

# Barns delaktighet i samband med vårdprocedurer

Barnsjuksköterskors erfarenheter på akutmottagning

Ingrid Abrahamsson

Institutionen för pedagogik och didaktik

Examensarbete 15 hp

Vårdpedagogik

Magisterutbildning inriktning vård

Höst-terminen 2014, Examination 20150115

Handledare: Ulf Olsson

English title: Children's participation in procedures at emergency department, nurse's experiences.

# Barns delaktighet i samband med vårdprocedurer

## Barnsjuksköterskors erfarenheter på akutmottagning

**Ingrid Abrahamsson**

### Abstract

Barn söker tillsammans med sina föräldrar vård på barnakuten för symtom på sjukdom. För att diagnosticera symtomen genomgår barnen ofta obehagliga och ibland smärtsamma och procedurer.

**Syfte:** Undersöka hur det är att utföra diagnostiserande procedurer på barn så barnens tillit till vården bibehålls.

Vad är det som är svårt utifrån sjuksköterskornas perspektiv och gör att situationen blir komplicerad för barnen?

Vad krävs av de professionella för att barnens tillit till vården bibehålls?

**Metod:** Critical incident technique.

**Teoretiskt perspektiv:** Tyst kunskap.

Tolv situationer beskrevs av fyra sjuksköterskor som arbetade på akutmottagning för barn. Situationerna analyserades i två steg.

**Resultatet** av innehållet i intervjuerna om barns delaktighet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och kunde delas in i två kategorier: Underläge. Samspel.

I de situationer som beskrevs var barnen i underläge. När sjuksköterska och barn samspelade tonades asymmetrin ner och barnen vågade medverka och växa i situationerna.

**Tema:** Rädsla. Kommunikation. I alla situationen som beskrevs var rädsla det genomgående temat. Genom att det uppstod samspel mellan barn och sjuksköterska gick det att kommunicera och situationerna kunde förklaras för barnen

När situationerna var jobbiga och barnen inte vågade medverka vilket i den här undersökningen kunde sammanfattas under temat rädsla lyckades sjuksköterskorna ibland att tona ner asymmetrin, barnens underläge, och kunde samspela med barnen. När man hade ett samspel kunde man förklara och undervisa barnen. Det jämlika samspelet underlättade kommunikationen mellan sjuksköterska/ patient. Sjuksköterskan hade genom att tona ner asymmetrin hamnat i en mer jämlikt förhållande och barnen visade tillit och förtroende och var mer öppna, lyssnade, tog in och kunde medverka i vårdproceduren.

**Nyckelord;** Delaktighet, tyst kunskap, omvårdnad, akutmottagning för barn

## **Inledning1**

<b>Bakgrund.....</b>	<b>2</b>
<b>Barns rättigheter.....</b>	<b>2</b>
<b>Personcentrerad vård/patientens delaktighet.....</b>	<b>4</b>
<b>Barns delaktighet.....</b>	<b>6</b>
<b>Teoretisk ram.....</b>	<b>15</b>
<b>Problemformulering.....</b>	<b>19</b>
<b>Syfte.....</b>	<b>19</b>
<b>Metod.....</b>	<b>19</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>26</b>
<b>Resultatdiskussion/analys.....</b>	<b>30</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>34</b>

I. Bilaga 1, respondentbrev.

II. Bilaga 2, Betydelsebärande enhet.

III. Bilaga 3, Kod, kategori, tema.

# Inledning

Att som sjuksköterska arbeta med sjuka barn är en utmaning. Sjuka barn genomgår provtagningar och andra obehagliga procedurer inom vården. Exempel på procedurer är stick i fingret, få en perifer venkateter (pvk.), lumbalpunktion, röntgenundersökningar m.m. ([www.bjornwebben.se](http://www.bjornwebben.se)). Dessa procedurer är ofta ett nödvändigt ont för diagnostik av de symtom barnet har. Eftersom min yrkespraktik sedan femton år varit omvårdnad på allmänpediatrisk vårdavdelning, 0-18 år så uppfattar jag det som en central del av yrkesprofessionen men komplext och svårt. Att läsa vårdpedagogik har väckt funderingar hos mig och gett perspektiv på arbetet som barnsjuksköterska.

Begreppen delaktighet och tyst praktisk kunskap är aktuell i mina tankar i mitt kliniska arbete. Hur jag tänker och väljer att hantera en situation och hur jag förklarar för en oerfaren kollega vad som gjorde att jag hanterade situationen på det sättet.

Makt åt patienten, patientinflytande diskuteras mycket nu. Vård som utgår från patienten blir bättre, mer effektiv, värdigare och billigare, men frågan är vad en patient och personcentrerad vård innebär (Bergqvist, Månsson, 2013). Och vad innebär det i barnsjukvården? Kan man i vården arbeta med att utgå från patienten och skapa en värdigare effektivare och billigare vård? När jag började arbeta inom barnsjukvården försökte jag sätta mig in i hur barnen upplevde det för att kunna ge ett bra bemötande och utföra procedureerna på ett skonsamt sätt. Jag mindes mina egna besök hos tandläkaren som barn. Minns hur rädd jag var, hur tandläkaren körde på, jag skulle sitta still, paniken växte, han stod lutad över mig i tandläkarstolen och röt: sitt still- och jag satt inte still. Hur jag skämdes över att jag hade uppfört mig illa, inte varit duktig. Jag minns paniken där och då, lukten hos tandläkaren. Det har gjort att jag hela mitt vuxna liv har undvikit tandläkaren och då jag varit tvungen att gå till tandläkaren väntat till det blivit akut och ångrat mig i väntrummet då jag känt lukten, då lukten fått mig att vilja fly. Mina minnen från tandläkaren kan jag som vuxen summera som maktlöshet, rädsla, skuld känslor. Att hela befolkningen fick tandvård i mitten på 1900 talet var ju en stor förbättring som skulle skapa bättre tandhälsa hos befolkningen. Men vi som hade hål i tänderna som barn, vi är många, bär på en tandläkarskräck som motverkade syftet. En tandläkare som kunde laga tänder och borra men inte hade några färdigheter i bemötande, fixade tänderna på kort sikt men skapade ett motstånd att nyttja tandvård för många i min generation. Som barnsjuksköterska måste jag ju göra saker som barnen uppfattar som obehagligt men vill ju inte att konsekvenserna ska ge en känsla av rädsla som de till varje pris vill undvika senare i livet.

Genom att intervjua barnsjuksköterskor med mångårig erfarenhet om hur de möter barn i samband med att de genomför obehagliga procedurer tror jag att det går att lyfta praktisk kunskap och förhoppningsvis tydliggöra mötet mellan barn och sjuksköterska, hur det faktiskt går att arbeta så att sjuka barn kan göras involverad i sin egen vård. Barnens obehagliga upplevelser sätts i ett sammanhang och blir begripliga och barnens tillit till vårdens representanter, sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal finns kvar.

Om barnets tillstånd kräver omedelbart omhändertagande med pvk-sättning, provtagning eller annat i en miljö där aktörerna, sjuksköterskorna, läkarna och föräldrarna är uppskrivade av barnets allvarliga tillstånd, kompliceras uppgiften ytterligare. Proceduren i det här arbetet börjar när sjuksköterskan möter barnet för första gången och slutar när proceduren är utförd och sjuksköterskan får en möjlighet att göra ett avslut.

# Bakgrund

## Barns rättigheter

### Barnets århundrade

Nittonhundratalet utropades av Ellen Key (1849-1936) som barnets århundrade och Lindberg & Lagerkrantz (1999) beskriver hur mycket i barnens situation har genomgått en fantastisk förbättring, åtminstone i Sverige och andra likartade länder. Undernäring och bristsjukdomar hos spädbarn är eliminerade. Polio, difteri och tuberkulos, mässling, röda hund och vissa former av hjärnhinneinflammation förekommer knappt. Barnleukemi var obotlig på 60-talet men kan idag behandlas. Barnolycksfall med dödlig utgång är ovanligt. Under 50-talet blev uppfostran allt friare inspirerat av amerikanska idéer som förespråkade att man skulle vara lyhörd för barnens behov i kontrast till de tidigare rådande tyska lydnadsidealerna. Att äga barn blev förbjudet i Sverige 1979 (Lindberg & Lagerkrantz). Förutom på neonatalavdelningar, där det pågår ett stort förändringsarbete, vårdas barn tillsammans med sina föräldrar dygnet runt när de är på sjukhus. De har alltid någon av sina föräldrar eller närstående med sig. Detta sen den brittiska rapporten (Platt, 1959) visade hur skadligt det var för barn att skiljas från sina föräldrar när de dessutom var sjuka. Efter att rapporten publicerades tog det cirka 15-20 år att organisera om barnsjukvården så barnens föräldrar kunde stanna och övernatta med sina barn.

### Konventionen om barns rättigheter

Det som framförallt stärkt barnens ställning i samhället och i mötet med vården är FN:s arbete under 1900-talet. 1923 kom Genèvekonventionen som innehöll 5 artiklar angående barnets rättigheter. Andra världskriget kom emellan och det dröjde till 1979, internationella barnåret, innan man enades om att påbörja ett arbete på en konvention om barnets rättigheter. 1989 antogs denna konvention, allmänt kallad barnkonventionen av FN:s generalförsamling (Gustavsson 1999; Söderbäck, 2010). FN:s konvention om barns rättigheter (Utrikesdepartementet 2006) består av 54 artiklar. Av dessa är 41 sakartiklar vilka fastslår de rättigheter varje barn ska ha. Resten av artiklarna handlar om hur länder ska arbeta med konventionen. Konventionen ska användas i sin helhet men fyra artiklar är vägledande för hur helheten i konventionen ska tolkas. De fyra huvudprinciperna är artikel 2, 3, 6 och 12:

*”Artikel 2.*

*Alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras. Barnkonventionen gäller för alla barn(0-18år) som befinner sig i ett land som har ratificerat den.*

*Artikel 3.*

*Barnets bästa som ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör det enskilda barnet. Begreppet ”barnets bästa” är konventionens grundpelare och har analyserats mer än något annat begrepp i barnkonventionen. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall.*

*Artikel 6.*

*Varje barn har rätt att överleva, leva och utvecklas. Artikel 6 handlar inte bara om barnets fysiska hälsa utom också om den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen*

## Artikel 12.

*Barnet har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad”* (Söderbäck 2010 s.16; Utrikesdepartementet 2006).

Barns hälsa och utveckling främjas av att de är delaktiga i olika sammanhang, sin egen hälsovård som exempel. För att främja barns delaktighet har vi i Norden en standard som ska användas som vägledning för en barncentrerad vård. Standarden bygger på FN:s konvention om barns rättigheter. Standarden är utarbetad för att användas för att skapa likvärdig kvalitet för alla barn och unga inom hälso-och sjukvård. Som hjälp för att förstå hur sjuka barn kan stödjas i samband med vårdprocedurer är standard nr 4 och 5 särskilt intressanta:

*”4, barn och föräldrar skall få information om barnets sjukdom, behandling och vård på ett sätt som de kan förstå och som är anpassat till barnets ålder. Åtgärder ska vidtagas för att minska fysisk och psykisk stress”.*

*”5, Barn och föräldrar skall efter grundlig information vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård av barnet. Alla barn skall skyddas mot onödiga medicinska behandlingar och undersökningar”* (Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso-och sjukvård, (NOBAB, 2000)\*.

Det finns även en standard utarbetad för barn med funktionshinder och en standard som innehåller rättigheter för övergång från barnklinik till vuxenvård (Söderbäck, 2009).

Barnsjuksköterskans profession definieras till stor del av att vårda. Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) har gjort en sammanfattande beskrivning av vad vård är:

*”Vård*

*-innefattar en emotionell och värdemässig grund som innebär att man känner omsorg om och bryr sig om en annan och vill honom väl.*

*-baserar sig på en interpersonell relation och interaktion.*

*tar sig uttryck i handlande genom vilken man hjälper en individ”*

**Att:**

*”Tillgodose sina behov och livsfunktioner*

*Återvinna, upprätthålla och befrämja friskhet, hälsa, välbefinnande och funktionskapacitet*

*Förebygga sjukdom, ohälsa, illabefinnande och funktionsnedsättning*

*Utveckla resurser, växa och förverkliga sig”.*

\* NOBAB. Nordisk förening för sjuka barns behov

### ***Att hjälpa en individ till***

*”Minskat lidande samt till att se en mening i, klara sig igenom eller acceptera sjukdom och lidande.*

*Till ett gott liv eller en fridfull död.*

*-omfattar såväl enskilda individer som grupper, familjer, samhället och miljön” (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996 sid.17-18).*

Sjuksköterskornas funktion i att vårda innebär att från en emotionell och värdemässig grund känner omsorg om och bryr sig om en annan och vill den väl, ha ett mellanmänniskt samspel i syfte att hjälpa en individ. I det här fallet, att stödja det sjuka barnet och dess familj. Sjuksköterskans roll är att stödja barnet och dess familj att klara sig igenom lidandet som vårdproceduren innebär.

För att ytterligare förstärka barns ställning i Sverige inrättades 1993 en institution som fått namnet Barnombudsmannen. Barnombudsmannen har som uppgift att bevaka frågor som angår barn och ungdomars rättigheter och intressen. Barnombudsmannen har en nyckelroll i att se till att barnkonventionen implementeras och efterlevs i barn och ungdomars vardag genom att lämna förslag på lagar och lagändringar till regeringen, utbilda och informera om barnkonventionen och bevaka att den efterlevs i vårt samhälle (Dahlqvist, 2004).

### **Hälso och -sjukvårdslagen**

Förutom barnkonventionen och NOBAB`s standard finns hälso- och sjukvårdslagen som gäller alla patienter på sjukhus, således även barn på sjukhus. De allmänna bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen lyder:

*”§ 2 Patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet.*

*Kvalitetssystem ska säkerställa*

*att kvalitet och säkerhet i patientens vård och omhändertagande tillgodoses*

*att patientens värdighet och integritet tillgodoses*

*att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga.*

*Att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas” (SOSFS 1996:24, kvalitetssystem i hälso- och sjukvård).*

### **Personcentrerad vård/ patientens delaktighet**

Inger Ekman, professor i omvårdnad och föreståndare för centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet poängterar i en intervju i omvårdnadsmagasinet (2013) att det inte räcker att informera och att ställa frågor till patienten. Personcentrerad vård innebär att man verkligen lyssnar på patienten, utgår från berättelser och låter hen vara medaktör i vården (Bergqvist Månsson, 2013) . Personcentrerad vård tar sin utgångspunkt i patientens upplevelse av situationen och utgår från personens resurser, förutsättningar och hinder. Utgångspunkten för personcentrad vård är patientens berättelse. Med den som utgångspunkt ingås ett partnerskap mellan patienter, närstående, närståendevårdare och professionella vårdare. Patientberättelsen är förutsättningen för personcentrerad vård/hälsa och partnerskapet mellan patient och personal är den mest centrala delen eftersom det handlar om ömsesidig respekt för varandras kunskap, det vill säga hur det är att leva med tillståndet (Ekman, 2014).

De som arbetar inom vården möter ju de vårdsökande, patienterna som i sin sårbarhet är i behov av omsorg.

### **Den transformerande kraften i teorin om omvårdnad i omsorg**

Boykin et. al. (2005) har försökt att förklara vad teorin, ”nursing as caring” innebär genom att utgå från exempel från praktiska vårdsituationer. I svenska benämns nursing omvårdnad, men nursing caring blir något mer än omvårdnad, omvårdnad i omsorg är den närmaste översättningen. Nursing caring utgår från att alla människor är vårdande omsorgsgivare som uttryck för sin mänsklighet. Att vara människa är att vara vårdare. Att förstå den praktiska meningen av detta följer ett antal påståenden som stärker teorin.

All individualitet växer rotad i omsorg. Omsorg lever i stunden i relation med individen och hens andra vårdande medmänniskor. Omvårdnad som disciplin och profession orienterad mot omsorg är inte orienterad mot att diagnostisera behov eller att kompensera för brister utan har sitt fokus i att stödja människor att leva i omsorg och att växa i omsorg.

Omvårdnadskonceptet är första nyckeln för det praktiska användandet av teorin. Det är fastslaget att all omvårdnad äger rum i omvårdnadssituationer, delad levd erfarenhet i vilken omsorgen mellan sjuksköterska och patient belyser individen. Sjuksköterskan närmar sig avsiktligt den andre i syfte att förstå dennes unika livsvärld och dennes unika värderingar. Ett annat nyckelelement är ”omsorgsdansen”. Den illustrerar jämlikheten, det jämlika flödet hos de som är avsiktligt inblandade i den delade uppgiften.

Praktiken skiftar från ett perspektiv som är styrt av medicinsk diagnostik och behandling till att förstå att det unika omvårdnadsfokuset är att främja människors levande omsorg och växande i omsorgen. I omsorg ingår: kunskap, tålmod, växla rytm, hopp, mod, tillit och ärlighet. Exempel på inbjudan till omsorg:

Att stödja och upprätthålla hopp i stunden.

Att vara i familjen

Tröst och stöd

Exceptionell kunskap i teknologi och att tolka teknologiska uttryck i vårdande av personen.

Omsorgsresponsen är ett uttryck av sjuksköterskans levande omsorg, unik och kreativ i stunden. Responsen reflekterar vem sjuksköterskan är som person och sjuksköterska.

Omsorgen blir kompassen för beslutsfattande. Den förhöjda medvetenheten om sig själv som vårdande person möjliggör att knyta an till andra på ett sätt som hedrar mänskligheten och det unika. I det kontinuerliga växandet i att känna sig själv som vårdare utvecklas sjuksköterskans kompetens i att veta och bekräfta omsorgen i andra. Det är den förståelsen som gör att sjuksköterskan kan stödja andra när de lever sin omsorg och växer i vårdande. Praktik grundad på omsorg i vårdande poängterar vikten av person; person som vårdande (Boykin et.al. 2005).

