jag har fått mycket utav att skriva arbetet, bland annat kunskap som jag kommer att ta med mig till mitt framtida yrke som sjukskötare. Om jag skulle göra en till studie inom samma ämne skulle det istället innebära en intervjustudie där informanterna skulle bestå av både berörda barn men även vårdare som arbetar med barn, för att få deras syn på ämnet. Jag tror att resultatet hade sett lite annorlunda ut samt varit mer trovärdigt vid en intervjustudie. Då skulle jag även försöka lägga fokus på bemötande av barn inom prehospital akutsjukvård eftersom det var det som först väckte intresset för ämnet.

Källförteckning

Al-Anazi, A. F. 2012. Pediatric emergency medical services and their drawbacks, *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 5(3), 220–227.

Arvidsson, G. 2013. *Akutsjukvård*. Stockholm: Liber.

Carnevale, F, & Gaudreault, J. 2013. The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort, *Dynamics*, 24(1), 19–27

Cottrell, E, O'Brien, K, Curry, M, Meckler, G, Engle, P, Jui, J, Summers, C, Lambert, W, & Guise, J. 2014. Understanding Safety in Prehospital Emergency Medical Services for Children, *Prehospital Emergency Care*, 18(3) 350–358.

Denscombe, M. & Larson, P. 2004. *Forskningens grundregler: Samhällsforskarens handbok i tio punkter*. Lund: Studentlitteratur.

Edwinson Månsson, M. & Enskär, K. 2008. *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. 1986. *Vårdteknologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. 2014. *Vårdprocessen*. 5. uppl. Stockholm Liber.

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

Forskningsetiska delegationen, 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland* [Online] http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [hämtat 12.02.18]

Gordon, B, Jaaniste, T, Bartlett, K, Perrin, M, Jackson, A, Sandstrom, A, Charleston, R, & Sheehan, S. 2011. Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision, *Child: Care, Health & Development*, 37(5) 727–733.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Hanséus, K., Lagercrantz, H. & Lindberg, T. 2012. *Barnmedicin*. 4. upplagan. Lund: Studentlitteratur.

- Henricson, M. 2017. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 2:1. Lund: Studentlitteratur.
- Jewkes F. 2001. Prehospital emergency care for children. *Archives of Disease in Childhood*. 84(2):103–105.
- Lundeberg, S. & Olsson, G. L. 2016. *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Muscari, M. E. 2001. *Pediatric nursing*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott.
- Nyberg, R. & Tidström, A. 2012. *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, G. L. & Jylli, L. 2001. *Smärta hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Pelander, T & Leino-Kilpi, H. 2010. Children's best and worst experiences during hospitalisation, *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(4), 726–733
- Pelander, T, Leino-Kilpi, H, & Katajisto, J. 2007. Quality of pediatric nursing care in Finland: children's perspective, *Journal Of Nursing Care Quality*, 22(2), 185–194
- Ramsdell, K, Morrison, M, Kassam-Adams, N, & Marsac, M. 2016. A Qualitative Analysis of Children's Emotional Reactions During Hospitalization Following Injury, *Journal Of Trauma Nursing*, 23(4), 194–201
- Schalkers, I, Dedding, C, & Bunders, J. 2015. '[I would like] a place to be alone, other than the toilet' - Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands, *Health Expectations*, 18(6), 2066–2078
- Segesten, K. 1994. *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB.
- Seid T, Ramaiah R, Grabinsky A. 2012. Pre-hospital care of pediatric patients with trauma. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*.;2(3):114–120.
- Silva, M, Anders, J, Kuerten Rocha, P, Vieira da Silva, M, de Souza, S, & dos Santos Carneiro, E 2017. Transfer between hospital units: implications of communication on pediatric patient safety, *Journal Of Nursing UFPE*, 11(10), 3813–3820

Sousa, P, Antunes, A, Carvalho, J, & Casey, A. 2013. Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital, *Nursing Children & Young People*, 25(2), 24–28.

Suserud, B. & Svensson, L. 2009. *Prehospital akutsjukvård*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

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

Tveiten, S. 2000. *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitt.

