



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Barn innlagt på sykehus / Hospitalized children

Julie Cathrine Sæther og Ane Marthe Hundvebakke

Totalt antall sider inkludert forside: 76

Molde, 29.03.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hildegunn Sundal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29/03/2016

Antall ord: 12192

Sammendrag

Bakgrunn: I 2014 var det 112 129 personer mellom 0-19 år på norske sykehus med døgnopphold. Barn preges av umodenhet, rask vekst og utviklingsmuligheter, som gjør barnet sårbart for belastninger som sykdom, sykehusinnleggelse, undersøkelser, pleie og behandling. De har andre behov enn voksne og krever annen tilnærming. Å ha fokus på barnets perspektiv av å være innlagt på sykehus, må sees i sammenheng med at alle mennesker er spesialister på seg selv, også barnet.

Hensikt: Hvordan erfarer barn å være innlagt på sykehus?

Metode: Systematisk litteraturstudie basert på tolv kvalitative og en artikkel med kombinert metode.

Resultat:

Sykehusmiljøet er ukjent og skremmende, barna likte barnevennlige utforminger. Foreldre er en trygghet og støtte for barna, barna opplevde bekymring for adskillelse fra foreldrene, likte å ha med leker hjemmefra. Kontakt med familie og venner var viktig. Barna vil bli hørt, få tilpasset informasjon som styrket følelse av kontroll. Sykepleierne skulle være kompetente, omsorgsfulle, bidra til adspredelser samt utseende og fremtreden være egnet.

Konklusjon:

Det blir viktig å skape trygghet gjennom god faglig kompetanse og fremtreden som omfavner barnet og dets foreldre, vise genuint engasjement for barnet og dets pleie og tilrettelegge kommunikasjon gjennom å lytte og inkludere barnet, samt være aktiv i tilrettelegging og deltagelse av lek for å fremme barns trygghet og videre utvikling.

Nøkkelord: Barn, sykehus, innlagt på sykehus, erfaring, opplevelse

Summary

Background: In 2014 there were 112 129 children between the age of 0-19 years were admitted to hospital in Norway. Children characterized by maturity, rapid growth and development potential, these aspects make the child vulnerable to burdens such as illness, hospitalization, examination, care and treatment. They have different needs than adults and require a different approach. Having focused on the child's perspective of being hospitalized, they as everyone else must be considered as an expert on their own health.

Aim: How do children experience their time in hospital?

Method: We conducted a systematic literature review based on twelve qualitative, and one mixed methods research article.

Result: Hospital environment is unknown and scary, kids enjoyed child-friendly designs. Parents are seen as a security and support for children, children experienced concern about separation from parents but enjoyed having access to their own toys. Contact with family and friends was important. Children want to be heard, get customized information including an enhanced sense of control. The nurses should be competent, caring, contribute to diversion as well as appearance and demeanor would be suitable.

Conclusion: It is important to create confidence through professional competence and conduct that embraces the child and its parents, show genuine concern for the child and its care and facilitate communication through listening and include the child and be active in the organization and participation of play to promote the child's security and development.

Keywords: Children, hospital, hospitalized, experience, perception.

1.0	Innledning	1
1.1	bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt.....	2
1.3	Begrepsavklaring.....	2
2.0	Teori	3
2.1	Barn på sykehus.....	3
2.2	Piagets kognitive utviklingsteori	3
2.3	Utviklingsmessige særtrekk	4
2.4	Barn og Lek	5
2.5	Kommunikasjon til barn og unge	6
2.6	Barns rettigheter ved sykehusopphold	6
3.0	Metode.....	8
3.1	Søkestrategi og Datainnsamling:	8
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2.1	Databasesøk.....	10
3.3	Kvalitetsvurdering	11
3.4	Etiske hensyn.....	11
3.5	Dataanalyse	12
4.0	Resultat	14
4.1	Erfaring med nytt miljø	14
4.2	Erfaring av støtte fra familie og venner.....	15
4.3	Erfaringer med kommunikasjon og samhandling.....	17
4.4	Erfaringer av behandling, prosedyrer og sykdom	19
4.5	Erfaring av sykepleier og deres egenskaper.	19
4.6	Betydningen av lek og trivsel	20
5.0	Diskusjon.....	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.1.1	Datainnsamling	22
5.1.2	Søkeprosessen	23
5.1.3	Kvalitetsbedømming og etiske hensyn	24
5.1.4	Analyse.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1	Betydning av det ukjente sykehusmiljøet	25
5.2.2	Behovet for kontakt med nære relasjoner.	27
5.2.3	Betydning av kommunikasjon og samhandling.....	29
5.2.4	Betydning av behandling og prosedyrer.	32
5.2.5	Betydningen av sykepleiers egenskaper.....	33
5.2.6	Behov for Lek og trivsel	35
6.0	Konklusjon.....	37
6.1	Relevans for sykepleier	38
6.2	Forslag til videre forskning	38

Litteraturliste

Vedlegg : PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 bakgrunn for valg av tema

I 2014 var det 112 129 personer mellom 0-19 år på norske sykehus med døgnopphold (Statistisk sentralbyrå 2016). Vi ønsker å skrive om barns opplevelse av innleggelse på sykehus, da vi antageligvis vil møte barn gjennom praksis og arbeid. Ikke bare på barneavdelinger, men også på voksenavdelinger samt oftere i hjemmesykepleien. Da vi gjennom sykepleieutdanningen har lite obligatorisk praksis relatert til barn er dette vår måte å få innblikk i, og erfaring med hva vi som sykepleiere kan gjøre for best mulig å trygge og ufarliggjøre barnets opplevelse av sykehusopphold, sett fra barnets perspektiv. Forskjellen mellom voksne og barn derimot, er at en må ta i betraktning at barnets evne til å fortelle om sin indre sfære avhenger av alder og utviklingsnivå (Tveiten 2012).

Mye av tidligere forskning baserer seg på erfaringer gjort av pårørende og helsepersonell og lite forskning belyser barnets egenopplevelse av tilrettelegging og behov på sykehus, dette er i ferd med å endre seg i følge Coyne støttes dette opp av funn fra følgende forskere Carter 2002, Choen og Emanuel 1998, Coyne 1998, Oldfield og Fowler 2004 (Coyne 2006, 327). Grunner til dette kan være at det stilles større krav til forskning der barn er involvert samt at det stilles spørsmål rundt gyldighet og validitet av data og opplysninger gitt av barn (Docherty, Sharron og Margarete Sandelowski 1999) Å ha fokus på barnets perspektiv av å være innlagt på sykehus, må sees i sammenheng med at alle mennesker er spesialister på seg selv, ingen andre enn jeg selv kan si noe om hva jeg tenker og føler, det samme gjelder for barn. Samtidig som evnen til å fortelle om sin indre sfære avhenger av alder og utviklingsnivå (Tveiten 2012).

1.2 Hensikt

På bakgrunn av dette er hensikten med vår studie:

”Hvordan erfarer barn å være innlagt på sykehus”

1.3 Begrepsavklaring

Vi definerer førskolebarn som barn mellom 4-6 år som skolebarn

Vi definerer skolebarn som barn mellom 6-13 år

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil vi presentere teori relatert til barn på sykehus, Piagets kognitive utviklingsteori og Utviklingsmessige særtrekk, barn og lek, kommunikasjon til barn og unge og aktuelle lover og rettigheter tilknyttet barns opphold på sykehus.

2.1 Barn på sykehus

Det viktig å skille mellom barn og voksnes opplevelse av barns sykehusinnleggelse. De har andre behov enn voksne og krever derfor en annen tilnærming. Umodenhet og rask utvikling gjør barnet mer sårbart for belastninger som sykdom, sykehusinnleggelse, undersøkelser, pleie og behandling. Dette kan forårsake stress som overskrider barnets mestringsevne (Grønseth og Markestad 2011). Avhengig av barns alder og utviklingstrinn kan barn ha store vansker med å lokalisere og sette ord på tanker og følelser. (Jørgensen 2005). For å ivareta barnets funksjon skal det gis tilpasset pleie etter barnets særegne behov. Dette for å forebygge eventuelle traumatiske opplevelser, forsinket vekst, utvikling og for å bearbeide barnets opplevelse av sykehusopphold. Barn blir lett utrygge og usikre i ukjente omgivelser og barnets normale hverdag bør i størst mulig grad opprettholdes gjennom innleggelsen. Foreldrenes tilstedeværelse, kjente rutiner, humor og lek er med å bidrar til trygghet og velvære for barnet under sykehusopphold (Grønseth og Markestad 2011).

Barn og unge har begrenset autonomi, evne til å si fra og bli hørt av voksne. Barn er i stor grad henvist til at voksne taler deres sak, argumenterer og tar beslutninger på deres vegne. For barn er foreldre og omsorgspersoner viktige holdepunkt for å skape omsorgsfulle og trygge omgivelser (Eide og Eide 2007). Barn er ikke ferdig utviklet, og har andre forutsetninger til å forstå sin situasjon enn voksne. Barn preges av umodenhet, rask vekst og utviklingsmuligheter (Grønseth og Markestad 2011).

2.2 Piagets kognitive utviklingsteori

I det preoperasjonelle stadiet (ca. 2-7 år) mener Piaget (1973) at barnet er sterkt bundet til det visuelle inntrykket, har kort konsentrasjonstid og lettest for å forholde seg til en eller få situasjoner av gangen. Barnets språk utvikles raskt (Bunkholdt 2002) og evnen til å tenke i symboler utvikles. Utvikling av språk og symbolbruk kan sees ved at barnet øver seg gjennom "late-som" leken og imiterer den sosiale omverdenen (Storm 2005). Barnet

preges av animistisk tenkning, døde gjenstander tilegnes menneskelige egenskaper, og egosentrisme der barnet har vansker med å se verden fra annet ståsted enn sitt eget. Dette avtar etter hvert som barnet blir eldre (Bunkholdt 2002).

Det konkret-operasjonelle stadiet (ca. 7-12 år). Piaget (1973) mener barna tenker mer logisk og målbevisst. De kan fokusere på flere aspekter ved en oppgave eller situasjon og løse dem i tankene ved hjelp av forestillinger og ord, men bare om kjente, konkrete ting og hendelser. I starten av perioden lærer barna i hovedsak gjennom egne erfaringer, mens de utover i utviklingen kan tilegne seg mer erfaring gjennom andres opplevelser. Barnet vil i denne fasen ha større evne til abstraksjon, men fortsatt ha problemer med abstrakte begreper og oppgaver (Bunkholdt 2002).

Den formaloperasjonelle perioden starter rundt 11- 12 års alderen og Piaget (1973) sier at barnet nå utvikler evnen til å tenke på en logisk og systematisk måte. Barnet frigjør seg fra det konkrete og kjente ved at det kan tenke over filosofiske spørsmål og forme enkle teorier og hypoteser rundt hvordan verden henger sammen, for så å kunne teste ut teoriene og være kritisk til resultatene. Piaget mener arv og miljø avgjør hvor velutviklet evnene blir (Bunkholdt 2002).

2.3 Utviklingsmessige særtrekk

Teorien sier at førskolebarn (3-6år) kan ha sterke reaksjon på sykdom og sykehusinnleggelse på grunn av kognitiv umodenhet (Tveiten 2004). Barnet opplever separasjonsangst og trenger kjente rutiner. Barnets tankegang er konkret, men mangler abstrakt forståelse. Dette gjør at de tolker ting som blir sagt og gjort bokstavelig. Barnet kan ha vansker med å skille virkelighet fra fantasi, og ha vansker med å forstå hvordan hendelser og handlinger henger sammen. Barnet kan ha magisk tenkning, som medfører at de tror de har evnen til å påvirke situasjoner de ikke kan påvirke. De har dårlig utviklet tidsforståelse og fester seg ved enkelte karakteristika i situasjoner. Barnet evner å koble sammen hendelser som skjer i nær tid mens barnet er ofte mindre modent enn språklige evner tilsier og har vansker med å forstå hva sykdom er, og hvorfor behandling er nødvendig. De har ofte stort behov for aktivitet, men frykt for å miste kontroll, skade, nåler, smerte, symptomer, trussel mot integritet, døden og monstre (Grønseth og Markestad 2011).

Skolebarn (6-13år) har nedsatt toleranse for stress når foreldrene ikke er tilstede. Rutiner er fortsatt viktig for barnet. Evnen til å tenke abstrakt utvikles stadig, samtidig har barnet bedre forståelse mellom årsak-virkning, og forstår bedre hva sykdom er. 10-11 åringer forstår komplekse fenomener som smerte og sammenheng mellom sykdom og behandling. De er mer selvstendige, men har behov for å føle seg nyttig. Barnet er redd for blant annet sykdom og skade, tap av selvkontroll, å mislykkes og bli kritisert og det som er ukjent. Barnet kan bekymre seg for medpasienter og atskillelse fra søsken og venner (Grønseth og Markestad 2011).

2.4 Barn og Lek

Barn kommuniserer gjennom lek (Tveiten 2012c). Valsiner og Conolly 2003 sitert i Tveiten skriver at barn lærer gjennom lek, som fører til personlig utvikling (2012b), en utvikling som bør fortsette under sykehusopphold. Leken kan være adspredelse og avledning fra smerter og ubehag. Leken kan også brukes til forberedelse av undersøkelser, prosedyrer og behandling og til å bearbeide vonde opplevelser (Tveiten 2012b).

Gjennom lek lærer barnet om omgivelsene og samspillet med andre, og utvikler språklige, emosjonelle og kommunikative evner. Barnet formulerer ord og uttrykk i samspill med andre og alene og gjennom leken kan barnet uttrykke emosjonelle forhold. Valsiner og conolly 2003 sitert i Tveiten 2012b påstår at der språket er en barriere for uttrykksmåten kan barn kompensere med å leke ut følelsene sine. Barnet kan ha lange monologer, mens de øver på artikulering av navn på ting og begreper. Ved å lytte til barns ord under lek kan man få innblikk i dets tanker og følelser. Leken fremmer barnets fysiske utvikling på grunn av den motoriske aktiviteten. Kraftige bevegelser fremmer blodsirkulasjon og grovmotorikk, pusling og tegning fremmer finmotorikk, koordinasjon og presisjon. Leken kan gi mestringsopplevelser, som styrker barnets selvaktelse og selvtillit, og har derfor betydning for dets personlighetsutvikling (Tveiten 2012b). På bakgrunn av teorien påstår forfatter at lek er motivasjon for utvikling. Lek er integrert i barnet, tas leken fra barnet, fjerner man barnets utviklingsgrunnlag.

2.5 Kommunikasjon til barn og unge

God kommunikasjon med førskole- og skolebarn forutsetter trygghet og tillitt.

Trygghet handler ofte om kontroll, barn opplever kontroll i trygge omgivelser med kjente personer, der de har forståelse for hva som skal skje. Når barnet legges inn på sykehus skal en informere, forklare og vise at man ser og forstår barnet, det kan bidra til at barna opplever og ha kontroll. Førskole barn trenger korte samtaler og enkle forklaringer. Skolebarn vil lettere kunne følge voksnes forklaring og tankegang, men i en sykdomssituasjon vil også disse ha ekstra behov for støtte. Tillitt forutsetter at en toner seg inn på barnet og finner felles utgangspunkt, fortrinnsvis noe barnet opptas av. La barnet føre uten å overta initiativet. Åpenhet, undring og aktiv lytting er gode hjelpemidler. Gjennom å vise interesse og vilje til å dele barnets oppmerksomhet, uttrykker vi empati og respekt som kan være tillitsskapende og er en forutsetning for å etablere god kommunikasjon.

