

Marthine Bjelland Holmedal  
Elin Flaa Olsbakk

## **Ekspert i eget liv**

Barnas erfaringer fra sykehuset

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Arnhild Vestnes Kongshaug  
Mai 2019



# Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke erfaringer barn har etter innleggelse i somatisk sykehus, og hva de ser på som viktig.

**Metode:** Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Det ble søkt i fire databaser, dette resulterte i seks kvalitative, en kvantitativ og en triangulær forskningsartikkel.

**Resultat:** Barna hadde ulike erfaringer knyttet til tilrettelegging av lek og aktiviteter på sykehuset. Det var viktig for dem å ha en plass de kunne leke og være sosial. Barna opplevde at det var utfordrende med nye rutiner og regler. God informasjon gjorde det enklere å tilpasse seg. Det var ulike erfaringer knyttet til helsepersonell. Lite informasjon og involvering førte til usikkerhet og redsel. Det var viktig for barna å bli sett, lyttet til og respektert. De ønsket å være deltakende i avgjørelser som omhandlet dem. I den usikre hverdagen var det viktig for barna å oppleve trygghet. En stor del av dette var å ikke bli forlatt. Sykepleier hadde en viktig rolle i å legge til rette for at barna skulle føle seg trygge under oppholdet.

**Konklusjon:** Barna har behov for trygghet og forutsigbarhet i den stressende hverdagen en innleggelse på sykehuset gir. Avdelingen må legge til rette for barn med ulike behov. Det er viktig at barna blir lyttet til, for å kunne utøve best mulig sykepleie. Barnas erfaringer kan benyttes til å tilpasse individuell sykepleie.

# Abstract

**Aim:** The aim of this study is to highlight children's experiences after being admitted to somatic hospital, and what they consider important.

**Method:** A systematic litterateur study. Searches were made in four databases, this resulted in six qualitative, one quantitative and one mix-method study.

**Result:** The children had different experiences with facilitating toys and activities. It was important for them to have a place they could play and meet other children. The children thought it was challenging with new routines and rules. There were various experiences related to the nurses. Little information and involvement led to insecurity and fear. It was important for the children to be seen, listened to and respected. They wanted to be part of the decisions involving them. In the unpredictable everyday life, it was important for the children to experience security. A large part of this was not to be abandoned. Nurses had an important role to make sure the children felt safe during the hospital stay.

**Conclusion:** The children need a sense of security and predictability in the stressful everyday life of a hospital admission. The ward must be arranged for all children. It is important that the children are listened to in order to give the best possible nursing care. Children's experiences can be used to adapt individual nursing.

# Forord

*Jeg er unik!*  
*Siden tidenes morgen har det*  
*aldri eksistert noen som meg.*

*Ingen har mine øyne,*  
*nese, hender eller*  
*stemme.*

*Ingen har min håndskrift.*

*Gjennom hele*  
*evigheten kommer*  
*aldri noen til å se ut,*  
*tenke, snakke eller*  
*gjøre det samme*  
*som meg.*

*Jeg er meg,*  
*har egen verdi og*  
*trenger ikke kopiere andre.*

*Jeg er unik!*

*Voksne for barn*



# Innhold

1	Innledning.....	10
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	10
1.2	Studiens hensikt og problemstilling .....	10
1.3	Bekregpsavklaring .....	11
1.4	Avgrensninger.....	11
1.5	Oppgavens videre oppbygning .....	11
2	Teori.....	12
2.1	Barn på sykehus.....	12
2.2	Kommunikasjon med barn .....	13
2.3	Erik H. Eriksons utviklingsteori .....	13
2.4	John Bowlbys tilknytningsteori .....	14
2.5	Joyce Travelbees sykepleieteori.....	14
3	Metode.....	15
3.1	Datainnsamling .....	15
3.1.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	15
3.1.2	Søkehistorikk.....	15
3.1.3	Kvalitetsvurdering .....	16
3.1.4	Etiske hensyn .....	17
3.2	Analyse .....	17
4	Resultat .....	19
4.1	Lek, aktivitet og sosialt liv .....	19
4.2	En annerledes hverdag.....	20
4.3	Sykepleierens ferdigheter .....	20
4.4	Frykt for å være alene.....	21
5	Diskusjon .....	22
5.1	Metodediskusjon.....	22
5.2	Resultatdiskusjon .....	22
5.2.1	Betydningen av lek, aktivitet og sosialt liv .....	23
5.2.2	En annerledes hverdag .....	24
5.2.3	Sykepleierens ferdigheter.....	25
5.2.4	Frykt for å være alene .....	26
6	Konklusjon .....	27
6.1	Forslag til videre forskning.....	27
	Referanser .....	28

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Litteraturmatriser (8stk)

# 1 Innledning

I dette kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikten med studien og problemstillingen, begrepsavklaringer og hvordan oppgaven er oppbygd.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er barns erfaringer etter innleggelse i sykehus. I løpet av 2018 var ca. 96 000 barn i alderen 0-19 år innlagt i somatisk sykehus i Norge. I fjor tilbrakte barn i gjennomsnitt 3 dager på sykehuset per opphold (Statistisk sentralbyrå, 2019). Når barn blir innlagt på sykehus blir den trygge og forutsigbare hverdagen borte. Et sykehusmiljø er preget av uforutsigbarhet og nye opplevelser som kan være skremmende (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64).

Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 6 og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon regulerer barns særlige rettigheter, og legger føringer for helsepersonell som arbeider med barn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Barn har rett til å bli hørt, si sin mening, ta egne valg og være med på å bestemme eget helsetilbud (Helsenorge, 2019). Allikevel får barneombudet stadig henvendelser fra barn som opplever at de ikke blir hørt. Flere opplever å bli snakket om av profesjonelle voksne, men de blir ikke inkludert i samtalen som omhandler deres sykdom, problemer og diagnose (Lindboe, 2012).

Å høre barnets stemme innebærer også å gi barnet rett til medvirkning og innflytelse når hjelpetiltak skal utformes. Bare gjennom en slik aktiv medvirkning kan vi bidra til at barn får økt velstand i et velstandssamfunn (Lindboe, 2012).

FNs konvensjon om barns rettigheter (1989, art 12.) skal være med på å sikre barns rett til å si sin mening. Barneombudet har i samarbeid med en ekspertgruppe med barn i alderen 10-12 år utarbeidet et hefte med 10 råd til leger, sykepleiere og andre om hvordan de skal møte barn på en god måte. Dette skal være med på å få frem barnas stemme (Barneombudet, 2011).

## 1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke erfaringer barn har etter innleggelse i somatisk sykehus, og hva som oppleves som viktig for dem. Mange barn innlegges på sykehus årlig, og det er derfor viktig at sykepleier innehar kunnskap om barnas erfaringer for å kunne utøve god sykepleie.

Følgende problemstilling er valgt:

*Hvilke erfaringer har barn etter innleggelse i somatisk sykehus?*



### 1.3 Bekreppsavklaring

Barn: Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §3) definerer barn som personer under 18 år.

Somatisk sykehus: Somatikk defineres som fysisk helse (Helse Sør-Øst, 2018). Somatisk sykehus er der den fysiske tilstanden behandles.

### 1.4 Avgrensninger

Denne oppgaven belyser et pasientperspektiv, dette utelukker dermed erfaringene til pårørende og sykepleier i henhold til problemstillingen. Pasientgruppen avgrenser seg til barn som har vært innlagt i somatisk avdeling på sykehus, og tar ikke for seg innleggelse på psykiatrisk avdeling. Det ble utført prøvesøk i forkant av søkeprosessen, hvor det ble avdekket at relevante artikler omhandler barn fra og med 3 års alderen. På bakgrunn av dette er avgrensningen i denne oppgaven satt til 3-18 år. Det ble ikke gjort en ytterligere begrensning da ønsket var å få frem barns erfaringer uavhengig av alder. I Norge skal barn fortrinnsvis bli innlagt på en barneavdeling, og avdelingen må derfor legges til rette for barn i alle aldre (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §4).

### 1.5 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel 2 presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen, i kapittel 3 beskrives metode og analyse, i kapittel 4 presenteres resultatet fra artiklene og i kapittel 5 presenteres diskusjonen med metodediskusjon og resultatdiskusjon. Avslutningsvis vil vi komme med en konklusjon i kapittel 6.

## 2 Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. Vår valgte teori er barn på sykehus, kommunikasjon med barn, utviklingsteori, tilknytningsteori og sykepleieteori.

### 2.1 Barn på sykehus

Sykehusinnleggelse av barn skal kun skje når det er medisinske eller andre årsaker som krever det. For barn oppleves sykehusinnleggelse som stressende. Det fører med seg engstelse, usikkerhet, uforutsigbarhet, frykt, ubehag og ofte smerter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63).

Blant de største kildene til stress er:

- det å være i et fremmed og ukjent miljø
- atskillelse fra foreldrene, eller trussel om atskillelse
- undersøkelser, prosedyrer og behandling
- begrenset mulighet til å delta i fritids- og andre meningsfulle aktiviteter

(Grønseth & Markestad, 2017, s. 64).

Alder og utvikling spiller en rolle i hvordan barn mestrer stress. Hvis stresset blir langvarig og mestringsevnen blir oversteget, kan dette gi uheldig utfall for utvikling, helse og velvære (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64).

