

Alexander Haugen Floor
Kandidatnummer: 10008
Petter Flågen Amundsen
Kandidatnummer: 10107

Barn i møte med helsevesenet

Litteraturstudie

Antall ord: 6675

Bachelorgruppe 106

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Marte Skaug
Mai 2023

Alexander Haugen Floor
Kandidatnummer: 10008
Petter Flågen Amundsen
Kandidatnummer: 10107

Barn i møte med helsevesenet

Litteraturstudie

Antall ord: 6675

Bachelorgruppe 106

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Marte Skaug
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I 2022 var 17% av pasientene i norske sykehus barn. Dette er en sårbar pasientgruppe med individuelle utviklingsmessige særtrekk som sykepleiere må ta høyde for i møte med dem. Hvordan barns møte med helsevesenet blir opplevd, kan danne både negative og positive konsekvenser for videre behandling og fremtidige møter.

Hensikt: Vi ønsker å se nærmere på og identifisere ulike faktorer som bidrar til at sykepleier kan skape trygghet og tillit for barn i helsevesenet,

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier skape tillit og trygghet for barn i helsevesenet?

Metode: Det er blitt brukt litteraturstudie som metode. Det er gjennomført strukturerte søk i databaser ved hjelp av PICO-skjema og inklusjons- og eksklusjonskriterier. I søket ble det funnet flere relevante artikler, og etter kritisk vurdering og analyse endte vi opp med syv artikler.

Resultater: Sykepleiers utfordringer med å skape tillit og trygghet ble belyst, og flere relasjonsbyggende tiltak basert på tillit og trygghet ble identifisert.

Konklusjon: Ethvert barn er unikt, og individuelle forskjeller gjør det utfordrende å identifisere hvilke eksakte intervensjoner sykepleier må igangsette for å skape tillit og trygghet for det enkelte barnet. Vi har identifisert ulike metoder for å undersøke dette, og fått frem overordnede tiltak og behov som gjelder i møte med alle barn.

Nøkkelord; Sykepleier-pasientforhold, tillit, trygghet

Abstract

Background: In 2022, pediatric and youth patients represented about 17% of the total number of patients in Norwegian hospitals. This is a vulnerable patient group with individual development(ally) characteristics/ attributes that nurses need to take into account when meeting the children. The children's experience with the healthcare system may contribute to both negative and positive consequences related to their treatment and future interactions.

Aim: We wanted to explore and identify various factors that help the nurse promote the feeling of security and trust among children in the healthcare setting.

Research question: How can nurses create trust and sense of security for the pediatric patient

Method: We used literature review/ study as our method. Structured searches were executed in databases with the help of a PICO-form and inclusive- and exclusive criterias. We found various articles that were critically assessed before we ended up with seven different articles we used as a basis for this study.

Results: The nurses' challenges in developing trust and a sense of security for children were enlightened and several interventions for relationship building with the use of trust and the feeling of security was identified.

Conclusion: Every child is unique, and individual differences makes it challenging for nurses to identify which interventions to start for creating trust and a sense of security for the individual child. We have identified different methods to examine this and represented interventions and needs that every child has.

Key words: nurse- patient relationship, trust, sense of security

Innhold

1.	Introduksjon	8
1.1.	Introduksjon til tema.....	8
1.2.	Teoretisk perspektiv/begreper	9
1.2.1.	Trygghet	9
1.2.2.	Tillit	9
1.2.3.	Relasjoner.....	9
1.3.	Formål og problemstilling.....	10
1.3.1.	Formål.....	10
1.3.2.	Hensikt.....	10
1.3.3.	Problemstilling	10
1.3.4.	Avgrensning	10
2.	Teorikapittel.....	11
2.1.	Sykepleierteori	11
2.2.	Barn på sykehus.....	12
2.3.	Barns rettigheter i møte med sykdom.....	12
2.3.1.	Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon og pasientrettighetsloven..	12
2.3.2.	FNs barnekonvensjon	13
2.4.	Barns psykiske utvikling	13
3.	Metode.....	15
3.1.	Litteraturstudie.....	15
3.2.	Inklusjon- og eksklusjonskriterier og PICO-skjema	15
3.3.	Søkestrategi	16
3.4.	Søketabell	17
3.5.	Forskningsetikk	20
4.	Resultater.....	21
4.1.	Kildekritikk	21
4.2.	Artikkelmatriser.....	21
4.3.	Resultatsammenfatning	27

4.4.	Sykepleiers personlige egenskaper og kompetanse.....	28
4.5.	Barns tillit til sykepleier	29
4.6.	Barns forståelse og aktive deltakelse	30
5.	Diskusjon	32
5.1.	Sykepleiers personlige egenskaper og kompetanse.....	32
5.2.	Barns tillit til sykepleiere.....	33
5.3.	Barns forståelse og aktive deltakelse	35
5.4.	Studiens styrker og svakheter	36
6.	Konklusjon.....	38
	Referanser	40
	Vedlegg	43

Tabeller

Tabell 1 - Inklusjon og eksklusjon	15
Tabell 2 - PICO-skjema	16
Tabell 3 - Søketabell	17
Tabell 4 - Artikkel 1	21
Tabell 5 - Artikkel 2	22
Tabell 6 - Artikkel 3	23
Tabell 7 - Artikkel 4	24
Tabell 8 - Artikkel 5	25
Tabell 9 - Artikkel 6	26
Tabell 10 - Artikkel 7	26
Tabell 11 - Temaoversikt	28

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Tema for denne oppgaven omhandler barn i helsetjenesten. Når et barn blir preget av sykdom og har behov for helsetjenester kan den normale og trygge hverdagen fort bli preget av usikkerhet. Ifølge statistisk sentralbyrå var det totalt 2 066 705 pasienter ved somatiske sykehus i Norge i 2022. 354 256 av pasientene var i aldersgruppen 0 til 19 år. Av disse var det totalt 88 189 pasienter som hadde et eller flere liggedøgn i sykehuset. Hovedtyngden av disse pasientene var i alderen 0-9 år (ssb.no 10261 egendefinert tabell, se vedlegg 1). På bakgrunn av denne informasjonen ser vi et aktuelt tema med sykepleiefaglig relevans. Vi ønsker å få mer kunnskap i møte med en gruppe med utviklingsmessige særtrekk.

Barn har utviklingsmessige særtrekk, dette innebærer at de er mer sårbare og har begrensninger grunnet stadig vekst og utvikling. Derfor skal det alltid tenkes på barnets beste og innleggelse på helseinstitusjon gjøres kun når det er medisinsk nødvendig eller av andre grunner vil gagne barnet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §2). En innleggelse i sykehus kan bringe med seg uforutsigbarhet, stress, frykt og andre konsekvenser som negativt kan påvirke barnets helse og bidra til utfordringer i undersøkelse og behandling av denne pasientgruppen. (Grønseth & Markestad, 2022, s. 147-152).

Som sykepleier kan man møte barnepasienter på flere ulike arenaer, både ved akutt sykdom og skade eller barn med kroniske sykdommer og gjentatte kontakter med helsevesenet. Temaet for vår oppgave ønsker vi at skal omhandle trygghet og tillit for barn i møte med helsevesenet. Vi har undersøkt og sett på hvordan sykepleier kan bidra til at syke og skadde barn skal få en best mulig opplevelse i møte med helsevesenet, for å unngå negative konsekvenser som kan skape fremtidige utfordringer.

1.2. Teoretisk perspektiv/begreper

1.2.1. Trygghet

Trygghet er grunnleggende for hvordan en god relasjon mellom mennesker skal kunne utvikle seg. Trygghet som begrep har flere og delvis usikre betydninger. Å være trygg er blitt analysert til: en person er trygg når han er fredet, sikker, rolig, fortrøstningsfull og selvbevisst (Heggstad, 2016, s.148). Maslow beskriver fenomenet trygghet som et grunnleggende behov i sin motivasjonsteori. Han beskriver blant annet trygghet i uttrykk som sikkerhet, avhengighet, stabilitet og beskyttelse. Det å være trygg anses som noe godt. Og det er konkludert med at trygghet er viktig for mennesker. Trygghet er en indre faktor som en erfarer og har betydning for kontakt med andre mennesker. Vi vil aldri kunne kommandere andre til å være trygg, da trygghet er noe som må skapes (Heggstad, 2016, s.148; Kristoffersen, 2016, s.146).

