



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BARNNS UPPLEVELSER AV AKUTSJUKVÅRD

En kvalitativ intervjustudie med barn i
åldrarna 8-15 år

Sophia Hertram
Natalia Bäcklund

Uppsats/Examensarbete:	Magisteruppsats / 15 hp
Program/Kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom / Examensarbete i omvårdnad OM5300
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Helena Wigert
Examinator:	Margaretha Jenholt Nolbris

Titel svensk:	Barns upplevelser av akutsjukvård
Titel engelsk:	Children´s experiences of emergency care
Uppsats/Examensarbete:	Magisteruppsats / 15 hp
Program/Kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom/Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Helena Wigert
Examinator:	Margaretha Jenholt Nolbris
Nyckelord:	akutsjukvård, barn, delaktighet, miljö, rädsla, sjuksköterska, upplevelse

Sammanfattning:

Bakgrund: 2017 sökte 140 000 barn, vård på barnakutmottagningar i Sverige. Vården och sjukhusmiljön upplevs ofta som skrämmande och obehaglig för barnen. En negativ upplevelse av vården kan traumatisera barnet inför framtida vårdtillfällen. Få studier har genomförts utifrån barnens perspektiv på hur de upplever att bli vårdade på en akutmottagning. För att kunna bedriva en trygg och säker vård är det viktigt att studera barnens egna upplevelser. Sjuksköterskor behöver kunskap om hur barn upplever att vårdas på en akutmottagning för att kunna ge och utveckla en god omvårdnad.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva barns upplevelse av att bli vårdade på en barnakutmottagning.

Metod: Studien genomfördes genom kvalitativa intervjuer med 10 barn som vårdats på en barnakutmottagning på ett västsvenskt universitetssjukhus. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008).

Resultat: I resultatet framkom tre kategorier; barns upplevelse av miljön, upplevelse av delaktighet och upplevelse av oro, rädsla och smärta. Barnen upplevde miljön som främmande och skrämmande. De upplevde sig dåligt informerade om vad som skulle hända. Barnen berättade att de kände sig oroliga och hade mycket ont när de vårdades på barnakuten. De upplevde att de inte var delaktiga i sin vård och att de inte förstod vad vårdpersonalen sa.

Slutsats: Det som framkommer i denna studie anses vara tillämpligt inom olika områden av barnsjukvård. Barn behöver få komma till tals och påverka den vård de själva får. Att känna till barnens egna upplevelser kan hjälpa vårdpersonalen att förbättra omvårdnaden. Specialistsjuksköterskan har en skyldighet att se till barnets bästa.

Nyckelord: akutsjukvård, barn, delaktighet, miljö, rädsla, sjuksköterska, upplevelse

Abstract

Background: In 2017, 140 000 children applied for emergency care for children in Sweden. The care and the hospital environment are often perceived as frightening and unpleasant for the children. A negative experience of the care can traumatize the child for future care occasions. Few studies have been carried out based on the children's perspective on how they feel that they are being cared for at an emergency department. In order to be able to conduct a safe and secure care, it is important to study the children's own experiences. Nurses need more knowledge about how children experience being cared for at an emergency unit in order to be able to provide the best possible care.

Aim: The aim of the study is to describe the children's experience of being cared for at a child emergency unit.

Method: The study was carried out through qualitative interviews with 10 children who were cared for at a children's hospital at a western Swedish university hospital. The interviews were analyzed with qualitative content analysis according to Elo and Kyngäs (2008).

Result: In the result three categories emerged; children's experience of the environment, experience of participation and experience of anxiety, fear and pain. The children experienced the environment as alien and frightening. They felt badly informed about what would happen. The children told that they felt worried and had a lot of pain when they were cared for at the emergency unit. They felt that they were not involved in their care and that they did not understand what the healthcare staff said.

Conclusion: What emerges from this study is considered to be applicable in various areas of child care. Children need to speak and influence the care they receive. Knowing the children's own experiences can help the nursing staff improve nursing. The specialist nurse has a duty to look after the best interests of the child.

Keywords: care, children, emergency care, environment, experience, fear, nurse, participation

Förord

Vårt varmaste tack till alla barn som deltagit i intervjuerna, utan er hade vi inte fått något resultat. Vår handledare Helena Wigert, tack för all hjälp, det har betytt mycket för oss.

Sophia och Natalia

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Barn på sjukhus	1
Barns utvecklingspsykologi 8-15 år	3
Barns oro, rädsla och smärta på sjukhus.....	3
Att kommunicera med barn i vården	5
Specialistsjuksköterskans profession.....	5
Teoretiska perspektiv	6
Barnperspektiv och barnets perspektiv	6
Delaktighet.....	6
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Urval och deltagare.....	8
Datainsamling	9
Kontext	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
Resultat.....	12
Figur 1. Kategorier och subkategorier	12
Upplevelse av miljön	12
Att mötas av en okänd miljö	12
Att vårdas av många personer	13
Upplevelse av delaktighet.....	13
Att vilja ha tydlig information	14
Att inte förstå vad som händer och sägs	14
Att bli lyssnad på	15
Att inte få vara med och bestämma.....	15

Upplevelse av oro, rädsla och smärta	15
Tankar och förväntningar.....	16
Att känna sig trygg.....	16
Att utsättas för smärta och obehag.....	16
Att vara orolig och rädd	17
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	20
Upplevelse av miljön	21
Upplevelse av delaktighet.....	21
Att vara orolig och rädd	22
Slutsats	24
Referenslista	25
Bilagor.....	30

Inledning

Barn som vårdas på en barnakutmottagning kan uppleva vården och sjukhusmiljön som främmande och skrämmande. Vilket kan leda till negativa känslor och minnen. Därför är det viktigt att barn bemöts utifrån barnets perspektiv. Barn och unga som i dag vårdas på sjukhus vårdas oftast av grundutbildade sjuksköterskor och mer sällan av specialistsjuksköterskor för barn och ungdomar. Detta trots att det i Sveriges Riksdag har beslutats att den som vårdar ett barn, bör vara en person som har fördjupad kunskap gällande barns rättigheter, och barns lika värde, vilket även är i samklang med Barnkonventionen som blir svensk lag år 2020 (UNICEF, 2018). Dock finns inte alltid denna kompetens och som grundutbildad sjuksköterska kan det vara svårt att bemöta och förstå barns upplevelser av att bli vårdade på en akutmottagning. Genom specialistsjuksköterskans kompetens att arbeta utifrån barns rättigheter och möta barnet i hans livsvärld kan barnsjuksköterskan skapa sig en större förståelse för vilka faktorer som påverkar barnets upplevelser av att vårdas på en akutmottagning. På detta sätt kan riskerna för att barn får negativa upplevelser och minnen minskas. Genom att intervjua barn som har upplevt att vårdas på en barnakutmottagning kan en större förståelse för barns upplevelser erhållas och på så vis lyfta det som är positivt och förändra det som barnet kan uppleva som negativt under vistelsen.

Bakgrund

Barn på sjukhus

Enligt Socialstyrelsens statistik var det 140 000 barn som sökte vård på barnakutakutmottagningar över hela Sverige, under 2017 (Socialstyrelsen, 2017). Enligt Nationalencyklopedin är ett barn en människa som befinner sig i skedet mellan födseln och vuxen ålder (Nationalencyklopedin, 2004). Ett barn är en person upp till arton års ålder om inte barnet förklaras myndig tidigare (Unicef, 2009). Det krävs även kunskap och förståelse hos sjukvårdspersonalen för att kunna se barnens behov och tillgodose dessa på bästa möjliga sätt (Overly et al., 2014).

O'Connell et al. (2017) beskriver att föräldrars upplevelse av att vara närvarande på akutrummet när deras barn var sjukt, var att de kunde hjälpa till att minska sitt barns oro. Föräldrarna upplevde att de kunde bidra till att deras barn förstod sitt tillstånd bättre. De upplevde att de hade en roll som barnets advokat och att deras närvaro bidrog till att barnet fick en bättre upplevelse av vården samt att kvalitén på vården ökade. Föräldrarna tyckte att de kunde hjälpa barnet att minska rädslan för det okända och att de bidrog till att deras barn lättare förstod hela akutprocessen (a.a).

Bechtal (2005) har i en studie undersökt hur patient nöjdheten kan förbättras på akutmottagningar. I artikeln betonar författaren att det är viktigt att patienten är nöjd med sin vård och verksamheten bör fokusera mer på att patienterna är nöjda för att förbättra sjukvården. I studien fann man flera faktorer som är viktiga för att uppnå en god patientnöjdhet på akuten; att ha en god och respektfull kommunikation med varje enskild patient, att ge information till barnet och dess föräldrar samt ett gott teamarbete mellan olika personalkategorier på en akutmottagning.

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) redovisas att målet för hälso- och sjukvård är att alla människor har rätt till god hälsa och vård på lika villkor. Vård ska bedrivas med respekt för individens lika värde och den enskildes värdighet. Grundstenarna för god vård ska byggas på självbestämmande, respekt för patientens integritet, säkerhet, kontinuitet och främjandet av en god kommunikation mellan vårdpersonal och patient. Att bedriva forskning kring barns upplevelser av hälso- och sjukvård är nödvändigt för att få kunskap om deras perspektiv.

I tidigare studier har ofta föräldrar tillfrågats och efter flera jämförelser kring vad barn respektive deras föräldrar upplevt har forskare kommit fram till att deras upplevelser ofta inte är densamma. Därför är det av stor vikt att fler studier där fokus är på barnets upplevelse genomförs. På så sätt kan vårdpersonalen få en bättre förståelse för barnets upplevelser och behov (Söderbäck, Coyne & Harder, 2011). Barns upplevelser av akutsjukvård har knappt studerats, utan barns upplevelse av vården är ofta insamlad från deras föräldrar. Det är svårt att studera barns upplevelser då deras kognitiva kapacitet varierar med åldern och barn tenderar att svara mer positivt på frågor när de inte förstår innehållet. Därför har troligen flertal studier genomförts genom att enbart föräldrar tillfrågats, utan att man tagit hänsyn till barnens egna funderingar, känslor och rädslor (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

I en studie där både barn och föräldrar tillfrågats kring sin upplevelse av att barnet vårdas på en akutmottagning visade resultatet att barn och föräldrar inte hade samma tankar och upplevelser av vården. (Parra, Vidiella, Marin, Trenchs & Luaches, 2017).

Barnombudsmannen (2009) genomförde en studie där barn i åldrarna 11–14 år tillfrågades om hur de upplevde att de blev respekterade av vuxna i olika delar i samhället. Resultatet visade att den del av samhället där barnen upplevde sig själva som minst respekterade och lyssnade på var inom hälso- och sjukvården. Barnen beskrev att de inte kände sig respekterade och att de inte blev tagna på allvar när de ville säga något. Flera studier i Europa visar samma resultat (Söderbäck et al., 2011). Detta visar att det finns ett behov av mer kunskap om barns upplevelser så att vårdpersonal bättre kan förstå och förbättra sitt bemötande gentemot barnet samt tillgodose barns rättigheter.

