

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2018:30

## Sjuksköterskors möjlighet att arbeta efter barnkonventionen

Louise Bertilsson  
Helena Stridh



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Sjuksköterskors möjlighet att arbeta efter barnkonventionen
Författare:	Louise Bertilsson och Helena Strid
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning Gsjuk15h
Handledare:	Laura Darcy
Examinator:	Björn-Ove Suserud

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Vård av barn är komplex och sjuksköterskan behöver kunskap om den specifika vård som krävs i mötet med barn för att säkerställa god kvalitet i vården. Att möta barnet efter ålder och utveckling samt göra barnet delaktigt är en utmaning för sjuksköterskan och ställer krav på vårdandet. Att vårda utifrån barnets perspektiv och utvecklingsstadier ingår i sjuksköterskans vårdande. Vid införandet av barnkonventionen som lag i Sverige 2020 ska barnets rättigheter stärkas och kvaliteten i vården av barn förväntas förbättras.

**Syftet** var att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor arbetar efter barnkonventionen.

**Metoden** var empirisk kvantitativ och utgick från ett frågeformulär vilket analyserades genom beskrivande statistik.

**Resultatet** belyser svårigheter för sjuksköterskan att se till barnets bästa, göra barnet delaktigt, låta barnet uttrycka sig och möjliggöra barnets utveckling i den utsträckning som krävs för att uppnå barnkonventionen som lag.

**Slutsats:** Det finns begränsningar i sjuksköterskans arbetssituation för att uppnå barnkonventionen som lag. Barns delaktighet i vården är begränsad och det finns brister i sjuksköterskans arbetssituation. Examensarbetet ger en fingervisning på hur sjuksköterskans arbetssituation ser ut idag. Åtgärder behöver sättas in för att vården ska kunna leva upp till barnkonventionens mål, exempelvis genom tydliga riktlinjer och arbetsredskap.

Nyckelord: *Barnkonventionen, Barn, Sjuksköterska, Trygghet, Delaktighet, Utveckling.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Barns utvecklingsstadier.....	1
Att möta barn i vården.....	2
Barnkonventionen.....	3
Sjuksköterskans skyldigheter.....	3
Tidigare forskning.....	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
Datainsamling.....	6
Dataanalys.....	6
Etiska överväganden.....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>10</b>
Metoddiskussion.....	10
Resultatdiskussion.....	11
Barnets bästa.....	11
Barnets delaktighet.....	12
Barnets möjlighet att uttrycka sig.....	12
Barnets möjlighet till utveckling.....	13
Barnkonventionens tillämpning i praktiken.....	14
Hållbar utveckling.....	15
<b>SLUTSATSER</b> .....	<b>15</b>
Vidare forskning.....	16
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>17</b>

## Bilaga 1

# INLEDNING

Vård av barn är komplex och sjuksköterskor som möter och vårdar barn behöver specifik kunskap för att kunna ge god vård. Under vår utbildning har barnet i vården lyfts och reflekteras kring. Sjuksköterskan ska vara lyhörd, lyssna, visa respekt och ha förståelse för barnet och föräldrarnas behov. Det krävs att sjuksköterskan har god kunskap, utbildning och kompetens för att bedriva ett professionellt arbete i vårdandet. Vårt intresse för att studera barnets vård har funnits med under hela utbildningen. Tanken att skriva ett examensarbete om barn väcktes under en föreläsning om barnkonventionen och sjuksköterskans utmanande uppgift i omhändertagandet av barn. Barnkonventionen blir lag 2020 vilket fick vårt intresse att öka. Därför fokuserar denna studie på sjuksköterskornas möjlighet att arbeta efter barnkonventionen.

# BAKGRUND

## Barns utvecklingsstadier

Ett barn klassificeras som en människa mellan noll och arton år (Nätverket för barnkonventionen 2018). Hallström (2015, ss. 27-29) skriver att barn ska bemötas efter ålder och utveckling. Hur barnet tänker beror på i vilket utvecklingsstadium barnet befinner sig i. Tamm (2012, s. 185) beskriver Piagets teori om barns utvecklingsstadier. Barn i olika åldrar fungerar olika. Piaget (Tamm 2012, ss. 192-197) ger exempel på hur barn tänker kring hälsa och sjukdom. I det sensomotoriska utvecklingsstadiet (noll till två år) finns inte så mycket tankar. Barnet uttrycker hälsa och sjukdom genom kroppsspråket. I det pre-operationella utvecklingsstadiet (två till sju år) förklarar barnet sin upplevelse av hälsa och sjukdom i kommunikationen. Barnet upplevs ha hälsa när de orkar leka. Barn i det konkreta operationernas stadium (sju till elva år) börjar få en helhet kring sin fysiologi, anatomi och biologi. Barnet ser oftast hälsa och sjukdom som något de gör sig förtjänta av. Barnet är mer medvetet och tänkandet utgår från fakta. I det formella operationernas stadium (tolv till arton år) börjar barnet tänka som små vuxna. Barnet kan förstå att hälsa utgår från både kropp och själ samt att hälsa kan upplevas även vid sjukdom (Tamm 2012, ss. 192-197).

Homburger Erikson (Tamm 2012, ss. 54-55) beskriver att barnet genomgår fem utvecklingsfaser. Varje fas består av mognadskriser som barnet bearbetar för att utvecklas. Faserna kännetecknas av negativa och positiva element. I spädbarnsåldern är elementen misstro kontra tillit. Småbarnsåldern handlar om självständighet kontra tvivel. Förskoleåldern kännetecknas av initiativ gentemot att känna skuld. Skolåldern beskrivs som underlägsenhetskänslor kontra arbetsflit. Tonårsåldern handlar om att finna sin identitet kontra att känna sig splittrad. Om barnet klarar av att lösa kriserna i utvecklingsstadierna kan barnet växa upp till en trygg människa (Tamm 2012, ss. 54-55). Dessa utvecklingsteorier belyser en del av den specifika kunskap som krävs i mötet med barn i olika utvecklingsfaser.

## Att möta barn i vården

Såväl nyutbildade som specialistutbildade sjuksköterskor möter barn i vårdandet. Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård (NOBAB) är en del av nätverket för barnkonventionen (2017). NOBAB har utformat tio artiklar om barns rättigheter inom hälso- och sjukvård. Bland annat belyser artiklarna vikten av information, medbestämmande och kontinuitet i vården, vilket både föräldrar och barn har rätt till. Vidare betonas att barnet ska bemötas med respekt och förståelse för barnets integritet.

Det finns en skillnad mellan att ha ett barnperspektiv, vilket är vuxnas uppfattning av vad barnet förstår eller vill. Barnets eget perspektiv är grundat i vad barnet själv uttrycker. Harder, Ranheim och Söderbäck (2015) beskriver vikten av att sätta sig in i barnets perspektiv, vilket innebär barnets upplevelse av något. Att förstå hur barnet uppfattar en vårdsituation gynnar barnets utveckling och rätt till delaktighet. När sjuksköterskan arbetar utifrån barnets perspektiv och tillfrågar barnet vad denne vill eller tänker, görs barnet delaktiga utifrån sina förutsättningar. Barnperspektiv inom vården handlar om att sjuksköterskan ska försöka förstå barnets perspektiv och dennes erfarenheter och kunskaper. Att som sjuksköterska se till barnets bästa är kärnan i barncentrerad vård och främjar trygghet och delaktighet för barnet (Harder, Ranheim & Söderbäck 2015). Om inte sjuksköterskan kan ta tillvara på barnets perspektiv utifrån dennes livsvärld kan det vara svårt att främja barnets hälsa. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 128, 137) skriver att livsvärlden är grunden i vårdandet. Livsvärlden är personlig. Sjuksköterskan ska göra barnet delaktig, hon ska lyssna och se barnet för att få förståelse för hur hälsa och ohälsa hanteras och påverkar livsvärlden. Sjuksköterskan ska förstå hur hälsa och ohälsa erfars av barnet när hon ska ledsaga och stödja denne i vårdandet.