1.2.2. Tillit

Tillit er en grunnleggende verdi i forholdet mellom mennesker. Tillit forutsetter at begge åpner seg og overbeviser hverandre om at de ikke vil utnytte den annen part. Med det menes når en person stoler på en annen, åpner det seg opp et handlingsrom hvor en venter på at handling fra den andre er i samsvar med interesse eller ønske (Kristoffersen, 2016, s.146).

1.2.3. Relasjoner

Begrepet relasjon brukes ofte i helsefaget om forhold, forbindelse eller kontakt mellom mennesker. (Eide og Eide s.17) Medmenneskelig kontakt er noe vi mennesker har i varierende grad, og tilfredsstillende vårt behov for å føle tilhørighet og trygghet. Å ha gode relasjoner henger også sammen med det å ha sosial støtte som gir oss en bedre mestringsevne ved hendelser og påkjenninger som kan være belastende. (Kristoffersen, 2016, s. 142).

1.3. Formål og problemstilling

1.3.1. Formål

Formålet med denne litteraturstudien er å belyse utfordringer, men også muligheter sykepleiere har i forhold til å skape tillit og trygghet for barn i helsevesenet. Og på den måten legge grunnlag for et lettet samarbeid med barn ved undersøkelser og behandling.

1.3.2. Hensikt

Vi ønsker at denne oppgaven kan bidra med å fremheve viktige faktorer sykepleier bør vite om da det kommer til å møte barn på best mulig måte, og at denne oppgaven kan føre til økt tillit og trygghet hos barn i helsevesenet.

1.3.3. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier skape tillit og trygghet for barn i helsevesenet?

1.3.4. Avgrensning

Vi har forståelse for at foreldre eller andre kjente omsorgspersoner er viktige for å skape både tillit og trygghet for barn, men har valgt å avgrense oppgaven til å fokusere på barnet og sykepleieren. Resultater fremstilt i oppgaven vil kunne gjelde både med og uten foreldrene til stede.

2. Teorikapittel

2.1. Sykepleierteori

Gjennom sin interaksjonsteori setter Joyce Travelbee (1926 - 1973) søkelys på det mellommenneskelige aspektet. I hennes teori er det fokus på mennesket som en unik person, hvor det enkelte individ er enestående. Det enkelte menneskes reaksjon og opplevelse av en situasjon oppleves ulikt fra individ til individ. Hun beskriver gjennom sin sykepleierteori hvordan en sykepleier med mye kunnskap og ferdigheter på det mellommenneskelige planet lettere vil kunne møte individer eller familiers behov. (Kristoffersen et al., 2016, s. 26, s. 28 - s.33)

Et menneske til menneske forhold i sykepleie er en erfaring eller erfaringer som oppleves mellom sykepleier og den som mottar omsorg. Gjennom etablering av et menneske til menneske forhold skal sykepleieren bidra til at pasienten får hjelp til å mestre, forebygge eller finne mening ved sykdom eller lidelse. Et slikt menneske til menneske- forhold etableres ifølge Travelbee gjennom en interaksjonsprosess med flere faser, blant annet det innledende møte og empati. Travelbee trekker frem empati som en viktig del av interaksjonen mellom sykepleier og pasient. Dette vil i følge Travelbee være: "evnen til å gå inn i eller ta del i den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da" (Kristoffersen et al., 2016, s.33)

For å etablere en god mellommenneskelig relasjon beskriver Travelbee kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper. Kommunikasjonen vil foregå kontinuerlig i møte mellom to mennesker i form av ord, mimikk, tonefall, berøring eller bevegelser. Bevisst bruk vil være verdifull når en vil oppnå hensikter eller resultater (Kristoffersen et al., 2016, s. 33) Empatisk forståelse kan være viktig i møte mellom sykepleier og barn. Empatisk forståelse er sentralt når det kommer til å forstå den andre personens indre opplevelse og ytre atferd. En slik empatisk kontakt vil også forplikte sykepleieren da empati skaper en nærhet og pasienten blir sårbar fordi vedkommende har vist tillit ved å være åpen. Dette kan igjen føre til at pasienten blir mer skuffet dersom tilliten blir brutt.

2.2. Barn på sykehus

Ved innleggelse i sykehus blir barn ofte påvirket av stress. Dette er noe som kan påvirke barnets helse, utvikling og velvære, samtidig som å gi negative assosiasjoner til sykehus. Symptomer på sykdom eller skade i seg selv kan oppfattes som skremmende og smertefullt, dette bidrar til at barnet føler seg usikker og redd. Barna kommer til et ukjent miljø med medisinsk teknisk utstyr, fremmede mennesker og ofte undersøkelser og behandling. Dette er noen av faktorene som kan bidra til stress hos et barn på sykehus. (Grønseth & Markestad, 2022, s. 151-152)

I Eide & Eide (2017) poengteres det at barn i helsevesenet ikke blir tatt like stort hensyn til, som helsepersonell har inntrykk av. Dette innebærer at barna ikke føler seg tilstrekkelig involvert, sett eller hørt. Et hvert barn er unikt, og man kan ikke alene basere seg på alder da man skal tilnærme seg og skape kontakt. (Eide & Eide, 2017, s. 287-288)

Kronisk syke barn med lidelser som krever langvarig opphold på sykehus opplever omveltning i rutiner og kjente omgivelser over lengre perioder. Dette skaper utfordringer i forbindelse med lek, fysisk utfoldelse og sosial samhandling med venner og familie (Grønseth & Markestad s. 322) Gode sosiale relasjoner er viktige mestringsressurser som det er essensielt at opprettholdes til tross for innleggelse i sykehus, dette for å minske risikoen for at barnet ikke får en naturlig utvikling som et sosialt individ (Grønseth & Markestad s. 328).

2.3. Barns rettigheter i møte med sykdom

Barn har, på lik linje med voksne, rettigheter i møte med helsevesenet. Selv om barn har begrenset autonomi i helsevesenet, er det lover og retningslinjer som bestemmer hvordan møtet med barnet i helsevesenet skal foregå.

2.3.1. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon og pasientrettighetsloven

«Formålet med forskriften er å regulere og styrke rettighetene til barn som legges inn på sykehus.» (Regjeringen, 1999)

I vår oppgave ønsker vi å trekke frem noen punkter i loven. Barn skal kun legges inn i sykehus da det er nødvendig, og da de er på sykehuset har de rett på at en

omsorgsperson skal være med dem. Avdeling og rom skal tilpasses barn, og de har også rett på aktivisering, sosialisering og skoleundervisning, dette skal være tilpasset alder og utviklingen til det enkelte barnet. Det spesifiseres også at barn skal behandles og undersøkes av det samme personalet i den grad det er gjennomførbart. (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §2, §4, §5, §6, §12, §14)

Vi ønsker også å trekke frem §3-4 og §4-4 i pasientrettighetsloven, hvor det står at foreldre eller omsorgsperson skal informeres om barnet er under 16 år, og at forelder i tilfeller med barn under 16 år kan samtykke på vegne av barnet. I §3-4 nevnes det også at unntak kan gjøres angående informasjon til omsorgsperson, dersom pasienten ønsker dette og det er tungtveiende årsaker for hvorfor. Dette følges opp i §4-3 hvor det står at pasienter mellom 12-16 år uten informerte omsorgspersoner, kan bli regnet som samtykkekompetente. I loven er det også spesifisert at fra en alder på 12 år skal barnet kunne fremme sin egen mening angående egen helse, og at barnets mening skal vektlegges ut fra modenhet. (Pasientrettighetsloven, 1999, §3-4, §4,3, §4-4)

