

## MASTERUDDANNELSEN I KLINISK SYGEPLEJE

Navn:	Helle Nygård Kristensen
Studienr.:	20090962
Modulnr.:	4. Modul/ Masterprojekt
Måned og år:	Maj 2012
Vejleder:	Hanne Kronborg
Typeenheder:	95902

# "Bliver barnet hørt?"

## En kvantitativ undersøgelse af den pædiatriske sygeplejerskes dokumentation af psykosociale faktorer hos det 11-15 årige indlagte psykosomatiske barn

Afdeling for sygeplejevidenskab

Institut for folkesundhed

Aarhus Universitet

Høegh-Guldbergs Gade 6A

Bygning 1633

8000 Århus C

## Resumé

Dette masterprojekt "Bliver barnet hørt?" er en kvantitativ undersøgelse af den pædiatriske sygeplejerskes dokumentation af psykosociale faktorer hos det 11-15 årige indlagte psykosomatiske barn.

**Baggrund:** Mangel på dokumentation af patientperspektivet kan have negative konsekvenser for sygeplejen til patienten.

**Formål:** At undersøge forekomsten af barnets perspektiv i dokumentationen i VIPS sygeplejeturnalen, med fokus på fire psykosociale kategorier og sociodemografiske faktorer.

**Metode:** Et retrospektivt tværsnitsdesign, med data fra 30 VIPS sygeplejeturnaler.

**Resultat:** Barnets perspektiv er synligt i under halvdelen af de samlede psykosociale dokumentationer. Barnets perspektiv på kategorierne søvn, skole og relationel er dokumenteret med store forskelle. Den sociodemografiske faktor, sygdom i familien, er fundet i 60% af VIPS sygeplejeturnalerne.

**Konklusion:** Psykosomatiske børn er en sårbar gruppe, der kræver sygeplejerskens særlige opmærksomhed, og samarbejde med andre fagprofessionelle. Der er behov for udvikling af en retningslinje for at styrke dokumentationens kvalitet og derved skabe betingelser for det bedste patientforløb for psykosomatiske børn.

## Summary

This master project entitled "Is the child heard?" is a quantitative investigation of specific psychosocial factors of the 11-15 year old psychosomatic child at hospital.

**Background:** Inadequate focus on the patient perspective in the documentation may have negative consequences for the nursing of the patient.

**Aim:** To investigate the occurrence of the child's perspective in the nursing documentation in the VIPS journal, with focus on four psychosocial categories and socio-demographic factors.

**Method:** A retrospective cross-sectional design, with data from 30 VIPS.

**Results:** The child's perspective is seen in less than half of the psychosocial documentations. The child's perspective in the categories sleep, school and relational is documented with great differences. The socio-demographic factor, disease in the family, is found in 60% of the VIPS.

**Conclusions:** Children with psychosomatic diseases are a vulnerable group which needs to be given special attention by nurses, and other professionals. There is a need to develop guidelines for documentation of psychosocial factors. This will strengthen the quality of the documentation and thereby set the right conditions for the optimal treatment of these patients.

## Indholdsfortegnelse

Resumé.....	2
Summary .....	2
Indholdsfortegnelse .....	3
Indledning .....	1
2. Baggrund .....	1
2.1 11-15 årige børn med psykosomatiske symptomer .....	3
2.2 Sammenfatning og afgrænsning.....	6
2.3 Problemformulering .....	6
3. Metodeovervejelser .....	7
3.1 Den kvantitative metode.....	7
3.2 Deskriptiv tværsnitsdesign .....	7
3.3 Datamateriale .....	8
3.4 Studiepopulation .....	8
3.5 Statistiske metoder .....	10
3.6 Dataindsamling .....	12
3.6.1 Model for scoring af VIPS .....	12
3.6.2 Indsamling af data .....	13
3.7 Ethiske overvejelser .....	14
4. Præsentation af resultater .....	15
4.1 Analyse af resultater.....	15
4.1.1 Studiepopulation.....	16
4.1.2 Dokumentation af psykosociale faktorer og perspektiv .....	18
4.1.3 Sammenhæng mellem sociodemografiske karakteristika og dokumentation.....	22
5. Diskussion .....	24
5.1 Sammenfatning af resultater.....	24

5.2 Betydning af barnets perspektiv i dokumentationen .....	25
5.3 Betydning af fordeling på kategorier.....	29
5.3.1 Søvn.....	29
5.3.2 Relationer .....	30
5.3.3 Skole.....	31
5.4 Betydning af sammenhænge .....	32
6. Metodekritik.....	34
6.1 Metode.....	34
7. Konklusion.....	36
7.1 Konklusion på undersøgelsen.....	36
8. Perspektivering.....	38
8.1 Implikationer for klinisk praksis .....	38
8.2 Implikationer for forskning .....	39
Referenceliste.....	41
10. Bilag .....	45

## Indledning

Dette masterprojekt handler om en undersøgelse af den pædiatriske sygeplejerskes dokumentation i relation til plejen af 11-15 årige børn med psykosomatiske symptomer indlagt på en børneafdeling. Undersøgelsen søger at afdække, i hvilken grad beskrivelse af specifikke psykosociale faktorer ud fra barnets eget perspektiv forekommer i dokumentationen. Undersøgelsen søger desuden at identificere mulige sammenhænge mellem dokumentationen og sociodemografiske faktorer. Undersøgelsens fokus vil derfor være sygeplejerskens skriftlige dokumentation af det psykosomatiske barns eget perspektiv, som forudsætning for den bedste sygepleje til barnet.

## 2. Baggrund

Mental sundhed er et vigtigt sundhedspolitisk mål (1). I Danmark er Sundhedsstyrelsen en aktiv medspiller i udgivelser med fokus på mental sundhed, ligesom EU-kommisionen i 2008 har formuleret en charter for mental sundhed. Heri understreges, at mental sundhed er fundamentalt for det enkelte menneske, og en nøgleressource for samfundet generelt (1). På baggrund af WHO's *Global Health Report*, der omhandler generel forebyggelse af trivselsproblemer, definerer Sundhedsstyrelsens mental sundhed som, en *"tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber"* (2 s.3). Psykisk mistrivsel derimod defineres som *"ikke at have det godt med sig selv og andre"* (1 s.15).

Sundhedsstyrelsen rapport *"Psykisk mistrivsel blandt 11-15 årige"* fra 2011, viser, at hvert femte barn i alderen 11-15 år har flere tegn på psykisk mistrivsel (1). Dette tal er over de sidste 20 år steget markant, for 13 årige piger fra 10 % til 23%, og for drenge fra 9% til 15%, med en ulige fordeling i forhold til køn, alder og familiestruktur (1). Rapporten fastslår, at selvom de fleste børn i Danmark trives godt, synes et stigende mindretal at mistrives og fungere dårligt (1), hvilket kommer til udtryk i sociale, emotionelle eller adfærdsmæssige problemer (3). Disse børn påkalder sig opmærksomhed fra professionelle voksne, idet psykisk mistrivsel har alvorlige og omfattende konsekvenser for barnets liv. Det viser sig mere konkret som ringe indlæring, skolefravær, familiemæssige og sociale problemer og selvskadende adfærd (1,3). I et samfundsmæssigt perspektiv ses økonomiske konsekvenser som følge af øget sygefravær for både barn og forældre samt øget forbrug af sundhedsfaglige ydelser (1). Studier viser (4-6), at psykisk mistrivsel hos børn primært skyldes manglende opmærksomhed, forståelse og støtte i det nære sociale netværk og

i skolen, hvorfor optimering af miljøet i familie og skole kan minimere barnets risiko for psykisk mistrivsel. Forskningsbaseret viden peger på, at mental sundhed grundlægges i den tidlige barndom, og at psykisk mistrivsel følger barnet ind i voksenlivet (3,7).

Der tegner sig et billede af, at flere børn og unge som følge af psykisk mistrivsel udvikler psykosomatiske symptomer (8). Disse symptomer betegnes i lægefaglig terminologi som Funktionelle Somatiske Symptomer (FSS), der ikke kan tillægges en veldefineret fysisk årsag, og som forårsager betydeligt ubehag, påvirkning af hverdagslivet, skolefravær og behov for hjælp fra systemet (3). FSS udløses af psykosociale faktorer (9,10), der i pædiatrien defineres som emotionel, relationel, og skolerelateret stress. Barnet kommunikerer denne stress igennem fysiske symptomer som mavesmerter, hovedpine, afføringsproblemer, træthed, ekstremitetssmerter og neurologiske symptomer (9,10). Flere studier beskriver sammenhæng mellem udvikling af psykosomatiske symptomer og sociodemografiske forhold som familiestruktur, sociale forhold, sygdom og stress i familien (4-6,8,11,12).

Børn med psykosomatiske symptomer udgør 20 % af børn i almen praksis og 10% af børn i pædiatrisk regi (13). Der findes ikke en præcist defineret aldersgruppe. Kilder angiver symptomer fra fem års alderen (3,10), andre angiver skolebarnsalderen, med 10 % af skolebørn, der lider af mavesmerter uden organisk årsag (7,9). Psykosomatiske symptomer forekommer altså hyppigt hos børn og unge og udgør en klinisk udfordring (13), idet man fra studier ved, at FSS er forbundet med større forbrug af sundhedsydelse og en kontinuitet af symptomerne ind i voksenlivet (1,3,7). Samtidig er klinisk praksis præget af nogen usikkerhed i forhold til hvilken behandling, der er effektiv. Der er indtil videre ikke dokumenteret evidens for valg af psykologiske behandlingsmetoder (7,13). Børn med psykosomatiske symptomer udsættes derfor ofte for en række hyppige lægekontakter og fysiologisk udredning med den risiko, at der sker en fysisk fokusering (13). Samtidig må en fysiologisk forklaring på symptomerne udelukkes ved grundig objektiv undersøgelse og tværfaglig udredning, som forudsætning for at stille diagnosen (9,14). De børn, der indlægges med psykosomatiske symptomer, behandles i et tværfagligt team i samarbejde med barn og forældre, hvor sygeplejersken har en central rolle. Det er således både barnets oplevelse af situationen og forældrenes forståelse af sammenhæng, der har betydning for plejeforløbet (14).

Ifølge børneafdelingen på Aalborg Sygehus er målsætningen for behandling og pleje, at alle børn og deres forældre inddrages i samtlige beslutninger af betydning for dem selv. Der skal skabes et fysisk og psykisk miljø, hvor barnets behov er i centrum (<https://personalenet.rm.dk>). Her indgår både barnets og forældres meninger, ligesom sygeplejerskens etiske forpligtelse til at høre, forstå og inddrage barnet selv i beslutninger, afspejler, hvordan hun kan være med til at bevare barnets

integritet (15).

Barnets behov og oplevelse må indgå i sygeplejedokumentationen. Retningslinjer for dokumentation findes i Sundhedsloven, hvor patientens perspektiv beskrives som en forudsætning for udførsel af sygepleje (<https://www.retsinformation.dk>). Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser” angiver de kerneområder, den sygeplejefaglige dokumentation som minimum skal indeholde, herunder psykosociale forhold. Her står direkte, at der skal fremgå de oplysninger, patienten har givet i relation til egen pleje og behandling

(<https://www.retsinformation.dk>). I Den Danske Kvalitetsmodel er formuleret, at journalen skal understøtte den kliniske beslutningsproces og fremme kontinuitet i patientforløb (16).

Den skriftlige dokumentation kan antage forskellige former. I børneafdelingen anvendes VIPS modellen - en forskningsbaseret model for dokumentation af sygeplejen (17). Modellen bygger på 4 nøglebegreber - velvære, integritet, profylakse og sikkerhed. Den udgør en struktureret metode til dokumentation af praksis med sygeplejeprocessen som ramme. VIPS er kategoriseret i hoved og undersøgeord, der er udførligt defineret, empirisk og teoretisk underbygget (17). Forfatterne bag modellen understreger, at dokumentationen udspringer af samtale med patienten, og at patientens perspektiv dokumenteres (18,19). Søgeordene, kontaktårsag, helbredshistorie, social baggrund, livsstil og psykosocialt, muliggør i særlig grad dokumentation af patientperspektivet (19).

## **2.1 11-15 årige børn med psykosomatiske symptomer**

Det er velkendt, at en del af de børn, der udvikler psykosomatiske symptomer, får kontakt med pædiatriske afdelinger eller almen praksis (13). Det er imidlertid vanskeligt at præcisere, hvor mange der indlægges, fordi den nuværende registreringspraksis, via Landspatientregisteret, ikke har en entydig afgrænsning af diagnosegrupper. Registreringen foretages derfor under forskellige diagnosekoder (20).

På børneafdelingen på Aalborg Sygehus skønnes det, at der i gennemsnit indlægges ét barn om ugen med psykosomatiske symptomer i alderen 6-15 år. Af disse børn udgør 11-15 årige ca. 1/3. Dette tal fremkommer via registrering af psykologkontakter, idet alle børn med psykosomatiske symptomer henvises til afdelingens psykolog.

Børn i alderen 11-15 år er i udviklingspsykologien beskrevet som en gruppe med følelsesmæssig uro (21). Det er ikke specifikke psykosomatiske symptomer, der kendetegner de 11-15 årige, men hovedpine og mavepine er flere steder angivet som de hyppigste symptomer blandt skolebørn (5,8,10). Studier beskriver en stigning i psykosomatiske symptomer blandt skolebørn, og at skolekonteksten kan være en udløsende stressfaktor (4,5,8). Dette underbygges i resultater fra Sundhedsstyrelsens rapport om psykisk mistroivsel, der viser, at 30 % af de 11-15 årige føler sig

presset af skolen (1). Flere studier (1,4) peger da også på, at professionelle må tilstræbe øget opmærksomhed på 11-15 årige skolebørn, der viser tegn på psykisk mistrivsel.

For 11-15 årige børn, der indlægges, handler denne opmærksomhed om at afdække psykosociale faktorer og flytte fokus fra somatiske symptomer. Det er en kompleks sygeplejefaglig opgave, da barnet må ses i en kontekst med forældre og samtidig skal respekteres i forhold til egen identitet og integritet (14).