Store deler av vår kommunikasjon skjer nonverbalt og er en uttrykksform som ofte avslører spontane reaksjoner og reaksjoner som er halvt- og underbevisste for oss selv. Den nonverbale kommunikasjonen må fortolkes. Nonverbal kommunikasjon sier noe partene og relasjonen i forholdet mellom deltagerne (Eide og Eide 2008). Barn har ulikt ordforråd, og begrepsforståelse avhengig av alder. Når språket er lite utviklet vil den nonverbale kommunikasjonen bli særlig viktig (Tveiten 1998).

2.6 Barns rettigheter ved sykehusopphold

I 1959 ble det i Norge fastslått at barn ikke bør innlegges på sykehus med mindre ingen andre alternativer er aktuelle eller forsvarlige (Tveiten 2012). Barn omfattes blant annet av Helsepersonelloven, lov om pasientrettigheter og lov om spesialisthelsetjenesten der rettigheter relatert til medvirkning og informasjon står sentralt (Tveiten 2012a). Anerkjennelse av pasientens kompetanse og maktfordeling bør stå sterkt (Tveiten 2012b).

Barn under 18 år skal kun legges inn på sykehus om det er nødvendig av medisinske eller andre årsaker, da fortrinnsvis på barneavdeling. Personalet skal ha kunnskap om barns ulike utviklingstrinn og behov, og tilstrebe at barnet blir tatt hånd om av samme personalet under hele oppholdet. Personalet må kunne veilede og informere foreldrene om reaksjoner

barnet kan få i forbindelse med sykdom og sykehusopphold (Helse- og omsorgsdepartementet 2000).

Barn har ifølge pasient og brukerrettighetsloven rett til samvær med minst en av sine foreldre under opphold i helseinstitusjon, med mindre det er utilrådelig med hensyn til barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Foreldrene skal ha mulighet til å være tilstede under behandling om barnet ønsker det, så lenge det ikke vanskeliggjør behandlingen. Barn skal kunne ta imot besøk utenom besøkstid. Besøksnekt grunnet medisinske årsaker skal begrunnes (Helse- og omsorgsdepartementet 2000).

Barn og deres foreldre har rett på informasjon angående barnets tilstand, behandling og hva som skal skje under sykehusoppholdet. Personalet skal avklare oppgaver foreldrene ønsker å gjøre når de er med barnet og avlaste foreldrene ved behov. Informasjon skal gis til barn i samråd med foreldrene, barnet har krav på informasjon tilpasset sitt modenhetsnivå. Fra barnet er 12 år har det rett til å bli hørt, en har da rett til innflytelse på beslutninger om undersøkelser og behandlinger (Grønseth og Markestad 2011).

Så langt det er forsvarlig sett ut fra barnets helsetilstand har barnet rett til aktivisering og stimulering (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Det skal være tilstrekkelig med utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike utviklingstrinn. Barn skal ha mulighet for tilpasset aktiviteter etter alder, utvikling og egnet areal skal avsettes. Barn i skolepliktig alder har rett på undervisning. Den pedagogiske virksomheten skal fortrinnsvis ledes av førskolelærer (Helse- og omsorgsdepartementet 2000).

3.0 Metode

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) defineres en systematisk litteraturstudie som en studie med utgangspunkt i et tydelig formulert spørsmål, som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevante forskning. For å få et godt grunnlag til vurdering og konklusjon i en studie av denne art, er en forutsetning at en har tilstrekkelig antall studier av god kvalitet. Gjennom hele metodearbeidet har vi valgt å bruke Evans (2002) fire faser; 1) samle forskningsdata, 2) identifisere nøkkelfunn i hver artikkel, 3) finne tema på tvers av artiklene og 4) samle funn og utvikle synteser.

3.1 Søkestrategi og Datainnsamling:

I følge høyskolens retningslinjer skal metoden være så tydelig beskrevet at den er etterprøvable for andre (Jørgensen og Michaelsen 2015). Evans` s (2002) første fase er å samle inn data, og bestemme analyseenheten i form av relevante artikler og dokumentere det i inklusjonskriteriene for inkluderte artikler. Deretter finne studier i form av forskningsartikler gjennom databasesøk og velge ut artikler gjennom inklusjonskriteriene. Ut fra hensikt utarbeidet vi relevante søkeord, som vi satte inn i PICO- skjema, arbeidet med inklusjon og eksklusjonskriteriene og foretok søk i ulike databaser.

Vi visste at vi ønsket å skrive om barn på sykehus, men før vi utarbeidet fullstendig hensikt gjennomførte vi et prøvesøk for å se hvor mange treff vi fikk. Ut fra dette kunne vi utarbeide fullstendig hensikt rettet mot pasientperspektiv.

Før vi startet søkene våre, utformet vi PICO skjema på bakgrunn av inklusjons og eksklusjonskriterier vi hadde satt opp (se vedlegg 1). I følge Nortvedt et al. (2012) vil det å dele opp spørsmålet gi en hensiktsmessig struktur for litteratursøket. Bokstavene i PICO skjemaet representerer fire elementer som ofte går igjen i kliniske spørsmål. P står for patient eller problem og sikter til pasient eller problem spørsmålet gjelder, da vi har valgt pasientgruppen barn på sykehus, ble våre søkeord i kategorien P child*, paediatric*, pediatric*, young people, department*, hospital*, hospitalization*, unit*, ward* og admission* (Se vedlegg 1). I står for intervensjon og brukes når en vurderer tiltak eller intervensjon, C står for comparison å brukes når en ønsker å sammenligne noe, begge faller utenfor vår studie (Nortvedt et al. 2012). O står for outcome og representerer resultat. Da vi ønsket å vite mer om barns opplevelser satte vi søkeordene attitude*, experience*, lifeworld*, perception*, perspective*, view*, opinon*, wishes og impact* (se vedlegg 1)

inn her. Vi valgte å bruke engelske søkeord for å omfavne flere artikler, og satte dem i ulike kombinasjoner (se vedlegg 2).

Databasesøkene strukturerte vi ved å binde søkeordene innenfor en gruppe, for eksempel P med OR, i vårt søk som ble child* OR pediatric* OR paediatric* OR young people*, dette gjorde vi innenfor hver gruppe og satt så sammen gruppene med AND, det ble da child*OR pediatric* OR paediatric* OR young people AND hospital* OR ward* OR unit*. Da vi har søkeordene barn og sykehus innen samme gruppe skilte vi disse i søket med AND for å få treff som inneholder begge søkeordene.

AND og OR også kalt boolske operatører, brukte vi for å kombinere søkeordene. OR utvidet søket ved at det gav treff på enten child* eller pediatric*, AND hjalp oss med å avgrense søket ved at vi fikk treff på artikler som inneholder for eksempel både child* og hospital* og experience* (Nortvedt et al. 2012). Vi trunkerte ordene med (*) for å få treff på flere endinger av ord som child* da fikk vi treff på children, children's og lignende. Av våre søkeord var child, pediatrics, hospital og experience MeSH søkeord.

For å avgrense søkene til mest mulig relevante treff, brukte vi Limits på årstall (2005-current), søkene som ble foretatt i 2016 (2006-current), språk (norsk, engelsk, dansk og svensk), vi spesifiserte søkene til kvalitative artikler og barnas alder. Limitene ble brukt i ulike kombinasjoner i søkene våre. Databasene var noe ulikt utformet og hvilke begrensninger en kan legge på søket varierte, for eksempel så kan en ikke i CHINAL begrense til kvalitative artikler, derfor la vi inn qualitative* som søkeord for å få treff på kvalitative artikler. For mer utfyllende oversikt over hvordan begrensningene ble anvendt i de ulike søkene se vedlegg 2.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon	Eksklusjon
Barn innlagt på sykehus 4-13 år Pasientperspektiv Kvalitativ forskningsdesign	Voksne Barn 0-3 år Ungdom fra 13 år Kvantitativ forskningsdesign Psykiatri Utviklingshemning Palliasjon

3.2.1 Databasesøk

I søkeprosessen vurderte vi artiklenes relevans utfra ved å lese titlene og abstraktene dersom vi vurderte dem som relevante leste vi artiklene.

Søkene ble gjennomført i CHINAL, Ovid Embase, ProQuest og Ovid medline. Disse databasene er søkemotorer innen medisinske og sykepleiefaglig forskning å gjorde dem derfor relevant for vår oppgave.

Det første databasesøket ble gjennomført i CHINAL den 12.12.2015 og gav oss 1013 treff, der vi etter gjennomgang inkluderte 6 artikler. Disse var Brady fra 2009, Livesley og Long 2012, Jensen et al. 2012, Salmela, Salanterä og Aronen 2010, Coyne 2006, og Pena og Juan 2011.

Søk nummer to var i Ovid Embase den 13.12.2015. Vi fikk 821 treff å inkluderte en artikkel, Lindeke, Nakai og Johnson 2006. Samme dag gjennomførte vi søk nummer tre i ProQuest, fikk 127 treff og inkluderte Coyne og Conlon 2007.

Det fjerde søket gjorde vi i CHINAL 14.12.2015, med andre kombinasjoner av søkeord, vedlegg 2. Vi fikk da 757 treff der vi hentet ut artiklene Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Ford 2011, Coyne og Kirwan 2012.

Femte søk ble gjennomført 03.03.2016 i databasen Ovid Medline® av åtte artikler satt vi igjen med en, Ekra og Gjengedal 2012. Det siste og sjette søket utførte vi i CHINAL samme dag, etter å ha gjennomgått 159 treff inkluderte Chappuis et al. 2011 med i det videre arbeidet.

Noen artikler lå tilgjengelige i PDF-fil på nett, disse printet vi ut, andre bestilte vi gjennom biblioteket ved høyskolen i Molde, noen artikler ble innhentet etter direkte forespørsel til forfatter gjennom ResearchGate.

3.3 Kvalitetsvurdering

Før kvalitetssvurderingen satt vi med 20 forskningsartikler vi anså som relevante for vår oppgave. Vi brukte sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2015) for vurdering av kvalitative artikler. Sjekklisten besto av 11 punkt som skulle hjelpe oss å vurdere kvaliteten på artiklene. Da sjekklisten ikke graderte kvaliteten etter hvor mange av punktene som ble dekket, valgte vi å ta utgangspunkt i at om en artikkel svarte "JA" på 9-11 sjekkpunkter, hadde den god kvalitet. 8 "JA" betydde at artiklene var middels, hadde den under 8 "JA" ble artikkelen ekskludert. Av alle våre inkluderte artikler er 12 ansett som god mens 1 er vurdert til medium/god. Vi fordelte artiklene mellom oss og gikk gjennom halvparten hver for å ikke bli påvirket av hverandre under vurderingen. Etter vurdering byttet vi artikler, så over og kontrollerte hverandres arbeid. Gjennom denne prosessen ekskluderte vi fire artikler og satt da igjen med tretten kvalitative forskningsartikler som vi førte inn i oversiktstabellen (se vedlegg 3).

3.4 Etiske hensyn

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden innen medisin og helsefag. Hensynet til sårbare grupper står sterkt i helsinkideklarasjonen og barn regnes som en sårbar gruppe (etikkom 2014). Barn er viktige bidragsyttere til forskning, men de har ikke juridisk myndighet til å samtykke til deltagelse i forskning før de er myndige, altså 18 år sett utfra et norsk perspektiv.

Hovedregelen er at foresatte må samtykke og barna gir så sin godkjenning eller motsetter seg å delta. Om foresatte samtykker, er det i prinsippet ingen nedre aldersgrense for å delta, så lenge samtykket er reelt informert og vanlige etiske avveininger av nytte, skade og konfidensialitet er foretatt (Etikkom 2009).

Alle inkluderte studier, unntatt en, var godkjent av etisk komittè. Dette var artikkelen til Schalkers og Bunders (2014) som begrunnet dette med at forskningsprosjektet ikke falt under «Dutch Medical Research Involving Human Subjects Act» derfor var ikke en offisiell etisk godkjenning nødvendig (Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Alle våre artikler hadde innhentet informert samtykke av foreldre og barn, men i artikkelen Lindeke, Nakai og Johnson 2006 var det bare barn over 8 år som gav sitt samtykke selvstendig i tillegg til foreldrenes juridiske samtykke. Det var frivillig deltagelse i alle studiene og alle studiene var anonymiserte.

Da forfatterne av denne oppgaven har engasjement for barns rettigheter, stiller det strengere krav til objektivitet, slik at dette ikke påvirker litteratursøkene og utfall av oppgaven. Forsberg og Wengstrøm (2008) påpeker viktigheten av at alle relevante resultater skal presenteres – ikke bare de som støtter forfatterne sine synspunkter eller teorier. For å sikre objektivitet og forholde oss så objektive som mulig gjennom hele søkeprosessen og identifisering av funn, forholdt vi oss til inklusjons-eksklusjonskriteriene og sjekklisten for kvalitetsbedømming av artikkelen. Det var viktig for oss at alle funn som svarte på problemstilling skulle belyses.

3.5 Dataanalyse

I Evans (2002) tre neste steg inngår analyse av funn fra forskningsartiklene. Disse stegene er som tidligere beskrevet å identifisere nøkkelfunn i hver artikkel, finne tema på tvers av artiklene, samle funn og utvikle synteser.

Først gjennomførte vi databasesøk og bestemte oss for hvilke artikler vi ville inkludere. Deretter gjennomførte vi identifisering av funn ved å gjennomgå en og en artikkel og understreket funnene. Vi skrev inn funnene, som vi forenklet, fra hver artikkel i egne word-dokument som ble printet ut i to eksemplarer. Deretter nummerert alfabetisk etter artiklene i oversiktstabellen. Dette gjorde det lettere for oss å gå tilbake i artiklene når vi ønsket og dobbeltsjekke funn eller andre opplysninger. Etter dette fargekodet vi

nøkkelfunn etter likheter vi oppfattet relevant for vår hensikt. Lek og trivsel: rosa, sykehusrelaterte frykter: grønn, kommunikasjon og samhandling: gul, sykepleiekompetanse: Orange, behov for støtte: blå. Til slutt klippet vi ut funnene og satte dem sammen på tvers av artiklene etter fargekode. Slik så vi hvilke funn som gikk igjen og fikk en oversikt over hvordan vi kunne sortere hovedtema og hvilke funn vi kunne løfte frem som synteser. Deretter gikk vi tilbake i artiklene for å sjekke og utvide funn. Funn vi hadde mistet på veien ble fargekodet og inkludert i funnoversiktene etter fargekode. Vi startet med 5 temaer, etterhvert som vi syntetiserte funnene så vi at vi hadde nok funn til å utvide til enda et tema, vi fikk da 6 temaer. Dette var en slitsom prosess ettersom mange av funnene som kom frem var dynamiske å kunne passe inn under flere av temaene. Overskriftene har etter dette blitt omgjort og bearbeidet til nye overskrifter da etterhvert som funnene satte seg samt etter tilbakemeldinger fra seminar 2.

4.0 Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie er å belyse hvordan barn erfarer å være innlagt på sykehus, dette har resulter i 6 temaer som prøver å favne fellesgrunnet av barnets erfaringer på sykehus.

4.1 Erfaring med nytt miljø

Våre funn viste at barn kunne oppleve sykehusinnleggelsen og det ukjente miljøet som skremmende, å barna kunne reagere med å bli engstelige og redde (Ekra og Gjengedal 2012, Ford 2011, Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Coyne og Kirwan 2012, Peña og Juan 2011). Også barn med tidligere erfaring fra sykehusinnleggelse kunne være redde (Ford 2011, Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Ekra og Gjengedal 2012).