Kristersson Ugglå (2014) menar att för att förändra vårdens intentioner för att möta kravet på ökad demokratisering räcker det inte med god vilja och aktivt handlande. Att vara patient i ”vårdapparaten” innebär ett trefaldigt underläge. Ett institutionellt underläge av att hamna lågt ner i en starkt hierarkisk organisation som sjukvården. Den sviktande hälsan kan



ge ett existentiellt underläge. Lidandet till följd av begränsningar gör personen utsatt och sårbar. Det tredje; ett kognitivt underläge som hänger samman med de tekniska och vetenskapliga framgångarna inom medicinen. För barnen är ju underläget ännu tydligare och det kognitiva underläget blir mer omfattande för att de kanske saknar erfarenheter, tidsbegrepp och att de just är barn, med varierande grad av autonomi. Kristersson Ugglå förordar ett omfattande intellektuellt arbete. Vi bör utveckla etiska modeller där olika vägledande principer vägs mot varandra och introduceras i institutionella relationer. Kristersson Ugglå lyfter fram Rentorff et.al. (2000) text där fyra grundläggande etiska principer, autonomi, integritet, värdighet och sårbarhet, ömsesidigt korrigerar och balanserar varandra. Autonomi balanseras mot integritet, värdighet och sårbarhet (Rentorff et. al. 2000). Dessa etiska modeller bör göras tillgängliga i vårdutbildningar och på vårdarbetsplatser så den etiska medvetenheten stärks så att förhoppningsvis den vårdsökandes lidande minskas.

Även Schuster (2008 s.151; 2006) diskuterar också det professionella mötet. Genom att intervjua sjuksköterskor som möter döende patienter aktualiseras konflikten mellan asymmetrin och ömsesidigheten i en professionell relation. Det asymmetriska handlar om maktdimensionen i relationen men även om de professionella ansvar. Det ömsesidiga pekar på den existentiella utmaningen som finns i mötet. För att förstå det existentiella självet har Schuster tagit hjälp av filosoferna Gadamer (2003) och Ricoeur (1992) när hon framgångsrikt blottlägger maktförhållandet sjuksköterska/patient i sin avhandling. Hon kunde dela in sjuksköterskornas professionella förhållningssätt i tre olika stilar som alla förstärkte asymmetrin i mellan sjuksköterska och patient. De tre sätt som sjuksköterskorna konstituerade sig var: Den metodinriktade sjuksköterskan, den neutrala sjuksköterskan och den goda sjuksköterskan. För att istället tona ner asymmetrin föreslår författaren att sjuksköterskan bör sträva efter att försöka komma till insikt om de gemensamma livsvillkor sjuksköterskan delar med patienten. Ett erkännande av den andre fordrar att sjuksköterskan ser både det som förenar och det som skiljer. Den ömsesidiga orienteringen öppnar därmed för en kritisk dimension i omsorgen som räddar den från naivitet. Den existentiella utmaningen sjuksköterskan ställs inför, att sätta sin trygga roll på spel, möta sin egen sårbarhet av den andres utsatthet krävs för att kunna orientera sig mot ett ömsesidigt bemötande. Erkännandet av den andre innebär även att patienten får en annan status jämfört med i en asymmetrisk relation (Schuster, 2006). I Schusters avhandling undersöks förhållandet mellan sjuksköterskor och patienter (personer som är i livets slutskede). Barnen som den här undersökningen omfattar är i början på livet med begränsade erfarenheter och svag autonomi som gör dem mer sårbara än vuxna. Barnen riskerar i ännu högre grad att hamna i en asymmetrisk vårdrelation. Uppgiften att möta barnen så att barnen deltar, görs involverad i sin egen vård, blir delaktiga blir en ännu större utmaning än för sjuksköterskorna inom palliativ vård som Schuster (2006) intervjuade.

## **Barns delaktighet**

Termen delaktighet har en existentiell innebörd: När man är delaktig är man indragen i en tanke-, vilje och beslutsprocess (Söderbäck 2010; Runesson, et. al 2002). Förutsättningen är att man är autonom (Ygge, 2004). Att vara delaktig är mer komplext eftersom det kräver förståelig information vilket kan kompliceras av oro för hälsotillståndet, sömnbrist och andra saker som får personen i obalans (Ygge, 2004). En vårdssituation eller vårdprocedurs betydelse för ett barn beskrivs av Söderbäck (2010) beror på barnets mognad och förmågor utifrån tidigare erfarenheter av sin kropp och sitt språk, erfarenhet av tid, vana att ta initiativ och

envishet. Barnets erfarenhet av växelverkan med vuxna är också viktigt, att ”läsa av” vad den vuxne vill och vad som förväntas av barnet. Det finns en etisk konflikt att barns rättigheter kan bli en begränsning för barnets bästa (Söderbäck 2010; Spencer 2000; Runesson et.al 2002). T.ex. kan ett barn som uppnått skolålder anse att hen inte behöver delta i det allmänna vaccinationsprogrammet. Föräldrarnas underskrift krävs för att vaccination utförs av skolhälsovården. Barnets rättigheter att ha en åsikt, att uttrycka sin åsikt och att få igenom sin vilja att slippa vaccination kan då innebära att barnet inte har skydd mot sjukdomar som vaccinet skyddar emot. Det innebär också att sjukdomar som uppfattas som utrotade p.g.a. . det allmänna vaccinationsprogrammet återkommer i samhället och personer med nedsatt immunförsvar blir utsatta. Vem som vet vad som är barnets bästa i den situationen är svårt att säga. Varför vill inte barnet vaccineras? Är det rädsla för spruta, smärta eller biverkningar? Vad är det som gör att föräldern inte ger sitt samtycke? Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall.

## **Barnperspektiv**

En vårdprocedur eller vårdsituation blir problematisk när föräldrars och vårdpersonals bemötande och förhållningssätt påverkar barnets välbefinnande både på kort och lång sikt. Den ojämlika maktrelationen mellan vuxna och barn kan, istället för att vägledas av ett barnperspektiv utmyнна i ett ”ägarskap”. Att ”äga” någon är inte förenligt i något sammanhang utifrån barnens rätt att få komma till tals som fullvärdig samhällsmedborgare.

Vem äger barnet när det vårdas på sjukhus frågar Shields et. al. (2003) i en lite provokativ artikel. Är det läkaren, sjuksköterskorna eller föräldrarna? Författarna har inte funnit någon litteratur som omfattar ägarskap av barn på sjukhus men de har funnit i litteratur att lärare kan uppfatta att de ”äger” sina elever. I vårdnadstvister syns en tendens till ägarskap när föräldrar som strider om vårdnaden. Ägarskap framträder i resonemang om kroppsdelar som fattiga kan sälja i samband med transplantationer. Surrogatmammor som bär någons barn i 9 månader mot ersättning. Föräldrar till Jehovas vittne som genom att vägra blodtransfusion till sina barn och barnen blir tillfälligt omhändertagna under vårdtiden, i detta fall visar syns ju en konflikt om barnets bästa. När biologiska föräldrar kontra fosterföräldrar strider om var barnet ska växa upp. Författarna befarar att det kan uppstå konflikter mellan vårdteam på sjukhus och barnets föräldrar om vem som är mest lämpad och kan ta tillvara barnets bästa (Shields et. al. 2003). Att äga någon är ju inte förenligt med vår moderna människosyn. Varje människa måste respekteras för sin egen skull. Hon har ett egenvärde som person. Detta människans medfödda och inneboende värde ska alltid upprätthållas och bekräftas (Bishopberger, 2004). Med barnperspektiv menas att man utgår från respekten för barnets fulla värde och integritet. Att ha ett barnperspektiv innebär att analysera vilka följder beslut och åtgärder kan få för ett enskilt barn eller barn och unga i grupp. Att som vuxen ha ett barnperspektiv är att utgå från barnets bästa i barnkonventionen (UD, 2006). När barnen inte ges möjlighet till ett aktivt deltagande utvecklas inte heller ansvarskänslan för situationen och den egna hälsan. Relationer som skapas med barnet i en vårdsituation måste bygga på förtroende. Att möta barnets perspektiv inför en vårdprocedur är nödvändigt för den vuxne för att kunna samspele. Att uppfatta barnets motivation, engagemang, inflytande och att ge barnet ärlig uppmärksamhet och bemöta det med respekt är en förutsättning för allt vardagsarbete med barn inom hälso-och sjukvård (Söderbäck, 2010; Runesson, et. al 2002). Barn utvecklas olika och är individer med olika förutsättningar och erfarenheter men det finns generella

utvecklingssteg som barn passerar som har konsekvenser för hur de bör bemötas när de är sjuka och de upplever sjukdom (Vygotski, 1978; Rogoff, et. al. 2003).

### **Barns tankar om sjukdom och sjukvårdsrädsla**

Barns tankar om sjukdom och hälsa är beroende på ålder och mognadsnivå men också om barnet är friskt eller sjukt. Barnets uppfattningar om sjukdom och hälsa påverkas också av kultur, folkliga föreställningar och medicinska överväganden som finns i vår kultur och förs över av föräldrar (Tingberg, 2004).

**Det lilla barnet, 0-3 år** kommunicerar genom att visa reaktioner på omedelbara här och nu-förhållanden. Vi tolkar barnets olika initiativ, emotionella signaler och efter hand imitationer, enskilda gester och uttryck. Från cirka sex månaders ålder börjar barnet utveckla sensitivitet för vem de föredrar och vem de reserverar sig för i kontakt med. Det lilla barnets främsta behov är den konkreta närheten till föräldrarna.

**Förskolebarnet, 3-6 år** har ofta magiska föreställningar. De kan tro att olydnad framkallade sjukdomen eller att det var marken som gjorde att de fick ont i knäet. De behöver lekpräglade handlingar för att kunna förmedla och ta emot information. Från fyraårsåldern är barnet vetgirigt, påhittigt och självsäkert men kommunicerar fortfarande på saker här och nu. Det är svårare att kommunicera saker som hänt tidigare.

**Barn mellan 6-12 år** börjar kunna samarbeta logiskt och rationellt runt behandlingen av sin sjukdom men när sjukdomen berövar dem funktioner väcks den existentiella ångesten och från tolvårsåldern finns de intellektuella förutsättningarna för att barnens dödsbegrepp närmar sig de vuxnas begreppsbild. I skolåldern är barnens medvetenhet om den egna kroppen större än tidigare och rädslan för kroppsskada är stor. Intresset att förstå sig på livet är stort. Fantasilivet ger vika för verkligheten och barnet förmår skilja på fantasi och verklighet. Det magiska tänkandet kring orsaker kan följa med till vuxen ålder, speciellt i pressade situationer men ses inte längre som bestraffningar av olika slag. När barnet närmar sig tolvårsåldern kan hen se hälsa och sjukdom som sammansatta företeelser. De börjar också förmå att förstå och tänka på att förebygga hälsa för framtiden.

**Tonåringen, 13-18 år** kan följa en ”vuxen” verbal dialog i en trygg situation. Tonårstiden är en tid då den unga människan på ett speciellt sätt är intresserad av sin kropp och dess funktioner. När det gäller läkarbesök vill tonåringen helst gå dit själv. Samtidigt finns en rädsla för själva undersökningen, de vill inte visa sig nakna. Bakom en tuff attityd finns ofta en människa som är mycket osäker och ängslig. Tonåringens livskänsla kretsar kring föreställningen om autonomi. Det är ytterst kränkande för en tonåring att behöva ta hjälp vid sjukdom. Barns tankar om sjukdom är beroende på ålder, kulturella, folkliga föreställningar och hur barnet mår. När hälsan sviktar finns oron för vad symtomen står för, rädsla som utifrån individuella förutsättningar uttrycks på olika sätt (Tingberg, 2004).

Genom att intervjua barn, observera symbolisk lek, utfört deltagande observation och reflekterande intervju har Forsner (2006) undersökt hur barn upplever sjukdom och sjukvårdsrädsla. Hon fann att hos barn i åldern 7-11 år var upplevelsen färgad av barnens egen föreställningsvärld. I berättelserna sammanfogades motsägelsefulla erfarenheter som att vara rädd/tillitsfull, ledsen/ha det mysigt, bli sårad/ ha kul.

I åldern 11-18 år innebar den upplevda sjukdomsupplevelsen att känna sig vilsen i den egna kroppen och känslorna. De upplevde att sjukdomen och omgivningen gjorde dem illa. Sjukdomsupplevelsen kunde innebära att man ville fly och att man behövde omsorg både från sig själv och andra.

Att vara rädd i samband med sjukvård är att uppleva sjukvården som farlig och hotande. I rädslan strävar barn efter att vara uppriktiga och kommunicera sin rädsla eller leva upp till ett krav på att vara duktig och dölja den. Det finns möjliga vägar ur rädslan. I berättelser, lek och fantasi kan barn uttrycka, utforska och övervinna rädslan. När barn är rädda vill de dela sin upplevelse med andra, bli bemötta som den person de är och bli varsamt hanterad. Att uttrycka rädsla är en gåva av tillit som väntar på att bli mottagen och då sjukvårdspersonal låter sig beröras av barnets uttryck kan detta öppna för att förändra barns upplevelse av vården. När barn uttrycker sina upplevelser kan detta tas emot som en inbjudan att dela deras upplevelser och därmed kan innebörden i omvårdnad av barn få bli att ta emot den ”gästfrihet” som barnets inbjudan innebär. Om vi tar emot denna inbjudan kan det öppna för att övervinna rädsla och svårigheter på ett sätt som barnet kan känna sig hemmastadd med. I en kreativ relation mellan sjuka barn och sjukvårdspersonal kan det bli möjligt att övervinna de svårigheter som sjukdom och vård kan innebära (Forsner, 2006). När barn är sjuka bör de som arbetar inom vården ha förmågan att möta de olika former av uttryck som barnen förmedlar och stödja barnen att förstå vad som händer så de är förberedda och bereds möjlighet att vara delaktiga.

### **Olika grader av delaktighet**

Delaktighetens steg (Hart, 1992) illustrerar graden av barns, tonåringars delaktighet i olika projekt. Barn behöver vara involverad i meningsfulla projekt med vuxna. Det är orealistiskt att förvänta sig att de plötsligt ska bli ansvarstagande, deltagande vuxna medborgare vid 16,18 eller 21 års ålder utan att de tidigare ställts inför att klara uppgifterna, besluten och ansvaret det innebär. Förståelsen för demokratiskt deltagande och kompetensen att delta kan endast förstås gradvis genom praktiskt deltagande (Hart, 1992).

<b>0. inget inflytande</b>
<b>1. manipulation</b>
<b>2. dekoration</b>
<b>3. information</b>
<b>4. konsultation</b>
<b>5. lämna synpunkter</b>
<b>6. inbjudan till dialog</b>
<b>7. initiativrätt</b>
<b>8. möte på lika villkor</b>
<b>9. självbestämmande</b>

(Hart 1992.s.8)

Stegen ovan är användbar som hjälp att synliggöra barns delaktighet. Barns förmåga till delaktighet beror på t.ex. utvecklingsnivå och eller kulturella saker, klass, självkänsla, kön m.m. Olika barn vid olika tillfällen föredrar att agera med olika grader av engagemang och ansvar. För att ett projekt där barn deltar ska betraktas som äkta delaktighet har Hart(1992) tagit fram fyra kriterier:

Barnen förstår vad projektet syftar till.

Barnen vet vem som tog beslutet om deras deltagande och varför.

Barnen har en meningsfull (istället för dekorativ) roll.

Barnen gick med i projektet frivilligt efter att projektet förklarades innan (Hart, 1992).

Shier (2001) har utvecklat stegen ovan för att ge ett verktyg för professionella som arbetar med barn att beakta paragraf 12 i FN:s konvention om barns rättigheter d.v.s. ett stöd att arbeta med ett barnperspektiv. Modellen innehåller fem steg:

1. Man lyssnar på barns åsikter
2. Barn får stöd att uttrycka sin åsikt
3. Man beaktar barns åsikter
4. Barn involveras i beslutsprocessen
5. Barn delar makt och ansvar i beslutsprocessen.

Modellen hjälper till att klargöra deltagandet genom att identifiera tre former av deltagande på varje nivå: Öppning, möjligheter och ansvar där den som arbetar med barn kan fråga sig:

Nivå 1: Vill jag lyssna på barns åsikter?

På den här nivån innebär det att lyssnandet bara inträffar om barnet själv tar initiativ till att uttrycka sin åsikt. Det görs inga organiserade försök att ta reda på vilka åsikter de har om viktiga beslut. Om inga åsikter uttrycks så anses detta inte vara anledning till oro. Det är en vanlig föreställning att barn inte är intresserade av att uttrycka sin åsikt och vuxna låter barn fortsätta leka.

Nivå 2: Vill jag ge barn stöd att uttrycka sin åsikt?

Det finns många anledningar varför barn som har åsikter om många frågor kanske inte uttrycker de åsikterna för de vuxna som arbetar med dem. Orsakerna kan vara brist på tillit, blyghet, dåligt självförtroende, tidigare erfarenheter av att vuxna inte lyssnat eller att uttrycka sina åsikter inte givit något resultat. Det kan också vara så att delaktighet inte förekommer i barnets kultur eller så är färdigheterna vad gäller kommunikation otillräckliga både från personalens och barnens sida. Nivå 2 skiljer sig från nivå 1 genom engagemanget att agera positivt för att locka fram barnets åsikter och att stödja barnen att uttrycka sina åsikter.

Nivå 3: Barns åsikter och synpunkter beaktas.

Att man tar hänsyn till barns åsikter innebär inte att alla beslut måste tas i enlighet med barnens önskemål. Barnens åsikt är en av åtskilliga faktorer som ska vägas in. Barnen bör ges feedback på hur beslutet togs.

Nivå 4: Barn involveras i beslutsfattande processer.

Denna nivå ställer högre krav på organisationen eller de professionella. Det kan kräva högre acceptans för förändringar.

Nivå 5: Barn delar inflytande och ansvar över beslutsfattande.

Nivå 5 är en grad mer i barnens makt över beslutsfattandet. På nivå 4 kan barnet bli aktivt involverade i en beslutsprocess men utan verklig makt över de beslut som tas. För att till fullo uppnå nivå 5 behövs ett tidigt engagemang från de vuxnas sida att lämna ifrån sig del av makten.

Vill jag beakta barns åsikter? Och vill jag att barn involveras i beslutsprocessen?

Nästa steg blir: Vill jag stödja barn att uttrycka sina åsikter? Vill jag beakta barns åsikter? Vill jag försöka involvera barn i beslutsprocessen? Vill jag dela makt och ansvar med barnen? Om svaret är ja på dessa frågor finns förutsättningarna att arbeta utifrån ett barnperspektiv (Shier, 2001).