11-15 årige børn befinder sig midt i en omfattende udvikling (21), i et rum mellem barndom og voksenliv, hvor de gennemgår en udvikling med identitet, løsrivelse og autonomi. Perioden kan være vanskelig for både barn og forældre, fordi den traditionelt er forbundet med konflikter (21). Barnets liv ændres radikalt fra at tage skridtet væk fra det forældrestyrede til at være rettet imod at indtage verden uden for familien (21). I praksis betyder det, at barnets status som selvstændigt individ med egne kompetencer stiller særlige krav til den tilgang, sygeplejersken må have i pleje og behandling af det psykosomatiske barn. De 11-15 årige er netop, ifølge den schweiziske psykolog Jean Piaget, i stand til at formulere sig omkring egne psykologiske forhold, kan forholde sig abstrakt hertil og er i stand til at løse og gennemskue situationer uafhængig af en konkret situation eller kontekst (21). De 11-15 årige kan altså formulere sig om egne psykosociale problemer, se på sig selv udefra og opnå en anden selvforståelse (4). Denne udviklingsfase kan for både barn og forældre blive en særlig udfordring under indlæggelsen, hvor barnet må betragtes som et selvstændigt individ, der samtidig indgår i tæt relation med forældre (14). Forældre bliver som udgangspunkt, sammen med barnet, den vigtigste samarbejdspartner, omend forældre også kan være en del af årsagen til barnets psykosomatiske symptomer og derved udgøre en barriere for intervention (4,14). Forældre kan have vanskeligt ved at forholde sig til, at barnet har psykosomatiske symptomer som følge af psykisk mistrivsel (14), ligesom praksis og studier viser, at forældre kan have behov for at finde en fysisk forklaring på barnets symptomer (11). Forældrenes og barnets oplevelser stemmer ikke nødvendigvis overens (12). Et finsk kvantitativt studie har undersøgt ændringer i børns psykosomatiske symptomer over en 10-årig periode og vist forskel på forældre og børns vurdering af psykosomatiske symptomer, hvorfor spørgsmål må rettes til begge (12). Komplexiteten i samarbejdet viser sig herved som en balance mellem inddragelse af forældres viden og ressourcer (14) og fokus på barnets oplevelse, for at sikre den bedste pleje til barnet (15).

I overensstemmelse med begrebet patientdeltagelse, hvor patienten inddrages i relation til egen pleje og behandling, og i beslutninger vedrørende eget liv og sygdom (22), betyder det, at det psykosomatiske barn indgår i dialog med sygeplejersken. På baggrund heraf udformes plejen i respekt for barnets identitet og integritet, og i samarbejde med forældre. Når psykosociale faktorer



er årsag til udvikling af psykosomatiske symptomer (6,14), får en afdækning af barnets perspektiv særlig betydning (12).

D.A.Karp beskriver i sin bog: *"The burden of sympathy"*(23), hvordan mennesker med mentale problemer gerne fortæller deres livshistorie, når de får muligheden for det. Han peger på, at det at fortælle sin personlige historie, skaber klarhed og åbner op for nye muligheder. Dette illustrerer, hvad også de store skolebørnsundersøgelser (1,6) bekræfter, at børnene gerne vil fortælle om deres liv, når muligheden for dialog er til stede.

På trods af børneafdelingens målsætning, om at inddrage alle børn og deres forældre i samtlige beslutninger af betydning (<https://personalenet.rn.dk>), har det i praksis vist sig mangelfuldt. Eksempelvis er det psykosomatiske barns perspektiv ikke altid i centrum og synligt i dokumentationen, og mange oplysninger kommer fra forældre og andre. Studier underbygger dette og har fundet, at det indlagte barns perspektiv og deltagelse i beslutninger generelt er mangelfuld, og at barnets situation ofte kun er beskrevet af forældre og professionelle (15,24). Ingen studier har specifikt undersøgt indlagte psykosomatiske børns inddragelse. Erfaringer viser, at sygeplejersker i børneafdelingen opfatter samtalen som den vigtigste sygeplejefaglige opgave i plejen af 11-15 årige psykosomatiske børn. Heri ligger sygeplejerskens etiske fordring om at tage vare på den andens liv (25). Kari Martinsen omtaler samtals udfordring som at tage den andens tone op og med ind i en fælles sag, at lytte til den andens tale og derved komme til at forstå den andens budskab (26). Når man mødes i samtale, og begge parter lader sig engagere i det, der tages op, kommer den gensidige tillid til udtryk (26).

Da dokumentationen i praksis ikke altid viser det 11-15 årige psykosomatiske barns perspektiv, tyder noget på, at denne fordring ikke efterkommes i alle situationer, hvilket får betydning for planlægning af sygeplejen til barnet. I det tværfaglige team, er kommunikationen netop betinget af en fyldestgørende dokumentation af barnets eget perspektiv (5,27), for at undgå at overse barnets problemer. På trods af, at 11-15 årige børn udviklingsmæssigt kan problematisere over egne psykologiske forhold (4,21), antages det, at den systematiske dokumentation af barnets perspektiv ikke altid er til stede i tilstrækkelig grad til at være styrende for sygeplejen.

Denne antagelse underbygges i flere studier (28-31), der påpeger det manglende patientperspektiv i dokumentationen. I en finsk metasyntese (30) af 14 kvalitative studier var formålet at undersøge indholdet af sygeplejedokumentationen med særligt fokus på etiske principper for sygepleje, som tog udgangspunkt i patientens mulighed for at udtrykke sig. Dokumentationen viste, at sygeplejen ikke afspejlede patientens livsverden, men tværtimod den standardiserede og behandlingsmæssige sygepleje (30). Et norsk studie sammenholdt konkrete indlæggelsessamtaler med den efterfølgende dokumentation i VIPS (31), og viste enslydende resultater.

I et dansk studie blev ligeledes fundet diskrepans mellem patientens oplevelser og sygeplejerskens dokumentation (28), idet kun 31 % af patienternes beskrevne problemer var dokumenteret. Et enkelt studie (8) har undersøgt svenske skolesygeplejerskers dokumentation af skolebørns fysiske og mentale helbred, og fandt dokumentationen mangelfuld i forhold til psykosociale faktorer.

De refererede studier har, på trods af stor variation i målgruppe, fundet enslydende resultater. Der er således grundlag for at antage, at disse fund er repræsentative og i nogen grad kan overføres til dokumentation af patientperspektivet i pædiatrisk afdeling, men der er ikke systematisk undersøgt om samme sammenhæng faktisk findes i forhold til indlagte 11-15 årige psykosomatiske børn.

## 2.2 Sammenfatning og afgrænsning

Sammenfattende er afdækket 2 hovedområder: 11-15 årige psykosomatiske børns perspektiv og sygeplejerskens dokumentation heraf.

Der ses en stigning i antal af skolebørn med psykisk mistrivsel, som følge af psykosociale faktorer og specifikke sociodemografiske forhold. Når 11-15 årige børn indlægges med psykosomatiske symptomer, som udtryk for psykisk mistrivsel, inddrages både barn og forældre, hvilket stiller særlige faglige krav til sygeplejerskens samarbejde. Barnets perspektiv på psykosociale faktorer må som udgangspunkt danne grundlag for sygeplejen. En forudsætning herfor er, at barnet er synlig i dokumentationen med sin egen historie. Dokumentation er dog både i praksis og i flere studier fundet mangelfuld, hvilket peger i retning af, at VIPS ikke i tilstrækkelig grad afspejler barnets perspektiv.

Der antages, at den pædiatriske sygeplejerskes dokumentation af psykosociale faktorer ikke er dækkende i forhold til at afspejle barnets perspektiv, med mulige negative konsekvenser for kvaliteten i pleje og behandling. Desuden at en fokuseret sygeplejefaglig dokumentation, i forhold til psykosociale aspekter med udgangspunkt i barnets perspektiv, må være styrende for den bedste planlægning af sygeplejen til barnet.

På baggrund af erfaringer fra praksis og studier er der behov for empirisk at skaffe viden, og derved sikre de rette kliniske beslutninger.

## 2.3 Problemformulering

Dette fører frem til den konkrete problemformulering:

Hvordan kommer det indlagte 11-15 årige psykosomatiske barns perspektiv til udtryk i den pædiatriske sygeplejerskes dokumentation af psykosociale faktorer?

Konkrete undersøgelsesspørgsmål:

Hvilke specifikke psykosociale faktorer ud fra barnets perspektiv er synlige i sygeplejerskens dokumentation i VIPS?

Hvilken sammenhæng ses mellem specifikke sociodemografiske forhold og dokumentationen?

### **3. Metodeovervejelser**

Når man går til praksis for at indsamle empiri, er det med det formål at opnå viden, så man kan skabe grundlag for at øge kvaliteten i plejen. Man benytter en bestemt metode relativt til det problem, der skal undersøges (32). Derfor må det initialt vurderes, hvilken metode, der får fat i det fænomen, der ønskes undersøgt.

Problemstillingen her lægger op til at undersøge forekomsten af psykosociale faktorer ud fra barnets perspektiv i sygeplejerskens dokumentation. Epidemiologien er den videnskabelige disciplin, som ved kvantitative beskrivelser og analyser, søger at beskrive forekomst af sygdom eller fænomener og identificere faktorer, der påvirker disse (33). Den kvantitative metode er derfor valgt i denne undersøgelse.

#### **3.1 Den kvantitative metode**

Den kvantitative metode har sit udspring i den positivistiske tankegang, kendetegnet ved den antagelse, at der foreligger en virkelighed, der kan iagttages, verificeres eller falcificeres ved hjælp af målinger og tal, og derved vise noget om sandheden om verden (34). Den kvantitative metode er kendetegnet ved indsamling af data, der operationaliseres og gøres målbare, faste svarmuligheder er defineret på forhånd og resultaterne analyseres ved brug af statistik. Der knytter sig et krav om systematik hertil, hvorfor kvantitative studier forløber i en lineær proces fra problem/hypotese, operationel definition af begreber og variable, dataindsamling, resultater/analyse og svar på problemstillingen (35). Der tilstræbes kontrol og objektivitet med det formål at minimere bias og sikre præcision og validitet, og et mål er at kunne generalisere mulige fund til andre end studiepopulationen (35).

#### **3.2 Deskriptive tværsnittsdesign**

Denne undersøgelses formål er at observere, beskrive og dokumentere forekomsten af det psykosomatiske barns perspektiv i sygeplejerskens dokumentation. En observerende, deskriptiv undersøgelse i et retrospektivt tværsnittsdesign er derfor valgt som overordnet design. Da der indgår beskrivelse af sammenhænge i forhold til sociodemografiske karakteristika, har undersøgelsen elementer af et korrelationsstudie, hvis formål er at afdække og beskrive mulige sammenhænge

mellem variable, men ikke dokumentere årsag og virkningssammenhænge (35,36).

Et tværsnitsdesign indeholder data indsamlet på et bestemt tidspunkt, og er egnet til at beskrive status på en sygdom eller et fænomen på det givne tidspunkt, men indfanger ikke forandringer over tid i forhold til fænomenet (35). Når man vil undersøge de umiddelbare ”symptomer” (dokumentationen), og problemet har en kort tidshorisont (en indlæggelse), er et tværsnitsdesign velegnet (33). I en deskriptiv tværsnitsundersøgelse kan beskrives prævalens, der udtrykker bestanden af sygdom/fænomen på et givet tidspunkt. Prævalens giver kun mening, når både tidspunkt og studiepopulation er angivet (33).

For at sikre en undersøgelses validitet og reliabilitet må det empiriske materiale indeholde oplysninger, der kan svare på de stillede spørgsmål. Spørgsmålene i problemformuleringen skal derfor føre frem til valg af materiale og analyseredskab, for at det kan garantere gyldighed og pålidelighed i resultaterne (37). Materialet i denne undersøgelse er VIPS sygeplejelogbøger (VIPS), idet de efterspurgte psykosociale faktorer udfra barnets perspektiv skal findes i den skriftlige dokumentation. Tidspunktet er angivet indenfor en præcis afgrænset periode, i forhold til konkrete indlæggelser. Det anvendte analyseredskab er deskriptiv og interferens statistik.

### 3.3 Datamateriale

Det empiriske datamateriale udgøres af VIPS. VIPS har været anvendt i børneafdelingen på Aalborg Sygehus gennem de seneste otte år, fra 2004 (ref. Oversygepl. K.Ørskov). I denne undersøgelse udgør målpopulationen alle VIPS, oprettet på indlagte 11-15 årige psykosomatiske børn på Aalborg Sygehus i denne otte-årige periode, idet målpopulationen er defineret ved den population, studiepopulationen skal repræsentere (33).

### 3.4 Studiepopulation

En undersøgelses studiepopulation er de konkrete personer eller objekter, der inkluderes i undersøgelsen og er en stikprøve/sample af den samlede målpopulation (33). Ud af den otte-årige periode, hvor VIPS har været anvendt som dokumentationsredskab vælges studiepopulationen som en stikprøve på to år ud af de otte år.

I kvantitative studier stræbes ofte efter så stor en sample som muligt, da det sikrer repræsentativitet. Repræsentativitet opnås, når karakteristika i sample afspejler karakteristika i målpopulationen (35). Større sample giver mere sikre estimater, og validiteten kan være truet, hvis sample er for lille. Samtidig er størrelsen alene ingen garanti for validiteten, der må også vurderes på metoden til udvælgelse af sample (35).

Den to-årige periode, som stikprøven repræsenterer, er valgt fra de sidste to år (2010-2011), idet denne periode afspejler den aktuelle dokumentationspraksis.

Til trods for den manglende diagnosekode for psykosomatik, er der defineret en række specifikke symptomer, der indgår i symptombilledet (9,10). For at sikre repræsentativitet i stikprøven er derfor initialt foretaget en gennemgang af alle VIPS på psykosomatiske børn i den valgte to-årige periode med registrering af psykosomatiske symptomer, der er angivet i VIPS som kontaktårsag (Bilag 1). Herefter er alle VIPS fra denne periode udtaget ud fra de valgte in og eksklusionskriterier, som defineres og begrundes nedenfor.

Uanset samplingsmetode vil der altid være en risiko for, at stikprøven er atypisk og ikke afspejler målpopulationen, da der kan være en under eller overrepræsentation af bestemte symptomer (35), og dermed risiko for sampling bias. Dog er denne metode og den seneste to-årige periode fastholdt, ud fra en vurdering af rammerne for denne undersøgelse. Desuden afspejler de sidste to år den aktuelle dokumentationspraksis, og endelig er det verificeret via registrering af symptomer, at data fra to år giver en rimelig spredning af variationen af symptomer (Bilag 1) og dermed det bedste estimat, omend det er forbundet med en vis usikkerhed, når stikprøven er lille (33).

Der er desuden registreret sociodemografiske data, der beskriver karakteristika for studiepopulationen. De sociodemografiske data understøtter ligeledes stikprøvens repræsentativitet og bidrager til at afdække, i hvilken grad resultaterne kan generaliseres ud over målpopulationen (36). De sociodemografiske data anvendes som udgangspunkt for en vurdering af sammenhæng i forhold til dokumentationen.