At det var mange fremmede mennesker på sykehuset kunne oppleves ukomfortabelt eller skremmende, både andre pasienter og sykehusansatte (Ford 2011, Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Peña og Juan 2011). Det å bli behandlet side om side med voksne kunne oppleves skremmende (Ford 2011). I to av artiklene sier barna, at om de hadde hatt erfaring eller fått besøkt sykehuset på forhånd, trodde de at usikkerhet og redsel ville vært redusert (Ford 2011, Coyne og Kirwan 2012).

"Rommet mitt" var en term barna brukte om pasientrommet, de fikk en følelse av eierskap til rommet, der de kunne være sammen med foreldrene, få besøk, trekke seg tilbake, slappe av og oppbevare eiendeler. (Ekra og Gjengedal 2012, Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

I tre av artiklene kom det frem at barna opplevde utforming av avdelingene som barnevennlige. De var fornøyd med rommene, likte interiøret og verdsatte dekoren på veggene (Chappuis et.al 2011, Ekra og Gjengedals 2012, Jensen et.al 2012).

I tillegg bidro lys og fargerike omgivelser bidro til en hyggelig atmosfære. Allikevel kom det frem at barn syntes det trengtes noen forbedringer (Coyne og Kirwan 2012, Lindeke, Nakai og Johnson 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Barn ytret ønske om eget toalett og dusj, og en jente kunne fortelle at hun manglet persienner i vinduet, der nabobygningen var så nærme at en kunne se inn på rommet hennes (Schalkers, Dedding og Bunders 2014). En gutt i samme artikkel belyste ønsket om mer plass; "[I would like] a

place to be alone, other than the toilet" (gutt, 9 år) (Schalkers, Dedding og Bunders 2014, 2074).

Mat var et tema barna i flere artikler var opptatt av (Chappuis et.al 2011, Coyne 2006, Ekra og Gjengedal 2012, Lindeke, Nakai og Johnson 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

I Coyne (2006), Schalkers, Dedding og Bunders (2014) og Lindeke, Nakai og Johnson (2006) kom det fram at flere av barna mislikte maten som kunne være lite kokt, uappetittlig, lite fersk eller ikke møtte kulturelle og religiøse diettbehov. Noen barn syntes det var lite valgmulighet i menyen, mens andre syntes at maten minnet for lite om hjemmelaget mat. I andre artikler kom det fram at barna var fornøyd og likte maten. Da den var kjent og god. Hadde buffet i spisesalen og menyalternativer til middag var populært (Chappuis et.al 2011, Ekra og Gjengedal 2012, Lindeke, Nakai og Johnson 2006).

Temaet søvn genererte endel misnøye hos barna. Årsaker kunne være helserelaterte problemer og sykepleie som skulle gjennomføres. Noen barn rapporterte problemer med å sove grunnet dårlig ventilasjon, skarpt lys, støy, snakkende sykepleiere og gråtende barn (Chappuis et.al 2011, Coyne og Conlon 2007, Coyne 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Dette var også et problem i et nytt sykehusbygg da de hadde satt inn dører med gjennomsiktige glass (Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

4.2 Erfaring av støtte fra familie og venner

Funn viser at barna opplevde bekymring for separasjon fra foreldrene (Ford 2011, Coyne 2006, Salmela, Salanterä og Aronen 2010, Ekra og Gjengedal 2012).

Barn som ble innlagt for første gang var redd for at innleggelsen betydde at de dro vekk fra foreldrene (Ford 2011). Barna kunne få følelsen av å bli forlatt, og de var ensomme når foreldrene ikke var tilstede (Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). En kommentar fra en 8 år gammel gutt belyser ensomheten barna kjent på. Når han ble spurt om hvem som passet på ham når hans mor ikke var der svarte gutten: «nobody. I just talk to myself» (Ford 2011, 253).

Funnene viste at barna ønsket og være nær foreldrene sine og føle seg beskyttet (Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Salmela, Salanterä og Aronen 2010). Foreldrenes tilstedeværelse hjalp barna å håndterer ubehagelige situasjoner og nærheten skapte tillit da de var til god støtte for barna (Salmela, Salanterä og Aronen 2010, Ekra og Gjengedal 2012).

Barna likte heller ikke å sove alene og flere ytret ønske om at foreldrene fikk egne senger på rommet slik at de kunne sove sammen (Coyne og Kirwan 2012, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Ekra og Gjengedal 2012). Å gå til sengs alene uten foreldrene sine tilstede da det var skremmende å være alene om en medisinsk hendelse relatert til deres sykdom skulle inntreffe (Ekra og Gjengedal 2012).

Det kom frem i artiklene at mens barna var innlagt savnet de familie, venner og livet hjemme (Coyne 2006, Chappuis et.al. 2011, Ekra og Gjengedal 2012). Da sykehusinnleggelsen forårsaket avbrudd i barnas liv, og barna opplevde adskillelse fra familie, familierutinene og deres daglige aktiviteter (Coyne 2006). I en artikkel kom det frem at de yngste barna savnet familien sin mest, mens større barn savnet vennene sine mest (Chappuis et.al. 2011).

Barna ønsket og hadde glede av å få besøk av familie og venner (Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Ekra og Gjengedal 2012). Når familie og venner ga barna oppmerksomhet og tullet med dem opplevde barna å føle seg spesiell (Ford 2011).

For å opprettholde kontakten med familie og venner hjemme, ble det belyst i Schalkers, Dedding og Bunders (2014), Ekra og Gjengedal (2012) at det viktig for barna med tilgang til internett og mobil, det gjorde det lettere for dem å holde kontakten. Det ble også ytret ønske om at det ikke skulle være begrensninger i besøkstiden (Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

4.3 Erfaringer med kommunikasjon og samhandling.

Artikkelfunn viser at barn syntes å ha mangelfull informasjon om ulike aspekter ved innleggelsen (Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Coyne og Kirwan 2012, Jensen et al. 2012).

Noen barn beskrev en generell mangelfull informasjon og at de følte seg uforberedt på prosedyrer. (Coyne og Kirwan 2012). I en artikkel kom det frem at barn i alle aldersgruppene snakket om å være usikker om det uvisse relatert til hva som skulle skje med dem, de syntes å mangle informasjon om hva som skjedde med dem, og hvilken behandling de skulle få. En 9-åring belyste dette; «Hospitals are scary when you aren't given enough information about them» (Coyne og Kirwan, 2012, 296).

Å ikke få informasjon, eller å få motstridende informasjon var uheldig for barna (Ford 2011, Coyne og Kirwan 2012, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Lindeke, Nakai og Johnson 2006). artikkelen til Coyne (2006) Mangel på erfaring og informasjon kunne bidra til misforståelser som kunne føre til økt engstelse. Barna snakket om å innhente informasjon fra ulike kilder som foreldrene, helsepersonell, observasjon av andre barn, media samt tidligere erfaringer.

I flere artikler kom det frem at for å få en god kommunikasjon så påpekte barna at leger og sykepleiere burde ha nok tid og oppmerksomhet til å svare på spørsmålene barna stilte (Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Jensen et.al. 2012 og Brady 2009). Barna hadde ønske om å bli hørt når de henvendte seg til helsepersonellet (Coyne og Kirwan 2012, Livesley og Long 2012, Brady 2009), og barna i studien til Coyne og Kirwan (2012) påpekte at personalet ikke burde bli irritert når barna stilte spørsmål, da de også har behov for å forstå hva som er planlagt. Barna ønsket at de ansatte snakket på et barnevennlig språk og opplevde at det ikke ble kommunisert barnevennlig når det ble brukt medisinske uttrykk og kompliserte setninger (Coyne og Kirwan 2012, Peña og Juan 2011). Artikkelen til Jensen et. al (2012) viste til at barn brukte medisinske betegnelser relatert til egen sykdom, selv om de ikke alltid forstod betydningen av ordene.

Når sykepleieren kommuniserer med familien skilte barna mellom om de var involverte eller ikke (Jensen et.al. 2012, Peña og Juan 2011). For noen barn var det uklart hvilken

rolle de hadde i samtalen og var usikre på om de var lyttere, deltagere eller observatører. Ofte endte barna opp som observatører og reagerte med å lytte på samtalen eller vente (Peña og Juan 2011). Som et barn uttrykte det; "Because about that, about the care I need here, they talk more with my mother and they don't tell me anything, I limit myself to being there" (Peña og Juan 2011, 1432). Noen opplevde at personalet ikke henvendte seg direkte til dem og tolket dette som å bli oversett mens andre i studien opplevde at personalet snakket til dem og oppfattet dem som greie (Jensen et.al. 2012).

Funn viste at barna ønsket å bli hørt og delta i beslutninger som omhandlet dem (Coyne 2006, Coyne og Kirwan 2012, Livesley og Long 2012, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Salmela, Salanterä og Aronen 2010, Chappuis et.al. 2011, Ekra og Gjengedal). For at barnas deltagelsen i egen pleie og behandling skulle fungere var det viktig at barnas tilbakemeldinger ble tatt hensyn til og handlet etter (Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Salmela, Salanterä og Aronen 2010). Det å gi informasjon og hensiktsmessige forklaringer økte deres følelse av involvering og kontroll, som var viktig for barnas deltagelse (Ford 2011, Coyne og Kirwan 2012, Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

For barna kunne det å delta i beslutninger som omhandlet en selv, lindre usikkerhet og frykt da det styrket deres evne til å håndtere situasjonen (Salmela, Salanterä og Aronen 2010).

Noen barn var usikre og hadde mindre evne til å delta aktivt i beslutninger som omhandlet dem (Livesley og Long 2012, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Mens andre var usikre på muligheten for å komme med ønsker, noen unngikk det fordi de antok at det ikke var lov eller upassende (Schalkers, Dedding og Bunders 2014 og Chappuis et.al. 2011). I en artikkel så man at barn med mindre evne til å påvirke, fant trøst og komfort ved å trekke seg tilbake til sengene sine. Når barn opplevde å ikke bli hørt var det mindre sannsynlig at de gjorde en innsats for å bli hørt senere (Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

4.4 Erfaringer av behandling, prosedyrer og sykdom

Flere artikler belyste barns frykt for prosedyrer og behandling relatert til sykdom og behandling (Ford 2011, Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Peña og Juan 2011, Chappuis et.al. 2011).

Frykt for smerte var ofte nevnt i forbindelse med prosedyrer, undersøkelser og behandling (Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Jensen et.al. 2012, Lindeke, Nakai og Johnson 2006, Brady 2009). Det kom også frem at barn som hadde tidligere erfaring av smerte relatert til prosedyrer var engstelige for å oppleve smerten igjen (Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007). Men barn kunne håndterte dette gjennom å søke trygghet fra voksne, trekke seg fra situasjonen eller gjennom ord eller gråt (Peña og Juan 2011). Ærlighet fra helsepersonell om prosedyrene var smertefulle var spesielt viktig, og barna fremhevet at det å få ros for tapperhet etter prosedyrer var verdsatt (Brady 2009).

I følge artikkelen til Coyne og Conlon (2007) uttrykte barna at frykten for undersøkelse og behandling hang sammen med at mangelfull kunnskap om prosedyren og utfallet av den. I to artikler fremhever barna viktigheten av veiledning og distraksjon under prosedyrer (Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Peña og Juan 2011), og Schalkers, Dedding og Bunders (2014) belyser at dette ikke alltid opplevdes tilfredsstillende, hvilke avledninger barna foretrakk var individuelt.

4.5 Erfaring av sykepleier og deres egenskaper.

I flere av artiklene beskriver barna egenskaper og kvaliteter de setter pris på at hos sykepleier (Brady 2009, Coyne og Kirwan 2012, Chappuis et.al 201, Coyne 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Sykepleierne ble beskrevet som ” behagelige” og ”tar godt vare på meg”, ” er betryggende” og ” forklarer ting til meg”, snill, hjelpsom, skånsom, behagelige, omsorgsfulle, artig, vennlig, streng og lydhøre (Chappuis et.al 2012, Coyne og Kirwan 2012) Den dårlige sykepleieren ble beskrevet som en med dårlig temperament, ropte, var gretten, stønnet, var sjefete og ikke hørte på hva barna hadde å si (Brady 2009).

Barna så på sykepleierne som profesjonelle helsearbeidere som hjelper dem å bli bedre (Coyne og Kirwan 2012). Barna var tydelige på hvordan de ønsket omsorgen skulle gis, og var kritiske til sykepleiere som avvek fra dette. Den dyktige sykepleieren var i stand til å utføre ferdigheter kompetent og raskt, var organisert og hadde utstyret på plass når prosedyrer skulle gjennomføres. De er kunnskapsrik, sikkerhetsbevisst og konsentrert på arbeidet, men gjorde tiltak for å redusere ubehaget og påførte lite smerte (Brady 2009).

Sykepleiers utseende og fremtreden kom frem som et punkt i en av artiklene. Sykepleieren burde ha en `egnet` og `profesjonell` hårfrisyre og fornuftige sko, bruke tradisjonell uniform, var ryddig, ren og anstendig. Sykepleiere som var oversminkede ble oppfattet som uprofesjonelle. Det ble understreket av flere barn at helsepersonell måtte bruke identifikasjon som identifiserte han eller hun som ansatt ved sykehuset (Brady 2009).

4.6 Betydningen av lek og trivsel

Det kom frem i flere av artiklene at de beste opplevelsene ved sykehusoppholdet var relatert til lek og fritidsaktiviteter, populære aktiviteter var blant annet Nintendo, se TV, videospill, lese bøker, spille spill, sykehuskolen, lekerommet eller tilbringe tid med foreldrene (Chappuis et.al 2011, Jensen et.al 2012, Ford 2011, Lindeke, Nakai og Johnson 2006). Det var verdsatt og trygt å kunne ha med egne gjenstander, leker eller spillkonsoller hjemmefra og barna likte at de kunne gjøre aktiviteter som var lik de man gjorde hjemme, da dette representerte kjente ting i et ellers ukjent miljø (Coyne og Kirwan 2012, Ford 2011, Jensen et.al 2012).

Barna satte pris på å ha det gøy med helsepersonellet. En leken samtale og skøyestreker var verdsatt positivt og tolket som tegn på oppmuntring (Peña og Juan 2011, Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

Som sykehuspasient opplevde barna å miste noen av sine normale friheter og er i et ukjent miljø. Å ha det gøy hjelper dem å takle denne virkeligheten (Brady 2009).

Barna likte å ha mulighet til å leke med det de selv ønsket. I tillegg likte barn som var kreative på fritiden hjemme, at de fikk gjøre kreative aktiviteter på sykehuset (Jensen et.al 2012). Barnet kunne bruke materielle objekter, lek, humor og trygghet i egne leker som

mestringsstrategi for å håndtere frykt. Det kom også frem at pene ting og leker i sykehusmiljøet kunne lette frykt (Salmela, Salanterä og Aronen 2010).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette delkapittelet ønsker vi å si noe om styrker, svakheter og begrunnelser for metoden vi har brukt i vår oppgave.

Vi så på forskjellige metoder for hvordan en kan gjennomføre et systematisk litteraturstudium og kom frem til at oppgaven ble mindre komplisert og mer oversiktlig ved å forholde oss til en metode. Derfor har vi benyttet Evans fire faser gjennom hele litteraturstudie, da vi mener at den har vært overførbar til hele prosessen. På bakgrunn av dette opplever vi at vår studie har blitt gjennomført på en systematisk måte.

Vi ser likevel at det finnes flere metodiske svakheter som kan påvirke resultatet.

