

Barnsjuksköterskans erfarenhet av att tillämpa barnkonventionen i pediatrik omvårdnad

En kvalitativ intervjustudie

Löf, Ronja

Sjödin, Marielle

Avdelning: Omvårdnad

Ort: Sundsvall/Östersund

Utbildningsprogram: Specialistutbildning med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom

Kurskod/Kursnamn: OM168A/Omvårdnad AV, Pediatrik omvårdnad, självständigt arbete, 15hp

Termin/år: VT 2022

Abstrakt

Bakgrund: Förenta nationernas [FN] konvention om barnets rättigheter [Barnkonventionen] har funnits sedan 1986 och den 1 januari 2020 blev den svensk lag. Denna lag stärker barns rättigheter bland annat i hälso- och sjukvården. I barnkonventionen finns det fyra grundprinciper som ligger till grund för hela barnkonventionen. Barn har rätt till lika vård, barns bästa ska alltid beaktas samt att barn har rätt till utveckling och delaktighet. Vårdpersonal som arbetar med barn bör ha ett barn- och familjecentrerat förhållningssätt för att tillgodose barnets och familjens behov.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka barnsjuksköterskans erfarenhet av att tillämpa de fyra grundprinciperna i lagen om FN:s barnkonvention inom pediatrik omvårdnad.

Metod: En deduktiv kvalitativ intervjustudie gjordes med utgångspunkt från de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention. 10 stycken barnsjuksköterskor som arbetade på en allmänpediatrisk avdelning eller mottagning i södra Norrland deltog i semistrukturerade intervjuer. Informanterna valdes genom ett strategiskt urval. Informanterna hade mellan 3-24 års erfarenhet av att arbeta med barn. Data analyserades utifrån en manifest innehållsanalys.

Resultat: Resultatet presenteras utifrån fyra kategorier och åtta subkategorier. Resultatet visar att barnsjuksköterskan har goda erfarenheter av att tillämpa de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention och i stor grad tillgodoser barnets rättigheter.

Diskussion: Resultatet diskuterades utifrån tidigare forskning och den teoretiska anknytningen barn- och familjecentrerad omvårdnad. Att arbeta flexibelt utifrån barn- och familjecentrerad omvårdnad möjliggör för barnsjuksköterskan att tillgodose både barnet och familjens behov i den pediatrika omvårdnaden i enlighet med FN:s barnkonvention.

Slutsats: Utifrån resultatet kan det konstateras att barn som vårdas av sjuksköterskor med specialistutbildning i barn och ungdom får behoven i stor grad tillgodosedda utifrån de fyra grundprinciperna i FN: barnkonvention. Resultatet bidrar till kunskap om hur barns rättigheter praktiskt kan tillämpas i den pediatrika omvårdnaden. Vidare forskning kan behövas för att belysa barnets perspektiv av sina behov och hur dessa blir tillgodosedda i den pediatrika omvårdnaden.

Nyckelord: Barncentrerad omvårdnad, Barnkonventionen, Barnsjuksköterskors erfarenheter, Deduktiv innehållsanalys, Familjecentrerad omvårdnad, Pediatrik omvårdnad

Abstract

Background: The United Nations [UN] Convention on the Rights of the Child has existed since 1986 and on 1 January 2020 it became Swedish law. This law strengthens children's rights in, among other things, health care. In the Convention on the Rights of the Child, there are four basic principles that form the basis of the entire Convention on the Rights of the Child. Children have the right to equal care, the best interests of the child must always be considered, and that the child has the right to development and participation. Caregivers who work with children should have a child- and family-centered approach to meet the needs of the child and family.

Aim: The purpose of this study was to examine the pediatric nurse's experience in applying the four basic principles of the law on the UN Convention on the Rights of the Child in Pediatric Nursing.

Method: A deductive qualitative interview study was conducted based on the four basic principles of the UN Convention on the Rights of the Child. 10 pediatric nurses who worked in a general pediatric ward and clinic in southern Norrland participated in semi-structured interviews. The informants were selected through a purposive sample. The informants had between 3-24 years of experience of working with children. Data were analyzed according to a manifest content analysis.

Result: The results are presented based on four categories and eight subcategories. The results show that the pediatric nurse has good experience of applying the four basic principles of the UN Convention on the Rights of the Child and to a large extent satisfies the child's rights.

Discussion: The results were discussed based on previous research and the theoretical connection between child and family-centered nursing. Working flexible on the basis of child and family-centered nursing enables the pediatric nurse to meet both the child and the family's needs in pediatric nursing in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child.

Conclusion: Based on the results, it can be stated that children who are cared for by nurses with specialist education in children and adolescents have their needs largely met based on the four basic principles of the UN: Convention on the Rights of the Child. The result contributes to knowledge about how children's rights can be practically applied in pediatric nursing. Further research may be needed to shed light on the child's perspectives on their needs and how these are met in pediatric care.

Keywords: Child-centered Nursing, Convention on the Rights of the Child, Deductive content analysis, Family-centered Nursing, Pediatric Nurses experiences

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Förenta nationernas konvention om barns rättigheter	1
Barns rättigheter	2
Barns bästa	3
Barns utveckling	3
Barns delaktighet	4
Barn- och familjecentrerad omvårdnad	5
Problemformulering.....	6
Syfte	6
Metod	7
Design	7
Deltagare	7
Dataanalys.....	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Ge lika vård till alla.....	10
Bemöta barnet och familjen.....	10
Tillgodose barnet och familjens behov.....	11
Bedöma och beakta barnets bästa.....	13
Samarbeta med barnet och föräldrarna	13
Företräda barnet i vården	14
Främja barnets utveckling.....	15
Samverka med andra professioner	15
Leken och miljöns betydelse.....	16
Förbereda barnet och uppmuntra till delaktighet	17
Informera och förbereda barnet och föräldrarna	17
Främja barnets delaktighet	19
Diskussion.....	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
Slutsats.....	31
Referenser	32

Bilagor

Bilaga 1: Ansökan om tillstånd för att genomföra en intervjustudie

Bilaga 2: Information och förfrågan om att delta i studien

Bilaga 3: Intervjuguide

Inledning

Förenta nationernas [FN] konvention om barnets rättigheter [Barnkonventionen] har funnits sedan 1986 och den 1 januari 2020 blev den svensk lag. Denna lag stärker barns rättigheter bland annat i hälso- och sjukvården. Den blivande barnsjuksköterskan berörs av detta vid möten med barn och deras familjer med olika behov i olika omvårdnadssituationer. Utifrån detta och med erfarenhet av arbete med barn i olika åldrar och utvecklingsnivåer samt deras familjer finns ett intresse att undersöka barnsjuksköterskors erfarenhet av att tillämpa lagen om FN:s barnkonvention inom pediatrik omvårdnad.

Bakgrund

Förenta nationernas konvention om barns rättigheter

Barns rättigheter diskuterades redan under 1920-talet i Geneve av Rädda Barnens grundare Eglantyne Jebb. Hon påtalade att även ett barn är en människa med rättigheter och lade grunden för vad som senare skulle leda till FN:s barnkonvention. Under efterkrigstiden 1946 bildades Förenta nationernas barnfond, United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], för att värna och skydda barns intressen. Barns rättigheter har sedan dess diskuterats och utarbetats för att slutligen 1986 mynna ut i FN:s barnkonvention och för första gången var barns rättigheter nerskrivna som mänskliga rättigheter. FN:s barnrättskommitté kontrollerar att alla anslutna länder följer barnkonventionen. Barnrättskommittén består av 18 oberoende experter och alla länder som anslutit sig ska vart femte år rapportera hur de gjort för att tillgodose barnkonventionen. Sverige ratificerade avtalet 1990 och idag är alla FN:s medlemsländer anslutna till barnkonventionen förutom USA (Unicef, u.å).

Lagen om FN:s barnkonvention utgörs av 54 artiklar som rör barns mänskliga rättigheter. Fyra av artiklarna ska ses guidande för hur konventionen ska tolkas (Figur 1). Lagen definierar att varje människa under 18 år betraktas som barn. De fyra grundprinciperna, artikel 2, 3, 6 och 12 fasthåller att barn har rätt till lika värde och får inte diskrimineras utifrån bakgrund, nationalitet, socioekonomisk status, språk, politisk- eller religiös bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning, kön eller könsidentitet. Vid alla åtgärder som rör barn ska barnets bästa beaktas, barn har rätt till goda levnadsförhållanden med möjlighet till fysiskt, psykiskt och social utveckling. Barn har rätt till preventiva och behandlande hälsoåtgärder. Barn har rätt att uttrycka sin mening men har ingen skyldighet att göra det. Barnet ska ges möjlighet till delaktighet och att bli lyssnad på. Barns åsikter ska vägas in när någon i deras närhet behöver vård, barnet har rätt till inflytande utifrån ålder och mognad (SFS 2018:1197).

Artikel 2	Alla barn har samma rättigheter och lika värde
Artikel 3	Barnets bästa ska beaktas i alla beslut som rör barn
Artikel 6	Barn har rätt till liv och utveckling
Artikel 12	Alla barn har rätt att uttrycka sin mening och bli lyssnad på

Figur 1. De fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention.

Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård [NOBAB], har tillsammans med FN:s barnkonventionen utarbetat riktlinjer på hur sjukvården i Norden ska möta barns behov. Dessa är att barn endast ska läggas in på sjukhus om det är nödvändigt, barn har rätt att ha föräldrar eller annan närstående med sig under vistelsen, föräldrar ska ges möjlighet att medverka i vården av barnet, barn och föräldrar ska få tydlig information och den ska vara anpassad efter barnets ålder. Barnet och föräldrarna ska ges möjlighet till delaktighet, vårdmiljön ska vara anpassad till barn, barns ska ges möjlighet till lek och skolundervisning, personal ska ha rätt kompetens, barnet ska i största möjliga mån träffa samma vårdpersonal dvs kontinuitet inom vårdteamet samt att barnets integritet respekteras (Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård, u.å).

Barns rättigheter

I Sverige finns ytterligare lagar förutom Lagen om FN:s barnkonvention som berör barns rättigheter, bland annat Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], Patientlagen, Socialtjänstlagen [SoL] och Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga [LVU]. I HSL tydliggörs att vård ska utgå från barnets bästa och att vården ska ges på lika villkor. När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa beaktas (HSL, SFS 2017:30). I Patientlagen är det framförallt barnets självbestämmande, integritet och delaktighet som belyses. Även här beskrivs att barnets bästa ska beaktas när barn får hälso- och sjukvård. Patienter har rätt att få information om sin hälsa och ska få möjlighet att välja alternativ till behandling. Om patienten är ett barn ska vårdnadshavare också få information och behandlingsalternativ. Informationen ska ges utefter ålder och mognad, patienten kan även få önska att inte få information och då ska detta respekteras. Patientens integritet och självbestämmande ska respekteras. Om patienten är ett barn ska barnets inställning kartläggas och få betydelse utefter barnets ålder och mognad (Patientlag, SFS 2014:821). SoL tydliggör att socialtjänsten ska verka för att barn och ungdomar ska växa upp i en trygg miljö, främja utveckling, förhindra att barn far illa, motverka missbruk och tillgodose särskilda behov av stöd. Vid frågor som rör barn som far illa eller kan fara illa ska socialnämnden samverka med berörda parter, samhällsorgan och organisationer. Alla verksamheter som berör barn och ungdomar så som hälso- och sjukvårdspersonal har anmälningsskyldighet till socialtjänsten när ett barn far illa eller misstänks fara illa (SoL, SFS 2001:453). LVU är en lag som används när vårdnadshavaren brister i sin omsorg eller då barnet själv skadar sig. Lagen innebär att barnet i sådana fall kan behöva omhändertas (LVU, SFS 2020: 1259).

För att säkerställa att barns rättigheter beaktas i svensk lagstiftning har Sverige en Barnombudsman. Lag om Barnombudsman tydliggör att Barnombudsmannen har till uppgift att företräda barns rättigheter och intressen i enlighet med barnkonventionen (SFS 1993:335). För att kunna tillämpa barnkonventionen i det praktiska arbetet krävs kunskap. Barnombudsmannen har tagit fram verktyg för hur kommuner, regioner och myndigheter kan använda sig av för att förbättra och synliggöra barnrättsarbetet (<http://www.barnombudsmannen.se>). Sjuksköterskor som får utbildning i barnrättsfrågor har lättare att tillämpa barns rättigheter i det praktiska arbetet (Yigitbas & Top, 2020). Anledningar till att barns rättigheter i vården inte alltid uppfylls är att vårdpersonal saknar barnkompetens eller att barnen inte vårdas i barnanpassad vårdmiljö (Sahlberg m.fl., 2020). I Barnombudsmannens senaste rapport från 2021 beskrivs det att under Coronapandemin har flera regioner misslyckats med att vårda barn i anpassad miljö, då barn och vuxna har vårdats på samma avdelningar (Barnombudsmannen, 2021).

Barns bästa

Det är barnets bästa som ska avgöra hur vården planeras snarare än organisationen eller föräldrarna. Barn behöver få möta vårdpersonal med barnkompetens. För att tillgodose barnets bästa krävs det att vårdpersonalen ger barnet tillräckligt med information om vem barnet möter, varför barnet är på sjukhus och vad som kommer att ske. Även förberedande information om procedurer, undersökningar och behandlingar samt information om hur detta kommer att kunna kännas är viktigt för att främja barnets autonomi (Quaye m.fl., 2021). Att vårda barn tar tid och det är barnets behov som måste få avgöra hur lång tid det tar. Procedurer eller undersökningar kan behöva bokas om för att barnet inte vill samarbeta på grund av att barnet inte är tillräckligt förberedd eller inte känner sig trygg (Sahlberg m.fl., 2020).

Vårdpersonal tenderar att lyssna mer på föräldrars åsikter än på barnets åsikter (Yigitbas & Top, 2020). I föräldrabalken kap 6, 11 § delges att föräldrar har skyldighet och rättighet att bestämma i frågor som rör deras barn (Föräldrabalk, SFS 1949:38). Barnets egen förmåga att avgöra vad som är det bästa är begränsad utefter ålder och mognad vilket leder till att barn inte alltid kan fatta rätt beslut (Schalkers m.fl., 2016). Föräldrar vet ofta vad som är bäst för sitt barn, men agerar inte alltid utefter det (Quaye m.fl., 2019). Vårdpersonal har i sin tur skyldighet att företräda barnet i vården för att säkerställa att barnets bästa beaktas och barnets rättigheter följs (Yigitbas & Top, 2020).

Barns utveckling

Barnets utveckling är ett komplext samspel mellan förutsättningar och miljö (Socialstyrelsen, 2015, s. 24). Barn på sjukhus behöver en miljö som är anpassad efter dem och deras utveckling (Sahlberg m.fl., 2020; Bisogni m.fl., 2015). Barn önskar möjlighet till barnvänliga aktiviteter när de är på sjukhuset, detta för att ha roligt och minska känslan av hemlängtan.