De valgte sociodemografiske faktorer er alder, køn, søskende, sygdom i familien, familiestruktur og antal indlæggelsesdage. De specifikke sociodemografiske faktorer er valgt på baggrund af relaterede studier. Undersøgelser viser signifikante forskelle i psykosomatiske symptomer afhængig af køn (1,8,12,38). Studier har belyst, at skilsmisse og sygdom blandt forældre/ søskende kan være en risikofaktor for udvikling af psykosomatiske symptomer (5,8,11). Alderen er valgt, idet aldersgruppen 11-15 årige rummer et stort aldersspænd og ikke kan betragtes som en homogen gruppe (21). Aldersgruppen kan kategoriseres som værende i pubertetsperioden, men de 11 årige må i højere grad betragtes som børn og de 15 årige som unge. Det har betydning i forhold til deres kognitive udvikling og måde at udtrykke sig på om egne psykosociale faktorer.

Skolebørnsundersøgelsen (1), der har undersøgt 11-15 årige skolebørns psykiske mistrivsel, deler da også af samme grund børnene op i 3 grupper, 11-, 13- og 15 årige.

Studiepopulationen er inkluderet ud fra følgende kriterier:

Inklusionskriterier:

VIPS er oprettet på børn, indlagt i børneafdelingen på Aalborg Sygehus, med psykosomatiske symptomer, i perioden Januar 2010 - Januar 2012.

Aldersgruppen er 11-15 årige børn begrundet i aldersgruppens udviklingstrin, kendetegnet ved, at de 11-15 årige er i stand til at problematisere over egne psykologiske forhold (21). Desuden viser studier, at skolebørn i særlig grad oplever psykisk mistrivsel og er i stand til at fortælle om deres egen situation (1,4,12,15).

Indlæggelsestiden er minimum fem dage, da udredningen med grundig objektiv undersøgelse forløber over flere dage (9). Denne udredning skal danne baggrund for at stille en psykosomatisk diagnose.

Eksklusionskriterier:

Børn, der diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose

Børn med en grundlæggende fysisk sygdom

Børn af anden etnisk herkomst end dansk, da sproglige barrierer kan betyde forståelsesmæssige problemer i henhold til de definerede begreber.

Der er ved gennemgangen af VIPS fra to år fundet 35 mulige. Af disse opfylder 30 inklusionskriterierne (fire udgår, idet indlæggelsestiden er under fem dage og én udgår pga. grundlæggende fysisk sygdom). Denne stikprøve udgør undersøgelsens empiriske materiale, hvilket svarer til undersøgelsens studiepopulation. Stikprøven er udtaget systematisk i ét ud af de fire afsnit, der udgør børneafdelingen på Aalborg Sygehus.

### 3.5 Statistiske metoder

Data er indtastet i Epidata. Stata (The STATA 9 software package) er anvendt i analysen. Der anvendes deskriptiv og interferens statistik.

De sociodemografiske data (køn, familiestruktur og sygdom i familien) er beskrevet ved prævalensproportion. Prævalensproportion angiver i % den andel af studiepopulationen, der på et givet tidspunkt har det fænomen eller den sygdom, der undersøges (33).

Beregning af middelværdi (mean) med tilhørende standarddeviation (SD) er anvendt ved alder og antal søskende. Spredningen (SD) er et mål for variationen, og beskriver variationen i den population, der studeres, således at gennemsnittet  $\pm 1.96$  SD ideelt set vil rumme 95% af populationen. Middelværdi og spredning giver en god sammenfattende beskrivelse, når data er normalfordelte (33), hvilket er tilfældet her i forhold til børnenes alder og antal søskende.

Beregning af median og percentiler er foretaget ved antal indlæggelsesdage, da data er asymmetriske og ikke normalfordelte med en skæv positiv højredrejning. Medianen (50% percentilen/2. kvartil) angiver den ”midterste” værdi, hvor der er lige mange lavere og højere

observationer. 25% percentilen/1.kvartil og 75% percentilen/3.kvartil anvendes til en opdeling af observationer i lige store grupper. 4. kvartil udgør det største tal, 0. kvartil udgør det mindste (33,39).

Der er beregnet prævalensproportion (%) i forhold til den totale forekomst af antal dokumentationer med barnets perspektiv i den udvalgte stikprøve.

Der estimeres proportioner (%) på andelen af dokumentationer med barnets perspektiv på de 4 kategorier af psykosociale faktorer: emotionel, relationel, skole og søvn, tilsvarende på dokumentationer med forældre, sygeplejerske og "ikke angivet" perspektiv. Proportionerne estimeres ligeledes i forhold til fordeling af perspektiv på de specifikke kategorier.

Ved beregning af proportion kan værdien opfattes som en konkret beskrivelse, der kun gælder for studiepopulationen eller som et estimat af den "sande" middelværdi i målpopulationen, hvor den angiver det generelle niveau/den centrale tendens (33). Dette kan afklares ved statistisk test (40). Med en lille stikprøve bliver estimeringen af middelværdien (gennemsnittet) imidlertid usikker. I denne stikprøve vil beregning af konfidensinterval (CI) resultere i et meget bredt sikkerhedsinterval, der svarer til en stor grad af usikkerhed, hvorfor standard error (SE) og CI ikke giver statistisk mening og derfor ikke er angivet i forhold til prævalensproportionen.

Derimod udføres signifikanstestning i beregninger af mål for sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer - køn, alder, indlæggelsesdage, familiestruktur og sygdom i familie (uafhængig variabel/eksponering) og dokumentationen af barnets perspektiv total (afhængig variabel/outcome). Usikkerheden på stikprøvens estimat udtrykkes ved et 95% prædiktionsinterval (PI) (39), hvilket svarer til at middelværdien i den målpopulation, stikprøven repræsenterer, med 95% sandsynlighed ligger i dette interval (39). Associationen mellem to ikke-normalfordelte kvantiteter beskrives ved Spearmans korrelation. Ved signifikans-testning af hypotesen om ingen association angives P-værdi.

Spearmans korrelation er en ikke-parametrisk metode, baseret på ranks med numerisk outcome variabel, idet svarmulighederne her ikke har en præcis kontinuert skala, men snarere er karakteriseret ved en rangorden/ordnede kategorier (33,39). Korrelationsanalysen anvendes med det formål at kvantificere styrken af sammenhæng mellem 2 numeriske variable, men afspejler ikke en kausal sammenhæng (33).

P-værdien udtrykker sandsynligheden for, at en forskel mellem to grupper (køn, alder, antal indlæggelsesdage, familiestruktur – kernefamilie/skilsmisse, sygdom blandt forældre/søskende -

ja/nej) i relation til dokumentationen er fremkommet ved en tilfældighed. Ved en P-værdi under 0.05 er der mindre end 5% sandsynlighed for, at den forskel, der er fundet, er fremkommet ved en tilfældighed. Data vurderes i forhold til en hypotese om ingen forskel, som betegnes nulhypotesen. Ved en P-værdi under 0.05 forkastes nulhypotesen, der er forskel og resultatet betegnes som statistisk signifikant. Omvendt er en P-værdi over 0.05 et udtryk for, at der ikke er forskel, nulhypotesen accepteres og resultatet er ikke signifikant (33,40).

## 3.6 Dataindsamling

Formulering og strukturering af en akkurat kategorisering og registrering af variable er afgørende i en kvantitativ observationsmetode. De abstrakte begreber må defineres og gøres operationelle, som baggrund for at vurdere, hvordan data kan indsamles og klassificeres (35) og derved undgå misklassifikation. På baggrund heraf må vælges måleskala og svarkategorier, der udgør den model for scoring, som beskrives herunder.

### 3.6.1 Model for scoring af VIPS

I denne undersøgelse vælges spørgeskemaet HBCS-SCL (*Health Behavior in School-aged Children Symptom Check list*) (1) som udgangspunkt for en tilpasset model til scoring af VIPS i forhold til specifikke psykosociale faktorer. HBCS-SCL indeholder spørgsmål til afdækning af psykisk mistrivsel, og er anvendt og valideret nationalt og internationalt. Grundlaget for dette valg er truffet på baggrund af litteratursøgning (Bilag 2 og 3). Der er fundet flere studier, hvor HBCS-SCL er anvendt i skolebørnsundersøgelser (1,6,38). Der er kun fundet få referencer, der sammenligner patientens oplevelser og dokumentation (18,28,41).

Ingen studier har beskrevet metoder til indsamling af data i dokumentationen relateret til patientperspektivet hos børn, og kun få har beskrevet metoder i forhold til voksne. Et studie (28) har udvalgt og anvendt 6 af Virginia Henderson's 14 komponenter for grundlæggende sygepleje som udgangspunkt for spørgsmål til patienterne om deres oplevelse. De har efterfølgende fokuseret på de samme områder i dokumentationen. Et andet (18) har anvendt VIPS søgeordene som udgangspunkt for interviewguide til patienterne og som analyseredskab for dokumentationen.

Generelt findes ingen standard for måling af psykosociale aspekter hos børn (1), men der er udviklet flere enkle og valide tjeklister. De seneste år har en international forskergruppe argumenteret for, at der kan opnåes valide svar på børns mentale sundhed ud fra få spørgsmål. Heriblandt er HBCS-SCL (1).

HBCS-SCL anvender 12 indikatorer på psykisk mistrivsel, samlet i fire kategorier. Målinger baserer sig på børnenes egne vurderinger, relateret til de fire kategorier, som er emotionel og relationel mistrivsel, mistrivsel i skole og lav livstilfredshed (1). Der indgår i HBCS-SCL ikke



præcise definitioner for de enkelte indikatorer. Spørgsmålene er afprøvet på skoleelever i fokusgruppeinterviews, og her er ikke fundet forståelsesmæssige problemer (1), hvorfor det må konkluderes, at de anvendte ord og begreber er en del af de 11-15 åriges sprogbrug. I HBCS-SCL indgår indikatoren *lav livstilfredshed*. Denne er udeladt i denne undersøgelse, da den knytter sig specifikt til spørgeskema eller interview og ikke er et spørgsmål, den pædiatriske sygeplejerske automatisk stiller de indlagte børn. I HBCS-SCL er *søvn* kategoriseret under emotionel mistrivsel, men er her valgt som en selvstændig kategori, da praksis viser, at børn refererer søvnrelaterede oplevelser uafhængigt af andre tegn på mistrivsel.

Med udgangspunkt i HBCS-SCL vælges at samle indikatorer i fire kategorier, tilpasset den aktuelle kontekst og med præcise definitioner for at sikre den begrebsmæssige validitet. Andre studier med fokus på børns psykiske mistrivsel underbygger de valgte definitioner (4,5,8). Endelig er fire kategorier valgt, da studiepopulationen er af en størrelse, der ikke muliggør målbare resultater, hvis opdelingen er mere udspecificeret. De fire kategorier er: *emotionel, relationel, skole og søvn*.

*Emotionel* er relateret til følelser i barnet selv, og indeholder indikatorer, defineret som: ked af det, græder, trist, irriteret, lav stemmeføring, dårligt humør og nervøs. *Relationel* er relateret til barnets følelser i forhold til andre, og indeholder indikatorer, defineret som: føle sig udenfor, hjælpeløs, ensom, alene, muppet og ikke accepteret af andre. *Skole* er relateret til følelser og tanker i forhold til skole og lærere, og indeholder indikatorer, defineret som: pres fra skolearbejde, ked af skole, skoleforsømmelser og manglende støtte fra lærer. *Søvn* indeholder indikatorer, defineret som: urolig søvn, svært ved at sove, træthed, mareridt og indsovningsproblemer.

De fire kategorier udgør de **psykosociale data**. Disse data optælles og registreres på en ordinal/rang skala, hvor antal psykosocialt relaterede sætninger/dokumentationer udfra perspektiv registreres indenfor hver af de fire kategorier.

De **sociodemografiske data** registreres på ordinal/rang skala (alder, antal søskende, antal indlæggelsesdage), og på nominalskala (køn, familiestruktur og sygdom i familie). Familiestruktur er defineret ved to kategorier – kernefamilie, skilsmissefamilie. Sygdom i familien er defineret ved tre kategorier – ingen, forældre/søskende, bedsteforældre.

### 3.6.2 Indsamling af data

Alle inkluderede VIPS scores af to reviewere uafhængigt af hinanden. Efter individuel scoring diskuteres scores udfra de definerede indikatorer, indtil konsensus er opnået og en præcis score fastsættes (42). Denne fremgangsmåde anvendes for at undgå målevariation i form af intra og interobservatør-variation (33). De to reviewere er henholdsvis undersøgelsens forfatter og diabetes

sygeplejerske i børneafdelingens ambulatorium. De to reviewere indgår ikke i den daglige kliniske dokumentationspraksis.

Der er udarbejdet et registreringsskema, der er opbygget med systematisk inddeling i sociodemografiske data, psykosociale data (fire kategorier) og perspektiv (barn, forældre, sygeplejerske, *ikke angivet*). De to reviewere anvender hver sit enslydende registreringsark og er fysisk adskilt under gennemlæsning og registrering. Alle VIPS gennemlæses flere gange. Ved første gennemlæsning er VIPS læst i sin fulde udformning med henblik på at afdække, om de psykosociale faktorer er dokumenteret under de punkter, der i VIPS manualen (19) er defineret til at indeholde disse: kontaktårsag, helbredshistorie, livsstil, social baggrund og psykosocialt. Disse søgeord lægger op til afdækning af psykosociale faktorer og barnets perspektiv. De udgør fem ud af ialt syv undersøgeord i VIPS anamnesen. Ifølge forfatterne til VIPS, skal anamnesen tage udgangspunkt i patientens perspektiv, afdække de komplekse faktorer og dermed danne grundlag for resten af sygeplejeturnalen (29). Det betyder, at der er oprettet et statusark under søgeordet *psykosocialt*, hvor de fortløbende dokumentationer er foretaget. Dette statusark bliver genstand for anden og tredje gennemlæsning. Her er foretaget en objektiv scoring og kvantificering, med markering i registreringsarket hver gang, der forekommer en dokumentation, der hører under de definerede indikatorer indenfor de 4 kategorier.

Da fokus i problemstillingen er at undersøge forekomsten af barnets perspektiv i dokumentationen, registreres ved anden og tredje gennemlæsning ligeledes perspektiv: barn, forældre og sygeplejerske. Perspektivet scores ud fra direkte citater fra barn og forældre eller formuleringer som: ”mor/far fortæller”, ”barnet giver udtryk for”. Sygeplejerskens perspektiv viser sig som: ”barnet ser trist ud, jeg vurderer...”. Praksis har vist, at udsagn ikke altid har en tydelig kildeangivelse, hvorfor betegnelsen ”*ikke angivet*” perspektiv er medtaget. Desuden er i registreringen af data valgt en kategori, der betegnes ”*ikke relateret*”. Den indeholder alle de dokumentationer under søgeordet *psykosocialt* i VIPS, der ikke er relateret til de definerede psykosociale faktorer. Denne kategori er udelukkende medtaget af hensyn til de statistiske beregninger, og er ikke præsenteret i resultaterne.