Når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene, andre som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) regulerer barns rettigheter ved sykehusinnleggelse, slik at helsehjelpen blir tilpasset barna. Forskriften legger føringer for at barn i hovedsak skal legges inn på egne barneavdelinger og fortrinnsvis bli behandlet av det samme personalet. Den legger også føringer for hvilken kunnskap det forventes at personalet som jobber med barn skal inneha. Barna har rett til å ha en forelder hos seg under oppholdet, de skal også kunne motta besøk utenfor besøkstid, så lenge ikke helsetilstanden tilsier noe annet. Forskriften legger føringer for krav for

aktivisering og stimulering, som egnet areal og utstyr, førskole- og skoletilbud (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §12-§14).

## 2.2 Kommunikasjon med barn

«God kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn» (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97). I følge Eide & Eide (2016, s. 358) finnes det ingen oppskrift på hvordan man kommuniserer med barn og unge. Alle er individuelle individer, derfor må kommunikasjonen tilpasses hver enkelt. Dette utfordrer helsepersonell til å være løsningsorienterte. Eide & Eide (2016, s. 374) sier også at direkte kommunikasjon med barn kan gi en helsefremmende effekt på sykdomsforløp, oppfølging av behandling og tilfredshet.

En naturlig del av alle barn er leken. Lek kan med fordel brukes terapeutisk i kommunikasjon, forberedelse før prosedyrer og i bearbeiding av følelser. Den foregår på barnas premisser i en verden uavhengig av virkeligheten. Den virkelige verden oppfattes som mindre skremmende gjennom leken (Grønseth & Markestad, 2017, s. 81). Lek gir voksne en mulighet til å forstå verden fra barnets perspektiv. Fordi barna opplever aktiviteten som behagelig, oppmuntrer dette barna til å slappe av, gi slipp på eventuelle forsvarsmekanismer og uttrykke følelsene sine fritt (Hughes, 2010, s. 284).

Viktige aspekter i samtale med barn er å ta utgangspunkt i barnets virkelighetsforståelse. Barnet bør føle seg kompetent i samtalen ved måten det blir snakket og respondert på og barnet bør finne mening i budskapet som blir gitt eller det barnet har opplevd (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99). En av de viktigste kommunikative oppgavene en sykepleier har er å gi god informasjon og veiledning. For at informasjonen skal være hjelpende for pasienten må det være tilstrekkelig, god og tilpasset informasjon. Det er viktig å ha kunnskap om hvilken informasjon pasienten trenger, skaffe denne informasjonen og videreformidle denne på en god måte gjennom dialog og samhandling (Eide & Eide, 2016, s. 292-293).

## 2.3 Erik H. Eriksons utviklingsteori

Erik H. Erikson (2000, s. 241) sin utviklingsteori deler opp menneskets psykososiale utvikling i åtte faser, fra fødsel til død. Alderstrinn til stadiene er hentet fra Brønstad (2017). Utviklingen i fase 3 (3-6 år) beskriver Erikson som initiativ eller skyldfølelse, barnet blir mer klar over seg selv som et individ. Barnet utvikler en følelse av initiativ, det virker «mer seg selv», kjærligere, mer aktiv, mer avspent og kvikkere. Ved at barnet setter seg mål, øker også faren for følelse av skyld. I dette stadiet opptrer det aggressive handlinger og et maktspråk. Det inngår også sjalusi, og en kamp om førsteretten til mor. I den fjerde fasen (6-12 år) skriver Erikson om arbeidsevne versus mindreverdsfølelse. Barnet begynner på skolen, de utvikler en følelse av å være produktiv og driftig, alternativt utilstrekkelig og svak. Det meste lærer de ofte av de større barna. Det sosiale livet blir viktigere for barnet. Den femte fasen (ungdomstiden); identitet versus rolleforvirring handler om at barndommen når sin avslutning og ungdomstiden tar til. I

denne situasjonen er barnet først og fremst opptatt av hvordan de ter seg i andres øyne, sammenliknet med hvordan de selv føler at de er. De unge kan hjelpe hverandre gjennom vanskelige ting med å danne gjenger (Erikson, 2000, s.248-255).

## 2.4 John Bowlbys tilknytningsteori

Bowlbys tilknytningsteori beskriver viktigheten av en god og trygg tilknytning i starten av livet. Ingen form for atferd bringer med seg sterkere følelser enn tilknytning. Så lenge et barn føler nærvær, opplever det trygghet. En opplevelse av tap skaper angst, og kan gi sinne (Bowlby, 1997, s. 209). Frem til et års alder har barnet utviklet en sterk tilknytning til en morsfigur. Dette skjer ved at omsorgspersonene er tilgjengelige og møter behov som mat, trøst og trygghet. Senere i livet er det disse omsorgspersonene barnet trenger for å føle trygghet (Bowlby, 1997, s.177-186).

## 2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

I følge Joyce Travelbee er sykepleie en prosess i konstant utvikling og forandring, avhengig av samspillet mellom de menneskene som er involvert. Sykepleie omhandler friske og syke mennesker; pasienten, sykepleieren og familien. Sykepleier hjelper den enkelte til mestring av opplevelser og erfaringer av sykdom og lidelse. Dette gjøres ved å tilby bistand. Det som skjer med den syke omhandler hele familien, derfor er det behov for å tilby bistand for alle involverte (Travelbee, 2007, s. 29-31).

Travelbee sier at sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Hun sier også at det er først når sykepleieren ser på pasienten som et menneske at reell kontakt oppstår. Det er viktig at sykepleier er bevisst på behovene til pasienten ved hvert møte og viser interesse for å bli kjent med pasienten. Dette menneske-til-menneske-forholdet etableres i ulike faser, i ulikt tempo. Det er sykepleier som må ta ansvar for at prosessen holdes i gang og at det er en gjensidig forståelse (Travelbee, 2007, s. 171-172).

I alle møter mellom mennesker foregår det kommunikasjon; verbal eller non-verbal, bevisst eller ubevisst. I følge Travelbee er det viktig at sykepleieren prøver å forstå kommunikasjonen til pasienten, slik at det kan brukes til å gi individuell sykepleie. Meningsfylt kommunikasjon blir først delt når man føler seg relativt trygg på mottaker. Hvis avsender opplever å bli ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort vil viktig informasjon bli holdt tilbake. Travelbee sier at sykepleierens tanker og følelser for personen det samhandles med, vil alltid bli kommunisert (Travelbee, 2007, s.135-147).

## 3 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for datainnsamling og analyse. Denne bacheloroppgaven baserer seg på et systematisk litteratursøk som danner grunnlaget for forskningen i oppgaven. Et systematisk litteratursøk starter med en tydelig problemstilling som skal besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27).

### 3.1 Datainnsamling

For å belyse problemstillingen må man finne relevante studier med tilstrekkelige holdepunkter (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Arbeidet med å innhente relevant data startet høsten 2018. Det ble i denne perioden inkludert 5 artikler og videre arbeid med innhenting av data fortsatte våren 2019. Alt innhentet materiale ble gjennomgått og det ble sikret at man hadde en helhetlig datainnsamling i forhold til problemstillingen.

En kvalitativ metode har som hensikt og få frem meninger og opplevelser hos de involverte i studien. I en kvantitativ metode presenteres data i form av målbare enheter som lar seg tallfeste. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet (Dalland, 2013, s. 112). I følge Thidemann (2015, s.79) kan studier være tjent med å kombinere kvalitativ og kvantitativ metode. Dette kalles en triangulær metode. I denne studien er det inkludert seks kvalitative studier, en kvantitativ studie og en triangulær studie.

#### 3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

I følge Forsberg & Wengström (2015, s. 174) er inklusjonskriterier nyttig for å sette krav og begrensninger til søket. I denne oppgaven ble inklusjon- og eksklusjonskriterier satt for å komme frem til relevante artikler av god kvalitet. Som en standard skulle artiklene være fagfellevurderte forskningsartikler som følger en IMRaD- struktur. IMRaD-strukturen innebærer at artikkelen starter med en introduksjon, videre følger metode, resultat og diskusjon (Søk & Skriv, 2017). Artiklene skulle ha dokumenterte etiske vurderinger og være godkjent av etisk komite. Forskningen skulle være fra de siste tiår, dermed ikke eldre enn 2008. Aldersbegrensning ble satt fra 3-18 år. Artiklene skulle ha et pasientperspektiv, det var barns generelle erfaringer fra somatisk sykehusopphold som skulle være i fokus. Innleggelse i psykiatriske avdelinger ble ekskludert.

#### 3.1.2 Søkehistorikk

Problemstillinger er grunnlaget for valg av søkeord. Det ble benyttet et PEO-skjema for å strukturere søkeordene, da dette er hensiktsmessig i en kvalitativ sammenheng. PEO står for P (population), E (exposure) og O (outcome). Metoden bidrar til å avgrense problemområdet og å lage en søkestrategi. Det ble vurdert å bruke et PICO-skjema, men

I (intervention) og C (comparison) var ikke relevant for denne oppgaven (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60).