### **Barns delaktighet i sin vård**

En svensk undersökning visade att barns aktiva delaktighet i sin vård kan på sikt ses som ett steg i deras utveckling, förbereda dem för mer svåra beslut i framtiden, på kort sikt förenkla situationer när barn måste genomgå smärtsamma procedurer (Runesson et.al 2002).

Undersökningen gick till så att etthundra trettiosju situationer som innehöll process där beslutfattande ingick observerades på ett universitetssjukhus. Åldrarna var spridda mellan fem månader och arton år. Resultatet delades in i fem nivåer av hur hänsyn togs till deltagarnas åsikter, önskningar och värderingar. Nivå 1: Vårdaren tar ingen hänsyn till barnets åsikter, önskningar och värderingar. Nivå 2: Vårdaren lyssnar men vägrar diskutera barnets åsikter. Ingen tvåvägskommunikation äger rum. Nivå 3: Vårdpersonal kommunicerar med barnet men lyssnar inte till barnets reaktion. Barnets åsikter, värderingar eller önskningar påverkar inte vårdaren aktiviteter. Nivå 4: Vårdaren tar hänsyn till vad barnet säger men agerar bara delvis utifrån barnets önskemål, åsikter och värderingar. Nivå 5: Vårdaren agerar utifrån barnets åsikter, önskningar och värderingar. Tio situationer kunde bedömas som nivå 1. Elva situationer bedömdes som nivå två. Femtioen situationer bedömdes som nivå 3. Sjutton situationer bedömdes som nivå 4 och slutligen fyrtioåtta situationer bedömdes som nivå 5. Ingen situation uppfattades som att barnet fick bestämma om saker som var för svårt för dem att besluta om. Barnen reagerade olika i samband med beslutsfattande, från aktivt deltagande till passivt och svagt ifrågasättande, starka protester till att totalt förlora kontrollen och sparka och skrika i panik. Barnen hade olika behov av information och deltagande, från att ha total kontroll till att inte kräva något alls. Inget barn uttryckte att de inte ville ha någon information.

Föräldrarna till barnen som observerades gav sitt barn stöd på ett sätt som motsvarade de olika nivåerna. I de situationer som knöts till nivå 1 och 2 visade föräldrarna inga tecken på att stödja sitt barn. De tog ingen hänsyn till sitt barns önskningar. De hjälpte vårdpersonalen att tvinga barnet och de tydliggjorde uppmaningar från vårdpersonalen. Trots att barnet hade det svårt så tog inte föräldrarna barnets parti i syfte att skydda barnet eller föreslå alternativa sätt. I situationer där barnen bedömdes delta på nivå 3-4-5 gav de flesta föräldrar stöd genom att förklara vad som skulle ske. Barnet gavs sällan tid att ta in informationen och ställa frågor. De tröstade, höll fast och försökte distrahera barnet. De uppmuntrade barnet att försöka hålla

ut och de hyllade barnet. Föräldrarna ifrågasatte sällan något. Vårdpersonalens agerande som gav situationer som benämndes nivå 1 gavs väldigt otydlig information i allmänna ordalag om att något skulle hända. Situationer som ledde till nivå 2 och 3 gavs information som barnet sällan hann tänka över eller ställa frågor om. I situationer som mynnade ut i nivå 4 och 5 lade vårdpersonalen energi på att etablera en tillitsfull relation till barnet. Försök gjordes att bjuda in barnet att delta eller åtminstone vara med i diskussionen. Åtminstone förklarade personalen vad som skulle hända, varför och försökte sätta handlingen i ett större sammanhang i syfte att barnet skulle ha lättare att förstå. De diskuterade med barnet som om hon/han var en värdefull partner vars åsikter önskingar och värderingar var av betydelse och de skyndade inte på proceduren (Runesson, et.al.2002).

Coyne (2006) har gjort en undersökning om hur barn, föräldrar och sjuksköterskor upplever barns delaktighet i vårdmiljöer och hälsomottagningar. De fann att föräldrar var positiva till att barnen gjordes delaktiga i sin vård. De upplevde att barnens delaktighet stärkte barnens självförtroende och självbild. En del föräldrar reserverade sig mot att barnen skulle belastas med att ta komplicerade beslut kring ibland smärtsam behandling när de var som mest sårbara. Det illustrerar hur komplext barnens deltagande i beslutsfattande är ur föräldrars synvinkel. Barnen uttryckte att de saknade den information de behövde för att förstå sitt hälsotillstånd och kunna förbereda sig på procedurer. Barnen uppskattade att man lyssnade på dem och beaktade deras åsikter. De angav sjuksköterskornas pressade arbetsbörda som orsak till att de inte alltid gav barnen den tid barnen upplevde att de behövde. Sjuksköterskorna i undersökningen uttryckte liksom föräldrarna att det var viktigt att bemöta barnen som individer med rättigheter men talade samtidigt om att barnens deltagande i beslut om sin egen vård var beroende av olika faktorer, ålder. Attityd, hur de mådde, hur länge de förväntades vara sjuka och deras mentala hälsa. Det fanns en diskrepans i hur sjuksköterskor ansåg vilka kriterier som bestämde i vilken grad barnen kunde vara delaktiga. Någon tyckte att barn i alla åldrar kunde delta utifrån att de var kapabla att kognitivt förstå syftet med vården. Andra ansåg att bara de barn som var kunnig i sin sjukvård och behandling skulle involveras i sin vård och beslutsfattande om den. Lika som föräldrarna ansåg några sjuksköterskor att det inte gick att generalisera, ibland var barnet inte kapabelt att vara med och besluta om sin vård. En sjuksköterska poängterade att några sjuksköterskor upplever det jobbigt att barnen är så insatta i sin vård och att de inte bjuder in barnen att delta om inte om det inte explicit begärs och föräldrarna stödjer sina barn att engagera sig (Coyne, 2006).

Von Zweigberk (2011) intervjuade barn med sjukvårdserfarenhet och observerade barn i möte med vårdrepresentanter i syfte att öka förståelsen om barns eget perspektiv i mötet med vården avseende bemötande, information och delaktighet. Hon fann att vårdpersonal kan bli bättre på att lyssna och fråga barnen mer. Ge barn tid att svara. Vårdpersonal kan bli bättre på att ge barn stöd i att bli mer delaktiga i sin egen vård och behandling. Medvetenheten om barns rättigheter behöver stärkas inom vården. Vårdpersonal bör ges möjlighet att reflektera över hur deras verksamhet kan ta vara på barns och ungas synpunkter och använda dem i kvalitetsarbetet (Von Zweigberk, 2011).

### **Barn som aktörer**

Lambert et. al. (2010) ville undersöka om sjuksköterskor behandlar barn som omogna, växande människor som behöver skyddas, eller kompetenta sociala aktörer. Syftet var att utforska kommunikationen mellan sjuksköterskor och barn på barnsjukhus. De fann att barn ville skifta mellan att vara passiva bisittare eller aktiva deltagare i kommunikationsprocessen

utifrån deras behov för stunden. Det utmanar tanken på att stärka barns deltagande i saker som påverkar dem i motsats till barns behov av stöd/beskydd och att utforska vilka negativa konsekvenser barns aktiva deltagande kan skapa (Lambert et. al. 2010).

Söderbäck (2012) undersökte hur barn 3-5 år engagerade sig i sin vårdprocedur som innebar venpunktion. Genom att videofilma proceduren och sen analysera det filmade kunde Söderbäck urskilja hur barnens engagemang i proceduren växlade från att vara vaksamma, nyfikna, följsamma, men de kunde också vara undvikande, avvärjande. Proceduren kunde utföras med tvång som åtföljdes av barnets resignerade hållning. Den vaksamma hållningen började när sjuksköterskan inbjöd till en aktivitet. Barnet var uppmärksam, med kroppshållning som tydde på vaksamhet. Barnet betraktade sjuksköterskan, sen föräldern, sen sjuksköterskan igen med en lite frågande hållning och sökte stöd. Medan de vaksamt sökte föräldrarnas och sjuksköterskans stöd kunde de klättra på möbler eller föräldern. Det verkade som barnet försökte stanna upp tiden för att skjuta fram proceduren,

Den nyfikna hållningen syntes i handlingar som uttryckte entusiasm och intresse. De tycktes visa en önskan om att få veta vad som skulle hända. Barnen log när de såg på sjuksköterskan och kroppsspråket uttryckte glädje. De hoppade och sprang, log och skrattade. Barnen tog initiativ att driva händelserna framåt. Den nyfikna hållningen tydde på att barnen kände sig trygga.

Den följsamma hållningen kännetecknades av att barnet fokuserade på den aktuella aktiviteten eller följde sjuksköterskans eller föräldrarnas guidning eller genom att välja och använda en distraktionsmetod som tillät dem att följa händelserna indirekt.

Den undvikande hållningen visade barnen genom att visa att de inte var positiva till det som planerades. De demonstrerade att de undvek kontakt med sjuksköterskan. De förnekade kontakten med att dra sig bakåt mot sin förälder eller mot väggen. Accepterade inte inbjudan eller vägrade delta i aktiviteten. De försökte också gömma sig eller lämna undersökningsrummet.

Tvingat deltagande visade barnen när de inte accepterade sin roll i situationen. Deras attityd var negativ och de accepterade ingen form av stöd, guidning eller distraktion. Barnen agerade verbalt, skrek och grät. Försökte med kroppen att komma loss, revs, och slogs som de försvarade sig. Samtidigt sökte de tröst hos föräldern. När aktiviteten blev avbruten, då man försökte bjuda in barnet på ett annat sätt behövde barnet tid att ladda om. Vid ett tillfälle sköt man upp venpunktionen till ett annat tillfälle.

När barnet visade en resignerad hållning var det i ett tvingat deltagande när barnet slutade streta emot. Barnet såg ledsen ut, höll sig i stillhet och verkade inåtvänd. Barnets inaktivitet underlättade proceduren (Söderbäck, 2012).

Sammanfattningsvis kan man om man vill stärka barnens rätt i vården ta stöd av FN:s konvention om barns rättigheters fyra huvudprinciper, artikel 2,3,6 och 12. (UD, 2006) Barnens rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras. Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör det enskilda barnet. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall. Varje barn har rätt att överleva, leva och utvecklas, det handlar inte bara om barnets fysiska hälsa utan också den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen. Barnet har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör hen. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad (U.D. 2006).



Att reflektera hur barnets bästa tillgodoses genom att utgå från de fyra grundläggande etiska principerna, autonomi, integritet, värdighet och sårbarhet, kan ge vägledning. Att utifrån modeller där barnets autonomi vägs mot dess integritet, värdighet och sårbarhet (Rentorff et.al. 2000).

Att vara delaktig innebär att vara indragen i en tanke-, vilje och beslutsprocess. Om vårdpersonal och föräldrar saknar barnperspektiv kan vårdsituationerna urarta, utmynna i ett ägarskap. Den ojämna maktrelationen gör barnet till ett objekt. Med barnperspektiv innebär det att man utgår från respekten för barns fulla värde och integritet. Att som vuxen ha ett barnperspektiv innebär att utgå från barnets bästa, möter barnets motivation, engagemang och att ge barnet ärlig uppmärksamhet (UD.2006; NOBAB 2000; Söderbäck 2010).

Hur barn tänker om sjukdom och hälsa beror på ålder och mognadsnivå men också om barnet är friskt eller sjukt. Hur barn uppfattar sjukdom och hälsa påverkas av vår kultur, folkliga föreställningar och medicinska föreställningar som förs över av föräldrar (Tingberg 2004). Forsners undersökning (2006), visade att barn i åldern 7-11 år upplevde sjukdomen ur sin egen föreställningsvärld. I åldrarna 12-18 år innebar sjukdomsupplevelsen att känna sig vilse i den egna kroppen och känslorna. Att vara rädd i samband med sjukvård är att uppleva sjukvården som hotande. I rädslan strävar barnen att vara uppriktiga och kommunicera sin rädsla. Vägar ur rädslan är berättelser, lek och fantasi där barn kan utforska och övervinna rädslan. Att uttrycka rädsla är en gåva av tillit som väntar på att bli mottagen och då vårdpersonal låter sig beröras av barnets uttryck kan det öppna för att förändra barns upplevelse av vården (Forsner (2006).

Nivån av delaktighet synliggörs i delaktighetens stege, (Hart 1992) och Shier (2001) har gjort en modell för professionella, som arbetar med barn att utgå ifrån för att möta barnen från ett barnperspektiv.

Delaktighetens stege utvecklades av Hart (1992) för att synliggöra barns delaktighet. Stegen har utvecklats av Shier (2001) för att kunna användas som ett verktyg, ett stöd för professionella att utgå från ett barnperspektiv i mötet med barn.

Barns delaktighet i vården har undersökts och visar att vi som arbetar med barn kan bli bättre på att lyssna och att lyfta barns delaktighet. Barn uppskattar att man lyssnar på deras åsikter (Runesson et.al.2002; Von Sweigberk 2011). Barn vill vara passiva bisittare eller aktiva deltagare i kommunikationsprocessen utifrån deras behov för stunden. Barnens behov pendlar mellan att behöva skyddas och avledas och deras behov av att stödjas i växande i att vara delaktig i sin vård (Lambert et.al.2010).

# Teoretisk ram

Att utföra procedurer på barn reflekterar skickligheten i att visa omsorg och kunna bemöta det unika barnet och dess familj. Eftersom det här arbetet undersöker sjuksköterskors erfarenheter har jag valt att utgå från ett professionaliseringsperspektiv. Hur sjuksköterskor utvecklas professionellt är undersökt och beskriven av Benner (1994). Att utföra procedurer på barn innebär att agera i situationer som är osäkra, instabila och konfliktfyllda vilket fick mig att vilja lyfta begreppet tyst kunskap som ligger dolt i mötet och agerandet mellan det sjuka barnet och sjuksköterskan.

## Tyst kunskap

Hur procedurer kan göras med omsorg så barnens behov beaktas är svårt att förklara. Det är inte säkert att den erfarna alltid lyckas beskriva eller förklara hur man går tillväga. Att lyckas genomföra procedurer med barn så barnen kan vara delaktiga är en praktisk, social utmaning där den professionella sjuksköterskans förmågor ställs på sin spets. Situationen är alltid kontextberoende.

Ett sätt att benämna tyst kunskap är att kunskapen sitter i ryggmärgen. Den erfarna ”läser av” situationens olika aspekter. Kunskapen är förvärvad genom att ha arbetat i samma situation många gånger och kunskapen är förvärvad genom erfarenhet. Tyst kunskap är en personlig dimension av den praktiska kunskapen och därmed bunden till en person. Denna kunskap fungerar tyst och är baserad på personens samlade kunskaper, erfarenheter, intuition och fantasi. En stor del av yrkeskunskapen är inte uttalad eller synlig. Tyst kunskap är så nära knuten till oss själva att vi oftast inte är medvetna om den. Tyst kunskap kan också vara kroppslig eller sensorisk vilket innebär att kunskapen är en del av kroppen och inte knuten till en intellektuell verksamhet (Sigrell 2008). I vårdarbete kan det förklaras utifrån tekniker att utföra en venpunktion. Den erfarna sjuksköterskan ser på huden känner med fingrarna hur venerna ligger. Men vad känner, ser man? Hur mår patienten? Om patienten har hög feber blir kärlen tunnare, när man sticker i huden drar kärlen ihop sig. Den erfarna ger febernedsättande och väntar till det har effekt. Hen har inte för bråttom om det inte fungerar direkt eftersom sticket i huden har gjort att ”kärlet försvunnit”. Så fungerar kroppen på kroppsskada, drar ihop kärlen för att undvika att blödningen blir så stor. Men det går att steg för steg under eller efter proceduren förklara vad som upplevs med sinnen, vilken information som registreras och det går säkert att redogöra för besluten som tas .

Schön (1996) beskriver att i processen reflektion-i-handling innebär det att man reflekterar över sin förståelse av kunskap som man tar emot, kritiserar, omvandlar och skapar ny kunskap av. Lärandet är ofta knutet till tänkande eller reflekterande som sker samtidigt som man agerar. Handlandet sker i situationer som förväntas vara osäkra, instabila och konfliktfyllda samtidigt som man agerar. Och här räknas diagnostiserande procedurer på barn. Praktikerns kunskap är ofta tyst och gäller komplexa förhållanden, t.ex. de mest sakkunniga inom olika områden vet mer än de kan uttrycka i ord. De litar mer på improvisation de lärt i praktiken än de kunskaper de fått under sin utbildning. Reflektion i handling ger till skillnad från reflektion på handling möjlighet att förändra situationen när handlingen pågår till skillnad från när man reflekterar efter handlingen (Schön 1996 sid.55).

Tyst kunskap skriver Sigrell (2008) är svårt att definiera eftersom det oftast handlar om praktiska handlingar som utförs och att dessa handlingar är så förknippade med oss själva att

vi oftast inte är medvetna om den eller kan artikulera den. Att kunna artikulera sin tysta kunskap gör att den blir medveten och på så vis kan den erfarenhetsskapade kunskapen uttryckas explicit. Tyst kunskap är svår att överföra därför att vi är omedvetna om att det finns. Kunskapen är så integrerad i oss att vi tar den för given och vi har därför svårt att rationalisera kunskapen och sätta ord på den. Sigrell (2008) skriver att den tysta kunskapen måste belysas genom artikulation, den måste lyftas upp från det omedvetna till kritisk granskning, först då kan den klargöras, sker inte detta blir det ingen kunskapsutveckling vare sig för individ, grupp eller för samhälle. Om inte kunskapen verbaliseras och artikuleras så är det svårt att värdera den. Om erfarna personer i praktiska specialområden som är skickliga uppmuntras att beskriva hur de löser problem så verbaliseras kunskapen och kan värderas och är inte tyst längre.