2.3.2. FNs barnekonvensjon

I FNs barnekonvensjon står det at barn har rett på å være barn, og at barnets interesser skal tas hensyn til angående det som angår dem. (Barnekonvensjonen, 1989, art. 3). Barn skal få den beste tilgjengelige helsehjelpen, både mens de trenger behandling og er i rehabiliteringsfasen. De skal være og føle seg trygge i ukjente omgivelser, og behandling ved sykehus bør foregå poliklinisk så langt det er forsvarlig. (Barnekonvensjonen, 1989, art. 9, 24). Videre vil vi trekke frem at barn har rett på skoleundervisning (Barnekonvensjonen, 1989, art. 28) og aktiviteter tilpasset seg (Barnekonvensjonen, 1989, art. 31). Dette gjelder også når barnet er innlagt på sykehus, eller på annen måte er under behandling. (Barnesykepleierforbundet, 2018)

2.4. Barns psykiske utvikling

I vår oppgave har vi valgt å ha hovedfokus på barn i barneskolealder, altså seks til tolv år. Fra barn er fire - fem år begynner de å forstå at symptomer og plager de har kan ha en sammenheng med sykdom, men hva som er årsaken til sykdom, er vanskelig å forstå. (Grønseth & Markestad, 2022, s. 155) Barn i denne alderen begynner å utvikle en mer logisk forståelse av verden, men tankegangen er fortsatt selvcentrert, og det er vanlig at barna føler ansvar for eller skyld i egen sykdom. (Eide & Eide, 2017; Grønseth & Markestad, 2022).

Fra en alder på åtte år blir barns virkelighetsoppfattelse mer lik den voksnes, og de forstår i økende grad at de ikke trenger å ha skylden i sykdom. Samtidig blir de mer opptatt av andres reaksjoner og klarer vise mer forståelse for disse. (Eide & Eide, 2017, s. 302) Først når barnet nærmer seg 11-12 år klarer de å forstå omfanget og hvor innviklet sykdom og behandling er. (Grønseth & Markestad, 2022, s. 155).

I alderen seks til tolv år skjer det stor utvikling både fysisk og psykisk hos barn. De får økende grad av forståelse for sammenhenger mellom årsaker og virkning, et bedre tidsbegrep og klarer i større grad å forstå sykdom, selv om de yngste innen denne aldersgruppen kan ha vanskeligheter med å ikke se at de selv er grunnen til oppstått sykdom. De får også økende evne til å skille mellom viktige og mindre viktige opplysninger og forstå på hvilke måter disse opplysningene er relevante.

3. Metode

Thidemann beskriver metode som fremgangsmåten man bruker for å samle inn relevant informasjon og kunnskap for å svare på en problemstilling. Metoden skal være så presis at en annen kan etterprøve fremgangsmåten og ende opp med samme resultat.

(Thidemann, 2015, s. 76). Metoden kommer til å inneholde inklusjons- og eksklusjonskriterier, hvilke filter som er benyttet ved søk i databaser, søkestrategi, søketabell og hvordan vi har gått frem for å analysere artiklene vi fant.

3.1. Litteraturstudie

Metoden som er benyttet for å svare på problemstillingen er litteraturstudie. Thidemann beskriver en litteraturstudie slik: systematisering av informasjon og kunnskap fra tilgjengelige skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). I denne studien er det benyttet Cinahl og PubMed som databaser for å innhente relevante artikler for å besvare problemstillingen.

3.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier og PICO-skjema

Tabell 1 - Inklusjon og eksklusjon

Inklusjon	Eksklusjon
4-12 år	Psykisk utviklingshemming
Fagfellevurderte artikler	Forskning fra U-land
Følger IMRAD struktur	Artikler eldre enn 10 år
Artikler utgitt på engelsk eller norsk	

Tabell 2 - PICO-skjema

P	I	C	O
Barn og unge	Møte med helsevesenet		Trygghet
Sykepleier	Samhandling		Forutsigbarhet
			Tillit

3.3. Søkestrategi

Det ble gjennomført en kombinasjon av strukturert og manuelt søk for å komme frem til artiklene benyttet i denne studien. Thidemann beskriver et manuelt søk som å gå gjennom referanselisten til en artikkel for å finne artikler som kan være med å besvare din egen problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 83).

Som nevnt i 3.1 ble databasene Cinahl og PubMed benyttet. Begge databasene gir muligheten for å avgrense søkene med ulike filter. Cinahl tilbyr større mulighet for filter enn PubMed og det var derfor mulig å avgrense søkene i større grad ved bruk av Cinahl, noe som gjenspeiler seg i søketabell 3. På tross av at det var mulig å avgrense søket i størst grad med Cinahl, var PubMed den databasen med flest relevante treff for vår oppgave.

Filtrene som ble benyttet i søket hos Cinahl var: 4-12 år, artikler fra april 2013-, engelskspråklig og fagfellevurdert. I PubMed ble de samme filtrene brukt utenom muligheten for å ekskludere artikler som ikke var fagfellevurdert. De boolske operatorene AND og OR ble benyttet ved søket (Thidemann, 2015, s. 88). Den boolske operatoren NOT ble ikke benyttet i den hensikt og ikke ekskludere artikler som kunne være av interesse for å besvare problemstillingen i denne studien.

Etter søket var gjennomført ble treffene evaluert på bakgrunn av overskrift, relevanse og om artikkelen følger IMRAD-struktur. Det ble lest 329 overskrifter i PubMed og 10 overskrifter i Cinahl. Av 329 overskrifter i PubMed ble 16 artikler tatt med videre for å vurdere relevanse. Etter å ha lest abstrakt og resultat ble 4 artikler fra PubMed valgt, lest

gjennom, analysert og systematisert i artikkelmatriser. Ti overskrifter ble lest fra treffene i Cinahl, men ingen av disse var av relevanse for å svare på problemstillingen i denne studien. Det ble derfor gjennomført søk 38 for å utvide treffene. Her ble det lest 269 overskrifter, og 4 artikler ble gjennomgått. Av disse ble det valgt ut én artikkel som ble med videre i studien.

Artiklene 4 og 5 går utenfor eksklusjonskriteriene eldre enn 10 år. Disse ble funnet gjennom manuelt søk. De ble ikke ansett for å være foreldet forskning da begge artiklene ble funnet gjennom manuelle søk i forskningsartikler fra de 10 siste årene. Begge artiklene blir hyppig referert til i nyere forskning. Artiklene har også høy relevans for å svare på problemstillingen i denne studien. Vi har også valgt å involvere en forskningsartikkel fra Japan som ble gjennomført i samarbeid med et amerikansk universitet. Dette gjorde vi da vi så at sykepleiere og barn i studien hadde lignende utfordringer og resultater, som forskning fra vestlige land.

3.4.Søketabell

Tabell 3 - Søketabell

Søkeord	Cinahl	PubMed
1. Child*	471 492 (med trunkering)	644 769 (med trunkering)
2. Adolescent	102 658	359 354
3. Pediatric	131 756	372 489
4. 1 OR 2 OR 3	222 668	230 255
5. Involvement	57 568	707 838
6. Decision-making	94 797	109 357
7. Communication	121 756	208 832

8. Autonomy	17 741	12 172
9. 5 OR 6 OR 7 OR 8	18 810	37 875
10. Nurse*	228 913 (med trunkering)	56 438 (med trunkering)
11. Nursing	254 707	151 620
12. Nurse-patient relations (MH)	9938	1279
13. 10 OR 12 OR 12	10 039	10 142
14. Hospital	329 093	2 106 884
15. Hospitalized	30 900	2 106 884
16. Healthcare	419 952	426 773
17. Quality of health care (MH)	54 927	1 508 295
18. 14 OR 15 OR 16 OR 17	41 315	186 689
19. Intervention	358 896	2 614 104
20. Interaction	103 596	573 015
21. Trust	25 304	184 230
22. Reassurance	1934	4506
23. 19 OR 20 OR 21 OR 22	41 709	151 028

24. Procedures	11 352	131 963
25. Painful procedures	182	6 294
26. Surgery	21 846	37 319
27. Pediatric Surgery	1823	12 331
28. 24 OR 25 OR 26 OR 27	28 452	143 510
29. Emotions	4984	13 355
30. Play things	1153	18
31. Anxiety	8232	6929
32. Comfort*	1108	802
33. Play Therapy	412	1163
34. Coping	3242	2651
35. Coping Skills	211	2070
36. 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35	16 135	19 416
37. 4 AND 9 AND 13 AND 18 AND 23 AND 28 AND 36	10	329
38. 4 AND 9 AND 13 AND 18	269	1746