P	Population	Child
E	Exposure	Hospital (inpatient)
O	Outcome	Experience (patient perspective, patient view eller perception)

Tre søkeord ble valgt og brukt i alle søkene, dette var; «experience», «hospitals» og «child». Den boolske operatøren AND ble brukt for å finne artikler som inneholdt alle søkeordene. Hensikten med å bruke de boolske operatørene AND, OR og NOT er å begrense eller utvide et søk (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69).

Det ble gjort søk i databasene CINAHL, SveMed+, MEDLINE og PubMed. Databasene ble valgt på grunnlag av problemstillingen, i følge Forsberg & Wengström (2015, s. 65-68) er dette relevante databaser for den helsefaglige forskningen som var ønskelig å finne. CINAHL var den databasen som ga flest treff, det var derfor størst behov for å begrense søket her. Begrensninger som ble lagt inn i søket i CINAHL var fagfellevurdert, aldersgruppe 0-18 år, publisert siste ti-år og engelskspråklige artikler. I SveMed+ ble søket begrenset med fagfellevurdert og publisert siste ti-år. Begrensninger som ble gjort i PubMed var aldersgruppe 0-18 år, publisert siste ti-år og sykepleietidsskrifter. I MEDLINE var det ikke mulig å begrense søket slik det ble gjort i de andre databasene. Her ble søket begrenset med relevante tidsskrifter som hadde fokus på barn.

Ved gjennomgang av søket ble relevante abstrakter lest. Hvis innholdet virket relevant ble hele artikkelen lest og vurdert. Artikler som omhandlet barn som var innlagt på grunnlag av spesifikk sykdom, ble ekskludert. I disse artiklene var fokuset rettet mot en spesifikk sykdom, og ikke den generelle erfaringen som vi var ute etter. Resultatet av søkeprosessen ble åtte inkluderte artikler. I vedlegg 1 presenteres søkeord, antall treff, leste abstrakter og inkluderte artikler fra de ulike databasene.

### 3.1.3 Kvalitetsvurdering

I følge Forsberg & Wengström (2015, s. 104) er det gjennom kvalitetsvurderingen viktig å få svar på om hensikten med studien er tydelig, hvilke resultater som oppnås og om disse er troverdige. For å kvalitetsvurdere artiklene ble det brukt sjekklister utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklister inneholder spørsmål som omhandler artiklenes formål, metode, analyse, bakgrunnsforhold, etiske forhold, hovedfunn og relevans for praksis. Ut i fra disse spørsmålene er alle artiklene vurdert til å være av god kvalitet.

### 3.1.4 Etske hensyn

I følge Forsberg & Wengström (2015, s. 132) er det et krav at det skal gjøres etiske vurderinger i all vitenskapelig forskning. Helsinkideklarasjonen regulerer kravet om etikk i forskningen, den ble utformet av Verdens legeforening i 1964, og sist revidert i 2013. Helsinkideklarasjonen legger vekt på hensynet til sårbare grupper, og barn regnes som en av disse gruppene. Det er likevel nødvendig med forskning på sårbare grupper, for å kunne gi og utvikle nødvendig helsehjelp. For å ivareta forsøkspersonene, skal det innhentes samtykke fra pårørende eller formynder (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). "Kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og måten de forholder seg til samfunnet på, er det bare menneskene selv som kan gi oss. For å få denne kunnskapen, er vi avhengige av tillit" (Dalland, 2013, s. 95).

Den inkluderte forskningen inneholder alle etiske vurderinger, og seks av artiklene er godkjent av etisk komitè i sine land. Studien til Schalkers et al. (2014) er fra Nederland, her er det ikke nødvendig med godkjenning av etisk komitè til denne typen forskning. Det kommer ikke frem i studien til Fletcher et al. (2010) at den er godkjent av etisk komitè. men andre etiske hensyn er godt dokumentert. Det er blitt gitt skriftlig og muntlig informasjon angående studien, og det er innhentet skriftlig samtykke fra foreldrene, samt muntlig samtykke fra barna. Deltakelsen i alle studiene er frivillig, og i to av dem blir det påpekt at barna er informert om at det er mulig å trekke seg underveis. Det er også blitt gjort vurderinger angående anonymisering av innhentet informasjon for å beskytte de involvertes integritet.

## 3.2 Analyse

I følge Forsberg & Wengström (2015, s. 152-153) betyr analyse å dele opp i mindre deler, for deretter å undersøke disse delene hver for seg. Kjennetegnene ved innholdsanalyse er at man stegvis og systematisk inndeler data, slik at det blir lettere å identifisere tema. I denne oppgaven er artiklene analysert ved hjelp av de fire trinnene i David Evans (2002, s. 25) analyseprosess:

1. Samle relevant data
2. Identifisere nøkkelfunn
3. Sammenligne nøkkelfunn og identifisere felles tema
4. Samle felles tema for å utvikle en beskrivelse av fenomenet

Det første trinnet i analyseprosessen er å innhente relevant data. Dette gjøres ved å søke etter artikler knyttet til problemstillingen. Datainnsamlingen som er beskrevet i punkt 3.1 førte til åtte artikler som stemte overens med inklusjon- og eksklusjonskriteriene som var satt for oppgaven.

I trinn to skal materialet leses gjentatte ganger for å danne en helhetlig forståelse. Vi leste artiklene grundig hver for oss for å identifisere nøkkelfunn. Deretter ble materialet

gjennomgått sammen, slik at det ble sikret lik forståelse av artiklene. Relevante funn fra de åtte artiklene ble identifisert, markert og satt inn i et tankekart.

I tredje trinn skal nøkkelfunnene sammenlignes i forhold til felles tema, likheter og ulikheter. Tankekartet som ble utarbeidet i forrige trinn ble brukt til å identifisere felles tema. Etterhvert som det ble jobbet med resultatdelen, ble temaene justert noe, for å kunne presentere funnene på best mulig måte. Gjennomgående hovedfunn var lek, aktivitet og sosialt samvær med andre, erfaringer knyttet til nye regler, rutiner og behov for privatliv, opplevelsen av sykepleierens rolle, og frykten barna har i forhold til å bli forlatt. Dette ble derfor våre hovedtema. Deretter ble det laget en fargekode for hvert tema, og funnene ble strukturert i en tabell for å få en bedre oversikt.

I følge Evans (2002, s. 25) skal man i trinn fire danne en beskrivelse av fenomenet ved hjelp av funnene. Dette presenteres i resultatdelen under hovedtemaene; Lek, aktivitet og sosialt liv, En annerledes hverdag, Sykepleierens ferdigheter og Frykt for å være alene.



## 4 Resultat

I dette kapittelet presenteres studiens resultat gjennom fire hovedkategorier: Lek, aktivitet og sosialt liv, En annerledes hverdag, Sykepleierens ferdigheter og Frykt for å være alene.

### 4.1 Lek, aktivitet og sosialt liv

Et av hovedfunnene i artiklene er det barna fortalte om leker, aktiviteter og det sosiale livet på sykehuset. I flere av artiklene la barna vekt på at lekerom og oppholdsrom var viktig, og at dette var en fin plass å møte andre (Boztepe et al. 2017; Fletcher et al. 2011; Lambert et al. 2013; Schalkers et al. 2014; Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Miljøet hadde stor betydning for at barna skulle trives. I følge barna var et lyst og fargerikt miljø med på å skape en hyggelig atmosfære. En 14 år gammel gutt sa følgende: «I once went to a small hospital in Germany. And everything was so sterile and white there. You just felt like: you are alive, but that is all. Compared to that, I like this [hospital] better» (Schalkers et al. 2014, s. 2073). I de fleste artiklene ga tilrettelegging av fritid og underholdningsaktiviteter en positiv sykehusopplevelse for barna. Barna påpekte at de satte pris på mange ulike underholdningsaktiviteter som å se på TV, dataspill og å tilbringe tid i sykehusets sosiale rom (Boztepe et al. 2017; Fletcher et al. 2011; Lambert et al. 2013; Livesley & Long, 2013; Schalkers et al. 2014; Pelander & Leino-Kilpi, 2010). I Lambert et al. (2013) fortalte noen barn at de skulle ønske sengene deres var i et rom som lekerommet, der de kunne være omgitt av leker. I studiene til Schalkers et al. (2014) og Lambert et al. (2013) fortalte barn i alderen 7-8 år og barn over 12 år at det var lite leker og aktiviteter tilpasset dem. Mange barn beskrev isolering og det å være sengeliggende som det verste med sykehusinnleggelsen. Dette grunnet mangel på aktiviteter og elektronikk (Lambert et al. 2013; Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

I studiene til Boztepe et al. (2017), Fletcher et al. (2011), Lambert et al. (2013) og Schalkers et al. (2014) forklarte barna viktigheten av å ha kontakt med omverdenen. Dette gjaldt familie, klassekamerater og skole. Barna sa det var viktig med tilgjengelig pc, mobil og I-pad for å kunne snakke med de hjemme. I studien til Boztepe et al. (2017) brukte 76,3% av de barna som hadde kontakt med klassekamerater telefon for å kommunisere. En 9 år gammel jente sa følgende: «The laptop is important. If you're missing your parents, you can talk to them on Hyves [a Dutch social media platform] or Facebook» (Schalkers et al. 2014, s. 2072). I Pelander og Kilpi (2010) sin studie fortalte barna at foreldre, familie, venner, lekekamerater, sykehusklovner og sykepleiere var viktig under sykehusoppholdet. En 14 år gammel gutt sa følgende: «I would enjoy sharing the same room with someone. I would like that. But I think you do not have a choice. You just have to wait and see where you will end up» (Schalkers et al. 2014, s. 2072).