Barn som ofta vårdas på sjukhus kan ha en längtan efter aktiviteter de missar som exempelvis skola, vara med vänner eller andra aktiviteter (Sahlberg m.fl., 2020). Det är viktigt att barn har tillgång till leksaker och lek samt att barnet ska få fortsätta sin skolgång under sjukhusvistelse (Bisogni m.fl., 2015). Leken kan användas på flera sätt i den pediatrika omvårdnaden bland annat kan den användas som distraktion vilket minskar stressnivån och gör det lättare för barnet att hantera sin situation (Gjærde m.fl., 2021). Lekterapi har en stor betydelse inom den pediatrika omvårdnaden, där kan sjuka barn delta i olika aktiviteter som skapar meningsfullhet för dem. Lekterapi anses även kunna hjälpa till att förbereda barn för kommande procedurer, undersökningar och behandlingar eller att bearbeta tidigare svåra upplevelser på sjukhuset (Sahlberg m.fl., 2020).

Barns delaktighet

Bedömning av barns mognad har en viktig betydelse för hur mycket delaktighet barnet får i praktiken. Det finns det inga konkreta bedömningskriterier för att bedöma ett barns mognad. Bedömningen görs från fall till fall beroende på åtgärd, angeläget samt hur komplicerat det är att ta ställning till frågan. Barns rätt till delaktighet i hälso- och sjukvården består av tre delar. Barnets rätt till information, barnets rätt att komma till tals och bli lyssnad på samt barnets rätt till inflytande och självbestämmande. Den ena nivån är en förutsättning för att den andra (Socialstyrelsen, 2015, s. 9-15).

Vårdpersonal kan ibland använda föräldrar som hjälp när de kommunicerar med barn, speciellt barn som är rädda eller inte vill samarbeta. Föräldrar kan hjälpa barnet att uttrycka sina känslor, men bland kan föräldrar ta över och inte lämna rum för barnet att uttrycka sig. Detta sker speciellt när föräldrarna har många frågor eller rädslor och det leder till att barnets röst inte blir hörd (Sahlberg m.fl., 2020). Det är viktigt att vara öppen och ärlig i informationen som ges till barn och föräldrar i olika vårdnadssituationer. Detta leder till ökad förståelse, minskad oro, delaktighet och tillitsfulla relationer. Det stärker även förtroendet och främjar ett gott samarbete mellan barnet, dess familj och vårdpersonalen (Coyne m.fl., 2015). Det är viktigt vårdpersonal försöker att informera barnet så att barnet förstår behandlingsalternativen (Yigitbas & Top, 2020); Quaye m.fl., 2021). Välinformerade barn känner sig trygga. Det är viktigt att föräldrar är välinformerade, välinformerade föräldrar kan hjälpa till att informera sitt barn på ett bra sätt (Sahlberg m.fl., 2020). Föräldrar anser i vissa fall att barn inte ska få all information, detta för att barnet kan anses vara för ungt för att förstå eller hantera informationen eller för att föräldrarna är orolig för att barnet ska förlora hoppet. Vårdpersonal försöker ofta att stötta föräldrarna att ta beslut om att ge anpassad information till barnet eftersom barnets förtroende för föräldrarna och även till vårdpersonalen kan tappas när information undanhålls (Coyne m.fl., 2015).

Att kartlägga barnets åsikter är viktigt för att få barnet delaktig. Att barnet är delaktigt anses vara betydelsefullt för följsamhet till behandling samt behandlingsresultat. Att barnet är

delaktigt leder inte alltid i sin tur till att barnet får bestämma då barnets önskan inte alltid barnets bästa (Schalkers m.fl., 2016). För att stärka barnets autonomi är det betydelsefullt att vårdpersonal riktar sin uppmärksamhet mot barnet och har ögonkontakt med barnet. Flertalet barn känner att de blir förbisedda när vårdpersonal enbart vänder sig till föräldrarna. Detta leder till att barnet känner att de inte får sin röst hörd (Quaye m.fl., 2021). Vårdpersonal tenderar att oftare stötta föräldrar att vara delaktig i barnets vård istället för att stötta barnet att vara delaktig (Yigitbas & Top, 2020). Att kartlägga föräldrarnas åsikter kan hjälpa vårdpersonalen att ge den bästa möjliga vården till barnet då föräldrar känner sitt barn bäst (Schalkers m.fl., 2016). Föräldrarna kan tro sig ha samma perspektiv som barnet, men detta är svårt då barn har ett helt eget perspektiv (Coyne m.fl., 2016). Ett samspel mellan barnet, familjen och vårdpersonalen behövs för att göra det möjligt för barnet att vara delaktig i vården (Schalkers m.fl., 2016).

Barn- och familjecentrerad omvårdnad

Barnsjuksköterskan arbete präglas av ett humanistisk och etiskt förhållningssätt som utförs i enlighet med gällande lagar och författningar. Det krävs att barnsjuksköterskan har kunskap, färdigheter och kompetens för att kunna bemöta barnet och dess familj i den pediatrika omvårdnaden. Barnsjuksköterskan har både barnet och familjen som specialismråde och ska kunna arbeta både barn- och familjecentrerat (Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2016). Det finns skillnader i de båda synsätten och det är av vikt att kunna vara flexibel i sitt förhållningssätt för att kunna säkerställa att både barnet- och familjens behov tillgodoses (Coyne m.fl., 2018; Majamanda m.fl., 2015). Familjecentrerad omvårdnad grundar sig på ett systematiskt förhållningssätt, där alla medlemmar utgör en del men tillsammans ses som en enhet. Det är samspelet och relationerna i familjen som står i fokus. Familjemedlemmarna är beroende av varandra och påverkar varandra vid förändring som exempelvis sjukdom och ohälsa. Varje familjemedlem är en enskild individ har en egen verklighet som bör beaktas i omvårdnaden. Mötet och relationsskapandet med familjen är viktigt i den familjecentrerade omvårdnaden, det är i dialog med familjen som information ges och erhålls samt omvårdnadsbehov identifieras (Benzein m.fl., 2017, s. 28-37; 53-55). I den barncentrerade omvårdnaden är det barnet som står i fokus, barnet ses som en egen individ med egna behov och rättigheter men ändå nära familjen. Miljön kring barnet, bemötande och kommunikation är viktiga delar i den barncentrerade omvårdnaden, det har en stor betydelse för hur barnet upplever vårdsituationer och sammanhanget barnet befinner sig i (Söderbäck, 2010, s. 17-21; 26-27). För en trivsamt och funktionell miljö bör lokalerna vara barnanpassade utifrån alla åldrar och funktionsvariationer. Miljön bör även vara anpassad så att den värnar om barnets integritet (Kerstis m.fl., 2010, s. 51-54; 62-63). Att möta barnet där barnet är och kommunicera med barnet på barnets villkor skapar en förtroendefull relation som möjliggör barnets delaktighet. Barnets önskemål ska beaktas och barnet ska ges möjlighet till delaktighet utefter sina förutsättningar. Barn har oftast högre kompetens än vad vuxna tror och kompetensen ökar genom att få vara delaktig i sin vardag. Det måste finnas en medvetenhet

om att det finns en ojämn relation mellan vuxna och barn då barnets autonomi är begränsad. Barnet har andra uppfattningar om vad som är viktigt för barnets situation än vad den vuxne har (Söderbäck, 2010, s. 17-21; 26-27). För att kunna tillämpa en barncentrerad omvårdnad krävs det att vårdpersonal inser att det finns begränsningar i den vuxnas perspektiv. Det är skillnad på barnperspektiv och barnets perspektiv. Förmågan den vuxna har att se saker ur barnperspektiv är individuell och är beroende av den vuxnas erfarenheter och kunskap. Barn tolkar sin värld utefter barnets perspektiv som präglas av barnets egna erfarenheter, förståelse samt barnets uppfattningar (Coyne m.fl., 2016; Quaye m.fl., 2021).

Problemformulering

Den 1 januari 2020 blev FN:s barnkonvention svensk lag. Denna lag tydliggör barns rättigheter. Det finns fyra grundprinciper som genomsyrar hela lagen. Dessa principer framhäver att alla barn har samma rättigheter och lika värde, barnets bästa ska beaktas vid alla beslut, alla barn har rätt till liv och utveckling samt att alla barn har rätt att uttrycka sin mening och bli lyssnad på. Detta ska gälla i alla sammanhang som rör barn. Att vårda barn är komplext då vårdpersonal både ska ta hänsyn till det enskilda barnet men även familjens intressen och behov. Vårdpersonal möter barn i olika åldrar och mognadsnivå men även med olika behov och bakgrund. Det är vårdpersonalens uppgift att tillgodose varje enskilt barns rättighet till en god hälsa. Tidigare forskning har visat att vårdpersonal har svårt att uppnå kraven som ställs. Denna studie har för avsikt att undersöka barnsjuksköterskors erfarenheter av att tillämpa lagen om FN:s barnkonvention inom den pediatrika omvårdnaden.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka barnsjuksköterskans erfarenhet av att tillämpa de fyra grundprinciperna i lagen om FN:s barnkonvention inom pediatrik omvårdnad.

Metod

Design

En kvalitativ intervjustudie genomfördes för att studera personers erfarenheter av fenomenet (Henricson & Billhult, 2017, s. 111). Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes vilket gav ett rikt innehåll av det studerade fenomenet (Polit & Beck, 2021, s. 514-515). Elo och Kyngnäs (2008) innehållsanalys med deduktiv ansats valdes, detta gjorde det möjligt att behålla de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonventionen som en röd tråd genom arbetet.

Deltagare

Strategiskt urval användes vilket menas att informanter valdes som kunde ge beskrivningar av fenomenet och därigenom svara på syftet (Polit & Beck, 2021, s. 265). Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara barnsjuksköterskor vilket innebär sjuksköterskor med specialistutbildning i barn och ungdom samt att barnsjuksköterskorna skulle arbeta på allmän pediatrik avdelning eller pediatrik mottagning i södra Norrland. Totalt tillfrågades 23 barnsjuksköterskor varav 10 valde att delta. Barnsjuksköterskorna som deltog hade mellan 3 och 24 års erfarenhet av att arbeta inom allmän pediatrik med en median på 13 år. 4 barnsjuksköterskor arbetade på avdelning, 2 barnsjuksköterskor arbetade på mottagning, 4 barnsjuksköterskor arbetade både på avdelning och mottagning. Alla barnsjuksköterskor som deltog var kvinnor.

Procedur

Verksamhetschefen för barnkliniken i Region Västernorrland kontaktades och fick informationsbrevet om studien via mail (Bilaga 1). Därefter gav verksamhetschefen ett skriftligt godkännande för att få genomföra studien. Verksamhetschefen vidarebefordrade informationsbrevet samt samtyckesblanketten (Bilaga 2) till respektive enhetschef som i sin tur vidarebefordrade det till barnsjuksköterskorna på barnkliniken. Barnsjuksköterskorna som valde att delta fyllde i blanketten för godkännande att delta i studien. En intervjuguide upprättades med ett fåtal fokusfrågor och kompletterande följdfrågor (Bilaga 3) baserade på de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention (Figur 2). Intervjuerna var semistrukturerade vilket betydde att fokusfrågorna ställdes till alla informanter men följdfrågorna varierade utefter vad de svarade (Danielsson, 2017, s. 145). Intervjuerna utfördes under fyra veckor i februari år 2022. En provintervju gjordes för att försäkra att frågorna svarade på syftet samt för att se om den estimerade tiden för intervjun var tillräcklig (Danielsson, 2017, s. 149). Provintervjun inkluderades i studien, inga justeringar ansågs behövas. Informanterna erhöll intervjuguidens fokusfrågor i förhand för möjlighet till förberedelse. Informanterna valde när och var de ville bli intervjuade. Intervjuerna utfördes på arbetet, hemma hos informanten eller över telefon och varade mellan 25-45 minuter. Båda

intervjuarna deltog på samtliga intervjuer. Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiltelefon och transkriberades ordagrant i nära anslutning.

Artikel 2	På vilket sätt arbetar du för att uppnå lika vård för alla oavsett kön, identitet, etnicitet, religion, funktionsnedsättning, sexualkunskap läggning, ålder eller ställning i övrigt?
Artikel 3	Hur bedömer du vad barnets bästa är?
Artikel 6	Vad gör du för att ge barnet utvecklingsmöjligheter i sjukhusmiljö?
Artikel 12	Hur informerar och förbereder du barn utefter barnets ålder och mognad? Hur ger du barn inflytande och delaktighet utefter barnets ålder och mognad?

Figur 2. Frågor baserade på de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention.

Dataanalys

Elo och Kyngäs (2008) kvalitativa manifesta innehållsanalys med deduktiv ansats användes för att analysera textmaterialet. En manifest analys fokuserar på texten och inte den underliggande innebörden och en innehållsanalys är en metod som används vid kvalitativa studier för att systematiskt bearbeta textmaterial. En deduktiv ansats är användbar när befintlig teori ska testas i en ny kontext. I detta fall valdes deduktiv ansats utifrån de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention i kontexten pediatrik omvårdnad. Elo och Kyngäs (2008) deduktiva analys är uppdelad i tre olika faser: förberedelse, organisering samt rapportering. I förberedelsefasen lästes textmaterialet individuellt flera gånger för att fånga en helhet och meningsenheter som svarade på syftet identifierades och färgkodades utefter de fyra grundprinciperna. De funna meningsenheterna jämfördes gemensamt för att uppnå samstämmighet och därefter valdes vilka meningsenheter som skulle gå vidare i analysen. Majoriteten av meningsenheterna hade färgkodats på liknande sätt. Nästa steg i innehållsanalysen är organiseringsfasen och då upprättades en tabell med de förvalda kategorierna utefter de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention. Meningsenheterna placerades i respektive kategori i tabellen. Vidare valdes tabellen att vara ostrukturerad vilket innebar att meningsenheterna analyserades utifrån principerna av en induktiv innehållsanalys där innehållet fick styra analysen. Meningsenheterna kondenserades för att göras mer begripliga men utan att förlora viktig information. De kondenserade meningsenheterna kodades. Dessa koder jämfördes för att hitta likheter. Koderna resulterade sedan i subkategorier (Figur 3). I rapporteringsfasen sammanställdes texten och placerades under respektive kategori och subkategori till ett resultat.

Kategori	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori
Ge lika vård till alla.	Jag tycker att det är väldigt viktigt att när det kommer ett barn som vill byta kön från en pojke till en flicka eller tvärtom att man använder det könspronomen som barnet önskar.	Jag tycker det är viktigt att använda den könspronomen som barnet önskar.	Bemöta barnet så som barnet vill bli bemött.	Bemöta barnet och familjen.
Ge lika vård till alla.	Det är viktigt att inte ta saker för givet ex, kommer pappa sen? Vart är pappa? För det kanske är en till mamma som kommer och det är klart det kan kännas konstigt för en som bor i en regnbågsfamilj.	Jag tycker det är viktigt att inte ta saker för givet om familjen.	Undvika förutfattade meningar om familjen.	Bemöta barnet och familjen.
Bedöma och beakta barnets bästa.	Läkaren ville att vi skulle ta prover under kvällen men prover skulle ändå tas morgonen efter och det kändes inte bra att barnet skulle bli stucken flera gånger. Jag sa stopp och det blev ingen provtagning.	Jag ifrågasätter provtagning om prover ändå ska tas dagen efter.	Ifrågasätta viss provtagning.	Företräda barnet i vården.
Bedöma och beakta barnets bästa.	En gång hade jag ett barn som var i behov av att få blod men föräldrarna hade en religion som innebar att de inte fick ta emot blod. Då fick jag och läkaren gå in och helt enkelt söka om att ta över vårdsnaden av barnet för att ge barnet blod som var livsviktigt för barnet.	Jag och läkaren ansöker om tillfälligt omhändertagande om barnets vårdnad om föräldrar motsätter sig vård som är livsviktig för barnet.	Agera barnets advokat gentemot föräldrar.	Företräda barnet i vården.