3.5. Forskningsetikk

Med forskningsetikk menes institusjonelle ordninger, normer og verdier som sørger for å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet. Den setter også normer og prinsipper for hva som er å anse som en riktig handling. (Prop. 158 L (2015-2016), s. 13)

«Forskere skal opptre med aktsomhet for å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer» (Forskningsetikkloven, 2017, § 4)

Når forskningen omhandler mennesker, vil lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) og Helsinkideklarasjonen være sentrale. Helsinkideklarasjonen fungerer som en etisk grunnlov ved forskning på mennesker og danner mye av grunnlaget i Norges helseforskningslov (Legeforeningen, 2012)

Helsinkideklarasjonen har et stort fokus på at samfunnets og vitenskapens behov for ny kunnskap ikke skal utsette mennesker og pasienter for unødig ubehag og risiko. I Helseforskningslovens kapittel 4, § 13. Står det: «*Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov.*» Når det gjelder de som ikke er kompetente til å gi samtykke, deriblant barn, settes det strenge grenser for forskning.

I studiene vi har valgt har det blitt gjennomført gode etiske overveielser i forkant av studiene. Forskning som involverer barn krever en balansegang mellom juridisk samtykke, som må innhentes fra barnets foreldre eller omsorgsgiver, barns forutsetning for å samtykke på egenhånd, og foresattes forståelse for interessen og nytten forskning på barn kan føre til (Backe-Hansen, 2009). Det har blitt involvert etiske komiteer, det er innhentet godkjenning fra sykehus- og avdelingsledere, og det er blitt gitt informert samtykke fra deltakende sykepleiere, foreldre eller omsorgspersoner og barna har deltatt frivillig etter informasjon om studiens hensikt.

4. Resultater

4.1. Kildekritikk

For å sørge for at vi har vært kritiske til kildene vi har benyttet oss av har vi tatt i bruk en sjekklister for kvalitative studier utformet av helsebiblioteket der man ser på om innholdet i en artikkel er lagt frem på en sånn måte at det kan brukes videre i studier. (Helsebiblioteket, 2021).

Det ble gjort innledende vurderinger av artiklene, om metoden var hensiktsmessig, om utformingen på studien var hensiktsmessig, det ble sett på utvelgelsesstrategien, på hvilken måte datainnsamlingen foregikk, om det var tatt stilling til bakgrunnsforhold i studien og hvordan analysen var gjennomført.

4.2. Artikkelmatriser

Tabell 4 - Artikkel 1

Trust in the nurse: Findings from a survey of hospitalized children.	
Forfatter(e), årstall og land	Sheehan, R., 2020, USA
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing.
Studiens hensikt	I studien ønsket de å se nærmere på og måle tillitten mellom sykepleier og barn innlagt på sykehuset. Dette gjorde de ved å se på ærlighet, pålitelighet og følelser.

Metode	Studien er et tverrsnittsstudie hvor det ble brukt et spørreskjema for å måle barns tillit til sykepleiere på sykehuset og foreldrenes rapporter om barnets tillit til sykepleieren. De som deltok i undersøkelsen var barn i alderen 9-12 år, og en av foreldrene. Disse elementene ble vektlagt; ærlighet, pålitelighet og følelser.
Resultater	Undersøkelsen viser at barn har et høyt tillitsforhold til sykepleieren. Det ble scoret høyest på pålitelighetsskalaen og lavest i ærlighetsskalaen. Nesten en femtedel av barna opplevde frykt for sykepleieren. Det vises at de yngre barna har noe mere tillit til sykepleieren enn de eldre barna. Foreldrenes oppfattelse av barnet stemte godt med barnets oppfattelse.
Relevans for problemstilling	Viser oss at flere av barna manglet tillitt til eller var redd for sykepleieren, og at yngre barn oftere har mer tillitt til sykepleieren.

Tabell 5 - Artikkel 2

Children´s Perceptions About the Quality of Pediatric Nursing Care: A Large Multicenter Cross-Sectional Study	
Forfatter(e), årstall og land	Comparcini, D et al., 2018, Italia
Tidsskrift	Journal of Nursing Scholarship
Studiens hensikt	Undersøke barns opplevelse av kvalitet i helsetjenesten, med fokus på hva sykepleier gjør og hvilke faktorer som spiller inn.

Metode	Kvantitativ studie som ble gjennomført ved bruk av spørreskjemaer. Disse besto av 49 skalaer som skulle besvares angående sykepleiers oppgaver, karakteristikk og miljø. Gjennomsnittsalderen på deltakerne i studien var ca. 10 år. De fleste lå innlagt to-tre døgn.
Resultater	I studien kommer det frem at karakteristikk er det viktigste hos en sykepleier for å oppnå en god relasjon med barn i helsevesenet. Videre ser man at sykepleiere bør tilegne seg mer kunnskap om psykososial og biologisk utvikling hos barn. Sykepleiers personlige egenskaper ble trukket frem som noe av det viktigste for pasientene, uavhengig av alder.
Relevans for problemstilling	Avdelingene hvor undersøkelsene ble gjort hadde turnusarbeid som i Norge, og ingen av barna hadde faste sykepleiere, og var i kontakt med flere ulike i løpet av døgnet. Det legges vekt på personlige egenskaper hos sykepleier.

Tabell 6 - Artikkel 3

Children´s active participation in decision-making processes during hospitalization: An observational study	
Forfatter(e), årstall og land	Quaye, A. et al, 2019, Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Studiens hensikt	I studien skulle de undersøke barns aktive deltakelse i bestemmelse rundt behandlingen på barneavdelinger. De ville finne svar på ulike situasjoner hvor barn deltok i behandling og mål, samtidig identifisere ulike måter dette ble gjort på, og finne hva sykepleier kunne gjøre for å bidra til økt deltakelse fra barnas side.

Metode	De observerte interaksjoner mellom barn i alderen 2-17, deres foresatte og helsepersonellet. Det ble ikke skilt mellom akutt sykdom eller kroniske lidelser, men livstruende tilstander ble ekskludert. Dette ble gjort på 3 ulike sykehus med barneavdelinger. Barnas deltakelse ble gradert fra 1 – 5.
Resultater	De fant høy deltakelse blant pasientene, og så at barna brukte både verbal og non-verbal kommunikasjon for å ytre sine ønsker. De så videre at foresatte og helsepersonell hadde stor innflytelse på barnas aktive deltakelse. Og konkluderte med at det var behov for mer opplæring i hvordan man som sykepleier forholder seg til barn.
Relevans for problemstilling	Yngre barn bruker mer nonverbal kommunikasjon enn eldre, og at de sykepleierne som oppnådde best kontakt og flyt i undersøkelse og behandling, var de som lekte og «tullet» med barnet. Å kunne se situasjonen fra barnets perspektiv ble trukket frem som en viktig egenskap.

Tabell 7 - Artikkel 4

Hospitalized Children ´s views of the Good Nurse	
Forfatter(e), årstall og land	Brady, M. 2009, England
Tidsskrift	Nursing Ethics
Studiens hensikt	I studien ønsket de ved hjelp av pediatriske pasienters perspektiv, finne egenskapene til den gode sykepleieren.
Metode	En kvalitativ studie hvor barn mellom 7 og 12 år fikk i oppgave å tegne en god og en dårlig sykepleier. Deretter brukte intervjuerne disse tegningene til å stille barna spørsmål for å forstå tankegangen bak tegningene. Det var et likt antall jenter og gutter.

Resultater	De endte opp med å fremheve fem egenskaper som ble assosiert med den gode sykepleieren. Kommunikasjon, trygghet, integritet, fremtoning og kompetanse. Den dårlige sykepleieren ble opplevd som streng, uærlig, hadde dårlige evner til kommunikasjon og var uhygienisk.
Relevans for problemstilling	Det blir trukket frem flere egenskaper en god sykepleier innehar, og de fleste barna poengterte at kroppsspråk og holdning hos sykepleier var noe av det første som ble lagt merke til. En annen viktig egenskap var å være støttende under prosedyrer som enten ble opplevd som skumle eller fysisk ubehagelig eller smertefulle.