## 4.2 En annerledes hverdag

Flere av artiklene får frem at barna opplevde det utfordrende med andre rutiner og regler enn de var vant med hjemme. Dette omfattet dagligdagse rutiner på sykehuset og regler som omhandlet tv-tid, lyset på rommet, adgang til lekerommene, besøkstid, matrestriksjoner og isolasjonsbehov (Fletcher et al. 2011; Lambert et al. 2013; Livesley & Long, 2013; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Rasmussen et al. 2017; Schalkers et al. 2014). Sara på 15 år beskrev det slik: «I don't turn my TV off at 9 o'clock at home. I was sat in bed for, like, two to three hours - just sat there bored stiff» (Livesley & Long, 2013, s. 1300). En annen jente på 18 år beskrev det slik: «[...] the TV is turned off at a certain time. And the nurses comes by to tell you to go to sleep. I find that a bit strange, I can decide that for myself» (Schalkers et al. 2014, s. 2071). Flere av barna hadde ingenting positivt å si om sykehusmaten. Mange opplevde det som vanskelig å spise annerledes mat enn de var vant til, og å forholde seg til fasting. Noen barn var fornøyd med at de hadde fått mulighet til å spise godteri og drikke juice (Pelander & Leino-Kilpi, 2010, Schalkers et al. 2014). En 8 år gammel gutt fortalte at maten burde forbedres, da den ofte smakte så dårlig at han ikke spiste (Schalkers et al. 2014, s. 2073). I flere av studiene fortalte barn i forskjellige aldre at de opplevde mangel på privatliv (Lambert et al. 2012; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Rasmussen et al. 2017; Schalkers et al. 2014). En 9 år gammel gutt forklarte det slik: «[I would like] a place to be alone, other than the toilet» (Schalkers et al. 2014, s. 2074). En 5 år gammel gutt ønsket å lese bøkene sine i fred (Lambert et al. 2013, s. 200).

## 4.3 Sykepleierens ferdigheter

Mange av artiklene omhandler erfaringer i møte med helsepersonell, særlig møte med sykepleier. Barna hadde både positive og negative erfaringer med sykepleiere. En 6 år gammel jente beskrev møte med sykepleierne slik: «I believe the nurses are doing a good job. They are kind to me and they are patient» (Schalkers et al. 2014, s. 2070). Barna beskrev en god sykepleier som vennlig, tok seg god tid, svarte på spørsmål, hjelpsom, støttende, snill, leken og som utførte smertefrie prosedyrer (Boztepe et al. 2017; Fletcher et al. 2011; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Rasmussen et al. 2017; Schalkers et al. 2014). En 9 år gammel jente synes hun fikk for lite avledning under blodprøvetaking (Schalkers et al. 2014, s. 2073). I studien til Livesley og Long (2013) beskrev barna at deres ønske var å være mer som andre barn, mens helsepersonellet hadde som mål å få jobben gjort. I studien til Boztepe et al. (2017) viser det en negativ sammenheng mellom holdningen til helsepersonell og utslaget på skalaen for angst. I flere av artiklene har barna negative erfaringer knyttet til ventetid og at sykepleierne hadde det travelt (Fletcher et al. 2011; Livesley & Long, 2012; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Schalkers et al. 2014). En 14 år gammel jente fortalte: «Some are very brusque [...] One of them just tosses down the medicines and then walks away quickly. They could at least say something» (Schalkers et al. 2014, s. 2070).

Det kommer frem i flere av artiklene at barn ønsket å bli snakket direkte til og få detaljert informasjon om hva som skal skje, selv om voksne kanskje anså noe av informasjonen som lite relevant for dem. Barna ønsket å delta i avgjørelser som omhandlet sin egen helse og hverdag (Fletcher et al. 2011; Livesley & Long, 2012; Salmela et al. 2010; Schalkers et al. 2014; Rasmussen et al. 2017). I studien til

Rasmussen et al. (2017) kommer det frem at når barna fortalte om sine følelser, sto de i fare for å bli ignorert eller rasjonalisert av de voksne, inkludert foreldrene. 69.2% av barna i studien til Boztepe et al. (2017) gjennomgikk smertefulle prosedyrer en til fem ganger i uken, og studien viser at bare 60.8% var informert om den smertefulle prosedyren på forhånd. I studien til Schalkers et al. (2014) kommer det tydelig frem at godt informerte barn var generelt veldig fornøyde, forberedt og visste hva de kunne forvente seg. Et barn fortalte: «They explained everything very well, before I underwent surgery. I was well informed about what they were planning to do and why. I appreciate that very much» (Schalkers et al. 2014, s. 2070). Dårlig informerte barn uttrykte følelser av ubehag og angst. I studien til Salmela et al. (2010) blir frykt knyttet opp mot behandling fra sykepleiere. Barna forsto ikke hvorfor prosedyrene måtte utføres, og følte seg derfor såret og krenket. Dette gjaldt også avkledding og nakenhet. Barna viste motstand som å gjemme seg, rømme eller lukke øynene.

#### 4.4 Frykt for å være alene

I flere av studiene beskrev barna frykt og usikkerhet spesielt i de situasjonene hvor de måtte være alene og ble skilt fra foreldrene. Ved at foreldrene var tilstede, følte barna seg trygge. En av grunnene til dette var at foreldrene kunne hjelpe barna med å oppfatte og huske viktig informasjon. De kunne også hjelpe dem med å be om hjelp, hvis det ble nødvendig (Fletcher et al. 2011; Lambert et al. 2012; Pelander & Leino-Kilpi, 2010; Rasmussen et al. 2017; Salmela et al. 2010; Schalkers et al. 2014).

I remember one time, I think mum might have been at work and dad had gone to move the vehicle or something... i don't know. It was a little bit scary... The IV pump started beeping and I didn't know what buttons to push. We learnt that the first night, didn't we? From a lady the same room as us, "You just push the button and it's quiet, when you push the button for the nurse." So I pushed the button and no one came and I got really fed up after a while of pushing it and no one was coming, so I pushed it three times... of course I didn't know that that was like the emergency bell... All these people came running and I got so told off for causing shock when there was no need (Audrey, adolescent) (Rasmussen et al. 2017, s. 450).

I studien til Schalkers et al. (2014) presiserte barna at de var glad for å kunne ha foreldrene sine hos seg om natta. En 11 år gammel jente beskrev noe av det verste med sykehusoppholdet som når mamma og pappa måtte dra på kvelden (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). De fleste barna i studien til Schalkers et al. (2014) opplevde det som trygt å dele rom med andre pasienter. Dette reduserte også behovet for å ha foreldrene sine hos seg om natta.

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet presenteres først metodediskusjon, deretter resultatdiskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

Denne litteraturstudien baserer seg på åtte forskningsartikler, metoden er basert på Forsberg og Wengström «Att göra systematiska litteraturstudier» (2016), og analysen på Evans (2002, s. 25). Dette etter retningslinjene til NTNU Ålesund og krav knyttet til bachelorprogrammet i sykepleie. Vi bestemte oss tidlig i forløpet for å skrive oppgaven sammen. Vi hadde samarbeidet flere ganger tidligere i utdanningen, og var derfor klar over hverandres styrker og svakheter. Samtidig var vi begge interessert i pediatri som tema på oppgaven. Vi ser på dette som en styrke og et godt utgangspunkt. Samarbeidet har fungert godt og begge har bidratt til alle delene i prosessen.

På bakgrunn av at vi har en kvalitativ problemstilling valgte vi å benytte et PEO-skjema. Skjemaet hjalp oss å strukturere problemstillingen og ga oss gode søkeord. Vi benyttet de samme tre søkeordene i alle våre søk for å finne forskning med likt utgangspunkt. I etterkant ser vi at dette kan være en svakhet da forskning med synonymer kan ha blitt utelatt. I søket som ble gjort i databasen CINAHL ble det lagt inn en begrensning om kun engelskspråklige artikler. Dette kan være en svakhet i oppgaven, da det ble utelukket skandinavisk-språklige artikler fra denne databasen.

I studien til Fletcher et al. (2011) er det ikke dokumentert at den er godkjent av etisk komité. Vi valgte likevel å inkludere studien da den er publisert i et anerkjent tidsskrift og det er dokumentert andre etiske vurderinger, som innhentet samtykke, frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg underveis. Behovet for at en forskning skal godkjennes av etisk komite varierer fra land til land. Derfor har vi lagt mye vekt på at andre etiske vurderinger er blitt utført og dokumentert.

Et av våre inklusjonskriterier var at studiene skulle omhandle barn i alderen 3-18 år. Dette kan være en svakhet i oppgaven da erfaringene til barn i ulike aldrer vil være forskjellige.

### 5.2 Resultatdiskusjon

Her diskuteres hvilke erfaringer barn har etter innleggelse i somatisk sykehus, opp i mot relevant teori og lovverk. Videre blir konsekvens for sykepleie drøftet.