Bilaga 1 - Artikelsökning

| Databas | Datum | Sökord | Filter i sökningen | | Antal träffar | Antal valda |
|---------------|----------|--------------------------------------|-------------------------|--|---------------|-------------|
| Cinahl, EBSCO | 30.01.18 | Children, prehospital, care | År 2007–2018, full text | | 8 | 1 |
| | 03.02.18 | Professional, child, emergency | År 2007–2018, full text | | 104 | 1 |
| | | children experience, hospital, nurse | År 2007–2018, full text | | 39 | 1 |
| | 24.02.18 | Children views, hospital, care | År 2007–2018, full text | | 8 | 1 |
| | | Child perspective, hospital | År 2007–2018, full text | | 21 | 1 |
| | | Quality care, children, Finland | År 2007–2018, full text | | 2 | 1 |
| | | Child, view, hospital | År 2007–2018, full text | | 75 | 2 |

| | | | | | |
|--------|----------|---|--------------------------------------|----|---|
| PubMed | 30.01.18 | Pediatric, prehospital, care | Max 10 år gammal, full text | 75 | 1 |
| | 26.02.18 | Parent perspective, child, hospital | Max 10 år gammal, full text | 16 | 1 |

Bilaga 2 - Resuméartikel

| Författare, år | Titel | Syfte | Metod | Resultat |
|---|---|--|--|--|
| Cottrell EK, O'Brien K, Curry M, Meckler GD 2014 | Understanding safety in prehospital emergency medical services for children. | Förstå säkerhet för barn inom prehospital akutsjukvård | Intervju av 4 grupper med 8–12 akutvårdare | Faktorer som försvårar ett säkert arbete var bl.a. brist på rätt storlek av vårdmaterial, otillräcklig personal, begränsad erfarenhet av barnvård, kommunikationsproblem samt felaktigt beslutsfattande |
| Gordon B K, Jaaniste T, Bartlett K, Perrin M, 2011 | Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. | Undersökning om vilken information barn och föräldrar vill ha inför vårdåtgärder på barnet | Undersökning av 102 barns upplevelser av sjukhusvistelse | Resultatet visade att barn har många frågor och funderingar angående sjukhusvistelse. Barn som har en planerad vårdåtgärd upplever situationen mindre skrämmande än ett barn som är med om en oplanerad åtgärd. |
| Silva M, Anders J, Kuerten Rocha P, Vieira da Silva M 2017 | Transfer between hospital units: implications of communication on pediatric patient safety. | Undersöka kommunikation mellan vårdare vid transport av barn till sjukhus | Intervju av 13 vårdare som jobbar på en pediatrik akutmottagning | Resultatet visar att kommunikationen är en viktig faktor i kvaliteten på vården av barn. |
| Sousa P, Antunes A, Carvalho J, Casey A. 2012 | Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital | Förstå föräldrars upplevelser av deltagandet i deras barns vård. | Frågeformulär som skickats ut till 444 föräldrars vars barn har varit inlagd på sjukhus i minst 16 månader | Resultatet visade att majoriteten av deltagarna anser att föräldrarna bör få vara med sitt barn hela tiden och själva utföra grundvården på barnen men över en tredjedel av deltagarna ansåg att föräldrars närvaro kan störa vårdarna i deras arbete. |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Carnevale F, Gaudreault J 2013 | The experience of critically ill children: a phenomenological study of discomfort and comfort | Undersöka barns upplevelser av vad som känns bra och vad som inte känns bra inom vården. | Intervju av 12 barn om deras positiva och negativa upplevelser av sjukvården. | De flesta barn tyckte att sjukhusvistelsen inte var så farlig eftersom de sov igenom största delen av tiden. Några av de negativa upplevelserna var oro, rädsla, smärta, vissa vårdåtgärder samt saknaden av familj och vänner. Positiva upplevelser beskrevs som när familj och vänner fick närvara, vårdpersonal, kramdjur samt lekar och underhållning på sjukhuset. |
| Pelander T, Leino-Kilpi H 2010 | Children's best and worst experiences during hospitalisation | Undersöka barns bästa och sämsta upplevelser vid sjukhusvistelse. | Undersökning med enkäter med ofullständiga meningar som gavs ut till 362 barn som fick avsluta meningarna. | De bästa upplevelserna var främst förknippade med kontakten med människor, föräldrar, vänner och vårdpersonal. De sämsta upplevelserna var bland annat känslan av sjukdom, separation från familj, matrestriktioner och rädsla för nålar. |
| Schalkers I, Dedding C, Bunders J. 2015 | '[I would like] a place to be alone, other than the toilet' – Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands | Undersöka barns upplevelser av kvalitén på vården på sjukhus och hur den kan förbättras. | Olika metoder av datainsamling, bland annat photovoice och intervju. 63 barn deltog. | För barnen var kommunikationen väldigt viktig, bland annat i form av att bli välinformerad inför vårdåtgärder, att vårdpersonalen talar direkt till barnen samt att barnen känner att de blir hörda. Många andra faktorer spelar också roll för kvalitén på vården. |
| Pelander T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. 2007 | Quality of pediatric nursing care in Finland: children's perspective. | Undersöka vad barn anser att kvalitén inom vården är. | Utskickade frågeformulär till 388 barn | Resultatet visar att vårdarens bemötande är en avgörande faktor för barnets upplevelser. |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Fletcher T, Glasper A, Ireland L 2011 | Building the future: children's views on nurses and hospital care | Undersöka barns syn på vårdare och sjukhus och få fram vad vårdare kan utveckla för att göra vården bättre | 61 barn fick rita och berätta hur de upplever sjukvården. | Resultatet visar att barnen anser att vårdarnas egenskaper och kunskaper är viktiga, t.ex. att vara hjälpsam, trevlig och kunna lyssna på patienten. |
| Ramsdell K, Morrison M, Kassam-Adams N, Marsac M 2016 | A Qualitative Analysis of Children's Emotional Reactions During Hospitalization Following Injury | Förstå barns och föräldrars syn på vilka stressfaktorer som uppstår hos barnet vid en skada | Intervju av 10 barn och deras föräldrar | Stressfaktorerna var bland annat problem vid vårdåtgärder, osäkerhet, sömn- och ätsvårigheter, vara begränsad på sjukhuset samt hemförberedelser. |