Tabell 8 - Artikkel 5

The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children	
Forfatter(e), årstall og land	Salmela, M., 2011, Finland
Tidsskrift	Child: Care, Health and Development
Studiens hensikt	Forskerne ønsket å finne svar på barns subjektive opplevelse av sykehusrelatert frykt, da de mente at det var for lite informasjon om emnet.
Metode	Intervjuer med 90 innlagte barn. Svarene ble analysert ved bruk av «Colazzi 's Method of Phenomenological Analysis».
Resultater	Fryktene barn opplevde ble relatert til sykepleieprosedyrer og smerter, separasjon med foreldre, mangel på informasjon og til medisinskteknisk utstyr. De kom frem til 4 hovedgrener innen frykt; usikkerhet, skade, hjelpeløshet og følelse av å bli avvist.

Relevans for problemstilling	For de yngre barna kan frykten for sykehus være så stor at dette går utover barnets evne til å stole på sykepleier og gjøre det vanskeligere for helsepersonellet å gjennomføre behandling og undersøkelser.
------------------------------	--

Tabell 9 - Artikkel 6

"Keeping pace according to the child" during procedures in the paediatric intensive care unit: A grounded theory study	
Forfatter(e), årstall og land	Iwata, M., 2020, Japan
Tidsskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Studiens hensikt	De ønsket å se på hvordan sykepleiere samhandlet med barn på barneintensiven under potensielle smertefulle prosedyrer
Metode	Et kvalitativt studie som ble gjennomført gjennom observasjon og intervju av deltakerne. sykepleier - pasient relasjoner ble observert mens sykepleier gjennomførte potensielle smertefulle prosedyrer, før sykepleier ble intervjuet i etterkant med fokus på intensjoner og følelser under prosedyren.
Resultater	Barns samtykke og villighet til å gjennomføre prosedyrene var avhengig av sykepleierens tempo, altså hvor god tid sykepleieren hadde til å trøste, forklare og utvise empati ovenfor barnet.
Relevans for problemstilling	Barn har behov for trøst, god tid, forklaringer og å bli sett og hørt.

Tabell 10 - Artikkel 7

Nurse´s perspectives on supporting children during needle-related medical procedures
--

Forfatter(e), årstall og land	Karlsson, K. et al. 2014, Sverige
Tidsskrift	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
Studiens hensikt	Hensikten med studien er å se på hva sykepleier mener barn på sykehus trenger av støtte for å gjennomføre sykepleierprosedyrer som involverer sprøyter eller kanyler.
Metode	En kvalitativ studie utført ved å intervju sykepleiere ansatt på pediatrik avdeling. Sykepleierprosedylene ble observert og sykepleierne intervjuet i etterkant av interaksjonen.
Resultater	Sykepleierne som ble intervjuet opplevde at de fikk gitt barna best støtte når de brukte nok tid på prosedyren, forsøkte å se situasjonen fra barnas perspektiv, vise forsiktighet og lytte til barna.
Relevans for problemstilling	Det blir trukket frem flere momenter som kan være med på å belyse hva som påvirker barn i møte med helsevesenet fra sykepleiers perspektiv

4.3. Resultatsammenfatning

Gjennom analysing av de inkluderte artiklene fant vi 3 temaer som vi anså å passe til vår oppgave og problemstilling; sykepleiers personlige egenskaper og kompetanse, barns tillit til sykepleier, barns forståelse og aktive deltakelse.

For å komme frem til disse temaene leste vi alle artiklene med kritisk og reflekterende blick og på den måten få en god forståelse for hva teksten handlet om, og deretter leste vi med fokus på detaljer, samtidig som vi noterte ned hovedpunkter og temaer vi ønsker å ha med oss videre (Thidemann, 2015, s. 33-34). Deretter markerte vi funnene fra artiklene med ulike farger, avhengig av hvilke aspekter disse belyste opp mot vår hensikt og problemstilling, og kategoriserte deretter disse sammen. På den måten kunne vi formulere overordnede temaer vi ønsket å skrive om i vår oppgave.

Deretter satte vi opp en tabell med temaene som overskrift, og kategoriserte deretter artiklene ut fra hvilke temaer som gikk igjen;

Tabell 11 - Temaoversikt

Sykepleiers personlige egenskaper og kompetanse	Barns tillit til sykepleier	Barns forståelse og aktive deltakelse
Brady, M. (2009)	Brady, M. (2009)	Comparcini, D (2018)
Comparcini, D (2018)	Iwata, I. (2018)	Karlsson, K (2014)
Karlsson, K (2014)	Quaye, A. (2019)	Iwata, I. (2018)
Iwata, I. (2018)	Sheenan, R. (2020)	Quaye, A. (2019)
Quaye, A. (2019)		Salmela, M. (2010)
Salmela, M. (2010)		

4.4. Sykepleiers personlige egenskaper og kompetanse

Personlige egenskaper hos sykepleiere blir trukket frem som essensielt i flere av våre valgte artikler (Brady, 2019; Comparcini et al., 2018; Iwata et al., 2018; Karlsson et al., 2014; Quaye et al., 2019; Salmela et al., 2011). I Comparcini et. Al (2018) ser man at dette var den viktigste faktoren uavhengig av alder på barna. Opplevelsene barna hadde av kvalitet i pleien var ulik i aldersgruppene, men de samme karakteristikkene hos en god sykepleier ble trukket frem uavhengig av alder; Glad, troverdig, vennlig og hyggelig. Brady, M (2009) er en annen studie hvor det ble identifisert ulike egenskaper hos den gode sykepleieren; Evne til god kommunikasjon, kompetanse, trygghet, fremtoning og integritet. I Karlsson, et. al (2014) ser vi sykepleiers perspektiv på hvilke egenskaper og evner som er viktig i møte med barn; Å se hvert barn individuelt, møte barnet i deres verden, være støttende under sykepleieoppgaver som kan virke skremmende eller smertefulle og samtidig være den ansvarlige for at undersøkelsen eller prosedyren blir gjennomført.

Videre ser vi at sykepleiers evne til å kombinere undersøkelser og behandling med lek og morsomheter ble satt pris på hos barna. Vi leser også at barn i yngre alder oppfatter mer enn de klarer å gi uttrykk for, og at videre interaksjon ble preget av førsteinntrykket barnet fikk av den aktuelle sykepleieren (Brady, 2009, s. 15). I samme studien ser man at sykepleiers fysiske utseende og holdninger også vektlegges av barna. En sykepleier skal fremstå anstendig, eller skikkelig, og ha rene uniformer som passet dem. Barns beskrivelse av "the bad nurse" kommer også frem i Brady (2009). Dette er en sykepleier som mangler evnen til god kommunikasjon, er streng, uærlig og uhygienisk. Barn legger også merke til mer ved sykepleiers fremtreden enn de alltid klarer å sette ord på, og blir ofte påvirket av førsteinntrykket.

I studien til Comparcini et al. (2018) blir det trukket frem viktigheten av sykepleiers kunnskap om psykososial og biologisk utvikling hos barn, da de så at dette gjorde det enklere for sykepleier å identifisere individuelle behov hos det enkelte barnet. Dette igjen førte til at sykepleier kunne endre sin tilnærming til gjennomførelse av prosedyrer og andre situasjoner med relasjonsbygging. I Quaye (2019) ser man også viktigheten av sykepleiers vurdering da det kommer til utviklingsnivå, og tolkning av ulike nonverbale tegn eller uttrykk. I Brady (2009) blir den gode sykepleieren beskrevet som kompetent, med evner til å gjennomføre prosedyrer riktig, og ha kunnskap om det som gjennomføres.