### 5.2.1 Betydningen av lek, aktivitet og sosialt liv

I følge våre funn opplevde barn lekerom og oppholdsrom som viktig, og som en fin plass å møte andre barn. Barn hadde både positive og negative erfaringer knyttet til lek og aktivitet på sykehuset. Lek er viktig for barnets livskvalitet da det gir glede, latter, trivsel, mestringsopplevelser og mening. Gjennom leken reduseres stress og engstelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 81). Fergus Hughes (2010, s. 205) sier at barn er mer tilfreds om de kan få slippe følelsene sine fri, for eksempel gjennom lek. Han sier også at konfrontering av disse følelsene er nødvendig for å kunne overvinne angsten som utløses av sykehustilværelsen. Dette underbygger hvorfor barna opplevde at tilrettelagte leker og aktiviteter ga positive opplevelser i sykehushverdagen. I artiklene kommer det frem at barn i alderen 7-8 år og barn over 12 år opplevde at det ikke var tilrettelagte leker og aktiviteter for dem. Forskrift om barns opphold i institusjon (2000, §12) sier at barn må få mulighet til aktivisering tilpasset deres alder og utvikling. Sykepleier må derfor skape en avdeling som innbyr til lek, både for barn og ungdom. Dette er utfordrende da det er mange hensyn som skal tas med et lite område til disposisjon. Avdelingen bør inneholde fargerike leker som er lette å bite i og lydleger for de minste, samt produktive leker som tegning, plastelina og klosser for de litt større barna. Leker som innbyr til rollelek og skapende leker er passende for barn i alderen 3-6 år. Regelleker som for eksempel ulike spill til barna i skolealder, 6-12 år. Ungdom trenger mulighet for fysisk aktivitet, mer avanserte konstruksjonsleker, dataspill, nettilgang og ungdomsrom. Det bør være tilgjengelig bøker for barn i alle aldre (Grønseth og Markestad, 2017, s. 85-87). Vi mener det er viktig at sykepleier innehar kompetanse om hvilke aktiviteter barn og ungdom trenger ut i fra deres utvikling.

Funnene viser at mange barn beskriver isolering og det å være sengeliggende som det verste med sykehusinnleggelsen. Dette grunnet mangel på aktiviteter og elektronikk. Litteraturen benyttet i denne oppgaven påpeker viktigheten med et tilrettelagt lekemiljø, og at dette kan være med på å bedre barns erfaringer med sykehusinnleggelsen. Det er viktig at dette blir tatt hensyn til, selv om barnet ikke kan forlate rommet. Dermed blir sykepleiers oppgave å sørge for aktivisering av barn som ikke har mulighet til å benytte seg av lekearealet. Dette gjøres ved å legge til rette for egne aktiviteter som kan brukes inne på rommene. Det bør være et godt utvalg av leker som kan smittevaskes tilgjengelig for barn i alle aldre.

I tillegg til lek og aktiviteter kommer det frem i studiene at det var viktig for barna å ha kontakt med omverdenen, som familie og klassekamerater. Barna var glad for at de kunne ha kommunikasjonsverktøy som telefon og datamaskin tilgjengelig, slik at de kunne opprettholde kontakten med de utenfor sykehuset. Det er spesielt viktig for større barn og ungdom å ha kontakt med jevnaldrende (Grønseth og Markestad, 2017, s. 83). Dette er også i tråd med Erikson (2002, s. 253-255) sin utviklingsteori som sier at fra seks årsalderen står det sosiale livet i sentrum hos barnet. Erikson påpeker at gjennom sosialisering kan ungdommer hjelpe hverandre gjennom vanskelige ting. Et viktig sykepleietiltak er derfor å informere barna om tilgjengelige kommunikasjonsverktøy og fellesareal, slik at de kan være sosiale på sykehuset, og samtidig opprettholde kontakt med de hjemme. Sykepleier kan også legge til rette for felles aktiviteter for jevnaldrende barn, som matlaging, musikk- og filmkvelder (Grønseth & Markestad, 2017, s. 84).

### 5.2.2 En annerledes hverdag

Studien viser at barna erfarte det som utfordrende med andre rutiner og regler enn det de er vant til hjemme. Dette gjaldt blant annet at de ikke kunne se på tv og ha besøk når de ville, spise det de ønsket og at andre bestemte over når lyset på rommet skulle slukkes. Et viktig grunnlag for å oppleve trygghet er kjente ting og rutiner (Grønseth og Markestad, 2017, s. 70). I følge Eide og Eide (2016, s. 166) kan barn få en krisereaksjon av at verden plutselig oppleves annerledes, mindre trygg og forutsigbar. I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §2) står det at innleggelse av barn kun skal skje når det er medisinsk nødvendig eller når det av andre grunner vil være best for barnet. Sykepleier har en viktig rolle i å gi barnet en følelse av trygghet i det ukjente. Det kan være en fordel at barna får ha kjente kosedyr, leker og klær hos seg, da dette er en viktig kilde til trygghet. Et viktig sykepleietiltak ved innleggelse er å informere barna om rutiner og regler på avdelingen, slik at de er forberedt på hva som skal skje. Da har de også mulighet til å stille spørsmål i en tidlig fase. Sykepleier har en gylden mulighet til å spørre barna og ungdommen om deres rutiner og hvilke forventninger de har til oppholdet. Denne informasjonen vil hjelpe sykepleier med å tilrettelegge sykehushverdagen på en best mulig måte.

Studiene får frem at barna har dårlige erfaringer i forhold til maten på sykehuset. Mange opplevde det som vanskelig med andre matrutiner, ny mat og regler for fasting. Det var også barn som opplevde det vanskelig å overholde sin religiøse tro i forhold til mat. Noen barn satte pris på å få godteri og juice på sykehuset. Ved sykdom øker energibehovet og kroppen trenger ekstra næring. Derfor er det viktig med rikelig væske og næringstett mat. Dette kan være utfordrende, da nedsatt matlyst er vanlig ved sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s. 124-126). Det vil her være viktig at sykepleier involverer barna i valg av mat og drikke. Det bør være fristende mat og overkommelige porsjoner som blir servert. En mulighet er at foreldrene kan ta med kjent mat hjemmefra. Dette gjelder spesielt barn fra andre kulturer, da de ofte er vant til andre smaker og matvaner (Grønseth & Markestad, 2017, s. 126). I Norge er det vanlig at barneavdelinger har buffet. Vi har positive erfaringer med dette, da det gir mulighet for å forsyne seg av hva man vil, når man vil. Det er viktig at barn som er isolert eller sengeliggende får informasjon om hvilken mat som finnes i buffeten, slik at de får et likt tilbud som de andre barna.

Funnene i oppgaven viser at barna erfarte mangel på privatliv under sykehusoppholdet. Det kan være vanskelig å ta hensyn til privatlivet til pasienten, da sykehushverdagen er preget av rutiner og prosedyrer. Legevisitter, blodprøvetaking og undersøkelser vil gi lite rom for privatliv, og kan føles overveldende for barna. Sykepleier kan begrense dette ved informasjon, slik at hverdagen blir mer forutsigbar. I studiene Salmela et al. (2010) og Schalkers et al. (2014) opplever barna det som skremmende å bli avkledd i forbindelse med undersøkelser. Det at fremmede personer kler av, undersøker og tar på kroppen kan oppleves som grensesprengende for barn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). I studiene er flertallet av de som kommenterer mangel på privatliv, ungdommer. Erikson (2002) får frem at ungdom er svært opptatt av hvordan de tar seg ut i andres øyne. Derfor vil de ha andre bekymringer enn yngre barn, og kanskje spesielt med tanke på utseende og nakenhet. Det er viktig at sykepleier tar hensyn til dette i sin utøvelse av sykepleie.

### 5.2.3 Sykepleierens ferdigheter

Funnene i oppgaven viser at sykepleier var en viktig del av barnas sykehuserfaring. Sykepleieren kan være forskjellen på en god og en dårlig opplevelse. Barna hadde positive erfaringer med sykepleiere som var vennlig, hjelpsom, støttende, snill, leken, utførte smertefri prosedyrer, svarte på spørsmål og tok seg god tid. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §5) legger føringer for at barn så langt det lar seg gjøre skal bli behandlet av det samme personalet. Vi mener dette er viktig for at sykepleier skal kunne skape et tillitsforhold til barna. I følge Joyce Travelbee (2007) er tillit noe man må gjøre seg fortjent til. Hun sier også at sykepleierens atferd kan vise overfor barna at de får hjelp når behovet oppstår. Dette viser at en sykepleier som er tilgjengelig for barna og møter dem på en god måte, kan bidra til at de opplever trygghet på sykehuset. I følge John Bowlbys (1997, s. 124) tilknytningsteori er nærvær viktig for at barn skal føle seg trygge. I følge våre funn opplevde barna mye ventetid og travle sykepleiere. Dette gjorde dem usikre og redde. Det å vente på at noe skremmende eller vondt skal skje, gjør at barna hele tiden er på vakt, og ikke klarer å slappe av. Dette kan være med på å gjøre situasjonen verre (Grønseth & Markestad, 2017, s. 71). Sykepleier må derfor planlegge så godt det lar seg gjøre, slik at barn blir prioriterte først til prosedyrer og undersøkelser. Det er også viktig at barna blir informert om at ventetid kan forekomme og ikke blir lovet at undersøkelser skal skje på spesifikk tidspunkt.