De sociodemografiske baggrundsdata registreres under anden gennemlæsning.

### 3.7 Ethiske overvejelser

Viden er at finde sandheder om verden (32). Derfor må den første etiske overvejelse være en vurdering af emnets faglige relevans i den kliniske praksis og dermed ønsket om at forfølge sandheden, om muligt at finde evidens, der kan tillade én at konkludere noget og derved føre til den mest effektive pleje.

Når man vil opnå viden, må man altså gå efter sandheden og heri ligger den videnskabelige

forpligtelse og respekt (34). En del af denne respekt er at handle etisk korrekt overfor de mennesker, der involveres (32). Information og inddragelse af personalet i børneafdelingen er derfor af afgørende betydning forud for, undervejs og ved afslutning af undersøgelsen. Respekten omfatter også det datamateriale, der indsamles som empiri. Anonymitet er et basalt krav, når der anvendes data om mennesker (37). Anonymiteten må derfor sikres for de VIPS, der er inkluderet og dermed også de sygeplejersker, der har dokumenteret i de pågældende VIPS. Anonymiteten gælder både ved indsamlingen af data og ved formidling af resultater (37). Journalerne er derfor opbevaret aflåst, anonymiseret og registreret under et id.nr.

Afdelingsledelsen i Børneafdelingen, Aalborg Sygehus har givet tilladelse til gennemførelse af undersøgelsen. Der er foretaget anmeldelse til og givet tilladelse fra datatilsynet ([www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)) (Bilag 4). Der er ikke anmeldt til Videnskabsetisk Komité, da det er et projekt under definitionen registerforskning, kvalitetsudvikling og kvalitetskontrol med retrospektive data, uden behandlings intervensering ([www.cvk.sum.dk](http://www.cvk.sum.dk)).

Der bør altid overvejes fordele og ulemper ved at udføre projekter i egen afdeling, idet afdelingen kan føle sig "udstillet", og alle i afdelingen, der har ansvar for dokumentation, er involveret. Det er på forhånd gjort klart, at undersøgelsen ikke omhandler den enkelte sygeplejerskes praksis, men om dokumentation. Med den aktuelle problemstilling har afdelingens personale reflekteret og undret sig i forhold til eksisterende praksis. De har været en aktiv part i at problematisere dette område, motiveret af ønsket om at skabe betingelser for den bedste sygepleje til indlagte psykosomatiske børn.

## 4. Præsentation af resultater

Kvantitative data svarer i sig selv ikke på de stillede spørgsmål. De må systematisk analyseres ved brug af statistik med det formål at organisere, forstå og formidle data, når et fænomen/sygdom skal beskrives, eller årsager og sammenhænge skal afdækkes (35). I denne undersøgelse analyseres dokumentationen af barnets perspektiv på psykosociale faktorer ved deskriptiv og interferens statistik (afsnit 3.5). Præsentationen af resultater illustreres med figurer og tabeller, for at sikre overskuelighed og objektivitet i præsentationen (40).

### 4.1 Analyse af resultater

Hovedresultaterne af dokumentationen i VIPS beskrives og analyseres herunder med udgangspunkt i to figurer og tre tabeller.

Tabel 1. Sociodemografiske karakteristika for studiepopulationen

Figur 1. Psykosocialt relaterede dokumentationer total – fordelt på perspektiv

Figur 2. Psykosocialt relaterede dokumentationer total – fordelt på kategori

Tabel 2 (a og b). Dokumentation af psykosociale faktorer

Tabel 2a. Dokumentationer med psykosocialt relateret indhold, fordelt på perspektiv (Eksempelvis: Hvor stor en andel udgør barnets perspektiv på den emotionelle kategori af det samlede antal dokumentationer med barnets perspektiv)

Tabel 2b. Dokumentationer med psykosocialt relateret indhold fordelt på kategori (Eksempelvis: Hvor stor en andel udgør de sætninger, der har barnets perspektiv på den emotionelle kategori af det samlede antal sætninger i den emotionelle kategori)

Tabel 3. Sammenhæng mellem sociodemografiske karakteristika og dokumentation

#### **4.1.1 Studiepopulation**

Der blev inkluderet 30 VIPS i undersøgelsen, hvor alle sociodemografiske data er registreret af sygeplejersken. De sociodemografiske karakteristika i denne studiepopulation, angivet i tabel 1, viser en ligelig fordeling på køn med 16 drenge og 14 piger. Familiestrukturen svarer til fordelingen i det omgivende samfund (43) med 70% i kernefamilie og 30% i skilsmisse. Sygdom i familien er til stede i 60% af familierne, med en overvejende repræsentation af sygdom blandt forældre/søskende. Aldersfordelingen mellem børnene viser en jævn og ensartet fordeling (mean 12.6). Der ses derimod stor spredning i antal indlæggelsesdage (5 – 60), med en median på 14.5 indlæggelsesdage. 25% percentilen angiver, at 25% af observationerne har mindre end 9 indlæggelsesdage, og 75% percentilen, at 75% har mindre end 21 indlæggelsesdage.

Tabel 1. Sociodemografiske karakteristika

Karakteristika	Mean(SD)	n	%
<b>Køn</b>			
Pige		14	46.7
Dreng		16	53.3
<b>Alder</b>			
Alder	12.6 (1.3)		
Søskende	1.5 (0.9)		
<b>Familiestruktur</b>			
Kernefamilie		21	70
Skilsmissecfamilie		9	30
<b>Sygdom I familien</b>			
Ingen		12	40
Forældre/søskende		16	53.3
Bedsteforældre		2	6.7
Indlæggelsesdage*	14.5 (9,21)		

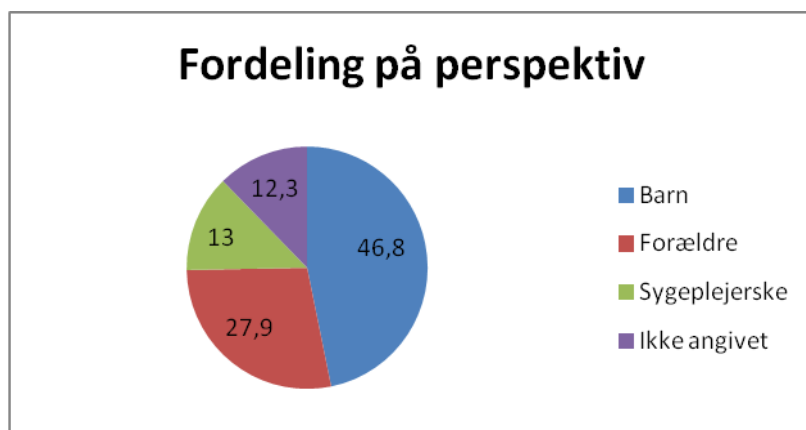
\*pga højræskævhed i data udregnes median og percentil (25%, 75%)

#### 4.1.2 Dokumentation af psykosociale faktorer og perspektiv

Der blev fundet ialt 154 dokumentationer med psykosocialt relateret indhold, fordelt på 30 VIPS. Af det samlede antal (**total**) psykosocialt relaterede dokumentationer, vist i nedenstående figur 1, indeholder 46.8% (n=72) barnets perspektiv. Barnets perspektiv (**total**) udgør således under halvdelen af de samlede dokumentationer med psykosocialt relateret indhold. Forældres perspektiv er repræsenteret med 27.9% (n=43). Sygeplejerske og *ikke angivet* perspektiv udgør henholdsvis 13% (n=20) og 12.3% (n=19).

Middelværdien for antal psykosocialt relaterede sætninger pr. VIPS er 5 (SD 3.1), varierende fra 0-12 sætninger.

Figur 1 Psykosocialt relaterede dokumentationer total – fordelt på perspektiv



Tabel 2a viser, hvordan de psykosocialt relaterede dokumentationer er fordelt på perspektiv indenfor de 4 kategorier.

Som det fremgår af tabel 2a, fordeler dokumentationer med barnets perspektiv sig på de 4 kategorier med godt halvdelen (52.8%) på den emotionelle kategori. Søvn er den næststørste kategori (26.4%) og udgør knap 1/3. Skole og relationel kategori udgør en mindre andel med henholdsvis 11.1% og 9.7%.

Tabel 2a. Dokumentationer fordelt på perspektiv

Kategori*	Barn	Forældre	Sygeplejerske	Ikke angivet perspektiv	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Emotionel	38 (52.8)	22 (51.2)	19 (95.0)	3 (15.8)	82 (53.3)
Relationel	7 (9.7)	3 (7.0)	1 (5.0)	1 (5.3)	12 (7.8)
Skole	8 (11.1)	13 (30.2)	0 (0)	12 (63.2)	33 (21.4)
Søvn	19 (26.4)	5 (11.6)	0 (0)	3 (15.8)	27 (17.5)
Total	72 (100)	43 (100)	20 (100)	19 (100)	154 (100)

\*Tabel 2a læses lodret, dvs. at den viser hvorledes perspektiv fordeler sig på de 4 kategorier.

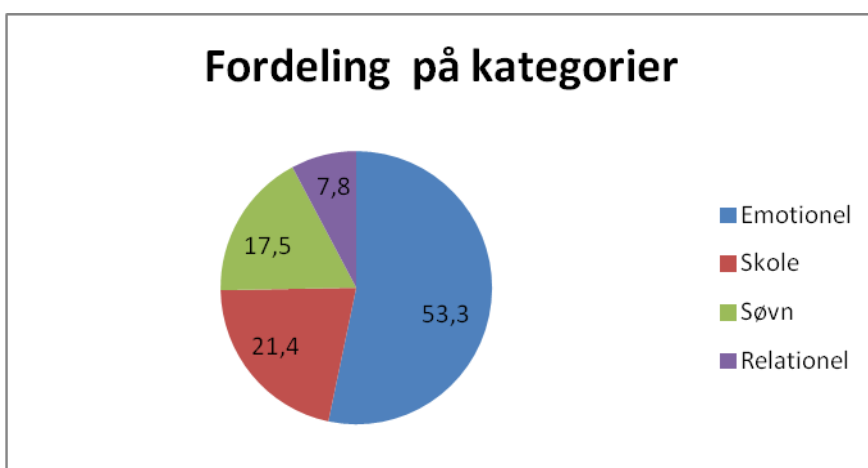
Eksempelvis de 38 sætninger, der har barnets perspektiv i den emotionelle kategori udgør 52.8% af alle de 72 sætninger, der har barnets perspektiv.

Af tabel 2a fremgår ligeledes, at dokumentationer med forældres perspektiv fordeler sig svarende til barnets med hensyn til den emotionelle kategori (51.2%), hvorimod dokumentationer med forældres perspektiv på skole udgør næsten 1/3 del af de samlede forældredokumentationer (30.3%). Dette i modsætning til barnets perspektiv, hvor skolekategorien kun udgør ca.1/10 af dokumentationer med barnets perspektiv.

Dokumentationer med sygeplejerskens perspektiv er næsten udelukkende repræsenteret i den emotionelle kategori (95%). Dokumentationer med *ikke angivet* perspektiv indeholder for 2/3's vedkommende (63.2%) skole kategorien.

Fordelingen (**total**) af dokumentation på kategorier viser ifølge figur 2, at den emotionelle kategori er den hyppigst dokumenterede. Over halvdelen (53.3%, n=82) af det samlede antal dokumentationer hører under den emotionelle kategori, herefter følger skole med 21.4% (n=33), søvn 17.5% (n=27) og relationel 7.8% (n=12).

Figur 2 Psykosocialt relaterede dokumentationer – fordelt på kategori



Tabel 2b viser, hvordan de psykosocialt relaterede dokumentationer er fordelt på kategori.

Med udgangspunkt heri ses, at i fordelingen af perspektiv på den emotionelle kategori udgør forældre og sygeplejerske samme procentdel henholdsvis 26.8% og 23.2%, barns perspektiv udgør næsten halvdelen 46.3%. De dokumentationer, der indeholder kategorien skole har i højere grad har forældres perspektiv (39.4%) og *ikke angivet* perspektiv (36.4%) end barnets perspektiv (24.2%). Kategorien søvn er næsten udelukkende dokumenteret ud fra barnets perspektiv (70.4%). Skole og søvnkategorien er ikke repræsenteret med sygeplejerskens perspektiv. Den relationelle kategori har barnets perspektiv i over halvdelen (58.3%) af det samlede antal relationelle dokumentationer, men da denne kategori er den mindst dokumenterede med 7.8% (n=12) (tabel 2a) udgør den kun en ubetydelig del af det totale antal dokumentationer.



Tabel 2b. Dokumentationer fordelt på kategori

Kategori*	Barn	Forældre	Sygeplejerske	Ikke angivet perspektiv	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Emotionel	38 (46.3)	22 (26.8)	19 (23.2)	3 (3.7)	82 (100)
Relationel	7 (58.3)	3 (25.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	12 (100)
Skole	8 (24.2)	13 (39.4)	0 (0)	12 (36.4)	33 (100)
Søvn	19 (70.4)	5 (18.5)	0 (0)	3 (11.1)	27 (100)
Total	72 (46.8)	43 (27.9)	20 (13.0)	19 (12.3)	154 (100)

\*Tabel 2b læses vandret, dvs. at den viser hvorledes en kategori ses med forskellige perspektiver. Eksempelvis de 38 sætninger, der har barnets perspektiv i den emotionelle kategori udgør 46.3% af alle de 82 sætninger, der omhandler det emotionelle.

#### 4.1.3 Sammenhæng mellem sociodemografiske karakteristika og dokumentation

I tabel 3 er sammenhæng mellem udvalgte sociodemografiske karakteristika og dokumentationen af psykosociale faktorer beregnet ud fra barnets perspektiv. Beregningen er gjort ud fra psykosocialt relaterede dokumentationer **total** (46.8%, n = 72) (tabel 2b).

Den procentvise fordeling af psykosocialt relaterede sætninger viser ingen forskel mellem køn og ingen forskel ved sygdom i familien. Familiestruktur viser en mindre andel dokumentationer ved skilsmissefamilier i forhold til kernefamilie (40.9%/47.2%), men resultatet er ikke signifikant ( $p = 0.911$ ). Dokumentationer i forhold til barnets alder stiger med 7%, hver gang barnet bliver ét år ældre, og i forhold til antal indlæggelsesdage med 1% pr. indlæggelsesdag. Antallet af dokumentationer stiger altså, jo ældre barnet er ( $p = 0.409$ ), og jo flere dage barnet er indlagt ( $p = 0.267$ ). Resultaterne viser dermed en tendens, men er ikke statistisk signifikante.