Pelander och Leino-Kilpi (2010) har undersökt barn i skolåldern, deras bästa och sämsta upplevelser under sin sjukhusvistelse. Barnens bästa upplevelser var att de blev bättre och fria från sin sjukdom eller skada. De sämsta upplevelserna var negativa känslor relaterade till sin sjukdom/skada och att vårdas i en främmande miljö av främmande människor. Barnen

upplevde att det var jobbiga undersökningar som negativt och de fick dåligt med information om sin sjukdom vård och behandling.

Att vistas och vårdas på sjukhus stressar barn och specialistsjuksköterskor bör därför använda innovativa strategier och aktiviteter för att minimera barnens negativa upplevelser. God kommunikation mellan specialistsjuksköterska, barn och familjen kan sammanlänkas med ökad förståelse för undersökning och behandling hos barnet. Sjukhusmiljön bör vara barnanpassad. Barn tenderar att uppleva sig mindre stressade av vården om de blir lyssnade på och tillåts vara delaktiga i sin hälso- och sjukvård. Genom att ta reda på barnens bästa upplevelser kan vårdpersonal använda dem för att minska eller minimera de mindre bra upplevelserna (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Barns utvecklingspsykologi 8-15 år

Enligt Piaget (2013) befinner sig barn i 8-12 års ålder i de konkreta operationernas stadium. Under denna period är barnets förmåga att tänka symboliskt redan utvecklad. Barnet börjar klara av att tänka logiskt och systematiskt. Förmågan att inta andras perspektiv, tankar och känslor är har påbörjat sin utveckling. Barnet har förmåga att förklara sitt eget tänkande och tänker efter mer än tidigare innan de svarar på frågor. Vid 12 års ålder börjar enligt Piaget (2013) de formella operationernas stadium. Barnet har nu ofta en god förmåga att tänka abstrakt och logiskt. Tonåringar har tankar kring sitt eget tänkande, de vet att de flesta frågor har fler än ett svar. De utvecklar ett intresse för viktiga frågor och diskussioner. Barnet har nu tankar kring sin livssituation och de val som hen gjort samt hur dessa kan komma att påverka framtiden (a.a).

Barns oro, rädsla och smärta på sjukhus

Barn som vårdas på en barnakutmottagning upplever ofta stress och de kan vara rädda och oroliga inför besöket redan innan de anländer. Barn på en akutmottagning genomgår oftast en rad olika obehagliga undersökningar och provtagningar vilket kan leda till stress, oro och ångslan hos barnet. Även smärtfria behandlingar och undersökningar har visats sig kunna bidra till oro och rädsla. En viktig komponent i akutsjukvård är att hjälpa barn som kommer till akuten till minskad smärta och oro (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Enligt Brodzinzky och Iyer (2013) kan barn som vistats på en barnakutmottagning och genomgått mindre omfattande behandlingar och undersökningar få ett förändrat beteende som följd av negativa upplevelser. Brodzinzky och Iyer (2013) har i sin studie undersökt barn som vårdats på barnakutmottagningar och funnit att 20% av barnen hade signifikanta besvär som ångest, separationsångest, sömnbesvär, matproblem, aggressioner och apati i minst en vecka efter att de skrivits ut från akuten. Att vårdas på en barnakutmottagning innebär alltså inte

bara stress och obehag under själva besöket utan kan ibland kvarstå en längre tid hos barnet (Brodzinzky & Iyer, 2013).

Vårdpersonal på en barnakutmottagning ansvarar för att uppmärksamma och minska ängsla, rädsla och smärta hos barnet, men i vissa fall kan det vara vårdpersonalen som omedvetet är orsaken till denna stress (Bentley, 2005). Även miljön på en barnakutmottagning kan ofta upplevas som främmande och kaotisk av patienter och det krävs således att vårdpersonalen arbetar för att patienter ska känna sig trygga när de vårdas där (Wikström, 2012).

Rädsla är en faktor som har betydelse för ett barns upplevelse av sjukdom. Rädsla uppmärksammar oss på det som hotar och är vanligare hos barn än hos vuxna, men får mindre uppmärksamhet ju äldre barnet blir. Vid sjukhusbesök är barn ofta rädda för sprutor, att det ska göra ont, att de ska genomgå en operation och bli ensamma och övergivna. Tillfällig sjukdom medför en känsla av att andra kan göra en illa, vid undersökningar och behandlingar. Den medicinska miljön kan göra att barnen blir rädda och känner sig osäkra (Forsner, Jansson & Sörlie, 2005). När intrycken blir alltför starka eller förvirrade uppträder rädsla hos barnet. Alltför mycket saker händer på en gång och barnet kan inte sortera det som sker (Brodin & Hylander, 2002). Sjukvården beskrivs av barnen som farlig, hotande och monsterlik. Barn behöver uppmuntras till att uttrycka rädsla och sin egen vilja (Koenig, Chesla & Kennedy, 2003). Forskare belyser det faktum att sjukhusrelaterad rädsla hos barn till största del baseras på information från vuxna (Salema, Aronen & Salanterä, 2010).

Barn som inte förstår mening med smärta eller sjukhusbesök känner sig sårade då sjuksköterskan utfört något skrämmande mot deras vilja, och försöker komma ifrån situationen genom att gömma sig, fly eller blunda (Idvall, Holm & Runeson, 2005). Barns rädsla i vårdsammanhang är ofta kopplad till smärta eller rädsla för smärta och det kan vara svårt att veta vilket av dessa som ligger bakom barnens upplevelser. Smärtupplevelsen ger upphov till rädsla som i sin tur påverkar smärtan. En annan rädsla som barn berättar om är att skiljas från sina föräldrar och ensam behöva hantera en skrämmande, obehaglig och ovan situation. Denna upplevelse beskrivs som mer skrämmande än behandlingen när det gäller yngre barn (Koenig et al., 2003; Tamm, 2003). Om barnen måste hållas fast under en undersökning eller provtagning kan det orsaka bestående rädsla för liknande situationer i framtiden. Rädslan kan bero på för lite eller ingen information alls till barnet (Ygge & Arnetz, 2004). Vilken information barnet kan ta till sig hänger samman med dess ålder och utveckling.

Barn som söker för smärta är vanligt förekommande på en barnakutmottagning. I en studie av Krauss, Calligaris, Green och Barbi (2015) sökte 78% av barnen som kom till en barnakutmottagning för smärta. Det är viktigt att sätta in behandling mot smärta så fort som möjligt, görs inte detta kan det leda till hyperalgesi som innebär att smärtan förstärks. Större barn kan ge uttryck för smärta genom modifierade ansiktsuttryck, intensiv gråt, irritabilitet, minskad aptit och kroppens ställning. Även ett förändrat beteende hos ett det äldre barnet kan vara en smärtindikation enligt Krauss et al. (2015).

Studier visar att barn är fullt kapabla till att minnas smärta. Smärtminne hos barn kan dock förändras med tiden. Smärtminnet är olika beroende på smärtans intensitet. Vissa barn har dåliga erfarenheter därför blir även smärtminnet dåligt, dessa barn har enligt studier en lägre ångestkänslighet och har då upplevt en väldig ångest under den smärtsamma proceduren (Noel, Chambers, MaGrath, Klein & Stewart, 2012). Till skillnad från de barn som har ett positivt minne av smärta, dessa barn har oftast en mer korrekt bild av proceduren och har inte lika låg ångestkänslighet som de barnen med negativa minnen. Barn som redan upplevt och lever med de negativa minnena av smärta tenderar till att återuppleva de dåliga minnena inför varje ny smärtsam procedur och ny ångest byggs då på (Noel et al., 2012).

Att kommunicera med barn i vården

Vid kommunikation med barn inom akutsjukvården måste individuell hänsyn tas till barnets mognadsgrad och förmåga att ta till sig information. Kommunikation är en förutsättning för att uppnå det som är målet för omvårdnad, nämligen att hjälpa det sjuka barnet att bemästra sjukdom och lidande. Kommunikation är ett av vårdpersonalens viktigaste redskap (Bischofberger, Dahlqvist, Edwinsson, Månsson, Tingberg & Ygge, 2004). Kommunikation kan definieras som en process där den ena parten förhåller sig till ett budskap från den andra, och vice versa. Det är stor skillnad mellan att kommunicera med vuxna eller barn i vården. Barn kan vara mycket öppna och ärliga, men de kan även vara inneslutna och svåra att nå. Speciellt om de blir förvirrade av det de ser och hör. Kommunikation hos barn innehåller både verbal och icke-verbal kommunikation. Icke-verbal kommunikation innefattar kroppsspråk, rörelser, beröring och ansiktsuttryck. Barn från 8 år och äldre är som regel rustade för att kunna samarbeta logiskt och rationellt kring behandlingen av sin sjukdom. Intresset av att förstå sig på livet är stort. Barnet börjar kunna skilja på fantasi och verklighet och på den kroppsliga och mentala hälsan. I tonåren mellan 13–18 år kan ungdomar följa en vuxen dialog i en trygg situation. Ungdomarna börjar kunna ställa upp hypoteser, dra slutsatser från given information och räkna ut konsekvenser av vissa handlingar. Tonårstiden är den tid den unga människan är speciellt intresserad av sin kropp och dess funktioner (Bischofberger, et al., 2004).

Specialistsjuksköterskans profession

Enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (SFS, 2016) utgår barnsjuksköterskans arbete från Barnkonventionen om barns rättigheter UNICEF (2018) och Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB, 2003). En specialistsjuksköterska för barn ska kunna möta barn och ungdomar i varierande livssituationer, i både glädje, sorg och sjukdom oavsett barnets mognad, ålder och levnadsvillkor. Alla beslut som tas ska utgå utifrån barnets bästa och stödja relationen mellan barn, familj och hälso-och sjukvårdspersonal. Barnsjuksköterskan ska visa empati och ha ett respektfullt förhållningssätt. All information ska vara anpassad efter barnets utvecklingsnivå och relevant. Barnsjuksköterskan har som uppgift att se till att det skapas goda förutsättningar för delaktighet i omvårdnadsarbetet för barnet och dess anhöriga (SFS, 2016).

Teoretiska perspektiv

Barnperspektiv och barnets perspektiv

Enligt Coyne (2006) intas barnperspektivet när hänsyn visas till barnets psykologiska utveckling, biologiska faktorer och sociala faktorer, de vuxna försöker förstå hur och varför ett barn reagerar som det gör och gör det bästa för hen (Sommer, Pramling-Samuelsson & Hundeide, 2010). Ett barnperspektiv innebär att se barnets bästa ur en vuxens perspektiv. Inom vården med barn och unga, arbetas det nästan alltid utifrån ett barnperspektiv. Barnperspektivets grad på en vårdavdelning speglas av i vilken grad barnet involveras i vården och hur mycket det tillåts vara med i sin egen omvårdnad (Söderbäck, 2010).