### **Tyst kunskap i omvårdnadsarbete**

Benner (1984) intervjuade 21 sjuksköterskepar, en nyutbildad och en erfaren intervjuades, dessutom valdes 51 sjuksköterskor med klinisk lång erfarenhet ut för intervju och observationsstudie. Förutom det genomfördes fyra intervjuer med mellan 4 och 8 sjuksköterskor. Resultatet analyserades med stöd av Dreyfusmodellen. Dreyfus & Dreyfus har utvecklat en modell för förvärvande av färdigheter som grundar sig på schackspelare och civila piloter. De visade att en elev genomgår fem stadier i förvärvande och utveckling av färdigheter. De olika stadierna återspeglar förändringar i tre allmänna aspekter av kvalificerade prestationer. Den första aspekten innebär en förskjutning från ett beroende av abstrakta principer till användning av tidigare praktisk erfarenhet som paradigm. Den andra aspekten innebär en förändring av elevens uppfattning av vad situationen kräver: Situationen uppfattas allt mindre som ett kompilat av lika betydelsefulla delar och allt mer som en helhet, där bara vissa delar har betydelse. Den tredje aspekten innebär en övergång från fristående observatör till deltagande utövare. Deltagaren befinner sig inte längre utanför situationen, utan deltar i situationen (Dreyfus & Dreyfus 1980). Genom intervjuer om praktiskt omvårdnadsarbete kunde Benner med hjälp av dreyfusmodellen visa fem utvecklingsstadier: 1, Novis. 2, Avancerad nybörjare, 3, Kompetent. 4, Skicklig. 5, Expert.

Första stadiet: Novisen saknar erfarenhet och undervisas med objektiva attribut som vikt, intag och uttag och liknande mätbara värden på patientens tillstånd. Novisens regelstyrda beteende är begränsat och regelstyrkt. Eftersom eleverna saknar erfarenhet är det nödvändigt med regler som styr handlandet.

Andra stadiet: Avancerad nybörjare är de som klarat av ett tillräckligt antal verkliga situationer för att antingen själva eller med hjälp av mentor, handledare kunna urskilja de återkommande, betydelsefulla beståndsdelar som i Dreyfusmodellen kallas ”aspekter på en situation”. Aspekter innefattar generella, övergripande särdrag som endast kan identifieras genom tidigare erfarenhet.

Tredje stadiet: Kompetent. Detta stadium nås efter två- tre år. Sjuksköterskan saknar den skickliga snabbhet och anpassningsförmåga men känner att hon behärskar situationen samt att hon kan ta itu med och klara av oförutsedda händelser som kan uppstå i den kliniska omvårdnaden. Den medvetet och avsiktligt genomförda planeringen bidrar till att man blir mer effektiv och organiserad.

Fjärde stadiet: Skicklig. Skickliga sjuksköterskor tolkar en situation som en helhet eftersom de uppfattar situationens betydelse med hänsyn till långsiktiga mål. Med hjälp av den

erfarenhetsbaserade förmågan att känna igen helhetsituationer märker den skickliga sjuksköterskan när den förväntade, normala bilden inte infinner sig. Denna holistiska förståelse hjälper den skickliga sjuksköterskan att fatta beslut. Eftersom hon är i besittning av helhetsperspektiv där bara de viktigaste av alla attribut och aspekter ingår har beslutsfattandet blivit mindre ansträngande.

Femte stadiet: expert. Experten kan nu intuitivt uppfatta varje situation och slå ner mitt i det aktuella problemområdet, utan att slösa tid på att välja mellan ett stort antal ofruktbara alternativa diagnoser och lösningar. Experten använder sig också av analytiska lösningar då det finns tillfällen då experten missuppfattar situationen och efter hand märker att händelser och beteenden inte utvecklas som förväntat.

Det utomordentliga och kraftfulla omvårdnadsarbetet kännetecknas av excellens. Excellens kräver delaktighet och engagemang men även inre styrka, etisk medvetenhet. Sjuksköterskorna i undersökningen använde sin inre styrka för att stärka patienterna, inte för att dominera, tvinga eller kontrollera dem. Denna relation är starkt kontextuell. För att stärka patienten måste sjuksköterskorna ibland gå nära gränsen till tvång när de trycker på för att en patient ska ta itu med en smärtsam uppgift som patienten inte utan vidare skulle göra av sig själv. En omsorg som inte är förankrad i ett sammanhang kommer alltid att te sig kontroversiell eftersom omsorg alltid är specifik och individuell. Nästan inget ingripande fungerar om relationen mellan sjuksköterska och patient inte grundar sig på ömsesidig respekt och äkta omsorg. Omsorgen innehåller känslor, vaga aningar av att något inte är som det ska eller det kreativa sökandet och känslan för sensitiva tecken som erfarenhet av omvårdnadsarbete gör det möjligt att upptäcka. Omvårdnad utan omsorg är en maktfaktor som kan vara förödande. Sjuksköterskor har makt även om de utövar den från en lågstatusposition i hierarkin (Benner 1984).

I Sverige har Andersson, Klang & Gustavsson (2011) undersökt hur sjuksköterskor som arbetar med i högspecialiserad pediatrik utvecklas i sin professionalitet. Sjuksköterskor som arbetar i högspecialiserad pediatrik vård delades in i tre grupper. Nyutbildade sjuksköterskor med sex månader till tre års erfarenhet (novis). Sjuksköterskor med mer än tre års erfarenhet (erfarna), och sjuksköterskor med barnspecialistutbildning och erfarenhet mer än fem år (specialister). Flera teman hanterades, barns sociala situation, barnmisshandel och barnets sjukdom och kvalitativa skillnader syntes i hur de olika grupperna diskuterade fallet. Tre sätt att ta sig an och försöka hantera fallet kunde identifieras: En uppgiftsorienterad attityd (noviser och erfarna), en åtgärdsorienterad attityd (novis och erfaren) och en hypotesorienterad attityd (specialist). Betydelsen av erfarenhet enbart för att utveckla professionell kompetens gick inte att påvisas i Andersson, Klang & Gustavssons studie men erfarenhet och vidareutbildning verkar betydelsefullt för att utveckla professionell kompetens inom barnsjukvården.

Herbig et. al.(2000) anser att tyst kunskap fås utifrån de konkreta erfarenheter som sjuksköterskan upplever och att den kunskapen leder till en förmåga att hantera liknande situationer som uppstår inom just det specifika arbetsområde som sjuksköterskan arbetar inom. Men det finns en risk att felaktiga kunskaper lärs in och lagras, det i sin tur leder till brister i hantering vid liknande situationer, kunskapen behöver reflekteras. Det som skiljer sjuksköterskor åt vad gäller att göra korrekta iakttagelser och agera på dessa var förmågan att organisera känslor och kunskaper i handling. Skillnaden avspeglades mest på vilket sätt de såg på sin erfarenhet, sjuksköterskor med meroreflekterad kunskap var mer frustrerade och

irriterade över att de inte kunna sätta fingret på vad det var för fel. Medan de sjuksköterskor som arbetade med ett holistiskt perspektiv utifrån sin kunskap kunde interagera mer i situationen och detta ledde till att handlandet i den kritiska situationen var bättre (Herbig et. al.2000).

Konsten att vårda och naturen av en effektiv terapeutiskt relation är en tyst, värderad kunskap inom barnonkologin skriver Cantrell (2007). Konstnärligheten i omvårdnad reflekterar kreativitet, resursstyrka och fantasi med vilken hon/han möter behoven, värderingar och förstår patienten och dess familj. Även om konsten i omvårdnaden och den terapeutiska relationen en tyst värderad kunskap bland barnonkologisjuksköterskor likaväl som hos barn och ungdomar med cancer är det svårt att beskriva och mäta dess effekter på HRQOL (health related quality of life). En bra terapeutisk vårdrelation har dessa komponenter: Etablera tillit, vara förstående, vara närvarande, skapa ömsesidiga mål och erbjuda socialt stöd. Den närvarande omsorgen inbäddad i sjuksköterskans praktik är en vital, oumbärlig komponent i de dagliga aktiviteterna för barnonkologisjuksköterskorna (Cantrell 2007).

Barnonkologisjuksköterskornas arbete skiljer sig från barnsjuksköterskors arbete på akutmottagning på så vis att barn som har cancer genomlider en lång vårdtid, en lång behandling på flera år medan sjuksköterskorna på barnakuten träffar barnen några timmar på akutmottagningen. Men precis som de cancersjuka barnen behöver barnen på akuten ett bemötande baserat på tillit, förståelse och omsorg.

Den resursstarka, kreativa och konstnärliga omsorgen Cantrell (2007) beskriver går att kännas igen i det Benner (1984) benämner som excellens. Benner(1984) fann att sjuksköterskorna använder sin inre styrka för att stärka patienterna, inte för att dominera eller kontrollera dem. Omsorgen innehåller känslor, vaga aningar av att något inte är som det ska eller det kreativa sökandet och känslan för sensitiva tecken som erfarenhet av omvårdnadsarbete gör det möjligt att upptäcka. Omvårdnad som disciplin och profession orienterad mot omsorg har sitt fokus i att stödja människor att leva i omsorg och växa i omsorg (Boykin et.al.2005). Benner (1984) kunde visa att en sjuksköterskelev genomgår 5 stadier i förvärvande och utvecklande av färdigheter. Kunskaperna som sjuksköterskorna besitter är förvärvat genom att ha arbetat i samma situation många gånger och är baserat på personens samlade kunskaper, erfarenheter, intuition och fantasi I fjärde stadiet tolkar sjuksköterskan situationen som en helhet eftersom de uppfattar situationens betydelse med hänsyn till långsiktiga mål. I femte stadiet, expert, kan sjuksköterskan intuitivt uppfatta varje situation och slå ner mitt i det aktuella problemområdet, utan att slösa tid på att välja mellan ett stort antal ofruktbara alternativa diagnoser och lösningar. Nästan inget ingripande fungerar om relationen mellan sjuksköterska och patient inte grundar sig på ömsesidig respekt och äkta omsorg. Omsorgen innehåller vaga aningar, känslor av att något inte är som det ska eller det kreativa sökandet och känslan för sensitiva tecken som erfarenhet av omvårdnadsarbete gör det möjligt att upptäcka ( Benner 1984).

## **Sammanfattning**

Den skicklige kanske inte vet om sin kunskap, inte har ord att beskriva den, men om den skicklige blir medveten om sin kunskap går det nog att förklara vad man förnimmar med sinnena. Situationer som förväntas vara osäkra, instabila och konfliktfyllda medan man agerar beskrivs av Schön (1996) som processen: reflektion i- handling, som innebär att man tar emot, kritiserar, omvandlar och skapar ny kunskap samtidigt som man agerar. Under processen finns en risk att felaktiga kunskaper lärs in och lagras som i sin tur leder till brister i hanteringen vid liknande situationer. Kunskaper behöver reflekteras (Herbig et. al. 2000) och

artikuleras (Sigrell 2008). Erfarenhet och vidareutbildning har visat sig vara betydelsefullt för att utveckla professionell kompetens (Andersson, Klang&Gustavsson 2011). Den tysta kunskapen måste belysas med artikulation så den kan granskas kritiskt, först då kan den klargöras (Sigrell 2008).

## **Problemformulering**

Med det här arbetet vill jag undersöka och fördjupa kunskapen om hur det är att genomföra obehagliga procedurer på barn där barnens upplevelse blir så bra som möjligt och med stöd av konventionen för barns rättigheter (UD 2006). Barnets möte med vården ska inte sätta spår som hindrar den växande individens tillit till vården och dess representanter. På akutsjukhus pågår vården dygnet runt och olika team runt barnet tar beslut om olika procedurer som någon annan i teamet utför. Procedur kan vara t.ex. stick i fingret, vikt, blodtryck, Sätta perifer venkateter eller venös provtagning. Procedurer är praktiska handlingar som kräver att barnen samarbetar, håller sig stilla och inte plötsligt flyr undan när proceduren pågår. Den som genomför proceduren måste vara beredd att parera och växla mellan att tekniskt klara av proceduren samtidigt vara följsam och lyhörd för barnets reaktioner. Det här arbetet syftar till att undersöka det dynamiska mötet i samband med att sjuksköterskan utför procedur på barnet, att sätta ord, beskriva, sammanfatta och utröna vad situationen kräver. Proceduren börjar när sjuksköterskan möter barnet för att utföra proceduren och avslutas när sjuksköterskan gör ett avslut när proceduren är klar. Barnsjuksköterskor i pediatrik har ett ansvar att följa FN,s konvention om barns rättigheter. När barnet är akut sjukt och det krävs akuta åtgärder i form av procedurer, t.ex. blodprov så måste bemötandet anpassas till just det barnet, dess familj och barnets förmåga att förstå utifrån ålder, individuella förutsättningar och den aktuella situationen.

## **Syfte**

Undersöka hur det är att utföra diagnostiserande procedurer på barn så barnens tillit till vården bibehålls.

### **Frågeställningar:**

Vad är det som är svårt utifrån sjuksköterskornas perspektiv och gör att situationen blir komplicerad för barnen?

Vad krävs av de professionella för att barnens tillit till vården bibehålls?

## **Metod**

Metoden jag tänker använda kallas Critical incident technique. Anledningen att jag valde Critical incident technique är att jag tror den passar bra för den typ av kunskap jag vill undersöka. Jag vill veta hur man på bästa och mest skonsamma sätt kan genomföra procedurer på barn och metoden sägs vara framgångsrik i att blottlägga olika aspekter som är svårfångade. Förhoppningsvis går det att ur vardagliga vårdssituationer som beskrivs se dem i ett etiskt, pedagogiskt och socialt perspektiv Att intervjua barn om deras erfarenheter av vårdssituationer ger säkert också kunskap, de kan säkert ge värdefull information om möten med vården som var bra eller mindre bra, men de utgår inte från ett professionellt perspektiv som sjuksköterskorna. Att observera eller videofilma vårdprocedurer ger också kunskap men jag ville att de jag intervjuade skulle sätta ord på upplevelserna ur sitt perspektiv. I en observation syns samspelet mellan sjuksköterska, förälder och barn och det går säkert att se hur sjuksköterskan kommunicerar, svarar, eller missar ansatser från barn eller förälder, eller

om barnet kommer i skymundan i kommunikationen under proceduren. Genom att intervjua en kollega och därefter analysera situationerna som jag så väl känner igen möjliggör förhoppningsvis att jag får en djupare förståelse för vad det innebär att utföra procedurer på barn. Med intervju beskrivs situationen, i det här fallet ur sjuksköterskans perspektiv. Hur sjuksköterskan uppfattar mötet med barnet. Metoden Critical incident technique går ut på att man ber den intervjuade beskriva en situation som var svår men händelsen gjorde att man lärde sig något. Schluter et. al. (2007) argumenterar för att metoden fungerar bäst med intervju till skillnad från observation eller frågeformulär då det sjuksköterskor ska beskriva lättare uttrycks genom att prata som när de pratar med en kollega än att skriva. En intervju med öppna frågor ger möjlighet till diskussion och reflektion uppstår när den intervjuade förmås förklara varför det inte blev som förväntat. Därför inleds intervjun i detta arbete med frågan: Kan du berätta om en procedur du minns i ditt arbete för att det gick väldigt bra eller väldigt dåligt i samband med att du skulle genomföra en procedur på ett barn?

Metoden utvecklades i amerikanska flygvapnet under andra världskriget. Metoden modifierades för att bl.a. användas vetenskapligt efter andra världskriget inom olika discipliner (Flanagan.1954 ). Inom omvårdnadsforskning är metoden användbar för att underlätta förståelsen av sjuksköterskans roll, samspelet mellan sjuksköterska och patient, mellan sjuksköterskor och andra personalkategorier inom vården. Utan att ändra något i forskningsprocessen kanske metoden inom omvårdnadsforskning borde benämnas significant event då incident inom vården används för att rapportera medicinska fel inom vården och blir mycket mer dramatiska än händelser som blottlägger relationer mellan sjuksköterska och patient, etiskt medvetande och stöd i samband med vårdhandling (Schluter, et.al. 2007). Metoden omfattar enligt Flanagan (1954) fem steg:

- 1. Fastställa det huvudsakliga syftet med aktiviteten**
- 2. Utveckling av planen och specificering för insamling av incidenter**
- 3. Insamling av data.**
- 4. Analys av data.**
- 5. Tolkning och rapportering av vad aktiviteten kräver**

Dessa fem steg utgör forskningsprocessen.

**1.Fastställa det huvudsakliga syftet med aktiviteten.** Jag ville utforska barnsjuksköterskans erfarenheter i samband med att hon utför vårdprocedurer på barn. Och att utföra vårdprocedurer på barn är svårt och det gäller att vara beredd på att barnen inte samarbetar och då ta beslut om hur man ska gå vidare. Ska man genomföra proceduren ändå eller ska man ta ett steg tillbaka och försöka hitta alternativ? Metoden skulle från början tydliggöra svagheter och risker. Gärna utgå från någon standard och se om det fanns risker med att följa dem eller om de garanterade säkerhet (Flanagan 1954). För det här arbetet fann jag NOBAB` s standard (2000) som jag uppfattade stämde överens med det jag ville undersöka. Som barnsjuksköterska ser jag svårigheterna i att utföra procedurer på barn så dessa standarder följs men vet också hur viktiga de är och var därför en bra inkörsport för hela arbetet. I arbetet frestas man p.g.a. tidsbrist och hög arbetsbelastning att ta genvägar. Att förklara för barnet vad som ska hända så de förstår gör att barnet som från början var tillitsfull och samarbetsvillig inte vill medverka vilket gör att proceduren på kort sikt blir ineffektiv. Men vi barnsjuksköterskor har ett ansvar att arbeta så att barnets upplevelse blir positiv och att de på lång sikt hyser tillit till vårdpersonal, sjuksköterskor.

Standard nr 4:

*”barn och föräldrar skall få information om barnets sjukdom, behandling och vård på ett sätt som de kan förstå och som är anpassat till barnets ålder. Åtgärder ska vidtagas för att minska fysisk och psykisk stress”.*

Och standard nr 5:

*”Barn och föräldrar skall efter grundlig information vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård av barnet. Alla barn skall skyddas mot onödiga medicinska behandlingar och undersökningar” (NOBAB, 2000).*

Även hälso-och sjukvårdslagen uppfattades omfatta det jag ville undersöka:

*”§ 2 Patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet. Kvalitetssystem ska säkerställa att kvalitet och säkerhet i patientens vård och omhändertagande tillgodoses att patientens värdighet och integritet tillgodoses att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga. att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas” (SOSFS 1996:24, kvalitetssystem i hälso- och sjukvård).*

Anledningen att dessa standarder valdes ut var att de formulerade något centralt i det jag ville utforska. Standarden NOBAB (2000) har formulerat uttrycker ju tydligt att barn och föräldrar ska få information om sjukdom, behandling och vård på ett sätt som de förstår utifrån barnets ålder. Från sjukvårdens håll ska man arbeta för att minska fysisk och psykisk stress. De sjuka barnen och deras föräldrar ska vara delaktiga i beslut som gäller barnens vård och behandling. Alla barn ska skyddas mot onödiga medicinska behandlingar och undersökningar. Hälso och sjukvårdslagen säger att kvalitet och säkerhet i patientens vård och omhändertagande tillgodoses, att patientens värdighet och integritet tillgodoses, att patienten och dess anhöriga , alltså även barn informeras och görs delaktiga. Förslag och klagomål från patienter och anhöriga tas om hand och beaktas. Detta är tydligt men hur är det rent praktiskt, hur är det i praktiska vårdssituationer, vilka hinder och vad underlättar arbetet i det praktiska arbetet i mötet med barnen som genomgår procedurer?