4.5. Barns tillit til sykepleier

Sheehan & Fealy (2020) undersøkte og målte barns tillit til sykepleier. Dette gjorde de ved å undersøke fenomenene ærlighet, pålitelighet og følelser. Dette kan vi se er i tråd med beskrivelsene av den gode sykepleieren (Brady, 2009; Comparcini et al., 2018). Det kommer frem i studien at barn setter pris på ærlighet om hva de skal igjennom, også med tanke på forventet smerte. Nesten en femtedel av barna fortalte også at de fryktet sykepleieren. At sykepleier undervurderer smerten barnet kan oppleve, blir betraktet som en sykehusfrykt blant barn (Salmela et al., 2011, s. 3)

"The fear may damage the sense of security felt by the children, and weaken the child's willingness to trust health-care professionals." (Salmela et al., 2011, s. 1). Barn som har vært innlagt på sykehuset tidligere viste mindre tillit til sykepleier. Barn med høyere tillit viste mindre frykt i forbindelse med undersøkelser og behandling, noe som lettet sykepleiers arbeidsoppgaver (Sheehan & Fealy, 2020). Tillitsforholdet mellom barn og sykepleier beskrives videre som en dynamisk relasjonell prosess, hvor graden av tillit raskt endrer seg etter barnets positive og negative opplevelser. I studien til Salmela et

al. (2011) skrives det om viktigheten av at barnet er tilstrekkelig informert og på den måten redusere frykt og øke graden av tillit til sykepleiere.

I studiene kan vi se at både barn og sykepleiere identifiserer lek, spill og sosial omgang med hverandre som tillitsskapende intervensjoner (Brady, 2009; Comparcini, 2018; Karlsson, *et al.* 2014; Sheehan & Fealy, 2020). Tiden sykepleier har til å skape tillitsfulle relasjoner er ikke alltid tilstrekkelig (Sheehan & Fealy 2020; Quaye et al. 2019)

4.6. Barns forståelse og aktive deltakelse

Quaye, A, et. Al (2019) fant i sin studie at deltakelse og involvering i valg som gjelder egen behandling reduserte stress, angst og redsel, samtidig som det ga økt selvtillit og raskere rehabilitering, og ga større suksess med gjennomførelsen av behandlingen. Faktorer som påvirket barns deltakelse ble identifisert som foreldre og helsepersonell, og viktigheten av å forstå barns non-verbale uttrykk og kommunikasjon blir løftet frem. Barn som oppfattes som innesluttet og stille trenger ikke nødvendigvis å være passive. Flere barn benytter seg av *situert læring*, og det er derfor essensielt at sykepleier klarer gjenkjenne barnas non-verbale uttrykk. Tidligere negative opplevelser kan derfor få et barn til å trekke seg tilbake og ikke ønske å ta stilling til den aktuelle situasjonen.

I Karlsson, et al. (2014), leser vi om at sykepleiere må forsikre seg om at barnet forstår hva som skal foregå og hvorfor. For at barnet skal oppnå en god forståelse trekker sykepleierne frem at de må ha blitt kjent med barnet og ha en god relasjon. Sykepleiere kan ha en tendens til å overvurdere barnets evne til å forstå (Quaye et al. 2019). Ifølge Karlsson, et al. (2014) kan en god relasjon oppnås blant annet ved lek og samtale. Sykepleierne i studien benyttet seg av kosedyr eller dukker for å fortelle og vise gjennomførelsen av prosedyrer, her fikk barna se og kjenne på utstyret som skulle brukes.

I studien til Iwata, et. al (2018) finner man også at det er viktig å sørge for at barnet forstår hva som skal skje, og stadig vurdere barnets reaksjoner før og under gjennomføringen av en prosedyre for å se, og vurdere, om man må forsøke andre tilnærminger. For å gjøre dette ble samarbeidet med barnet vektlagt, de så at barn som var passive under spesielt smertefulle prosedyrer opplever mer smerte enn de som ble engasjert til å delta og samarbeide. At en potensiell smertefull prosedyre ble til en positiv interaksjon mellom barn og sykepleier kan gi mindre psykiske plager i ettertid, samtidig som det gir en økt forståelse for hva som foregår.

I Karlsson et al. (2014) leser vi at bruk av tvang og bruk av fastholding av barn kan bli nødvendig. Deltakerne i studien understreker viktigheten av å prøve alle andre tilnærminger først. Disse tilnærmingene handler som vi allerede har vært inne på om å skape en forståelse forut for situasjonen og eventuelt distraksjon av barnet.

5. Diskusjon

Her vil vi se på de forskjellige sidene av problemstillingen i denne studien for å gi et svar på «Hvordan kan sykepleier skape tillit og trygghet for barn i helsevesenet?»

Vi har søkt etter og valgt ut syv artikler som skulle være med på å hjelpe oss med dette. Artiklene ble så analysert, det ble valgt ut temaer knyttet til artiklene og temaene ble så systematisert i tabell 11. Videre skal vi drøfte hvordan analysene og temaene til artiklene svarer på problemstillingen og om resultatene samsvarer med teorien (Thidemann, 2015)

5.1. Sykepleiers personlige egenskaper og kompetanse

For å skape en tillitsfull relasjon til barn i helsevesenet er sykepleiers personlige egenskaper; glad, troverdig, vennlig og hyggelig, evne til god kommunikasjon, høy kompetanse, trygghet, fremtoning og integritet vektlagt i valgte artikler (Brady, 2009; Comparcini et al., 2018) Dette kan vi også se at går igjen i litteraturen. (Grønseth & Markestad, 2022, s. 169). Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneskeforhold støtter også oppunder dette, hvor kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt, samtidig empati, blir beskrevet som et av sykepleiers viktigste redskaper (Kristoffersen *et al.*, 2016, s. 33).

At sykepleier har evnen til å kombinere undersøkelser, prosedyrer og behandling med lek, læring og morsomheter med alderstilpassede aktiviteter var noe barn verdsatte hos sykepleiere i studien til Brady (2009), og ble betraktet som en god egenskap. Sykepleiers perspektiv på gode egenskaper kommer frem i Karlsson et. al (2014), evnen til å se hvert barn individuelt, møte barnet i deres verden, vise støtte og være ansvarlig. Her ser vi at barn og sykepleiere har ulike beskrivelser av gode egenskaper, men vi kan likevel se at de har sammenheng med hverandre.

Hva sykepleierne mener med å møte barnet i "dets" verden, kommer ikke tydelig frem, men vi kan anta at dette betyr å utvise empati, som det blir presisert at er viktig i Eide og Eide (2017) og Travelbees interaksjonsteori. Det barnet oppfatter som vennlighet, god fremtoning og god kommunikasjon kan være et resultat av denne empatien, utvist fra sykepleiernes side. På samme måte ser vi at sykepleier bør henvende seg direkte til barnet, aktivt spørre om barnet forstår, for å kunne oppklare eventuelle misforståelser, respektere barnets psykiske og fysiske grenser og anerkjenne deres følelser (Grønseth og Markestad, 2022, s. 163) I studien til Brady (2009) finner vi også egenskaper hos den

dårlige sykepleieren; streng, uærlig, dårlig evne til å kommunisere og dårlig hygiene.. I Sheehan & Fealy (2020) og Grønseth & Markestad (2022), ser vi at en sykepleier med disse dårlige egenskapene har et dårligere utgangspunkt da det kommer til å skape en tillitsfull relasjon med barnet.

I Comparcini, et. al. (2019) blir evnen sykepleier har til å skape et godt miljø med tilstrekkelige aktiviteter som leker, spill og mulighet til sosial omgang beskrevet som fundamentalt i relasjonsbyggingen med barn. Dette kommer i tillegg til de personlige egenskapene som blir beskrevet som den viktigste faktoren fra barnas side. I Brady (2009) beskriver deltakerne i studien at en god sykepleier også er kunnskapsrik, teknisk flink og forstår barnas behov. Det hevdes også at sykepleiere trenger økt kunnskap om barns psykiske og biologiske utvikling for å lettere kunne møte barn med rett tilnærming (Comparcini, et. al 2019). I studien til Salmela (2019) og boken til Markestad og Grønseth (2022) ser vi at barn som blir utsatt for usikkerhet, redsel og stress, kan vise regresjon ved å vende tilbake til et tidligere utviklingsstadium, og dermed både snakke og leke tilsvarende et barn av yngre alder. Med tanke på dette kan vi anta at det for sykepleier er viktigst å vektlegge den psykiske utviklingen og tilstanden hos barnet, slik som det kommer frem i studien til Iwata et.al (2018), hvor sykepleierne beskriver viktigheten av å jobbe i takt med barnet.