Barnets perspektiv innebär att barnets syn på sin situation, upplevelser, handlingar och förutsättningar lyssnas på och förstås av andra barn och, eller vuxna (Söderbäck, 2010). I forskning innebär barnets perspektiv att det är barnet som får berätta eller tala om vad hen har varit med om (Jokovic, Locker & Guyatt, 2004). Att utföra omvårdnad från ett barnperspektiv underlättar och bidrar till att barnets perspektiv respekteras. Båda perspektiven är viktiga inom barnsjukvård då samspelet mellan de två olika perspektiven utgör en grund för barncentrerad vård (Nilsson et al, 2015).

Delaktighet

Barns mognad har stor betydelse för hur stor delaktighet barnet är i sin vård och behandling på sjukhus. Förbättringsarbeten inom området att öka barns delaktighet i sin vård bedrivs ständigt inom barnsjukvården. Exempel på detta är Barnrättsutbildningar (Jenholt Nolbris & Kellmer 2014) och tillämpning av Barnkonventionens innehåll (UNICEF, 2018). För att öka barns delaktighet är det av stor vikt att uppmuntra barnet att delge sina egna åsikter och tankar samt att de respekteras (NOBAB, 2003).

Socialstyrelsen (2015) har tagit fram ett kunskapsstöd för att bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstödet är framtaget för att kunna användas som ett verktyg på arbetsplatsen. Barns rätt till delaktighet i sin vård kan enligt Socialstyrelsen (2015) delas in i tre områden: *Barns rätt att komma till tals*, *Barns rätt till information och självbestämmande*. Alla barn har rätt till information oavsett ålder. För att barnet ska kunna ta till sig informationen måste den mognads- och ålders anpassas. Barnets rätt att få komma till tals handlar om att barnets röst blir hörd, att hen får utrymme att uttrycka sina åsikter, tankar och upplevelser. Barn har inte bara en rätt att lyssnas på, de har även rätt till att deras åsikter får en betydelse. Hur mycket inflytande barnets talan får bedöms av barnets mognad och ålder. Svensk lagstiftning har enligt Socialstyrelsen (2015) som utgångspunkt att vårdnadshavaren har rätt att ta beslut i frågor som rör barnet personligen samt att hänsyn ska tas till barnets ålder och mognad.

En annan utgångspunkt i Svensk lagstiftning inom vården är att barns delaktighet ska bestämmas efter en bedömning av mognadsgrad och ålder (SFS 2014:821). Mognad är ett komplext begrepp som inte finns definierat varken i Barnkonventionen eller i någon av de styrande svenska lagarna för vård och omsorg. Bedömningen av barns mognad spelar således enligt Socialstyrelsen (2015) en stor roll för hur delaktigt barnet blir i sin vård. Även mognadsbedömningar är ett begrepp som är otydligt beskrivet och förklarat i Svensk lagstiftning (SFS 2014:821). Det finns inga exakta beskrivningar av hur en mognadsbedömning ska gå till, dessutom är bedömningen subjektiv vilket innebär att olika personer bedömer samma barn på olika sätt. Kunskapsstödet är enligt Socialstyrelsen (2015) av stor betydelse för att kunna skapa mer rättvisa bedömningar av barns mognad. För att kunna bedöma mognaden hos ett barn behövs både kunskap om barns utveckling och kunskap från barnet själv. Samtal med barn spelar en stor roll för att nå barns egen kunskap.

Barnkonventionen är FN:s konvention om barns rättigheter, den antogs 1989.

Barnkonventionen består av 54 artiklar som handlar om barns rättigheter i samhället.

Barnkonventionen slår fast att alla barn, upp till 18 år, i världen har samma rättigheter. När det gäller barn ska alla ha det enskilda barnets bästa i åtanke. Därför är det viktigt att ta reda på vad barnet tycker och tänker, detta även inför varje medicinsk procedur (UNICEF, 2018). I enlighet med Barnkonventionen (UNICEF, 2018) bör alla barn göras delaktiga i sin egen omvårdnad. Barnets egna perspektiv är utifrån detta viktigt att beakta. Ett barns perspektiv där hen är involverad och medverkar i sin vård, med beaktning av kulturella och sociala aspekter, ökar jämlikheten (Coyne, Dips, Holmström & Söderbäck, 2018). Detta görs genom kompetens och olika strategier för att kunna kommunicera och lyssna på barns perspektiv. Detta gör att barnet i sin tur känner sig som en individ, respekterad och känner värdighet, hen kommer sin familj närmre, blir en aktiv del av sin egen vård och får en röst (Coyne et al., 2018).

Problemformulering

Barn som söker vård på en barnakutmottagning kan uppleva sjukhusmiljön som skrämmande. Ett barn som är skadat eller sjukt kan ha svåra smärtor, känna sig rädda och oroliga i en främmande miljö med många okända personer, vilket kan ge barnet negativa minnen. Därför är det viktigt att vården utförs utifrån barnets bästa och att barnet bemöts utifrån barnets eget perspektiv, något som specialistutbildade barnsjuksköterskor har kunskap om. I dag arbetar i hög grad grundutbildade sjuksköterskor på barnakutmottagningar och det är brist på specialistutbildade barnsjuksköterskor. Det kan vara svårt för en grundutbildad sjuksköterska att se barnets behov då grundutbildningen för sjuksköterskor endast innefattar lite kunskap om barn. Det föreligger därför en risk att barnet inte erhåller bästa möjliga vård och att barnets perspektiv inte tillgodoses fullt ut.

Få studier inom området berör barns upplevelser av att bli vårdade på en barnakutmottagning, där barn själva tillfrågats om sina upplevelser av akutsjukvård. Oftare har föräldrar och vårdpersonal tillfrågats om sina upplevelser av barnets vård. Att studera patientens upplevelse är nyckeln inom patientcentrerad vård. Vi kan inte vara säkra på att barns upplevelser är desamma som föräldrarnas eller vårdpersonalens. Vårdpersonal behöver i större utsträckning ställa sig frågan, hur barn kan bli mer delaktiga när de vistas inom akutsjukvården och vad de kan förbättra. Sjuksköterskor behöver kunskap om hur barn upplever att vårdas på en barnakutmottagning för att ge och utveckla en god omvårdnad.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva barns upplevelser av att bli vårdade på en barnakutmottagning.

Metod

Design

Studiens design är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. I induktiv ansats undersöks människors upplevelser av ett fenomen (Polit & Beck, 2016). Denna metod valdes för att beskriva barns upplevelse av att bli vårdade på en barnakutmottagning. I intervjuer får barn möjligheter att uttrycka sina egna upplevelser och uppfattningar, genom att svara på frågor (Polit & Beck, 2016). Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008).

Urval och deltagare

Ett bekvämlighetsurval användes för att rekrytera deltagare (Polit & Beck, 2016). Bekvämlighetsurval valdes av författarna för att de hade kort tid på sig att genomföra studien. Deltagare i studien fick författarna tillgång till efter att tillstånd givits från chef för en barnakutmottagning på ett västsvenskt universitetssjukhus. I ett register över de barn som vistats på barnakutens akutrum valdes de barn som uppfyllde studiens inklusionskriterier ut. Inklusionskriterier för att delta i studien var att barnen skulle vara mellan 8 och 15 år och ha vårdats på barnakutens akutrum för en medicinsk eller kirurgisk diagnos under perioden 2018-09-01 tom 2018-11-30. Valet av att intervjua barn som vistats på barnakutens akutrum gjordes för att författarna önskade intervjua de barn som varit allvarligt skadade/sjuka och

därmed behövt fler insatser och möjligtvis även löper större risk att få negativa minnen från sin vistelse på barnakuten.

Exklusionskriterierna var barn med svårigheter att kommunicera p.g.a. att de inte förstod svenska språket eller hade funktionsvariationer, samt barn som ej varit vid fullt medvetande under besöket på barnakuten. Målet var att ha en så jämn könsfördelning som möjligt.

De deltagande barnens föräldrar kontaktades via telefon för en förfrågan om att delta i studien. Föräldrarna fick sedan informera och fråga sitt barn om deltagande i studien. Målet var att intervjua tio barn då det enligt Kvale och Brinkman (2015) är viktigt att insamla rätt mängd data för att uppnå trovärdighet i en studie. Potentiella deltagare tillfrågades tills vi uppnått vårt mål tio barn. Totalt tillfrågades 16 barn om att delta i studien. Efter att ha samtalat med barnens föräldrar i telefon skickades forskningspersonsinformation (bilaga 1) ut via mail till föräldrar och barn. Efter två dagar kontaktades föräldrarna på nytt för förfrågan om samtycke till att delta i studien. Tio av dem tackade ja att delta och fyra barn tackade nej till att delta i studien. Orsakerna till att de avböjde var, två barn uppgav att de inte kom ihåg sin vistelse från akuten och två barn uppgav att de inte hade tid. Två barn hörde ej av sig och gick ej att nå. Författarna bokade efter samtycke, tid för intervju på den plats barnet önskade. Totalt intervjuades 7 flickor och 3 pojkar i åldrarna 8–15 år. Medelåldern på barnen som deltog i studien är 10,9 år.

Datainsamling

Data samlades in med kvalitativa intervjuer (Polit & Beck, 2016). En intervjuguide (bilaga 2) utformades för att beskriva barnens upplevelser av att bli vårdade på en barnakutmottagning. I intervjuguiden fanns flera olika frågor indelade i teman och följdfrågor. Intervjuerna var av semistrukturerad karaktär. Frågorna i intervjuguiden testades i pilotintervjuer innan de riktiga intervjuerna genomfördes. Pilotintervjuerna gjordes med tre barn i åldrarna 8–12 år. Barnen som deltog i pilotintervjuerna valdes ut slumpmässigt och var alla barn som vårdats på en barnakutmottagning. Därefter genomfördes justeringar i den ursprungliga intervjuguiden. Resultatet från de tre pilotintervjuerna har inte inkluderats i studiens resultat. Enligt Polit och Beck (2016) bör intervjufrågor anpassas utifrån barnets ålder och barnen ha tillgång till kriterier och ritpapper. Det kan underlätta för barnet att ha något annat att göra under intervjun, t.ex. att rita. Detta tillämpades i denna studie. Barnen fick själva välja platsen där intervjun skulle genomföras för att de skulle känna sig trygga i miljön. Möjligheten gavs att intervjun skulle genomföras antingen med barnet ensamt eller tillsammans med en förälder, detta enligt barnets egen önskan. Samtliga intervjuer skedde i respektive deltagares hem och genomfördes utav en av författarna. Samtliga barn valde att ha med sig en förälder vid intervjun. Intervjuer spelades in digitalt och varade 15–25 minuter (medel= 20 min). Intervjuerna transkriberades ordagrant till skriven text i enskilda dokument.