Figur 3. Exempel på analysprocessen från meningsenhet till subkategori.

Forskningsetiska överväganden

Detta examensarbete som genomförs på avancerad nivå och ej planeras att publiceras i någon tidskrift kräver ingen etisk prövning enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). I denna studie har Helsingforsdeklarationens etiska principer efterföljts. Informerat samtycke består av flera delar, deltagaren ska ha fått information om studien, vara kapabel till samtycke samt fått information om att det är frivilligt (World Medical Association, 2013). Barnsjuksköterskorna fick ett informationsbrev med skriftlig information om studiens syfte och upplägg. De fick information om att studien är frivillig och att de får avbryta när som helst. De fick även betänketid.

Barnsjuksköterskorna som valde att delta gav ett skriftligt samtycke för att delta i studien (Bilaga 2). Informationsbrev skickades även till verksamhetschef som gav ett skriftligt godkännande att få genomföra studien (Bilaga 1). Studien följer gällande lagstiftning enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Materialet behandlas konfidentiellt, vilket menas att man värnar om deltagarna och inte låter andra ta del av personuppgifter som leder till att man kan identifiera deltagaren (World Medical Association, 2013). För att värna om informanternas konfidentialitet planerades och hölls intervjuerna i ett enskilt rum utan störningsmoment för att informanten skulle känna sig trygg och lättare kunna dela med sig av sina erfarenheter. Materialet spelades in på mobiltelefon och förvarades på så sätt på ett säkert ställe. Inspelningarna raderades direkt efter att de blivit transkriberade. Materialet avkodades och varje deltagare fick ett ID-nummer.

Resultat

Fyra kategorier valdes utefter de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention. Vidare framkom 8 subkategorier utefter analysen av intervjuerna (Figur 4).

Kategori	Subkategori
Ge lika vård till alla	Bemöta barnet och familjen Tillgodose barnet och familjens behov
Bedöma och beakta barnets bästa	Samarbeta med barnet och föräldrarna Företräda barnet i vården
Främja barnets utveckling	Samverka med andra professioner Leken och miljöns betydelse
Förbereda barnet och uppmuntra till delaktighet	Informera och förbereda barnet och föräldrarna Främja barnets delaktighet

Figur 4. Kategorier och subkategorier.

Barnsjuksköterskorna menade att de följer FN:s barnkonvention och att det bör vara en självklarhet för alla som arbetar med barn. Barnsjuksköterskorna hade inte upplevt någon skillnad sedan barnkonventionen blev lag. Detta ansågs vara för att barnkonventionen följts redan innan den blev lag. De menade att det var bra att barnkonventionen blivit lag då barnets rättigheter stärkts och att barnsjuksköterskan lättare kunnat stötta sig mot lagen. Barnsjuksköterskorna menade även att all vårdpersonal som kan komma i kontakt med barn i sitt arbete borde få utbildning i barnrättsfrågor för att säkerställa att lagen om FN:s barnkonvention följs.

Ge lika vård till alla

För att kunna ge en god vård på lika villkor i den pediatrika omvårdnaden var det betydelsefullt för barnsjuksköterskan att skaffa sig information om barnet och familjen. Detta gjordes genom att aktivt lyssna på barnet och föräldrarna gällande deras behov och önskemål. För att ge lika vård var det viktigt att kunna bli förstörd men även att låta barnet och familjen göra sig förstörd.

Bemöta barnet och familjen

Vid möten med barn och deras familjer i den pediatrika omvårdnaden tänkte barnsjuksköterskorna på att inte ha förutfattade meningar utan bildade sig en egen uppfattning om barnet och familjen. För barnsjuksköterskorna var det en självklarhet att respektera barnets och familjens önskan hur de ville bli bemött. Barnsjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att ha en fingertoppskänsla och vara lyhörd. Barnsjuksköterskor tog upp exempel på barn som önskade byta kön, genomgick eller hade genomgått ett könsbyte. De påpekade att det vara väldigt viktigt för barnet att rätt könspronomen användes och att barnet blev kallad för det barnet önskade sig. För att veta vilket

könspronomen och vad barnet ville bli kallad behövde ibland barnsjuksköterskorna fråga barnet om detta. När barnet uttryckt sina önskemål ansågs det vara viktigt att informationen rapporterades vidare muntligt och skriftligt för att barnet inte skulle behöva upprepa sig.

"Jag möter barnet och familjen här och nu. Sen försöker jag ställa mig neutral till bakgrund och historik" (Barnsjuksköterska 4).

"Jag bemöter barnet och familjen med respekt, jag bemöter dem på det sättet de önskar att bli bemötta" (Barnsjuksköterska 10).

Barnsjuksköterskorna beskrev att familjen var en viktig del i omvårdnaden av barnet. Familjen sågs som en resurs som kunde hjälpa barnsjuksköterskan att kommunicera med barnet. De menade att det var föräldrarna som kände barnet och att barnet blev tryggare i föräldrarnas närvaro. Barnsjuksköterskor upplevde även ibland att föräldrar kunde göra det svårt att nå och skapa relation med barnet. De beskrev exempel där föräldrarna hade många frågor och inte gav barnet utrymme att prata eller där föräldrarna pratade för barnet. Barnsjuksköterskorna menade då att fokuset behövde flyttas från föräldrarna till barnet. Barnsjuksköterskorna pratade då med barnet ensamt utan föräldrarna för att lättare kunna skapa en relation. För att ta kontakt med barnet sökte barnsjuksköterskan ögonkontakt med barnet och hukade sig till barnets nivå. Detta ansåg barnsjuksköterskorna att barnen uppskattade.

"Känner man att man har en förälder framför sig som känner sitt barn och har en fin kontakt då frågar jag föräldern hur jag når barnet bäst" (Barnsjuksköterska 4).

"Ibland krävs det att jag pratar med barnet ensamt utan föräldrarna. Jag tycker det är viktigt att barnet känner sig sedd, att någon har lyssnat" (Barnsjuksköterska 7).

Tillgodose barnet och familjens behov

Barnsjuksköterskorna menade att lika vård inom den pediatrika omvårdnaden inte betyder att alla får samma vård, utan att det styrs efter barnets och familjens behov.

Barnsjuksköterskorna gjorde individuella bedömningar i samråd med familjen, läkaren och övrig profession för att kartlägga barnet och familjens behov. Barnsjuksköterskan anpassade sig utefter barnets ålder och mognadsgrad samt barnets tidigare erfarenheter. Barnet och familjens individuella behov tillgodosågs i den största utsträckning som det fanns resurser för att tillgodose lika vård för alla.

"Lika vård betyder inte att alla får lika utan det är behovet som styr, alla får olika resurser och tid beroende på vilket behov som finns" (Barnsjuksköterska 7).

Lika vård gavs till alla men mer tid och resurser kunde behövas för de barn eller familjer som hade de behovet. I mötet med barn med funktionsvariation tog barnsjuksköterskan hjälp av föräldrar och assistenter för att kommunicera med barnet. Föräldrar och assistenter visade hur barnsjuksköterskan lättast skulle kommunicera med barnet vilket ofta infattade stödtecken och bildstöd. Barnsjuksköterskorna strävade efter att ha en direkt kommunikation med barnet. Vid inläggning valde barnsjuksköterskorna rum utefter barnets behov. Barn som var i behov av hjälpmedel fick ett av de större rummen för att få plats med hjälpmedel och plats för mobilisering. Hinder för att ge lika vård var främst lokalernas utformning. De flesta rummen var små vilket gjorde det svårt att komma in med exempelvis rullstol eller permobil. Många av rummen saknade egen toalett och ingen av rummen hade dusch. Detta drabbade främst infektiösa patienter. Ett exempel som beskrevs var ett barn som var i behov av att duscha varje dag på grund ut av sin infektiös känslighet. Barnet var mycket infektiösa känslig och kunde därför inte använda den gemensamma duschen. Barnet fick istället dagligen åka hem för att duscha för att avdelningen inte kunde tillgodose en ren dusch.

Barnsjuksköterskorna beskrev att tolk bokades till barn och familjer om var i behov av det. Tolk bokades för att barnet och familjen lättare skulle kunna förstå omvårdnad- och behandlingsåtgärder. Barnsjuksköterskorna ansåg att barnet och familjen som talade ett annat språk ej fick samma förutsättningar för en lika och god vård som barn och familjer som talade samma språk som vårdpersonalen. Av denna anledning var det betydelsefullt att använda sig av tolk. Barnsjuksköterskorna beskrev hinder trots användande av tolk, det kunde vara svårt att förmedla praktiska omvårdnadsåtgärder och speciellt när telefontolk användes. Vid dessa tillfällen var det viktigt att förbereda material som skulle användas eller visa bilder på det som skulle göras under tolksamtalen. Barnsjuksköterskorna upplevde att även om barnet och familjen pratade lite svenska kunde det vara viktigt att boka tolk då det var lättare att förstå barnet och familjen och på så sätt lättare att stötta och trösta. Därför menade barnsjuksköterskorna att det var betydelsefullt att boka tolk till dessa familjer även till mindre samtal och inte bara inför rond. Att använda anhörig som tolk ansågs inte vara optimalt då det inte kunde säkerställas att allt översattes korrekt. Barnsjuksköterskorna beskrev även att det var viktigt att vara lyhörd och respektera familjens behov av att få utöva sin kultur och tro. Barnsjuksköterskorna assisterade familjen att hitta rätt böneriktning och såg till att de fick ostörd tid till att be. Föräldrar som fastade fick hjälp att värma mat efter fastebryt. Ett specifikt exempel som beskrevs där familjens kultur och tro respekterades var när deras barn dött. Föräldrarna hade specifika önskemål om att få utföra en svepningscermoni. Undantag från det rådande besöksförbudet gällande Coronapandemin gjordes. Två kvinnor från familjens församling kom för att svepa barnet och släktingar fick besöka barnet och familjen för att ta avsked.

"Det är svårare att ge en familj som inte pratar svenska samma stöttning. Det är lättare om man förstår varandra. Därför är det viktigt att vi bokar tolk inte bara inför rond" (Barnsjuksköterska 3).

“Vi måste ta hänsyn till hur de vill ha det. Föräldrarna får styra så det blir efter den kulturen och tron som dom har” (Barnsjuksköterska 6).

Barnsjuksköterskorna beskrev att vissa barn och föräldrar hade behovet av båda föräldrarna fick vara med på sjukhuset trots det rådande besöksförbudet gällande Coronapandemin som innebar att bara en förälder fick vara med under vistelsen. Oavsett allvarlighetsgrad i sjukdom så kunde sjukdomsvistelsen vara den största krisen familjen hade genomgått. Barnsjuksköterskorna såg till familjens behov och gjorde undantag i besöksförbudet där det behövdes.

Bedöma och beakta barnets bästa

Barnsjuksköterskorna använde sig av sin kliniska blick, sin kunskap om barns utveckling samt tidigare erfarenheter vid bedömning av barnets bästa i den pediatrika omvårdnaden. För att kunna besluta om vad som blir bäst för barnet och praktiskt utföra det som blir bäst för barnet behövde barnsjuksköterskan samarbeta med barnet, föräldrarna och andra professioner.

Samarbeta med barnet och föräldrarna

För ett bra samarbete med barnet och föräldrarna inom den pediatrika omvårdnaden krävdes att barnsjuksköterskan lyssnade på och informerade barnet och föräldrarna för att skapa en samförståelse. Barnsjuksköterskorna frågade barnet och föräldrarna om hur de ville ha det. De upplevde att ju äldre barnet var desto lättare var det att föra en dialog med barnet. Att samtala med föräldrarna var även de viktigt för att kunna bedöma barnets bästa detta för att föräldrar känner sina barn bäst. Samtalet med föräldrarna var speciellt viktigt när det gällde de yngre barnen som inte kunde tala för sig. De menade att föräldrar som hade tidigare erfarenheter av att ha varit inläggande på sjukhus med sitt barn oftast hade viktig kunskap om vad som tidigare fungerat och inte fungerat. Denna kunskap användes för att planera vården. Vid akuta situationer hann inte alltid barnsjuksköterskan fråga barnet och familjen om vad de tyckte skulle bli bäst. Barnsjuksköterskorna menade då att barnets bästa i dessa situationer var att få vård snabbt, vilket prioriterades.

“Jag bedömer barnets bästa genom att se, prata och diskutera med barnet och föräldrarna”
(Barnsjuksköterska 5).

“Vid akuta situationer hinner man inte alltid fråga barnet eller föräldrarna så mycket, barnets bästa är då att få vård snabbt” (Barnsjuksköterska 1).

Barnsjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att föräldrarna förstod sammanhanget och situationen som barnet befann sig i för att kunna göra barnet tryggt och på så sätt underlätta

vid olika omvårdnadsåtgärder, procedurer, undersökningar och behandlingar. För att kunna ta hjälp av föräldrarna informerade barnsjuksköterskorna tydligt om vad som skulle göras och vad som skulle krävas av både barnet och föräldrarna. De menade även att barnet och föräldrarna ibland kunde ha helt olika uppfattningar om vad som var det bästa för barnet. I dessa situationer lyssnade barnsjuksköterskorna både på vad barnet hade för åsikt och även vad föräldrarna hade för åsikt. Äldre barn upplevdes ha lättare att avgöra sitt bästa, medan yngre barn kunde ha svårare att bedöma sitt bästa. Barnsjuksköterskan menade att föräldrarna behövde vara trygga och välinformerade för att kunna stötta sitt barn i att ta rätt beslut eller att välja rätt beslut åt barnet.

Barnsjuksköterskor beskrev tillfällen där de kunde möta föräldrar som motsatte sig behandlingar eller undersökningar då det krävde att barnet behövde utsättas för något smärtsamt eller obehagligt. Detta skedde oftast när en perifer venkateter [pvk] skulle sättas eller då barnet skulle få en nasogastrisk sond. De upplevde ofta att föräldrar som motsatte sig vård inte hade fått tillräckligt med information om varför och vilka alternativ som fanns. När barnsjuksköterskorna hade informerat föräldrarna om varför och olika alternativ som fanns tenderade föräldrarna att acceptera proceduren, undersökningen eller behandlingen. Det beskrevs även att föräldrar ibland kunde kräva vård som barnet inte behövde. Det kunde vara föräldrar som ville ha antibiotika utskrivet till sitt barn som inte var i behov av det eller föräldrar som ville ha olika undersökningar som inte ansågs relevanta för barnets tillstånd. Barnsjuksköterskan upplevde dessa situationer handlade om att föräldrarna inte litade på vården. Barnsjuksköterskorna beskrev vikten av att försöka skapa ett förtroende hos familjen. Detta gjordes genom att lyssna på föräldrarna och ta dem på allvar samtidigt förklara och informera om varför barnet behöver eller inte behöver viss undersökning eller behandling.

"Ibland räcker det att man informerar mer om varför vi måste göra såhär och vilka alternativ som finns så accepterar föräldrarna det" (Barnsjuksköterska 1).