Hallström (2015, ss. 27-29) skriver att i vården av barn ingår även föräldrarna. Familjecentrerad vård spelar en viktig roll i vården av barnet. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 119, 121) menar att inkludera föräldrar i vården är av stort värde och nödvändigt. Föräldrarna är för de flesta de viktigaste personerna. Föräldrarna kan även ha en avgörande roll i möjligheten att återvinna eller bevara hälsa samt uppleva välbefinnande. Tryggheten mellan barnet och föräldrarna kan beskrivas utifrån Bowlbys anknytningsteori (Hallström 2015, s. 67). Bowlby menar att en god anknytning till föräldrarna tidigt i livet leder till att barnet upplever trygghet. Att föräldrarna alltid finns där och kan erbjuda sitt stöd gör att barnet har mod till att upptäcka och utforska världen. Vidare upplever barn sig älskvärda med en trygg anknytning.

Hallström (2015, ss. 27-29) menar att det finns skillnader mellan barns och föräldrars behov. Barnet vill tillfredsställa sina fysiska behov såsom att vara aktiva, leka, må bra och känna glädje. De vill även få bekräftelse, information och vara delaktiga i sin vård. Föräldrarnas behov är att både känna och förmedla trygghet till barnet. God kommunikation med sjuksköterskan och att ha kontroll över barnets behandling är också viktigt för dem. Samtidigt vill föräldrarna vara kompetenta och delta i vården.

Sjuksköterskan behöver vara lyhörd för att uppmärksamma och tillgodose alla familjemedlemmars behov (Hallström 2015, ss. 27-29).

## **Barnkonventionen**

Barnkonventionen belyser barnets rättigheter. Konventionen består av 54 artiklar som grundar sig i fyra principer vilka framkommer i de fyra vägledande huvudartiklarna två, tre, sex och tolv. Artikel två handlar om att skydda barnet mot diskriminering och att alla barn ska behandlas lika oavsett kön, ras, språk och religion. Barnets rättigheter ska tillförsäkras och respekteras. Artikel tre belyser åtgärder som omfattar barnet, barnets bästa ska komma i första hand och barnet ska tillförsäkras omvårdnad och skydd. Ansvariga för vården av barnet såsom institutioner och myndigheter ska uppfylla normer vad gäller hälsa och säkerhet för barnet. Artikel sex belyser barnets rätt till utveckling, överlevnad och liv. Artikel tolv betonar barnets rätt att uttrycka sig. Barnets åsikter ska respekteras och bedömas utifrån mognad och ålder och barnet har rätt att bli lyssnad på (Rädda Barnen 2018).

Antalet länder som skrivit på barnkonventionen är 196. Sverige ratificerade barnkonventionen 1989 (UNICEF 2016). Barnkonventionen utgör en grund för den vård som berör barn. I Sverige blir barnkonventionen lag 2020. Beslut om lagstiftningen togs efter att FN:s barnrättskommitté riktat kritik mot att Sverige inte når upp till konventionens mål. Barnets rättssäkerhet kan stärkas genom införandet av barnkonventionen som lag. Bestämmelser som rör barn kan därmed väga tyngre och gälla alla barn i Sverige. Norge införde 2003 barnkonventionen som lag och utvärderingen 2009 visar på en förbättring av barns rättsliga ställning och att konventionen tas på större allvar. I Norge har barnkonventionen vid konflikt mellan tolkning av lagar företräde över andra lagar. Sveriges regering har uttalat sig om att de kommer ha Norges arbete som mall vid införandet av barnkonventionen som lag (UNICEF 2016).

## **Sjuksköterskans skyldigheter**

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening 2017) står att vården ska vara personcentrerad och utgå ifrån varje individs integritet och värdighet. Detta handlar om att se och vara lyhörd för såväl barnets som föräldrars unika behov. I mötet med barnet ska sjuksköterskan utgå från vad den enskilda individen berättar och identifiera betydelsen av dennes hälsa för att kunna främja hälsa. Enligt ICN-etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening 2014) betonas att främjandet av hälsa är ett av det mest grundläggande ansvarsområdet sjuksköterskan har, samt att vården ska ske oberoende av patientens ålder. Dahlberg och Segesten (2010, s. 103) skriver att det är patienten som är expert på sig själv och hur denne upplever sin hälsa. I vårdandet ska sjuksköterskan utgå från barnet för att kunna främja hälsa och tillgodose självbestämmande samt uppnå värdighet.

Sjuksköterskan har skyldigheter som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Lagen betonar att vården ska ha god kvalitet och inge trygghet för patienten. Patientens integritet och självbestämmande ska respekteras. Kontakten mellan patient och vårdare ska främjas och vården ska vara lättillgänglig. I kapitel 5, § 6, 7 och 8 betonas vårdens skyldigheter om vård av barn. Barnets bästa ska komma i första rummet och barnets behov av information är extra viktigt att tillgodose (SFS 2017:30).

Sjuksköterskans skyldigheter är att tillgodose barnets rättigheter inom vården, vilka finns lagstadgat i patientlagen (SFS 2014:821). I kapitel 3, § 6 och kapitel 4 § 3 betonas att informationen ska vara individanpassad. Barnets inställning till sin vård och behandling ska kartläggas i största möjliga mån och bedömas utefter ålder och mognad. Utöver detta beskriver lagen att barnets bästa alltid ska komma i första rummet. Barnets vårdnadshavare har rätt till information och ska få möjlighet att medverka i beslutsfattande och i vården av barnet.

## **Tidigare forskning**

Reading et.al. (2009) skriver att barn har rätt att skyddas från skada. För att inte skada barnet behöver barnkonventionens budskap förstås och användas i arbetet kring barnet. Strandholdt Andersen och Dolva (2014) beskriver att barns beslutsfattande i vården ofta begränsas. Barnen upplevde sällan delaktighet. Först när barnet tog initiativ själva gjordes de delaktiga. Barnen i studien beskrev att de är ovana att bli tillfrågade och anpassar sig därför efter de vuxnas beslut. Coyne, Amory, Kiernan och Gibson (2014) har också identifierat att barn i mindre omfattning får vara med i beslut. Barnets inställning till att vara delaktiga i beslutsfattandet skiljer sig beroende på åldern. Yngre barn vill vara med och bestämma men inte ha ansvar för beslutsfattandet. De litar på föräldrar och vårdare. Äldre barn vill ha information, kommunikation och vara delaktiga i beslutsprocessen. Oavsett ålder framkommer barnens behov av att få veta hur vården ska utformas. Författarna beskriver även att sjuksköterskan anser att barn ska involveras i beslut. Däremot ska föräldrarna ta de allvarliga besluten då barnen inte är förmögna att förstå innebörden (Coyne et. al. 2014).

De Almeida Vicente, Shadvar, Lepage och Rennick (2016) skriver att sjuksköterskan känner sig maktlös då kraven på att ge kvalitetsvård till barnen ökar. Ansvarsområden blir fler och resurser är begränsade vilket leder till stress. Budgetnedskärningar och sjuksköterskebrist bidrar till att varje sjuksköterska vårdar fler patienter. Brist på erfarenhet gör att säkerhet och kvalitet i vården blir svårare att upprätthålla. I studien av Almblad, Målqvist & Engvall (2016) framkommer att erfarenheten har stor betydelse för att kunna upptäcka försämringar i barnets tillstånd och sätta in avgörande åtgärder. Bartholdson, Sandeberg, Lützén, Blomgren och Pergert (2016) skriver att sjuksköterskan med erfarenhet upplever sig ha bättre förutsättningar att ge etiskt god vård i en arbetssituation med barnet. Tid för reflektion och stöd samt möjlighet för diskussion beskrivs vara betydelsefullt för att kunna ta tillvara på etiska värden i vården. De sjuksköterskor som upplevde sig kunna ge etiskt god vård svarade i högre antal att de kunde uppfylla och respektera barnets önsningar.

Bisogni et. al. (2015) beskriver italienska erfarna sjuksköterskors upplevelse av hur barns rättigheter tillgodoses. I studien framkommer att sjuksköterskorna anser sig kunna tillgodose rättigheterna såsom att alltid ha med sin förälder och att barnen ska ha möjlighet till lek. Vidare var delaktighet i beslutsfattande det som minst kunde tillgodoses.

Den komplexa vård sjuksköterskan ställs inför i vården av barn innebär utmaningar i vårdandet. I sjuksköterskans profession och ansvarsområden är utmaningen att sätta barnet i centrum, vara lyhörd, visa respekt samt främja såväl barnet som föräldrarnas unika behov.