Kontext

Barnakuten är en akutmottagning för barn i åldrarna 7 dagar till 16 år, spädbarn under 7 dagar hänvisas tillbaka till Kvinnokliniken. De olika yrkeskategorierna som arbetar på barnakuten är undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Den största delen av sjuksköterskorna på barnakuten är grundutbildade, i vissa fall har sjuksköterskan specialistutbildning i barnsjukvård eller annan specialisering. Till barnakuten söker sig patienter av många olika anledningar och med varierande grad av sjukdom eller skada. Beslutet att söka akutsjukvård kan vara taget av barnet själv, anhöriga, efter uppmaning av sjukvårdsrådgivningen, SOS alarm, fått en remiss från primärvården eller kommit till akuten via polis eller socialtjänst. Vårdbehovet varierar från de patienter som kan gå hem utan att träffa läkare till de som behöver tas om hand direkt och har ett stort vårdbehov. De svårast sjuka patienterna och de med potentiellt akut livshotande sjukdom/skada tas direkt in på Barnakutens akutrum. På akutrummet arbetar vårdpersonalen i team, där finns läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vid vissa larm även anestesi-personal och specialistläkare. Vårdsituationen är ofta stressig, barnet mår mycket dåligt, utrymmet är trångt och ett stort antal vårdpersonal är involverade. Vanligtvis är även föräldrarna till barnet närvarande.

Dataanalys

När samtliga intervjuer var genomförda och transkriberade till enskilda dokument fördes de samman till ett dokument för att få en helhetsbild. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo och Kyngäs (2008). Innehållsanalys används för att analysera data på ett systematiskt och replikerbart sätt, för att skapa ny kunskap och syftar till att redovisa ett fenomen på ett systematiskt sätt. Metoden belyser betydande områden i syfte att öka förståelsen av information genom att delar av texten blir indelad till färre innehållsrelaterade kategorier för att slutligen kunna skapa beskrivande kategorier av det undersökta fenomenet (Elo & Kyngäs, 2008). Data analyserades i tre steg; förberedelse, organisering och redogörelse. Förberedelse-fasen bestod av noggrann läsning av hela materialet upprepade gånger för att få en djupare förståelse, och för att få en helhetskänsla. Valet var att analysera data med induktiv ansats och därför var nästa steg, organisering, vilken bestod av öppen kodning och bildande av kategorier. Öppen kodning används för att kunna plocka upp delar av text, meningar och ord under läsning av texten, som är meningsbärande och relaterade till studiens syfte (Elo & Kyngäs, 2008). De meningsbärande enheterna som ansågs vara av betydelse till att besvara syftet identifierades.

De meningsbärande enheterna kondenserades genom att kortas ner utan att viktig information gick förlorad. Nästa steg var att med hjälp av kodning upptäcka likheter och skillnader i de meningsbärande enheterna vilka därefter kunde klassificeras och inordnas under olika subkategorier. Dessa grupperades sedan under kategorier (Elo & Kyngäs, 2008). Sista steget var rapportering, vilket bestod av redovisning av analysprocessen samt redogörelse av resultatet.

Trovärdighet och transparens har eftersträvats genom att beskriva alla steg i analysprocessen. Det var också viktigt för författarnas egen förståelse Polit & Beck (2016), då de arbetar på en akutmottagning som sjuksköterskor. Under analysen diskuterades resultatet därför upprepade gånger för att säkerställa noggrannhet i tolkningen av materialet och för att utesluta felaktiga tolkningar. Författarna har tillsammans analyserat texten vilket innebär att det är deras tolkning av de transkriberade intervjuerna som är grunden för resultatet. Utifrån detta har ett resultat skrivits ihop till en helhet. Samtliga tio intervjuer har använts i resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Vid ett vetenskapligt arbete ska alltid ett etisk övervägande göras både innan och under arbetets gång. Forskningsetik bygger på respekt för deltagarnas åsikter och att ta dem på allvar. Vid forskningsintervjuer med barn kan det finnas risk att barnet känner sig utlämnat till forskaren. Barn är ofta i ett underläge mot sjukvårdspersonal och kan därför uppleva sig tvingade att delta. Forskningsintervjun kan framkalla negativa känslor och uppväcka obehagliga minnen (Spratling, Coke & Minick, 2012). Frågorna i denna studie var dock inte av den karaktären att negativa reaktioner kunde förväntas. Chef för barnakuten gav tillstånd att genomföra studien. Examensarbete på avancerad nivå kräver inte någon etisk prövning enligt lag, det är högskolan eller universitetet som bär ansvaret för att studien är etiskt genomförd (SFS, 2003:430). Studien innehåller ingen intervention och påverkar inte forskningspersonen fysiskt (Centrala etikprövningsnämnden 2007; SFS 2003). Enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2008) ska allt deltagande i forskning ske frivilligt och det ska värnas om forskningspersonernas integritet. För att värna om integritet och sekretess krävs det att i detta fall att barnet känner till vad studien handlar om och de ska informeras om att deltagandet är helt frivilligt. Barnet ska ges tid till att reflektera över om det vill medverka. De behöver även känna till vad som förväntas av dem under intervjun, även för och nackdelar ska presenteras. Syftet med forskningsetik är att skydda personer medverkande i studier genom frihet, självbestämmande och respekt.

Vetenskapsrådets (2002) fyra grundläggande forskningsetiska riktlinjer; informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet, har följts genom hela forskningsprocessen. Barn och föräldrar informerades om att alla uppgifter och all insamlad data behandlas anonymt och inte kan kopplas till den enskilda personen. Risker för att forskningspersonen skulle fara illa ansågs som liten. Alla utvalda deltagare gavs samma möjligheter att berätta om sina upplevelser genom att en och samma intervjuguide användes. Alla tillfrågade barn och dess föräldrar gavs både muntlig och skriftlig information (bilaga 1) om att deltagandet i studien var frivilligt, att intervjuerna skulle spelas in och att de närsomhelst i processen kunde välja att dra sig ur utan att det blev någon påföljd av detta. Allt studiematerial förvarades på en säker plats inlåst och kommer att destrueras efter det att magisteruppsatsen är godkänd.

Resultat

Efter analys och bearbetning av intervjuerna framkom tre kategorier och tio subkategorier. De presenteras överskådligt i figur 1.



Figur 1. Kategorier och subkategorier

Upplevelse av miljön

Här beskrivs barnens upplevelse av att mötas av och vårdas i en främmande miljö med nya och okända upplevelser. Barnens sinnesintryck utav ljud, doft, temperatur, ljus, personal och miljö presenteras.

Att mötas av en okänd miljö

Barnen berättade att de upplever miljön på barnakuten som främmande och okänd vilket skapade en rädsla hos dem. Lokalerna på akuten uppfattades som stora och det var mycket

maskiner och apparater. De upplevde lokalerna som rena och att det såg ut som ett vanligt sjukhus. Flera barn hade minnen av fina rum med roliga djur på väggarna och i taket. Barnen berättade att det var gula väggar på barnakuten. De önskade ibland att rummen skulle varit trevligare och att de hade velat ha något roligt att titta på.

“Det var inte fult. Det såg ut som ett vanligt sjukhus. Det var ganska roliga rum, det var såhär djur i taken, och en vägg och en sån där bår som jag låg på”. Flicka 9 år

“Det var ganska stort, fanns ganska många maskiner tror jag. Ehm..., ja, det var ganska stort. Jag låg på någon brits eller någon bänk”. Flicka 10 år

Barnen beskrev att det var lagom ljusst på barnakuten, de blev inte störda av att det fanns starka lampor där. Inget barn hade några speciella doftminnen från sin vistelse från barnakuten. Barnen berättade att de varit kalla och frusit mycket när de var på barnakuten. Några hade fått filtar och blev då varma.

“Jag minns att jag frös jättemycket”. Flicka 8 år

Barnen beskrev att ljudnivån varit hög då det var många som pratade, men de tyckte inte att det störde dem. Något barn jämförde ljudnivån med den i skolan och tyckte att det var mycket värre i klassrummet.

Att vårdas av många personer

Barnen upplevde att det var ett stort antal vårdpersonal som vårdade dem. Uttryck som *“massa personal”*, *“jättemånga doktorer”*, *“det var många som var där”*, *“ganska många folk”*, *“mycket personal”* förekom ofta i intervjuerna. Barnen var inte störda eller kände obehag av att vårdas av många personer samtidigt. Att det var många som hjälpte till bidrog till att barnen kände sig trygga, en känsla av att bli omhändertagna skapades dem. Barnen berättade att personalen var snälla och vänliga och att alla gjorde sitt bästa.

“Det bästa var personalen och all hjälp jag fick”. Flicka 11 år

Barnen hade svårt att identifiera vilka professioner de olika personerna i vårdpersonalen hade, om de var undersköterskor, sjuksköterskor eller läkare. Barnen berättade att personalen inte presenterade sig för dem eller pratade med dem utan bara med varandra och med föräldrarna. Därför upplevde barnen personalen som främmande och okänd.

Upplevelse av delaktighet

Här beskrivs barnens upplevelse av hur delaktiga de kände sig i sin omvårdnad. De berättar att de tycker det är viktigt att få bra och tydlig information.

Att vilja ha tydlig information

I intervjuerna framkom det att barnen upplevde att de inte fick tillräckligt med information från vårdpersonalen om sitt tillstånd och vilka åtgärder som skulle vidtas, eller hur dessa skulle gå till väga. De tyckte att personalen kunde bli bättre på att förklara vad de gör.

“Det kändes lite dåligt när de bara gjorde utan att förklara. Det var en tjej där i början på akuten som vi träffade först som var tyst och inte sa vad hon skulle göra, som gjorde allting jättesnabbt, jag fattade inte alls varför”. Flicka 10 år

Barnen upplevde att det var viktigt och skönt att personalen talade om vad de skulle göra med dem. Att få veta vad vårdpersonalen skulle göra upplevde barnen som tryggt. Desto mer information barnen gavs desto mer trygghet upplevde de.

“De sa att nu ska vi göra det här och det kan göra ont och så, det var väldigt tryggt att höra”. Flicka 13 år “

“Jag tyckte det var ganska viktigt och skönt för mig att de talade om vad de skulle göra, då fick jag veta det klart och tydligt”. Flicka 10 år

Barnen som upplevde att de fick god information upplevde att det minskade deras oro och rädsla. När barnen inte fick tillräckligt med information kände de sig lämnade utanför sin vård. Barnen berättade att de vill att vårdpersonalen säger till dem att det är okej att säga vad man vill och att de berättar vad som ska hända med barnet. Barnen ville ha information som var positiv även om deras tillstånd var allvarligt. Det framkom upplevelser av att barnen inte ville få information när det gällde lite mer allvarliga besked.