Företräda barnet i vården

Barnsjuksköterskorna menade att de behövde företräda barnet i både smått och stort i vården. De beskrev att de dagligen fick agera barnens advokater i situationer gentemot läkare, där de ansett att läkaren gjort felaktiga bedömningar eller där läkare saknat ett barnperspektiv. Ett exempel som beskrivs är när en läkare planerat tömma en abscess utan att ge någon smärtlindring. Barnsjuksköterskan stod på sig om barnets behov av smärtlindring vilket till slut ledde till att barnet fick smärtlindring. Barnsjuksköterskorna menade att det var de små sakerna såsom blodprovstagning och pvk- sättning som upplevdes som det stora för barnet, där var det betydelsefullt att barnsjuksköterskorna hade ett barnperspektiv och företrädde barnet. Det kunde röra sig om tidpunkt för blodprovstagning när barnet var inneliggande på avdelningen. Det var vanligt att blodprovstagning ordinerades både på kvällen och dagen därpå. Barnsjuksköterskorna förde

då en dialog med läkaren, ofta kunde provtagningen samordnas för att undvika onödiga stick. Det var även vanligt att barn kom till mottagningen utan att vara förberedd på det som skulle göras t ex blodprovstagning, pvk- sättnig eller kateterisering av urinblåsa. Detta gjorde att barnet blev rädd och inte ville samarbeta. Eventuellt skulle barnet behöva bli fasthållen, vilket inte sågs som ett bra alternativ. En dialog fördes då med läkaren om att boka om besöket så att barnet skulle få tid att förberedas alternativt föreslog barnsjuksköterskan att barnet skulle få lustgas eller lugnande läkemedel, vilket oftast gick att genomföra. Detta gjordes för att undvika risken att traumatisera barnet.

"Ibland kan det kännas som att det förväntas att vi bara ska göra men det går inte för det är ingen docka vi håller på med utan ett barn" (Barnsjuksköterska 1).

"Läkarna ser barnets medicinska bästa. Vi ser till barnets bästa. Jag utgår från barnet som jag har framför mig och de kunskaper jag har om barn i olika åldrar" (Sjuksköterska 6).

Det framgick att barnsköterskorna kunde behöva företräda barnet i omvårdnadssituationer där familjen av olika anledningar inte agerade efter barnets bästa. Ett exempel som beskrevs där föräldrar motsatte sig vården var när ett barn var i behov av att få blodtransfusion. Föräldrarna motsatte sig blodtransfusionen på grund av religiösa skäl. Ett annat exempel som beskrevs var när ett barn blev inlagd på grund av dålig tillväxt och näringsbrist. Familjen var veganer och hade inte lyckats erbjuda barnet en näringsrik vegansk kost. Trots barnets tillstånd ville inte föräldrarna göra någon förändring i barnets kost. Barnsjuksköterskorna hanterade dessa situationer genom att föra en dialog med läkaren och föräldrarna för att komma fram till en lösning. Vid tillfällena det inte gick att komma fram till en lösning där föräldrarna inte ville samarbeta kunde ett tillfälligt omhändertagande av barnets vårdnad behövas. Barnsjuksköterskorna beskrev detta som en känslomässigt påfrestande situation men nödvändig för barnets bästa.

"Vi är verkligen barnens advokater i alla lägen. Vi måste se till vad som är bäst för barnet i den situationen som den befinner sig och det är våran skyldighet som barnsjuksköterska!"
(Barnsjuksköterska 2).

Främja barnets utveckling

Barnsjuksköterskorna stöttade barnet i den pediatrika omvårdnaden att leva ett så normalt liv som möjligt. Barnsjuksköterskorna tog hjälp av andra professioner för att möta barnens behov till utveckling.

Samverka med andra professioner

Barnsjuksköterskorna tyckte ofta att det kunde vara svårt att främja barnets utveckling i sjukhusmiljö. De ansåg att det krävdes samverkan med andra professioner för att främja

barnets utveckling. Sjukhuskolan kontaktades för att barnet skulle få möjlighet att fortsätta sin skolgång under sjukhusvistelsen. Det ansågs vara viktigt speciellt för barn som varit inneliggande längre perioder. Lekterapi kontaktades för att kunna hjälpa barnet att förberedas inför en procedur eller undersökning eller bearbeta tidigare traumatiska upplevelser. Fysioterapeut kontaktades för att hjälpa till att motivera barnet till mobilisering. Ett exempel som beskrevs där samverkan var betydande för barnets utvecklingsmöjligheter var när ett barn hade varit med om ett trauma. Barnet hade flera drän och var sängliggande då barnet var rädd att röra sig. Barnsjuksköterskan samverkade med lekterapi och fysioterapeut. De lyckades skapa en trygg miljö och motiverade barnet till mobilisering till rullstol. Efter detta var barnet inte rädd för mobilisering längre. Barnet åkte rullstol och kunde därmed utan problem ta sig till gympasalen, lekterapi, tonårsrummet och lekparken.

“Det är svårt att ge barn utvecklingsmöjligheter på sjukhus. Jag tycker att lekterapi och skolan är viktiga. Lekterapi är nästan det viktigaste vi har” (Barnsjuksköterska 6).

Leken och miljöns betydelse

Barnsjuksköterskorna menade att det var viktigt för barnet att få leka och hitta på saker under sjukhusvistelsen så att de inte behövde ligga inne på rummet hela tiden. Barnet kunde få leka ute i lekparken eller inne i gymnastiksalen, pyssla eller leka på lekterapi eller spela tv-spel eller biljard i tonårsrummet. Leksaker fanns att låna från lekterapi eller lekhörnan. Att leka med syskon och kompisar ansågs även det vara viktigt för att främja den normala sociala utvecklingen. Barnsjuksköterskorna använde leken som ett sätt att bygga upp barnets förtroende och trygghet. Att prata om det barnet var intresserad av gjorde det lättare för barnsjuksköterskan att skapa en relation med barnet. Barnsjuksköterskorna dokumenterade barnets intressen, detta för att underlätta framtida relationsskapande med barnet.

“Jag försöker lära känna barnet och vad barnet gillar. Jag låter saker ta tid och leker fram det” (Barnsjuksköterska 3).

Lekterapi sågs som en fristad för barnen det var en plats som skulle vara fri från stick och annat obehag. Barnsjuksköterskorna upplevde att det gick lättare att få kontakt med barnet där då barnet kände sig trygg då inget obehagligt skedde på lekterapi. De upplevde även att det var lättare att skapa en relation med ungdomarna när de var ute i tonårsrummet. Detta ansågs vara för att barnsjuksköterskan och ungdomen kunde sitta ifred, ingen kom och knackade på dörren eller störde som det gjordes inne på rummet. Det ansågs även vara för att ungdomen kände sig mer bekväm där. Behandlingsrummen på både avdelningen och mottagningen var barnanpassade med leksaker och roliga planscher men rummen upplevdes trånga och tråkiga. Barnsjuksköterskorna tyckte att det fanns mer att önska så som renovering av lokaler för att göra det mer barnanpassat. Istället för vita tråkiga väggar önskades färg och tapet. Färggranna kläder till personalen önskades då vitt och blått kunde upplevas som skrämmande och sterilt av barnen.

“Jag tycker inte att våra salar är barnanpassade och det är svårt att göra något med salarna, dom är trånga och tråkiga” (Barnsjuksköterska 6).

Barnsjuksköterskor menade att Coronapandemin har varit ett hinder för att ge barn utvecklingsmöjligheter vid inneliggande vård de senaste åren. Besöksförbudet påverkade barnen negativt, barnen fick bara ha med sig en förälder och inga syskon. Barnet fick inte heller ta emot besök under sjukhusvistelsen. Barn med symtom som skulle kunna vara covid-19 tvingades till isolering inne på en trångt rum tills provsvar hade kommit. Barnsjuksköterskorna beskrev att de hämtade in leksaker och pyssel till barnens rum för att främja utveckling, speciellt till barn med infektion där barnet inte fick röra sig i allmänna utrymmen. Att vårdpersonalen behövde använda munskydd upplevdes av barnsjuksköterskorna påverka kontakten med barnet. Detta för att barnet hade svårt att läsa av barnsjuksköterskans ansiktsuttryck.

“Barn har suttit instänga i sina rum under pandemin, det är inte speciellt utvecklande utan det kan snarare vara skadligt” (Barnsjuksköterska 5).

Förbereda barnet och uppmuntra till delaktighet

Barnsjuksköterskorna menade att barnet fick information och förberedelse utefter ålder och mognad inom den pediatrika omvårdnaden. Barnet hade även ett behov av informerade och trygga föräldrar för tröst och stöd. Barnet tilläts vara delaktig i sin vård vilket gjorde att barnet fick kontroll över situationen.

Informera och förbereda barnet och föräldrarna

Barnsjuksköterskorna framhöll vikten av att informera och förbereda både barnet och föräldrarna inför olika omvårdnadsmoment, procedurer, undersökningar och behandlingar. De menade att åtgärder blev mer lätthanterliga om hela familjen fått information och förberedelse innan. Föräldrarna som blivit informerade och trygga kunde hjälpa till att informera och förbereda barnet. De menade även att det var viktigt att föräldrarna var delaktiga och hjälpte barnet att känna sig trygg och att de fanns där för tröst. Barnsjuksköterskor menade att föräldrar med rädslor ofta förde över det på barnet vilket skapade svårigheter. Barnsjuksköterskorna avrådde ofta förälder med exempelvis nålfoxi från att vara med när barnet behövde genomgå en nålrelaterad procedur. Detta förutsatte att den andre föräldern eller annan anhörig kunde vara med under proceduren.

“Stressade föräldrar leder lätt till stressade barn. Barn behöver lugna och trygga föräldrar” (Barnsjuksköterska 10).

Information och förberedelse ansågs vara viktigt för utfallet av olika omvårdnadsmoment, procedurer, undersökningar och behandlingar. Ett exempel som beskrevs där förberedelse varit avgörande för utfallet var när ett barn skulle göra en ultraljudsundersökning. Barnet och föräldern var rädda och pratade inte svenska. Barnet hade tidigare fått lugnande läkemedel för att kunna genomgå ett ultraljud. Barnsjuksköterskan tog med sig en kollega som pratade samma språk som familjen. Kollegan förklarade och visade med prob och gel hur undersökningen skulle gå till först på föräldern och sedan på barnet. Både barnet och förälder kände sig trygga efter detta och barnet kunde genomgå undersökningen utan lugnade läkemedel. Det underlättade att vårdpersonal pratade samma språk som familjen men så var det inte alltid. Barnsjuksköterskorna menade då att det var viktigt att även boka tolk inför procedurer och andra omvårdnadsåtgärder. Föräldrar kunde ha önskemål om att inte informera och förbereda barnet då de ansåg att det var för barnets bästa. Exempel på detta är då föräldrar önskar att barnsjuksköterskan tar blodprov på barnet när barnet sover.

"De barnen som är rädda ligger på hugget, försöker man sticka då så har man brutit ett förtroende" (Barnsjuksköterska 8).

Barnsjuksköterskorna menade dock att detta inte blir bra då barnet riskerar att tappa förtroendet för både föräldrarna och för vårdpersonalen. Ett exempel på där förtroendet tappades var då ett äldre barn som var allvarligt sjuk hade föräldrar som ville skydda barnet från att veta detta. Vårdpersonalen hade gått på föräldrarnas önskemål och bara informerat barnet om att barnet var sjuk men inte vilken diagnos. Barnet fick reda på omvägar om sin diagnos vilket gjorde att ingen fanns där för att förklara eller svara på frågor när barnet behövde det. Barnet blev besviken på sina föräldrar och på vårdpersonalen som undanhållit detta. Barnsjuksköterskorna menade att barnet hade rätt att bli informerad om sin hälsa och att barnets rätt till detta inte hade respekterats. Barnsjuksköterskorna menade att denna situation hanterats felaktigt och inte i enlighet med barnkonventionen.

Barnsjuksköterskorna beskrev att de informerade och förberedde barn utefter ålder och mognad i den pediatrika omvårdnaden. De menade att det var viktigt att informera barnet så att barnet förstod informationen och att inte använda svåra ord och termer. De anpassade sitt språk efter barnet. De menade även att det fanns individuella skillnader hos barn i samma ålder. Barn i samma ålder fungerade inte alltid likadant och kunde således inte behandlas likadant. Barnsjuksköterskorna anpassade därför informationen och förberedelsen inte bara utefter ålder utan även mognadsgrad. Barnsjuksköterskorna ansåg att oavsett ålder och mognad så var det viktigt att vara ärlig med barnet, exempelvis så lovade inte barnsjuksköterskorna att det inte skulle kännas om det inte var sant.

"Föräldern kan säga att det inte kommer göra ont. Då säger jag att det kommer att kännas men att det går över fort" (Barnsjuksköterska 2).

Spädbarn upplevdes svårast av barnsjuksköterskorna att förbereda inför procedurer, undersökningar och behandlingar. Spädbarn bäddades in eller lades i förälderns famn samt fick amma eller fick alternativt 30% glukos på napp som smärtlindring.

Barnsjuksköterskorna pratade med barnet och tog på barnet för visa att något skulle hända, exempelvis rörde barnets näsvinge innan sondsättning. Barn i förskoleålder brukade avledas samt fick smärtlindring i form av bedövningssalva innan nålstick. Barnsjuksköterskorna använde såpbubblor, berättade historier och använde sig av lek för att avleda barnet. När barnet utvecklat en större förmåga att förstå information förbereddes barnet genom att barnsjuksköterskorna talade om och visade vad som skulle hända. Bilder och filmer användes som hjälpmedel. Det ansågs vara en fördel att låta barnet både se och höra informationen för att barnet lättare skulle förstå. Om barnet hade ett gosedjur kunde barnsjuksköterskan förbereda barnet genom att visa på gosedjuret hur proceduren skulle gå till. Barnsjuksköterskorna tog fram material inför proceduren och lät barnet titta och känna. Barnsjuksköterskorna tog bort nålen från pvk:n och visade den mjuka plastslangen. Barnet kunde få leka med materialet, exempelvis kunde en pvk utan nål och en spruta med vatten fungera som en vattenpistol. Tonåringar förbereddes mestadels genom information. Barnsjuksköterskorna informerade om det som skulle göras och hur det skulle gå till och de var lyhörda på tonåringens frågor och funderingar. Barnsjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att inte ta för givet att tonåringen förstod bara för att de var äldre.

“Vi kanske bara säger till tonåringen att nu ska du röntga lungorna. Vi ska inte vara säkra att den vet vad det är. Vi ska inte ta något för givet” (Barnsjuksköterska 6).

Främja barnets delaktighet

Bedöma barnets mognadsnivå ansågs vara betydelsefullt för hur mycket delaktighet barnet kunde få inom den pediatrika omvårdnaden. För att bedöma barnets mognad behövde barnsjuksköterskan bilda sig en uppfattning om barnet och barnets tidigare upplevelser. Detta gjordes genom att samtala med barnet och föräldrarna. Barnsjuksköterskorna använde även sin kunskap om barns utveckling och tidigare erfarenhet vid mognadsbedömningen. Barnet fick sällan avgöra om saker skulle göras eller inte men kunde få bestämma omständigheterna. Barnsjuksköterskor beskrev att det var viktigt att jobba med barnets rutiner, speciellt det mindre barnet. Barnet kanske behövde äta eller sova först för att skapa de bästa förutsättningarna. Det ansågs viktigt att låta alla barn vara delaktiga och även bestämma hur delaktig de ville vara i vården. Barnet kunde bestämma om barnet ville ha avledning eller inte, även vilken typ av avledning. För att öka barnets delaktighet så fick barnet själv välja vilket finger eller arm som blodprovet skulle tas i, om de ville räkna ner till sticket, om de ville att barnsjuksköterskan skulle säga till när denne stack, eller vilket plåster som skulle användas efteråt. Barnet kunde i vissa fall bestämma tid när saker skulle göras. Det kunde även få bestämma om det ville sitta i förälderns famn eller om dom ville sitta själva. Tonåringarna kunde få välja om de ville ha bedövningssalva inför blodprovstagning eller inte. Barnsjuksköterskorna påpekade att det ibland blir för mycket val för barnet,

speciellt om barnet var litet. Barnsjuksköterskorna menade att det var viktigt att utstråla trygghet i situationen och så att barnet inte känner att det blir för många val och för mycket ansvar.