## **PROBLEMFORMULERING**

Kunskap om barns rättigheter, utvecklingsstadier och kunskap i hur barn ska vårdas är nödvändigt för att sjuksköterskan ska kunna ge en trygg och säker vård. Samtidigt är det sjuksköterskans skyldighet oavsett utbildningsnivå. Vård av barn är komplex. Barn har specifika behov av trygghet, närhet och kärlek för att kunna utvecklas. Komplexiteten i vårdandet visar sig även i arbetet då sjuksköterskan inte enbart kan utgå från barnet utan hela familjen. Forskning visar på att barns delaktighet i vården är begränsad. Sjuksköterskor kan uppleva svårigheter i att vårda barn och det finns brister i arbetssituationen. Kunskapsluckor finns angående vilka möjligheter sjuksköterskan har för att uppnå barnkonventionens mål. Barnkonventionen blir lag i Sverige 2020. Det behövs kunskap om hur arbetssituationen kan göra det möjligt för sjuksköterskor att arbeta efter barnkonventionen och i vilken utsträckning sjuksköterskorna kan tillgodose barnets rättigheter i vården.

## **SYFTE**

Syftet är att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor arbetar efter barnkonventionen. Syftet utgår från följande forskningsfrågor:

- Kommer barnets bästa i första hand?
- Görs barnet delaktigt?
- Har barnet möjlighet att uttrycka sig?
- Ges barnet möjlighet till utveckling?

## **METOD**

Enligt Borg och Westerlund (2012, ss. 11,41) används kvantitativ metod för att göra statistiska eller matematiska beräkningar på insamling av mätbara data. Det statistiska materialet presenteras i tabeller och diagram. Examensarbetet analyseras genom beskrivande statistik. Referenser har sökts genom litteratur hämtad från utbildningen och vetenskapliga artiklar som söktes via databaserna Medline och Cinahl.



## **Datainsamling**

Examensarbetets författare fick tillgång till materialet via handledaren Laura Darcy, Högskolan i Borås. Materialet är ett frågeformulär som besvarats våren 2017 av 69 avidentifierade respondenter med främst titeln sjuksköterska och barnsjuksköterska. Sex av de 69 respondenterna som svarade på frågeformuläret var undersköterskor. Respondenterna arbetade på fyra olika barnkliniker inom Västra Götalandsregionen. I examensarbetet väljer författarna att kalla respondenterna sjuksköterskor.

Respondenterna valdes ut genom bekvämlighetsurval. Studien med frågeformulären var en tvärsnittsstudie. Enkätundersökningar som görs på detta sätt beskrivs av Ejlertsson (2012, s. 22) som en tvärsnittsstudie. Respondenterna fick svara på 65 påståenden med femvalsalternativ om vilka förutsättningar arbetssituationen ger dem att vårda barn. Påståendena i frågeformuläret började med ”Min arbetssituation tillåter mig att...”, se bilaga 1. En ordinalskala användes med uttrycken alltid, ofta, ibland, sällan och aldrig. Frågeformuläret är en validerad översättning av en vedertagen engelsk enkät (Darcy & Karlsson 2018) och påståendena har anpassats till barnsjukvård.

## **Dataanalys**

Kvantitativ deskriptiv statistik används när materialet ska bli överskådligt (Ejlertsson (2012, ss. 57-60). Olika variabler används för att göra mätningar. Kvalitativa variabler mäts med ordinalskala som kan presenteras i tabeller och diagram. För att enklare få en uppfattning av svarsfrekvens kan relativa tal användas vilka presenteras i procent. När deltagarantalet är fler än 50 är relativa tal användbara. Avrundning av de relativa talen är korrekt att göra då decimaler enbart ger ett falskt intryck av exakthet vilken sällan existerar samtidigt som decimalerna har en minimal betydelse (Ejlertsson 2012, ss. 57-60). Stapeldiagram är vanligt att använda vid analys av kvalitativa variabler. Stapeldiagram med grupperade staplar kan användas för att jämföra olika grupper (Ejlertsson 2012, ss. 74, 76). Genomsnittsvärden används för att beskriva var tyngdpunkten för mätdata ligger. Det mest använda genomsnittsvärdet är medelvärdet vilket beräknas genom att summera alla mätvärden och sedan dividera med antalet mätvärden (Ejlertsson 2012, ss. 88-89).

Empirisk kvantitativ metod användes i examensarbetet då datamaterialet utgick ifrån ett frågeformulär med ordinalskala. För att få en överskådlig bild av resultatet presenterades materialet genom tabeller och stapeldiagram. Utifrån artiklarna tre, sex och tolv i barnkonventionen bildades fyra forskningsfrågor. Forskningsfrågorna var ”Kommer barnets bästa i första hand?”, ”Görs barnet delaktigt?”, ”Har barnet möjlighet att uttrycka sig?” och ”Ges barnet möjlighet till utveckling?”. Materialet som analyserades lästes igenom flertalet gånger för att få en bra bild över innehållet. Forskningsfrågorna fick olika färger. Påståendena i materialet grupperades och markerades med färgen som stämde överens med forskningsfrågan. Fyra tabeller skapades, en för respektive forskningsfråga, se bilaga 1. Tabellens första kolumn innehöll forskningsfrågan, andra kolumnen innehöll tillhörande påståenden ur materialet och i tredje kolumnen beskrevs frekvensen av svaren. Medelvärdet räknades ut för varje svarsalternativ genom att summera procentenheterna för varje svarsalternativ och

forskningsfråga. Sedan divideras medelvärdet med antalet påståenden som kopplats till forskningsfrågan, se tabell 1.

*Tabell 1. Sammanställning av medelvärdet för påståendena i respektive forskningsfrågorna*

Forskningsfråga	Svarsfrekvens uttryckt i medelvärde (uträkning)
Kommer barnets bästa i första hand?	Alltid 20 % (429 totala procentenheter/22 påståenden) Ofta 42 % (930,1 totala procentenheter/22 påståenden) Ibland 28 % (610,8 totala procentenheter/22 påståenden) Sällan 8 % (179,4 totala procentenheter/22 påståenden) Aldrig 2 % (47,2 totala procentenheter/22 påståenden)
Görs barnet delaktigt?	Alltid 16 % (157,4 totala procentenheter/10 påståenden) Ofta 46 % (456,7 totala procentenheter/10 påståenden) Ibland 28 % (283,1 totala procentenheter/10 påståenden) Sällan 8 % (80,2 totala procentenheter/10 påståenden) Aldrig 2 % (21,7 totala procentenheter/10 påståenden)
Har barnet möjlighet att uttrycka sig?	Alltid 28 % (83,6 totala procentenheter/3 påståenden) Ofta 39 % (118,4 totala procentenheter/3 påståenden) Ibland 23 % (69,5 totala procentenheter/3 påståenden) Sällan 8 % (22,6 totala procentenheter/3 påståenden) Aldrig 2 % (6 totala procentenheter/3 påståenden)
Ges barnet möjlighet till utveckling?	Alltid 5 % (33 totala procentenheter/6 påståenden) Ofta 34 % (203 totala procentenheter/6 påståenden) Ibland 36 % (216,3 totala procentenheter/6 påståenden) Sällan 18 % (105,6 totala procentenheter/6 påståenden) Aldrig 7 % (41,8 totala procentenheter/6 påståenden)

För att summan av medelvärdet för de olika svarsalternativen skulle bli 100 % behövdes ibland vissa matematiska avrundningsregler överskridas. Medelvärdet av svarsalternativen presenteras i resultatet i form av ett stapeldiagram med grupperade staplar, se figur 1. Stapeldiagramets x-axel består av de fyra forskningsfrågorna. I y-axeln redovisas medelvärdet för de olika svarsalternativen. Y-axeln är graderad i procent från 0 % till 100 %.

## **Etiska överväganden**

Etikprövning är inte nödvändig för en kandidatuppsats (Högskolan i Borås 2017). Däremot ska etiska ställningstaganden alltid beaktas i forskning och hänsyn tas till Vetenskapsrådets (2002, s. 6) fyra huvudkrav: Informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet. Författarna till frågeformuläret beaktade dessa krav.