5.1.1 Datainnsamling

Etter veiledningssamtale besluttet vi å jobbe ut fra en hensikt, da problemstilling og hensikt ble veldig lik hverandre. Vi ser at vår hensikt er vid som kan være en mulig svakhet med tanke på oppgavens omfang og ordbegrensning.

I 7 av våre inkluderte forskningsartikler var noen av barna som er intervjuet over 13 år. Da det var mulig for oss å skille ut funn relatert til barn innenfor vår aldersreferanse, valgte vi å inkludere artiklene. På bakgrunn av den store aldersforskjellen i inklusjonskriteriene 4-13 år kan dette ses på som en svakhet da det er store fysiske og mentale forskjeller og behov. Vi kunne med fordel ha spesifisert alderen, men så at vi da ikke nødvendigvis hadde fått nok forskningsartikler.

Ifølge skolens retningslinjer skulle ikke artikler inkludert i studien overstige 5 år. Dette relatert til funnenes gyldighet. Da vi ikke fant nok forskningsartikler innenfor 5 år utvidet vi søket vårt med fem år fra 2006-2016 det kan ses på som en svakhet. Inkluderte artikler skulle være skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk, dette fordi det skulle være lett å oversette. Vi har med en artikkel som er kvalitativ, og kvantitativ, vi valgte å inkludere denne forskningsartikkelen da denne var delt opp i kvantitativ del og kvalitativ del. Vi har ikke brukt funn fra kvantitativ del.

Vi inkluderte tre artikler fra Irland, to fra England, en fra Norge, en fra Danmark, en fra Finland, en fra Nederland, en fra Sveits, en fra Spania, en fra USA og en fra Australia. Bare en artikkel i vår litteraturstudie har basert seg på forskning i Norge. Likevel har vi valgt å inkludere disse da overføringsverdi av praksis fra den vestlige delen av verden generelt sett kan ha likheter med Norge. Allikevel bør en ta i betraktning at det kan finnes nyanser i alle kulturer som kan avvike fra vår egen kultur eksempelvis både i forhold til syn på barnet, familien og sykepleie. Vi vet at i Spania for eksempel har de en mer teknisk form for sykepleie, der vi her i Norge har et helhetlig syn på sykepleie der omsorg for pasienten står sterkt.

Alle våre artikler unntatt en har i sine forskningsartikler ikke rettet sin forskning mot en spesifikk diagnose, det kan ses på som en styrke da barnas erfaring av sykehusoppholdet blir belyst på tvers av innleggelsesdiagnoser. Artikkelen til Ekra og Gjengedal (2012) derimot ønsket og belyse barns opplevelse av å bli innlagt på sykehus med en nylig diagnostisert diabetes type 1, det kan ses på som en svakhet men kan også ses på som styrke da den samsvarer med funn fra andre artikler.

5.1.2 Søkeprosessen

Vi har brukt ulike databaser i forsøket på å finne relevant forskning. Dette kan bli sett på som en styrke da sannsynligheten for å finne relevante artikler øker. Det kan bli sett på som en svakhet da vi bare har opplæring i databasesøk i OvidMedline og derfor kan ha brukt søkemotorene feil å på den måten mistet relevante artikler. Gjennom søk innenfor 5 år fant vi ikke nok relevante artikler som svarte på hensikten vår, derfor utvidet vi søket med fem år (2005-2015). Dette førte til at vi fant 3 artikler som vi inkluderte, Vi ser på dette som en styrke da de styrket funn fra andre artikler, men ser at det kan sees på som svakhet da funnene kan være utdaterte. To søk ble utført i 2016 med utvidelse av år fra 2006-2016, disse søkene førte til to nye artikler, men ingen nyere enn 2014. Søket ble gjort etter tips om mulig relevant artikkel fra veileder. Vi ser på det som en styrke da de underbygger funnene våre.

5.1.3 Kvalitetsbedømming og etiske hensyn

Under kvalitetsvurderingen brukte vi sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2015) for vurdering av kvalitative artikler. Dette er en sjekklister som er basert på internasjonale verktøy for kritisk vurdering som gjør det til en styrke. Da vi er uerfarne med å søke og kvalitetssikre artikler, kan vi ha gjort feil med tanke på tilpassing av artiklene på grunn av da som tidligere nevnt i kvalitetsvurdering 3.4 at sjekklister ikke graderte kvaliteten etter hvor mange av punktene som burde dekkes for hva som var en god nok artikkel. Dette kan bli sett på som en svakhet. Vi ser på det som en styrke i vurderingen av artiklene at vi gikk gjennom halvparten av artiklene hver for oss, for deretter å gå gjennom vurderingen av den andres artikler etterpå. Dette gjorde at vi begge fikk kvalitetssikret artiklene samtidig som vi kunne være kritisk til den andres arbeid og diskutere og begrunne vurderingene våre. Dette førte til at vi ekskluderte fire artikler.

Alle våre inkluderte studier unntatt en var godkjent av etiske komite. Vi valgte å inkludere denne artikkelen på bakgrunn av at mangel på etisk godkjenning ble begrunnet. Det kom også tydelig frem i den aktuelle artikkelen at samtykke var innhentet fra foreldre og barn som deltok i forskningsprosjektet og at barna hadde fått tilpasset informasjon til sitt utviklingsnivå det ser vi på som en styrke, da det stilles noe strengere krav til vurdering av informert samtykke når det gjelder forskning som inkluderer barn.

5.1.4 Analyse

Analysen av funnene i forskningsartikler brukt i vår studie ble gjennomført med fremgangsmåte presentert av Evans (2002) beskrevet under dataanalyse 3.6. Å jobbe ut fra hans fire steg har hjulpet oss med å identifisere relevante funn på en systematisk og oversiktlig måte, som har fungert godt for oss. Gjennom å bruke fargekoder på nøkkelfunnene, nummerering av artikler og forfattere ble det lettere for oss å finne tilbake til ønsket artikkel. En svakhet kan være at vi ikke har gjort dette før. Det kan ha påvirket hvordan vi har tolket Evans 4 steg.

Vi fant det noe utfordrende og samle funn i kategorier, dels på grunn av funnenes omfang relatert til hensikten og dels på grunn av at funnene glir noe over i hverandre som kan være en svakhet fordi vi da kan ha tolket funn inn i kategori.

Artiklene inkludert i oppgaven vår har vært på engelsk og vi har da måttet oversette til norsk, noe som kan ha medført feiltolkninger i artiklenes innhold og funn.

Å jobbe med en partner har vi sett på som en styrke. Det er lett å bli blind på eget arbeid, på denne måten har vi kunnet dobbeltsjekke, diskutere og kvalitetssjekke hverandres arbeid. Å jobbe sammen har ført til at vi har tettet hull og mangler i oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet vil vi drøfte funnene i vårt litteraturstudie knyttet opp mot relevant bakgrunns litteratur, forskning, klinisk praksis og egenerfaringer.

5.2.1 Betydning av det ukjente sykehusmiljøet

Funn fra forskningsartikkene viser at barn kan oppleve sykehusmiljøet ukjent og skremmende. Dette skapte frykt og engstelse hos barn (Ekra og Gjengedal 2012, Ford 2011, Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Coyne og Kirwan 2012, Peña og Juan 2011). Som også var gjeldende for barn med erfaring fra sykehus (Ford 2011, Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Ekra og Gjengedal 2012). Ved en sykehusinnleggelse kommer barnet inn til et ukjent miljø. Nye inntrykk kan skape utrygghet hos barna, det kan føre til stress og angst som kan utvikles til traumer. Det kan igjen føre til at barnets vekst og utvikling stopper opp (Grønseth og Markestad 2011). Barnets mestringsevne må stå i forhold til de kravene barnet møter (Tveiten 1998) og sykepleier slik vi ser det, bør derfor gjøre sykehusopphold så forutsigbart som mulig.

Noen barn ble behandlet på samme avdeling som voksne, dette kunne oppleves skremmende (Ford 2011). At barn legges inn på voksenavdelinger bekreftes av Fonn (2003, Sitert i Sundal, 2014, 159) som hevder at barn innlegges i andre avdelinger enn barneavdelinger. I Forskriftene om barn innlagt i sykehus står det at barn under 18 år fortrinnsvis skal legges inn på barneavdeling og heller ikke legges på rom med voksne som er i en medisinsk tilstand som kan virke skremmende på dem (Helse- og omsorgsdepartementet 2000). Egne erfaringer tilsier at det ikke alltid er mulig for barn å innlegges på barneavdeling. Det kan være at sykehuset ikke har barneavdeling, eller barnet

gjennomgår kirurgi og vil da kunne ligge på oppvåkning med voksne. Avdelingene kan også være så presset på plass at barn må ligge på rom med voksne.

Mat var et tema for barn i flere av artiklene (Chappuis et.al 2011, Coyne 2006, Ekra og Gjengedal 2012, Lindeke og Johnson 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Ved sykdom er det vanlig at barnets appetitt og sult er redusert. Sykdommen kan selv ha vært bidragsyter til at barnet ikke ønsker mat, eksempelvis grunnet forandring av smaks- og luktesans, kvalme og diaré (Wennick 2012). I Coyne (2006), Lindeke, Nakai og Johnson 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014 kom det frem at de fleste barna innlagt på sykehus mislikte maten. Dette ble begrunnet blant annet med at maten kunne være uappetittlig, ikke møtte kulturelle diettbehov, få valgmuligheter i menyen eller minnet for lite om hjemmelaget mat. Mat ved sykehus blir ofte tilberedt i sentralkjøkken og deretter levert på avdeling, dermed kan maten smake annerledes enn det barnet er vant til og kan bestå av retter som ikke tilhører familiens normale kosthold (Wennick 2012). I andre artikler kom det fram at barna var fornøyd og likte maten, da den bestod av mat som var kjent og god for barnet. Det var populært med buffet i spisesalen og menyalternativ til middag (Chappuis et.al 2011, Ekra og Gjengedal 2012).

Søvn var et tema som genererte misnøye. Årsaker kunne være: helserelaterte problemer og sykepleie som skulle gjennomføres. Noen barn rapporterte om søvnproblemer grunnet dårlig ventilasjon, skarpt lys, støy skapt av ringende telefoner, snakkende sykepleiere og gråtende barn (Chappuis et.al 2011, Coyne og Conlon 2007, Coyne 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). For at barn skal kunne opprettholde god helse, bearbeide sanseinntrykk, lagre informasjon og bygge et sterkt immunforsvar trenger barn nok søvn (Wennick 2012). Det viste seg å være et problem også på nyere sykehus, da gjennomsiktige glass i dørene forårsaket at rommet ikke ble tilstrekkelig mørkt (Schalkers, Dedding og Bunders 2014).

Ifølge Piaget er barnet bundet sterkt til det visuelle inntrykket (Bunkholdt 2002). Derfor vil førsteinntrykket av sykehuset avhenge av mer enn hvordan sykepleier tar imot barnet. Dekor, varme og glade farger i avdelingen kan få barneavdelingen til å framtre som et vennlig og hyggelig sted (Grønseth og Markestad). Det kom frem at barna opplevde utformingene av avdelingene som barnevennlige. De var fornøyd med rommene, likte

interiøret og verdsatte dekoren på veggene (Chappuis et.al 2011, Ekra og Gjengedals 2012, Jensen et.al 2012). Lyse og fargerike omgivelser bidro til hyggelig atmosfære. Allikevel kom det frem at barn syntes det trengtes forbedringer (Coyne og Kirwan 2012, Lindeke, Nakai og Johnson 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Forslag som kom frem; oppslagstavler og litt ekstra plass til å kunne sjekke post. Barn kommenterte ofte ønske om eget toalett og dusj. Dette i hovedsak av praktiske hensyn, da svake pasienter opplevde problemer med å rekke toalettet i tide. En jente manglet persienner i vinduet, der nabobygningen var nærme nok til å se inn på rommet hennes. Dette viser til behovet for privatliv i forbindelse med å ikke ha et sted man kunne være for seg selv (Schalkers, Dedding og Bunders 2014). "Rommet mitt" var en term barna brukte om pasientrommet. De hadde en følelse av eierskap til rommet sitt, hvor de kunne være sammen med sine foreldre, få besøk, trekke seg tilbake, slappe av og oppbevare eiendeler. Å ha en privat plass syntes å være viktig (Ekra og Gjengedal 2012, Ford 2011). Å være på sykehuset ga barna et sted hvor det var greit å slappe av (Ekra og Gjengedals 2012, Jensen et.al 2012). Ifølge forskrift om barns opphold i sykehus § 4 Skal barn fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger. På alminnelige avdelinger som jevnlig mottar barn bør det innredes barnestuer. Avdelinger og barnestuer der barn legges inn, skal utformes og utstyres slik at de er tilpasset barns behov (Helse- og omsorgsdepartementet 2000).

5.2.2 Behovet for kontakt med nære relasjoner.

Funn fra forskningsartiklene viser at barn på sykehus opplever bekymring for separasjon fra foreldre (Ford 2011, Coyne 2006, Salmela, Salanterä og Aronen 2010, Ekra og Gjengedal 2012) og at barn har et sterkt behov for å være nær og føle seg beskyttet av sine foreldre, de følte seg ensomme når foreldrene ikke var der (Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Barn i Norge har i dag lovfestet rett til samvær med en av foreldrene ved sykehusinnleggelse (Pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999). Til tross for at det er vanlig praksis i Norge at en omsorgsperson er med barna under sykehusoppholdet, finnes det situasjoner der de kan bli bedt om å forlate barnet, eksempelvis i forbindelse med undersøkelser og prosedyrer. Dette kan være uheldig for barnet da de i stressende situasjoner har ekstra behov for foreldrenes støtte (Grønseth og Markestad 2011). Om helsepersonell avgjør at foreldre må forlate barnet under prosedyrer og behandlinger skal dette kun gjøres om deres tilstedeværelse vanskeliggjør behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2000)

Et sentralt begrep i pediatrik sykepleie er familiefokusert pleie. Foreldre er vanligvis en ressurs, de kjenner barnets behov, utøver omsorg og legger til rette for barnets egenomsorg. Foreldrene representerer barnets ytre omgivelser. Å ta vare på foreldrene er indirekte å ta vare på barnet (Tveiten 1998). Derfor er det viktig at sykepleie rettes mot hele familien, dette er rettigheter forankret i sosial- og helsedepartementet (2000) "forskrift om barns opphold i helseinstitusjon" Forskrift pålegger personalet ved sykehuset å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker og kan utføre når de er tilstede med barnet. Foreldrene har rett på avlastning ved behov og tilgang til eget oppholdsrom (Grønseth og Markestad 2011).

Runeson, I mfl. (2002, sitert i Grønseth og Markestad 2011, 61) hevder om barnet blir godt kjent med og trygg på primærsykepleieren, kan det gjøre kortvarige adskillelser fra foreldrene lettere for barnet om foreldrene må ut et ærend. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon legger til rette for det ved å legge føring for at det skal tilstrebes at barnet tas hånd om av samme personalet gjennom hele oppholdet på institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2000).

Vi ser da at det blir viktig for sykepleierne og fokusere på å skape tillit og bli godt kjent med barnet og familien, primærsykepleie er et godt tiltak. Det at barnet blir godt kjent med en sykepleier som kan være tilstede og trygge å forsikre barnet når for eksempel mor eller far må ut et lite ærend, kan gjøre adskillelsen noe lettere for barnet og håndtere. Det at vi er bevisste på hva barnet kan føle i en slik situasjon vil kunne hjelpe oss i å møte barnet og familien på en god måte.

Våre funn viste at sykehusinnleggelsen forårsaket avbrudd i barnas liv der de opplevde adskillelse fra familie, familierutinene og deres daglige aktiviteter (Coyne 2006). Barna savnet familie, venner og livet hjemme (Coyne 2006, Chappuis et.al. 2011, Ekra og Gjengedal 2012).