“Jag hade inte velat höra; åh nej det här är fel! Det här måste vi göra! Utan mer att de sa, vi ska kolla på det här för det kan vara något men det är inte säkert”. Flicka 9 år

“De sa ju vad de skulle göra, tex ok nu ska vi sätta en infart, men de berättade inte hur de skulle göra det, bara vad de skulle göra”. Flicka 11 år

Att inte förstå vad som händer och sägs

Barnen upplevde att det var svårt att förstå vad vårdpersonalen sa. Olika anledningar till att de inte kunde ta till sig informationen var att språket var svårt att förstå, de medicinska termer som användes av vårdpersonalen var svåra att förstå. Barnen berättade att de ville ha information på ett sätt som är lätt att förstå utan att viktigt innehåll försvinner.

“Ibland var det svårt att förstå med konstiga ord och så, men de förklarade lite sedan”. Flicka 13 år

“Jag fattade ingenting riktigt, det kändes konstigt och inte så bra”. Pojke 11 år

Speciellt var det svårt för barnen att förstå vad vårdpersonalen pratade om när de kommunicerade med varandra.

“Det de sa till mig förstod jag ju, men inte vad de sa till varandra”. Pojke 15 år

De tyckte att informationen som gavs var otydlig och att olika personer i personalen gav olika besked om samma sak. Barnen upplevde att personalen kommunicerade som om de hade en lista där de checkade av att olika saker var okej. Några utav barnen berättade att de inte lyssnade på vad vårdpersonalen sa utan att det var deras föräldrar som fick lyssna åt dem.

“Jag lyssnade typ inte på dem utan det var istället mamma som lyssnade på dem”.
Flicka 10 år

Att bli lyssnad på

I intervjuerna framkom det att de flesta barnen kände sig lyssnade på och att de upplevde personalen som vänlig. Få barn vågade säga till personalen om det var något som de önskade eller undrade över. När vårdpersonalen gav barnen utrymme att vara delaktiga upplevde barnen att de kände sig trygga, deras oro minskade och de hade lättare att våga fråga om olika saker. Barnen upplevde att personalen uppmuntrade dem till att säga till om de ville något.

“Ja de var väldigt vänliga och så. Ja de sa ju som sagt att du får säga till om det är något”.
Pojke 11 år

“Det mesta kan de bestämma eftersom det är de som har koll, men det kanske hur vi ska göra vissa grejer, eller att jag ska göra nåt, det hade varit bra om jag fått vara med och bestämma om det”. Flicka 10 år

“Ja, det kändes ju ingenting när hon stack in nålen för vi höll på att prata, och plötsligt stack hon bara in den. För jag hade sagt att jag inte ville veta”. Pojke 11 år

Att inte få vara med och bestämma

Några barn berättade att de inte hade någon möjlighet att påverka sin vård, de kände att de hade en bristande eller ingen delaktighet. De vågade inte säga ifrån eller ifrågasätta något i sin vård och behandling. Barnen vågade inte säga ifrån om det var något som de inte ville göra. Känslan av bristande delaktighet kunde uppstå när barnet inte hade blivit tillfrågade hur de önskade att en procedur skulle gå till, exempelvis vilken arm sjuksköterskan skulle sätta nål i. Även om barnen uppmuntrades till att vara delaktiga upplevde de att de ändå inte vågade säga allting, utan det var lättare att prata med personalen genom sina föräldrar.

“Alltså, nej, jag fick inte bestämma vad jag skulle göra, det var mest att de sa att nu ska du försöka gå eller nu ska vi röntga dig”. Flicka 9

Upplevelse av oro, rädsla och smärta

Här presenteras barnens upplevelse hur det var när de var på väg till akuten och när de vårdades där. Barnen berättar att det är viktigt att känna trygghet. De beskriver att de var rädda, oroliga och upplevde smärta när de vårdades på barnakuten.

Tankar och förväntningar

Barnen berättade att de hade många funderingar när de kom till barnakuten. Några barn hade fått lite information i ambulansen innan de kom till sjukhuset. Flera barn bar på frågan *“vad kommer att hända med mig nu?”* när de kom till barnakuten. Barnen hade alla upplevt ovisshet om vad som skulle hända med dem, vilket i sin tur hade skapat en känsla av otrygghet i varierande grad hos barnen. Barnen berättade att det var läskigt att vara på väg till barnakuten men också lite spännande. De förväntade sig att allt skulle ordna sig och att de skulle bli bra. Barnen trodde även att de skulle få ta mycket blodprover på sjukhuset.

“Jag visste liksom inte riktigt vad som skulle hända”. Flicka 10 år

“Det vet jag inte riktigt, jag trodde ju först som det var, att de skulle ta ett blodprov. det är ju vanligt. Och de gjorde de ju. Sen vet jag faktiskt inte, jag hade ingen aning. Jag visste inte ens vad som hade hänt med mig”. Flicka 11 år

Att känna sig trygg

Det framkom i intervjuerna att barnen kände sig nöjda med personalen och de var trygga med de personer de mött under sin vistelse på barnakuten. En viktig faktor för att barnen skulle känna sig trygga var närvaron av deras anhöriga.

“Att jag hade någon som var med mig, som jag kunde säga till som jag kände mig trygg med”. Pojke 15 år

Barnen upplevde att de kände sig mer trygga när det var ett flertal personal som var med och vårdade dem. Barnen berättade att de kände sig trygga när de fick tydlig information om vad som skulle hända med dem. Barnen som fått gosedjur tyckte att det hjälpte dem att känna sig lugna och trygga.

“Mmm, att eh jag, jag tyckte det var bra, jag tyckte det kändes extra bra att jag fick ett litet gosedjur som var med mig hela tiden”. Flicka 8 år

Att utsättas för smärta och obehag

I intervjuerna framkom det att samtliga barn upplevt smärta när de vårdades på barnakuten. Få barn hade fått frågan om de önskade smärtlindring och få barn upplevde att de var tillräckligt smärtlindrade. Barnen önskade att de fått smärtlindring tidigare än vad de fick och de ville även ha smärtlindring som hjälpte bättre än den de fått.

“Det hade vart skönt att få smärtlindring tidigt, så man kunde slappna av och så...det hade vart skönt att få frågan tidigare, så att jag inte hade haft så ont”. Flicka 12 år

“Jag fick ju väldigt ont, så det var väldigt jobbigt. Kanske om jag kunde fått lite mer hjälp, eller om jag kunde fått något som hjälpte mig bättre så att jag inte hade så ont”. Pojke 10 år

Smärtskattning hade skett endast vid få tillfällen. Barnen visste oftast inte om de fått smärtlindring. Barnen berättade att de hade mycket ont när personalen vände dem och gjorde lägesändringar. Några av barnen berättade att de fortfarande har ont ibland, flera månader efter att de vårdats på barnakuten. De flesta hade även upplevt någon annan form av obehag under tiden de vårdades på barnakuten. Barnen upplever vaccummadrasserna som mycket obekväma och att det var obehagligt att ligga fastspända. Att ha en nackkrage på sig upplevde barnen som väldigt obekvämt. Barnen kände obehag av att vara kissnödiga och hade ett stort behov av att gå på toaletten, men de kunde inte för att de var fastspända eller skulle göra olika undersökningar, detta var en obehaglig upplevelse för barnen. Barnen berättade även att de inte vågade säga till personalen att de behövde gå på toaletten. Flera barn blev ledsna över att personalen klippte sönder deras kläder.

“...då sa jag det till mamma att jag behövde gå på toaletten, och så fick hon säga det till läkaren. Och då fick jag det. Det var lite svårt att säga det själv. Det är också att jag är lite det, ja jag är inte alltid, jag vågar inte alltid säga allting”. Flicka 10 år

Att vara orolig och rädd

Ur analysen framkom att barnen som vårdas på barnakuten ofta upplever rädsla och oro. Barnen uttryckte att smärta var en stor orsak till att de kände rädsla. De upplevde rädsla i samband med olika behandlingar.

*“Jag var mest nervös över vad som skulle hända och att det gjorde ont och så”.
Flicka 13 år*

Oro och rädsla upplevdes även av barnen för att de befann sig i en främmande miljö, med många okända personer. Barnens största upplevelse av oro och rädsla handlade om att de inte visste vad som skulle hända med dem, en känsla av ovisshet och en oro för framtiden kunde tydligt urskiljas i intervjuerna.

“Jag var lite rädd asså, för vad de skulle göra egentligen. Asså jag vet inte, jag var rädd för att jag inte visste vad som skulle hända”. Pojke 10 år

Barnen berättade att de var rädda för att bli lämnade av sina föräldrar. Några barn hade upplevt att de inte såg sina föräldrar och att de inte visste var de var, då kände de sig oroliga och rädda.

“Jag var rädd för att mamma och pappa skulle gå”. Flicka 8 år

Barnen berättade att de önskade tröst från vårdpersonalen.

“Ah, om de skulle vara riktigt skadade skulle jag sagt om jag var sjuksköterska eller nåt, doktor, då skulle jag sagt; allt kommer ordna sig, det kommer gå bra, du kommer bli frisk igen”. Flicka 8 år

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka barns upplevelse av att vårdas på barnakuten. Studiens syfte anses av författarna som väl uppfyllt då resultatet av intervjuerna visar att barnen som vårdats på barnakuten har många minnen från sin vistelse där och god förmåga att beskriva sina upplevelser utav vården. Studien genomfördes genom kvalitativa intervjuer enligt Polit och Beck (2016) med 10 barn som vårdats på barnakutens akutrum, utvalda med bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval enligt Polit och Beck (2016) ansågs av författarna som mest lämpligt då tiden begränsade dem. En av studiens styrkor är att 3 st pilotintervjuer genomfördes utöver de tio intervjuerna som inkluderades i resultatet. Valet av att intervjua barn som vistats på barnakutens akutrum gjordes då det fanns en önskan om att intervjua de barn som varit allvarligt sjuka och därmed behövt fler insatser och möjligtvis även löper större risk att få negativa minnen från sin vistelse på barnakuten. En risk som kan föreligga vid intervjuer med barn som vårdats för akut sjukdom är de kan ha varit chockade under vårdtiden på akuten och därmed minnas sämre. Det kan även väcka obehagliga minnen hos barnet (Spratling et al., 2012) Författarna var därför beredda att erbjuda samtalskontakt till de barn som behövde efter det att intervjun var slutförd. Inget av barnen bedömdes dock ha behov utav det.

Vid urval av deltagare var målet att ha en jämn könsfördelning bland barnen som intervjuades men deltagarna var 7 flickor och 3 pojkar, alltså något fler flickor än pojkar valde att ställa upp studien. Hur detta påverkade resultatet är svårt att veta, författarna kunde dock inte urskilja några skillnader i hur pojkar och flickor upplevt att bli vårdade på barnakuten i analysen. Inklusionskriterier för deltagarnas ålder var mellan 8–15 år, medelåldern på barnen i denna studie är 10,9 år vilket kan tolkas som en relativt jämn åldersfördelning på deltagarna.