”Jag frågar barnet om de små valen, de får välja inom ramarna. Inte att provet ska tas men hur provet tas kan de få bestämma” (Barnsjuksköterska 9).

”Det finns rätt mycket valmöjligheter man kan ge barnen för att de ska känna att de får vara med och bestämma och känna kontroll över situationen” (Barnsjuksköterska 10).

Barnsjuksköterskorna beskrev hur viktigt det var att låta barnet få möjlighet att uttrycka sin mening. Barnet gavs valmöjligheter för att känna att de hade någon form av kontroll över situationen, vilket barnsjuksköterskorna upplevde gjorde barnen tryggare.

Barnsjuksköterskorna menade att det var viktigt att få barnet att acceptera det som skulle göras. Att hålla fast och bara göra ansågs inte vara ett bra alternativ. Att erbjuda att barnet efteråt skulle få glass, leksak eller rolig aktivitet kunde vara ett bra alternativ. Ett exempel som beskrevs var ett yngre barn som vägrade pvk- sättnig. Det var kring jul och barnsjuksköterskan frågade barnet om barnet ville ha en julklapp från tomten. Barnet ville ha en julklapp och efter att julklappen var öppnad gick barnet med på att sätta pvk:n utan problem. För barn som var ineliggande längre perioder kunde barnsjuksköterskan upprätthålla ett kontrakt med barnet. I detta kontrakt stod det hur barnet ville ha det exempelvis vilket förband, vilken typ av smärtlindring och vilken typ av avledning. Detta för att all vårdpersonal skulle göra lika. Detta ansågs öka delaktigheten och barnets känsla av trygghet och kontroll.

Tidsbrist upplevdes som ett hinder för barnets delaktighet i den pediatrika omvårdnaden. De kunde handla om akuta situationer eller när vården var överbelastad. Barnsjuksköterskan menade att vid akuta situationer är barnets bästa att få behandling snabbt. Då kan barnet behöva få en pvk fort utan att barnet hinner förberedas eller att bedövningssalva hinner verka. Samtidigt menade de att det var viktigt att låta förberedelse och barnets delaktighet ta tid då det många gånger underlättade arbetet och i det stora hela fanns en vinning både för barnet men även för barnsjuksköterskan.

”Ofta upplever man att man inte har tid. I efterhand inser man att man skulle ha tagit sig tid då det hade gjort att det gått smidigare” (Barnsjuksköterska 9).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka barnsjuksköterskors erfarenheter av att tillämpa de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention. För att besvara syftet användes en kvalitativ metod. Denna metod ansågs lämplig för att besvara syftet genom att få djupare förståelse för barnsjuksköterskornas upplevda erfarenheter. Intervjuer sågs som en lämplig metod att använda för att samla data om informanternas erfarenheter för att vidare analysera och tolka materialet till ett resultat (Henricson & Billhult, 2017, s. 111-112).

Strategiskt urval användes och 10 stycken informanter deltog vilket ansågs vara tillräckligt för att svara på syftet. Eftersom informanterna var specifikt utvalda för att svara på syftet gav det ett rikt innehåll och en hög informationskraft (Malterud m.fl., 2016). Informanterna hade mellan 3 och 24 års erfarenhet av att arbeta inom allmän pediatrik vilket ansågs vara en styrka då det givit en bredd på erfarenheterna av fenomenet. De flesta av informanterna arbetade på samma klinik vilket kunde ses som en svaghet då det kunde innebära att en del av svaren varit klinikberoende samt att alla informanter var kvinnor vilket hade kunnat begränsa genusperspektivet.

Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes. Öppna frågor användes för att få en djupare förståelse för subjektiva erfarenheter, tankar, känslor och upplevelser. Genom att göra semistrukturerade intervjuer med öppna frågor hade informanterna möjlighet att tala fritt och vilket i sin tur ledde till ett rikt innehåll av det studerade fenomenet (Polit & Beck, 2021, s. 514-515). En provintervju utfördes vilket ansågs vara en styrka då detta säkrade att frågorna svarade på syftet och att tiden för intervjun var lämplig. Informanterna erhöll intervjuguidens fokusfrågor i förhand vilket ansågs vara en styrka för att informanterna var förberedd på frågorna vilket gav mer utvecklande svar då frågorna kunde uppfattas som breda. Det kunde även ses som en svaghet då informanterna kunde fastna på det som de hade förberett sig på vilket gjorde det svårt att svara på följdfrågor. Intervjuarna var flexibla och lät informanterna välja när och var de ville bli intervjuade vilket sågs som en styrka. Flertalet intervjuer bokades om på grund av hög arbetsbelastning men då intervjuarna var flexibla i ombokningen påverkade detta inte informanternas deltagande. Båda intervjuarna deltog på samtliga intervjuer vilket ansågs vara en styrka för att samtliga intervjuer genomfördes på samma sätt samt att intervjuarna kunde reflektera efter varje intervju om intervjun hade svarat på syftet och om följdfrågorna varit adekvata. Intervjuarna arbetade på samma klinik som många av informanterna vilket innebar att informanterna blev intervjuade av kollegor. Det kunde ses som en svaghet då informanternas svar kan ha blivit vinklande till att dela med sig av det positiva och inte det negativa. Att intervjuas av kollegor sågs även som en styrka då det upplevdes skapa en tillåtande och förtroendefull atmosfär vilket gjorde att informanten kände sig trygg att dela med sig av sina erfarenheter.

Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant vilket sågs som en styrka i studien eftersom det säkerställde att informationen sparades i sin helhet (Polit & Beck, 2021, s. 512).

Materialet analyserades med Elo och Kyngäs (2008) manifesta innehållsanalys med deduktiv ansats. Manifest ansats valdes för att enbart fokusera på informanternas svar och inte analysera det latenta. Deduktiv analys valdes för att kunna behålla de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention som kategorier då dessa går som en röd tråd genom studien. Vidare analyserades det transkriberade materialet utifrån principerna av en induktiv innehållsanalys för att det transkriberade materialet skulle styra subkategorierna.

Intervjuerna identifierade och färgkodade meningenheter som svarade på syftet först enskilt och sedan tillsammans. Detta ansågs vara en styrka eftersom intervjuarna kunnat jämföra sina kodningar och diskutera olika tankesätt vilket ledde till en ökad samförståelse över det transkriberade materialet. I resultatet har citat tagits med för att styrka resultatets koppling till informanternas svar.

Intervjuarna i denna studie hade en förförståelse för området då de arbetat på barnavdelning i flera år som sjuksköterskor. Förförståelsen gjorde till en början att intresset för ämnet uppstod. Intervjuarna lade sin förförståelse åt sidan för att fokusera på att förstå fenomenet utifrån informanternas egna perspektiv vilket sågs som en styrka. För att säkerställa att förförståelsen inte påverkade reflekterade intervjuarna kontinuerligt över sin förförståelses inverkan under insamlandet av data och under analysprocessen (Polit & Beck, 2021, s. 156). Intervjuarna var oerfarna i processen att utföra en studie men fick kontinuerlig handledning av Mittuniversitetet under hela processen vilket sågs som en styrka.

Trovärdigheten i studien bedömdes vara hög. Metoden beskrevs utförligt med styrkor och svagheter vilket är en förutsättning för trovärdighet i studien (Elo & Kyngäs, 2008). Samarbetet mellan intervjuarna och handledaren från Mittuniversitetet styrker studiens trovärdighet eftersom studien har granskats ur flera olika perspektiv (Mårtensson & Fridlund, 2017, s. 431-432). Citat togs med i resultatet för att styrka studiens trovärdighet ytterligare (Elo & Kyngäs, 2008). Intervjuarna redovisade tydligt sin förförståelse för ämnet vilket ansågs vara en styrka i studiens pålitlighet. Analysprocessen beskrevs utförligt och intervjuarna använde sig av ett reflektivt förhållningssätt under processen för att inte färga materialet vilket styrker studiens bekräftelsebarhet. Överförbarheten till andra grupper eller kontexter ansågs ha både styrkor och svagheter. Resultatet beskrevs utförligt vilket är en förutsättning för överförbarhet av studien (Mårtensson & Fridlund, 2017, s. 431-433). Det breda spannet på informanternas erfarenhet inom yrket ansågs vara en styrka studiens överförbarhet men att de flesta av informanterna var från samma klinik och att det bara var kvinnor ansågs kunna vara en svaghet i studiens överförbarhet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka barnsjuksköterskans erfarenhet av att tillämpa de fyra grundprinciperna i lagen om FN:s barnkonvention inom pediatrik omvårdnad. Analysen resulterade i kategorier som baserades på de fyra grundprinciperna i FN:s barnkonvention samt åtta subkategorier vilka diskuteras kronologiskt. Efter analys visade resultatet att barnsjuksköterskorna strävade efter att ge lika vård till alla. Det krävdes att de såg varje barn och familj som unik med individuella behov. De företrädde barnet i vården och för att bedöma barnets bästa var det viktigt att inkludera både barnet, föräldrarna samt berörda professioner. För att främja barns utveckling i sjukhusmiljö tog barnsjuksköterskorna hjälp av lekterapi, sjukhusskola och fysioterapeut för att barnet skulle få fortsätta ha ett så normalt liv som möjligt. De informerade och förberedde barnet utefter ålder och mognad och skapade möjligheter för barnet att vara delaktig i sin vård. Utifrån detta anses det vara viktigt att barnsjuksköterskan kan arbeta flexibelt utifrån ett barn- och familjecentrerat synsätt för att kunna möta barnet och familjens behov i den pediatrika omvårdnaden. Detta för att barnet och familjens behov inte alltid är densamma men att behoven ändå är lika då barnet är beroende av familjen och familjen är beroende av barnet.

I resultatets kategori, *ge lika vård till alla* framkom subkategorierna *bemöta barnet och familjen* samt *tillgodose barnet och familjens behov*. För att bemöta barnet och familjen beskrev barnsjuksköterskorna att det krävdes lyhördhet, respekt och empati (jfr Coyne & Gallagher, 2011; Sisk m.fl., 2022; Thunberg m.fl., 2015). För att tillgodose barnet och familjens behov menade barnsjuksköterskorna att det var viktigt att identifiera barnet och familjens individuella behov och låta det styra vården. Det behövdes olika mycket tid och resurser för att tillgodose barnet och familjens individuella behov (jfr Thunberg m.fl., 2015).

Barnsjuksköterskans lyhörda bemötande anses skapa en förutsättning och möjlighet för barnets och familjens behov att styra omvårdnaden. Att barnsjuksköterskan träffar barnet och familjen kontinuerligt anses även det underlättat för barnsjuksköterskan vid bedömning av barnet och familjens behov. Barnsjuksköterskorna menade att en god kommunikation med barnet och familjen var en förutsättning för att kunna uppnå lika vård för alla (jfr Ali & Watson, 2017; Kynoe m.fl., 2020; Qohal & Kaddaf, 2015). Det framgår att barnsjuksköterskorna använde sig av både barn- och familjecentrerad omvårdnad vid kommunikation med barnet och familjen. De beskrev att de prioriterade kommunikationen med barnet genom att tala direkt till barnet och söka barnets ögonkontakt. Detta främjar barnets delaktighet i kommunikationen vilket är centralt i den barncentrerade omvårdnaden (Söderbäck, 2010, s. 26-27). Att göra barnet delaktig i kommunikationen anses göra det möjligt för barnet att känna sig bekräftad och tagen på allvar. Barnsjuksköterskorna menade även att det var viktigt med en god kommunikation med familjen vilket är grundläggande i den familjecentrerade omvårdnaden (jfr Benzein m.fl., 2017, s. 53-54). Det antas vara viktigt att involvera familjen i kommunikationen då barnet är en del av familjen och familjens närvaro och delaktighet gör barnet tryggare. Detta kan även bidra till en ökad förståelse hos familjen för barnets omvårdnad så att de därmed lättare kan stötta barnet i omvårdnaden.

Barnsjuksköterskorna beskrev att de kunde möta barn med kommunikationssvårigheter och att alternativ kommunikation då kunde användas som hjälpmedel, bland annat stödtecken och bildstöd (jfr Handberg & Voss, 2017; Hemsley, Kuek, m.fl., 2013; Hemsley, Lee, m.fl., 2013; Thunberg m.fl., 2015). Det är av vikt att vårdpersonal har förståelse för hur alternativ kommunikation som exempel stödtecken och bildstöd används samt att de har erfarenhet att använda detta. Det är även viktigt att det finns tid och resurser att använda detta (Hemsley, Kuek, m.fl., 2013; Hemsley, Lee, m.fl., 2013; Thunberg m.fl., 2015). Det antas att föräldrar kan vara behjälpliga i att visa barnsjuksköterskan olika stödtecken och tillgodose bilder för bildstöd, men stödtecken och bildstöd för omvårdnadssituationer relaterat till barnsjuksköterskans profession bör inte vara föräldrarnas ansvar utan ett ansvar som ligger hos barnsjuksköterskan. Att använda stödtecken och bildstöd till alla barn, även barn utan kommunikationssvårigheter skulle vara fördelaktigt dels för att förtydliga den verbala kommunikationen med barnet men även för att få ett mer inarbetat arbetssätt att använda alternativ kommunikation i den pediatrika omvårdnaden. Att utbilda barnsjuksköterskor i alternativ kommunikation skulle troligen leda till en ökad förståelse och underlätta användningen av detta. Det skulle i sin tur kunna leda till att alternativ kommunikation används mer i den pediatrika omvårdnaden. Alternativ kommunikation är ett sätt att göra barn mer delaktig i kommunikationen och detta beskrivs som centralt i den barncentrerade omvårdnaden (Söderbäck, 2010, s. 26-27). Alternativ kommunikation kan både vara nödvändig för att kommunicera med även ett sätt att förtydliga kommunikationen, oavsett så kan det gynna kommunikationen mellan barnsjuksköterskan och barnet. En god kommunikation underlättar i ett relationsskapande med barnet och gör det lättare för barnet att bygga upp ett förtroende för barnsjuksköterskan.