Sammenfattende gælder for de specifikke resultater, at graden af dokumentation ikke ændrer sig væsentligt i forhold til sociodemografiske karakteristika. Bedømt ved Spearmans correlation vises altså ingen signifikant sammenhæng mellem dokumentationen og de udvalgte sociodemografiske karakteristika, idet alle p-værdier er over 0.05

Resultaterne viser brede sikkerhedsintervaller (95% PI), som et udtryk for den usikkerhed, middelværdierne er bestemt ved. Usikkerheden på estimerne kan her skyldes, at stikprøven er lille.

Tabel 3. Korrelation mellem psykosocialt relaterede sætninger og sociodemografiske karakteristika

Variable	%	95%PI	P
Barns perspektiv – total	46.8	35.9-57.6	
Køn			0.936
Pige	47.2	31.4-63.1	
Dreng	46.3	31.6-61.1	
Alder*	1.07	0.88-1.27	0.409
Indlæggelsesdage*	1.01	0.99-1.02	0.267
Familiestruktur			0.911
Kernefamilie	47.2	34.1-60.2	
Skilsmissefamilie	45.8	26.7-65.0	
Sygdom I familien			0.996
Ingen	46.8	35.4-58.1	
Sygdom	46.7	12.1-81.2	

\*Her angives koefficienten for stigning hhv pr år og dag

## 5. Diskussion

Diskussionen tager sit afsæt i de spørgsmål, der blev rejst i problemformuleringen og de hovedfund, der er udledt af analysen. Disse hovedfund præciseres herunder (afsnit 5.1). Diskussionen indledes med en overordnet sammenfatning af resultaterne. Diskussionen er struktureret og opdelt efter emnediskurs, hvor resultaterne diskuteres op imod anden empirisk viden og teori, og derved afspejler den eksterne validitet. Dernæst følger metodekritik (afsnit 6), hvor diskussionen gælder resultaternes interne validitet med hensyn til metode og materiale (37,44). Der konkluderes på baggrund af diskussionen (afsnit 7), hvorefter der udledes implikationer (afsnit 8).

### 5.1 Sammenfatning af resultater

Sammenfattende viser resultaterne af analysen, at det 11-15 årige psykosomatiske barns perspektiv i sygeplejerskens dokumentation er repræsenteret i under halvdelen af de samlede psykosocialt relaterede dokumentationer i VIPS. Resultaterne viser, at barnets perspektiv forekommer hyppigst på kategorierne emotionel og søvn, og udgør henholdsvis 52.8% og 26.4% af alle dokumentationer, der har barnets perspektiv. Emotionel kategori er den hyppigst repræsenterede i de samlede dokumentationer, også i forhold til forældre og sygeplejerske perspektiv.

På de fire kategorier er der specifikke resultater, der er repræsenteret med store forskelle. Det gælder søvn, der er fordelt med over 70% med barnets perspektiv. Desuden skole, der som den eneste adskiller sig ved, at barnets perspektiv ikke er hyppigst dokumentet. Her udgør forældreperspektivet og *ikke angivet* perspektiv en større andel end barnets perspektiv. Relationel er repræsenteret med mindre end 1/10 af samtlige dokumentationer, og dermed den mindst repræsenterede.

Omend der ikke er fundet nogen signifikant sammenhæng mellem den totale dokumentation af barnets perspektiv og de sociodemografiske karakteristika, viser der sig dog en tendens i forhold til barnets alder og antal indlæggelsesdage. Sygdom i familien og skilsmisse er en risikofaktor for psykosocial mistrivsel, og er hyppigt repræsenteret i undersøgelsen, men har ikke afspejlet sig i dokumentationen i form af flere dokumentationer med barnets perspektiv,

Hovedfund, der gøres til genstand for diskussion:

Barnets perspektiv udgør under halvdelen af de samlede psykosocialt relaterede dokumentationer.

Søvn er overvejende dokumenteret med barnets perspektiv (70.4%).

Den relationelle kategori er repræsenteret med mindre end 1/10 af de samlede dokumentationer.

Skolekategorien er i højere grad dokumenteret ud fra forældres og *ikke angivet* perspektiv, i forhold til barnets perspektiv.

Der ses en stigning i dokumentationer i forhold til alder og antal indlæggelsesdage.

Repræsentation og betydning af sygdom i familien

Repræsentation og betydning af skilsmisse

Ved at undersøge sygeplejerskens dokumentation af det psykosomatiske barns perspektiv på psykosociale faktorer, kan sygeplejersken opnå større indsigt i, hvad der beskrives i dokumentationen som betydningsfuldt for barnet, og skabe forståelse for mulige barrierer i dokumentationen. Ved at anvende denne indsigt målrettet kan planlægning og kontinuitet i sygeplejen til det indlagte psykosomatiske barn styrkes.

Fundene lægger op til en diskussion, der går i to retninger. En diskussion, der retter sig imod forklaringer på betydning af dokumentation af barnets perspektiv i forhold til de specifikke psykosociale faktorer og sammenhængen med sociodemografiske karakteristika. Og en diskussion, der giver anledning til overvejelser over dokumentation af patientperspektivet generelt og VIPS' egnethed i forhold til at rumme patientperspektivet.

I det følgende diskuteres undersøgelsens fund op imod anden forskning om børn med psykosomatiske symptomer, psykisk mistrivsel, børns udviklingstrin, pædiatrisk sygepleje, dokumentation af patientperspektivet, og i forhold til teori/forskning om dokumentation generelt og VIPS modellen. Heraf udledes implikationer for praksis for den pædiatriske sygeplejerskes dokumentation.

## **5.2 Betydning af barnets perspektiv i dokumentationen**

Fundene i dette studie viser en fordeling, hvor barnets perspektiv er til stede i under halvdelen af de dokumentationer, der omhandler de psykosociale faktorer. Det er et faktum, at psykosociale faktorer er årsag til udviklingen af psykosomatiske symptomer (9,10), og at en afdækning af disse årsager må tage udgangspunkt i barnet selv, da symptomerne er barnets måde at udvise emotionel stress. Når årsagen til symptomerne ikke nødvendigvis er kendt af forældrene eller behandler, må denne søges afdækket sammen med barnet (9). Barnets historie må sammen med forældrenes oplevelse af situationen være udgangspunkt i udredningen. Dette bekræftes i et finsk tværnsnitsstudie (12), der dokumenterede signifikant forskel i forældres og børns vurdering af

psykosomatiske symptomer, og understregede betydningen af at inddrage både barn og forældres vurdering.

Dialogen med barnet kan imidlertid være en vanskelig udfordring i praksis, hvad andre kilder (4,5) da også bekræfter, fordi det er følsomme emner, og nogen børn er tilbageholdende med at åbne op. Disse kilder påpeger dog samtidig, at barnet gerne deler sin historie med professionelle, når plads og rammer er givet. Det synes derfor problematisk, at dokumentationen i denne undersøgelse ikke i højere grad afspejler denne dialog med barnet.

Resultatet med under halvdelen af dokumentationerne med barnets perspektiv, må anskues i forhold til de 11-15 åriges udviklingstrin, idet denne aldersgruppes kognitive udvikling netop er kendetegnet ved, at de kan reflektere, tænke abstrakt og derved se sammenhænge og formulere sig om egne psykologiske forhold (21). Grundlaget rent udviklingsmæssigt er derfor til stede for at inddrage børnene i dialogen om trivsel og egne psykosociale problemer. At børnene er i stand til og ønsker at fortælle, når de inviteres til det understøtter den store danske skolebørnsundersøgelse (1). Spørgeskemaundersøgelsen er forudgået af interviews og fokusgruppe diskussioner med børnene, hvor det netop præciseres, at børnene fortæller med omtanke og interesse om deres psykosociale problemer. I klinisk praksis er vilkår og rammer for dialogbaseret sygeplejepsikologi imidlertid en forudsætning, der også skal være til stede.

I børneafdelingens målsætning ( <https://personalenet.rm.dk> ) inviteres til dialog med barnet, idet der er formuleret, at barnets behov skal være i centrum. Det betyder, at respekten for det 11-15 årige barns integritet må sikres ud fra en opfattelse af barnet, som en kompetent fortæller af sit eget liv.

På trods af, at forældre og andres perspektiver afspejler sig i sygeplejerskens dokumentationspraksis i over halvdelen af de psykosociale dokumentationer, giver det dog ikke grundlag for at konkludere, at respekten for barnets integritet ikke er eksisterende i praksis.

Den pædiatriske sygepleje er netop kendetegnet ved at tilstræbe at have en systemteoretisk tilgang. I den systemteoretiske tænkning (14), fremsat af Gregory Bateson, forudsættes, at mennesket ikke kan betragtes som enkeltstående, men som en del af en kontekst. Familien er et system med undersystemer, og indgår i en kontekst af ydre systemer, som der interageres med. Familien betragtes som en integreret enhed, bestående af de enkelte medlemmer og relationerne mellem dem, hvilket har betydning for udøvelsen af den pædiatriske sygepleje. Denne betydning for det indlagte barn må derfor resultere i, at fokus målrettes både barnet selv, relationer og samspil i familien.

Set i lyset af den systemteoretiske forståelse, hvor både barnets og forældrenes oplevelse har betydning, giver det mening og forklaring på de dokumentationer, der har forældrenes perspektiv.

På den anden side må det dog fastholdes, at det er afgørende at få barnets perspektiv frem, når det drejer sig om psykosociale årsagssammenhænge, hvor forældre og børn kan have divergerende opfattelser, hvilket Santalahti et al.(12) netop fandt i deres skolebørnsundersøgelse. De påpegede vigtigheden af at spørge barnet selv, fordi forældrene kunne overse barnets symptomer. Crushell et al. (11) viste i deres studie af børn med mavesmerter en overrepræsentation af forældre, der var fokuseret på en somatisk årsagssammenhæng, og understregede den negative konsekvens det kunne få for barnet. Det må derfor konkluderes, hvad disse studier understøtter, at der må fokuseres på en dokumentation, der i højere grad og mere målrettet end aktuelle undersøgelser afspejler, viser barnets perspektiv, da en afdækning og beskrivelse fra barnet selv har betydning fremadrettet i interventioner og begrænsning af barnets trivselsproblemer (1). Sammen med forældrenes vurdering danner barnets beskrivelse grundlaget for indsatsen, når barnet udskrives til andre støtteforanstaltninger i det primære system eller familien selv skal lære at mestre situationen i hjemmet.

Barnets perspektiv på under halvdelen af de samlede psykosocialt relaterede dokumentationer, viser dog kun en flig af dokumentationspraksis. Et øjebliksbillede, som ikke nødvendigvis afspejler den sygepleje, der faktisk er udført. Andre studier har undersøgt og bekræftet dette (28,41). Et italiensk studie har netop kombineret et observationsstudie (41) med retrospektiv survey af sygeplejehandlinger, og viste, at kun 40% af de sygeplejeaktiviteter, der faktisk var udført, var dokumenteret i sygeplejehandlingsjournalen. Desuden afspejlede dokumentationerne i højere grad medicinske og fysiologiske aspekter end psykosociale aspekter. K. Dahl et al. (18) påpegede manglende overensstemmelse mellem patientens egen beskrivelse af sin situation og den efterfølgende dokumentation i VIPS. Der er derfor grundlag for at antage, at der kan være udført sygeplejehandlinger med det formål at afdække det 11-15 årige barns perspektiv på de psykosociale faktorer, uden at de er dokumenteret af sygeplejersken. Når de ikke er dokumenteret kan de til gengæld ikke danne grundlag for den bedste fremadrettede sygepleje og dermed heller ikke tjene som kommunikationsmiddel i det tværfaglige team.

Denne undersøgelse afdækker ikke årsagssammenhænge i forhold til en utilstrækkelig dokumentation af barnets perspektiv. Andre studier giver deres bud på dette (5,45,46). Clausson et al. (5) påpegede, at skolesygeplejersker havde lettere ved at udtrykke børns fysiske frem for psykosociale helbred i journalerne, og begrundede dette med manglende tid, tradition og struktur i dokumentationsmodellen, ligesom etiske dilemmaer som at stigmatisere børnene samt forældrenes mulighed for aktindsigt blev nævnt som barrierer.

I den pædiatriske praksis, kan tid være en faktor, der har betydning, idet en hverdag med et stort krydspres fra mange sider fordrer, at det at vælge og fravælge opgaver er et vilkår.

Der er i praksis en mangeårig tradition for pleje og behandling af 11-15 årige børn med psykosomatiske symptomer, hvorfor de pædiatriske sygeplejersker har opøvet kompetencer indenfor den kliniske dokumentationspraksis på psykosociale aspekter. Det udelukker dog ikke, at der er forskel i de individuelle personlige og faglige kompetencer blandt sygeplejerskerne, hvilket kan afspejle sig i dokumentationspraksis. Jefferies (45) påpegede i et litteraturstudie af 29 artikler, at det at udøve kvalificeret sygeplejerskedokumentation er en kompleks opgave, og understreger hermed, at der er behov for udvikling af en standard eller præcisere en struktur, der kan følges, når patientens situation og oplevelse skal dokumenteres, med det formål at sikre den bedste sygepleje.

Strukturen i VIPS modellen kan derfor også have betydning for dokumentationen af barnets perspektiv på de psykosociale faktorer. VIPS modellens fire nøglebegreber: velvære, integritet, profylakse og sikkerhed danner en overordnet forståelse for sygeplejerskens arbejde og mål (17). VIPS modellen er udformet og tænkt til at kunne rumme patientens perspektiv og har klart definerede søgeord, der muliggør en struktureret dokumentation. Imidlertid er der i flere studier vist (18,31), at den ikke rummer patientens perspektiv og i højere grad afspejler fysiske symptomer. Omend VIPS indeholder søgeordet *psykosocialt*, med tilhørende klare definitioner af begrebet (19), viser resultaterne fra denne undersøgelse altså, at barnets perspektiv ikke i tilstrækkelig grad afspejler sig i dokumentationen under søgeordet *psykosocialt*. Derfor må det manglende patientperspektiv på de psykosociale faktorer også ses i det lys, at der faktisk ikke findes en standard, der sikrer en ensartet terminologi for dokumentation af psykosociale aspekter, ligesom der overordnet heller ikke er konsensus om måling af begreberne psykisk mistrivsel (1). Dette understreger Prideaux (46) i en litteraturoversigt over sygeplejedokumentationspraksis. Her påpeger han, at universelle standarder er påkrævet for at sikre, at det, der er dokumenteret, er i overensstemmelse med den udførte pleje. På samme måde kan standarder minimere risikoen for, at den enkelte sygeplejerskes subjektive forståelse forårsager forskellige tolkninger af den samme kliniske situation. *Ikke angivet* perspektiv og sygeplejerskens antagelser i den skriftlige dokumentation kan flytte fokus fra barnets perspektiv, og afspejler derfor ikke barnets behov og præferencer. Hertil kommer at andre studier (18,30,42,45) har vist, at fysiske optegnelser og præcise beskrivelser af sygeplejerskens konkrete handlinger var fremtrædende i sygeplejerskers dokumentation. De psykosociale aspekter er tilsyneladende vanskeligere at beskrive, hvilket peger på, at der mangler et fælles sprog, der giver klare definitioner på de psykosociale begreber (45).