**2. Utveckling av planen och specificering för insamling av incidenter** i samband med aktiviteten. Instruktionen till personerna som rapporterar om händelserna behöver vara så specifik som möjligt med respekt för standarden så det går att värdera och klassificera det observerade beteendet (Flanagan 1954). De extrema eller atypiska situationerna är lättare att minnas. Ju mer erfaren sjuksköterskan är, desto svårare är det att förklara hur en situation hanterades och vad i situationen som ledde till de beslut som togs. Benner (1994) har visat att mer erfarna sjuksköterskor opererar med en djup förståelse för hela situationen och ju mer erfarna de blir, desto svårare är det att verbalisera hur de hanterar och tar beslut i svåra situationer. De erfarna sjuksköterskorna upplever kanske att det de uppfattar i situationerna och hur de väljer att agera är självklart. Ändå vill jag i detta arbete komma i kontakt med erfarna sjuksköterskor för att just utvinna den praktiska kunskapen som leder till för barnen goda möten med vården. Det går säkert att ställa följdfrågor så situationen blir klarlagd, steg för steg. De sjuksköterskor jag vill komma i kontakt med för intervjun ska ha arbetat minst 2 år på barnklinik.



**3.Insamling av data.** Viktigt att incidenterna rapporteras noggrant med alla detaljer.

Fyra sjuksköterskor intervjuades i maj 2013. Tolv situationer beskrevs. Detta skedde efter att kontakt tagits med chefssjuksköterskor på barnkliniker. Jag kontaktade chefssjuksköterskan på akuten där jag själv arbetar på en vårdavdelning. Att intervjua egna kolleger på den egna arbetsplatsen skulle bli allt för nära, jag kanske själv skulle känna igen patienterna som omnämndes. De sjuksköterskor som arbetar på akuten känner jag igen men jag har inte arbetat på akuten så distansen ansågs vara tillräcklig. De fyra sjuksköterskorna som deltog arbetar alla på akutmottagning för barn. Akutmottagningen tar emot barn, 0-18 år.

Det är viktigt att intervjuaren förmår stödja den intervjuade att ge så exakta uppgifter som möjligt om den specifika händelsen. Egenskaper som krävs av den som intervjuar är framförallt självmedvetenhet. Graden av förmågan hos den som intervjuar att skilja sitt eget perspektiv från den de intervjuar är centralt för att uppnå objektiva och pålitliga uppgifter. Intervjuarens förmåga att anpassa sig och förmå lyfta fram rikedom i beskrivningarna och insikter som döljer sig bakom svaren, lyfta kontexten, situationen och den intervjuades erfarenhet. Under intervjuerna försökte jag bara att lyssna aktivt, bara ställa öppna frågor, låta den som intervjuades berätta, bara fråga om det var något jag inte uppfattade.

Dessa frågor som rekommenderades av Schluter et. al. (2007) hade jag som stöd framför mig under intervjun:

Vad hände och vad var det som bidrog till situationen?

Vad gjorde, eller inte gjorde personen/personerna som orsakade händelsen?

Vad blev utfallet, resultatet av händelsen?

Vad gjorde den här handlingen effektiv/ineffektiv?

Vad kunde ha gjort den här handlingen mer effektiv? (Schluter et. al. 2007).

Min förförståelse hjälpte mig att känna igen situationerna och gav mig trygghet att låta kollegan prata. Jag kände igen situationerna och kunde lita på det sjuksköterskorna berättade.

Storleken på undersökningen beror på mängden händelser som samlas, snarare än mängden deltagare i undersökningen eftersom det är händelserna snarare än deltagarna som analyseras (Flanagan 1954). Intervjun bokades innan och intervjuerna skedde på en avskild plats med stängd dörr i nära anslutning till arbetsplatsen. Efter kort presentation där den intervjuade tillfrågades om hon läst och förstått informationsbrevet (Bilaga1) inleddes intervjun med:

Minns du någon procedur som du tyckte gick bra eller mindre bra som du vill berätta?

Tolv situationer beskrevs, alla utom en hade utspelats på deras arbetsplats, en akutmottagning för barn. En situation hade utspelats på vårdcentral då en av informanterna beskrev ett besök där med sin femåriga dotter

**4.Analys av data.** Summera och beskriva data på ett effektivt sätt så det kan bli användbart i olika praktiska sammanhang. Schluter.et.al. (2007) nämner att det är viktigt att tolkningarna inte bygger på antaganden eller att något förbises. Att ha förkunskaper i området ska inte betraktas som en begränsning men utnyttjas till sin fulla potential (Schluter. et. al. 2007). Jag som intervjuade har stor erfarenhet av att utföra procedurer på barn. Jag har erfarit hysteriskt skrikande, skräckslagna barn. Barn som tycker det är intressant och tittar förundrat på när proceduren utförs, barn som vill veta om det gör ont, hur ont det gör, vill inte och blir agiterade och ledsna men går med på att försöka och därefter är stolta över sitt mod och nya erfarenheter.

Ljudupptagningarna skrevs ut ordagrant. Det jag sa skrevs med stora bokstäver och varje sats den intervjuade sa fick ny rad så att texten framträdde som en dikt. Jag använde mig av kvalitativ innehållsanalys som den beskrevs av Graneheim&Lundman (2004). Situationerna renskrevs med bibehållet innehåll som betydelsebärande enhet. Därefter kortades texten ner

s.k. kondensering där kärnan i innehållet blev kvar. Det destillerade innehållet tolkades och fick en kodbeteckning. Graneheim&Lundman (2004) beskriver koder som verktyg att tänka med, möjlighet att se texten på ett annorlunda sätt (bilaga 2). Exempel på hur en situation beskrevs och sen kondenserades till betydelsebärande enhet och därefter till kod:

*Fyraårig gosse ska ta blodprov. Föräldrarna berättade att han var väldigt stickrädd och det framgick tydligt av hans beteende att han var rädd.*

*Pojken var EMLAD (bedövningssalva applicerad för venösvenpunktion) men väljer stick i fingret. När sjuksköterskan ska utföra stick i fingret sa pojken : pappa först! SSK undrade om det var en bra ide men pojken knöt handen så hon hade fått tvinga honom och det tyckte hon att han var för stor för så hon stack pappan i fingret och sen samarbetade pojken och blev stucket i fingret men han tyckte det var jättejobbigt. Innan sticket hade han blivit erbjuden en tatuering men tackat nej men efteråt tog han emot en tatuering.*

*Så blev provsvaret koagel och måste göras om. Andra gången blev det svårare. Pojken valde finger, sen skulle pappa få stick först. Gossen kunde inte riktigt bli beredd men så höll pappa handen och provet togs och nu fick de provsvar. Pojken var glad och kommunikativ. SSK tog bort EMLA som suttit hela tiden och det var god stämning.*

(Bilaga 2, sit. I, sid. 4).

Den beskrivna situationen kondenseras ytterligare:

*Fyraåring är stickrädd. Är emlad men väljer stick i fingret*

*Pojken vill att sjuksköterska ska sticka pappa i fingret först vilket SSK tvekar inför.*

*Provet misslyckas och måste tas om och ritualen görs om*

(Se bilaga 2, sit. I. Sid. 4 )

Av detta görs en tolkning av underliggande mening som betecknas som kod:

*Pojken skapar en ritual som följs och prov går att tas*

*Fyraåring får välja hur prov ska tas*

(se bilaga 3, sit. I.1, I.2, sid. 3)

När alla situationer var kondenserade till koder sorterades de in i kategorier.

En kategori är en grupp av innehåll. Inga data bör falla emellan två kategorier eller passa i mer än en kategori. En kategori inkluderar ofta några subkategorier, med varierad abstraktionsnivå. Subkategorier kan abstraheras till en kategori, en kategori kan delas i subkategorier som delar en gemensam betydelse. Kategorierna måste vara exklusiva (Graneheim& Lundman 2004).

kategori	Kod
samspel	Pojken skapar en ritual som följs så provet kan tas

Samspel	Fyraåring får välja hur prov ska tas.
---------	---------------------------------------

(Se bilaga 3, Sit. I,1 I,2, sid 3)

En annan situation kondenserades på detta vis:

*En sjuårig flicka skulle ta prov i fingret men när sjuksköterskan skulle sticka henne sa hon: Vänta, vänta, vänta! OK, jag väntar. Så sa hon, jag vill välja hand och SSK sa: OK välj hand. Och efter en stund, Vänta, vänta, vänta. Och det höll på så där i 20 minuter. Hon ville så klart men vågade inte. Ville bestämma sig men vågade inte. Det blev för mycket och situationen blev bara jobbigare för henne. Sjuksköterskan fick börja om, flickan valde hand och finger så fick mamman hålla hennes hand och så utförde sjuksköterskan proceduren.*

Denna situation kondenserades till två betydelsebärande enheter: *En flicka ville medverka till att ta prov i fingret men vågade inte. Hon ville välja hand och finger men vågade inte. Till slut bestämde sjuksköterskan att flickan fick välja hand och finger och sen fick mamman hålla fast och provet togs.* (se bilaga 2, Sit. J. Sid. 4)

Denna situation tolkades och fick dessa koder:

*Flicka försökte medverka med vågade inte  
Milt våld under proceduren hjälpte flickan att våga medverka.*

Kategori	Kod
underläge	Flickan försökte medverka men vågade inte
underläge	Milt våld under proceduren hjälpte flickan att våga medverka

(Se bilaga 3, kod J.1, J.2, sid. 3)

Flickan ville medverka och gjorde ansatser att göra sig beredd. Hon valde vilken hand och vilket finger som skulle stickas men när det var dags drog hon undan handen. Detta upprepades flera gånger och sjuksköterskan uppfattade att det blev jobbigt för flickan. Hon ville vara ”vuxen” att klara proceduren men vågade inte. Situationen tolkades som att flickan var i underläge och sjuksköterskan uppfattade att det blev jobbigt för flickan så hon fick välja hand och finger och hennes mamma höll fast handen då proceduren genomfördes. Att bli fasthållen kan ses som mildt våld men det kan också ses som stöd för att klara något som man inte förmår genomgå av egen kraft. Situationen kategoriserades som att flickan var i underläge.

### 5.Tolkning och rapportering av vad aktiviteten kräver.

Tolkningen bör göras i två nivåer liksom andra kvalitativa studier (Schluter et. al.2007).

Konceptet tema har multipla betydelser och att skapa tema är ett sätt att länka underliggande betydelser tillsammans i kategorier. Tema är återkommande regelbundenheter som skär genom kategorier. Tema är en tråd av underliggande betydelse genom kondenserad betydelsebärande enhet till en högre tolkningsnivå av materialet. Eftersom data har multipla betydelser behöver inte tema vara ömsesidigt uteslutande. En kondenserad betydelseenhet, en kod eller kategori kan passa in i mer än ett tema, Den beskrivna situationen ovan (Kod I,1 och I,2) hamnar in i tema: Kommunikation men det passar också in i Tema: Rädsla. (Graneheim&Lundman 2004).

Efter att koderna sorterats i kategorier sorterades de i tema.

Tema	kategori	Kod
Kommunikation Rädsla	samspel	Pojken skapar en ritual som följs så provet kan tas
Kommunikation Rädsla	Samspel	Fyraåring får välja hur prov ska tas.

(se bilaga 3, I,1 I,2, sid 3)

Flickan som ville medverka vid stick i fingret analyserades så här:

Tema	Kategori	Kod
Rädsla	underläge	Flickan försökte medverka men vågade inte
Rädsla	underläge	Milt våld under proceduren hjälpte flickan att våga medverka

. Tema kan skära igenom fler kategorier. (Graneheim&Lundman (2004)).

## Etiska aspekter

Kontakt tas med chefssjuksköterskor på barnkliniker för att erhålla tillstånd till att intervjua sjuksköterskor i klinisk verksamhet. Ett informationsbrev/respondentbrev (bilaga 1) skrivs och skickas till vederbörande. Intervjun kommer att spelas in och därefter transkriberas. När intervjun är transkriberad kommer ljudupptagningen att raderas. Syftet med undersökningen är att göra gott och inte skada. Om intervjun blir obehaglig för den intervjuade avbryts intervjun. Materialet som redovisas kommer att presenteras så att ingen går att kännas igen i det färdiga materialet, varken den som blir intervjuad eller barn som beskrivs i intervjun. Om personbeskrivningen, kontexten blir för uppenbar kommer kontexten att ändras för att skydda enskilda individer. ”Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem” (personuppgiftslagen(1998:204))

Att delta är frivilligt. Man kan när som helst avbryta utan någon som helst förklaring. I så fall raderas ljudupptagningen direkt.

# Resultat

## Kategorier

Resultatet av de tolv situationerna som kom fram genom intervjuerna kunde delas in i två kategorier: *Underläge*, och *Samspel*. De intervjuade sjuksköterskorna beskrev situationer som i samband med procedurer fastnat i deras minne för att det varit jobbigt och upplevts antagligen väldigt bra eller inte alls bra med tanke på vårt professionella ansvar. Alla situationer beskrevs ju som den intervjuade sjuksköterskan tolkade vad barnet gav uttryck för. De flesta situationer startar med att barnet har det jobbigt då de är i en för dem okänd situation och står inför att genomgå något som uppfattas som smärtsamt och obehagligt. Barnen är i underläge och hur situationerna hanterades kunde i de goda exemplen att kategoriseras som samspel.

I kategorin *underläge* innebär det att barnet i en för dem främmande miljö med okända aktörer i ett sårbart läge och de ska utsättas för något. Den som blir intervjuad beskriver en situation:

Barnet togs in till akutrummet efter att han hade svimmat i väntrummet. Man gör ett akut omhändertagande enligt rutin, sätter pvk. Tar blodtryck och ger antibiotika och vätska. Mamma ser ut att vara svimfärdig och erbjuds nåt sött att dricka men får en glasspinne. Dagen efter är diagnosen lunginflammation konstaterad och det finns en förklaring till symtomen men pojken mår inte bra.

*”-Och då var han jätterädd och ringde på klockan hela förmiddan*

*HAN RINGDE PÅ KLOCKAN*

*Hans föräldrar ringde på klockan*

*Han var så nervös för han trodde att han skulle svimma*

*Han vågade inte kissa*

*Han hade ont”*

(Bilaga 2, sit. C sid. 1)

Föräldrarnas stöd för barnen är viktig och materialet innehåller positiva exempel på hur föräldrar är med och guidar sitt barn genom proceduren men också en situation där mamman sitter bredvid sitt sjuka barn och gråter för att hon minns egna skrämmande möten med vården under sin barndom. I det fallet hade barnet ett dubbelt underläge, både sin egen osäkerhet och

rädsla och föräldern som inte var vuxen i mötet med vården. Förälderns underläge och barnets.

- *"Det gick inte eftersom hon var ganska gammal och så var hon väldigt stark  
Så jag förstod att jag måste få med henne  
Det är ingen fara  
Det gör inte ont  
Hon var så rädd  
Hon var så rädd så hon nästan skakade  
Jag sa men lilla vän vi måste göra det här nu  
Så är det klart och vi behöver inte tänka på det mer  
Så var det några gånger man liksom trevade fram handen  
Till slut när jag skulle ta provet drog hon undan handen  
Det var nära att jag gjorde henne illa på riktigt det hade blivit en rispa eller nåt  
Och jag dividerade med henne och hennes mamma  
Mamman nästan liksom grät  
Åh vad jobbigt det här var"*  
(Bilaga 2, situation A, sid 1)

I ett annat fall tog den femtonårige pojken mamma för mycket plats vilket förstärkte pojkens lidande då hans magonda och förestående pinsamt jobbiga lavemang förstärktes av mammans närvaro.

Tvång och fasthållning är rent fysiskt underläge. En situation handlar om att man håller barnet under en lumbalpunktion. Det kan fungera om barnet är trygg och fasthållningen innebär stöd men det kan lätt övergå i övergrepp och många gånger görs lumbalpunktion i lätt narkos för att skona barnen. Flera situationer handlade om fasthållning för blodprovtagning. Med högljudda protester, hysteri, låsta situationer, undvikande av kontakt visar barnet att de är inte är med på noterna. Vårdpersonalen, sjuksköterskorna har ett enormt övertag. Ett medicinskt svårförståeligt språk, att utnyttja sitt övertag att manipulera barn hamnar i denna kategori. I en situation avstod man från provtagning då den rädsla barnet visade inför provtagning med att totalt gå in i sig själv och göra fysiskt motstånd som krävde hårt fysiskt tvång vilket skulle förvärta hennes rädsla.

Ur dessa situationer lyckades sjuksköterskor ibland få till ett *samspel*. I den här undersökningen talades det om att ge tid att samla mod.(Bilaga 3, kod, A4, sid. 1) Att ge barnet en chans att ta in informationen om vad som ska hända och göra sig beredd innan. I ett fall hindrades samspelet mellan sjuksköterska och patient av att patientens mamma tog för mycket plats. Hon skickades ut så samspelet sjuksköterska patient kunde äga rum (Bilaga 3, kod E1, E2, sid. 2).

En flicka var så rädd för venpunktion att hon erbjöds lustgas som avledning men att andas lustgas kräver samspel och trots att flickan var rädd vågade hon prova att andas lustgas i mask och hon valde att prova på att andas i masken medan pvk. Sattes. Medan flickan andades lustgas läste flickans pappa bok och proceduren genomfördes (Bilaga 3, kod G1, G2, G3, sid. 2).