I følge Sjøbjerg støttes dette opp av funn av blant annet av følgende forskere; Gerali mfl. 2011, Rennick og Rashotte 2009, Rennick mfl. 2011, Reinfjell mfl. 2007 (Sjøbjerg, 2013, 116) som sier at barn med lengre opphold på sykehuset kan lengselen etter familie, venner, skole og barnehage kan bli problematisk. Barn i skolealder opplever sterk tilhørighet til

skole og venner og det oppleves sårt om den tilhørigheten svekkes. Funnene våre viste at barna hadde glede av besøk fra familie og venner (Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Ekra og Gjengedal 2012), og det var ønsket at det ikke skulle være begrensninger i besøkstiden (Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon støtter opp om barnas ønske og sier at barn skal kunne motta besøk utenom vanlig besøkstid, om besøk nektes grunnet medisinske årsaker skal dette begrunnes (Helse- og omsorgsdepartementet 2000). Selv om barna har rett til besøk utenom besøkstid uttrykte de behov for moderne teknologi som internett og mobiltelefon for å opprettholde kontakten med nære relasjoner (Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Ekra og Gjengedal 2012). Barn sammenligner seg med venner og bruker dem som målestokk for egen utvikling. Det å føle seg annerledes eller utilstrekkelig kan være ødeleggende, det er derfor viktig å opprettholde kontakten med venner også når barnet er sykt, dersom det lar seg gjøre (Sjøbjerg 2013).

Utviklingsmessige særtrekk viser til at det er gjerne skolebarna som savner venner mest og for førskolebarna kan tilknytningen til familien og den eventuelle adskillelsen være det mest sårbare (Grønseth og Markestad 2011).

Vi tenker at vi som fremtidige sykepleiere kan hjelpe barnet til å opprettholde kontakt med familie og venner hjemme gjennom å vise forståelse for behovet og være behjelpelig med å tilrettelegge muligheten for å få besøk når det er ønskelig. Av erfaring så vet vi at dagene på et sykehus kan være hektisk, det er mange oppgaver som skal gjennomføres dette kan være en utfordring, men med vilje og litt kreativitet tenker vi at en kan komme langt.

5.2.3 Betydning av kommunikasjon og samhandling.

Funn belyste at barn hadde mangelfull informasjon om ulike deler av innleggelsen (Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Coyne og Kirwan 2012, Jensen et.al. 2012) og at barn kunne innhentet informasjon fra ulike kilder, dette kunne føre til misforståelser som igjen kunne føre til økt engstelse (Coyne 2006). Barna kunne også bruke medisinske uttrykk uten nødvendigvis å forstå betydningen av dem (Jensen et.al. 2012). På den ene siden samsvarer ikke funnen med norske retningslinjer, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

som sier sykepleier skal sikre informasjon som gis blir tilpasset og forstått (Norsk sykepleierforbund 2011). Norsk lov underbygger dette ved at barn og foreldre har rett på tilpasset informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). På den andre siden må vi ta i betraktning at bare en av våre forskningsartikler er basert på norske forhold, allikevel kan en nok etter forfatters mening se at dette barn mangler informasjon også er gjeldende i Norge, da spesielt på avdelinger der sykepleiere til vanlig ikke utøver sykepleie til barn som. For å kunne tilpasse informasjon som gis, bør sykepleier kartlegge barnets og foreldrenes sykdomsforståelse. Med å øke barnets forståelse for sykdom og behandling, kan det gi barnet oversikt og kontroll over situasjonen, på den måte begrenses misforståelser som grunnlag for bekymring og stress (Grønseth og Markestad 2011).

Funn viste at barna ønsket at helsepersonellet snakket med barnevennlig språk når, og mente de ikke kommuniserte barnevennlig når de brukte medisinske uttrykk (Coyne og Kirwan 2012, Peña og Juan 2011). Barns ordforråd varierer, og sosialt miljø påvirker språkutviklingen (Tveiten 2012c). Barn i seks-syvårsalderen har i liten grad utviklet evnen til å tenke abstrakt. Er viktig å være bevisst på ord en velger å bruke, de kan lett misforstå om begrepene er unøyaktige eller tvetydige. Et barn kan for eksempel forstå ordet stikkpille bokstavelig som en pille som stikker (Tveiten 1998). Dette støttes av Sjøbjerg (2013) der en påpeker viktigheten av å bruke ord og uttrykk barnet forstår, for å unngå å bruke ord som kan skremme eller oppfattes feil av barnet, barna må få informasjonen flere ganger da de har kort oppmerksomhetstid (Sjøbjerg 2013). Etter hvert som barnet blir eldre vil de ifølge Piaget evne å tenke mer logisk og abstrakt (Bunkholdt 2002).

Funn viser at barna var sensitive for toneleie og kroppsspråket til sykepleierne, de oppfattet fort om det verbale ikke stemte med det nonverbale språket (Brady 2009, Peña og Juan 2011) Det viser viktigheten av å føre en entydig kommunikasjon med barnet. Om handling og ord ikke samsvarer kan det forvirre, som regel velger barnet å lytte til den nonverbale kommunikasjonen (Tveiten 1998). Grønseth og Markestads (2011) påpeker at manglende samsvar mellom verbal og non verbal signaler hemmer kommunikasjon.

I funnene fremhever barna viktigheten av å ha nok tid, oppmerksomhet, lytte og svare på spørsmål barna har, for å etablere god kommunikasjon (Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Jensen et.al. 2012 og Brady 2009). Barna ønsket å bli hørt og få respons når de

henvender seg til helsepersonellet (Coyne og Kirwan 2012, Livesley og Long 2012, Brady 2009).

Sykepleier kan innhente informasjon om barnets interesser og engstelser gjennom å lytte til spørsmålene som stilles. Teorien belyser at en ofte kan undervurdere barnets evne til forståelse når det er sykt, som forsterkes om barnet regrederer (Tveiten 1998). I tre- fireårsalderen er en som oftest i stand til og forstå verbal kommunikasjon bare barnet får tid og mulighet til og konsentrere seg og informasjonen gis med et ordforråd barnet forstår. Om sykepleieren er direkte og åpen i sin kommunikasjon vil barnet merke at det blir respektert og tatt på alvor (Tveiten 1998). En norsk undersøkelse viser at barna søker kunnskap og åpenhet, å få informasjon bidrar til følelse av trygghet og mestring av sin situasjon Selmer mfl. (2004a,b, sitert i Eide og Eide 2007, 374). Et godt verktøy for å forstå barnet ut fra deres premisser er aktiv lytting, det forutsetter at sykepleieren har tillit til barnets forklaringer og oppfattelse av situasjonen. En må være villig til og hjelpe barnet å sette ord på sine opplevelser og følge opp det barnet uttrykker (Tveiten 1998).

Når sykepleieren kommuniserte med familien skilte barna mellom om de var involverte eller ikke (Jensen et.al. 2012, Peña og Juan 2011). For noen barn var det uklart hvilken rolle de hadde i samtalen, ofte endte barna opp som observatører og reagerte med å lytte på samtalen eller vente (Peña og Juan 2011). Det kom frem at barna opplevde personalets henvendelse forskjellig, noen mente personalet ikke henvendte seg direkte til dem og tolket dette som å bli oversett, mens andre barn opplevde at personalet snakket til dem og oppfattet dem da som greie (Jensen et.al. 2012). I hvilken grad sykepleier involverer barna i kommunikasjonen varierer, Om en hovedsakelig henvender seg til foreldrene, ender barna med å bli passive mottagere. For å øke barnets trivsel og redusere angst kan sykepleier da gi barnet mulighet til å være en aktiv deltager, gjennom å gi barnet valg med hensyn til pleie og behandling (Sjøbjerg 2013). Barn omfattes blant annet av Helsepersonelloven, lov om pasientrettigheter og lov om spesialisthelsetjenesten der rettigheter relatert til medvirkning og rett til informasjon står sentralt (Tveiten 2012a). Å medvirke betyr ikke nødvendigvis å bestemme hva som skal skje, men at man kan bidra gjennom å bli spurt, lyttet til og tatt på alvor (Tveiten 2012b). Og slik kan vi som fremtidige sykepleiere bidra tenker vi til at barn føler seg hørt og tatt på alvor.

Barn og unge har begrenset autonomi, evne til å si fra og mulighet til å bli hørt i de voksnes verden. Barn er i stor grad henvist til at voksne taler deres sak, argumenterer og tar beslutninger på deres vegne (Grønseth og Markestad 2011). Barna ønsket å bli hørt og delta i beslutninger som omhandlet dem (Coyne 2006, Coyne og Kirwan 2012, Livesley og Long 2012, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Salmela, Salanterä og Aronen 2010, Chappuis et.al. 2011, Ekra og Gjengedal). Å gi informasjon og hensiktsmessige forklaringer økte deres følelse av involvering og kontroll, det var viktig for deres deltagelse (Ford 2011, Coyne og Kirwan 2012, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Det gav dem selvtillit i miljøet (Ford 2011) Å delta i beslutninger som omhandlet en selv, kan lindre usikkerhet og frykt ved å styrke deres evne til å håndtere situasjonen (Salmela, Salanterä og Aronen 2010). Juridisk sett er det foreldrene som tar avgjørelser for barnet med hensyn til behandling. Men barn kan gi uttrykk for sine ønsker og bør få mulighet til å uttale seg om behandlingen, sett ut i fra deres utviklingsnivå. Vi som fremtidige sykepleiere kan ved å gi barn reelle valg med tanke på behandling og pleie blir barnet en aktiv deltager, som kan bidra til å redusere barnets angst og øke velvære (Sjøbjerg 2013).

5.2.4 Betydning av behandling og prosedyrer.

Funnene fremhever at barn opplever å være redd prosedyrer og behandling de skal gjennomgå (Ford 2011, Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Peña og Juan 2011, Chappuis et.al. 2011), de var engstelige for at det skulle gjøre vondt (Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007, Schalkers, Dedding og Bunders 2014, Jensen et.al. 2012, Lindeke og Johnson 2006, Brady 2009). Førskolebarn har økende bevissthet rundt kroppen, men forståelsen om den er ikke alltid tilstede. Undersøkelser og smerte er nært forbundet med kroppen og kan gi barnet angstopplevelse. Barna i skolealder har fortsatt stor fantasi og en må være bevisst at å bli innlagt på sykehus kan fremkalle regresjon og barnet kan gå tilbake i utviklingsnivå hvis opplevelsen overstiger barnets stress- og mestringsevne. Sykepleier kan lindre angst hos skolebarn gjennom hensiktsmessig forklaringer og hjelpe barnet til å forstå, korrigere fantasi og feilforestillinger og skape rom for at barnet får snakket om sine følelser (Tveiten 1998).

Funnene viste at barn med tidligere erfaring med innleggelse og barn med førstegangs innleggelse, uttrykte engstelse og redsel for prosedyrer og behandling (Ford 2011, Coyne

2006). Noe som kan belyse at erfaring ikke er synonymt med trygghet, barn som tidligere har opplevde prosedyrer smertefulle ble redd for å oppleve smerten igjen (Coyne 2006, Coyne og Conlon 2007).

Når mindre barn og førskolebarn skal forberedes bør dette gjøres rett før prosedyren, en kan med fordel demonstrere prosedyren på en sykehusdukke for barnet som kan få leke med denne og utstyret før, under og etter prosedyren. Det er viktig å være ærlig om smertefulle prosedyrer, det vil skape tillit i tillegg blir barnet forberedt. Foreldrene er essensiell under prosedyren, da de kan støtte og trøste barnet (Søbjerg 2013).

Piagets stadieteori sier at barn i det pre-operasjonelle stadiet har kort konsentrasjonstid, det blir da gunstig å gi informasjon tett opptil prosedyren (Bunkholdt 2002) det kan være lettere og gjennomgå prosedyrer om man er informert og forberedt, det ukjente blir mindre skummelt. Informasjonen bør gis av noen barnet har tillit til og vedkommende må ha innsikt i barnets forståelsesgrunnlag. (Søbjerg 2013).

Barn i skolealder søker informasjon. Det er viktig for dem å vise selvstendighet og ikke miste kontroll over følelser. Det kan være hensiktsmessig og oppmuntre barn til å stille spørsmål og gjenfortelle sin opplevelse av situasjonen, som kan fremme barnets følelse av kontroll, samtidig kan sykepleier bruke dette til å innhente informasjon om forventninger og bekymringer barnet har. Dette er spesielt viktig hos barn som er tilbakeholden med å stille spørsmål (Søbjerg 2013).

5.2.5 Betydningen av sykepleiers egenskaper

I Brady (2009), Coyne og Kirwan (2012), Chappuis et.al (2011), Coyne (2006), Schalkers, Dedding og Bunders (2014). beskriver barna egenskaper og kvaliteter de satte pris på hos sykepleier.

Barn forventet at sykepleierne var omsorgsfulle, snille, hjalp dem til å føle seg trygg, bidrar til adspredelser, aktiviteter og underholdning (Brady 2009, Coyne 2006, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Funnene støttes av teorien ved at personalets holdninger og utøvelse av omsorg til barna og foreldrene er avgjørende for hvordan de opplever å bli møtt. Annerkjennelse og respekt for barnets kompetanse på seg selv, i kombinasjon med

fast personale er med på å skape god opplevelse av sykehusoppholdet ifølge artiklene til Brady (2009, Pelander og Leino-Kilpi 2004 sitert i Grønseth og Markestad 2011, 69).

Grønseth og Markestad (2011) belyser at barn og deres foreldre skal oppleve trygghet i å være på sykehus, det forutsetter at personalet har kunnskap om barnets utvikling og behov, i tillegg til grunnleggende fagkompetanse. Om sykepleieren viser at en er kompetent og trygg i sin rolle kan det bidra til å trygge barna og foreldrene.

Den gode sykepleieren var en som ikke alltid fulgte reglene på avdelingen og dermed gjorde sykehusoppholdet bedre for barna (Brady 2009). Leken samtale og skøyestreker var komponenter på relasjonsnivå barna verdsatte og tolket som tegn på oppmuntring (Peña og Juan 2011). Den dårlige sykepleieren utviste dårlig temperament, ropte, var gretten, stønnet, sjefete og lyttet ikke til barnas ytringer (Brady 2009).

Barna så på sykepleierne som profesjonelle helsearbeidere som hjelper dem å bli bedre (Coyne og Kirwan 2012). Barna var spesifikke på hvordan omsorg skulle gis, og var kritiske til sykepleiere som avvek fra dette. Den dyktige sykepleieren utførte oppgaver kompetent og raskt, var organisert og hadde utstyret på plass når prosedyrer skulle gjennomføres. De er kunnskapsrik, sikkerhetsbevisst og konsentrert om arbeidet (Brady 2009).

Sykepleieren må ha tilstrekkelig tid noe som forutsetter at en har nok personale. Sykepleieren må ha kompetanse til å vurdere barnas behov for sykepleie, en må være i stand til å sette seg inn i barnets opplevelse og behov for å skape forståelse og kunne vurdere den etiske siden av sykepleien. En må kjenne sine emosjonelle reaksjoner for å kunne møte barnas reaksjoner, en må inneha kompetanse i kommunikasjon, problemløsning, tiltak og prosedyrer. Sykepleieren skal tolke og kunne tolke barnets og foreldrenes signaler som uttrykk (Tveiten 1998).