Denne undersøgelse viser altså resultater, der stemmer overens med andre studier, i forhold til at påvise en manglende dokumentation af patientperspektivet. Dog kan den ikke sige noget om årsagssammenhænge, men retter i særlig grad fokus på måling af psykosociale faktorer, og rejser derved spørgsmålet om behov for udvikling af en standard.



### 5.3 Betydning af fordeling på kategorier

Emotionel kategori udgør godt halvdelen af de samlede psykosociale dokumentationer, og er den hyppigst dokumenterede med barnets (52.8%), forældres (51.2%) og sygeplejerskens (95%) perspektiv. Kategorien indeholder indikatorerne: græder, ked af det, trist, lav stemmeføring, dårligt humør, irriteret. Disse kan afspejle barnets aktuelle tilstand under indlæggelsen, idet de viser sig som fysiske udtryk, der kan aflæses på barnet umiddelbart, og derved ikke nødvendigvis er betinget af dialog. Resultaterne på denne kategori kan derfor både være udtryk for barnets aktuelle tilstand, og afspejle barnets emotionelle tilstand mere generelt. Den store andel af sygeplejerskens perspektiv på denne kategori ses herved som et udtryk for, at den emotionelle kategori i høj grad afspejler barnets emotionelle tilstand nu og her, og ikke nødvendigvis er betinget af dialog. En kvalitativ undersøgelse af indholdet af dokumentationerne er nødvendig for at bringe klarhed over dette, hvorfor denne kategori ikke gøres til genstand for yderligere diskussion.

#### 5.3.1 Søvn

Søvn er valgt som en selvstændig kategori, da børn i klinisk praksis refererer søvnproblemer uafhængig af andre psykosociale faktorer. I andre undersøgelser (1,5,8) er søvn kategoriseret som en del af det emotionelle/relateret til barnet selv. Søvn udgør i undersøgelsen knap 1/5 af de psykosociale dokumentationer og fremgår overvejende med barnets perspektiv (70.4%).

Søvnrelaterede problemer opleves altså af barnet som væsentlige. Skolebørnsundersøgelsen (1) viser tilsvarende resultater. Her angiver over 25% af de børn, der har psykiske symptomer mere end en gang ugentlig, at have svært ved at falde i søvn.

I denne undersøgelse har fokus ikke været at afdække søvnmønstre, men resultaterne viser, at barnet definerer søvn som en betydningsfuld faktor. Der er evidens for, at denne aldersgruppe har et søvnbehov på mere end 9 timers søvn, og at søvnen har afgørende betydning for at fungere optimalt om dagen (47). For lidt søvn og søvnforstyrrelser (svært ved at falde i søvn, mareridt, ofte vågen, træthed om dagen) kan være forbundet med betydelige negative konsekvenser på hverdagslivet med nedsat motivation, emotionelle og adfærdsmæssige problemer. Det viser sig konkret med symptomer som ekstrem træthed, humørsvingninger, koncentrationsbesvær, stress og somatiske symptomer som eksempelvis hovedpine (47). Gilman et al. (48) fandt i deres studie af 13-17 årige signifikant sammenhæng mellem hovedpine og søvnproblemer, omend studiet ikke afklarer, om hovedpine er årsag til søvnforstyrrelser eller omvendt. Et stort amerikansk studie (47) med 384 skoleelever fandt i deres spørgeskemaundersøgelse, at manglende søvn og søvnforstyrrelser var signifikant relateret til øget stress, skoleproblemer og overvægt. Når det psykosomatiske barns symptomer viser sig at være psykiske reaktioner, der manifesterer sig somatisk, er det netop et udtryk for en stressreaktion, der relaterer sig til bagvedliggende

psykosociale årsager. Søvnproblemer kan således både være et symptom af psykosomatisk karakter, og omvendt kan utilstrækkelig søvn også være årsag til andre stressreaktioner.

Ca. 1/10 af forældrenes perspektiv vedrører søvn, hvilket afspejler, at forældrene er mindre engageret og involveret i børnenes søvn med denne aldersgruppe. Studier (47,48) peger dog på, at forældre fortsat må have fokus på søvnens betydning, og hvilke faktorer, der influerer på søvn, for at understøtte gode søvnvaner for barnet.

Der er ikke dokumenteret søvn med sygeplejerskens perspektiv, hvilket illustrerer en praksis, hvor sygeplejersken i højere grad dokumenterer om barnet har sovet, og i mindre grad går ind i en dialog omkring søvn og dens betydning.

Denne undersøgelse afspejler søvn som betydningsfuldt for barnet og mindre fokus fra forældrene, hvilket afspejler, hvad andre studier har vist. Det rejser spørgsmålet om, hvordan sygeplejerskens dialog kan styrkes i forhold til afdækning af søvnproblemer. For den pædiatriske sygeplejerske, der oplever barnet under indlæggelse, er der mulighed for specifikt at observere og italesætte søvnen. Dokumentation om søvn, søvnforstyrrelser og sammenhæng med andre symptomer kan medvirke til fremadrettet at afklare natur og etiologi om dette fænomen (48). For det enkelte barn kan det facilitere fokus på gode søvnvaner med betydning for at minimere stress.

### 5.3.2 Relationer

Den relationelle kategori er repræsenteret med under 1/10 af alle psykosocialt relaterede dokumentationer. Dette er i overensstemmelse med resultaterne i den danske skolebørnsundersøgelse (1), hvor niveauet af relationel mistrivsel ligeledes er lavt, med mindre end 5%. Af flere grunde er det et resultat, der giver anledning til refleksion, idet relationer i forhold til jævnaldrende er essentielt for denne aldersgruppe (21). Hertil kommer, at de store skolebørnsundersøgelser (1,38) har vist, at mangel på støtte fra forældre, udstødning og mobning blandt venner er alvorlige risikofaktorer for børns mentale trivsel. Det 11-15 årige barn befinder sig i en fase mellem tætte forældrerelationer, der samtidig kan være særlig konfliktyldte, og løsrivelse med udbygning og udvikling af de sociale relationer med jævnaldrende. Disse bliver en stadig vigtigere del af barnets liv og indebærer både positive og negative oplevelser. Følelsen af ikke at blive accepteret af kammerater kan præge den unge i negativ retning med mulige symptomer af psykosomatisk karakter (21). Som følge heraf er der grundlag for at ræsonnere, at relationer har betydning også for gruppen af 11-15 årige indlagte med psykosomatiske symptomer.

Omend den begrebslige afklaring på mental trivsel og mistrivsel er noget uklar i litteraturen, indeholder disse aspekter, i forhold til sundhedsstyrelsens definitioner (1), det relationelle med betegnelsen: *"at indgå i menneskelige fællesskaber"* (2 s.15). Resultatet med få dokumentationer på

den relationelle kategori kan derfor skyldes, at begreberne fra den emotionelle kategori og fra skolekategorien rummer relationelle aspekter. Dette svarer til, hvad Freeman et al. (6) fandt i deres canadiske skolebørnsundersøgelse, hvor relationer specifikt blev beskrevet i forhold til forståelse og kommunikation med forældre og i forhold til skolemiljøet med jævnaldrende og lærere. Resultaterne herfra peger på at rette fokus netop mod relationer i familien og skolemiljøet, idet positive familie og skolemiljøer betød lavere forekomst af psykosomatiske symptomer.

### 5.3.3 Skole

På flere afgørende områder er fundene i denne undersøgelse i overensstemmelse med svenske studier (5,8), der relaterede det mentale helbred til barnet selv (emotionelle), familien (relationelle) og skolen, men med særlig opmærksomhed på relationer i familien og skolen.

Skolerelaterede problemer udgør en væsentlig del af de psykosociale faktorer, idet skole kategorien i denne undersøgelse repræsenterer knap ¼ af de samlede psykosociale dokumentationer. Dette svarer til resultaterne fra den danske skolebørnsundersøgelse (1), som viste, at en relativ stor gruppe børn mistrivedes i skolen (15% piger og 19% drenge). Det understøttes ligeledes af den finske og canadiske skolebørnsundersøgelse (6,38), der understregede det positive skolemiljø i form af socialt netværk og support fra kammerater og lærer som betydningsfuldt for oplevelsen af godt mentalt helbred og minimering af psykosomatiske symptomer.

I denne undersøgelse er skolekategorien dokumenteret med barnets perspektiv i mindre grad end forældre og *ikke angivet* perspektiv. Da børnene selv er de eneste, der kan vide præcist, hvad skolerelation og skolemiljø betyder for dem, er det et paradoks, at netop skolekategorien i denne undersøgelse er den kategori, hvor barnets perspektiv er dokumenteret i mindre grad end forældres og *ikke angivet* perspektiv. Praksis viser, at en stor del af de børn, der indlægges med psykosomatiske symptomer har væsentlige skoleforsømmelser, hvilket bekræftes i flere danske studier (1,3). Dokumentationen kan tyde på, at den pædiatriske sygeplejerske ikke målrettet går i dialog med barnet omkring dette, men i højere grad registrerer skoleforsømmelser (*ikke angivet*) uden at gå ind i årsagsafklaring, ligesom forældrenes udtalelser får mere plads. I de svenske studier (5,8) blev påpeget, at skolen var afgørende for børns mentale trivsel. Skolesygeplejersker i disse studier oplevede, at børn i stigende grad kom til dem med deres psykiske problemer, og at disse ofte var relateret til skolemiljøet. Skolemiljøet blev beskrevet med negative påvirkninger i form af et stressfyldt studiemiljø, for lidt tid fra læreren, konkurrence og mobning. De svenske studier baserer sig dog ikke på børnenes egne udtalelser, hvilket er en svaghed i forhold til dette studie. I den finske skolebørnsundersøgelse (38) var resultaterne derimod baseret på 12 årige skolebørns egne udtalelser ud fra HBCS, og her vistest signifikant sammenhæng mellem manglende social støtte fra skole og oplevelsen af dårligt fysisk og mentalt helbred.

I pædiatrisk afdeling har det tværfaglige team tilknyttet lærere, og børnene følger som udgangspunkt dagligt undervisning i sygehusets skole. Her har lærerne en unik mulighed for dialog med barnet om skolerelaterede sammenhænge. Hertil kommer, at lærerne deltager i de ugentlige tværfaglige psykosomatiske konferencer, hvor der planlægges interventioner for det enkelte psykosomatiske barn. Lærerne har mulighed for at bidrage med værdifuld information, der kan indgå i dokumentationen med henblik på fremadrettede tiltag. Det må, på baggrund af studier med skolesygeplejersker (5,8), antages, at børnene i højere grad vil dele deres skolemæssige problemer med lærere og skolesundhedsplejersker, idet de repræsenterer skolemiljøet i modsætning til sygeplejersker i sengeafdelingen. Den danske skolebørnsundersøgelse (1) understreger da også skolesundhedsplejen og lærernes rolle som afgørende elementer til at tackle skolebørns problemer. De svenske undersøgelser (5,8) understøtter netop skolesygeplejerskernes unikke mulighed for at afdække børnenes problemer.

#### 5.4 Betydning af sammenhænge

Sygeplejerskens dokumentation af barnets perspektiv er ikke signifikant associeret med de sociodemografiske karakteristika. Til gengæld afspejler undersøgelsen en praksis, hvor den pædiatriske sygeplejerske er opmærksom på at få indhentet og registreret de sociodemografiske baggrundsdata, idet alle valgte sociodemografiske karakteristika er registreret i alle inkluderede VIPS, herunder familiestruktur og sygdom i familien.

I denne undersøgelse afspejler studiepopulationen befolkningen generelt i forhold til skilsmisseprocent. Sygdom i familien er repræsenteret i 60% af de inkluderede. Flere studier (4,6,8,11) har vist, at sygdom i familien og skilsmisse er risikofaktorer for udvikling af psykisk mistrivsel hos børn. Omend de fleste studier om børn med psykisk mistrivsel/psykosomatiske symptomer ikke har fokus på sygeplejerskens dokumentation, men alene på psykosociale faktorer, findes flere eksempler på dokumenteret sammenhæng mellem psykosomatiske symptomer og sociodemografiske karakteristika. Hostein et al (1) fandt i skolebørnsundersøgelsen signifikant højere grad af psykisk mistrivsel i forhold til skilsmisse – særligt hos piger. Santalathi et al (12) fandt signifikant sammenhæng med moderens socioøkonomiske status, derimod fandtes her ingen sammenhæng med familiestruktur. Til gengæld fandt Crushell et al (11) signifikant sammenhæng mellem mavesmerter hos barnet og moderens egne smertesymptomer. Kvalitative studier (4-6,8,11) har afdækket problemer i familien (skilsmisse, det at bo på skift hos forældre, skænderier, ikke at føle sig hørt og set, forældres stress) og sygdom i familien, specielt hos forældre (stress, depression, kronisk sygdom) som betydningsfulde for barnets psykiske mistrivsel. Der findes altså dokumentation for denne sammenhæng, omend den ikke har indflydelse på dokumentationen i denne undersøgelse. På trods af en repræsentation med 60% sygdom i familien og 30% fra

skilsmisse familier, afspejler dokumentationen ikke en øget opmærksomhed fra sygeplejerskerne i dialogen med børn fra disse familier.

Derimod retter den forholdsvis store procentdel, der har sygdom i familien, et andet fokus, nemlig at de børn, der oplever sygdom i den nærmeste familie som en del af deres hverdagsliv, har en øget risiko for at få stressrelaterede symptomer. Dette er kendt fra andre studier, der har fokus på børn, der oplever alvorlig eller kronisk sygdom i familien. Et tværfagligt projekt på Aalborg Sygehus har afdækket, at søskende til børn med kræft oplever psykiske stressreaktioner, som følge af at blive glemt eller overset (49). Fokus på børn af psykisk syge forældre viser, at de savner nogen at tale med, føler sig isoleret og påtager sig stort ansvar for forældrenes sygdom. De har brug for at dele med voksne for at kunne håndtere deres hverdag og opretholde mental trivsel (50).

I denne undersøgelse afspejler repræsentationen af skilsmisse andelen af skilsmisse i samfundet. Fra Børnerådets rapport i 2011 om skilsmissebørns oplevelser (43) ved man, at der er betydelige andele af skilsmissebørn, der oplever alvorlige udfordringer, såsom ikke at have nogen at tale med, problematiske forældreforhold, eller en forringelse af forholdet til en eller begge forældre (43). På den baggrund må sygeplejersken have særlig opmærksomhed på disse sårbare grupper.