En annan situation beskriver hur den intervjuade tar över en uppgift som en kollega misslyckats med. Det går inte att mäta saturation, blodtryck, ta EKG och sätta pvk på en sexårig flicka som söker för ont i bröstet och ser blek och tagen ut. Hon sitter på golvet och kramar sin mammas ben och rummet är belamrat med vårdapparatur. Saturationsmätare, EKG-apparat, blodtrycksmätare, och flickan har EMLA på armarna. Flickan är rädd och gör motstånd. Sjuksköterskan sätter sig på golvet, börjar blåsa såpbubblor.

Efter en stund när de i tystnad betraktat såpbubblorna i rummet tar sjuksköterskan fram saturationsproben och sätter den på sitt eget finger. Hon visar att det kommer upp siffror på displayen och räcker över proben till mamma som håller med om att det går att ha proben på fingret. Sjuksköterskan guidar flickan genom alla procedurer, mäter saturation, blodtryck, tar EKG och sätter pvk. Steg för steg och flickan samarbetar.

Genom att sätta sig på golvet går sjuksköterskan ur sin roll och hamnar i samma position som flickan. De tittar tillsammans på såpbubblorna, är där och då jämlika. Flickan får tid att samla mod. Flickans underläge blir mindre påtagligt och hon samlar kraft att intressera sig för vad som krävs av henne. Hon får ett mer jämlikt förhållande till sjuksköterskan. Sjuksköterskan visar och förklarar på ett sätt som flickan förstår och i en takt som gör att flickan kan samarbeta. Försiktigt pekar sjuksköterskan på vårdapparaturen och visar hur de fungerar och i samspelet uppstår samarbetet och alla vårdprocedurer blir utförda genom att sjuksköterskan guidar och förklarar på ett sätt som flickan förstår (Bilaga3, kod B1,B2, B3, B4, sid 1) .

Utan samarbete går det inte att ta blodtryck och EKG då den känsliga utrustningen inte fungerar om man inte är stilla. När saturation och blodtryck och EKG är utfört tas EMLA bort och flickan samarbetar vid pvk-sättning. För att flickan skulle samarbeta när hon var så rädd blev sjuksköterskan tvungen att ta ett steg tillbaka. Sätta sig ner på golvet i samma höjd som flickan. Hon började blåsa såpbubblor och när hon såg att flickan tittade på såpbubblorna kunde de titta på såpbubblorna tillsammans. Där uppstod samspelet. De var jämlika i att beundra såpbubblorna. Samspel kan väl räknas som kommunikation men beskriver mer ett samarbete, ett ordlöst möte där två aktörer möts och förstår varandra. Ett mera jämlikt möte. *"Det är fastslaget att omvårdnad äger rum i omvårdnadssituationer, delad levd erfarenhet i vilken omsorgen mellan sjuksköterska och patient belyser individen. Sjuksköterskan närmar sig avsiktligt den andre i syfte att förstå dennes unika livsvärld och dennes unika värderingar... Omsorgsdansen illustrerar jämlikheten, det jämlika flödet hos de som är avsiktligt inblandade i den delade uppgiften"* (Boykin et.al.2005). Benner (1984) Beskriver att nästan inget ingripande fungerar om inte relationen mellan sjuksköterska och patient grundar sig på ömsesidig respekt och äkta omsorg. I situationen ovan använde sig sjuksköterskan sin inre styrka för att stärka flickan att våga medverka i procedurerna (Benner 1984). De situationer som var komplicerade och jobbiga för barnen beskrevs av de intervjuade som att barnen var rädda, de var också i underläge. Barnen är i underläge inför vårdpersonal, de mår inte bra, de ställs inför främmande människor i en ovan miljö och det ska hända något som de kanske får förklarade för sig men inte kan föreställa sig. Hur ont det kommer att göra och hur lång tid det kommer att ta.

## Tema

Tema som gick att urskilja var **Rädsla** och **Kommunikation**. Kommunikationen beskriver det verbala utbytet, sjuksköterskans överföring av kunskap om vårdsituationen. Barnet uttrycker hur de upplever situationen. I den här undersökningen krävdes samspel för att det skulle gå att kommunicera med barnen.

Barnen är rädda för att det ska göra ont, det obegripliga, det okända. Rädslan hindrar kommunikationen, svårt att ta till sig information när man är rädd. Rädd för att tappa kontrollen, det pinsamma. I ett fall var en pojke rädd för att han hade svimmat på akuten, tagits in till akutrummet där det gjorts en massa saker med honom som gjort honom skräckslagen men han mindes ingenting vilket gjorde att han var vilsen, orolig. Vågade inte kissa. Litade inte på att kroppen fungerade.

Att förklara där han satt i sjukhussängen hjälpte inte. Han var så rädd att sjuksköterskorna tog med honom in till akutrummet igen, han var så klen att han åkte rullstol. Han fick allt

förklarar i efterhand vad som hänt i det rummet och hade dessutom fått en förklaring till varför han hade svimmat, han hade lunginflammation. Han kunde stiga ur rullstolen och själv gå frivilligt in på akutrummet ( Bilaga 2, sit. C, sid. 1) . Kommunikationen måste anpassas när rädsla hindrar information att gå in. Istället får man försöka hitta ett samspel och börja med något ofarligt.

*”- Så började jag med att säga att han hade snygga brallor för han hade Hammarby över hela byxbenet.*

*Jag visade min telefon som har Hammarbymärke”*

Sjuksköterskan nådde inte fram till den femtonåriga pojken när mamman var med. När hon skickats ut ur rummet kunde pojken ta till sig information och var välmotiverad att genomgå minilavemang, klyx. Proceduren kunde ske i den takt pojken ville då han och sjuksköterskan samspelade och kommunicerade. I femte stadiet i Benners (1984) utvecklingsstege, expert, kan sjuksköterskan slå ner mitt i det aktuella problemområdet utan att slösa tid på fruktlösa lösningar. Experten kan intuitivt uppfatta varje situation och hon uppfattade att den femtonåriga pojken var oerhört störd av att mamman förde hans talan. Genom att mamman var ute ur rummet blev det mindre pinsamt och pojken fick vara ”vuxen” i vårdsituationen och att visa ”rumpan” för en sjuksköterska fungerade då hon berättade att det var hennes jobb och att hon gjorde det dagligen (Bilaga 2, sit. E, sid. 2).

När saker inte går som förväntat, när sjuksköterskor gör illa barnen som pojken som blev fasthållen vid lumbalpunktionen bad sjuksköterskan honom om ursäkt. Det är viktigt att i efterhand göra ett avslut. Att närma sig ett barn som man oavsiktligt gjort illa. Hon förklarade att de vuxna hade gjort fel som inte lyssnat på honom när han protesterade som han ju hade rätt till. I och med det fick pojken upprättelse. Han förlät sjuksköterskan och de kom på god fot med varandra (Bilaga 2, sit. E, sid. 2).

En tvååring tvingades till blodprov och han var avig och undvikande. Vägrade plåster, ville inte ha en tatuering som avslut. Sjuksköterskan blåste såpbubblor. Sa att hon skulle göra stora bubblor men det kom bara små. Gossen skrattade gott åt sjuksköterskans misslyckande och gick med på att sätta ett plåster på fingret och gick glad hem från akutmottagningen. Att göra ett avslut när mötet varit jobbigt är ett sätt att förbereda för framtiden, skapa jämnvikt efter den ojämlika situationen genom att visa att man kan skratta och vara avslappnade tillsammans. Ge ett positivt minne tillsammans med det jobbiga (Bilaga 2, sit. H, sid. 3)

När situationerna var jobbiga och barnen inte vågade medverka vilket i den här undersökningen kunde sammanfattas under temat rädsla lyckades sjuksköterskorna ibland att tona ner asymmetrin, barnens underläge och kunde samspela med barnen. När man hade ett samspel kunde man förklara och undervisa barnen. Det jämlika samspelet underlättade kommunikationen mellan sjuksköterska/ patient. Sjuksköterskan hade genom att tona ner asymmetrin hamnat i en mer jämlikt förhållande och barnet visade tillit och förtroende och var mer öppen, lyssnade, tog in kunde medverka i vårdproceduren.

## **Metoddiskussion**

Arbetet påbörjades i januari 2013 men att komma fram till att formulera vad arbetet skulle handla om tog tid. Eftersom jag arbetade inom barnsjukvården ville jag fördjupa mig i vården av det sjuka barnet. Jag ville få grepp om hur jag själv och mina kollegor kan stärka barnens inflytande i sin egen situation. Det tog månader och jag fann NOBAB`s standard och den ledde bakåt till konventionen om barns rättigheter (FN). Val av metod gjordes när jag bestämde mig för att undersöka barns delaktighet ur ett professionellt perspektiv. Inför första intervjun var jag väldigt nervös. Var rädd att jag inte skulle klara av att intervjua kollegor på



ett effektivt sätt. Men de som anmält sitt intresse att delta var förberedda och berättade villigt och uttömmande. Jag behövde bara ställa frågor om det var något jag inte förstod. Analysen var svårare. Jag använde Graneheim & Lundmans (2004) artikel som beskriver hur man gör en innehållsanalys och försökte se mönster i intervjuerna. Jag försökte göra som det stod, försökte göra koder och analysera dem men det blev inte bra. Jag hade hoppat över ett led. Jag fick börja om. Jag delade upp varje situation i kondenserad betydelsebärande enhet och ur den gjordes en tolkning som benämndes kod. När jag sedan skulle dela in koderna i kategorier blev det svårt. Där satt jag fast länge. Ingenting stämde. Barnen var rädda, de saknade erfarenhet. Sjuksköterskorna visade omsorg, kommunicerade hittade kreativa sätt att nå fram till barnen men jag kunde inte hitta rätt benämning på kategorierna. Jag satt och läste min text, bakgrunden och läste intervjuerna om och om igen. På sommaren 2014 satt jag en hel vecka och kämpade med texten och analysen och plötsligt i en paus när jag tog en promenad slog det mig att barnen var i underläge och när det gick bra berodde det på att de hade ett samspel. Temat kom jag fram till ganska omedelbart efter att jag funnit kategorierna. Graneheim och Lundman (2003) skriver att trovärdigheten på en kvalitativ studie har att göra med hur data och analysprocess stämmer överens med syftet på undersökningen. Resultatets pålitlighet har att göra med hur forskaren hanterar uppgifterna, data, i det här fallet intervjuerna eller de transkriberade intervjutexterna över tid. Om forskarens sätt att tolka materialet ändras under processen. En tredje aspekt på trovärdighet är om resultatet av undersökningen blir detsamma i en annan kontext, överförbarhet. I det här fallet gjordes intervjuerna under några veckor i maj, juni 2013. De transkriberades ordagrant. Därefter tog analysarbetet lång tid vilket berodde på min oerfarenhet och att jag behövde tid att ta in och förstå bakgrunden och hur man gör en innehållsanalys. Jag tror att undersökningen kan göras om och resultatet blir detsamma, åtminstone om man intervjuar barnsjuksköterskor i västvärlden.

## Resultatdiskussion/Analys

Det stora genomgående temat i undersökningen var rädsla. Det betyder kanske inte att alla barn är rädda när de utsätts för vårdprocedurer men de situationer som sjuksköterskorna mindes för att de hade varit svåra handlade om att barnen var rädda inför proceduren. Rädslan är individuell. Barnen är osäkra då de ej genomlidit vårdprocedur tidigare, vet inte hur det känns, hur ont det gör, hur länge det gör ont. Miljön kan vara skrämmande. Vårdapparater ser otäcka ut. Stämningen kan vara uppskruvad. Föräldrarna kan vara oroliga och osäkra på vad som ska hända och vad symtomen står för. Lite äldre barn kan vara rädda för vad sjukdomen leder till. I alla situationer där barnen var rädda var de också i underläge. De gånger då de hade föräldrarnas stöd och sjuksköterskorna gav dem tid kunde de samarbeta och i samspel med sjuksköterska på ett skonsamt sätt genomgå proceduren. Det som hjälpte barnen över rädslan var då sjuksköterskan fann en väg att samspela, och genom att samspela kunde handlingarna verbaliseras och förstås. De goda exemplen på samspel stämmer väl med Boykin et.al.(2005) att omvårdnad är en disciplin och profession orienterad mot omsorg som har sitt fokus att leva i omsorg och att växa i omsorg. I omvårdnadssituationer närmar sig sjuksköterskan avsiktligt den andre i syfte att förstå dennes unika livsvärld och dennes unika värderingar (Boykin et.al. 2005; Benner 1984; Ekman 2014). Jag vill gärna göra en koppling till Schusters (2006) arbete med att tona ner asymmetrin i vårdsituationen. Kristersson Uggla (2014) beskrev patientens underläge i vården som trefaldigt, och barnens situation kan i värsta fall bli fyrfaldig om de dessutom inte har sina föräldrars stöd. Genom att sjuksköterska och barn samspelar tonas asymmetrin ner och om sjuksköterskan vågar dela makt med barnet så kan barnet göras delaktig, involverad i sin egen hälsa på ett sätt som motsvaras av nivå 5 i

Shier's modell (2001). Procedureerna utförs ofta i situationer som av Schön (1996) beskrivs som osäkra, instabila och konfliktfyllda. Man tar emot, kritiserar, omvandlar och skapar ny kunskap samtidigt som man agerar. Situationerna som beskrivs i intervjuerna skulle kunna ha utförts av en novis utifrån Benners (1984) utvecklingsstege. Det handlar om att mäta objektiva attribut, saturation, blodtryck, ta EKG och sätta pvk för att dra blodprover. Värdena går att kontrollera med en lista på vad som är normalt för den aktuella åldersgruppen. Men när barnen är rädda och gör motstånd och inte vågar samarbeta så kompliceras situationen. Så även om sjuksköterskan behärskar tekniken och förstår varför dessa kontroller ska utföras krävs excellens, det femte stadiet i utvecklingsstegen (Benner 1984), nå fram, skapa tillit och få till ett samspel. Det gäller att vara lyhörd för sensitiva tecken, hur mycket klarar barnet? Är det OK att känna på saturationsproben? Hur mycket information bör ges om blodtrycksmanchetten? Den kramas, den kramas hårt men kramen räcker mindre än en minut. I omsorgsdansen som Boykin. et. al.(2005) nämner sker omsorgen mellan patient och sjuksköterska som ett jämlikt flöde. Att kunna utföra procedurer rent tekniskt räcker inte för att kunna utföra dem om barnet är rädd och gör motstånd. Det krävs en etisk medvetenhet, delaktighet, engagemang och inre styrka. Att se till barnets bästa, artikel 3 i F.N's konvention om barns rättigheter (U.D. 2006) kan innebära att sjuksköterskor ibland för att stärka patienterna måste närma sig tvång för att stödja patienterna att genomlida något obehagligt som de inte skulle klara på egen hand (Benner 1984). Att t.ex. be föräldern hålla handen, armen som stöd om barnet inte själv vågar medverka men vara lyhörd så det inte går för långt så fasthållningen utmynnar i ett övergrepp.

En situation handlar om en fyraårig gosse som varit med förut och föräldrarna som är med berättar att han är stickrädd. Det ska tas blodprov och sjuksköterskan emlar honom först. Pojken väljer stick i fingret trots att han är bedövad för venöst stick. De värmer fingrarna med en värmekudde och allt går bra men när det är dags att sticka ändrade han sig och ville absolut inte bli stucken. Han ville att sjuksköterskan skulle sticka pappan i fingret först. Sjuksköterskan tvekade men pojken höll ihop handen så hon hade behövt använda våld för att veckla ut handen. Hon valde att sticka pappan först i fingret och därefter gick faktiskt pojken med på att sträcka fram fingret och provet togs. Sjuksköterskan upplevde det som utanför spåret att sticka pappan först men genom att hon tillmötesgick gossens önskemål samlade gossen mod och vågade medverka. För att stärka patienterna måste sjuksköterskorna gå nära gränsen till tvång för att en patient ska ta tag i en smärtsam uppgift som patienten inte utan vidare skulle göra av sig själv. En omsorg som inte är förankrad i sitt sammanhang ter sig kontroversiell (Benner 1984) men i denna situation fick pojken stöd genom att se hur pappa fick stick i fingret för att själv kunna medverka (Bilaga 2, sit. I, sid. 4).

Alla barn vågade inte medverka i procedureerna. Benner (1984) beskriver hur experter intuitivt kan uppfatta varje situation och slå ner mitt i det aktuella problemområdet utan att slösa tid på fruktlösa lösningar. En femårig flicka skulle få en pvk och ta prover. Inför provtagningen skulle flickan få bedövningssalva, EMLA, men flickan var för rädd för att visa armarna där EMLA skulle appliceras. Där funderade sjuksköterskan om inte flickan var för skör för att kunna medverka vid pvk-sättning. De funderade på avledningsteknik istället. De presenterade lustgasen för flickan och hon gick med på att prova och med hjälp av lustgas fick flickan pvk utan att hon märkte det (Bilaga 2, sit. G, sid.3).

De situationer som inte upplevdes gå så bra, t.ex. då barnet efteråt var rädd och orolig, inte litade på sin kropp efter ett för honom bryskt och obegripligt omhändertagande på akutrummet fick händelserna förklarade i efterhand i akutrummet där det ägt rum. Han

mindes att mamman fick en glass vilket var det enda begripliga i hela händelsen. När han förstod händelseförloppet var han inte rädd längre (Bilaga 2, Sit. C, sid. 1).

Barnens olika förhållningssätt i situationer där barnen skulle få pvk som Söderbäck (2012) fann: Den vaksamma hållningen, den nyfikna hållningen, den följsamma hållningen, den undvikande hållningen den resignerade hållningen och hållningen vid ett tvingat deltagande kan ge en ledtråd för barnsjuksköterskor hur de kan läsa av barnen och närma sig barnen inför procedurer. Att hitta ett samspel med barnen är hemligheten med att ”lyfta” barnet ur underläget. Att hitta gemensamma attribut som Hammarbybyxor, telefon med Hammarbymärke och ta upp det, är en väg att mötas som människor. I omvårdnadsarbete handlar tyst kunskap om hur man organiserar känslor i handling, att kunna läsa av barnen, vilken fysisk hållning de intar, kunskaper om hur mycket barn i olika åldrar klarar, vara lyhörd för hur mycket de vill veta. Fråga dem hur de vill ha det. Kreativitet, fantasi och resursstyrka på konstnärlig nivå är individuella egenskaper hos barnsjuksköterskor precis som hos barnen men några situationer i det här arbetet reflekterar hög konstnärlig nivå. Motsvarande nivå 5 i Benner`s (1984) utvecklingstege.