Informationskravet innefattar information till deltagarna om studiens syfte, eventuella risker i medverkan samt studiens förväntade nytta. Kontaktuppgifter till författaren ska medfölja informationen för att möjliggöra kontakt mellan deltagare och författare. I studier där enkätundersökningar används ska informationen ges till deltagarna innan datainsamlingen påbörjas (Vetenskapsrådet 2002, ss. 7-8).

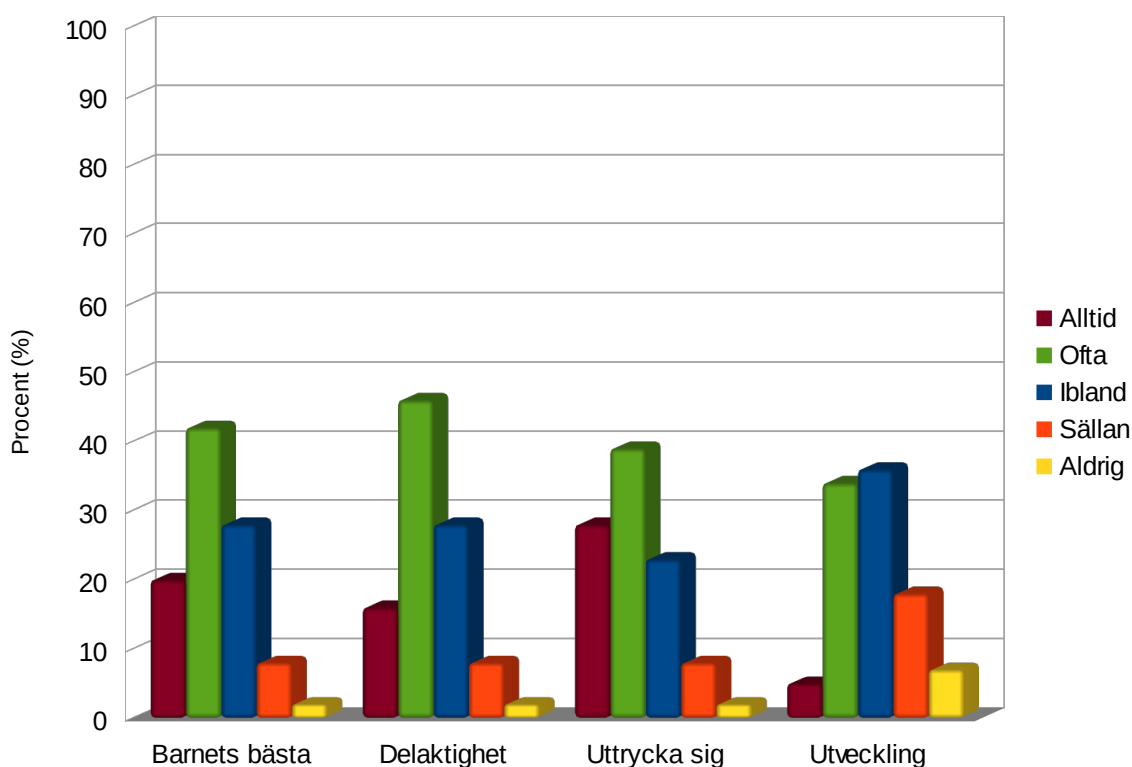
Konfidentialitetskravet innebär att deltagarna skyddas från att obehöriga kan ta del av känsliga uppgifter. Alla som deltar i utförandet i studier där etiskt känsliga frågor berörs bör skriva under tystnadsplikt (Vetenskapsrådet 2002, ss. 12-13). Respondenterna angav inte sin identitet i frågeformuläret som användes i examensarbetet. Detta innebar att materialet var avidentifierat och att forskarna inte visste vilka som svarat på formuläret. Därmed kunde inte respondenternas personliga svar kopplas till den enskilda individen.

Samtyckeskravet (Vetenskapsrådet 2002, ss. 9-10) betyder att medverkan är frivillig och att deltagandet kan avbrytas när som helst utan negativa följder. Samtyckeskravet varierar beroende på vilken typ av studie som genomförs. I studier där deltagarna är aktiva ska informerat samtycke alltid inhämtas. Samtycke kan inhämtas av exempelvis arbetsgivare till deltagare då undersökningens frågor inte anses ha privat eller etisk karaktär. Högskolan i Borås (2017) skriver i riktlinjer att verksamhetschefen ska ge tillstånd vid empiriska studier rörande personal, patienter och närstående inom vården. Frågeformulären och information skickades ut elektroniskt till de fyra verksamhetscheferna för de olika sjukhusen vilka alla gav sitt godkännande.

Nyttjandekravet belyser att uppgifter insamlade från deltagarna enbart får användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet 2002, s. 14).

## RESULTAT

Resultatet visar i vilken utsträckning arbetssituationen tillät eller inte tillät respondenterna att arbeta efter tre av barnkonventionens artiklar. Artikel tre belyser åtgärder som omfattar barnet. Barnets bästa ska komma i första hand. Barnet ska tillförsäkras omvårdnad och skydd. Ansvariga för vården av barn, exempelvis institutioner och myndigheter ska uppfylla normer vad gäller hälsa och säkerhet för barnet. Artikel sex belyser barnets rätt till utveckling överlevnad och liv. Artikel tolv betonar barnets rätt att uttrycka sig, ha egna åsikter som ska respekteras och bedömas utifrån mognad och ålder samt rätt att bli lyssnad på (Rädda Barnen 2018).



Figur 1. Medelvärde för påståendena i respektive forskningsfråga presenterat i ett stapeldiagram

Det framkommer att fler än hälften av respondenterna har möjlighet att se till barnets bästa (62 % svarade alltid eller ofta). Det var 2 % som svarade att de aldrig kunde se till barnets bästa. I forskningsfrågan om barnets möjlighet till delaktighet valde 61 % svarsalternativen alltid eller ofta. Endast 2 % svarade aldrig. I statistiken framkommer att flera av respondenterna (28 %) svarade att arbetssituationen alltid tillät dem att tillgodose barnets möjlighet att uttrycka sig. Få respondenter (2 %) svarade alternativet aldrig angående barnets möjlighet att uttrycka sig. Arbetssituationen tillät strax under hälften av respondenterna att tillgodose barnets möjlighet till utveckling (49 % svarade alltid eller ofta) medan 7 % svarade aldrig.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Vårt intresse för att studera barnets vård har funnits med under hela utbildningen. Författarna kontaktade Laura Darcy Högskolan i Borås och fick möjlighet att analysera redan framtaget material av Laura Darcy och Katarina Karlsson. Materialet utgick från verksamheten och berör det praktiska arbetet som sjuksköterskan utför vilket gjorde det intressant att studera i examensarbetet. Det var roligt och lärorikt att studera en forskningsfråga som är av värde både för författarna och för andra intressenter. Materialet analyserades utan tolkningar och enbart genom beskrivning av textmaterialet. Författarna var noga med att inte diskutera möjliga resultat med handledaren förrän analysen var färdig. Förförståelse från författare och handledare färgar därmed inte resultatet. För att ytterligare studera om vården lever upp till barnkonventionen skulle andra datainsamlingsmetoder såsom intervjuer eller observationer kunna användas.

Respondenterna var övervägande sjuksköterskor och barnsjuksköterskor till antalet samt fåtal undersköterskor, sex av 69 respondenter. Om undersköterskornas svar exkluderats i materialet hade det förmodat inte orsakat några större förändringar i materialet. Frågeformuläret kunde enbart ha besvarats av sjuksköterskor och barnsjuksköterskor för att säkerställa att svaren grundar sig utifrån deras profession. Författarna väljer att kalla respondenterna sjuksköterskor då det i huvudsak är den profession som besvarat frågeformuläret samt att det är sjuksköterskan som står i fokus i detta examensarbete.

För att få svar på syftet utarbetades fyra forskningsfrågor utifrån tre av barnkonventionens artiklar. Då forskningsfrågorna utgår från tre av de fyra huvudartiklarna i konventionen anser författarna att studien belyser den intentionen barnkonventionen har. Alla artiklar berör inte hälso- och sjukvård och studiens resultat hade troligtvis inte blivit mer utförligt om fler artiklar i barnkonventionen använts i analysen av materialet. Från början var det fem forskningsfrågor varav en togs bort i analysen. Forskningsfrågan var "Tillgodoses barnets rättigheter?", vilken utgick från artikel två i barnkonventionen. Denna fråga valdes bort eftersom barnets rättigheter genomsyrar alla forskningsfrågor.