Deltagarnas föräldrar kontaktades via telefon för en förfrågan om deras barns deltagande i studien. Det ansågs vara en bra metod då det troligen är större chans att få svar från de tillfrågade än om de kontaktas via mail. Andra möjliga alternativ som valdes bort var kontakt via brev. Föräldrarna ombads vid det första telefonsamtalet att tillfråga sitt barn om deltagande i studien. Därefter skickades forskningspersonsinformation ut via mail till föräldrar och barn. Autonomiprincipen säger att alla människor har rätt till självbestämmande och att ingen får behandlas mot sin vilja. Då barnen i denna studie är omyndiga har deras föräldrar lämnat skriftligt samtycke till deltagande i studien, för enligt 6 kap. 11§ Föräldrabalken (SFS 1949:381) har föräldrarna ansvar över beslut som gäller deras barn. Föräldrarna ska även ta hänsyn till barnets synpunkter och önskningar i takt med barnets stigande ålder och utveckling (SFS 1949: 381).

Efter erhållande av samtycke bokades tid för intervju på en plats barnet själv önskade. Samtliga deltagare valde att bli intervjuade i sitt hem. Fördelen med att intervjua barnen i sin hemmiljö är att de känner sig trygga där och inga obehagliga minnen väcks av miljön

(Spratling et al., 2012). Författarna frågade barnen innan intervjun startade om de ville ha med sig en förälder vid intervjun. Alla barn valde utan att tveka att ha med en förälder vid intervjun. Det finns både för- och nackdelar med att ha en förälder närvarande vid intervjuerna. Att ha en förälder med hjälper barnet att känna sig trygg, föräldrar kan även hjälpa barnet att minnas sådant som de annars inte hade kommit i håg. Det finns även negativa aspekter, barn tenderar att svara mer positivt på frågor om de har en förälder med vid intervjun. Föräldrarnas närvaro kan även påverka barnet negativt så att det inte kan prata fritt utan föräldrarnas inflytande (Spratling et al., 2012). Vid intervjuerna ombads därför föräldrarna att sitta med tysta för att inte påverka barnens svar i för stor utsträckning. Författarna tror inte att föräldrarnas närvaro vid intervjuerna har påverkat resultatet i stort.

För att öka studiens kvalitet och tillförlitlighet har intervjumetodik för barn studerats. När syftet är att undersöka individers upplevelser är det positivt om personen/ barnet uppmuntras att berätta fritt kring ett ämne. Det var viktigt att barnen kände sig i trygga under hela intervjun (Spratling et al., 2012). En svaghet i denna studie är att intervjuerna sedan tidigare inte har någon erfarenhet av att intervjua barn. Intervjuerna genomfördes av författarna separat med fem intervjuer vardera. Det finns en risk att författarna framställt frågorna eller genomfört intervjuerna på olika sätt vilket kan ha påverkat deltagarnas svar olika. Intervjuerna inleddes med en bekantandefas för att få barnet att känna sig bekväm med situationen (Spratling et al., 2012). Längden på intervjuerna hölls kort, för att barnen annars skulle riskera att tappa koncentrationen mot slutet av intervjun. Möjligtvis hade det varit bra att träffa barnet fler än en gång och delat upp intervjun i flera kortare intervjuer, på så vis skulle författarna haft möjlighet att få fram mer djup i barnens svar.

Intervjuerna analyserades med innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008). Valet att använda innehållsanalys som analysmetod motiveras av att den är en välbeprövad metod inom kvalitativ omvårdnadsforskning (Elo & Kyngäs, 2008). Författarna var medvetna om sin egen förförståelse och försökte att inte bilda sig en uppfattning om barnens upplevelser innan de hört deras berättelser (Polit & Beck, 2016). Författarna försökte även hålla sig neutrala till barnets svar och inte visa några känslor som kunde påverka barnens svar. En intervjuguide (bilaga 2) som utformats efter provintervjuer med tre barn användes vid intervjuerna. Ledande frågor undveks. Författarna upplevde vissa svårigheter med att ställa frågor som inte skulle leda till ett ja eller nej svar, exempelvis frågor som ”Hade du ont?”. Om ja och nej svar uppstod använde sig författarna av öppna följdfrågor som finns beskrivna i intervjuguiden (bilaga 2). Flera av barnen tenderade ändå att svara ja eller nej på frågorna.

Studiens tillförlitlighet kan anses som god då Elo & Kyngäs (2008) riktlinjer för forskningsprocesser med innehållsanalys använts. Trovärdigheten och överensstämmandet styrks genom att citat från intervjuerna presenteras i resultatet. Studien hade kunnat genomföras med andra metoder än enskilda intervjuer, tex fokusgruppsintervjuer eller enkätundersökning. Detta valdes bort då det ansågs var mest tryggt för barnet att delta i en enskild intervju och lättare att prata än att besvara frågor skriftligen (a.a). Metod och resultat har granskats av tre specialistsjuksköterskor anställda på barnakuten, de fick enskilt läsa

igenom studiens metod och resultat. Efter genomläsning fick de lämna kommentarer till författarna. Samtliga specialistsjuksköterskor kände igen sig i innehållet, studiens överförbarhet och pålitlighet kan enligt författarna på detta sätt stärkas.

Resultatdiskussion

Studiens syfte är att beskriva barns upplevelse av att bli vårdade på en barnakutmottagning. Syftet har besvarats och har belyst den teoretiska referensramen uppsatsen utgått från som är barns rättigheter och barns upplevelser.

Ur analysen framkom tre kategorier; Upplevelsen av miljön, upplevelsen av delaktighet och upplevelsen av oro, rädsla och smärta. Analysen diskuteras mot den teoretiska referensramen.

Resultatet i studien visar att barn har mycket olika upplevelser av hur miljön är på barnakuten (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). De kände sig trygga av att ha mycket människor runt omkring dem. Att veta att deras föräldrar är med på akuten. Barnen ansåg att sjuksköterskorna var snälla, dock ansåg barnen att de inte alltid informeras om vad nästa steg är eller att de tillfrågas om vad de tycker eller känner. Barnen önskar att sjuksköterskor lyssnar på deras frågor och att de får vara delaktiga i sin vård (a.a).

Författarna anser att resultatet stämmer väl överens med hur det är på barnakuten då det är högt söktryck och tid ej finns att utföra det arbetet innebär enligt barnsjuksköterskans kompetensbeskrivning (ICN, 2014). Även det faktum att det inte enbart är barnsjuksköterskor som arbetar på barnakutmottagningarna utan även sjuksköterskor som enbart genomgått grundutbildningen kan påverka hur barnen bemöts. Enligt NOBAB (2003) krävs det en specialistutbildning för att arbeta med barn.

Barn har en hel del tankar och förväntningar om vad som ska hända på barnakutmottagningen, tankar och förväntningar skapade av deras tidigare erfarenheter (Crisp, Ungerer & Goodnow, 1996).

De upplevde mycket obehag och rädsla på akutmottagningen kopplat till smärta. Det är viktigt att sjuksköterskan erbjuder smärtlindring för att stävja smärta och obehag. Enligt Alfén, Caverius och Nilsson (2012) är smärta hos barn och ungdomar eftersatt och det håller författarna med om, att smärtlindra barn i det akuta skedet glöms bort.

Barnen ansåg att det pratades på ett språk och med ord som de inte förstod innebörden av. Barn kan inte alltid uppfatta samma språk som används i kommunikation med vuxna, däremot har de lätt för att läsa av kroppsspråk. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) ska alla patienter få information som är individuellt anpassad. Därför bör vårdpersonalen tänka på att anpassa sitt språk och kroppsspråk efter barnets utvecklingsnivå (Johansson, 2007).

Upplevelse av miljön

Barnen i studien upplevde att det var många personer som tog emot dem, vid ankomst till barnakutmottagningen. Dock upplevde de inte detta som något skrämmande, utan som något positivt. De hade svårt att identifiera vilka yrkeskategorier personerna tillhörde. Rummen var ofta stora och med mycket apparater, vissa upplevde att rummen var tråkiga medan andra upplevde rummen som fina. Däremot upplevde barnen att det var kallt på rummen och skrämmande.

Tidigare studier visar att sjukhusmiljö kan vara skrämmande för barn. Rädsla för olika instrument, omvårdnadsåtgärder och undersökningar, förekommer ofta hos barn (Salmela, Aronen & Salanterä, 2011). Barn som kommer till akuten hinner inte förberedas eller ges sällan tillräckligt med information för att de ska vara förberedda. Vilket innebär att de möts av främmande människor, en främmande miljö och procedurer som barnen inte räknat med. Att plötsligt hamna på akutmottagningen kan därför innebära mer stress och ångest för barnet, än när barnet är förberedd på att de ska på ett sjukhusbesök (Tamm, 2003).

Patientlagen (SFS, 2014:821) säger att när hälso- och sjukvård ges till barn, ska barnets bästa tas i beaktning. Barnet ska få tycka till om dennes behandling och/eller vård.

Upplevelse av delaktighet

Av de tio barnen som intervjuats i studien framkom att de inte kände sig lyssnade på, att de inte fick vara med och bestämma om sin vård. De blev tillsagda vad de skulle göra. De hade också svårt att förstå vad omvårdnadspersonalen sa eftersom språket var för svårt.

Alla barn i studien ansåg att det var viktigt att de fick information om sitt tillstånd, helst skulle omvårdnadspersonalen vara positiva trots att tillståndet var allvarligt. Ju mer och tydligare information barnen fick, desto tryggare känner de sig. Barnen upplevde också att det oftast pratades sinsemellan personalen eller till föräldrarna, inte direkt till dem.

Författarna anser att det bör gå att involvera barnen i sin egen vård. De bör få vara delaktiga. Dock krävs det att sjuksköterskan tar barnets perspektiv. Enligt Nilsson et al. (2015) är barn fullt kapabla till att föra sin egen talan.

Forskning visar att för att kunna få ett barn lugnare och mindre rädd, under en omvårdnadssituation, krävs att sjukvårdspersonalen informerat barnet ordentligt. Detta för att minska på oförutsägbarheten som barnet kan få ångest och känna sig rädd för (Salmela et al., 2009). I en omvårdnadssituation är det viktigt att barnet är lugnt och tryggt, är inte barnet det, kan det försvåra undersökningen. Därför är det väldigt viktigt att barnets rädslor har hanterats innan undersökningen. Vilket innebär att kommunikationen mellan sjuksköterskan och barnet är av största vikt. Tvingar omvårdnadspersonalen sig på ändå kan detta skapa starka trauman hos barnet och leda till att barnets förtroende för sjukvården minskar (Tamm, 2003; Salmela et al., 2011). Enligt Forsum (2007) krävs det en särskild förmåga för att kommunicera med barn och kommunikationen måste anpassas efter varje individuellt barn.