Sykepleiers utseende og fremtreden ble lagt merke til av barna. Sykepleieren burde ha egnet hårfrisyre, fornuftige sko og bruke tradisjonell, ryddig og ren uniform. Flere av barna understreket viktigheten med at helsepersonell bruke identifikasjon som viste at de var ansatt ved sykehuset (Brady 2009) Barna var sensitive for sykepleierens toneleie og kroppsspråk (Brady 2009, Peña og Juan 2011). Teorien belyser lite hvordan barn reagerer

og opplever sykepleiers utseende, men funnene kan settes i lys av at barnet har ulikt ordforråd, og begrepsforståelse avhengig av alder. Når språket er lite utviklet vil den nonverbale kommunikasjonen få større betydning, som regel velger barnet og lytte til det som kommuniseres nonverbalt (Tveiten 1998).

5.2.6 Behov for Lek og trivsel

Funn fra forskningsartiklene viser at barns beste opplevelser knyttet til sykehusopphold var relatert til lek og lekaktiviteter (Chappuis et.al 2011, Jensen et.al 2012, Ford 2011, Lindeke og Johnson 2006). Dette funnet støttes av forskningsstudien (Wilson et.al 2010). På sykehuset får den syke delen en stor rolle. Leken blir da viktig for å bekrefte barnets friske side, fordi den gir glede, trivsel, mestringsopplevelser og mening (Grønseth og Markestad 2011).

I Coyne og Kirwan (2012), Ford (2011) og Jensen et.al (2012) kommer det frem at barna verdsatte å ha med egne leker og drive med aktiviteter lik de man gjorde hjemme. Dette skapte trygghet da det representerte noe kjent i et miljø som var ukjent. Pensumlitteraturen underbygger dette ved å si at kjente leker og kosedyr hjemmefra skaper trygghet som bidrar til å skape forbindelse mellom hjem og sykehus, omgivelsene blir litt mindre ukjent ikke bare for barnet, men også foreldre og søsken (Grønseth og Markestad 2011).

Forskriftene sier at det skal være tilstrekkelig med utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike utviklingstrinn. Barn skal ha mulighet for tilpasset aktiviteter etter alder og utvikling og egnet areal skal avsettes ifølge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av 2000 (Helse- og omsorgsdepartementet).

Bradys (2009) studie belyser at barnet som sykehuspasient mister noe av sine normale friheter, og i tillegg oppholder seg i et ukjent miljø. Å ha det morsomt hjelper dem å takle denne virkeligheten. Derimot kan sykdom og behandling føre til begrensninger av mulighet for leken, eksempelvis om barnet må ligge mye på grunn av beinbrudd eller begrenset oppholdsrom grunnet isolasjon (Tveiten 2012b). Allikevel er det lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) så langt det er forsvarlig, sett ut fra barnets helsetilstand har barnet rett til aktivisering og stimulering. Dette kan være krevende i en hverdag der det blir stilt høye krav til effektivitet og liten tid for sykepleier og annet

personale. Dette innebærer at prosedyrer og konkrete gjøremål kan gå på bekostning av måten sykepleien utføres (Tveiten 2012b).

På sykehus er det viktig at barnet fortsetter sin utvikling. Syke barn har like mye behov for lek som friske barn, et av målene for sykepleier å legge til rette for lek i forbindelse med sykdom gjennom å finne plass barnet kan leke på, noen å leke med, noe barnet vil leke med, leke sammen med barnet eller hjelpe barnet i gang med leken. Da det i teorien hevdes av Valsiner og Conolly 2003 sitert i Tveiten at barna lærer gjennom leken, blir det viktig for dets utvikling (2012b), når barnet ikke får leke vil barnets utvikling skje saktere eller stoppe opp (Tveiten 2004).

Barn kan gi uttrykk for følelser og oppfatninger knyttet til opplevelser gjennom lek (Tveiten 2012b). Et tilfelle knyttet til egenerfaring som barnehagearbeider, mistet et barna i førskolealder en person i nær familie og barnet hadde vært med i begravelsen. Barnet fortalte om dette i barnehagen og barna brukte utetiden på å leke at de var i begravelse, der de byttet på å være den som ble begravet og de som var prest og pårørende. Barn bruker leken blant annet til å bearbeide og utforske følelser og opplevelser, da leken foregår på liksom, skaper det avstand til og ufarliggjør følelser og opplevelser (Grønseth og Markestad 2011). Sykepleier kan observere barnets lek for å få innblikk i følelser og opplevelser knyttet til ting som opptar barnet.

Det kom frem i artiklene at barna anerkjente morsom interaksjon med personalet (Ford 2011, Schalkers, Dedding og Bunders 2014). Leken kan benyttes for å skape tillit, observere og forberede barnet til prosedyrer det skal gjennomgå. Miljøet på avdelingen og personalets kultur er viktig. Sykepleiere som jobber med barn bør være åpne for bruk av lek, tørre å slippe seg løs og samhandle på barnets nivå som virkemiddel i pleien til barnet. Når barnet opplever å bli kjent med sykepleier og er trygg på at hun mestrer prosedyrer blir det trygt for barnet å leke.

Barnet må dekke grunnleggende behov før leken kommer til uttrykk. Som fremtidige sykepleiere har vi ansvar for å hjelpe barnet å balansere mellom aktivitet, søvn og hvile, da leken kan bidra til overstimulering og påvirke tilfriskningen negativt (Grønseth og Markestad 2011). Vi vet også at det på større sykehus i Norge i dag med barneavdelinger

at det blant annet er tilrettelagt for lek gjennom lekestuer, barnevennlig utforming og skoletilbud, finnes sykehusklovner som besøker barneavdelinger for å spre lek og glede.

6.0 Konklusjon

Vår hensikt med studien var å undersøke hvordan barn erfarer å være innlagt på sykehus.

Resultatene fra vårt litteraturstudie viser at barn erfarer både positive og negative sider ved det å være innlagt på sykehus. Barna møtte et sykehusmiljø som er ukjent og skremmende men de likte de barnevennlige utformingene, de så også potensiale for forbedringer relatert til dette.

Foreldre er en stor trygghet og støtte for barna, foreldrenes tilstedeværelse hjalp barna å håndterer ubehagelige situasjoner. Allikevel opplevde barna bekymring for at sykehusinnleggelsen ville føre til adskillelse fra foreldrene. De fryktet smerte relatert til prosedyrer.

Avbrudd fra barns daglige liv som sykehusinnleggelsen forårsaket savn av livet og rutinene hjemme. Å kunne ha med seg leker hjemmefra og holde på med aktiviteter lik de dem gjorde hjemme ble satt pris på. Å opprettholde kontakt med familie og venner var viktig, dette kunne gjøres ved å ikke begrense besøkstiden og sørge for tilgang på telefon og internett.

Det ble påpekt viktigheten av at barn og unge fikk være delaktig i kommunikasjon og valg som omhandlet dem, men noen syntes det var godt at andre tok ansvar for dette. Mange følte de ikke ble inkludert i denne prosessen og hadde ønske om å bli hørt, som styrket deres følelse av kontroll over situasjonen. Barna hadde behov for tilpasset informasjon, da sykehuspersonell kunne bruke et komplisert språk. Barna kunne bruke medisinske ord uten å nødvendigvis forstå betydningen av dem.

Barn satte pris på at sykepleierne var omsorgsfulle, snille, hjalp dem til å føle seg trygge, bidrar til adspredelser, aktiviteter og underholdning. Sykepleiers utseende og fremtreden måtte være egnet. Det ble ansett som viktig at helsepersonell bruke identifikasjon.

6.1 Relevans for sykepleier

For sykepleiere blir det viktig å skape trygghet gjennom å vise god faglig kompetanse og fremtreden som omfavner barnet og dets foreldre, vise et genuint engasjement for barnet og dets pleie og tilrettelegge kommunikasjon gjennom å lytte og inkludere barnet samt være aktiv i tilrettelegging og deltagelse av lek for å fremme barns trygghet og videre utvikling.

6.2 Forslag til videre forskning

Vi har sett på forskning rettet mot mange sider ved barns opplevelse av sykehusinnleggelse, vi ser at det kan være relevant å forske videre i dybden av temaene som informasjon, lek, prosedyrer, forståelse, selvbestemmelse og medvirkning fra barnets ståsted, det vil kunne gi verdifull informasjon, heve kunnskapsnivået samt underbygge kompetansen som allerede finnes innen barnesykepleie.

Litteraturliste

- Brady, Mary. 2009. "Hospitalized children's views of the good nurse." *Nursing Ethics* 16(5): 543-560. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009106648>
- Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Chappuis, Marianne, Christine Vannay-Bouchice, Marion Flückiger, Michèle Monnier, Federico Cathieni, Rui Terra og Chantal Piot-Ziegler. 2011. "Children's experience regarding the quality of their hospital stay: the development of an assessment questionnaire for children." *Journal of Nursing Care Quality* 26(1): 78-87. <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181ea6ea2>
- Coyne, Imelda. 2006. «Children`s experiences of hospitalization. » *Journal of Child Health Care* 10(4): 326-336. <http://dx.doi.org/10.1177/1367493506067884>
- Coyne, Imelda og Joy Conlon. 2007. "Children`s and young people`s view of hospitalization: "It`s a scary place"". *Journal of Childrens & Young Peoples Nursing* 11(6): 16 - 21. <http://search.proquest.com/docview/764324232?accountid=40814>
- Coyne, Imelda og Lisa Kirwan. 2012."Ascertaining children`s wishes and feelings about hospital life". *Journal of Child Health Care* 16(3): 293-304.<http://dx.doi.org/10.1177/1367493512443905>
- Docherty, Sharron og Margarete Sandelowski. 1999. "Focus on qualitative methods: interviewing children." *Research in Nursing & Health* 22(2): 177-186. CHINAL, EBSCO Industries (107201532).
- Eide, Hilde, Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Ekra, Else Mari Ruberg og Eva Gjengedal. 2012. "Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness--a phenomenological study of children's lifeworld in the hospital." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 7:18694. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18694>
- Etikkom.2009. «Forskning på bestemte grupper, barn». Lest 06.04.2016. <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>

- Etikkom. 2014. «Forskning på bestemte grupper, sårbare grupper». Lest 06.04.2016.
<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced nursing* 20(2): 22-26).
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. Stockholm: Natur og Kultur.
- Ford, Karen. 2011. “‘I didn’t really like it, but it sounded exciting’: Admission to hospital for surgery from the perspectives of children.” *Journal of Child Health Care* 15(4):250-260.<http://dx.doi.org/10.1177/1367493511420185>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2000. Forskrift om barns opphold I helseinstitusjon. Forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#Kapittel_2
- Gerali, Maria, Marina Servitzoglou, Dimitra Paikopoulou, Helen Theodosopoulou, Michael Madianos og Helen Vasilatou-Kosmidis. 2011. “Psychological Problems in Children with Cancer in the Initial Period of Treatment.” *Cancer Nursing* 34(4): 269-276. [10.1097/NCC.0b013e3181fa5698](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fa5698)
- Grønseth, Randi. Trond Markestad. 2011. *Pediatri og Pediatrisk sykepleie*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2000. Forskrift om barns opphold I helseinstitusjon. Forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#Kapittel_2
- Jensen, Claus Sixtus, Karen Jackson, Raymond Kolbæk og Stinne Glasdam. 2012. “Children’s experiences of acute hospitalisation to a paediatric emergency and assessment unit – A qualitative study.” *Journal of Child Health Care* 16(3): 263-273. <http://dx.doi.org/10.1177/1367493511431071>
- Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2015. SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp. Molde: Høgskolen i Molde
- Jørgensen, Gitte. 2005. ”Pædiatrisk sykepleje” I *Børn og unge sunheds- og sygepleie*. red. Anne Bondesnes, (red.) Gitte Jørgensen. 157-195. 1.utg. København: Munksgaard Danmark

- Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. 2016. ”sjekklister for vurdering av forskningsartikler”. (Lest 13.12.2015).
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>.
- Lindeke, Linda, Miyuki Nakai og Lauren Johnson. 2006. “Capturing children's voices for quality improvement.” *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 31(5): 290-297. Ovid Embase (17013067).
- Livesley, Joan og Tony Long. 2012. “Children`s experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study.” *International Journal of Nursing Studies* 50(10): 1292-1303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.005>
- Norsk sykepleier forbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler revidert*, 2011. Norsk sykepleie forbund.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*, 2. utg. Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov av 2. Juli 1999 nr. 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (Lest: 26.01.2016)
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7
- Peña, Ana Lucia Noreña og Luis Cibanal Juan. 2011. “The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(6): 1429-1436. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>
- Reinfjell, Trude, Trond H. Diseth, Arne Vikan. 2007. “Children and children's cancer: Children's adjustment to and understanding of their cancer.” *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 44(6): 724-734. Ovid®, PsycINFO (2007-10247-001).
- Rennick, Janet E., Celeste C. Johnston, Sylvie D. Lambert, Judy M. Rashotte, Norbert Schmitz, Rebecca J Earle, Bonnie J. Stevens, Ted Tewfik og Sharon Wood-Dauphinee. 2011. “Measuring psychological outcomes following pediatric intensive care unit hospitalization: Psychometric analysis of the Children's Critical Illness Impact Scale” *Pediatric Critical Care Medicine* 12(6):635-642.
[10.1097/PCC.0b013e3182191bfa](https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3182191bfa)

- Rennick, Janet E., Judy Rashotte. 2009. "Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: a systematic review of the research." *Journal of Child Health Care* 13(2):128-49.
<http://dx.doi.org/10.1177/1367493509102472>
- Salmela, Marja, Sanna Salanterä og Eeva T. Aronen. 2010. "Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children." *Journal of Advanced Nursing* 66(6): 1222-1231. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x>
- Schalkers, Inge, Christine W. M. Dedding og Joske F. G. Bunders. 2014. "[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. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12174>
- Storm, Karin. 2005. "Børns vækst og udvikling" *I Børn og unge sunheds- og sygepleie*. red. Anne Bondesnes, red. Gitte Jørgensen. 73-86. 1.utg. København: Munksgaard Danmark.
- Statistisk sentralbyrå. 2016. "pasienter behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder, diagnose (F) (Lest04.03.2016). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=pasient&CMSSubjectArea=helse&checked=true>
- Sundal, Hildegunn. 2014. *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus. Analysene er historiske og nåtidige og har utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie, bilder, litteratur og andre dokumenter fra perioden 1877-2013, og intervju og observasjoner med foreldre og sykepleiere ved en barneavdeling i 2007*. Avhandling for graden philosophie doctor, Universitetet i Bergen. <file:///M:/dr-thesis-2014-Hildegunn-Sundal.pdf>
- Sjøbjerg, Inger Lucia. 2013. "Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom." *I Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, red. Dag-Gunnar Stubberud, 114-143. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, Sidsel. 1998. *Barnesykepleie*. 2.utg. Ad Notam Gyldendal
- Tveiten, Sidsel. 2012a. "Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie" *I Sykepleie til barn, Familiesentrert sykepleie*. Sidsel Tveiten, Anne Wennick, Hanna Friis Steen. 11-41 1.utg, Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tveiten, Sidsel. 2012b. "Barns helse og livskvalitet" *I Sykepleie til barn, Familiesentrert sykepleie*. Sidsel Tveiten, Anne Wennick, Hanna Friis Steen. 42-82 1.utg, Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Tveiten, Sidsel. 2012c. "Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre" *I Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Sidsel Tveiten, Anne Wennick og Hanna Friis Steen. 157-202. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tveiten, Sidsel. 2012. "Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre" *I Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Sidsel Tveiten, Ann Wennick og Hanna Friis Steen. 157-202. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Wilson, E. Margaret, Mary E. Megel, Laura Enenbach og Kimberly L. Carlson. 2010. "The voices of children: Stories about hospitalization." *Journal of Pediatric Health Care* 24(2): 95-102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.02.008>