Barnsjuksköterskorna beskrev att barn och familjer som talar ett annat språk inte hade samma förutsättningar för lika vård som barn och familjer som pratade samma språk som vårdpersonalen. Barnsjuksköterskorna beskrev därför vikten av att boka tolk för barn och familjer som var i behov av det (jfr Ali & Watson, 2017; Kynoe m.fl., 2020; Qohal & Kaddaf, 2015; Steinberg, 2016). Språkbarriärer utgör ett hinder för kommunikation vilket leder till begränsningar i den familjecentrerade omvårdnaden (Ali & Watson, 2017; Qohal & Kaddaf, 2015). Barnsjuksköterskorna beskrev även att det var viktigt att boka tolk även inför mindre samtal så som procedurer och omvårdnadsåtgärder (jfr Kynoe m.fl., 2020; Steinberg, 2016). Familjer med tolkbehov önskar att tolk bokas i större utsträckning. Familjer känner sig ofta som en börda för att det tar tid och resurser att boka tolk vilket leder till att de kontaktar anhörig för tolkning (Steinberg, 2016). Tolk bör bokas i större utsträckning än vad det görs idag. Det är barnsjuksköterskans skyldighet att ge familjen förutsättningar för en lika vård oavsett språk och därför bör ansvaret för att minska språkbarriären ligga på barnsjuksköterskan och inte familjen. Anhörigtolk kan medföra problem när den anhöriga inte kan språket tillräckligt eller inte har utbildning i att tolka och därför anses formell tolk vara fördelaktigt att använda. Tid och resurser bör avsättas för att barnsjuksköterskan ska ha

möjlighet att främja en god kommunikation. Att en fungerande kommunikation och att samförståelse finns anses vara grundläggande för att barn och familjer ska känna sig trygga i vården. Detta kan kopplas till den familjecentrerade omvårdnaden där hänsyn bör tas till alla medlemmar i familjen då dessa har inverkan på varandra (Benzein, m.fl., 2017, s. 55). I den familjecentrerade omvårdnaden är det därför väsentligt att kommunikationen med familjen fungerar och att alla förstår informationen och kan yttra sin mening. En god kommunikation leder även till att barnsjuksköterskan lättare kan skapa relation till familjen vilket underlättar omvårdnaden.

I resultatets kategori, *bedöma och beakta barnets bästa*, framkom subkategorierna *samarbeta med barnet och föräldrarna* samt *företräda barnet i vården*. Barnsjuksköterskan samarbetade med barnet och föräldrarna för att bedöma barnets bästa (jfr Aarthun m.fl., 2019; Coyne m.fl., 2014; Coyne, 2013; Jensen, 2019; Kelly m.fl., 2016). Barnets ålder och mognad var ansågs vara viktiga faktorer för att barnet skulle vara förmögen att förstå sitt bästa (jfr Coyne m.fl., 2014). Barn vet inte alltid vad deras bästa är och samarbetet med föräldrarna är då extra betydelsefullt (Jensen, 2019; Kelly m.fl., 2016). Yngre barn har i större utsträckning tilltro till sina föräldrar att fatta rätt beslut åt dem medan äldre barn vill vara delaktig i beslut som rör dem (Coyne m.fl., 2014; Coyne, 2013). Som barnsjuksköterskan är det därför viktigt att ha kunskap om barns utvecklingsnivåer samt kunna bedöma barns mognad för att bedöma hur delaktig barnet kan vara i de beslut som rör dem. Det barnsjuksköterskans ansvar att se till att barnets bästa beaktas och se till att föräldrar får den kunskap som behövs för att fatta rätt beslut om barnets bästa. Barnsjuksköterskorna beskrev att de vid omvårdnad av yngre barn eller barn med lägre mognadsnivå utgick efter föräldrarnas tankar och åsikter om barnets bästa. Detta eftersom föräldrar ofta ansågs veta vad deras barns bästa var (jfr Coyne, 2013; Jensen, 2019; O'Connor m.fl., 2019). I den familjecentrerade omvårdnaden är det betydelsefullt att barnsjuksköterskan ser till och värnar om relationerna inom familjen då familjemedlemmarna har inverkan på varandra (Benzein, m.fl., 2017, s. 54). När barnet som är en del av familjen blir sjuk påverkar det alla medlemmar i familjen. För att barnsjuksköterskan ska kunna bedöma barnets bästa behöver därför alla familjemedlemmars åsikter höras. I den barncentrerade omvårdnaden är familjens upplevelser viktiga men fokus läggs på barnets åsikter och behov (Söderbäck, 2010, s. 17). Det anses därför vara väsentligt att barnet ges möjlighet till att yttra sina åsikter och påverka omvårdnaden utefter sin ålder och mognad. Barnsjuksköterskan bör därför ha både barnkompetens som innefattar kunskap om barnets utveckling och mognad samt ett barnperspektiv för att förstå barnets behov vid bedömning av barnets bästa.

Det framkom av barnsjuksköterskorna att föräldrar inte alltid förstod barnets bästa och orsaken till detta var ofta bristande information (jfr Aarthun m.fl., 2019; Aarthun m.fl., 2017; Aarthun, 2018; O'Connor, m.fl., 2019). Det är påvisat att föräldrar kan känna att de inte har tillräckligt med kompetens att bedöma barnets bästa. De önskar tydligare information om barnets tillstånd samt aktuella procedurer, undersökningar och behandlingar när de skulle

besluta om vad som är barnets bästa (Aarthun, 2018; O'Connor, m.fl., 2019; Gibson m.fl., 2018). Detta underlättade om det var kontinuitet bland vårdpersonalen och i informationen som gavs (Aarthun m.fl., 2017; Aarthun, 2018). Det kan antas att det behövs välinformerade föräldrar för att de ska kunna ta beslut om deras barns bästa. Barnsjuksköterskan behöver ta sig tid att informera föräldrarna och säkerställa att föräldrarna förstått informationen. Barnsjuksköterskan bör inte anta att föräldrar förstår all information som givits bara för att barnsjuksköterskan själv anser informationen är underförstådd. Barnsjuksköterskan måste vara inkännande och ge information med anpassat språk, i rätt mängd och vid rätt tillfällen för att föräldrarna ska kunna vara mottaglig för informationen. Det kan det vara fördelaktigt att ge information vid flera tillfällen både skriftligt och muntligt. Lika så måste barnsjuksköterskan informera barnet utefter ålder och mognad för att barnet ska kunna förstå sin situation. Barnsjuksköterskan bör sedan vara lyhörd för barnet och föräldrarnas tankar och funderingar och fånga upp om mer information behöver ges. Att familjen får träffa samma barnsjuksköterskor gör att informationen är densamma samt att barnsjuksköterskorna lättare kan förstå familjen och deras behov. Detta kan leda till större trygghet hos familjen och att tillitsfulla relationer mellan barnsjuksköterskan och familjen skapas.

Barnsjuksköterskorna beskrev att de behövde företräda barnet i olika vårdsituationer. De kunde behöva företräda barnet gentemot läkare eller föräldrar som inte agerade efter barnets bästa (jfr Aarthun m.fl., 2019; Abbasinina m.fl., 2019; Dadzie m.fl., 2017). Detta beskrevs som känslomässigt påfrestande för barnsjuksköterskorna (jfr Abbasinina m.fl., 2019). Det kan antas att barnsjuksköterskan kan ha flera olika känslor över att behöva företräda barnet i vården men att oavsett är det barnsjuksköterskans ansvar att företräda barnet och se till barnet bästa. Barnsjuksköterskan, läkaren och föräldrarna anses kunna ha olika syn och perspektiv på vad barnets bästa är. Barnsjuksköterskan ser till barnets bästa utifrån barnets omvårdnadsbehov, läkaren ser till barnets bästa utifrån barnets medicinska behov och föräldrarna ser till barnets bästa utifrån deras känslor och kunskaper om barnet. Det antas att alla synsätt och perspektiv behövs för att kunna bedöma barnets bästa och därför krävs det att alla samarbetar. Det kan antas att vårdpersonal som inte har barnkompetens kan ha svårare att beakta barnets bästa då det finns flera perspektiv att ta hänsyn till. När barnsjuksköterskan möter kollegor i vårdkedjan som inte har barnkompetens måste barnsjuksköterskan vara tydlig med att förmedla barnets rättigheter. All vårdpersonal som arbetar med barn bör vara väl införstådd i barns rättigheter, ha barnkompetens för att kunna bemöta barnet och barnets behov samt ha ett barnperspektiv för att kunna tolka barnets upplevelser och känslor.

I kategorin, *främja barnets utveckling* framkom subkategorierna *samverka med andra professioner* samt *leken och miljöns betydelse*. Barnsjuksköterskorna behövde samverka med andra professioner för att främja barnets utveckling i sjukhusmiljö (jfr Clark, 2022; Foster m.fl., 2022). Tvärprofessionellt samarbete leder till bättre vård och nöjdare patienter (Wen &

Schulman, 2014; Will, 2019). Samverkan mellan olika professioner behövs för att kunna främja barnets utveckling i sjukhusmiljö då barnets utveckling är både fysisk, psykisk och social. För varje individuellt behov barnet har bör rätt profession kopplas in för att säkerställa att rätt åtgärder sätts in. Då barnsjuksköterskan i högre grad träffar barnet finns ett ansvar att identifiera dessa behov. Barnsjuksköterskan har inte alltid själv kompetensen att uppfylla dessa behov och har således ansvar att kontakta rätt profession.

Barnsjuksköterskorna beskrev att leken hade stor betydelse för barn på sjukhus dels för förberedelse och dels för bearbetning (jfr He m.fl, 2015; Potasz m.fl., 2012; Godino-Iáñez m.fl. 2020; Karlsson, 2014). Leken är viktig för att minska stress och ångest hos barnet och underlättar för barnet att hantera sin situation (He m.fl, 2015; Potasz m.fl., 2012; Godino-Iáñez m.fl. 2020). I den barncentrerande omvårdnaden läggs fokus på att barnet ska förstå sin situation och därmed lättare hantera den (Söderbäck, 2010, s. 19-21). Leken anses kunna skapa trygghet i sjukhusmiljön för barnet. Barnsjuksköterskan bör anpassa leken utefter barnets ålder, mognad och barnets intressen. Barnsjuksköterskan kan även vid behov ta hjälp av lekterapi som har mycket hjälpmedel och är experter på detta område.

Barnsjuksköterskorna använde sig även av leken för att skapa tillit och för att bygga en relation med barnet (jfr Clarke, 2021; Godino-Iáñez m.fl., 2020; Koukourikos m.fl., 2015; Karlsson, 2014). Leken kan användas som ett sätt för barnet att kommunicera sina känslor (Boucher m.fl., 2014; Godino-Iáñez m.fl., 2020; Koukourikos m.fl., 2015). I den barncentrerade omvårdnaden är kommunikation och relationsskapande med barnet viktigt (Kerstis m.fl, 2010, s. 62-63). Detta kan underlättas med hjälp av lek då barnet med ett bekant och tryggt sätt kan kommunicera sina känslor och åsikter. Leken kan även underlätta för syskon att förstå barnets situation och bearbeta sina känslor (Kenny m.fl., 2021; Nabors m.fl, 2013). I den familjecentrerade omvårdnaden anses det vara viktigt att alla familjemedlemmar är delaktiga och förstår barnets situation (Benzein, m.fl., 2017, s. 28-29). Att syskon får vara med i leken främjar den sociala utvecklingen. Leken underlättar för syskonet att vara delaktig i barnets vård vilket kan leda till att syskonet känner en ökad kontroll av situationen samt att förståelsen om vad som sker på sjukhuset ökar. Barnsjuksköterskan bör vara inbjudande när syskonet vistas på sjukhuset för att öka syskonets delaktighet.

Barnsjuksköterskorna beskrev att miljön på sjukhuset var en viktig faktor för att stödja barnets utvecklingsmöjligheter (jfr Clarke, 2021; Foster m.fl., 2022; O'Connor m.fl., 2019). Barn önskar en familjär miljö på sjukhuset. Barn vill ha ett eget rum och integritet (Foster m.fl., 2022). Det är förståeligt att barnsjuksköterskan har svårt att tillgodose barnets behov av barnanpassade lokaler då detta ligger på en organisatorisk nivå. Det anses att barn bör ha ett eget rum tillräckligt stort för två sängar så att en förälder kan sova kvar på sjukhuset samt även plats för lek och besök. I den barncentrerade omvårdnaden värden läggs fokus på att värna om barnets integritet (Söderbäck, 2010, s. 27). Barnsjuksköterskan bör därför se rummet som barnets egna och inte som en vårdlokal. Det anses därför vara viktigt att alla knackar innan man går in på rummet. I den barncentrerade omvårdnaden anses miljön vara

en viktig del i hur barnet upplever sin situation (Kerstis m.fl., 2010, s. 51-54). Barnets låga autonomi försvagas ytterligare i främmande miljöer och situationer. Barnet behöver känna sig trygg i sin miljö vilket är en förutsättning för utveckling. För att öka tryggheten inne i barnets rum är det bra att undvika obehagliga procedurer på rummet om det istället kan göras i behandlingsrummet. Lika så bör lekterapi, tonårsrummet, gymnasalen och lekparken vara ställen som är fria från obehag. Barnsjuksköterskorna menade att Coronapandemin har påverkat barnets utvecklingsmöjligheter på sjukhuset på grund ut av det rådande besöksförbudet (jfr Hugelius m.fl., 2021). Besöksförbudet har gjort att enbart en förälder får vara med på sjukhuset samt att inte syskon eller kompisar fått besöka barnet. Detta ses som ett hinder för den familjecentrerade omvårdnaden. I den familjecentrerade omvårdnaden ses familjen som en enhet och varje individ har betydelse för varandra (Benzein, m.fl., 2017, s. 33). Då ett barn i familjen blir inlagd ändras familjedynamiken då familjen inte längre kan vara tillsammans. För att stötta familjen att vara tillsammans kan barnsjuksköterskan om möjligt i samråd med läkare erbjuda permission eller att familjen får vistas ute i lekparken. Barnsjuksköterskan måste även kunna göra undantag från besöksförbudet i situationer där det verkligen behövs då alla familjer upplever situationer olika och har olika behov.

I kategorin, *förbereda barnet och uppmuntra till delaktighet* framkom subkategorierna *informera barnet och föräldrarna* samt *främja barnets delaktighet*. Barnsjuksköterskorna beskrev att de informerade och förberedde både barnet och föräldrarna för att minska rädsla och oro (jfr Bartik & Toruner, 2017; Lin m.fl., 2018; Meletti m.fl., 2018; Yahya Al-Sagarat m.fl., 2017; Grahn m.fl., 2016). Barnet prioriteras ofta vid information och förberedelse medans föräldrar i vissa fall ges mindre prioritering (Yahya Al-Sagarat m.fl., 2017). Barnsjuksköterskorna beskrev att barn behövde lugna och trygga föräldrar som kunde trygga barnet (jfr Coyne, 2013; O'Connor, 2019). I den familjecentrerade omvårdnaden är det viktigt att alla familjemedlemmar får information om och förstår barnets tillstånd (Benzein, m.fl., 2017, s. 53-55). Föräldrar måste få tillräckligt med information om barnets tillstånd och vilka åtgärder som krävs för att barnets behov ska bli tillgodosedda. Informerade och förberedda föräldrarna blir tryggare i situationen och kan därmed lättare stötta och trygga barnet. Föräldrar som är välinformerad och förberedd skulle även kunna hjälpa till att informera och förbereda barnet men huvudansvaret att se till att barnet får information och förberedelse ligger hos barnsjuksköterskan. Därför måste barnsjuksköterskan skapa de förutsättningar som behövs för detta oavsett om det är föräldrarna eller barnsjuksköterskan som ger informationen eller förbereder barnet. Barnsjuksköterskorna berättade att föräldrar inte alltid tyckte att barnet skulle få information om sitt tillstånd (jfr Laronne m.fl., 2021; Rost & Mihailov, 2021). Yngre barn med lägre mognad kanske inte kan hantera all information men barnet har rätt att få information anpassad utefter sin ålder och mognad. Barnet bör få informationen från vårdpersonal eller föräldrarna som kan svara på barnets frågor. Om barnet inte får information kan det leda till att barnet söker information på annat håll och det kan leda till att informationen blir felaktig. Att få vara delaktig i sin vård är barnets rättighet,

att barnet inte får information om sitt tillstånd hindrar barnet från att vara delaktig. Barnsjuksköterskan måste vara införstådd i barnets rättigheter och företråda barnet i situationer där barnets rättigheter inte efterföljs.