Johansson (2007) poängterar vikten av det första mötet mellan barn och sjuksköterska och att det är genom kommunikationen som sjuksköterskan vinner barnets tillit. Vidare menar Johansson (2007) att det är viktigt att barnet förstår den information som ges, då missförstånd eller att barnet inte förstår kan skapa mer ångslan och rädsla hos barnet.

Enligt patient lagen (SFS, 2014:821) ska patientens behov av trygghet tillgodoses. Patienten ska även få möjlighet till att vara så delaktig som möjligt i sin egen vård. Barnkonventionen (UNICEF, 2018) säger att barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad.

Att vara orolig och rädd

I likhet med Pelander & Leino-Kilpi (2010) som i sin studie kommer fram till att barn som vårdas på en barnakutmottagning ofta upplever stress, rädsla och oro redan inför besöket visade studiens resultat att de flesta barnen var kände oro och var rädda för vad som skulle hända när de kom till akutmottagningen. Vissa av barnen hade sedan tidigare erfarenheter från barnakutmottagningar och var oroliga, rädda och ångestfyllda av de tidigare erfarenheterna. Samtidigt som de var oroliga och rädda för vad som skulle hända med dem när de väl kom till barnakuten. Barnen ansåg också att det var tryggt att ha med någon de kände, en förälder eller en annan nära anhörig inne i rummet. De kände sig tryggare om de visste att deras anhöriga satt i närheten. De flesta barnen hade ont och var väldigt rädda för smärtan, dels för smärtan den skadan eller den åkomman de sökte för och dels rädda för den smärtan en del procedurer skulle kunna medföra.

Studiens resultat visade att barnen var rädda för att vara ensamma på barnakuten och för att bli lämnade av sina anhöriga, något som även beskrivs av Salmela et al. (2011) som i sin studie påvisar att det inte är ovanligt att barn är rädda för att anhöriga ska lämna dem eller att de ska befinna sig på akutmottagningen ensamma. Anhörigas närvaro kan skapa en trygghet hos barnet som då blir mer öppen för kommunikation (Meiser-Stedman, Yule, Dalglish, Smith & Glucksman, 2006). Edwinson Månsson & Enskär (2000) visar på att smärta förstärks av rädsla och oro.

Tidigare studier visar på att om förberedelser, nivåanpassad information och vänligt bemötande minskade barns oro och rädslor inför ingrepp (Wollin et al., 2004). En studie gjord av Rocha, Marche och von Baeyers (2009) visar på att barn som tidigare upplevt smärta, rädsla och ångest vid smärtsamma procedurer, kommer återigen att drabbas av samma negativa känslor när de utsätts för liknande situationer vid senare tillfälle. Oavsett hur barnet hanterar rädsla är det viktigt att få information, och vägledning då det kan hjälpa dem att orientera sig i en främmande situation och miljö (Salmela, Salanterä & Aronen, 2010a). Författarna menade att rädsla är en subjektiv upplevelse och den som har upplevelsen äger den och den rädsla som kan höra till (Salmela et al, 2010b).

Enligt patient lagen (SFS 2014:821) ska vård som gäller barn, ska även anhöriga ges informationen. Barnkonventionen (UNICEF, 2018) säger uttryckligen att barnets bästa ska beaktas i alla beslut som rör barn.

Slutsats

I studien framkommer det att barnen upplever miljön på barnakuten som okänd och ny. Barnen berättade att de var nöjda med personalens bemötande och att alla var snälla och vänliga. Det framkom i intervjuerna att barnen inte kände sig tillräckligt informerade om vad som skulle hända med dem och att det var svårt för dem att förstå vårdpersonalens språk. Det visade sig även att barnen upplevde smärta när de vårdades på barnakuten och att de önskade att de fått mer och bättre smärtlindring. Barnen var oroliga och rädda för att de skulle känna smärta, vad som skulle hända med dem och för att deras föräldrar skulle lämna dem. Barnen berättade att de vill ha tröst av vårdpersonalen. Studien visar att barnen kände sig nöjda med bemötandet från vårdpersonalen. Barnen tycker att personalen kan bli bättre på att ge tydlig information, bättre smärtlindring och att personalen bör bjuda in barnen till att bli mer delaktiga i sin vård.

Det som framkommer i denna studie anses vara tillämpligt inom olika områden inom barnsjukvård, även i andra vårdmiljöer än på en barnakutmottagning. Att känna till barnens egna upplevelser av vården kan vara till hjälp på likväl vårdavdelningar som inom primärvården

Den här studien kommer att användas som ett underlag i ett förbättringsarbete på Barnakuten på Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus.

I studien undersöktes barn i åldrarna 8–15 år. Författarna anser att det vore intressant att undersöka även yngre barns upplevelser. Exklusionskriterierna i denna studie var barn med svårigheter att kommunicera p.g.a. språk eller funktionsvariationer, samt barn som ej varit vid fullt medvetande under besöket på barnakuten. Det skulle även vara av intresse att undersöka dessa barns upplevelser.

Referenslista

- Alfvén, G., Caverius, U., & Nilsson, S. (2012). Smärta hos barn och ungdomar ett eftersatt område. *Läkartidningen*, 19.
- Barnombudsmannen. (2009). Kom närmare. Om att överbrygga avståndet mellan barn och vuxna. Stockholm: Barnombudsmannen: Hämtad 2018-12-03 från <http://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/arsrapport/kom-narmare-2009/>
- Bechtal, I. (2005). Common Themes for Improving Emergency Department Patient Satisfaction. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4)
- Bentley, J. (2005). Parents in accident and emergency: Roles and concerns. *Accident and emergency nursing*, 13, 154-159.
- Bischofberger, E., Dahlqvist, G., Edwinston-Månsson, M., Tingberg, B., & Ygge, B. M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber.
- Brodin, M., & Hylander, I. (2002). *Självkänsla att förstå -sig själv och andra*. Stockholm: Liber AB
- Brodzinsky, H., & Iyer, S. (2013). Behavior Changes After Minor Emergency Procedures. *Pediatric Emergency Care*, 29(10). 1098-1102. doi:10.1097/PEC.0b013e3182a5ff07
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: Children, parent's and nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61-67. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x
- Coyne, I., Dip, H., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.001
- Crisp, J., Ungerer, A. J., & Goodnow, J. J. (1996). The Impact of Experience on Children's Understanding of Illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(1), 57-72. doi: 10.1093/jpepsy/21.1.57
- Damasio, A. R. (2003). *Descartes misstag – känsla, förnuft och den mänskliga hjärnan*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Edwinston Månsson, M., & Enskär, K. (red) (2000): *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Forsner, M., Jansson, L., & Sorlie, V. (2005a). The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *Journal of Child Health Care* 9(2), 153-165. doi:10.1177/1367493505051406
- Forsner, M., Jansson, L., & Sorlie, V. (2005b) Being ill as narrated by children aged 11-18 years. *Journal of Child Health Care* 9 (4), 314-323.
- Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 6 november, 2018, från [http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/ Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor](http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor)
- Idvall, E., Holm, C., & Runeson, I. (2005) Pain experiences and non-pharmacological strategies for pain management after tonsillectomy: a qualitative interview study of children and parents. *Journal of Child Health Care, Vol. 9, Nr. 3*, 196-207.
- Jenholt Nolbris, M., & Kjellmer, I. (2014). 128 ombud för barnens rättigheter. *Läkartidningen*, 47.
- Johansson, A-K. (2007). Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (ss. 353-373). Lund: Studentlitteratur.
- Jokovic, A., Locker, D., & Guyatt, G. (2004). How well parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Quality of life research*, 3(7), 1297-1307.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Koenig, K., Chesla, C., & Kennedy, C. (2003). Parent's perspectives of asthma crises hospital management in infants and toddlers: an interpretive view through the lens of attachment theory. *Journal of Pediatric Nursing. Vol. 18*, 233-242.
- Krauss, B. S., Calligaris, L., Green, S. M., & Barbi, E. (2015). Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *The Lancet*, 387(10013), 1-10.
- Meiser-Stedman, A. R., Yule, W., Delgleish, T., Smith, P., & Glucksman, E. (2006). The Role of The Family in Child and Adolescent Posttraumatic Stress Following Attendance at an Emergency Department. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 397-402. doi:10.1093/jpepsy/jsj005
- Nationalencyklopedin (NE). (2019). *Barn*. Hämtad 10 december, 2018: Från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/barn/>

- Nilsson, S., Björkman, B., Almqvist, A., Almqvist, L., Björk-Willén, P., & Donohue, D. (2015). Children's voices – Differentiating a child perspective from a child's perspective. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(3), 162-168. doi: 10.3109/17518423.2013.801529
- Noel, M., Chambers, C T., McGrath, P J., Klein, M R., & Stewart, H S. (2012). The influence of children's pain memory on subsequent pain experience. *Pain*, 153(8), 1563-1572. doi: 10.1016/j.pain.2012.02.020
- Nordiskstandard för barn och ungdomar inom hälso och sjukvård NOBAB. (1993): Hämtad 13 december, 2018. Från <http://www.nobab.se/standard/nobabstandards.pdf>
- O'Connell, K., Fritzeen, J., Guzzetta, E C., Clark, P A., Lloyd, C., Scott, H S., Aldridge, D M., & Kreling, B. (2017). Family Presence During Trauma Resuscitation: Family Members' Attitudes, Behaviours, and Experiences. *American Journal of Critical Care*, 26(3), 229-239. doi: 10.4037/ajcc2017503
- Overly, L F., Wills, H. & Valente, H J. (2014). 'Not Just Little Adults' – A Pediatric Trauma Primer. *Rhode Island Medical Journal*. 27-30.
- Parra, C., Vidiella, N., Marin, I., Trenchs, V. & Luaces, C. (2017). Patient experience in pediatric emergency department: do parents and children feel the same? *European Journal of Pediatric*, 176. 1263-1267. doi: 10.1007/s00431-017-2954-4
- Pelander, T. & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavia Journal of Caring Science*, 24(4). doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rocha, E.M., Marche, T.A., & von Baeyer, C.L. (2009). Anxiety influences children's memory for procedural pain. *Pain Research Management*. 14 (3): 233-237.
- Salema, M., Aronen, E.T. & Salanterä, S. (2011) The experience of hospital-related fears of 4 to 6-year-old children. *Child: Care, Health and Development*, Vol. 37 Nr. 5, 719-726.
- SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. Stockholm: Justitiedepartementet L2.
- SFS 2003:430. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet.