Författarna valde att använda medelvärdet i svarsalternativen för de olika forskningsfrågorna. Medelvärdet är ett genomsnittsvärde och det vanligaste att använda. Ett annat genomsnittsvärde som kan användas är medianen. Ejlerthsson (2012, s. 89, 93) beskriver att medianvärdet används då extremvärden förekommer. Medianvärdet räknas ut genom att ställa upp variablerna i storleksordning där det mittersta värdet är medianen. Vid två variabler i mitten summeras dessa och divideras med två.

I examensarbetets material förekom extremvärden, till exempel vid svarsalternativet alltid i forskningsfrågan "Kommer barnets bästa i första hand". Procentenheterna i svarsalternativet alltid var från 0% till 82%. Därmed skiljde sig medianen och

medelvärde i detta svarsalternativ. I de övriga forskningsfrågornas svarsalternativ förekom inte extremvärden vilket gjorde att medianen och medelvärdet blev likvärdiga. Medianvärdet användes inte i stapeldiagrammet då summan av procentenheterna för de olika svarsalternativen inte blev 100 %.

God kvalitet i en studie krävs för att resultatet ska vara trovärdigt (Gunnarsson 2002). Olsson och Sörensen (2011, ss. 122-124) skriver att i den kvantitativa undersökningen testas validiteten som avser förmåga att mäta rätt saker. Medan reliabiliteten är ett mått på hur bra det som mäts blir. Blir resultatet det samma vid varje mätning i flera studier är reliabiliteten hög. Författarna för examensarbetet menar att datamaterialet var tillräckligt brett för att kunna dra slutsatser av och syftet har besvarats. Dock kan resultatet påverkas på olika sätt då frågeformulärets påståenden är ställda utifrån hur tillåtande arbetsituationen är och inte efter barnkonventionen. Kvaliteten stärks av att respondenterna arbetar på olika sjukhus samt att formuläret är utformat från en vedertagen enkät. Materialet har analyserats av båda författarna vilket ytterligare ökar kvaliteten.

Examensarbetets resultat kan tillämpas inom vården. Frågeformulären besvarades av sjuksköterskor som arbetade med barn inom Västra Götalandsregionen och kan därav vara överförbart inom detta område. Forskning som presenterats i bakgrunden kommer från både Sverige och olika delar av världen. Barnkonventionen har skrivits under av samtliga länder som författarna har presenterat forskning från. Det finns svårigheter i sjuksköterskans arbetsituation vad gäller att tillgodose barnets bästa, delaktighet, utveckling och rätt att uttrycka sig. Kliniska implikationer för resultatet är därmed att det skulle kunna tillämpas i olika vårdkontexter i Sverige och flera delar av världen.

## **Resultatdiskussion**

### **Barnets bästa**

Resultatet visar att strax över hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna har möjligheter att se till barnets bästa i flertalet situationer. Samtidigt är det många som sällan eller aldrig anser att arbetsituationen tillåter dem att kunna göra det bästa för barnet. Baillie, Ford, Gallagher & Wainwright (2009) beskriver att sjuksköterskor känner stress över att inte kunna ge den värdiga vård som de önskar kunna ge. Alves & Guirardello (2016) skriver att emotionell stress i sjuksköterskans arbetsituation försämrar möjligheten att utföra en säker vård av barn. Kan den emotionella stressen reduceras känner sig sjuksköterskan mer tillfredsställd i sitt arbete. Dahlberg och Segesten (2010, s. 122) menar att det finns svårigheter för sjuksköterskan att ge patienten den bästa vården när upplevelsen av vårdmiljön och vårdandet är negativt. Om sjuksköterskan upplever ohälsa och utsatthet i sin arbetsituation riskeras kvaliteten i vården.

Om sjuksköterskan inte har tid för reflektion leder det till svårigheter i utförandet av professionellt arbete med barnet. Sjuksköterskan behöver ha ett reflekterande förhållningssätt för att ge individuell vård till barnet (Ekeberg 2015, ss. 38-39).

Resultatet visar att i vissa påståenden tillåter arbetssituationen tid för reflektion och i andra påstående tillåts det inte. Arbetssituationen tillåter sjuksköterskan att fundera över aspekter i miljön som både kan upplevas behagliga och obehagliga för barn. Arbetssituationen tillåter sjuksköterskan i låg utsträckning att reflektera över om vårdmiljön kan uppfattas som främmande för barnet. Sjuksköterskan upplever att arbetssituationen tillåter dem i hög utsträckning att skapa en välkomnande miljö för barnet. Dahlberg och Segesten (2010, s. 236) skriver att vårdmiljön ska anpassas efter ålder och behov och är viktig för upplevelsen av hälsa.

### **Barnets delaktighet**

Resultaten visar att strax över hälften av sjuksköterskorna ansåg att arbetssituationen gjorde det möjligt att göra barnet delaktiga. Något oroväckande som uppmärksammades i materialet var att mindre än 40 % tillåts använda ett språk som barnet kunde förstå och endast 5 % tilläts hjälpa barnet att förstå eventuella förändringar de genomgår. Endast 9 % av sjuksköterskorna ansåg att arbetssituation tillät dem att alltid uppmärksamma vikten av regelbunden återkoppling till barnet om deras vård. Detta stämmer överens med studien av Coyne, Amory, Kiernan & Gibson (2014) som beskriver att barn sällan görs delaktiga i beslutsfattandet. Ruhe et. al. (2016) beskriver att information som inte barnet får ta del av leder till att barnet känner sig förbisedda.

Att göra barnet delaktiga i vården och i beslut är en viktig del för att barnet ska förstå vad de går igenom samt att relationen mellan barn och sjuksköterska gynnas vilket bidrar till trygghet för barnet. Vikten av delaktighet stärks i patientlagen (SFS 2014:821). Dahlberg och Segesten (2010, s. 84) skriver att goda relationer skapar trygghet. En relation som bygger på trygghet skapar hälsa. Socialstyrelsen (2015) betonar att information som är otillräcklig kan orsaka felaktiga uppfattningar. Relationen mellan barnet och sjuksköterskan har stor betydelse och leder till en öppen och ärlig kommunikation som främjar vården av barnet. Wiklund (2003, ss. 104-105) skriver att när barnet upplever brister i vården, inte är delaktiga och inte förses med information, känner de sig förbisedda och ett vårdlidande kan uppstå.

### **Barnets möjlighet att uttrycka sig**

Resultatet visar att sjuksköterskornas arbetssituation tillät dem i högst utsträckning att ge barnet möjlighet att uttrycka sig. Till exempel angav 60 % av sjuksköterskorna i ett påstående att de alltid tilläts fråga barnet hur det går för dem. Det var ingen som angav svaret sällan eller aldrig. Att ställa frågor till barnet är det första steget för att barnet ska få uttrycka sin åsikt. Enligt patientlagen (SFS 2014:821) har barnet rätt att yttra sig och få sin åsikt respekterad.

Sjuksköterskan ska ge utrymme för barnets funderingar och lyssna på vad barnet säger för att få kunskap och förstå dennes livsvärld (Birkler 2007, s. 41). Dahlberg och Segesten (2010, ss. 126-127) skriver att med livsvärlden som grund kan sjuksköterskan fördjupa den vårdande relationen. Harder, Christensson, Coyne, och Söderbäck (2011) betonar att utrymme behöver ges för att barnet ska få möjlighet att hinna berätta och

uttrycka sina åsikter. När barnet får uttrycka sig skapas delaktighet. Vidare behöver barnet få bekräftelse på det som uttryckts och i största möjliga mån få sina viljor och behov tillgodosedda. Coyne, Hallström och Söderbäck (2016) skriver att delaktighet skapas genom att barnet får stöd, tid och att sjuksköterskan visar aktivt engagemang i dialogen med barnet.

### **Barnets möjlighet till utveckling**

Resultatet påvisar att sjuksköterskans arbetssituation i lägst utsträckning tillät barnets möjlighet till utveckling. Exempelvis tillät arbetssituation inte sjuksköterskan att stödja barnet i upprättande av vardagsrutiner (1,5 % svarade alltid). I påståendet att stödja barnet för att upprätthålla viktiga aspekter i barnets vardagsliv svarade endast 13 % alltid. Skolan är en del av barnets vardagsliv. I studien av Bisogni et. al. (2015) framkommer att det var svårt för barn att fullfölja sina studier under sjukhusvistelse.