Undersøgelsen har vist en stigning i dokumentationen med 7% hver gang barnet bliver ét år ældre. Til sammenligning viser den danske skolebørnsundersøgelse (1) ikke en systematisk variation i forhold til alder. Stigningen i denne undersøgelse må forklares ved barnets udviklingsstrin, der tilsyneladende har betydning for dialogen og den efterfølgende dokumentation. Stigningen må ses som et udtryk for, at det 11-12 årige barn udviklingsmæssigt stadig er konkret tænkende, har brug for konkrete rammer og illustrationer for at kunne se løsninger. Det 11-12 årige barn kan ikke ræsonnere abstrakt i samme grad, som det 13-15 årige barn, der i højere grad er i stand til at formulere sig om egne psykologiske forhold (21). Det findes derved sandsynligt og styrkes fundenes validitet, at flere dokumentationer følger med højere alder. Sygeplejersken må altså være bevidst om det 11-12 årige barns tænkning for derved at kunne tilrettelægge en samtale indenfor konkrete og overskuelige rammer.

Der ses en mindre stigning på 1% for hver dag barnet er indlagt. Dette understøtter ligeledes studiets validitet, idet der er en logisk sammenhæng i, at sygeplejersken opnår bedre kendskab til barnet ved en længere indlæggelse, får mulighed for flere samtaler, som afspejler sig i dokumentationen. Da nogle indlæggelser strækker sig over forholdsvis få dage må sygeplejersken derfor fra starten være fokuseret på at skabe et miljø, der er præget af tillid, således at både barn og familie oplever tryghed i forhold til at åbne op i samtalen.

Der er ikke fundet andre studier, der har undersøgt forekomst af dokumentation på indlagte børn, hvorfor resultaterne ikke kan understøttes af anden empiri.

## 6. Metodekritik

Det afgørende, når der laves undersøgelser, er ikke hvilken type undersøgelse, der er tale om, men undersøgelsens kvalitet. En veldokumenteret sammenhæng handler om, hvorvidt undersøgelsen er tro mod sine data (32). Undersøgelsens resultater må derfor vurderes i lyset af dens metode og design og disses styrker og svagheder, hvilket vurderes i den interne validitet. Den interne validitet vedrører resultaternes gyldighed i forhold til den målpopulation, den repræsenterer (33,36), og må vurderes for at afgøre om formålet er fulgt på en troværdig måde.

Enhver analyse er en tolkning af noget (32), hvilket også gælder i denne kvantitative undersøgelse, omend den kvantitative viden traditionelt har været karakteriseret som den videnskab, der har præcise, sikre data og dermed objektiv fortolkningsfri viden. Derfor er balancen mellem tillid til statistiske procedurer kombineret med tilsvarende tillid til den kliniske dømmekraft afgørende. Den interne validitet diskuteres i forhold til disse anskuelser.

### 6.1 Metode

Hensigten med denne undersøgelse har ikke været at afdække årsagssammenhænge. Derimod har formålet været at beskrive sygeplejerskens dokumentation af barnets perspektiv på psykosociale faktorer. Eftersom forekomsten af barnets perspektiv var det spørgsmål, der blev stillet, blev den kvantitative metode med et retrospektivt tværsnitsdesign valgt. Det betyder i denne undersøgelse, at der ved hjælp af præcision og systematik blev søgt efter det generelle og gennemsnitlige i dokumentationen af barnets perspektiv, for at finde repræsentative træk. Ved en kvantificering af dokumentationen på et givet tidspunkt, som blev udtrykt ved beregning af prævalens, var det muligt at skabe overblik over fænomenet.

I undersøgelsen indgik imidlertid også beregning af sammenhænge. Designmæssigt giver et tværsnitsstudie ikke mulighed for at fortolke årsagssammenhænge, idet eksponering og outcomevariable indhentes samtidigt og andre forhold kan have betydning. Imidlertid er det næppe et problem i forhold til konkret at afdække sammenhænge mellem specifikke sociodemografiske karakteristika og dokumentation, da de sociodemografiske karakteristika optræder forud for dokumentationen, og dokumentationen omvendt ikke har indflydelse på disse. Andre forhold som tid, tradition, VIPS modellens struktur er nævnt i diskussionen som betydningsfulde i forhold til forekomsten af barnets perspektiv i dokumentationen. Imidlertid er de nævnte forhold ikke indbyrdes associeret med de sociodemografiske karakteristika, og kan derved ikke udgøre en confounder (33).

Den valgte metode og design har derfor vist sig anvendelig i forhold til at svare på de stillede spørgsmål.

Det objektive er i undersøgelsen søgt sikret ved en stringent fremgangsmåde, angivet ved præcise definitioner på variable, perspektiv og valg af metode. Dette bidrager til at styrke undersøgelsens resultater. Det må omvendt tages i betragtning, at de psykosociale variable, der danner grundlag for de statistiske fund, kan betegnes som kvalitative/bløde data (emotionel, relationel, skole og søvn). Disse variable er ikke gensidigt udelukkende, hvilket kan føre til misklassifikation i form af en over eller undervurdering af prævalensen i dokumentationen for de enkelte kategorier. Der er tilstræbt at undgå misklassifikation vha. præcise definitioner på variable.

Valget af fremgangsmåden med 2 reviewere og gentagne gennemlæsninger af det empiriske materiale er valgt for at sikre reliabilitet, således at der ikke forekommer målebias. Derimod er det ingen garanti for, at der ikke kan forekomme en vis grad af måleusikkerhed (33) i form af intra og interobservatør variation. Den enkelte observatør kan have haft en vis grad af variation i sin scoring af de enkelte VIPS, det samme gælder i forholdet mellem de to reviewere. En sådan måleusikkerhed kan have medført, at estimaterne er blevet mere usikkert bestemt.

Studiepopulationens størrelse har betydning for estimaternes grad af præcision. Med en lille stikprøve bliver estimeringen af gennemsnittet mere usikker (33). Der er derfor valgt udelukkende at præsentere de robuste tal (prævalensproportion) i beskrivelsen af forekomsten af perspektiv. De brede sikkerhedsintervaller i korrelationsanalysen afspejler denne usikkerhed, idet de viser usikkerheden på stikprøvens estimat. Omend P-værdierne ikke er signifikante, viser den procentvise opgørelse af dokumentationer på perspektiv og korrelationsanalysen samlet set dog nogle klare tendenser, der underbygger studiets reliabilitet.

Udvælgelse af stikprøven samt in og eksklusionskriterier bidrager til at undgå selektionsproblemer. Stikprøven er valgt ud fra en samlet oversigt over psykosomatiske børn med psykologkontakt, indenfor en to-årig periode. Imidlertid kan der være tale om et mindre bortfald, idet der kan forekomme børn, der ikke er blevet registreret på listen med psykologkontakt, hvorfor deres VIPS ikke kan indgå. Ligeledes kan der i forhold til in og eksklusionskriterier være tilfælde, hvor der er tale om en gråzone med hensyn til at skelne mellem en somatisk og psykosomatisk sygdom.

Når man foretager undersøgelser i klinikken, må man være opmærksom på, at der kan forekomme en vis grad af *Hawthorne effect* (35). Denne er kendetegnet ved det faktum, at opmærksomheden på, at man indgår i et studie kan medføre ændret adfærd, hvilket kan have effekt på outcome variabelen. Imidlertid er data indsamlet fra en periode, hvor størstedelen foreligger før undersøgelsen blev annonceret, hvorfor det vurderes ikke at have nogen væsentlig betydning her.

En undersøgelses eksterne validitet er i høj grad overvejelser over i hvilket omfang resultaterne antages at have gyldighed ud over den repræsenterede målpopulation (36). Denne undersøgelse har kastet lys over en problemstilling, der ikke hidtil har været undersøgt, men kan ikke nødvendigvis generaliseres. Diskussionen har dog illustreret, at andre studier har fundet og beskrevet det manglende patientperspektiv i dokumentationen. Omend kun få studier har belyst dokumentation i forhold til børn (5,27), har de valgte studier med voksne patienter som målgruppe vist enslydende fund (5,18,28,30,41,42,45).

For alle børn gælder, at barnets behov må være det centrale, og desuden altid vurderes i samspil og samarbejde med forældre og familie. Uanset diagnose må den pædiatriske sygeplejerske fokusere på hele barnet (14) herunder også de psykosociale faktorer. På den baggrund må antages, at undersøgelsens resultater har gyldighed i forhold til andre børn, hvor VIPS anvendes som dokumentationsredskab.

## **7. Konklusion**

Konklusionen har til formål at sammenfatte undersøgelsen, svare på problemstillingen ud fra en beskrivelse af hovedfundene, styrker og svagheder og betydning for validiteten (37). Konklusionen er således opbygget med kortfattet gennemgang af alle kapitler fra baggrund/ problem til diskussion, med det formål at vise sammenhæng mellem problemformulering, den valgte metode og konklusion.

### **7.1 Konklusion på undersøgelsen**

Indlagte psykosomatiske 11-15 årige udgør en gruppe sårbare børn, der har udviklet psykosomatiske symptomer som reaktion på psykosocial stress i deres hverdagsliv. Barnets perspektiv på de psykosociale faktorer må derfor afdækkes. Imidlertid har praksis peget på, at barnets perspektiv ikke afspejler sig tilstrækkeligt i sygeplejerskens dokumentation. Manglende patientperspektiv i dokumentationen er fundet i andre studier med voksne patienter, men er ikke undersøgt i en pædiatrisk kontekst med psykosomatiske børn.

Formålet med dette masterprojekt har derfor været at afdække, hvordan det indlagte 11-15 årige psykosomatiske barns perspektiv er udtrykt i den pædiatriske sygeplejerskes dokumentation ved at undersøge forekomsten af specifikke psykosociale faktorer i VIPS, og identificere mulige sammenhænge mellem dokumentation og sociodemografiske karakteristika.

Det empiriske materiale var VIPS sygeplejeturnaler, udvalgt som en stikprøve på 30 VIPS fra en to årig periode på et afsnit i børneafdelingen på Aalborg Sygehus. Undersøgelsen blev gennemført



som et kvantitativt studie, i et retrospektivt, deskriptivt tværsnitsdesign, hvor VIPS var genstand for scoring udfra definerede psykosociale parametre og perspektiv. En del af undersøgelsen var et korrelationsstudie. Studiepopulationen på 30 VIPS kan betragtes som et lille materiale i en kvantitativ sammenhæng. Dette er beskrevet som en mulig årsag til en vis usikkerhed på estimaterne. Omvendt har den valgte periode afspejlet den aktuelle dokumentationspraksis og er repræsentativ i forhold til et varieret antal psykosomatiske symptomer, ligesom der er peget på tendenser i forhold til sammenhæng, omend ingen signifikans er påvist.

Hovedfundene i undersøgelsen viser en repræsentation af barnets perspektiv på under halvdelen af de samlede psykosociale dokumentationer, et resultat, der afspejler, at den pædiatriske sygeplejerske ikke altid har dialogen med barnet i centrum. På baggrund af undersøgelsens resultater og den efterfølgende diskussion må samlet konkluderes, at barnets perspektiv i dokumentationen er en forudsætning for at kunne tilrettelægge og udføre en sygepleje, der tilgodeser barnets behov. Heri ligger implicit, ud fra en systemteoretisk tankegang, en forståelse af barnet som en del af en kontekst med familie og relationer. Barnet er i udgangspunktet i stand til at deltage med sin egen historie, når sygeplejersken skaber vilkår og rammer for dialog, og gør barnet til centrum. Samtidig påpeges, sammenholdt med andre studier, at der kan være udført samtaler med fokus på barnets perspektiv, der af forskellige årsager ikke er dokumenteret. Denne undersøgelses fund peger derfor i retning af, hvad andre kilder har påpeget, at der mangler en standard og systematik i sygeplejeturnaler til optimering af patientperspektivet i sygeplejerskers skriftlige dokumentation af psykosociale faktorer. Undersøgelsen understreger hermed behovet for at udvikle en specifik model/standard som udgangspunkt for dialog med barnet og den efterfølgende dokumentation. En sådan kunne have sit afsæt i allerede validerede spørgsmål, som f.eks. kategorierne i HBCS-SCL.

Fordelingen af perspektiv på kategorier og kategoriernes procentvise fordeling i dokumentationen har specifikt afdækket betydningen af relationer, søvn og skole, med implikationer for en proaktiv indsats for den pædiatriske sygeplejerske, forældre, skolelærerne og andre fagprofessionelle i det tværfaglige team og i primær sektor.

Konkret har undersøgelsen vist, at søvn er betydningsfuldt for barnet, men har mindre fokus fra forældre og sygeplejerske, hvorfor der er behov for at skærpe både sygeplejerskes og forældres fokus på barnets søvnmønster.

Skolerelaterede problemer må i højere grad søges afdækket i forhold til barnet, i et tæt samarbejde med sygehusets ansatte lærere. Ligesom et bredere samarbejde med skolesundhedsplejen, inden barnet udskrives, må styrkes.

Det relationelle fylder mindre i dokumentationen. Det relationelle kan dog afspejle sig i de øvrige kategorier, ligesom andre studier samstemmende påpeger, at relationer har særlig betydning i forhold til familie og skolemiljø. Sygeplejersken må derfor italesætte disse relationer ud fra sin viden med henblik på at afdække problemer og finde mulige ressourcer, der kan være en støtte for barnet efter indlæggelse.

Der er ikke påvist, at de sociodemografiske karakteristika har indflydelse på sygeplejerskens dokumentation. Undersøgelsen har dog afdækket, at sygdom i familien og skilsmisse er hyppigt repræsenteret. På baggrund af den viden, der findes om skilsmisse og sygdom i familien, må konkluderes, at gruppen af psykosomatiske børn i udgangspunktet må betragtes som særligt sårbare, idet en betydelig del bærer en skrøbelig baggrund med sig, og kan have udviklet psykosomatiske symptomer som følge af en stressfyldt familiesituation. Derfor må skilsmisse og sygdom i familien give anledning til ekstra opmærksomhed på barnet og familien og afspejle sig i sygeplejerskens dialog og dokumentation, som styrende for målrettede interventioner, der tilgodeser den sårbare familie.

En stigning i antal dokumentationer i forhold til barnets alder og antal indlæggelsesdage understøtter fundenes validitet, og understreger at barnets alder er en vigtig parameter for, hvordan sygeplejersken skal forstå og indgå i dialog med barnet. Ligeledes at der fra indlæggelsens start må etableres et tillidsforhold til familien, således at den sygepleje, der tilbydes, baserer sig på barnet og forældrenes egne udsagn.