Bilaga 3 - Kategoriöversikt

| Barns uppfattning av sjukvården | Sociala relationer | Vårdaren | Närvarande ofta |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------|--|
| | | | Trevlig och snäll |
| | | | Varsam |
| | | | Bekant, samma vårdare hela tiden |
| | | | Social och underhållande |
| | | | God relation mellan vårdare och barn |
| | | | Informera barnet väl |
| | | | Lyssna på barnet |
| | | | Respektera privatliv |
| | | | Bör inte vara tvär och otrevlig |
| | | Föräldrarna | Upprörande om de inte är närvarande |
| | | | Tryggt att ha dem nära |
| | | | Positivt när de deltar i aktiviteter |
| | | | Kan berätta saker om barnet för vårdaren |
| | | | Föräldrarna minns sånt inte barn minns |
| | | Övriga sociala relationer | Besök av nära bekanta |
| | | | Vänskap med andra barnpatienter |
| | Omgivningen | Positivt | Aktiviteter |
| | | | Kramdjur |
| | | | Färgglad inredning |
| | | Negativt | Oljud |
| | | | Rastlöshet |
| | | | Sängliggande |
| | | | Inget privatliv |
| | | | Trasiga tv-apparater |
| | | | Inga mörkläggningsgardiner |
| | | | Ofräsch mat |
| | | | Okänd miljö |

| | | | |
|----------------|---------------|----------|---|
| | | | Ändrade sömn- och matvanor |
| | Vårdandet | Positivt | Att få tillräckligt med information |
| | | | Att bli distraherad |
| | | | Belöningar |
| | | | Planerad åtgärd bättre än akut |
| | | Negativa | Nålar, slangar, katetrar |
| | | | Otäcka undersökningar |
| | | | Symptom utöver smärta (illamående, trötthet) |
| | | | Begränsad rörlighet |
| | | | Matbegränsningar inför åtgärder |
| | | | Väntan på åtgärder leder till ökad nervositet |
| Vårdarens roll | Kommunikation | | Vanligt med fel vårdare emellan |
| | | | Svårt veta vem som skall ha ansvaret |
| | | | Oenighet mellan vårdare |
| | | | Fel vid information över telefon |
| | | | Oljud kan störa |
| | | | Lugn miljö krävs vid givandet av information |
| | | | Information viktig vid transport av patient |
| | | | All viktig information bör beaktas |
| | | | Svårt för vårdare att veta vilken förälder som får ta avgörande beslut vid delad vårdnad. |
| | | | Barn känner ökad trygghet om de blir välinformerade |
| | | | Föräldrar blir lugna om de blir välinformerade |
| | Kunskaper | | Brist på personal med kunskap inom pediatrik |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | Brist på kunskap kan försvåra beslutsfattande |
| | | | Vårdare bör ha teknisk kunskap |
| | | | Vårdare bör vara expert på sitt jobb |
| | | | Mer psykiskt tungt att vårda barn |
| | | | Vårdare bör kunna ta hand om oroliga föräldrar |