Oroväckande i studiens resultat är att barnet i låg utsträckning fick möjlighet att leka med andra barn vid behov (5 % svarade alltid) samt att barnet i låg utsträckning blev presenterade för andra barn i liknande situationer (5 % svarade alltid eller ofta). Edwinston Månsson (2015, s. 123) skriver att lek är en viktig aspekt för att barnet ska utvecklas, sjuksköterskan behöver förstå hur barnet använder sig av leken för att kommunicera. Artikel 31 i barnkonventionen framhäver att alla barn har rätt till lek (Nätverket för barnkonventionen 2018). Att barnet får leka är därför en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter för att möjliggöra barnets utveckling.

Darcy, Björk, Knutsson, Granlund och Enskär (2016) skriver att när barnet lyckas behålla vardagsrutinerna minskar de negativa effekterna av sjukdom och behandling både psykiskt och socialt. Barn med långvarig sjukdom visade på svårigheter i det sociala samspelet vilket visade sig i beteendemässiga besvär samt minskad känsla av gemenskap i grupp. Darcy, Björk, Enskär och Knutsson (2014) beskriver att barn med cancer strävar efter att återfå ett normalt vardagsliv. Sjuksköterskan behöver förstå att de har en viktig roll i att hjälpa barnet att leva med sin sjukdom.

Information, delaktighet och tillgång till familj och vänner är betydelsefullt för att barnet ska kunna leva ett vanligt liv trots sjukdom. Wiklund (2003, ss. 78-79) beskriver att hälsa kan upplevas oberoende av sjukdom. Fenomenet hälsa är komplext, vad hälsa innebär är den enskilda individens upplevelse. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 243-244) skriver att i vårdandet ska sjuksköterskan lära barnet att förstå de förändringar som sjukdom orsakar i både kropp och själ. Fokus i lärandet är att underlätta barnets livssituation för att kunna behålla vardagliga rutiner trots sjukdom.

Homburger Eriksson betonar att barnet behöver ta sig igenom olika mognadskriser för att kunna utvecklas och bli trygg i sig själv (Tamm 2012, ss 54-55). Det är viktigt att föräldrarna är delaktiga för att möjliggöra barnets utveckling. Föräldrarna ska se till barnets behov och stötta samt hjälpa barnet under sin uppväxt. Föräldrarna är en del av barnets vård och finns de inte med försvårar det för sjuksköterskans arbete i vården med barnet.



## **Barnkonventionens tillämpning i praktiken**

Resultatet visar att arbetssituation inte alltid gjorde det möjligt för sjuksköterskan att se till barnets bästa. Inte heller tillgodose barnets utveckling, att få uttrycka sig och att få vara delaktig. Orsakerna till detta kan inte utläsas ur resultatet. Rätten till utveckling, uttrycka sig och få vara delaktig samt att barnets bästa ställs i centrum är några av barnkonventionens huvudmål (Rädda Barnen 2018). Hur barnkonventionen ska kunna uppnås som lag finns forskning kring. Coyne, Hallström och Söderbäck (2016) anser att ett barncentrerat arbetssätt kan bidra till att barnets möjlighet till delaktighet kan öka. Barncentrerad vård är ett bra steg i förändringen av vården för att kunna nå upp till barnkonventionen som lag. Vid familjecentrerad vård är fokus på familjen och det finns risk för att föräldrarna blir de som tar alla beslut. Fokus på barnet försvinner och barnet riskerar bli sedda som ett objekt. Dahlberg och Segesten (2010, s. 119) menar att sjuksköterskan ska göra föräldrarna delaktiga och komma överens i vården av barnet. Bowlbys anknytningsteori (Hallström 2015, s. 67) betonar vikten av trygghet mellan barnet och föräldrarna. Känner inte föräldrarna trygghet hindrar det barnet från att känna sig trygga. Piaget (Tamm 2012, ss. 54-55) betonar att trygghet skapas när barnet klarar av att ta sig igenom utvecklingsstadierna. I examensarbetets resultat framkommer att sjuksköterskorna i låg utsträckning kunde tillgodose barnets utveckling vilket kan utgöra ett hinder för barnet att känna trygghet i sig själv och i sin omgivning.

Coyne, Hallström och Söderbäck (2016) skriver att i en barncentrerad vård ses barnet som en individ med egna behov och rättigheter. Barnet blir inkluderat i beslutsfattandet genom vägledning av vuxna. På så sätt ökar barnets möjligheter att förstå, vilket leder till att barnet får lättare att ta ställning och ta kompetenta beslut. För att ett barncentrerat arbetssätt ska bli möjligt behövs engagemang, starkt ledarskap och ekonomiskt stöd från ledare inom barnsjukvården (Coyne, Hallström & Söderbäck 2016).

Streuli, Michel och Vayena (2011) menar att alla lagar liksom barnkonventionen saknar konkreta riktlinjer för hur målen ska uppnås i praktiken. Författarna till artikeln har utvecklat en checklista med frågor grundade på barnkonventionens artiklar. Exempelvis, pratar jag snarare med barnet än om barnet? Förklarar jag hela syftet med behandlingen eller ingreppet till barnet på ett åldersanpassat sätt? Tar jag hänsyn till barnets och familjens grundläggande behov? Har barnet tillräckligt med tid och stöd för en korrekt beslutsprocess? Dessa frågor menar författarna för studien att sjuksköterskan kan använda som verktyg i vården av barn för att stärka barnets rättigheter (Streuli, Michel & Vayena 2011). Resultatet i examensarbetet visar på brister i arbetssituationen angående att kunna tillgodose barnets bästa, delaktighet, utveckling samt att uttrycka sig. Därför menar författarna att detta verktyg kan komma till användning även för respondenterna i denna studie.

För att uppnå barnkonventionens mål menar Webb (2014) att fokus ska ligga på hur konventionens artiklar kan användas i praktiken. Politiken behöver utvecklas, budgeten omfördelas och ett nytt tankesätt kring vården av barn behövs. Reading et. al. (2009) skriver att barnkonventionens artiklar stärker barnets rättigheter. Artiklarna i barnkonventionen kan uttryckas som fyra huvudprinciper: Sätta barnets bästa främst,

inte diskriminera, överlevnad och optimal utbildning samt att bli lyssnad till. En kombination av konventionens huvudprinciper tillsammans med de fyra etiska principerna rättvisa, inte skada, autonomi och göra gott, skapar strategier och metoder för att främja vården av barn. För att uppnå detta behövs ny kunskap, skicklighet, resurser och att barnets rättigheter ställs i centrum. I examensarbetets resultat representeras barnens rättigheter i samtliga forskningsfrågor och visar på att arbetssituationen inte tillgodoser barnens rättigheter i den utsträckning som barnkonventionen har.

## **Hållbar utveckling**

Att barnkonventionen blir lag är en start till att ytterligare tydliggöra barnets rättigheter. Processen är långvarig och måste utvecklas och följas upp kontinuerligt. Mallar och riktlinjer för hur vården av barn ska bedrivas behövs och kan underlätta för sjuksköterskan. Det kan ge en ökad struktur och tydlighet i arbetet och kan underlätta disponeringen av sjuksköterskans tid. Samtidigt behöver verksamhetscheferna vara engagerade och kunniga för att kunna leda och stödja sjuksköterskorna i arbetet. Genom att barnkonventionen blir lag och riktlinjer utformas från forskning möjliggörs en jämställd vård och kvaliteten på vården av barn kan öka. Barnen är vår framtid. Kan sjuksköterskan bedriva en vård som gör att barnen utvecklas kan de växa upp till starka och trygga individer. Folkhälsan kan därmed främjas och samhället utvecklas.

## **SLUTSATSER**

Sjuksköterskan ska se till barnets bästa och göra barnet delaktiga i vårdandet. Detta uppnås genom att sjuksköterskan har fokus på barnet och anpassar informationen efter barnets utvecklingsnivå. För att nå upp till barnkonventionen som lag behövs fler legitimerade och specialistutbildade sjuksköterskor med barnkompetens samt en organisation och arbetssituation som möjliggör för sjuksköterskan att arbeta efter lagen.