I Grønseth & Markestad (2022) ser vi også at sykepleiers vurdering rundt nødvendigheten av undersøkelsen eller prosedyren er viktig. Dette fordi situasjoner som kan være smertefulle eller ubehagelige kun skal gjennomføres når det er nødvendig, og ved å planlegge godt i forkant, kan man bidra til at antall skremmende og smertefulle handlinger, som for eksempel blodprøver, reduseres. Egen erfaring fra akuttmottak tilsier at denne planleggingen ofte ikke blir gjort godt nok, og at det i flere tilfeller gjennomføres prosedyrer allerede i mottak, for å få dette unnagjort før barnet legges på post til observasjon, uten at det vurderes som tidskritisk i henhold til pasientens tilstand.

5.2. Barns tillit til sykepleiere

Sheehan & Fealy (2020) skriver at en tillitsfull relasjon mellom barn og sykepleier gir økt pasientsikkerhet, bedre kvalitet i pleien og gjør videre interaksjoner mer positive. Dette blant annet fordi et tillitsfullt barn er mindre preget av frykt og oftere gjennomfører undersøkelser og behandling frivillig. Å skape en tillitsfull relasjon til barn kan være utfordrende for sykepleieren. Barn i møte med helsevesenet er tatt vekk fra trygge og kjente omgivelser og rutiner, og de blir møtt av nye, ukjente mennesker.

Oppmerksomheten hos barn er ofte kortvarig, og redselen for hva som skal skje kan være fremtredende (Eide & Eide, 2017; Markestad & Grønseth, 2022). Å skape tillit og trygghet for et barn kan derfor også være tidkrevende, og har sjeldent lik fremgangsmåte, da denne avhenger av flere ulike faktorer og individuelle forskjeller hos barn. (Eide & Eide, 2017; Markestad & Grønseth, 2022).

I Eide & Eide (2017) hevdes det at kontakt er grunnleggende for å skape tillit til barn. Vi kan lese at dette forutsetter et berøringspunkt, der sykepleier finner noe barnet er opptatt av og deretter bruker barnets oppmerksomhet rundt denne interessen for å skape kontakt og tillit. I Travelbees teori er det derimot empati som vektlegges som en av de viktigste faktorene for å oppnå tillit i pasient- sykepleierforholdet (Kristoffersen et al., 2014, s. 33). Det dynamiske forholdet mellom sykepleier og barn, beskrevet av Sheehan & Fealy (2020), blir påvirket av positive og negative opplevelser gjennom hele forholdet. Sykepleieren med de gode egenskapene (Brady, 2009; Sheehan, 2020) utfører også de ubehagelige eller smertefulle interaksjonene som kan svekke barnets tillit (Salmela et al., 2011; Markestad & Grønseth, s. 167) Dette sees også i Travelbees teori hvor det kommer frem at pasienten vil ha en økt sårbarhet, da en slik relasjon vil kunne gi en følelse av nærhet som kan gi skuffelser hos pasienten dersom sykepleier bryter denne tilliten. (Kristoffersen et al., 2014, s. 33).

“The child's previous experience of care is relevant for how well the procedure goes” (Karlsson, et. al, 2014, s. 6) Samme funn gjorde Sheehan og Fealy (2020) i sin studie, hvor tillit hos tidligere innlagte barn var mindre sammenlignet med yngre barn som var i første møte med helsevesenet. På en annen side antyder funn i studien til Comparcini, et al. (2018) at det foreligger mer usikkerhet blant de yngre barna, og at gjennomføring av sykepleieroppgaver kan skape mer stress hos disse.

Som sykepleier er det viktig å kunne gi barn trygghet og skape en tillitsfull relasjon, da dette gir økt pasientsikkerhet og gjør interaksjoner mellom barn og sykepleier mer positive (Sheehan & Fealy, 2020). Som vi har vært inne på kan sykepleiers arbeidsoppgaver i forbindelse med undersøkelser og behandling også bryte ned tillitsforholdet mellom barn og sykepleier (Salmela et al., 2011; Markestad & Grønseth, 2022). I en hektisk arbeidshverdag kan man anta at det er utfordrende å finne tid nok til å skape en optimal relasjon til barnet, før undersøkelser og potensielt negative opplevelser oppstår, for eksempel i et akutt mottak der sykepleier må prioritere andre pasienter i tillegg. (Joseph et. al, 2022; Quaye et al., 2019, s. 9). Sheehan & Fealy (2020) konkluderer i sin studie blant annet med at det bør innvilges mer økonomisk kraft for barneavdelinger, og på den måten kunne ha tilstrekkelig med sykepleiere til å

tilbringe tid med barn for å etablere og vedlikeholde tillitsforholdet. Som vi ser i studien til Karlsson et. al (2014) bruker sykepleierne mye tid på bli kjent med barnet og bygge opp et tillitsforhold og trygghet ved hjelp av blant annet lek.

5.3. Barns forståelse og aktive deltakelse

I studien til Quaye et al. (2019), så de at flere av barna i studien protesterte mot behandling og undersøkelser, både verbalt, men også nonverbalt, ved å trekke seg tilbake eller vri seg unna situasjonen, gråte og gjemme seg. Som en reaksjon på denne oppførselen ble flere av foreldrene i studien autoritære med hevet stemme, og valgte å holde fast barnet for så å be sykepleieren gjennomføre handlingen. Dette ble gjort uten å ta høyde for barnets ønsker, spørsmål eller meninger om alternative metoder. I pasient- og brukerrettighetsloven er barn normalt sett definert som helserettlig samtykkekompetente først etter fylte 16 år. Unntak kan gjøres fra en alder på 12 år, men da skal det være tungtveiende årsaker til hvorfor unntaket blir gjennomført (Pasientrettighetsloven, 1999, §3-4, §4-3, §4-4). Under normale omstendigheter kan vi derfor si at det er forelder eller ansvarlig omsorgsperson som må samtykke på vegne av barn under 16 år. Og dermed kan tvang og fastholding benyttes mot barnets vilje om foreldrene samtykker til dette, selv om dette ikke er optimalt for oppbygging av tillit og trygghet.

Som sykepleier har man uansett plikt til å handle til barnets beste (Barnekonvensjonen, 1989, art. 3). Likevel ser vi i studien at flere sykepleiere som møtte dette dilemmaet endte med handling som ikke var optimal for barnet. Studien spesifiserer ikke hva disse handlingene var, men vi kan anta at de gjennomførte den, uansett om barnet tydelig motsatte seg det. Det kommer frem i studien at sykepleierne flere ganger måtte gå fra barnet for å ta seg av andre i avdelingen. Basert på egne erfaringer fra akuttmottak kan vi anta at tidspress var en medvirkende faktor til hvorfor sykepleieren valgte å handle på denne måten. Som vi tidligere har diskutert, er barns oppmerksomhet ofte kortvarig, og det kan kreve mye tid med utprøving av ulike metoder før man får ønsket resultat (Eide & Eide, 2017, s. 289).

Funnene om sykepleiers handling i Quaye, et al. (2019) har bidratt til funnene de gjorde i samme artikkel om barns involvering i valg som angikk deres egen helse. Der fant de sammenheng med at barnets aktive deltagelse gir mindre stress, angst og redsel. Ved aktiv deltagelse får barnet informasjon om det som er i ferd med å skje, og kan dermed

oppleve en følelse av trygghet. (Heggestad, 2016, s.148; Iwata, et al. 2018; Karlsson, et al., 2014).