Barnsjuksköterskorna beskrev att de informerade och förberedde barn inför omvårdnadsmoment, procedurer, undersökningar och behandlingar utefter ålder och mognad. Barnsjuksköterskorna menade även att dessa moment gick lättare att utföra då barnet fått information och förberedelse då barnet lättare samarbetade (jfr Bray m.fl., 2019a; Bray m.fl., 2019b; Grahn m.fl., 2016). De yngsta barnen fick amma eller fick 30 % glukos på napp som smärtlindring. Både amning och 30% glukos per oralt har påvisats kunna minska smärta hos spädbarn vid smärtsamma procedurer, amning har visat sig vara aningen mer effektivt än 30% glukos (Benoit m.fl., 2017; Harrison m.fl., 2016). Barnsjuksköterskan bör därför uppmuntra ammande mammor att amma vid procedurer som kan vara smärtsamma eller besvärande för barnet. Barnsjuksköterskan bör främja amningen genom att se till att mamman kan sitta bekvämt under proceduren. Om barnet inte ammar är 30% glukos på napp ett bra alternativ. Att amning har påvisats vara mer effektivt kan antas bero på närheten barnet får vid amning. Oavsett om barnet ammar eller inte anses det vara bra om föräldrarna är med och håller om barnet eftersom detta ger barnet mer trygghet.

Barnsjuksköterskorna beskrev att de använde sig av avledning och bedövningssalva vid informerade och förberedande av yngre barn. Avledning har bevisats kunna minska stress och vara smärtstillande för barn som genomgår smärtsamma procedurer (Balanyuk m.fl., 2018; Bukola & Paula, 2017; Cho & Chio, 2021). Bedövningssalva har även visat sig effektivt för att minska smärta hos barn vid nålrelaterade procedurer (Abuelkheir m.fl., 2014; Choi m.fl., 2016; Yin & Jiang, 2018). Barnsjuksköterskan bör använda sig av en kombination av dessa för att minska stress och smärta hos barnet. Det anses vara viktigt att föräldrarna är med under proceduren för att trygga barnet. Barnsjuksköterskorna menade att de äldre barnen fick välja om de vill ha bedövningssalva eller inte samt att barnsjuksköterskorna både visade och förklarade när de informerade och förberedde barnet. Att barn blir visad hur proceduren, undersökningen eller behandlingen går till i förväg underlättar för dem att förstå vad som ska ske (Bray m.fl., 2019a; Bray m.fl., 2019b; Grahn m.fl., 2016). Att barnet förstår vad som ska ske minskar i sin tur barnets stress (Bray m.fl., 2019a; Bray m.fl., 2019b; Grahn m.fl., 2016). I familjecentrerad omvårdnaden är alla familjemedlemmar beroende av varandra för stöttning och trygghet (Benzein m.fl., 2017, s. 34-35). Därför anses det viktigt att föräldrarna är med barnet under dessa moment då barnet är extra utsatt och i behov av trygghet. Barnsjuksköterskan bör skapa möjligheter och stötta föräldrarna att finnas där för barnet. I den barncentrerade omvårdnad är det viktigt att barnet förstår sammanhanget och känner kontroll över sin situation (Söderbäck, 2010, s. 19-21). Därför krävs det att barnet får information om sitt tillstånd och blir förberedd inför vad som kommer att ske. Informationen och förberedelsen måste vara anpassad utefter barnet för att möjliggöra barnets förståelse. Barnet bör även själv få välja vilken typ av förberedelse som önskas och hur barnet vill ha det inför exempelvis en procedur. Det anses viktigt att barnsjuksköterskan har ett

barnperspektiv för att ha förståelse för hur barnet tar emot information. Det är även betydelsefullt att barnsjuksköterskan lägger ner tid på att informera och förbereda barn då detta gynnar utfallet och barnet får en bättre upplevelse av omvårdnaden.

Det framkom att barnsjuksköterskorna uppmuntrade barnet till delaktighet i vården genom att låta de bestämma i det som gick (jfr Coyne & Gallagher, 2011; Coyne m.fl, 2014; Grahn m.fl., 2016). De bedömde barnets mognad för att veta hur mycket delaktighet barnet kunde få. För att kunna bedöma barnets mognad anses det vara viktigt att barnsjuksköterskan har ett barnperspektiv. Att bedöma mognad för att avgöra hur delaktig barnet kan handla mycket om hur barnet kommer att reagera på informationen eller valen. Därför måste barnsjuksköterskan försöka förstå barnets perspektiv. Föräldrar kan troligen vara till hjälp vid denna bedömning då föräldrar har kunskap om barnet och hur barnet hanterar situationer. Barnsjuksköterskorna menade att även de yngsta barnen kunde vara delaktiga i sin vård genom att barnsjuksköterskan arbetade utefter barnets rutiner. Barnsjuksköterskans samarbete med föräldrarna är extra viktigt när barnet är yngre då föräldrarna kan barnets rutiner. Barnsjuksköterskorna beskrev även att yngre barn fick vara med att bestämma i det lilla medans äldre barn kunde få bestämma mer (jfr Coyne & Gallagher, 2011; Coyne m.fl. 2014). Ålder ses inte som den viktigaste faktorn vid bedömningen av hur delaktig barnet kan vara i sin vård utan det handlar om mognad. Alla barn utvecklas inte likadant och därför anses mognadsbedömningen vara viktig. Barnsjuksköterskorna menade att även om barnet inte kunde bestämma i allt så är det viktigt att barnet får uttrycka sig (jfr Coyne & Gallagher, 2011; Kleye m.fl., 2021). Att barnet får uttrycka sig är en förutsättning för att kunna vara delaktig i sin vård. Även om barnet inte alltid kan få bestämma så kan barnet vara delaktig. Detta genom att barnet ges möjlighet till att uttrycka sin mening. I den barncentrerade omvårdnaden är det centralt att barnet ges möjlighet till delaktighet och kan påverka sin vård (Söderbäck, 2010, s. 19-20). Barnet måste även få välja själv hur delaktig barnet vill vara (Kelly m.fl., 2016). Om för mycket alternativ läggs fram eller om barnet förväntas vara mer delaktig än vad barnet klarar av kan detta leda till osäkerhet hos barnet då barnet kan uppleva att det blir för mycket ansvar. Det anses vara viktigt att barnsjuksköterskan utifrån situation och barn anpassar hur mycket delaktighet barnet får. Tidsbrist beskrevs av barnsjuksköterskorna vara ett hinder för barnets delaktighet (jfr Boland m.fl., 2019; Grahn m.fl., 2016). Att barnet är delaktigt och har en förståelse underlättar för barnsjuksköterskan då detta kan leda till att barnet lättare samarbetar. Därför anses det vara av vikt att barnsjuksköterskor trots bristande tid tar sig tiden till att låta barnet vara delaktig i sin vård då detta gynnar utfallet.

Slutsats

Utifrån resultatet kan det konstateras att barn som vårdas av sjuksköterskor med specialistutbildning i barn och ungdom får behoven i stor grad tillgodosedda utifrån de fyra grundprinciperna i FN: barnkonvention. Barnsjuksköterskornas arbete präglas av ett barn- och familjecentrerat förhållningsätt, där både barnet och familjen behov behöver uppfyllas. Barnsjuksköterskorna var väl medvetna hur de skulle möta barnet och dess familj för att tillgodose barnets rättigheter i den pediatrika omvårdnaden. De såg barnet och familjen som unik med individuella behov. Vid bedömning av barnets bästa var det viktigt att inkludera både barnet, föräldrarna samt berörda professioner. Barnsjuksköterskorna företrädde barnet i vården för att säkerställa att barnets bästa beaktades.

Barnsjuksköterskorna tog hjälp av lekterapi, sjukhusskola och fysioterapeut för att främja barnets fysiska, psykiska och sociala utveckling i sjukhusmiljön. De informerade och förberedde barnet och föräldrarna om barnets tillstånd och planerad vård. Barnet fick information och förberedelse utefter ålder och mognad och barnsjuksköterskan skapade möjligheter för barnet att vara delaktig i sin vård. Resultatet bidrar till kunskap om hur barns rättigheter praktiskt kan tillämpas i den pediatrika omvårdnaden. Vidare forskning kan behövs för att belysa barnets perspektiv av sina behov och hur dessa blir tillgodosedda i den pediatrika omvårdnaden.

Referenser

- Aarthun, A., Øymar, K.A., & Akerjordet, K. (2019). Health professionals' involvement of parents in decision-making in interprofessional practice at the hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 297-306. <http://doi.org/10.1080/13561820.2019.1632816>
- Aarthun, A., Øymar, K.A., & Akerjordet, K. (2017). How health professionals facilitate parents' involvement in decision-making at the hospital: A parental perspective. *Journal of Child Health Care*, 22(1), 108-121. <http://doi.org/10.1177/1367493517744279>
- Aarthun, A., Øymar, K.A., & Akerjordet, K. (2018). Parental involvement in decision-making about their child's health care at the hospital. *Nursing Open*, 6(1), 50-58. <http://doi.org/10.1002/nop2.180>
- Abbasinia, M., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2019). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 27(1), 141-151. <http://doi.org/10.1177/0969733019832950>
- Abuelkheir, M., Alsourani, D., Al-Eyadhy, A., Temsah, M.H., Meo, S.A., & Alzamil, F. (2014). EMLA(R) cream: a pain-relieving strategy for childhood vaccination. *Journal of International Medical Research*, 42(2), 329-36. <http://doi.org/10.1177/0300060513509473>
- Ali, P., & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 0962-1067. <http://doi.org/10.1111/jocn.14204>
- Barnombudsmannen (2021). "Alla tar ju inte ansvar": barnkonventionen som lag under en samhällskris. *Barnombudsmannen*. Hämtad 22 maj, 2022, från: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument/publikationer/alla-tar-ju-inte-ansvar.pdf>
- Balanyuk, I., Ledonne, G., Provenzano, M., Bianco, R., Meroni, C., Ferri, P., & Bonetti, L. (2018). Distraction Technique for pain reduction in Peripheral Venous Catheterization: randomized, controlled trial. *Acta Biomedica*, 89(4), 55-63. <http://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7115>
- Bartik, K., & Toruner, E.K. (2017). Effectiveness of a Preoperative Preparation Program on Children's Emotional States and Parental Anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 972-980. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.008>
- Benoit, B., Martin-Misener, R., Latimer, M., & Campbell-Yeo, M. (2017). Breast-Feeding Analgesia in Infants: An Update on the Current State of Evidence. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(2), 145-159. <http://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000253>

- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017). Att möta familjer inom vård och omsorg. I E. Benzein, M., Hagberg, & B-I, Saveman (Red.), *Relationen mellan familj och sjuksköterska: ett systematiskt förhållningssätt* (s. 53-63). Studentlitteratur AB, Lund.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017). Att möta familjer inom vård och omsorg. I E. Benzein, M., Hagberg, & B-I, Saveman (Red.), *Teoretiska utgångspunkter för familjefocuseerad omvårdnad* (s. 33-49). Studentlitteratur AB, Lund.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017). Att möta familjer inom vård och omsorg. I E. Benzein, M., Hagberg, & B-I, Saveman (Red.), *Varför ska familjen ses som en helhet?* (s. 27-31). Studentlitteratur AB, Lund.
- Bisogni, S., Aringhieri, C., McGreevy, K., Olivini, N., Lopez, J.R.G., Ciofi, D., Merlo, A., Mariotti, P., & Festini, F. (2015). Actual implementation of sick children's rights in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions. *BMC Medical Ethics*, 16(33). <http://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0>
- Boland, L., Graham, I.D., Légaré, F., Lewis, K., Jull, J., Shephard, A., Lawson, M.L., Davis, A., Yameogo, A., Stacey, D. (2019). Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review. *Implementation Science*, 14(1), 7. <http://doi.org/10.1186/s13012-018-0851-5>
- Boucher, S., Downing, J., & Schemilt, R. (2014). The Role of Play in Children's Palliative Care. *Children*, 1(3), 302-317. <http://doi.org/10.3390/children103030>
- Bray, L., Appleton, V., & Sharpe, A. (2019a). 'If I knew what was going to happen, it wouldn't worry me so much': Children's, parents' and health professionals' perspectives on information for children undergoing a procedure. *Journal of Child Health Care*, 23(4), 626-638. <http://doi.org/10.1177/1367493519870654>
- Bray, L., Appleton, V., & Sharpe, A. (2019b). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? *Child: Care, Health and Development*, 45(5), 737-743. <http://doi.org/10.1111/cch.12692>
- Bukola, I.M, & h, D. (2017). The Effectiveness of Distraction as Procedural Pain Management Technique in Pediatric Oncology Patients: A Meta-analysis and Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 589-600. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.006>
- Cho, M.K., & Choi, M.Y (2021). Effect of Distraction Intervention for Needle-Related Pain and Distress in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9159. <http://doi.org/10.3390/ijerph18179159>

- Choi, E.K., Ro, Y., Park, S.S., & Park, K.B. (2016). The use of EMLA cream reduces the pain of skin puncture associated with caudal block in children. *Korean Journal of Anesthesiology* 69(2), 149-54. <http://doi.org/10.4097/kjae.2016.69.2.149>
- Clarke, S. (2021). An Exploration of the Child's Experience of Staying in Hospital from the Perspectives of Children and Children's Nurses using Child-Centered Methodology. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 44(1), 1-14. <http://doi.org/10.1080/24694193.2021.1876786>
- Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 273-280. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.006>
- Coyne, I., Amory, A., Gibson, F., & Kiernan, G. (2015). Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange. *European Journal of Cancer Care*, 25(1), 141-156. <https://doi-org.proxybib.miun.se/10.1111/ecc.12411>
- Coyne, I. (2013). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18(5), 796-808. <http://doi.org/10.1111/hex.12104>
- Coyne, I., & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2334-2343. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03582.X>
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494-502. <http://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-46. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Dadzie, G., Aziato, L., & Aikins, A. (2017). "We are the best to stand in for patients": a qualitative study on nurses' advocacy characteristics in Ghana. *BMC Nursing* (16)61. <http://doi.org/10.1186/s12912-017-0259-6>
- Danielsson, E. (2017) Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Studentlitteratur AB, Lund.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