Resultatet av examensarbetet visar på begränsningar i sjuksköterskans arbetssituation för att uppnå barnkonventionen som lag. Begränsningarna berör alla områden i forskningsfrågorna. Möjlighet till utveckling för barnet framhävs vara det främsta hindret i arbetssituation. Arbetssituationen tillåter sjuksköterskorna i störst utsträckning att låta barnet uttrycka sig. Barnets möjlighet till utveckling, delaktighet och att uttrycka sig behövs för att vården ska ha barnets bästa i fokus. Examensarbetet kan användas för att tydliggöra att vården av barn behöver utvecklas för att kunna tillgodose barnets rättigheter och nå upp till barnkonventionen som lag 2020.

Vård av barn är komplex. I tidigare forskning framkommer det att kunskap och erfarenhet krävs för att bedriva en god vård av barn. Nordiskt nätverk för Barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård (NOBAB 2017) skriver att specialutbildad personal krävs för att vårda sjuka barn. För att sjuksköterskan i

vårdandet ska kunna möta de fysiska och psykiska behov som familjen och barnet har behövs kompetens och utbildning.

Specialiserade barnsjuksköterskor har genom sin utbildning tillägnat sig utökade kunskaper för att kunna vårda barn utefter deras specifika behov. Författarna menar att barnspecialistutbildning borde vara ett krav för att arbeta med barn. Alternativt kunde grundutbildningen för sjuksköterskor utökas genom att undervisningen om barn blir mer omfattande.

### **Vidare forskning**

Examensarbetet visar på att det finns begränsningar i sjuksköterskans arbetssituation men inte vilka hinder som sjuksköterskan anser det bero på. Arbetsredskapen som finns i tidigare forskning behöver tillämpas i vården av barn. Vidare forskning behövs om hur dessa arbetsredskap kan öka möjligheten för sjuksköterskan att bedriva en god vård av barn. Om bristerna i arbetssituationen kan identifieras kan åtgärder sättas in för att möjliggöra att vården kan leva upp till barnkonventionens mål.

## REFERENSLISTA

Almblad, A., Målqvist, M. & Engvall, G. (2016). Caring for the Acutely, Severely Ill Child—A Multifaceted Situation with Paradoxical Elements: Swedish Healthcare Professionals' Experiences. *Journal Of Pediatric Nursing*, 31(5), ss. 293-300. DOI :10.1016/j.pedn.2016.05.001

Alves, D. & Guirardello, E. (2016). Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. *International Nursing Review*, 63(3), ss. 328-335. DOI :10.1111/inr.12276

Baillie, L., Ford, P., Gallagher, A. & Wainwright, P. (2009). Dignified care for children and young people: nurses' perspectives. *Paediatric Nursing*, 21(2), ss. 24-28

Bartholdson, C., Sandeberg, M. a., Lützn, K., Blomgren, K., & Pergert, P. (2016). Healthcare professionals' perceptions of the ethical climate in paediatric cancer care. *Nursing Ethics*, 23(8), ss. 877-888. DOI: 10.1177/0969733015587778

Birkler, J. (2007). *Filosofi omvårdnad etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Bisogni, S., Aringhieri, C., McGreevy, K., Olivini, N., Lopez, J.R. G., Ciofi, D., Merlo, A. M., Marotti, P. & Festini, F. (2015). Actual implementation of sick children's rights in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions. *BMC Medical Ethics*, 16(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0>

Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare. Faktabok*. Stockholm: Liber.

Coyne I, Amory A, Kiernan G, Gibson F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(3), ss. 273-280. DOI:10.1016/j.ejon.2014.01.006

Coyne, I., Hallström, I. & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), ss. 494-502.

DOI: <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1177/1367493516642744>.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Darcy, L., Björk, M., Knutsson, S., Granlund, M. & Enskär, K. (2016). Following Young Children's Health and Functioning in Everyday Life Through Their Cancer Trajectory. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(3), ss. 173-189.

Darcy, L., Björk, M., Enskär, K. & Knutsson, S. (2014). The process of striving for an ordinary, everyday life, in young children living with cancer, at six months and one year post diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), ss. 605-612. DOI: 10.1016/j.ejon.2014.06.006

Darcy, L. & Karlsson, K. (2018). Barn i vården. [opublicerat material]

De Almeida Vicente, A., Shadvar, S., Lepage, S., & Rennick, J. E. (2016). Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: A qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 60, ss. 216-224. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2016.05.005

Edwinson Månsson, M. (2015). Barn på sjukhus. I Hallström, I. & Lindberg, T. *Pediatrisk omvårdnad*. 2. uppl., Stockholm: Liber, ss. 117-128.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Ekeberg, M. (2015). Lärande och reflektion med livsvärlden som grund. I Ekeberg, M. & Berglund, M. (red.). *Reflektion i lärande och vård en utmaning för sjuksköterskan*. Lund: Studentlitteratur, ss. 21-44.

Gunnarsson, R. (2002). *Validitet och reliabilitet*. <http://www.infovoice.se/fou/> [2018-03-28]

Hallström, I. (2015). Barn i hälso- och sjukvården. I Hallström, I. & Lindberg, T. *Pediatrisk omvårdnad*. 2. uppl., Stockholm: Liber, ss. 24-30.

Harder, M., Christensson, K., Coyne, I. & Söderbäck, M. (2011). Five-year old children's tuning-in and negotiation strategies in an immunization situation. *Qualitative Health Research*, 21(6), ss. 818-829.

DOI: <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1177/1049732311400629>

Harder, M., Ranheim, A. & Söderbäck, M. (2015). *Främja barns delaktighet i vårdsituationer att se och att inse*. ISBN: 978-91-637-8643-3. [http://www.nobab.se/images/publikationer/Framja\\_barns\\_delaktighet\\_i\\_vrdsituationer.pdf](http://www.nobab.se/images/publikationer/Framja_barns_delaktighet_i_vrdsituationer.pdf)

Högskolan i Borås. (2017). *Riktlinjer för examensarbete på kandidatnivå i huvudområdet vårdvetenskap*. Borås: Högskolan i Borås. [http://www.hb.se/Global/Akademi%20/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H17\\_Riktlinjer%20-%20Kandidat\\_exarbete.pdf](http://www.hb.se/Global/Akademi%20/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H17_Riktlinjer%20-%20Kandidat_exarbete.pdf) [2018-04-11]

NOBAB. (2017). *Nordiskt nätverk för Barn och ungas rätt och Behov inom hälso- och sjukvård* [powerpoint-presentation].

[http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation\\_NOBAB\\_2017.pdf](http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation_NOBAB_2017.pdf)

Nätverket för barnkonventionen. (2018). *FN:s konvention om barns rättigheter*. <http://barnkonventionen.se/fns-konvention-for-barns-rattigheter/> [2018-02-08]

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl., Stockholm: Liber AB

Reading, R., Bissell, S., Goldhagen, J., Harwin, J., Masson, J., Moynihan, S., Parton, N., Santos Pais, M., Thoburn, J. & Webb, E. (2009). Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. *Lancet*, 373 North American Edition (9660), ss. 332-343. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61709-2

Ruhe, K. M., Badarau, D. O., Brazzola, P., Hengartner, H., Elger, B. & Wangmo, T. (2016). Participation in pediatric oncology: views of child and adolescent patients. *Psycho-Oncology*, 25(9), ss. 1036-1042.

DOI: <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1002/pon.4053>

Rädda barnen. (2018). *FN:s konvention om barnets rättigheter*. <http://barnkonventionen.se/wp-content/uploads/2009/07/Barnkonventionenfullversion.pdf>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Strandhholt Andersen, C. & Dolva, A. (2014). Children's perspective on their right to participate in decision-making according to the United Nations Convention on the Rights of the Child article 12. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 35(3), ss. 218-230.

DOI: <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.3109/01942638.2014.918075>

Streuli, J. C., Michel, M. & Vayena, E. (2011). Children's rights in pediatrics. *European Journal Of Pediatrics*, 170(1), ss. 9-14. DOI: 10.1007/s00431-010-1205-8

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf) [2018-02-09]

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [2018-02-09]

Tamm, M. (2012). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur.