Fundene fra dette studie må på baggrund af både metode og resultater, og i relation til andre studier, betragtes som repræsentative. Både internt i forhold til studiepopulationen og eksternt i forhold til at række ud over målpopulationen til andre grupper af børn, hvor der dokumenteres i sygeplejeturnaler.

## **8. Perspektivering**

Perspektiveringen peger dels mod undersøgelsens betydning for klinisk praksis og dermed sygeplejefaget, dels mod implikationer for fremtidige undersøgelser, hvor problematikken kan anskues med andre vinkler og dermed bidrage med nye perspektiver (37).

### **8.1 Implikationer for klinisk praksis**

Denne undersøgelse har genereret dokumentation for, at barnets perspektiv ikke er tilstrækkelig synligt i dokumentationen, når den bedste sygepleje skal tilrettelægges og udmøntes til det 11-15 årige psykosomatiske barn. Undersøgelsen har ligeledes afdækket og dokumenteret betydningen af

specifikke psykosociale faktorer. Herved er illustreret et behov for sygeplejefaglige tiltag, der kan styrke og derved kvalitetssikre dokumentationspraksis i forhold til psykosociale faktorer, som en forudsætning for en sygepleje til barnet og barnets familie, der hviler på et solidt fagligt grundlag. Konkret støtter disse fund op om udviklingen af en retningslinje til dokumentation af psykosociale faktorer. Dette må ses som et skridt i retning af at udvikle en evidensbaseret praksis på området, som netop er kendetegnet ved at indrage patientens præferencer, personalets kliniske erfaring, tilgængelige ressourcer og den bedste forskningsbaserede viden (51). På baggrund af HBCS-SCL's anvendelse i dette studie, såvel som dens validitet og udbredte anvendelse nationalt og internationalt (1), synes det oplagt at tage udgangspunkt heri. Udarbejdelsen af en retningslinje til dokumentation af psykosociale faktorer kan danne grundlag for præcise definitioner af psykosociale kategorier. Disse definitioner vil ligeledes være afgørende, når børneafdelingen skal implementere en elektronisk dokumentationsmodel. Udviklingen af en retningslinje må desuden indebære en specifik del, målrettet skolerelaterede områder.

Implikationer for praksis er desuden en generel styrkelse af samarbejdet med sygehusets ansatte lærere og en proaktiv indsats for kontakt og samarbejde med skolesundhedsplejen i den primære sektor, inden børnene udskrives.

## 8.2 Implikationer for forskning

Denne undersøgelse må betragtes som et pilotprojekt, der kan være udgangspunkt for andre studier til uddybning af problemfeltet. Undersøgelsens resultater kan sammenholdes med dokumentationer i barnets lægejournal og psykolognotater, med det formål at afklare om de efterspurgte psykosociale faktorer er dokumenteret andre steder, og derved samlet set kan give en fyldestgørende beskrivelse af barnets situation.

Resultaterne kan ligeledes anspore til at udføre en sammenlignende undersøgelse, hvor dokumentationer fra denne undersøgelse sammenlignes med dokumentationer fra andre grupper af børn med somatisk sygdom. En sådan undersøgelse vil bidrage til en bredere afklaring af dokumentation på psykosociale faktorer. Den vil herved skabe grundlag for refleksion over eksisterende praksis generelt og evt. kunne facilitere en proces med reorganisering af den praksis, der eksisterer i forhold til inddragelse af barnets perspektiv, samt understøtte udarbejdelse af retningslinje.

Det kan ligeledes være relevant i en fremtidig undersøgelse inden for problemområdet at vælge et design med metode triangulering, hvor flere metoder til at indsamle data om samme fænomen involveres (35). Audit af sygeplejehandlinger kan kombineres med observationsstudie af de sygeplejersker, der foretager dokumentationen. Et sådant studie kan bidrage til at afdække, hvordan

dialogen med barnet udspiller sig i forhold til det, der fremgår af dokumentationen, og ligeledes afspejle hvilke barrierer der kan være for dokumentationen.

## Referenceliste

- (1) Hostein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK, et al. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige: bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (2) Epløv LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed: baggrund, begreb og determinanter. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (3) Rask CU, Olsen EM, Elberling H, Christensen MF, Ornbol E, Fink P, et al. Functional somatic symptoms and associated impairment in 5-7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur J Epidemiol* 2009;24(10):625-634.
- (4) Brobeck E, Marklund B, Haraldsson K, Berntsson L. Stress in children: how fifth-year pupils experience stress in everyday life. *Scand J Caring Sci* 2007 Mar;21(1):3-9.
- (5) Clausson E, Petersson K, Berg A. School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record -- a pilot study. *Scand J Caring Sci* 2003 12;17(4):392-398.
- (6) Freeman J, King M, Kuntsche E, Pickett W. Protective roles of home and school environments for the health of young Canadians. *J Epidemiol Community Health* 2011 05;65(5):438-444.
- (7) Christensen MF. Recurrent abdominal pain in children. A survey. *Ugeskr Laeger* 2004;166(5):357-361.
- (8) Clausson EK. School health nursing: perceiving, recording and improving schoolchildren's health. Göteborg: Nordic School of Public Health (NHV); 2008.
- (9) Lissauer T, Clayden G, Nygaard U, Schmiegelow K. Pædiatri - en illustreret lærebog. 1. udgave ed. Kbh.: FADL's Forlag; 2010.
- (10) Schiøtz PO, Skovby F. Praktisk pædiatri. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2001.
- (11) Crushell E, Rowland M, Doherty M, Gormally S, Harty S, Bourke B, et al. Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain. *Pediatrics* 2003 12;112(6):1368-1372.
- (12) Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics* 2005 04/02;115(4):e434-42.

- (13) Rask CU, Skovgaard AM, Borne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab. Psychosomatic symptoms in young children. The Danish Society of Child and Adolescent Psychiatry. Ugeskr Laeger 2008 Mar 17;170(12):1018.
- (14) Jørgensen G,f.1959, Bondesen A. Børn og unge : sundheds- og sygepleje. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2005.
- (15) Forsner M, Jansson L, Sorlie V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. J Child Health Care 2005 Jun;9(2):153-165.
- (16) Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den danske kvalitetsmodel, DDKM: akkrediteringsstandarder for sygehuse. Århus: IKAS; 2009.
- (17) Egerod I. VIPS-modellen i dansk sygepleje. Sygeplejersken 2000;100(38):32-36.
- (18) Dahl K, Julnes S, Vatne S. Are patients' perspectives of their own health present in the nursing documentation in the electronic patient records? [Norwegian]. NORSK TIDSSKRIFT SYKEPLEIEFORSKNING 2008 12;10(4):16-27.
- (19) Björvell C. Sygeplejerskens dokumentation. Lund: Studentlitteratur; 2001.
- (20) Reindahl Rasmussen S, Voss H. Børn fra sårbare familier: Samarbejde mellem Randers Kommune og Regionshospitalet Randers om børn, som indlægges med uspecifikke, somatiske sygdomme. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- (21) Stokkebæk A. Psykologi 1: udviklingspsykologi. 1. udgave ed. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 1999.
- (22) jane færch, århus universitet.afdeling for sygeplejevidenskab. patientdeltagelse i sygeplejefaglig kontekst : en litteraturbaseret afdækning af hvordan patientdeltagelse kan forstås og udmøntes i en sygeplejefaglig kontekst samt hvilke implikationer patientdeltagelse kan have for klinisk sygeplejepraksis. 2008.
- (23) Karp DA,1944-. The burden of sympathy : how families cope with mental illness. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- (24) Runeson I, Hallström I, Elander G, Hermerén G. Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. Nurs Ethics 2002 Nov;9(6):583.
- (25) Løgstrup KE,1905-1981. Den etiske fordring. 3. gennemsete udgave ed. Kbh.: Gyldendal; 2008.
- (26) Martinsen K. Samtalen, skønnen og evidensen. 1. udgave ed. Kbh.: Gad; 2010.

- (27) Forge J. Safeguarding children by means of information sharing. *COMMUNITY PRACT* 2010;83(1):16-19.
- (28) Adamsen L, Tewes M. Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scand J Caring Sci* 2000 09/29;14(2):120-129.
- (29) Dahl K, Julnes S, Vatne S. Are patients' perspectives of their own health present in the nursing documentation in the electronic patient records? [Norwegian]. *NORSK TIDSSKRIFT SYKEPLEIEFORSKNING* 2008 12;10(4):16-27.
- (30) Karkkainen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics* 2005 03;12(2):123-132.
- (31) NÅst TH. VIPS must give room for patients' narrations. *Sykepleien* 2010;98(9):49-51.
- (32) Andreassen TE. Hvad er god videnskabelig fremgangsmåde - hvis sandheden skal frem?: del 1: forholdet imellem det "kvantitative" og det "kvalitative". *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2007;23(2):11-21.
- (33) svend juul 1940-. *epidemiologi og evidens*. 2004.
- (34) Andreassen TE. Videnskabens sande karakter: sandhedens nødvendighed. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2008;24(1):30-35.
- (35) Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 7. ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- (36) Greenberg RS, Daniels SR, Flanders WDF, Eley JW, Boring JR. *Medical epidemiology*. 4. ed. ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2005.
- (37) Bjerrum M. *Fra problem til færdig opgave*. 1. udgave ed. Kbh.: Akademisk Forlag; 2005.
- (38) Honkinen PK, Suominen SB, Välimaa R, Helenius HY, Rautava PT. Factors associated with perceived health among 12-year-old school children. Relevance of physical exercise and sense of coherence. *Scand J Public Health* 2005;33(1):35-41.
- (39) Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2. edition ed. Malden, Mass.: Blackwell Science; 2003.
- (40) Habicht A. *Vurder selv evidens*. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011.

- (41) De Marinis M, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglini D, et al. 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs* 2010 06;19(11-12):1544-1552.
- (42) Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *J Adv Nurs* 2010 11;66(11):2481-2489.
- (43) Nyby TK. Familieformer og skilsmisse: der er ikke noget bedre end at have den hele og rigtige familie. Kbh.: Børnerådet; 2011.
- (44) Becker Jensen L. Fra patos til logos : videnskabsretorik for begyndere. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
- (45) Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Pract* 2010 04;16(2):112-124.
- (46) Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *Br J Nurs* 2011 12/06;20(22):1450-1454.
- (47) Noland H, Price JH, Dake J, Telljohann SK. Adolescents' sleep behaviors and perceptions of sleep. *J Sch Health* 2009 05;79(5):224-230.
- (48) Gilman DK, Palermo TM, Kabbouche MA, Hershey AD, Powers SW. Primary headache and sleep disturbances in adolescents. *Headache* 2007 09;47(8):1189-1194.
- (49) Kaspersen A, Mortensen G. Sygeplejefaglig støtte til søskende til børn med kræft: et plejefagligt projekt med henblik på at udvikle en relevant praksis i det psykosociale støttearbejde. Aalborg: Aalborg Sygehus, Børneafdelingen; 2010.
- (50) Socialt udviklingscenter. Barn-i-fokus. : Socialt udviklingscenter.
- (51) Krøll V. Kliniske retningslinjer: hvordan og hvorfor. 1. udgave ed. [Kbh.]: Munksgaard Danmark; 2011.
- (52) Stoltz P, Willman A, Bahtsevani C, Spliid Ludvigsen M. Evidensbaseret sygepleje: en bro mellem forskning og klinisk virksomhed. 2. udgave ed. Kbh.: Gad; 2007.



## **10. Bilag**

Bilag 1 Oversigt over repræsenterede psykosomatiske symptomer

Bilag 2 Oversigt over litteratursøgning

Bilag 3 Søgning i Pubmed

Bilag 4 Godkendelse fra datatilsynet

## Bilag 1

Psykosomatiske symptomer	n (antal)
Mavesmerter	10
Hovedpine	6
Svimmel/besvimelse/hyperventilation	6
Opkastning/kvalme	4
Tristhed/depression	4
Encoprese/opstipation	4
Spiseproblemer/vægttab	3
Funktionel parese	2
Uspecifikke smerteklager	2
Synkeproblemer	1
Træthed	1
Vandladningsproblemer	1
Ialt	44

Der er i undersøgelsen repræsenteret 12 forskellige symptomer, beskrevet under kontaktårsag/ medicinsk diagnose/aktuel arbejdsdiagnose på VIPS sygeplejjournalens forside.

Symptomerne er angivet i alt 44 gange i de 30 inkluderede VIPS, hvilket svarer til at ca. halvdelen af de inkluderede VIPS sygeplejjournaler indeholder flere psykosomatiske symptomer.

## Bilag 2

### Oversigt over litteratursøgning.

Der blev foretaget systematisk litteratursøgning i forbindelse med Modul 1 opgave Januar 2011, med emnet psykosomatiske børn.

Projektprotokol Maj 2011 danner baggrund for den aktuelle problemstilling i Masterprojektet, hvorfor litteratursøgningen herfra er gældende.

Aktuelle systematiske søgning er således primært foretaget mhp at afdække, om nye referencer indenfor problemområdet er indekseret siden maj 2011.

I maj 2011 blev søgt i databaserne: Pubmed, Cinahl og Swemed. For at opnå høj sensitivitet, blev alle søgeord med betydning for problemstillingen, undersøgt. Der blev anvendt AND, OR og NOT for at afgrænse og udbrede søgningen. Der blev anvendt Cinahl headings/MeSH termer i kombination med frittekstsøgning for at øge sensitiviteten (52). Som primær database valgtes Cinahl, da den indeholder referencer fra de engelsksprogede sygeplejetidsskrifter, og i højere grad end Pubmed er rettet mod sygeplejevidenskabelige referencer (52).

Der blev i Maj 2011 ikke fundet referencer i Pubmed, der ikke allerede var fundet i Cinahl, hvorfor nuværende søgning er foretaget i Cinahl med enslydende søgeord og principper. Swemed blev specifikt søgt mhp VIPS modellen, denne søgning er ikke aktuelt gentaget. Ud fra ovenstående er aktuelle søgning i Cinahl opdelt i 3 facetter : 1. Psychosomatic/functional somatic symptoms. 2. Medical/ nursing/patient records. 3. Hospital pediatric/inpatient (Bilag 3).

Der er ikke valgt limits i forhold til alder, da tidligere søgninger har vist få referencer, der omhandler den specifikke problematik. Ligesom der er valgt både kvantitative og kvalitative studier.

Desuden er søgt på bibliotek.dk, Sundhedsstyrelsen, Dansk Sundhedsinstitut, Ika, Dasy. Der er i forbindelse med diskussionen foretaget specifik søgning i Pubmed og Bibliotek.dk i forhold til søvn, skilsmisse og sygdom i familien