Vedlegg 1: PICO-skjema

P	I	C	O
Barn* Pediatri* Unge mennesker Avdeling* Enhet* Sykehus* Sykehusinnleggelse Innleggelse*			Erfaring* Holdning* Livsverden* Oppfatning* Perspektiv* Syn* Mening* Påvirkning* Ønsker*
Child* Paediatric* Pediatric* Young people Department* Hospital* Hospitalization* Unit* Ward* Admission*			Attitude* Experience* Lifeworld* Perception* Perspective* View* Opinion* Impact* Wishes*

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Databas e	Antall treff	Dublette r	Leste abstrakte r	Leste artikl er	Inkluderte artikler
Søk nr.1							
12.12.20 15	Child* or pediatric* or paediatric*	CHINA L	389404	0	0	0	0
12.12.20 15	Child* or pediatric* or paediatric* and experience or perspective or view or perception or attitude or opinion or impact	CHINA L	76917	0	0	0	0
12.12.20 15	Child* or pediatric* or paediatric* and experience or perspective or view or perception or attitude or opinion or impact And hospital* or ward*	CHINA L	9945	0	0	0	0
12.12.20 15	Limiters: 2005-2015	CHINA L	6630	0	0	0	0
12.12.20 15	Limiters: Qualitative- best balance	CHINA L	1013		24	8	6 Childrens experience of acute hospitalizati on to a

							paediatric emergency an assessment unit, Childrens experience as hospital in-patients Voice, competence and work, Hospitalized childrens view of a good nurse, The experience of hospitalized children regarding interactions with nursing professionals , Childrens experience of hospitalizati on, Coping with hospitatrelat ed fears: experience of pre scholl aged children
Søk nr. 2							
13.12.20 15	1. Child* or child hospitalizat ion	Ovid Embase	229112 1	0	0	0	0
13.12.20 15	2. experience*	Ovid Embase	112185 2	0	0	0	0
13.12.20 15	3. Hospital*	Ovid Embase	185694 3	0	0	0	0
13.12.20 15	1 and 2 and 3	Ovid Embase	33490	0	0	0	0

13.12.2015	Additional limits: qualitative best balance of sensitivity and specificity, year 2005-current, preschool child <1 to 6 yers>, school child <7 to 12 year>	Ovid Embase	821	2	5	2	1 Capturing children's voices for quality improvement
Søk nr. 3							
13.12.2015	child OR children OR young people and experience OR view and hospital OR hospitalization, document title- TI	ProQuest	165	0	0	0	0
13.12.2015	Limit to: year 2005-2016	ProQuest	127	3	4	1	1 Children's and young people's view of hospitalization "It's a scary place"
Søk nr. 4							
14.12.2015	child or paediatric or pediatric or children or young people	CHINA L	349996				
14.12.2015	child or paediatric or pediatric or children or young people and	CHINA L	43012	0	0	0	0

	experience or perspective or perspective s or views or perception						
14.12.20 15	child or paediatric or pediatric or children or young people and experience or perspective or perspective s or views or perception and hospital or admission or hospitalized	CHINA L	5162	0	0	0	0
14.12.20 15	child or paediatric or pediatric or children or young people and experience or perspective or perspective s or views or perception and hospital or admission or hospitalized and qualitative	CHINA L	1037	0	0	0	0

14.12.20 15	Limit to: year 2005- 2016	CHINA L	757	6	12	4	3 I would like a place to be alone, other than the toilet. Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands, I didn't really like it, but it sounded exiting: Admission to hospital for surgery from the perspectives of children Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life.
Søk nr. 5							
03.03.20 16	1. child* or child or pediatric* or pediatrics*						
03.03.20 16	2. department * or hospital* or ward*						
03.03.20 16	3.Lifeworld *	Ovid Medline ®	243	0	0	0	0
03.03.20 16	1 and 2 and 3	Ovid Medline ®	8	0	1	1	1 Being hospitalized with a newly diagnosed

							chronic illness- A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital
Søk nr. 6							
03.03.2016	Child* or pediatric*- TI Title	CHINA L	149400	0	0	0	0
03.03.2016	Child* or pediatric*- TI Title and experience* or view* - TI Title	CHINA L	4191	0	0	0	0
03.03.2016	Child* or pediatric*- TI Title and experience* or view* - TI Title and hospital* - TI Title	CHINA L	245	0	0	0	0
03.03.2016	Limiters: 2005-2015	CHINA L	172	0	0	0	0
03.03.2016	Limiters: academic journals	CHINA L	159	6	8	4	1 Children's experience regarding the quality of their hospital stay, the development of an assessment questionnaire for children

Dato	Søkeord	Databas e	Antall treff	Dublette r	Leste abstrakte r	Leste artikl er	Inkluderte artikler
Søk nr.1							
12.12.20 15	Child* or pediatric* or paediatric*	CHINA L	389404	0	0	0	0
12.12.20 15	Child* or pediatric* or paediatric* and experience or perspective or view or perception or attitude or opinion or impact	CHINA L	76917	0	0	0	0
12.12.20 15	Child* or pediatric* or paediatric* and experience or perspective or view or perception or attitude or opinion or impact And hospital* or ward*	CHINA L	9945	0	0	0	0
12.12.20 15	Limiters: 2005-2015	CHINA L	6630	0	0	0	0
12.12.20 15	Limiters: Qualitative- best balance	CHINA L	1013		24	8	6 Childrens experience of acute hospitalizati on to a paediatric emergency an

							assessment unit, Childrens experience as hospital in-patients Voice, competence and work, Hospitalized childrens view of a good nurse, The experience of hospitalized children regarding interactions with nursing professionals , Childrens experience of hospitalization, Coping with hospitalrelated fears: experience of pre school aged children
Søk nr. 2							
13.12.2015	1. Child* or child hospitalization	Ovid Embase	2291121	0	0	0	0
13.12.2015	2. experience*	Ovid Embase	1121852	0	0	0	0
13.12.2015	3. Hospital*	Ovid Embase	1856943	0	0	0	0
13.12.2015	1 and 2 and 3	Ovid Embase	33490	0	0	0	0
13.12.2015	Additional limits: qualitative best	Ovid Embase	821	2	5	2	1 Capturing children's voices for

	balance of sensitivity and specificity, year 2005-current, preschool child <1 to 6 yers>, school child <7 to 12 year>						quality improvement
Søk nr. 3							
13.12.2015	child OR children OR young people and experience OR view and hospital OR hospitalization, document title- TI	ProQuest	165	0	0	0	0
13.12.2015	Limit to: year 2005-2016	ProQuest	127	3	4	1	1 Children's and young people's view of hospitalization "It's a scary place"
Søk nr. 4							
14.12.2015	child or paediatric or pediatric or children or young people	CHINA L	349996				
14.12.2015	child or paediatric or pediatric or children or young people and experience or perspective or	CHINA L	43012	0	0	0	0

	perspective s or views or perception						
14.12.20 15	child or paediatric or pediatric or children or young people and experience or perspective or perspective s or views or perception and hospital or admission or hospitalized	CHINA L	5162	0	0	0	0
14.12.20 15	child or paediatric or pediatric or children or young people and experience or perspective or perspective s or views or perception and hospital or admission or hospitalized and qualitative	CHINA L	1037	0	0	0	0
14.12.20 15	Limit to: year 2005- 2016	CHINA L	757	6	12	4	3 I would like a place to be alone, other than the toilet.

							<p>Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands,</p> <p>I didn't really like it, but it sounded exiting: Admission to hospital for surgery from the perspectives of children</p> <p>Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life.</p>
Søk nr. 5							
03.03.2016	1. child* or child or pediatric* or pediatrics*						
03.03.2016	2. department* or hospital* or ward*						
03.03.2016	3.Lifeworld*	Ovid Medline®	243	0	0	0	0
03.03.2016	1 and 2 and 3	Ovid Medline®	8	0	1	1	1 Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness- A phenomenological study of children's

							lifeworld in the hospital
Søk nr. 6							
03.03.2016	Child* or pediatric*- TI Title	CHINA L	149400	0	0	0	0
03.03.2016	Child* or pediatric*- TI Title and experience* or view*- TI Title	CHINA L	4191	0	0	0	0
03.03.2016	Child* or pediatric*- TI Title and experience* or view*- TI Title and hospital*- TI Title	CHINA L	245	0	0	0	0
03.03.2016	Limiters: 2005-2015	CHINA L	172	0	0	0	0
03.03.2016	Limiters: academic journals	CHINA L	159	6	8	4	1 Children's experience regarding the quality of their hospital stay, the development of an assessment questionnaire for children

Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte artikler i alfabetisk rekkefølge.

Hospitalized Children`s View of the Good Nurse	
Forfatter(e)	Brady, Mary
År	2009
Land	England
Tidsskrift	Nursing Ethics 2009 16 (5)
Hensikt	Tredelt hensikt: 1) For å bøte på et gap i litteraturen. 2) Identifisere kjennetegn ved god sykepleier fra perspektivet til barn på sykehus 3) For å informere barnesykepleiepraksis.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie. Intervju med bruk av `draw and write` technique
Deltagere/ Frafall	22 barn (7-12 år) 11 gutter 11 jenter
Hovedfunn	Fem hovedtemaer: 1. Kommunikasjon Kommunikasjon ble identifisert som en viktig del av en god sykepleier egenskaper. satte pris på ros for tapperhet under ubehagelige prosedyrer og var følsomme for sykepleiers tone i stemme og kroppsspråk. 2. Profesjonell kompetanse Den gode sykepleier skulle være kunnskapsrik, organisert og i stand til å utføre ferdigheter kompetent og raskt samt redusere ubehag. Noen av barna hadde svært spesifikk kunnskap om hvordan omsorg skal gis, og var kritisk til sykepleiere som avvek fra dette. 3. Sikkerhet Viktigheten av navneskilt og identitetsbekreftelse. 4. Profesjonelt utseende Bære uniform som var ryddig, ren og identifiserer personen som et sykehus ansatt. 5. dyd, moral

	<p>barn henvist til kvaliteter, karaktertrekk og egenskaper av sykepleiere som Høflighet og troverdighet.</p> <p>Barna verdsatt vennskap og høflighet vist til foreldre og andre besøkende, humor og høflighet. Sykepleiere må kunne spøke, ha det gøy og le sammen. Som sykehuspasienter, mister barn noen av sine normale friheter og lever i et ofte ukjent miljø. Ha det gøy hjelper dem å takle denne virkeligheten.</p>
Etisk vurdering	<p>Godkjenning gitt av lokal forskningsetisk komité, Sykehusets Forsknings og utviklingskomitè.</p> <p>Støtte fra sjefen for sykepleietjenesten og senior sykepleiere i barneavdelingen ble gitt.</p> <p>Consent og assent ble innhentet.</p>
Vurdering av kvalitet	God

Children`s Experience Regarding the Quality of Their Hospital Stay, The Development of an Assessment Questionnaire for Children	
<p>Tidsskrift</p> <p>År</p> <p>Forfattere</p>	<p>Chappuis, Marianne, Christine Vannay-Bouchiche, Marion Flückiger, Michéle Monnier, Fredrico Cathieni, Rui Terra, Chantal Piot-Ziegler.</p> <p>2011</p> <p>Sveits</p> <p>J Nurs Care Qual Vol. 26, No. 1, pp. 78-87.</p>
Hensikt	<p>1. Utforske barn (6-12 år) sitt synspunkt på sin sykehusinnleggelse. For å bedre kunne forstå deres prioriteringer og behov, med mål om å bedre kvaliteten på pediatrik omsorg og profesjonell opplæring.</p> <p>2. Bygge opp og vurdere gyldigheten av ny standardisert test som skal vurdere barnas tilfredsstillelse av sitt sykehusopphold</p>

Metode/ Instrument	Kvalitativ metode, Kvantitativ metode.
Deltagere/ Frafall	168 spurte barn, 136 deltagende barn (6-12 år) 70 jenter 66 gutter 48 stk. 6-8 år 88 stk. 9-12 år
Hovedfunn	Oppfatning av omsorg. Leger og sykepleiere ble evaluert positivt. Søvn var domenet som genererte størst misnøye. Følelsesmessige aspektet Frykt og Angst var rapportert. Blant annet relatert til fravær av pårørende eller venner/annen familie. Infrastruktur Barna var fornøyd med rommene, dekorasjonen, maten og fritidsaktiviteten
Etisk vurdering	Etisk godkjenning fra Ethics Commission of Clinical Research of the university of Lausanne. Foreldres samtykke samt barnas godkjenning.
Vurdering av kvalitet	God

Children's experiences of hospitalization.	
Forfatter(e)	Coyne, Imelda

År	2006.
Land	Irland.
Tidsskrift	Journal of Child Health Care.
Hensikt	Å få frem barn sitt synspunkt på sin sykehusinnleggelse.
Metode/ Instrument	Bruk av grounded theory metode, dybde intervju. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert ordrett og analysert samtidig.
Deltagere/ Frafall	11 barn fra 7-14 8 av barna hadde kroniske lidelser, 3 barn hadde akutte lidelser
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adskillelse fra familie og venner: Barna uttrykte bekymring over adskillelse fra deres foreldre og søsken, deres vante miljø og venner. 2. Å være i et ukjent miljø. Ukjent setting og usikkerhet rundt behandlingen syntes og skape følelse av engstelighet selv om de fleste barna hadde erfaring med sykehusinnleggelse fra før. Barna synes å mangle informasjon om aspekter av innleggelsen. 3. Undersøkelser og behandling Barna uttrykte frykt relatert til undersøkelser og operasjon. De mislikte og fryktet muligheten for smerte assosiert med å motta injeksjoner, blodprøver og invasive prosedyrer.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra etiske komiteer. Verbal og skriftlig samtykke ble av foreldrene og barn.
Vurdering av kvalitet	God

Children`s and young people`s views of hospitalization: “It`s a scary place”	
Forfatter(e)	Coyne Imelda og Joy Conlon.

År	2007.
Land	Irland.
Tidsskrift	Journal of Children`s and young People`s Nursing.
Hensikt	Å få frem barn og unges opplevelse av sykehusinnleggelse
Metode/ Instrument	kvalitativ, dybdeintervjuer
Deltagere/ Frafall	17 deltagere 3 deltakerene 7-9 år, 7 deltakerene 11-13 år og 7 deltagere var i alderen 14-16 år. 7 barna; kroniske lidelser og de hadde tidligere hatt innleggelser på sykehus. 10 barn; innlagt akutt og hadde ikke tidligere erfaring med sykehusinnleggelse.
Hovedfunn	Barna identifisert en rekke erfaringer som ble redusert til to hovedtemaer. 1. Frykt for avdelingens miljø og personell: usikkerhet rundt det uvisse relatert til hva som skulle skje. Syntes å mangle informasjon om hva som skulle skje, og hvilken behandling de ville få. 2. Frykt for undersøkelser og behandling. Bråk og skarpt lys gjorde det vanskelig og slappe av og sove for noen av barna.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning innhentet fra tre etiske komiteer Verbal og skriftlig samtykke innhentet fra foreldrene barna
Vurdering av kvalitet	God/medium

Ascertaining children`s wishes and feelings about hospital life.	
Forfatter(e)	Coyne, Imelda og Lisa Kirwan.
År	2012.
Land	Irland.