Barns negative opplevelser var ofte knyttet opp mot smertefulle prosedyrer. Barna syntes ikke de fikk nok avledning. De flinke sykepleierne ble ofte beskrevet som de som utførte smertefri prosedyrer. Grønseth og Markestad (2017, s. 78) sier at ved å bruke barns nysgjerrighet for nye ting, kan avledningsteknikker få oppmerksomheten bort fra det som forårsaker engstelse, ubehag og smerte. Slike teknikker kan brukes i alle aldre. Hughes (2010, s. 204) understreker dette med at barn har det bedre når de ikke direkte konfronteres med stresset som en innleggelse på sykehus innebærer. Et viktig sykepleietiltak er å tilrettelegge for aktiviteter som vil holde barna opptatt, underholdt og avslappet. Med førskolebarn kan sykepleier for eksempel blåse bort det vonde med såpebobler, fortelle en engasjerende historie eller fortelle om noe hyggelig som skal skje etterpå. Eldre barn kan forestille seg ting og ta imot instruksjoner om å for eksempel puste rolig og slappe av under prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 78).

Studien til Boztepe et al. (2017) viser at bare 60% av barna som gjennomgikk smertefulle prosedyrer var informert på forhånd. I Schalkers et al. (2014) kommer det frem at godt informerte barn var generelt fornøyde, mens dårlig informerte barn uttrykte følelser av ubehag og angst. Funnene viser at barna ønsket å bli snakket direkte til og få detaljert informasjon om egen situasjon. Det var viktig for barna å ta del i avgjørelser som omhandlet egen helse og hverdag. Det er viktig at sykepleier ved å kartlegge utvikling, kunnskap, forventninger, frykt og mestringsressurser individuelt tilpasser informasjonen som blir gitt. Målet er at barna og foreldrene vet og forstår hva som skal skje (Grønseth & Markestad, 2017, s. 75). Sykepleieteori til Joyce Travelbee underbygger dette da hun påpeker at sykepleier må forstå kommunikasjonen til pasienten for å kunne gi individuell sykepleie. Hun sier også at pasienten må føle en trygghet til sykepleieren før meningsfylt informasjon formidles (Travelbee, 2007, s. 135-147). Det er ofte via non-verbal kommunikasjon at barn uttrykker bekymring. Ved at denne bekymringen blir oppfattet, blir mestringsevnen til barnet økt. Derfor er det viktig

å få fatt i barnas tanker (Eide & Eide, 2016, s. 374-375). For å gi tilpasset detaljert informasjon til barnet, er det hensiktsmessig å bruke hjelpemidler som visualiserer det som skal formidles. Det kan blant annet benyttes bøker, tegninger, dukker, leker, informasjonsbrosjyrer, sang, musikk, rollespill og dagsplaner (Eide & Eide, 2016, s. 361). Det finnes mange hjelpemidler sykepleier kan benytte i kommunikasjon med barn. Sykepleier må selv sette seg inn i hva som finnes på avdelingen, og hvordan dette kan benyttes på en god måte som er tilpasset hvert enkelt barn. Etter yrkesetiske retningslinjer (2016) er sykepleier selv ansvarlig for å holde seg oppdatert på dokumentert praksis, forskning og utvikling innen sitt fagfelt. Arbeidsplassen bør også legge til rette for kurs og temadager slik at man sikrer at sykepleiere innehar nødvendig kompetanse. I følge Joyce Travelbee (2007, s. 135 -147) foregår det kommunikasjon i hvert møte mellom mennesker. Derfor mener vi at det burde være et stort fokus på kommunikasjon til barn og ungdom for alle sykepleiere som møter denne pasientgruppen i sin arbeidshverdag. Dette vil være med på å heve nivået på sykepleien som blir gitt.

#### 5.2.4 Frykt for å være alene

Funnene i oppgaven viser at det var viktig for barna å ha familie tilstede på sykehuset, spesielt om natten. Barna beskrev frykt og usikkerhet spesielt i de situasjonene hvor de måtte være alene. I følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §6) har barna rett til å ha minst en av foreldrene sine hos seg under sykehusoppholdet. I følge Bowlby (1997, s. 209) knytter barnet seg til sine omsorgspersoner tidlig i livet. Det er disse omsorgspersonene barnet trenger for å føle trygghet i vanskelige situasjoner. Dette underbygger viktigheten av at sykepleier legger til rette for at foreldrene kan være tilstede under behandling. Foreldrene skal ha mulighet til dette så lenge barnet ønsker det, og det ikke vanskeliggjør behandlingen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6). Selv om det i Norge står tydelig i loven at barna skal ha foreldrene sine hos seg, kan det oppstå situasjoner hvor det blir gjort unntak. I artikkelen til Rasmussen et al. (2017) forteller en jente om en situasjon når mor var på jobb og far bare skulle ut å flytte bilen. Hun opplevde det som skremmende å plutselig være alene, da hun fikk behov for hjelp. Det er forståelig at foreldrene kan ha ærender som for eksempel å hente mat, dusje, gå på butikken, flytte bilen eller lignende. Sykepleier må informere foreldre om at det er ønskelig å få beskjed om dette, slik at sykepleier kan være i nærheten om det skulle være noe. Dette muliggjør at man kan avvente legevisitt, undersøkelser og prosedyrer frem til foreldrene er tilbake. En god kommunikasjonsflyt er hensiktsmessig. I følge Grønseth og Markestad (2017, s. 72) frykter barn å bli forlatt når de legges inn på sykehus. Dette gjelder å bli forlatt fysisk, men også det å føle seg alene fordi man ikke blir hørt eller oversett. Frykten er tilstede selv om de har foreldrene hos seg under hele oppholdet. Vi mener at sykepleier kan minske denne følelsen ved å være tilgjengelig, lytte og jevnlig forsikre barna om at de alltid skal ha noen hos seg om de ønsker det. Godt tilrettelagte omgivelser kan også være med på å gi en følelse av trygghet.



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer barn har etter innleggelse i somatisk sykehus. Det viser seg at barn har mange meninger, ønsker og forventninger til sykehusoppholdet. Innleggelsen medførte store endringer i barnas hverdagslige rutiner. Nye omgivelser, fremmede mennesker og en hektisk sykehushverdag preget av uforutsigbarhet. Dette opplevdes som skremmende for både yngre og eldre barn. Sykepleier hadde stor innvirkning på opplevelsen til barna. Et gjennomgående tema var trygghet. Ved å skape trygghet og forutsigbarhet i hverdagen utgjorde sykepleieren en forskjell. Dette gikk igjen alle de fire hovedkategoriene.

Barna erfarte at leker og venner var med på å gjøre den utrygge hverdagen bedre. Dette ga barna mulighet til et pusterom. Når hverdagen ble annerledes var det viktig å få følelsen av å bli sett, lyttet til og forstått. Det var gjennomgående at barna ønsket å bli inkludert i det som omhandlet deres situasjon. De voksnes oppfatning av hva som var viktig for barna, var ikke alltid forenelig med det barna selv erfarte. Det er viktig at sykepleier forstår at det er barna som er ekspert på sitt eget liv. Da har man et bedre utgangspunkt for å møte barnas behov og å gi god sykepleie.

Til slutt ønsker vi å videreformidle tips til helsepersonell utarbeidet av en ekspertgruppe med barn (Barneombudet, 2011). Disse rådene støtter funnene i vår oppgave.

### SYKEHUSEKSPERTENES 10 BUD

1. Barn vil ha informasjon fra fagpersoner, ikke bare foreldrene sine.
2. Barn skal ha all informasjon, men ikke skrem dem.
3. Gi informasjon som også barnet forstår.
4. Spør, vær interessert og snakk hyggelig.
5. Ikke stress og ikke snakk så fort.
6. Vær positiv, rolig og vennlig.
7. Ikke bruk forkortelser.
8. Snakk kort og greit, men ikke latin.
9. La voksne også få høre det når barna får informasjon (så kanskje de også skjønner).
10. Ikke lov 100% garanti, for det kan man ikke love.

### 6.1 Forslag til videre forskning

I arbeidet med datainnsamlingen så vi at det fantes lite forskning som omhandlet barn på sykehus, fra et pasientperspektiv. Det har vært et større fokus på pårørende og sykepleieperspektiv, og pasientperspektiv knyttet opp mot en spesifikk sykdom. Vi mener det vil være nyttig med mer forskning der de generelle erfaringene til barna står i fokus, da dette er en stor pasientgruppe det er viktig å lære mer om. Det ble ikke funnet forskning fra Skandinavia med et barneperspektiv. Det hadde vært interessant med mer forskning fra disse landene, med fokus rettet mot behandlingsforløpet som foregår på barneavdelinger. Norske lover regulerer hvilke krav barna har i møte med helsevesenet. Derfor mener vi det er behov med forskning fra Norge for en økt relevans til norsk helsevesen. Mer forskning vil være med på å gi kompetanseheving til sykepleierne da man kan møte barn i hele helsesektoren.