UNICEF. (2016). *Barnkonventionens ställning i Sverige*. Stockholm: UNICEF Sverige. <https://unicef.se/projekt/gor-barnkonventionen-till-lag> [2018-02-08]

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Webb, E. (2014). Commentary on the ISSOP policy statement on the UNCRC and health. *Child: Care, Health & Development*, 40(1), ss. 4-6. DOI: 10.1111/cch.121



## Bilaga 1

Påståendena börjar med ”Min arbetssituation tillåter mig att...”

Forskningsfråga	Påstående ur materialet	Svarsfrekvens
Kommer barnets bästa i första hand?	Komma ihåg små personliga detaljer från barnets berättelse	Alltid 17,6 % Ofta 63,2 % Ibland 17,6 % Sällan 1,5 %
	Försäkra mig om att barnet kan mitt namn och min yrkesroll	Alltid 14,9 % Ofta 41,8 % Ibland 26,9 % Sällan 14,9 % Aldrig 1,5 %
	Stödja barnets förmåga att hantera situationen	Alltid 16,4 % Ofta 53,7 % Ibland 29,9 %
	Göra barnets vårdmiljö så hemlik/personligt som möjligt, om det är medicinskt säkert	Alltid 6,2 % Ofta 38,5 % Ibland 38,5 % Sällan 12,3 % Aldrig 4,5 %
	Använda tilltalsnamnet som barnet själv vill bli tilltalad med	Alltid 81,1 % Ofta 16,7 % Ibland 1,5 %
	Visa barnet att jag är glad att se dem när de kommer för att få behandling	Alltid 52,2 % Ofta 41,8 % Ibland 6 %
	Fundera över aspekter i miljön som kan upplevas som obehagliga för barnet (ljud, bild, lukt, bemötande)	Alltid 12,1 % Ofta 53 % Ibland 25,8 % Sällan 9,1 %
	Försäkra mig om att familjen har en namngiven kontaktperson	Ofta 23,3 % Ibland 23,3 % Sällan 36,7 % Aldrig 16,7 %
	Tillåta för barnet viktiga personer att delta i vården	Alltid 37,3 % Ofta 44,8 % Ibland 14,9 % Sällan 3 %
	Försäkra familjen om att de alltid kan höra av sig vid behov	Alltid 53,8 % Ofta 35,4 % Ibland 6,2 % Sällan 3,1 % Aldrig 1,5 %

Förändra behandlingsmetoder om den nuvarande inte fungerar för barnet	Alltid 6 % Ofta 35,8 % Ibland 44,8 % Sällan 9 % Aldrig 4,5 %
Fundera över aspekter i miljön som kan upplevas som behagliga för barn (ljud, bild, lukt, bemötande)	Alltid 7,4 % Ofta 47,1 % Ibland 39,7 % Sällan 5,9 %
Ha barnets personliga önskemål i åtanke	Alltid 20,9 % Ofta 59,7 % Ibland 17,9 % Sällan 1,5 %
Reflektera över hinder som påverkar om barnet känner sig välkommet	Alltid 6,2 % Ofta 49,2 % Ibland 36,9 % Sällan 7,7 %
Reflektera över hur generella behandlingsplaner påverkar det individuella barnet	Alltid 7,6 % Ofta 30,3 % Ibland 42,4 % Sällan 12,1 % Aldrig 7,6 %
Uppmärksamma vad som påverkar barnets humör	Alltid 7,5 % Ofta 55,2 % Ibland 29,9 % Sällan 6 % Aldrig 1,5 %
Uppmuntra andra i personalen att presentera sig och sin yrkesroll för barnet	Alltid 13,8 % Ofta 35,4 % Ibland 36,9 % Sällan 10,8 % Aldrig 3,1 %
Ta reda på hur olika vårdhandlingar kan anpassas efter det individuella barnets situation	Alltid 3 % Ofta 47 % Ibland 36,4 % Sällan 12,1 % Aldrig 1,5 %
Reflektera över hur vårdmiljön kan uppfattas som främmande av barnet	Alltid 10,6 % Ofta 37,9 % Ibland 36,4 % Sällan 15,2 %
Skapa en välkomnande miljö	Alltid 22,1 % Ofta 36,8 % Ibland 32,4 % Sällan 8,8 %

	Erbjuda stöd till barnet genom ett för barnet obekant vårdssystem	Alltid 8,1 % Ofta 29 % Ibland 46,8 % Sällan 11,3 % Aldrig 4,8 %
	Visa att jag vill förstå vad barnet som patient kan vara rädd för	Alltid 24,2 % Ofta 54,5 % Ibland 19,7 % Sällan 1,5 %

Forskningsfråga	Påstående ur materialet	Svarsfrekvens
Görs barnet delaktigt?	Använda ett språk som barnet kan förstå	Alltid 39,4 % Ofta 53 % Ibland 7,6 %
	Ge barnet valmöjligheter i det som händer härnäst	Alltid 3 % Ofta 50 % Ibland 40,9 % Sällan 6,1 %
	Försöka ta reda på information barnet frågat efter	Alltid 25,4 % Ofta 68,7 % Ibland 6 %
	Vara uppmärksam på det som stödjer barnet att själv delta i beslut omkring en behandling	Alltid 2,9 % Ofta 36,8 % Ibland 42,6 % Sällan 14,7 % Aldrig 2,9 %
	Återkommande informera familjen i väntan på provsvar	Alltid 14,9 % Ofta 40,3 % Ibland 31,3 % Sällan 11,9 % Aldrig 1,5 %
	Informera barnet om enhetsrutiner (såsom måltider etc.)	Alltid 40,3 % Ofta 38,7 % Ibland 16,1 % Sällan 3,2 % Aldrig 1,6 %
	Uppdatera barnet om behandling regelbundet	Alltid 18,2 % Ofta 47 % Ibland 27,3 % Sällan 4,5 % Aldrig 3 %
	Hjälpa barnet att förstå eventuella förändringar de genomgår	Alltid 4,8 % Ofta 42,9 % Ibland 41,3 % Sällan 6,3 % Aldrig 4,8 %

	Hitta möjligheter inom vårdens organisation för att kunna möta barnets prioriteringar	Ofta 35,5 % Ibland 40,3 % Sällan 21 % Aldrig 3,2 %
	Uppmärksamma vikten av regelbunden återkoppling till barnet om vården	Alltid 9,4 % Ofta 43,8 % Ibland 29,7 % Sällan 12,5 % Aldrig 4,7 %

Forskningsfråga	Påstående ur materialet	Svarsfrekvens
Har barnet möjlighet att uttrycka sig?	Fråga barnet hur de skattar sin hälsa	Alltid 16,2 % Ofta 44,1 % Ibland 26,5 % Sällan 10,3 % Aldrig 2,9 %
	Fråga barnet om deras förväntningar på vård och behandling	Alltid 7,7 % Ofta 38,5 % Ibland 38,5 % Sällan 12,3 % Aldrig 3,1 %
	Fråga barnet hur det går för dem	Alltid 59,7 % Ofta 35,8 % Ibland 4,5 %

Forskningsfråga	Påstående ur materialet	Svarsfrekvens
Ges barnet möjlighet till utveckling?	Stödja barnet i att upprätthålla vardagsrutiner	Alltid 1,5 % Ofta 42,4 % Ibland 43,9 % Sällan 9,1 % Aldrig 3 %
	Fundera över hur nuvarande behandling kan påverka barnets drömmar om framtiden	Alltid 3 % Ofta 27,3 % Ibland 39,4 % Sällan 28,8 % Aldrig 1,5 %
	Uppmuntra barnet att vid behov leka med andra barn som befinner sig i samma situation	Alltid 4,5 % Ofta 24,2 % Ibland 43,9 % Sällan 21,2 % Aldrig 6,1 %
	Förstå konsekvenser av behandling och egenvård i barnets vardag	Alltid 9 % Ofta 62,7 % Ibland 28,4 %

	<p>Presentera barn i liknande situationer för varandra vid behov</p>	<p>Alltid 1,6 %  Ofta 3,1 %  Ibland 21,9 %  Sällan 43,8 %  Aldrig 29,7 %</p>
	<p>Hitta sätt att stödja barnet att upprätthålla det som är viktigt i deras vardag</p>	<p>Alltid 13,4 %  Ofta 43,3 %  Ibland 38,8 %  Sällan 3 %  Aldrig 1,5 %</p>