I studien til Karlsson et al. (2014) forteller sykepleierne som deltok i studien at de forsøker å ta høyde for barnets oppfattelse av situasjonen, og forsikre seg om at denne er i tråd med virkeligheten. Flere av sykepleierne benytter seg av lek for å gjøre ulike prosedyrer eller undersøkelser forståelig, da ved å for eksempel vise utførelsen på en bamse eller dukke. I Grønseth & Markestad (2022) ser vi også at det er viktig å involvere barnet i diskusjoner, gi barnet viktige opplysninger direkte og la barnet gjøre egne beslutninger. Sykepleier bør også gi logiske og forståelige forklaringer på hvorfor det som skal gjennomføres er nødvendig (Grønseth og Markestad, 2022, s. 163).

Som nevnt har sykepleiere en plikt til å handle etter barnets beste, da vil ikke alltid det å skape forståelse og aktiv deltagelse være hovedfokus. Dersom barnet er i en kritisk tilstand med liten tid og ressurser, går livreddende tiltak først. Men i studien til Quaye kan vi se at barn i kritisk tilstand er ekskludert. Dermed kan vi anta at sykepleierne i disse situasjonene ville hatt en fordel av å forsøke tilnærmingen beskrevet i Grønseth & Markestad, (2022) s. 178-179, Karlsson et al., (2014) og Iwata et al., (2018). Her brukes en tilnærming som går ut på planlegging, informering og tiltak for å øke barnets forståelse om hvorfor handlingen gjennomføres. Et alternativ som med fordel kan prøves før fastholding og tvang, er distraksjon av barnet for å få barnets oppmerksomhet vekk fra situasjonen de motsetter seg (Karlsson, et al., 2014). På denne måten kan sykepleier legge til rette for mindre bruk av tvang og færre negative konsekvenser videre i sykdoms- og behandlingsforløpet (Salmela et al., 2011; Sheehan & Fealy, 2020). I studien til Iwata, et al (2018) ser man økt samarbeid fra barnets side også ved tiltak som å trøste barnet og anerkjenne dets følelser.

5.4. Studiens styrker og svakheter

Gjennom litteraturstudien har vi samlet forskning og informasjon fra syv ulike vitenskapelige artikler. I tillegg har vi funnet faglitteratur som bygger oppunder eller motstrider resultatene i artiklene. Artiklene brukt i resultat- og diskusjonsdelen er hovedsakelig enkeltstudier.

Det knyttes både styrker og svakheter til det å bruke litteratur fra eksisterende forskning. Vi ser styrker i form av kostnadseffektivitet og enkelheten i å bruke databaser

og strukturert søk for å finne passende forskning, og er derfor et godt valg da tiden under en litteraturstudie er begrenset. Resultatene er i tillegg organisert og godt reflektert, men en ulempe er at informasjonen ofte kan bli objektiv.

Helsetjenester har vært og er i rask endring, dette medfører risiko for å finne eldre og utdatert forskning og informasjon ved gjennomføring av en litteraturstudie. Dette har vi prøvd å begrense ved å vurdere hver artikkel og ekskludert forskning eldre enn ti år. Vi har tatt med artikler eldre enn dette, men har likevel vurdert den valgte litteraturen til å fortsatt være relevant for dagens helsetjeneste.

En styrke ved vår litteraturstudie er at vi hovedsakelig har inkludert studier fra vestlige land med lik kultur som i Norge og en lignende sykehusstruktur. All forskning funnet anses som relevant, og faglitteraturen som er brukt er hovedsakelig pensum og anbefalt for norsk sykepleierutdanning. Svakheter ved vår oppgave kan være, tross for mye tid brukt i analysering, oversettelse og tolkning av engelskspråklige studier, at det har forekommet feiltolkning og feil ved oversettelser. I vår oppgave valgte vi også å rette fokus mot barnet, og med vilje så vi bort i fra foreldrenes rolle i sykepleier-pasientforholdet i møte med pediatriske pasienter. Dette kan sees som en styrke da oppgaven dreier seg om sykepleier og barnet, men en svakhet da man under normale omstendigheter møter disse barna sammen med foreldre eller andre med ansvar for dem.

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan skape trygghet og tillit til barn i alderen seks til tolv år som er i kontakt med helsevesenet. Ethvert barn er unikt og gjennom de ulike studiene ser vi forskjell på hva barn vektlegger som viktig for å skape trygghet. Alder og tidligere erfaringer vil spille en rolle for hvordan de håndterer et møte med helsevesenet. Sykepleiers kunnskap om barns psykiske og biologiske utvikling er derfor viktig for å imøtekomme barn med rett tilnærming. Likevel ser en gjennom forskningen at enkelte behov og faktorer spiller en viktigere rolle enn andre og derfor bør inngå i arbeidet med barn uansett forutsetning. En viktig faktor som gikk igjen var sykepleiers personlige egenskaper, barn beskrev den gode sykepleieren med egenskaper som glad, trygg, vennlig, ærlig og evne til god kommunikasjon.

Vi ser også fra studiene som omhandler sykepleiers perspektiv at det ofte jobbes på en slik måte at disse gode egenskapene, beskrevet av barna, blir oppfylt. Det blir vist at dersom sykepleieren bruker tid med barnet og bygger en tillitsfull relasjon, vil videre opphold, undersøkelser og behandling bli lettere å gjennomføre, og barnet har en større sjanse for å oppleve møtet i positiv retning. Oppgavene har også presentert utfordringer og andre faktorer som kan påvirke møtet mellom barn og sykepleiere i negativ retning. Tid er en av utfordringene sykepleiere har i pleien, og det kommer frem i oppgaven at sykepleiers tid ikke alltid strekker til for å opprette de vitale fenomenene tillit og trygghet på en optimal måte.

Referanser

Backe-Hansen, E. (2009, 1. september) *Barn*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>

Brady, M. (2009). Hospitalized Children's Views of the Good Nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543–560. <https://doi.org/10.1177/0969733009106648>

Comparcini, D., Simonetti, V., Tomietto, M., Leino-Kilpi, H., Pelander, T., & Cicolini, G. (2018). Children's Perceptions About the Quality of Pediatric Nursing Care: A Large Multicenter Cross-Sectional Study: Quality of Pediatric Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 287–295. <https://doi.org/10.1111/jnu.12381>

De forente nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utg). Gyldendal akademisk.

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

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

Grønseth, R., & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Heggestad, A. K. T. (2016). *Sykepleieboken 2 Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (U. Knutstad, Red.; 4. utg). Cappelen Damm akademisk.

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Iwata, M., Saiki-Craighill, S., Nishina, R., & Doorenbos, A. Z. (2018). "Keeping pace according to the child" during procedures in the paediatric intensive care unit: A grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 70–79.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.02.006>

Joseph, M. M., Mahajan, P., Snow, S. K., Ku, B. C., & Saidinejad, M. (2022). Optimizing Pediatric Patient Safety in the Emergency Care Setting. *Journal of Emergency Nursing*, 48(6), 652–665. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.08.010>

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Dalheim Englund, A.-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 23063.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie. Bind 3* (G. H. Grimsbø, Red.; 3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Legeforeningen. (2012, 2. februar). *Helsinkideklarasjonen*. Den Norske Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og- brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Prop. 158 L (2015-2016). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Det kongelige kunnskapsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/317889d80b7d4c51b7b9ce2821a1fbf0/no/pdfs/prp201520160158000dddpdfs.pdf>

Quaye, A. A., Coyne, I., Söderbäck, M., & Hallström, I. K. (2019). Children's Active Participation in Decision-Making Processes During Hospitalisation: An Observational Study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4525–4537.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15042>

Regjeringen. (1999, 2. juli). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-barns-opphold-i-helseinstit/id91998/>

Salmela, M., Aronen, E. T., & Salanterä, S. (2011). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children: Children and hospital-related fears. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 719–726. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x>

Sheehan, R., & Fealy, G. (2020). Trust in the nurse: Findings from a survey of hospitalised children. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4289–4299.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15466>

Statistisk sentralbyrå. (2022). 10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatisk sykehus, etter kjønn, alder og diagnose (F) 2012-2022.
<https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1:

	Pasienter på somatiske sykehus totalt	Pasienter med døgnopphold
	2022	2022
F00 Hele landet		
Begge kjønn		
0-9 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt	188 393	68 872
10-19 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt	165 863	19 317