# Referanser

Barneombudet. (2011). Sykehuseksepertene. Hentet fra <https://barneombudet.no/for-voksne/vare-publikasjoner/sykehusekspertene/>

Bolwby, J. (1997). Attachment and LOSS. The Tavistock Institute of Human Relations.

Boztepe, H., Cinar, S. & Ay, A. (2017). School-age children`s perception of the hospital experience. *Journal of Child Health Care*, 21(2), 162 - 170. doi: 10.1177/1367493517690454

Brønstad, A. (2017, 3. mars). Eriksons psykososiale stadier. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:24/topic:1:183771/topic:1:184796/resource:1:3987>

Dalland, O. (2013). Metode og oppgaveskriving (5 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Eide, H., & Eide, T. (2016). Kommunikasjon i relasjoner (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Erikson, E.H. (2000). Barndommen og samfunnet (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), s. 22-26. Hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Fletcher, T., Glasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K. & Ireland, L.

(2010). Building the future: children`s views on nurses and hospital care. *British Journal of nursing*, 20(1), 39-45. doi: 10.12968/bjon.2011.20.1.39

FNs konvensjon om barns rettigheter. (1989, 20. november). Hentet fra  
<https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier (4 utg.).  
Stockholm: Natur & Kultur.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i  
helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4 utg.). Bergen:  
Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 17.mars). Sjekklistor. Hentet fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsenorge. (2019, 13. februar). Helserettigheter for barn og unge. Hentet fra  
[https://helsenorge.no/rettigheter/helserettigheter-for-barn-og-unge?fbclid=IwAR0g6cwXlf9QXIp1m\\_Ap7aOz72S3fPZnMj4v239\\_DuVbWJvEhDFoB94t1XU](https://helsenorge.no/rettigheter/helserettigheter-for-barn-og-unge?fbclid=IwAR0g6cwXlf9QXIp1m_Ap7aOz72S3fPZnMj4v239_DuVbWJvEhDFoB94t1XU)

Helse Sør-Øst. (2018, 17. januar). Somatikk. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/somatikk>

Hughes, F. P. (2010). *Children, Play and Development* (4 utg.). Sage Publications, Inc.

Lambert, V., Coad, J., Hicks, P. & Glacken, M. (2013). Social spaces for young children in hospital. *John Wiley & Sons Ltd*, 40(2), 195-204. doi: 10.1111/cch.12016

Lindboe, A. (2012). Barnas stemme -behandlerens ansvar. Hentet fra  
<https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2012/12/barnas-stemme-behandlerens->

ansvar?redirected=1&fbclid=IwAR3ryr4QEW9gG4DBIjeFhQMZpEaHxQbDGLNG1a  
e2wi1fFyDvZ25S8pcn5k

Livesley, J. & Long, T. (2013). 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, 1292-1303. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.005>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pelander, T. & Leino-Kilpi, H. (2010). Children`s best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 726 - 733. doi: [10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x)

Rasmussen, S., Water, T. & Dickinson, A. (2017). Childrens`s perspective in family-centred hospital care. *Contemporary Nurse*, 53(4), 445-455. doi: [10.1080/10376178.2017.1315829](https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1315829)

Salmela, M., Aronen, E. T. & Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Blackwell Publishing Ltd*, 37(5), 719-726. doi: [10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x)

Schalkers, I., Dedding, C. W. M. & Bunders, J. F. G. (2014). "[I would like] a place to be alone, other than the toilet" – Children`s perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *John Wiley & Sons Ltd*, 18, 2066-2078. doi: [10.1111/hex.12174](https://doi.org/10.1111/hex.12174)

Statistisk sentralbyrå. (2019). Pasienter på sykehus. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>

Søk & Skriv. (2017, 4. mai). IMRoD-modellen. Hentet fra <https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/imrod-modellen/>

Thidemann, I-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2007). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1. Søkehistorikk.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
1. Experience	3/12-18	Cinahl	6,777			
2. Hospitals	3/12-18	Cinahl	1,815			
3. Child	3/12-18	Cinahl	68,992			
1 AND 2 AND 3	3/12-18	Cinahl	125	8	6	4
1. Experience	27/11-18	SveMed+	1,185			
2. Hospitals	27/11-18	SveMed+	2,376			
3. Child	27/11-18	SveMed+	3,784			
1 AND 2 AND 3	27/11-18	SveMed+	13	2	1	1
1. Experience	9/2-19	Medline	600251			
2. Hospitals	9/2-19	Medline	258868			
3. Child	9/2-19	Medline	1809524			
1 AND 2 AND 3	9/2-19	Medline	15	4	2	0
1.Experience	11/2-19	Pubmed	2596			
2. Hospitals	11/2-19	Pubmed	1786			
3. Child	11/2-19	Pubmed	12364			
1 AND 2 AND 3	11/2-19	Pubmed	139	7	3	3

Vedlegg 2. Litteratormatrise 1.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Boztepe, H., Cinar, S. &amp; Ay, A. (2017).</p> <p>School-age children`s perception of the hospital experience.</p> <p><i>Journal of Child Health Care</i>, 21(2), 162 - 170. doi: 10.1177/1367493517690454</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer barn sitter igjen med etter en sykehusinnleggelse.</p> <p>Fokuset var hvilke erfaringer, forventninger, holdninger og bekymringer barna har knyttet til sykehusomgivelsene og sykepleiernes rolle.</p>	<p>Children`s perception</p> <p>Pediatric nurses</p> <p>Quality of care</p>	<p>En kvantitativ studie fra Tyrkia som involverer 130 barn i alderen 6 - 12 år, barna var innlagt på sykehus i minst tre dager.</p> <p>Det ble brukt fire ulike skjema/skalaer for å innhente informasjon, alle intervju ble utført av samme forsker.</p> <p>Innsamlet data ble analysert og presentert ved hjelp av statistikk.</p>	<p>Barna hadde klare forventninger til sykepleierne; å bli godt ivaretatt (62%), smertefrie prosedyrer (20%), spille spill sammen (12%), i stand til å gjøre jobben sin (10%) og være positive (10%).</p> <p>Barns forventninger til sykehusmiljøet var; tilgjengelige leker og lekerom (19,2%), store enerom (15,4%), rom med eget bad (9,2%) og rom med TV og internett (7,7%).</p> <p>Statistikken viser en negativ sammenheng mellom holdningen til sykepleiere og sykehusmiljøet, og barnas angst.</p> <p>Resultatet viser at barn er i stand til å uttrykke egne erfaringer og meninger i forhold til behandlingen de har mottatt.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den tallfester resultatene, slik at man tydelig får frem hva barn erfarer.</p>

Litteratormatrise 2.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Fletcher, T., Gasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K. &amp; Ireland, L.</p> <p>(2010).</p> <p>Building the future: children's views on nurses and hospital care.</p> <p><i>British Journal of nursing</i>, 20(1), 39-45. doi: 10.12968 /bjon.2011.20.1.39</p>	<p>Studien hadde to målsetninger.</p> <p>1) Belyse barn sitt syn på hvilke ferdigheter, kunnskap og holdning fremtidens sykepleiere trenger for å kunne ta vare på barn og familiene deres.</p> <p>2) Belyse synspunktene til unge mennesker på hva barn tenker på før og etter innleggelse på sykehus.</p>	<p>Nurse training</p> <p>Children's nursing</p> <p>Service planning</p>	<p>En triangulær studie fra England hvor barn i alderen 3-18år deltok. Studien ble delt opp i to problemstillinger, og det ble brukt tegn og fortell metode på begge deler av studien.</p> <p>I den kvalitative delen av studiet deltok 61 inneliggende barn med foreldre.</p> <p>I den kvantitative delen av studiet var det medlemmer av et ungdoms parlament som deltok. De svarte på spørsmål med bakgrunn i en omvisning på sykehuset.</p>	<p>En av de grunnleggende egenskapene som barn synes er avgjørende, er smilet; etterfulgt av vennlighet, snillhet, hjelpsomhet, og omsorg. Det kommer også frem at barna ønsker en sykepleier som er praktisk dyktig og som kan avlede når det er nødvendig.</p> <p>43,6% av ungdommen mener at tanker før innleggelse i sykehus vektlegges av psykiske og praktiske problemer. Hva barn tenker i etterkant av sykehusoppholdet svarer 34,7% av ungdommen at miljøet er viktig.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den får frem viktigheten av hvordan sykepleier fremtrer.</p> <p>Den kvantitative delen av studien var ikke relevant for vår oppgave da den tok for seg barn som ikke hadde vært innlagt på sykehus.</p>