Nästan alla situationer som beskrevs i intervjuerna visade att sjuksköterskorna som blev intervjuade tog hänsyn till nivå 1 i Shier`s vägar till delaktighet (Shier 2001). Man lyssnade på barnen. Undantaget var pojken som skulle genomgå lumbalpunktion och blev fasthållen och när han protesterade lyssnade ingen (Bilaga 2, sit. D, sid.2). Flickan som var på vårdcentralen och blev lurad faller också utanför (Bilaga 2, sit. L, sid. 5). Flickan som gjorde så starkt motstånd att alla i vårdlaget gav upp blev ju lyssnad på men hon fick ju en antibiotikakur utan någon diagnostik. Hon var så stark i sina protester att vårdteamet gav upp och hon slapp stick i fingret och svalgprov, lärde sig att hon kunde vinna genom att göra verbalt och fysiskt motstånd. Hon utvecklades ju inte i att ta ansvar för sin hälsa (Bilaga 2, sit. F, sid.2).

Fyraåringen som med stöd av sina föräldrar kunde övervinna sin rädsla genom att först bestämma att provet skulle tas med stick i fingret trots att det var förberett med EMLA för venös provtagning, utveckla en ritual där pappa stacks först, sen gossen, visar att små barn kan vara involverade på en nivå som motsvarar nivå 4-5 (Bilaga 2, sit. I, sid. 4) .

Den femtonåriga pojken som förstod att han var förstoppad och att lavemanget skulle hjälpa honom motsvarar nivå 5 i Shier`s nivå av delaktighet. Sen fanns det situationer då barnen inte klarade av att vara delaktiga därför att rädslan var för övermäktig. Då användes avledningsteknik i form av lustgas så proceduren genomfördes på ett för barnet skonsamt sätt.

Erfarenhet och vidareutbildning har visat sig betydelsefull för att utveckla professionell kompetens (Andersson, Klang& Gustavsson (2011). En sjuksköterska som arbetar med sjuka barn bör kunna bedöma ett barns fysiska tillstånd och avgöra hur bråttom det är med pvk eller prover. Om inte barnet är i akut behov av livräddande behandling så bör hon kunna finna en väg att samspela med barnet och bemöta det sjuka barnet och dess familj med omsorg där proceduren blir hanterbar och barnet vågar medverka. Om inte barnet vågar medverka, överväg avledning. Sjuksköterskor som arbetar med barn bör vara intresserade av hur barn tänker och kommunicerar. De sjuksköterskor som väljer att arbeta med barn bör erbjudas handledd reflektion på arbetet eftersom de nyvunna kunskaperna bör reflekteras (Herbig et. al. 2000) och artikuleras (Sigrell 2008) då det finns en risk att felaktiga kunskaper lärs in och lagras. Vidare bör nya sjuksköterskor erbjudas mentorprogram och få stöd av en erfaren

sjuksköterska. Sjuksköterskor som väljer att arbeta med barn bör se till att gå på byggnadsutbildning i barnsjukvård. Det bör även finnas etiska reflektionsgrupper på arbetsplatsen där aktuella möten med sjuka barn lyfts och reflekteras. Men framförallt: fråga barnen hur de vill att proceduren ska genomföras och efteråt hur de tyckte det kändes och hur det var. Om de efter att ha erfarenheten skulle velat att det gjordes på ett annorlunda sätt.

För att underlätta för barnen och vårdpersonalen bör miljön anpassas med inredning som ger näring åt samspel. Av hygiensskäl finns inga leksaker på akuten men lokalerna kan utsmyckas med bilder som man kan kommunicera om. Olika färger, olika djur, fordon m.m. Förälderns mobil med en bra film eller spel kan avleda men hjälper inte upp samspelet med vårdpersonalen.

Tid är en betydande faktor. Att hitta ett samspel med barnen och stödja dem att uttrycka hur de vill göra. Vänta in dem tar tid. För sjuksköterskor betyder det att bortse från hur många det är som väntar på akuten för att enbart ägna sig det aktuella barnet och ju mer pressad arbetssituationer är desto svårare blir det. Sen bestämmer ju barnets tillstånd om det finns tid för samspel eller om barnet måste omhändertas omedelbart i akutrummet.

Att i arbetet lyckas få kontakt med barn och göra proceduren tillsammans med dem trots att de är små är oerhört tillfredsställande. Det ger en oerhörd arbetsglädje. Om ett barn far illa i vården, blir för bryskt hanterat på ett sätt som misstänks sätta spår och göra att tilliten till vården skadas bör detta fångas upp och barnet kallas åter för att få bearbeta upplevelsorna och kanske förstå dem efteråt.

Lyft barnens rättigheter och låt det få hög prioritet. Ha det som översta punkt i reflektionslistor på arbetsplatsen. Hur stöttade vi barnen idag att dela makt och ansvar, uttrycka sin åsikt? Det är lika viktigt att träna på att ta emot och organisera känslor som barnen ger uttryck för i vården som att träna att ta temp, blodtryck, EKG och lära sig värdera resultaten som noviserna i Benner's (1984) undersökning.

### **Förslag på vidare forskning**

Det här arbetet väckte mitt intresse att fördjupa mig i vad samspel innebär. Hur det späda barnet utvecklas i samspel och ur det perspektivet studera samspel i vårdsituationer.

# Referenser

Andersson, N. Klang, B. Petersson, B. (2012) Differences in clinical reasoning among nurses working in highly specialized paediatric care. *Journal of clinical nursing* 21, 870-879.

Benner, P. (1994) *Interpretive phenomenology: embodiment, caring and ethics in health and illness*. Sage, Thousand Oaks, CA.

Bergqvist, Månsson, S. (2013) Mer makt åt patienten. *Omvårdnadsmagasinet* (3).

Bishopberger, E. (2004) Människosyn och barnens värdighet. Ygge, B.M, Tingberg, B, Dahlqvist, G, Bishopberger, E, Edwinsson-Månsson, M. *Barnet I vården*. Stockholm. Liber.

Boykin, A. Schoenhofer, S.O. Baldwin, J. McCarthy, D. (2005) The transformative power of the theory of nursing as caring living caring in practice. *International journal for human caring*. Vol. 9. No 3.

Cantrell, M.A. (2007) The art of pediatric oncology nursing practice. *Journal of pediatric oncology nursing practice*. 24:132.

Coyne, I. (2006) Consultation with children in hospital: children, parents` and nurses` perspectives. *Journal of clinical nursing* 15, 61-71.

Dahlqvist, G. (2004) Barnets rätt i samhället. Ygge B.M, Tingberg B, Dahlqvist G. Bishopberger, E. Edwinsson Månsson M. *Barnet i vården*. Stockholm. Liber.

Dreyfus, S. E. Dreyfus, H.L. (1980) *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. USAF (contract F49620-79-c-0063). University of California at Berkeley.

Ekman, I. (2014) *Personcentrering inom hälso-och sjukvård*. Liber. Stockholm.

Forsner, M. (2006) Att vara barn i sjukdom och sjukvårdsrädsla: Barns berättelser om sina upplevelser av sjukdom och sjukvårdsrädsla. Umeå: University medical dissertations, ISSN: 0346-6612; N, S., 1048-Umeå.

Gadamer. H.G. (2003) *Truth and method*. (2<sup>nd</sup> Ed.) New York: The continuum Publishing Company (Tyskt orig. 1960).

Graneheim, U.H. Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 24,105-112.

Gustavsson, L.H.(1999) *Barnens rätt- barnkonventionen* (red) Lindberg T. Lagerkrantz H. Studentlitteratur. Lund.

Hallström, I. Lindberg, T.(2009)Barn i hälso och sjukvård (red) Hallström, I. Lindberg, T. *Pediatrisk omvårdnad*. Liber. Stockholm.

Hart, R.A. (1992) Children's participation, from tokenism to citizenship. *Innocenti essays*. No 4. ISSN:1014-7829 ISBN: 88-85401-05-8.

Herbig, B. Büssing, A., Ewert, T. (2000.) The role of tacit knowing in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 34 (5), 687-695.

Kristersson Uggla, B.(2014) Personfilosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso-och sjukvård. (Red. Ekman, I. *Personcentrering inom hälso-och sjukvård*. Liber. Stockholm.

Lambert, V. Glacken, M. McCarron, M. (2010) Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a child transitional communication model. *Journal of advanced nursing*. Blackwell publishing Ltd.

Lindberg, T. Lagercrantz, H. (1999) Barnet i gårdagens och dagens samhälle.(red) Lindberg, T. Lagercrantz, H *Barnmedicin*. studentlitteratur, Lund.

NOBAB. (2000) Nordisk förening för sjuka barns behov [www.NOBAB.se](http://www.NOBAB.se) (hämtad 2013-04-30).

Platt, H. (1959) *The welfare of children in hospital*. London: The Ministry of Health, Central Health Services Council.

Rendtorff, Dahl, J. Kemp, P. (2000) *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw. Vol I: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Report to the European commission of the BIOMED-II project. Copenhagen: Centre for ethics and law, Barcelona: Borja de bioetica.

Ricœur. P. (1992) *Oneself as another*. Chicago and London. The university of press (fr. orig. 1990).

Rogoff, B. (1990) *Apprenticeship in thinking: cognitive development in social context*. Oxford university press, Oxford.

Runesson, I. Hallström, I. Elander, G. Hermere'n, G. (2002) Childrens participation in the decision-making process during hospitalization: An observational study. *Nursing ethics* 9(6).

Sarvimäki, A. Stenbock-Hult, B.(1996) *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Liber: Stockholm.

Schluter, J. Seaton, P. Chaboyer, W. (2007) Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of advanced nursing*. 61(1), 107-114.

Shier. H. (2001) Pathways to participation: openings oppurtunities and obligations. A new model for enchancing childrens participations in decision making in line with article 12 of the United Nations convention on the rights of the child. *Childrens society* v.15 pp. 107-117.

Schuster, M. (2006) *Profession och existens. En hermeneutisk studie av symmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. Göteborg: Daidalos.

Schuster, M. (2008) Möten I gränssituationer. Heyman, I.& Sandström, B.(red.) *Vårdpedagogik framväxt betydelse perspektiv*. Studentlitteratur: Lund

Schön, D. (1995) *The reflective practioner: how professionals think in action*. Aldershot: Avebury.

Shields, L. Kristensson-Hallström, I. Kristjansdotter, G. Hunter, J. (2003) Who owns the child in hospital? A primary discussion. *Journal of advanced Nursing* (3), 213-222.

Sigrell, H. (2008) Om yrkesskicklighet i kiropraktik. Heyman, I. & Sandström, B. (red.) *Vårdpedagogik framväxt betydelse perspektiv*. Studentlitteratur, Lund.

SOSFS 1996,24. kvalitetssystem i hälso-och sjukvård. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. 1996.

Spencer, G.E. (2000) Children's competency to consent: an ethical dilemma. *Journal of child health care*. Vol. 4 No 3.

Söderbäck, M. (2010) *Barns och ungas rätt I vården*. Stiftelsen allmänna barnhuset. Edita: Västra Aros.

Söderbäck, M. (2012) Young (3-5 year-old) children`s ways of engagement in care procedures involving venepuncture. *Journal of research in nursing*. 18 (7) 636-648.

Tingberg, B. (2004) Barn på sjukhus Ygge B.M, Tingberg B, Dahlqvist G. Bishopberger, E. Edwinsson Månsson M. *Barnet i vården*. Stockholm. Liber.

Utrikesdepartementet, Regeringskansliet (2006) *Konventionen om barnets rättigheter*. [www.utrikesdepartementet.se](http://www.utrikesdepartementet.se) (hämtad 2013-05-16)

Von Zweigberk, L. (2011) *Kan barnkonventionen öka barns och ungas delaktighet i vården?* Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete. ISBN: 978-91-86313-16-6.

Vygotsky, L.S. (1978) *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University press.

[www.björnwebben.se](http://www.björnwebben.se) (hämtad 2013-0506)

Ygge, B.M, (2004) Föräldrar i barnsjukvård. Tingberg, B, Dahlqvist G. Bishopberger, E. Edwinsson Månsson M. *Barnet i vården* Liber, Stockholm.

# Informationsbrev/respondentbrev

Hej!

Mitt namn är Ingrid Abrahamsson och jag studerar vårdpedagogik på Stockholms universitet, institutionen för pedagogik och didaktik, och är i färd med att göra en magisteruppsats. Som ämne för magisteruppsats vill jag utforska det praktiska arbetet där det döljer sig mycket kunskap. Som barnsjuksköterska med daglig kontakt med sjuka barn vet jag att det krävs kompetens för att genomföra procedurer som kan vara smärtsamma och obehagliga. Att ta hänsyn till barnens integritet och låta barnen delta i beslutsprocessen är en balansgång där man ibland lyckas, andra gånger misslyckas. Min arbetsplats är en vårdavdelning för barn, 0-18 år, medicinsk utredning, infektion, lättare kirurgi belägen på Södersjukhuset, Stockholm.

. NOBAB (Nordisk standard för barn och ungdom inom hälso- och sjukvård) har i enlighet med FN:s barnkonvention tagit fram en standard som jag valt ut delar att utgå ifrån. Det är standard nr 4, Information: *"Barn och föräldrar ska få information om barnets sjukdom, behandling och vård på ett sätt som de kan förstå och som är anpassat till barnets ålder. Åtgärder ska vidtagas för att minska fysisk och psykisk stress."*

Och nr 5, Medbestämmande: *"Barn och föräldrar skall- efter grundlig information-vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård av barnet. Alla barn ska skyddas mot onödiga medicinska behandlingar och undersökningar(www.NOBAB.se).* Av egen erfarenhet vet jag att det döljer sig tyst kunskap i hur barnsjuksköterskor stödjer sjuka barn och familjer i samband med procedurer. Jag vill höra historier från yrkeslivet där man försökte på olika sätt, tar hjälp av olika kompetenser, för att nå fram till barnen. Få fatt på funderingar om vad som gör att man lyckas eller om man misslyckas, vad kunde/kan man ha gjort/göra? Målet med min undersökning är att ta reda på **hur barnsjuksköterskor i akutsjukvården stödjer barnet i samband med att barnet genomlider smärtsamma procedurer.**

## Deltagande

Jag önskar komma i kontakt med barnsjuksköterskor som arbetat med sjuka barn inom slutenvård i minst 2 år för intervju.

## Metod

Metoden kallas critical incident technique och innebär kort att man ber den intervjuade beskriva upplevda händelser, svåra situationer där oavsett gott eller sämre resultat gav lärdomar som den intervjuade bär med sig och kan dela med sig av.

Undersökningen är en insamling av berättelser där barnsjuksköterskor får beskriva situationer med sjuka barn i samband med procedurer som fastnat i minnet.

## Hantering av data/sekretess

Intervjun kommer att spelas in och därefter transkriberas. När intervjun är transkriberad kommer ljudupptagningen att raderas. Om intervjun blir obehaglig för den intervjuade avbryts intervjun. Materialet som redovisas kommer att presenteras så att ingen går att känna igen i det färdiga materialet, varken den som blir intervjuad eller barn som beskrivs i intervjun. Om personbeskrivningen, kontexten blir för uppenbar kommer kontexten att ändras för att skydda enskilda individer. Deltagare kan i efterhand be att slippa bli inkluderad i undersökningen. Ansvarig för personuppgifter är undertecknad: Ingrid Abrahamsson. *"Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem"*(personuppgiftslagen(1998:204))

## Studiens resultat

Deltagare kan kontakta mig för att få ett exemplar av den färdiga uppsatsen.

## Frivillighet



Att delta är frivilligt. Man kan när som helst avbryta utan någon som helst förklaring. I så fall raderas ljudupptagningen direkt.

Ansvarig: Ingrid Abrahamsson barnsjuksköterska. Mailadress: [Inka@coolmail.se](mailto:Inka@coolmail.se) mobil: 0703803989  
Min handledare på institutionen för pedagogik och didaktik, Stockholms universitet:  
[ulf.olsson@edu.su.se](mailto:ulf.olsson@edu.su.se)

Tack på förhand!