Tidsskrift	Journal of Child Health Care.
Hensikt	Barnas meninger og erfaringer med sykehusinnleggelser er nødvendig for å overvåke og evaluere effekten av helsetjenester som gis. I denne artikkelen rapporteres barns syn på og ønsker angående sykehus og deres ansatte.
Metode/ Instrument	kvalitativ beskrivende metodeintervjuet deltakende teknikker: setning fullførelse og 3 ønsker. 17 av 38 deltagere ønsket ikke å delta i teknikkene og dette ble respektert.
Deltagere/ Frafall	55 deltagere fikk tilbud, 17 avslo, resultatet baserer seg på informasjon fra 38 deltagere. 9 deltagere på 7 år, 9 deltagere på 9-10 år, 9 deltagere på 11-12 år, 9 deltagere på 13-14 år og 2 deltagere på 17 år. Innlagt ved tre ulike sykehus i Irland
Hovedfunn	<p>Tema 1: Sykehusfasiliteter. Verdsatt å ha med kjente gjenstander hjemmefra. Mangel på informasjon og forberedelser før innleggelsen og prosedyrer. Fravær av fasiliteter for foreldre var en bekymring for noen av barna.</p> <p>Tema 2: Syn på leger og sykepleiere. Barna så på leger og sykepleiere som profesjonelle helsearbeidere som hjalp dem å bli bedre, sykepleiere ble beskrevet som snill, hjelpfull, skånsom, behagelige, omsorgsfull, artig, vennlig, streng og lydhør.</p> <p>Tema 3: kommunikasjon og interaksjon med leger og sykepleiere. Profesjonelle helsearbeidere burde snakke til dem på et barnevennlig språk og med kortere setninger. Noen barn foreslo at personalet ikke burde bli irritert når barna stilte spørsmål. Generell mangelfull informasjon.</p> <p>Tema 4: Syn på å ta beslutninger. Noen barn sa at de ikke burde bli ekskludert fra beslutninger fordi de ble sett på som ung eller umoden.</p> <p>Tema 5: Barns andre ønsker. Barna fryktet og være alene, bli såret/skadet og ikke være trygg.</p>

Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra de etiske komiteer for hvert av sykehusene. Skriftlig og muntlig samtykke ble innhentet av barna og samtykke fra foreldrene.
Vurdering av kvalitet	God

Being hospitalized with newly diagnosed chronic illness- A phenomenological study of children`s lifeworld in the hospital	
Forfatter(e)	Ekra, Else Mari Ruberg, Eva Gjengedal
År	2012
Land	Norge
Tidsskrift	International journal of Qualitative stud Health Well-being. Vol. 7 (2012)
Hensikt	Undersøke barns opplevelse ved innleggelse på sykehus for nylig diagnostisert type-1 diabetes og for å skaffe seg og få økt forståelse for miljøets innflytelse på barnas livsverden.
Metode/ Instrument	Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med fokus på barns livsverden. Kombinasjon av tett observasjon, dybdeintervju og photo-voice
Deltagere/ Frafall	9 barn (6-12år) 1 barn trakk seg 4 jenter 5 gutter
Hovedfunn	Endring gjennom anerkjennelse og tilpasning. barnevennlig miljø, samt tilstedeværelse av foreldrene, ga barna en noe behagelig følelse. Et ukjent, men behagelig miljø. Barneavdelingene var barnevennlige. De likte interiøret og verdsatte dekoren på veggene Maten var viktig for barna.

	<p>”Rommet mitt” - Å ha en privat plass syntes å være viktig.</p> <p>Viktig å være nær pårørende, Barna så ut til å ta det for gitt at foreldrene skulle være sammen med dem.</p> <p>Å være innlagt på sykehus involverte savn av familie og venner. Det var viktig for barna å motta besøk og holde kontakten med sine venner. Tilgjengeligheten av en mobiltelefon var avgjørende.</p> <p>Flere av deltakerne beskrev et behov for hvile og tid til å roe ned.</p>
Etisk vurdering	Sykehusenes overleger, den regionale komite for medisinsk forskning i Vest-Norge (No. 066.08) og Norsk senter for forskningsdata (No. 19087) godkjente studien, som ble designet i samsvar med Helsinkideklarasjonen.
Vurdering av kvalitet	God

“I didn` t really like it, but it sounded exciting”: Admission to hospital for surgery from the perspectives of children.	
Forfatter(e)	Ford, Karen
År	2011.
Land	Australia.
Forfattere	Journal of Child Health Care.
Hensikt	Tok sikte på å utvikle en dypere forståelse av barnas opplevelse.
Metode/ Instrument	Studien brukte en constructivist grounded teori intervju, feltobservasjoner og tegninger og fortellinger.

Deltagere/ Frafall	6 til 12 år 10 deltagere
Hovedfunn	<p>Fenomenet. Barna opplevde motstridende følelser både frykt, angst og ha det artig.</p> <p>-Å være redd. På sykehuset rapporterte barn en følelse av å bli forlatt og ensomhet når foreldrene ikke var hos dem.</p> <p>Det hendte at barna ble behandlet på voksenavdelinger.</p> <p>Smerte: Kanylering og få sprøyte var identifisert som en av de tingene barna fryktet eller mislikte mest.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Having fun Barna likte å holde på med aktiviteter som representerte kjente ting i det ukjente miljøet. Barna likte også interaksjon med andre inkludert sykepleiere og andre som brukte tid med dem og fikk de til å le. På sykehuset likte barnet å få besøk av familie og venner. • Proessen med å forstå. Tilføringen av informasjon og hensiktsmessige forklaringer økte barnets følelse av involvering og kontroll. Å ikke bli gitt informasjon eller å få motstridende informasjon var ikke til hjelp. • Å bli holdt. Barna hadde sterkt behov for støtte av de som tok vare på dem, både foreldre, ansatte og et barnevennlig miljø.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet av Human Research Ethics Committee. Skriftlig tillatelse fra foreldre, skriftlig samtykke fra barna.
Vurdering av kvalitet	God

<p>”Children`s experiences of acute hospitalisation to a paediatric emergency and assessment unit—a qualitative study”</p>	
<p>Forfatter(e)</p> <p>År</p> <p>Land</p> <p>Tidsskrift</p>	<p>Jensen, Claus-sixtus, Karen Jackson, Raymond Kolbaek, Stinne Glasdam</p> <p>2012</p> <p>Danmark</p> <p>Journal of Child Health Care 2012, vol. 16:3, pp. 263-73</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Undersøke barns perspektiv av akutt sykehusinnleggelse ved hjelp et barn sentrert tilnærming. Målet var å gjennomføre forskning med barn heller hiet på barn i forhold til deres erfaringer med akutt sykehusinnleggelse.</p>
<p>Metode/Instrument</p>	<p>Semi-strukturert intervju</p>
<p>Deltagere/Frafall</p>	<p>8 barn</p> <p>8-10 år</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>Tre hovedtemaer:</p> <p>1) barnas forståelse av sykdom, behandling og prosedyrer barnas brukte medisinskfaglig terminologi selv om de ikke forsto hva de betydde og snakket om smerte relatert til blodprøvetaking</p> <p>2) Barnas opplevelser av personale barna likte positiv oppmerksomhet gitt av personalet og lekene. De likte den barnevennlige utformingen av avdeligen.</p> <p>3) Barnas opplevelse av hverdagen i løpet av sykehusoppholdet. Barna følte stor ftighet gjennom lekaktivitetene og likte aktiviteter som var lik de de gjorde hjemme.</p>

Etisk vurdering	Informert samtykke fra foreldrene og barna ble innhentet før intervjuene. Barnet fikk opplest informasjonsbrosjyren. Før studien ble det innhentet godkjenning fra etisk ved en høyskole og et universitet. Etter dansk lov var det ikke nødvendig å innhente etisk godkjenning fra nasjonale etiske komité.
Vurdering av kvalitet	God

Capturing Children`s Voice for Quality Improvement	
Forfattere	Lindeke, Linda Miyuki Nakai, Lauren Johnson
År	2006
Land	USA
Tidsskrift	MCN, The American Journal of Maternal/ Child Nursings
Hensikt	Finne ut hvordan barn innlagt på sykehus opplever og erfarer sykehusoppholdet, for å forbedre å gjøre det mer utviklingsmessig, passende og lydhør overfor barns behov og ønsker. Og sammenligne tilbakemeldingene etter barnas utviklingstrinn
Metode/ Instrument	Intervju av alle 120 deltakerene, kvantitativ
Deltagere/ Frafall	120 barn og unge voksne. 4-20år 59 jenter og 61 gutter. 4-6 år: 19 pasienter 7-11 år: 39 pasienter 13-20 år: 62 pasienter
Hovedfunn	Mange av barna i 7-11 årsalderen hadde blandede opplevelser relatert til maten. Lekaktiviteter som spill og bøker ble sett på som

	<p>det beste ved oppholdet. De hadde problemer med å få sove grunnet støy og opplevde forvirrende kommunikasjon med sykehuspersonellet.</p> <p>Barn i 4-6 årsalderen mente også at maten kunne bli bedre og opplevde ubehag relatert til prosedyrer og behandling. De likte lekaktivitetene, pleien som ble gitt og nærvær av familie.</p>
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av universitetets Institutional Review Board samt at foreldre var tilstede for å gi samtykke; barn over 8 år og eldre ga selv sitt samtykke
Vurdering av kvalitet	God

Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study.	
Forfatter(e)	Livesley, Joan, Tony Long.
År	2012.
Land	England.
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies.
Hensikt	Hensikten var å utvikle innsikt i barns subjektive tolkninger og kunnskap av å være sykehus pasient.
Metode/ Instrument	En kritisk etnografisk tilnærming Studien ble strukturert i to faser. Rekognoserings fase og felt observasjonene
Deltagere/ Frafall	I fase en deltok seks barn i alderen 9-15 år. I fase to deltok ni deltagere fra alderen 5-14 år.
Hovedfunn	Barn-sykepleier relasjon. Barn med mindre evne til å påvirke det skulle skje med dem fant trøst og komfort ved å trekke seg tilbake til sengene. Barna ønsket å bli hørt og behov kunne bli oversett da barna

	kunne ha vansker med å tiltrekke seg personalets oppmerksomhet.
Etisk vurdering	Skriftlig informasjon ble gitt til barna, foreldrene for å sikre informert deltagelse. De fikk tillatelse fra foreldrene til og kontakte barna og tillatelse fra foreldrene til å delta i studien. Etisk godkjenning ble innhentet fra the university of Salford Research Governance and ethics committee and the local NHS research ethics committee.
Vurdering av kvalitet	God

The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals	
Forfatter(e)	Peña. Ana Lucia Noreña, Luis Cibanal Juan
År	2011
Land	Spania
Tidsskrift	Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 Nov. – Dec.;19(6):1429-36
Hensikt	Beskrive barns erfaringer med interaksjon i samarbeid med sykepleiere mens innlagt på sykehus.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie. Observasjon av deltagerne og semistrukturert intervju.
Deltagere/ Frafall	30 barn innlagt på sykehus. (8-14 år) 17 jenter 13 gutter

Hovedfunn	<p>De satte spesielt pris på tryggheten sykepleierne gav dem.</p> <p>Det er ikke helt klart for dem hvilken rolle de har i interaksjonen, de er ikke sikker på om de er lyttere, deltagende eller observatører.</p> <p>Spøk er fundamentale komponenter i relasjonen.</p> <p>Barna fremhevet måten sykepleierne behandlet deres foreldre og relasjonen som ble oppnådd som positive aspekt.</p> <p>Barna vurderer kontinuerlig sykepleiere atferd.</p>
Etisk vurdering	<p>Studien har fått godkjenning fra the institutional review board ved sykehuset studien ble utarbeidet.</p> <p>Innhentet samtykke fra de deltagende barna samt deres foreldre.</p>
Vurdering av kvalitet	God

Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children.	
Forfatter(e)	Salmela, Marja, Sanna Salentera og Eeva T. Aronen.
År	2010.
Land	Finland
Tidsskrift	Journal of advanced nursing.
Hensikt	Det er en studie der 4-6 år gamle barn rapporterer/forteller om hvordan de håndterer frykter relatert til sykehusinnleggelse og hvordan de forklarer deres erfaringer.

Metode/ Instrument	Kvalitativ beskrivende studie, semi-strukturerte intervjuer støttet av bilder.
Deltagere/ Frafall	4-6 år. 86 deltakere 49 av deltakeren intervjuet i barnehage 40 deltagere i to pediatrik kirurgiske avdelinger og to nevrologiske avdelinger ved et universitetssykehus. 41 av deltakeren var gutter 48 var jenter. I barnehage 31 jenter og 18 gutter. I sykehus 17 jenter og 23 gutter. Tilsammen 26 4-åringer, 24 5-åringer og 39 6-åringer
Hovedfunn	Barna fant trygghet i blant annet humor, lek og egne leker. Og beskrev handlinger som kunne dempet frykt blant annet hvile, lindring av smerte og aktiv problemløsning, deltagelse, ved å uttrykke det, møte venner og søsken og materielle objekter i avdeling som skapte glede, Tilstedeværelse av foreldre og hjelp fra ansatte.
Etisk vurdering	Studien godkjent av «the appropriate ethics committee» Foreldrene gav skriftlig samtykke, barna gav muntlig samtykke til deltagelse i studien.
Vurdering av kvalitet	God

[I would like] a place to be alone, other than the toilet? Children`s perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands.	
Forfatter(e)	Schalkers, Inge, Christine W. M. Dedding, Joske F. G. Bunders. 2014.
År	
Land	Nederland.
	Health Expectations, 18, pp.2066-2078

Tidsskrift	
Hensikt	Undersøke barns opplevelse med og perspektiv på kvaliteten av sykehusopphold i Nederland, og hva de mener kan forbedres.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie design som innlemmet et vidt spekter av deltager datainnsamlingsmetoder, brukt; «photovoice» og «brev til konsernsjefen» Metodene ble valgt da de tillot barna og fortelle deres egen historie.
Deltagere/ Frafall	63 deltagere 6 – 18 år Med enten akutt eller kroniske tilstander
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Holdninger til helsepersonell: Barna vektla at helsepersonell bør ha tilstrekkelig tid og oppmerksomhet til pasienten, være villige å besvare spørsmål. personlige egenskaper satt pris på; omgjengelighet godhet og elskverdighet. I følge barna er stress og mangel på tid i blant sykepleierne ikke uvanlig grunnet stor arbeidsmengde. 2. Kommunikasjon med personale. Barn ønsket å bli hørt relater til behandling, opphold og deltakelse i beslutningsprosessen. Når barna følte å ikke bli hørt, var det mindre sannsynlig at de gjorde en innsats for å bli hørt senere. Barn kan bli usikre på mulighet for å velge, og noen spurte ikke da de antok at det ikke var lov eller at følte det upassende. 3. Kontakt med jevnaldrende og familie. Viktig å holde kontakten med verden utenfor via teknologi og ubegrenset besøkstid. Likte ikke å være ensom og hadde behov for å være rundt kjente personer. Satte pris på at foreldrene fikk overnatte. 4. Behandling og prosedyrer: Medisinske intervensjoner ble oppfattet som ubehagelig, skremmende eller smertefulle Mange følte at ventetiden før slike prosedyrer var for lang, ventingen gjorde dem mer nervøs. Barna fremhevet viktigheten av veiledning og distrahering, 5. Sykehus fasiliteter og miljø. Med få unntak hadde ikke barna noe positivt og si om sykehusmaten og Det ble uttrykt behov for mer privatliv.

Etisk vurdering	Alle deltakerne og deres foreldre mottok muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og gav skriftlig samtykke. Muntlig samtykke av barna.
Vurdering av kvalitet	God