Litteratormatrise 3.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Lambert, V., Coad, J., Hicks, P. &amp; Glacken, M. (2013).</p> <p>Social spaces for young children in hospital.</p> <p><i>John Wiley &amp; Sons Ltd, 40(2), 195-204. doi: 10.1111/cch.12016</i></p>	<p>Hensikten med denne studien er å belyse hva som er viktig i sykehusets sosiale arealer fra et barneperspektiv.</p> <p>I denne studien er sosiale arealer tenkt som rom hvor barna har mulighet til å være sammen med familie, venner og andre under sykehusoppholdet.</p>	<p>Children</p> <p>Environment</p> <p>Hospital</p> <p>Social</p> <p>Space</p> <p>Technology</p>	<p>En kvalitativ studie fra Irland der 55 barn i alderen 5-8 år deltok i studien. Barna var innlagt på sykehus eller behandlet poliklinisk.</p> <p>Det ble utført semi-strukturerte intervju, og barna fikk tilbud om å bruke ulike materialer og tegninger for å visualisere deres tanker.</p> <p>Noen av barna ble invitert til å delta på work-shops, her kunne de bygge opp ideene sine.</p>	<p>Resultatene ble delt inn i to kategorier; fritid og underholdning, og sosialt nettverk.</p> <p>Det var viktig for barna at de hadde mulighet til å være sosiale med mange forskjellige aktiviteter. Slik ble ikke avstanden fra folk rundt og verden utenfor for stor.</p> <p>Teknologi trekkes frem som en viktig del av sykehusoppholdet. Da har man en større mulighet til å delta på det som foregår utenfor sykehuset.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den får frem viktigheten av sosialisering for barn når de er innlagt på sykehus.</p>

Litteratormatrise 4.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Livesley, J. &amp; Long, T. (2013). Children`s experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 50, 1292-1303. doi: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.005">http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.005</a></p>	<p>Studiens mål er å øke kunnskapen rundt hva barn opplever og har kunnskap om ved å være innlagt på sykehus.</p>	<p>Children and young people</p> <p>Children in hospital</p> <p>Children`s voice</p> <p>Critical ethnography</p> <p>Qualitative research</p> <p>Hospital in-patients</p> <p>Children and young people`s nursing</p>	<p>En kvalitativ studie fra England som involverte 18 barn i alderen 5-15 år. Studien pågikk i 6 måneder.</p> <p>Studien var delt inn i 2 faser. Den første fasen gikk ut på å gjøre seg kjent med barna. Fase 2 besto av observasjon, intervju, lek og formingsaktiviteter.</p> <p>Innsamlet data ble senere analysert.</p>	<p>Studien viser at barn opplever å bli behandlet som et objekt, og ikke et individ på sykehus. Barna måtte streve for å bli lyttet til. Dette førte til at sjenerte og stille barn mottok kun minstekravet av pleie.</p> <p>Studien får også frem at sykehuset er et sted hvor det er lite rom for barnas stemme.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den viser at ved å høre på barna og deres ønsker vil sykepleier kunne tilpasse pleien, og gi en bedre sykehusopplevelse.</p>

Litteratormatrise 5.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Salmela, M., Aronen, E. T. &amp; Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. <i>Blackwell Publishing Ltd, 37(5), 719-726.</i> doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x</p>	<p>Studien ønsker å belyse hva barn i alderen 4-6 år frykter ved et sykehusopphold.</p> <p>Tidligere er slik informasjon ofte innhentet fra foreldre. Denne studien ønsker å ha fokus på hva barnet selv føler, og hva det har behov for.</p>	<p>Children</p> <p>Fear</p> <p>Qualitative study</p>	<p>En kvalitativ studie fra Finland hvor 90 barn i alderen 4-6 år deltok. For å samle inn data ble det utført semi-strukturerte intervju av barna, hvor bilder ble brukt som støtte. Intervjuene ble tatt opp.</p> <p>Barna fikk spørsmål om hva de fryktet ved sykehusinnleggelse.</p> <p>Intervjuene ble utført på sykehuset eller i barnehagen, og de varte i 20 minutter – 1 time.</p> <p>Dataene ble analysert og vurdert ved hjelp av kvantitative metoder.</p>	<p>Studien viser at barns frykt på sykehuset er knyttet til prosedyrer og smerte, separasjon fra foreldrene, å bli forlatt, mangel på informasjon, utstyr og instrumenter.</p> <p>Barna uttrykte sin frykt med følelser fra nervøs til sinne. Frykten ble formidlet verbalt eller via handlinger.</p> <p>Resultatet belyser ny informasjon om hva frykten barna opplever på sykehuset betyr for dem.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da sykepleier må gjøre gode tiltak for å redusere barnas frykt ved innleggelse på sykehus.</p>

Litteratormatrise 6.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Schalkers, I., Dedding, C. W. M. &amp; Bunders, J. F. G. (2014).</p> <p>"[I would like] a place to be alone, other than the toilet" – Children`s perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands.</p> <p><i>John Wiley &amp; Sons Ltd, 18, 2066-2078. doi: 10.1111/hex.12174</i></p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke barns erfaringer etter innleggelse på sykehus, med fokus på kvaliteten på pleie og service, og hvordan de tror dette kan forbedres.</p>	<p>Children</p> <p>Hospitalization</p> <p>Netherlands</p> <p>Paediatric health care</p> <p>Participatory research</p> <p>Patient participation</p> <p>Photovoice</p> <p>Young people</p>	<p>En kvalitativ studie fra Nederland der 63 barn i alderen 6-18 år deltar 58 av barna var innlagt på sykehuset, mens resten ble behandlet poliklinisk.</p> <p>Ulike datainnsamlingsverktøy ble brukt. Bilde-stemme og «brev til sjefen» ble brukt til alle barna. Barna i alderen 13-18 år ble også intervjuet, slik at de fikk fortalt sin egen historie.</p> <p>All innsamlet data ble lagret digitalt. Det ble brukt kvalitative metoder for å analysere resultatet.</p>	<p>Studien gir et innblikk i hva som er viktig for barna når de er innlagt på sykehus. Viktige aspekter som de påpeker er; god søvn og mat som er barnevennlig. Dette er ting barna føler ofte blir oversett.</p> <p>Barna ønsker å bli involvert i egen behandling i større grad.</p> <p>Studien påpeker konkrete forbedringspotensialer det er mulig for sykehusene og endre på. Slike endringer vil være med på at barns ønsker og behov blir dekt.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den får frem at miljøet rundt dem er viktig ved innleggelse på sykehus. Dette er noe sykepleier må legge til rette for.</p>

Litteratormatrise 7.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Pelander, T. &amp; Leino-Kilpi, H. (2010). Children`s best and worst experiences during hospitalisation. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 24, 726 - 733. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x</p>	<p>Hensikten med studien er å få frem barns beste og verste erfaringer ved innleggelse på sykehus.</p> <p>Målet er å forbedre livskvaliteten for barn på sykehus.</p>	<p>Child nursing</p> <p>Consumers</p> <p>Patient participation</p> <p>Quality of care</p>	<p>En kvaliatativ studie fra Finland sorn omhandler 388 barn i alderen 7-11 år som var innlagt på sykehus i minst en natt.</p> <p>Metoden som ble brukt var setnings ferdigstilling. Barna fikk setninger som de skulle fullføre med sin opplevelse og erfaring av sykehusoppholdet. En slik metode gir barna mulighet til å uttrykke egne tanker. 76% av barna fikk hjelp av foreldrene til å fylle ut papirene, hovedsakelig med skrivningen.</p> <p>Svarene ble analysert og gruppert i underkategorier. Resultatet ble diskutert med to eksperter innen barnesykepleie.</p>	<p>Studien samler barns beste og verste opplevelser ved sykehusinnleggelse.</p> <p>Barns verste erfaringer fra sykehus ble kategorisert i 4 tema: personer, følelser, aktiviteter og miljø.</p> <p>Barns beste erfaringer ble kategorisert i 5 tema: personer, personligheter, aktiviteter, miljø og utfallet av sykdommen.</p> <p>Barn er mindre stresset når de får ta del i behandlingen og deres ønsker blir hørt.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den viser konkrete temaer som tar for seg det verste og det beste med en sykehusinnleggelse.</p> <p>Studien har fokus på erfaringer fra helheten av sykehusoppholdet.</p>

Litteratormatrise 8.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Rasmussen, S., Water, T. &amp; Dickinson, A. (2017). Childrens` s perspective in family-centred hospital care. <i>Contemporary Nurse, 53(4)</i>, 445-455. doi: 10.1080/10376178.2017.1315829</p>	<p>Studien ønsker å belyse faktorer som har betydning for opplevelsen av å være på sykehus, dette ved å spørre barn om å dele erfaringene sine rundt sykehus og innleggelse på sykehus.</p>	<p>Child Child-centred care Family-centred care Hospital Nursing Narrative Qualitative</p>	<p>En kvalitativ studie fra New Zealand. For å samle inn data ble det utført ansikt til ansikt intervju med familier (voksne og barn) som hadde erfart på være innlagt på sykehus.  Denne studien tok for seg historiene fortalt av barna. Fortellingene ble undersøkt i sammenheng med familiens intervju og hvordan de sosiokulturelle fortellingene påvirker dem.</p>	<p>Gjennom studien kommer det frem at foreldre og barn sin opplevelse av sykehusopphold kan være forskjellig, barn sine fortellinger samsvarer ikke alltid med foreldrene.  Sykepleiere og foreldre kan både begrense og muliggjøre barns deltakelse på sykehus.  Studien viser også at barn erfarer mangel på privatliv, og nye rutiner og regler som utfordrende.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den får frem at barn og voksne har ulik oppfatning av ting, og at man som sykepleier derfor må huske på å henvende seg til barnet først og fremst.</p>