**Bilaga 2 Betydelsebärande enhet, kod**

<i>Betydelsebärande enhet/vårdprocedur</i>	<i>Betydelsebärande enhet, kondenserad</i>	<i>Kod/tolkning av underliggande mening</i>
<p>A :Sjuårig flicka får tydlig information inför stick i fingret men är livrädd. Mamman gråter och minns egna vårderfarenheter . Flickan är sju år och stark, det finns risk för skada om hon ej samarbetar. Trots att sjuksköterskan försöker nå fram går det inte. Hon går ut och ger mor och dotter möjlighet att samla mod och säga till när det är dags. Fem minuter senare är flickan lika rädd och vägrar samarbeta. Mamman uppmanas hålla fast armbågen och proceduren genomförs. Flickan känner inte sticket och blir lättad</p>	<p>Rädsla inför att bli stucken i fingret</p> <p>Mamman gråter, minns egna vårderfarenheter</p> <p>Fysiskt motstånd gör situationen farlig</p> <p>Sjuksköterskan lämnar rummet för att ge tid att samla mod</p> <p>Trots paus är situationen låst, mamma tvångshåller flickan</p> <p>Flickan blir lättad att det inte var smärtsamt</p>	<p>A.1. Rädsla att det ska göra ont att bli stucken i fingret</p> <p>A.2 Förälder förmår ej ge stöd</p> <p>A.3. Situationen låst</p> <p>A.4 Ger tid att samla mod</p> <p>A.5 Proceduren genomförs med tvång</p> <p>A.6. Tvånget hjälpte flickan över rädslan</p>
<p>B.Kollega klarar inte att ta ekg, blodtryck, saturation och sätta pvk på 6-åring som sitter och håller fast mammas ben i undersökningsrum. Ssk etablerar kontakt med att blåsa såpbubblor. Sitter på golvet och pekar på apparaturen. Börjar leka med saturationsproben, sätter den på sitt eget finger, visar att den mäter och siffror kommer på en display. Låter mamma känna på proben. Sen blåser en kollega såpbubblor och flickan sträcker fram sin hand. Saturationen kan mätas och sedan visas blodtrycksmätaren, en ” grej” som kramar armen och under tiden är det tysta leken. Sen kallade ssk ekg-elektroder för klistermärken Som skulle fästas på den nakna överkroppen. Ekg-elektroder kopplades och flickan fick sitta i mammas famn och leka tysta leken och så blev det en ekg-kurva registrerad. Därefter togs emlacreme bort och pvk sätts och det tas blodprover. Alla procedurer gick bra, värdena var normala.</p>	<p>.Kollega misslyckas att ta ekg, blodtryck, saturation och sätta pvk och ta prover på 6-årig flicka som sitter på golvet och håller mammas ben.</p> <p>Ssk etablerar kontakt genom att sitta på golvet och blåsa såpbubblor</p> <p>Ssk leker med undersökningsapparat och visar hur de fungerar</p> <p>Flickan går med på att fästamät-elektroder, saturationsprob, blodtrycksmanschett, ekg-elektroder på sin kropp och leka tysta leken medans mätningen pågick. I samma veva tas EMLA-creme bort och pvk sätts så blodprov kan tas</p>	<p>B.1. Rädsla för skrämmande vårdapparatur</p> <p>B.2. Finner en väg att kommunicera</p> <p>B.3 . Avdramatiserar medicinsk apparatur</p> <p>B.4. Flickan vågar medverka då hon känner tillit</p>
<p>C.Tolvåring tas in till akutrummet. Mamman är med, hon gråter. Pappa står bredvid . Pojken ser rädd ut. Läkare och sjuksköterskor gör ett rutinnässigt omhändertagande. Blodtryck mäts, som är lågt. Pvk sätts, går inte bra på första försöket. Pvk sätts på andra försöket . Pojken får bolusdos vätska. Mamma erbjuder saft eller något. Hon frågar efter en piggelinglass som går att ordna. Kvällspersonalen slutar. Pojken blir kvar</p>	<p>Tolvåring tas in på akutrummet för ett rutinnässigt omhändertagande. Blodtryck mäts, man sätter pvk och pojken erhåller bolusdos vätska. Pojkens mamma gråter.Hon får en piggelinglass</p> <p>Dagen efter är diagnosen klar, pneumoni men pojken är rädd</p>	<p>C.1.12-åring tas in i akutrummet och situationen är obegriplig för honom och hans föräldrar</p> <p>C.2 .Upplevelsen i akutrummet skapade en</p>

**Bilaga 2 Betydelsebärande enhet, kod**

<p>över natten, lungröntgen visar pneumoni. På morgonen är pojken rädd och orolig. Rädd att han ska svimma, vågar inte kissa, hade ont... sjuksköterskorna beslöt att ta in pojken till akutrummet för att se om de kunde hjälpa honom med hans rädsla. Pojken fick åka rullstol in i akutrummet, där han knappt mindes något. Men han påmindes om att mamman fick en piggelinglass. De gick igenom vad som hänt och sen fick prova att gå in i akutrummet själv och det vågade han. Hela händelsen blev förklarad i efterhand och pojken var inte längre rädd.</p>	<p>och orolig. Vågar inte kissa. Sjuksköterskorna beslöt att återvända till akutrummet och gick igenom vad som hände. Det enda pojken mindes var att mamma fick en glass men sen vågade han gå in i akutrummet själv.</p>	<p>osäkerhet inför den egna kroppen. C.3. Pojken får händelserna i akutrummet förklarade och begripliga i efterhand och är inte längre rädd</p>
<p>D. Ett vårdlag har förberett för att göra en lumbalpunktion. Barnet och föräldrarna är informerade om hur det ska gå till. Den intervjuade kommer för att hjälpa att hålla fast, still. Nu misslyckas läkaren med att sticka och försöker igen, och igen och barnet skriker och kämpar emot, blir hysterisk men sjuksköterskorna håller stenhårt. Den intervjuade hade inte hela bilden då hon kom som hållhjälp men ingen i rummet sa stopp. Den intervjuade upplevde hela handlingen fel i efterhand. Ett övergrepp. Det finns alternativa sätt att göra det här. Mycket arbete lades ner efteråt för att förklara för pojken handlingen, att vårdpersonalen gjort fel.</p>	<p>En pojke är tillsammans med sina föräldrar förberedda på att göra lumbalpunktion. Barnet hålls fast men läkaren misslyckas. Barnet får nog och vill inte längre medverka men ingen notis tas till hans protester. Han hålls bara hårdare och ingen i vårdlaget säger stopp  Den intervjuade upplevde hela handlingen fel och lade ner mycket tid att förklara för pojken att de vuxna gjort fel</p>	<p>D.1. Flera vuxna tvångshåller en liten pojke  D.2. Sjuksköterska försöker be om ursäkt för felaktig behandling</p>
<p>E. En stor pojke, 15-16 år sökte för magont med sin mamma. Ssk tänkte att det var psykosomatiskt men det visade sig vara en förstoppning så han skulle få ett klyx(minilavemang). Ssk började med att skicka ut mamman och gav grundlig information om hur proceduren går till och varför. Det visade sig inte vara några problem när mamman var borta. Integriteten skyddades av att mamman inte var med. Ssk professionella roll skyddade integriteten. Pojken var motiverad att genomgå proceduren, fick bestämma takten och allt gick bra.</p>	<p>När en stor pojke med magont ordinerar klyx skickas mamman ut  Grundlig information ges om hur och varför.</p>	<p>E.1. Integritet skyddas av att mamman skickas ut  E.2. Välmotiverad att medverka</p>
<p>F. Flicka 7 år Sökte tillsammans med mamma och mormor. Hade en anamnes på beteendeproblematik men hade nu haft ont i halsen och feber i 5 dagar. Doktor hade sett att hon var röd i halsen men inte lyckats ta något prov. Flickan var väldigt rädd för provtagning och det diskuterades om hon skulle få behandling direkt utan att ta något prov. Men de beslöt att försöka. Till en början fick den intervjuade och en kollega fin kontakt men så kom de till stick i fingret och</p>	<p>Ont i halsen och feber 5 dagar föranleder läkare att vilja ta infektionsprov och svalgprov  Flickan hade en känd beteendeproblematik och var rädd för provtagning så läkaren kunde tänka sig behandla utan</p>	<p>F.1. Symtom som tyder på bakteriell infektion bör diagnosticeras innan behandling  F.2. Patienten bedömdes Svår att motivera för provtagning</p>

**Bilaga 2 Betydelsebärande enhet, kod**

<p><i>allt blev blankt. Kontakten förlorades. De försökte motivera patienten men hon skrek och svor, slog sin mamma. Då började ssk förhandla, antingen svalgprov eller stick i fingret. Därefter skulle hon få åka hem. Så fort det var gjort. Hon var stor och stark men mormor tyckte att de skulle tvångshålla henne och ta provet men det kändes inte etiskt riktigt att göra så. Situationen blev bara sämre och sämre. Flickan satt i ett hörn och slog omkring sig. Det slutade med att hon fick medicin och slapp provtagning. Hon fick remiss till lekterapin för att bearbeta sin sjukvårdsrädsla.</i></p>	<p><i>provtagning</i></p> <p><i>Ssk fick initialt god kontakt med flickan men när det kom till stick i fingret blev det blankt</i></p> <p><i>Situationen blev värre och att tvångshålla var inte etiskt rätt så flickan fick behandling utan föregående provtagning</i></p>	<p><i>F.3. kontakten bröts när det blev tal om stick i fingret.</i></p> <p><i>F.4. Är man för rädd är det oetiskt att tvångshålla då det kan förvärra rädslan</i></p>
<p><i>G..Femårig flicka ska få pvk för att få i.v. antibiotika. Hon ger ett skört intryck och är så rädd så hon inte ville visa armarna för att få EMLA. men med information gick det bra att applicera EMLA. Då hon verkade så rädd funderade ssk om de skulle prova lustgas. Flickan blev informerad om lustgas, fick en brochyr med information och fick fundera på om hon ville prova lustgas medan EMLA'n verkade. Flickan fick ett stick-kit med allt som används vid pvk-sättning. När lustgasvagnen rullades in såg patienten livrädd ut. Hon fick prova en mask och så långt var det OK. Hon fick prova att andas lustgas en stund och sen berätta om det var OK och flickan bestämde sig för att göra det. Den intervjuade höll masken och pappan läste en bok. En annan kollega satte pvk. Flickan kände ingenting, märkte ingenting. Sen fick hon titta på bandaget som hon innan fått välja färg på. Inga smärtsamma minnen från proceduren.</i></p>	<p><i>Femåring som ska få pvk är så rädd att hon inte vill visa armarna för att applicera EMLA-creme .</i></p> <p><i>Erbjuds att prova lustgas för att avledas från rädslan</i></p> <p><i>Flickan provade att andas lustgas Och proceduren genomfördes utan obehag</i></p>	<p><i>G.1 Rädsla för smärta</i></p> <p><i>G.2. Avledning från den skrämmande proceduren erbjuds</i></p> <p><i>G.3. Avledningstekniken fungerade och flickan var stolt över sitt bandage</i></p>
<p><i>H.En tvååring skulle få stick i fingret, det var lite mer än snabbtest så man måste hålla i mer. De tittade på bilder innan hur det gick till och gick sen till labbrummet. Labbrummet är inrett för att det ska vara inbjudande för små barn. Gossen var skeptisk och ville inte släppa ifrån sig handen så det tog lite tid att förbereda. Handen värmdes. Pappa blåste såpbubblor men det lättade inte stämningen. Så utfördes sticket och provet blev taget och pojken skulle få plåster på fingret men han var så arg på plåstret att det togs bort. Han fick ha en papperstuss på fingret. Den intervjuade ville göra ett bra avslut så hon erbjöd ett klistermärke men det ville han inte ha. Då började den intervjuade blåsa såpbubblor</i></p>	<p><i>Tvååringen ville inte stickas i fingret. Trots försök med avledning var stämningen dålig och när provet genomfördes var pojken så arg att han vägrade plåster.</i></p> <p><i>Den intervjuade försöker göra ett avslut. Blåser såpbubblor och försöker blåsa stora bubblor men det kommer bara småvilket roar gossen. Gossen skrattar åt de små bubblorna.</i></p>	<p><i>H.1. Stick i fingret utförs mot 2-åringens vilja</i></p> <p><i>H.2. Sjuksköterska gör ett avslut där gossen får skratta när ssk misslyckas med att blåsa såpbubblor</i></p>

**Bilaga 2 Betydelsebärande enhet, kod**

<p>igen. Började leka med bubblorna, försökte blåsa stora bubblor men det kom bara små bubblor. Gossen skrattade gott åt de små bubblorna. Gossen lämnade akutmottagningen på gott humör.</p>		
<p>I.Fyraårig gosse är ska ta prov, stick i fingret. Föräldrarna berättade att han var väldigt stickrädd och det framgick tydligt av hans beteende att han var rädd. Pojken är EMLAD men han väljer stick i fingret. När ssk kom in för att sticka fingret sa pojken: Pappa först! Pappa först! Ssk funderade på om det var en bra ide men pojken knöt handen så hon hade fått tvinga honom och det tyckte hon att han var för stor för så hon stack pappa i fingret och sen samarbetade pojken och blev stucket i fingret men han tyckte det var jättejobbigt. Innan sticket hade han blivit erbjuden en tatuering men tackat nej men efteråt tog han emot en tatuering. Så blev provsvaret koagel. Det måste tas om. Andra gången blev det svårare. Pojken valde finger, sen skulle pappa få stick först. Gossen kunde inte riktigt bli beredd men så höll pappa handen och provet togs och nu fick de provsvar. Pojken var glad och kommunikativ. Ssk tog bort EMLA som suttit hela tiden och det var god stämning.</p>	<p>.Fyraåring är stickrädd. Är emlad med väljer stick i fingret</p> <p>Pojken vill att ssk ska sticka pappa i fingret först vilket ssk tvekar till.</p> <p>Provet misslyckas och måste tas om och ritualer görs om.</p>	<p>I.1. Fyraåring får välja hur prov ska tas</p> <p>I.2. Pojken skapar en ritual som följs och prov går att tas</p>
<p>J.En sjuårig flicka skulle ta prov i fingret men när ssk skulle sticka henne sa hon :vänta, vänta, vanta! OK jag väntar. Så sa hon, jag vill välja hand och ssk sa OK välj hand. Och efter en stund, vänta,väntavänta! Och det höll på så där i 20 minuter. Hon ville så klart men vågade inte. Ville bestämma sig för det men vågade inte. Det blev för mycket och situationen blev bara jobbigare för henne. Sjuksköterskan fick börja om, flickan fick välja hand och finger och så fick mamman hålla hennes hand och så utförde sjuksköterskan proceduren.</p>	<p>En flicka ville medverka till att ta prov i fingret men vågade inte. Hon ville välja hand och finger men vågade inte.</p> <p>Till slut bestämde sjuksköterskan att flickan fick välja hand och finger och sen fick mamman hålla fast och provet togs</p>	<p>J.1. flickan försökte medverka till provtagning men vågade inte</p> <p>J.2. Provet genomförs med hjälp av fasthållning</p>
<p>K.En treåring var på akutrummet. Han skulle få en pvk men var helt hysterisk. Då började en i personalen blåsa såpbubblor. Barnets uppmärksamhet fokuserade på såpbubblorna och hysterin bröts så de kunde leta kärll och sätta pvk´n</p>	<p>Treåring var helt hysterisk på akutrummet.</p> <p>En i personalen blåste såpbubblor så hysterin bröts och pvk kunde sättas</p>	<p>K.1. Treåring var hysterisk</p> <p>K.2.genom att blåsa såpbubblor avleddes hysterin och vårdprocedur kunde utföras</p>
<p>L. Den intervjuade var med sin egen dotter, fem år på vårcentral. Det skulle göras stick i fingret och flickan ville inte. Sjuksköterskan låter mamman känna på lancetten och sen</p>	<p>Femåring blev lurad att känna på lancetten och blir då stucken vilket resulterar i rädsla och skadat förtroende</p>	<p>L.1. Sjuksköterska lurar femåring som får skadat förtroende till vården</p>

## Bilaga 2 Betydelsebärande enhet, kod

<i>ska flickan känna på lancetten men då sticker sjuksköterskan och provet tas. Flickan är jättechockad. Hon blev lurad och förlorat förtroendet för vården och andra vuxna</i>		
---	--	--

**Bilaga 3, Kategori/Tema**

<b>Kod/tolkning av underliggande mening</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tema</b>
<i>A.1. Rädsla att det ska göra ont att bli stucken i fingret</i>	Underläge	Rädsla
<i>A.2 Förälder förmår ej ge stöd</i>	Underläge	Rädsla
<i>A.3. Situationen låst</i>	Underläge	Rädsla
<i>A.4 Ger tid att samla mod</i>	Samspel	Kommunikation
<i>A.5 Proceduren genomförs med tvång</i>	Underläge	Rädsla
<i>A.6. Tvånget hjälpte flickan över rädslan</i>	Underläge	Rädsla
<i>B.1. Rädsla för skrämmande vårdapparatur</i>	Underläge	Rädsla
<i>B.2. Finner en väg att kommunicera</i>	Samspel	Kommunikation
<i>B.3 . Avdramatiserar medicinsk apparatur</i>	Samspel	Kommunikation
<i>B.4. Flickan vågar medverka då hon känner tillit</i>	Samspel	Kommunikation
<i>C.1.12-åring tas in i akutrummet och situationen är obegriplig för honom och hans föräldrar</i>	Underläge	Rädsla
<i>C.2 .Upplevelsen i akutrummet skapade en osäkerhet inför den egna kroppen.</i>	Underläge	Rädsla
<i>C.3. Pojken får händelserna i akutrummet förklarade och begripliga i efterhand och är inte längre rädd</i>	Samspel	Kommunikation

**Bilaga 3, Kategori/Tema**

<b>Kod, tolkning av underliggande mening</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tema</b>
<i>D.1. Flera vuxna tvångshåller en liten pojke</i>	Underläge	Rädsla
<i>D.2. Sjuksköterska försöker be om ursäkt för felaktig behandling</i>	Samspel	Kommunikation Rädsla
<i>E.1. Integritet skyddas av att mamman skickas ut</i>	Underläge	Rädsla
<i>E.2. Välmotiverad att medverka</i>	Samspel	Kommunikation
<i>F.1. Symtom som tyder på bakteriell infektion bör diagnosticeras innan behandling</i>	Underläge	Rädsla
<i>F.2. Patienten bedömdes Svår att motivera för provtagning</i>	Underläge	Rädsla
<i>F.3. kontakten bröts när det blev tal om stick i fingret.</i>	Underläge	Rädsla
<i>F.4. Är man för rädd är det oetiskt att tvångshålla då det kan förvärra rädslan</i>	Underläge	Rädsla
<i>G.1 Rädsla för smärta</i>	Underläge	Rädsla
<i>G.2. Avledning från den skrämmande proceduren erbjuds</i>	Samspel	Rädsla Kommunikation
<i>G.3. Avledningstekniken fungerade och flickan var stolt över sitt bandage</i>	Samspel	Rädsla Kommunikation
<i>H.1. Stick i fingret utförs mot 2-åringens vilja</i>	Underläge	Rädsla
<i>H.2. Sjuksköterska gör ett avslut där gossen får skratta när ssk misslyckas med att blåsa såpbubblor</i>	Samspel	Kommunikation



**Bilaga 3, Kategori/Tema**

<b>Kod, tolkning av underliggande mening</b>	<b>kategori</b>	<b>tema</b>
<i>I.1. Fyraåring får välja hur prov ska tas</i>	Samspel	Kommunikation Rädsla
<i>I.2. Pojken skapar en ritual som följs och prov går att tas</i>	Samspel	Kommunikation Rädsla
<i>J.1. flickan försökte medverka till provtagning men vågade inte</i>	Underläge	Rädsla Kommunikation
<i>J.2. Provet genomförs med hjälp av fasthållning</i>	Underläge	Rädsla
<i>K.1. Treåring var hysterisk</i>	Underläge	Rädsla
<i>K.2. genom att blåsa såpbubblor avleddes hysterin och vårdprocedur kunde utföras</i>	Underläge	Rädsla
<i>L.1. Sjuksköterska lurar femåring som får skadat förtroende till vården.</i>	Underläge	Rädsla