- Socialstyrelsen. (2015). Bedöma barns mognad för delaktighet- kunskapsstöd. Hämtad 17 december, 2018,.Från <http://socialstyrelsen.se/publikationer2015/>
- Socialstyrelsen. (2017). Skador bland barn i Sverige. Hämtad 21 november, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Sommer, D., Pramling Samuelsson, I. & Hundeide, K. (2011). *Barnperspektiv och barnets perspektiv i teori och praktik*. Stockholm: Liber.
- Spratling, R., Coke, S., & Minick P. (2012). Qualitative data collection with children. *Applied Nursing Research* 25: 47-53. doi: 10.1016/j.apnr
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom*. Hämtad 20 november, 2018, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Barnsjukskoterska/>
- Söderbäck, M. (2010). Barnperspektiv och Barns perspektiv. I M, Söderbäck (red.). *Barn och ungas rätt i vården* (s.24-33). Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Söderbäck, M., Coyne, I. & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care setting to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99-106.
- Tingberg, B. & Ygge, B-M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm Liber AB.
- Tamm, M. (2003). *Barn och rädsla*. Studentlitteratur: Lund.
- UNICEF. (2018) *Barnkonventionen*. Hämtad 2018-01-03, från <https://www.unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>
- UNICEF, Barnkonventionen blir svensk lag år 2020. Hämtad 2019-01-03, från <https://blog.unicef.se/2018/06/13/barnkonventionen-blir-lag/>
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 10 januari, 2019. Från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Ygge, B.M. & Arnetz, E. J. (2004). Parental Involvement in Pediatric Hospital Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(3), 217-223. doi: 10.1016/j.pedn.2004.02.005
- Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård- Omvårdnad och behandling av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.
- Wollin, R., Plummer, J. L., Owen, H., Hawkings, R. M.F., Ed, M., Materazzo, F., & Morrison, V. (2004). Anxiety in Children Having Elective Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*. 19 (2), 128-132.

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human
Subjects Hämtad 23 januari, 2019. Från
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> 96-106

Bilagor

Bilaga 1. Forskningspersonsinformation



SAHLGRENKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Förfrågan om att delta i en intervju med frågor om barn och ungdomars upplevelser av att bli vårdad på Barnakuten

Till dig som är förälder till ett barn eller ungdom som vårdats på barnakutmottagningen på Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus. Vi som kontaktat er heter Sophia Hertram och Natalia Bäcklund. Vi läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn- och ungdomar och ska nu börja med vår magisteruppsats. Vi vet att väldigt få studier finns på hur barn upplever eller upplevt omvårdnadssituationen på en akutmottagning. Studiens syfte är därför att belysa barns upplevelser genom en intervju av barn/ungdomar som befunnit sig i en sådan miljö. Denna studie skulle möjliggöra utveckling av hur omvårdnaden kring och med barnet/ungdomen utförs.

Ert barn tillfrågas att vara med i denna studie då han/hon varit patient på barnakuten under de närmsta månaderna. Att delta i denna studie är frivilligt och ni kan när som helst välja att inte medverka, utan förklaring. Det kan förekomma obehag för barnet/ungdomen att återuppleva minnen, skulle barnet/ungdomen uppleva otrygghet/obehag under intervjun kan hon/han när som helst avbryta intervjun. Studien kommer att genomföras genom intervjuer med ert/era barn/ungdom om hans/hennes upplevelser av att vårdas på barnakuten. Intervjuerna spelas in. Sedan transkriberas varje intervju för att kunna analyseras. Enbart en av oss kommer vara närvarande vid intervjun, en förälder är välkommen att sitta med, det viktigaste är att barnet/ungdomen känner sig trygg. Intervjun beräknas ta 60 minuter. Ni och ert barn/ungdom är anonyma, inte heller vilken akutmottagning ni vårdats på kommer att nämnas. Insamlat material kasseras efter genomförd studie.

Vid ytterligare frågor var god kontakta oss:

Sophia Hertram Leg. Sjuksköterska
Barnakuten Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus,
gushertso@student.gu.se

Natalia Bäcklund Leg. Sjuksköterska
Barnakuten Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus
gusperva@student.gu.se

Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning Hälso- och sjukvård för barn och ungdom
Göteborgs Universitet

Handledare: Helena Wigert, Universitetslektor, helena.wigert@gu.se



SAHLGRENKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Samtyckesformulär för förälder/vårdnadshavare

Jag samtycker att mitt barn deltar i studien under förutsättning att barnet själv vill delta. Studien belyser barns/ungdomars upplevelser av att vårdas på barnakuten.

Detta innebär att:

- Barnet kommer få svara på intervjufrågor som handlar om hur han/hon upplevde vistelsen på barnakuten.
- Deltagandet är frivilligt och ditt barn får avbryta intervjun när som helst, utan att uppge anledning.
- Intervjun kommer att spelas in.
- Inga person- och/eller adressuppgifter kommer att registreras.

Fylls i av Förälder/vårdnadshavare:

Namn:.....

Ort/Datum:.....

Tack för er medverkan!

Sophia Hertram
Leg. Sjuksköterska
Barnakuten Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus
gushertso@student.gu.se

Natalia Bäcklund
Leg. Sjuksköterska
Barnakuten Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus
gusperva@student.gu



SAHLGRENKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Förfrågan om att delta i en intervju med frågor om barns upplevelser av att vårdas på Barnakuten.

Till dig som är mellan 8-16år och har vårdats på Barnakuten på Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus. Vi är två Sjuksköterskor som utbildar oss till Barnsjuksköterskor. Vi undrar om du vill vara med på en intervju, så att vi kan ta reda på hur du upplevde att bli vårdad på Barnakuten. Dina svar kan lära oss vad barn upplever när de vårdas på Barnakuten. Det kan vi använda för att bli bättre på att ta hand om barn när de är på akuten.

Om du tackar ja till delta kommer du att träffa en utav oss. Intervjun genomförs på valfri plats och om du vill att någon förälder är med på intervjun går det bra.

När vi träffas kommer vi att ställa frågor till dig om hur du upplevde det att bli vårdad på Barnakuten. Samtalet kommer att spelas in på band och tar ungefär en timma totalt. Vi spelar in samtalet för att vi ska komma ihåg vad du sa. När vi har träffat alla barn som valt att bli intervjuade kommer vi att lyssna på inpelningarna och skriva ner det ni berättat.

Det är helt frivilligt att vara med på intervjun och du kan tacka nej även om dina föräldrar har tackat ja. Du får avbryta när som helst utan att förklara varför. Vården av dig är densamma oavsett om du vill vara med på intervjun eller inte. Din adress och ditt personnummer kommer inte att finnas sparad. Allt material kommer att handhas så att obehöriga inte kan komma åt det. Ingen kommer att kunna se vem du är.

Har du några frågor går det bra att kontakta oss:

Sophia Hertram Leg. Sjuksköterska
Barnakuten Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus
gushertso@student.gu.se

Natalia Bäcklund Leg. Sjuksköterska
Barnakuten Drottning Silvias barn-och ungdomssjukhus
gusperva@student.gu.se

Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning Hälso- och sjukvård för barn och ungdom
Göteborgs Universitet

Handledare: Helena Wigert, Universitetslektor
helena.wigert@gu.se



SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Samtyckesblankett för barn 8-15år

Jag tycker att det är okej att svara på frågor och berätta om vad jag gjorde och hur jag mådde på barnakuten.

Det betyder att:

- Jag kommer att få svara på frågor om hur jag upplevde barnakuten.
- Jag får när som helst säga att jag inte vill vara med och jag behöver inte förklara varför.
- Mina svar spelas in.
- En förälder får vara med om jag vill det.

Namn:.....

Datum:.....

Tack för att du ville vara med!

Bilaga 2. Intervjuguide

Intervjuguide inför studie "Barns upplevelser av att vårdas på Barnakuten"

Bekantandefas

Fråga 1: Vad heter du?

Fråga 2: Hur gammal är du?

Fråga 3: Vilken skola går du i?

Fråga 4: Vilket är ditt favoritämne?

Fråga 5: Vad tycker du om att göra på fritiden?

Fråga 6: Vet du varför jag är här? Stäm av så att barnet verkligen vill vara med

Följdfråga: Hur känns det?

Inledningsfas

Öppningsfråga: Berätta för mig hur det var när du var på Barnakuten.

Fråga 1: Hur kom du till sjukhuset?

Fråga 2: Varför kom du till Barnakuten?

Fråga 3: Vad trodde du skulle hända?

Fråga 4: Vem var med dig?

Fråga 5: Vad gjorde de med dig på sjukhuset?

Tema 1 - Vårdmiljö och sinnesintryck

Fråga 1: Hur såg det ut på Barnakuten?

Fråga 2: Hur luktade det?

Fråga 3: Var det varmt eller kallt i rummet?

Fråga 4: Var det ljust eller mörkt i rummet?

Fråga 5: Såg du dina föräldrar? Vart fanns de?

Fråga 6: Upplevde du att det var många människor i rummet? Hur många? Vilka var de?

Fråga 7: Hur var ljudnivån?

Fråga 8: Låg du ner? Var britsen bekväm? Andra obehag?

Fråga 9: Hur länge var du där? Vart tog du vägen sedan?

Tema 2 - Kommunikation

Fråga 1: Hörde du vad personalen sa? Minns du något de sa? Vad?

Fråga 2: Förstod du vad de sa? Var det svårt att förstå vad de sa? Varför?

Fråga 3: Fick du information innan om vad vi skulle göra med dig? Hur gavs den?

Fråga 4: Lyssnade sjuksköterskan på dig? På vilket sätt?

Fråga 5: Fick du möjlighet att lämna egna önskemål om vården? Fick du vara med och bestämma?

Fråga 6: Hade du velat vara med och bestämma om något? Vad?

Fråga 7: Var det något du inte ville vara med och bestämma om? Vad?

Fråga 8: Vågade du säga ifrån/ ifrågasätta vad vi gjorde?

Fråga 9: Hur vill du att det ska vara?

Tema 3 – Smärta

Fråga 1: Hade du ont? I så fall vart? Varför hade du ont? Hur ont?

Fråga 2: Fick du någon medicin mot det onda? Vad var det för medicin? Berättade någon om medicinen? Hjälpte den? Hade du lika ont hela tiden på akuten?

Tema 4 - Trygghet

Fråga 1: Var du rädd? För vad? Varför?

Fråga 2: Kände du dig trygg? Kunde du lita på personalen?

Övrigt/Avslutning/ sammanfattning

Fråga 1: Hur kände du dig efteråt?

Fråga 2: Vad kändes bra?

Fråga 3: Vad kändes dåligt?

Fråga 4: Vad kunde vi gjort bättre?

Fråga 5: När det kommer andra barn till barnakuten, vad tycker du sjuksköterskan ska säga/göra?

Fråga 6: Vad behöver sjuksköterskan veta för att göra det bättre

Fråga 7: Är det något annat som du skulle vilja berätta om?

Följdfrågor: Berätta mer om... Vill du berätta lite mer... Hur tänkte du då? Hur kändes det då?