- Ersta Sköndal Bräcke högskola. (2021). *APA-guide för Ersta Sköndal Bräcke högskola: referenshantering enligt APA-systemet*. Hämtad 22 maj, 2022, från: <https://www.mchs.se/download/18.1ad39978172ddec5b148043/1616064299013/APA-guide%20för%20ESBH.pdf>
- Foster, M., Quaye, A.A., Whitehead, L., & Hallström, I.K. (2022). Children's voices on their participation and best interests during a hospital stay in Australia. *Journal of Pediatric Nursing* 63, 64-71. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.003>
- Gibson, F., Kumpunen, S., Bryan, G., & Forbat, L. (2018) Insights from parents of a child with leukaemia and healthcare professionals about sharing illness and treatment information: A qualitative research study. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 91-102. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.008>
- Gjærde, L.K., Hybschmann, J., Dybdal, D., Topperzer, M.K., Schröder, M.A., Gibson, J.L., Ramchandani, P., Ginsberg, E.I., Ottesen, B., Frandsen, T.L., & Sørensen, J.L. (2021). Play interventions for paediatric patients in hospital: a scoping review. *BMJ Open*, 11(7), e051957. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051957>
- Godino-Iáñez, M., Begoña Martos-Cabrera, M., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M., & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare* 8(3), 239-253. <http://doi.org/10.3390/healthcare8030239>
- Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M.E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 284-92. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>
- Handberg, C., & Voss, A.K. (2017). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114. <http://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V.S., Taddio, A., Larocque, C., & Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10). <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD011248.pub2>
- He, H.G., Zhu, L., Chan, S.W., Klainin-Yobas, P., & Wang, W. (2015). The effectiveness of therapeutic play intervention in reducing perioperative anxiety, negative behaviors, and postoperative pain in children undergoing elective surgery: a systematic review. *Pain management nursing*, 16(3), 425-39. <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.011>
- Hemsley, B., Kuek, M., Bastock, K., Scarinci, N., & Davidson, B. (2013). Parents and children with cerebral palsy discuss communication needs in hospital. *Developmental Neurorehabilitation*, 16(6), 363-74. <http://doi.org/10.3109/17518423.2012.758187>

- Hemsley, B., Lee, S., Munro, K., Seedat, N., Bastock, K., & Davidson, B. (2013). Supporting communication for children with cerebral palsy in hospital: views of community and hospital staff. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(3), 156-66. <http://doi.org/10.3109/17518423.2012.741149>
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 112-117). Studentlitteratur AB, Lund.
- Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 121. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>
- Jensen, E., Geisthardt, C., & Sarigiani, P. (2019). Working with Children with Autism Spectrum Disorder in a Medical Setting: Insights from Certified Child Life Specialists. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 189–198. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04245-0>
- Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Englund, A.C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 23063. <http://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>
- Kelly, K.P., Mowbray, C., Pyke-Grimm, K., & Hinds, P.S. (2016). Identifying a conceptual shift in child and adolescent-reported treatment decision making: "Having a say, as I need at this time". *Pediatric Blood & Cancer*, 64(4). <http://doi.org/10.1002/pbc.26262>
- Kenny, M., Duffy, K., Hilliard, C., O'Rourke, M., Fortune, G., Smith, O., Hynes, G., & Higgins, A. (2021). 'It can be difficult to find the right words': Parents' needs when breaking news and communicating to children with cancer and their siblings. *Journal of Psychosocial Oncology*, 39(4):571-585. <http://doi.org/10.1080/07347332.2021.1890305>
- Kerstis, B., Larsson, R., Lindberg, M., Sjöberg, M. & Söderbäck, M. (2010). Barns och ungas rätt i vården. I M. Söderbäck (Red.), *Barnkompetens* (s. 47-70). Stiftelsen allmänna barnhuset.
- Kleye, I., Hedén, L., Karlsson, K., Sundler, A.J., & Darcy, L. (2020). Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 530-537. <http://doi.org/10.1111/scs.12865>
- Koukourikos, K., Tzeha, L., Pantelidou, P., & Tsaloglidou, A. (2015). THE IMPORTANCE OF PLAY DURING HOSPITALIZATION OF CHILDREN. *Materia socio-medica*, 27(6), 438–441. <http://doi.org/10.5455/msm.2015.27.438-441>

- Kynoe, N.M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing: Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2221-2230. <http://doi.org/10.1111/jocn.15212>
- Laronne, A., Granek, L., Wiener, L., Feder-Bubis, P., & Golan, H. (2021). "Some things are even worse than telling a child he is going to die": Pediatric oncology healthcare professionals perspectives on communicating with children about cancer and end of life. *Pediatric Blood & Cancer*, 69(3), e29533. <http://doi.org/10.1002/pbc.29533>
- Lin, C.J., Liu, H.P., Wang, P.Y., Yu, M.H., Lu, M.C., Hsieh, L.Y., & Lin, T.C. (2018). The Effectiveness of Preoperative Preparation for Improving Perioperative Outcomes in Children and Caregivers. *Behavior modification*, 43(3), 311-329. <http://doi.org/10.1177/0145445517751879>
- Majamanda, M., Munkhondya, T., Simbota, M., & Chikalipo, M. (2015). Family Centered Care versus Child Centered Care: The Malawi Context. *Health*, 7(6), 741- 746. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.76088>
- Malterud, K., Volkert, D., & Guassssora, A-D. (2015). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Sage Journal*, 26(13), 1753-1760. <http://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Meletti, D.P., Meletti, J.F.A., Camargo, R.P.S., Silva, L.M., & Módolo, N.S.P. (2018). Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *Journal of Pediatrics*, 95(5), 545-551. <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.05.009>
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Studentlitteratur AB, Lund.
- Nabors, L., Bartz, J., Kichler, J., Sievers, R., Elkins, R., & Pangallo, J. (2013). Play as a mechanism of working through medical trauma for children with medical illnesses and their siblings. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(3), 212-24. <http://doi.org/10.3109/01460862.2013.812692>
- Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (u.å). *Om NOBAB*. Hämtad 22 maj, 2022, från: <https://www.nobab.se/styrelsen-2020>
- O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). Family- centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3353-3361. <http://doi.org/10.1111/jocn.14913>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11 uppl., s. 514-515; 265). Wolters Kluwer.

- Potasz, C., Jose Vilela De Varela, M., Coin De Carvalho, L., Fernandes Do Prado, L., & Fernandes Do Prado, G. (2012). Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(1), 71-79. <http://doi.org/10.3109/11038128.2012.729087>
- Qohal, A., & Kaddaf, F. (2015). Obstacles Associated with Considering Family as Client (Family Centered Care). *Open Journal of Nursing*, 7(6), 795-800. <http://doi.org/10.4236/health.2015.76088>
- Quaye A., Coyne, I., Söderbäck, M., & Hallström, I.K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *Journal of Clinical Nursing* 28(23-24), 4525-4537. <http://doi.org/10.1111/jocn.15042>
- Quaye, A., Castor, C., Coyne, I., Söderbäck, M., & Kristensson-Hallström, I. (2021). How are children's best interests expressed during their hospital visit? - An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3644-3556. <https://doi.org/10.1111/jocn.15886>
- Riksföreningen för barnsjuksköterskor (2016). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Hämtad 22 maj, 2022, från: <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-barnsjukskoterska>
- Rost, M., & Mihailov, E. (2021). In the name of the family? Against parents' refusal to disclose prognostic information to children. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(3), 421-432. <http://doi.org/10.1007/s11019-021-10017-4>
- Sahlberg, S., Karlsson, K., & Darcy, L. (2020). Children's rights as law in Sweden: every health-care encounter needs to meet the child's needs. *Health Expectations* 23(4), 860-869. <http://doi.org/10.1111/hex.13060>
- Schalkers, I., Parsons, S. C., Bunders, J.F.G., & Dedding, C. (2016). Health professionals' perspectives on children's and young people's participation in health care: a qualitative multi-hospital study. *Journal of Clinical Nursing* 25(7-8), 1035-1044. <http://doi.org/10.1111/jocn.13152>
- SFS 1949:38. *Föräldrabalk*.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- SFS 2018:1197. *Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*.
- SFS 1993:335. *Lag om Barnombudsman*.
- SFS 2019:964. *Patientlag*.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.

SFS 2020:1259. *Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga*.

Socialstyrelsen (2016). *Bedöma barns mognad för delaktighet: Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. Hämtad 22 maj 2021, från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-12-22.pdf>

Sisk, B., Keenan, M., Schulz, G., Kaye, E., Baker, J., Mack, J., & DuBois, J. (2022). Interdependent functions of communication with adolescents and young adults in oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 69(4), e29588. <http://doi.org/10.1002/pbc.29588>

Steinberg, E., Valenzuela-Araujo, D., Zickafoose, J-S., & Kieffer, E. (2016). The “Battle” of Managing Language Barriers in Health Care. *Clinical Pediatric*, 55(14), 1318-1327. <http://doi.org/10.1177/0009922816629760>

Söderbäck, M. (2010). Barns och ungas rätt i vården. I M. Söderbäck (Red.), *Barnperspektiv och barns perspektiv* (s. 25-44). Stiftelsen allmänna barnhuset.

Söderbäck, M. (2010). Barns och ungas rätt i vården. I M. Söderbäck (Red.), *Inledning* (s. 13-24). Stiftelsen allmänna barnhuset.

Thunberg, G, Buchholz, M., & Nilsson, S. (2015). Strategies that assist children with communicative disability during hospital stay: parents' perceptions and ideas. *Journal of Child Health Care*, 20(2), 224–233. <http://doi.org/10.1177/1367493514568298>

Unicef. (u.å). *Barnkonventionen*. <https://unicef.se/barnkonventionen>

Wen, J., & Schulman, K.A. (2014). Can team-based care improve patient satisfaction? A systematic review of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9(7), e100603. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0100603>

Will, K., Johnson, M-L., & Lamb, G. (2019). Team-Based Care and Patient Satisfaction in the Hospital Setting: A Systematic Review. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 6(2), 158-171. Doi: <http://doi.org/10.17294/2330-0698.1695>

World Medical Association (2013). WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 22 mars, 2022, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yahya Al-Sagarat, A., Al-Oran, H.M., Obeidat, H., Hamlan, A.M., & Moxham, L. (2017). Preparing the Family and Children for Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99-107. <http://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000146>

Yigitbas, C., & Top, F.U. (2020). The implementation of child rights in healthcare services. *Nursing Ethics*, 22(7), 1517-1528. <http://doi.org/10.1177/0969733020922883>

Yin, L., & Jiang, S. (2018). Evaluation of EMLA cream for relieving pain during needle insertion on totally implantable venous access device. *Journal of Vascular Access*, 19(6), 634-638. <http://doi.org/10.1177/1129729818768182>

Bilagor

Bilaga 1: Ansökan om tillstånd för att genomföra en intervjustudie

Sundsvall 2022-01-21

Till verksamhetschef

Ansökan om tillstånd för att få göra en kvalitativ intervjustudie

Den 1 januari 2020 blev FN:s barnkonvention svensk lag. Lagen tydliggör barns rättigheter. Det finns fyra grundprinciper som genomsyrar hela lagen. Dessa principer framhäver att alla barn har samma rättigheter och lika värde, barnets bästa ska beaktas vid alla beslut, alla barn har rätt till liv och utveckling samt att alla barn har rätt att uttrycka sin mening och bli lyssnad på (*Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*, SFS 2018:1197). Stora krav ställs på vårdpersonal som möter barn i olika åldrar och med olika behov och i olika utmanande situationer. Denna studie har för avsikt att undersöka barnsjuksköterskor erfarenheter av att tillämpa barnkonvention.

Studien är en magisteruppsats som utgår ifrån institutionen för omvårdnad vid Mittuniversitetet i Sundsvall med kontinuerlig handledning. Det vetenskapliga arbetet kommer att examineras för barnspecialistutbildningen inom barn och ungdom under vecka 22. Det vetenskapliga arbetet kommer sedan publiceras i Diva som är en nationell sökmotor för uppsatser och avhandlingar. Vi önskar att komma i kontakt med 10 barnsjuksköterskor som arbetar på allmän barnavdelning eller barnmottagning för intervju. Intervjuerna planeras att genomföras v.7-8. Att delta i studien är frivilligt och deltagaren kan välja att avbryta sitt deltagande när som helst. Intervjuerna kommer att ske på arbetsplatsen eller digitalt under ca 30-45min. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkriberas, analyseras och sammanställas till ett resultat. All information kommer att aidentifieras av oss.

Vi hoppas att du som verksamhetschef vill ge tillstånd för studien samt hjälpa oss genom att vidarebefordra denna information samt blankett för informeratsamtycke till respektive enhetschef som i sin tur för informationen vidare till potentiella deltagare. Barnsjuksköterskor som är intresserad av att delta fyller i blankett om samtycke och lämnar denna till enhetschefen. Enhetschefen kan antigen meddela oss när någon har lämnat in formuläret eller så kommer vi förbi och kollar om någon barnsjuksköterska vill delta.

Hör gärna av dig om du har funderingar.

Mvh Ronja Löf och Marielle Sjödin.

Ronja Löf

Leg. Sjuksköterska

rolf1500@student.miun.se

076-2438866

Marielle Sjödin

Leg. Sjuksköterska

masj0301@student.miun.se

070-4400783

Lars Lilja

Universitetslektor, Ansvarig

handledare

lars.lilja@miun.se

010-1428411

Härmed ges tillstånd för att genomföra studien

Sundsvall den.....

Namnteckning.....

Bilaga 2: Information och förfrågan att delta i studien

Sundsvall 2022-01-21

Till deltagare

Information och förfrågan att delta i studien

Barnsjuksköterskan erfarenheter av att tillämpa lagen om FN:s barnkonvention som började gälla från och med 1 januari 2020

Den 1 januari 2020 blev FN:s barnkonvention svensk lag. Lagen tydliggör barns rättigheter. Det finns fyra grundprinciper som genomsyrar hela lagen. Dessa principer framhäver att alla barn har samma rättigheter och lika värde, barnets bästa ska beaktas vid alla beslut, alla barn har rätt till liv och utveckling samt att alla barn har rätt att uttrycka sin mening och bli lyssnad på (*Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*, SFS 2018:1197). Stora krav ställs på vårdpersonal som möter barn i olika åldrar och med olika behov och i olika utmanande situationer. Denna studie har för avsikt att undersöka barnsjuksköterskor erfarenheter av att tillämpa barnkonvention.

Studien är en magisteruppsats som utgår ifrån institutionen för omvårdnad vid Mittuniversitetet i Sundsvall med kontinuerlig handledning. Det vetenskapliga arbetet kommer att examineras för barnspecialistutbildningen inom barn och ungdom under vecka 22. Det vetenskapliga arbetet kommer sedan publiceras i Diva som är en nationell sökmotor för uppsatser och avhandlingar. Vi önskar komma i kontakt med 10 barnsjuksköterskor som arbetar på allmän barnavdelning eller barnmottagning för intervju. Intervjuerna planeras att genomföras v.7-8. Att delta i studien är frivilligt och deltagaren kan välja att avbryta sitt deltagande när som helst. Intervjuerna kommer att ske på arbetsplatsen eller digitalt under ca 30-45min. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkriberas, analyseras och sammanställas till ett resultat. All information kommer att avidentifieras av oss. Studien följer gällande lagstiftning enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Personuppgiftsansvarig myndighet är Mittuniversitetet.

Om du väljer att vara med i studien så fyller du i denna blankett för att lämna skriftligt samtycke. Blanketten lämnas därefter i kuvert till enhetschefen. Vi kommer att samla in alla samtycken och sedan kontakta dig för att boka in tid för intervju.

Härmed samtycker jag till att delta i denna studie. Jag har fått information om studiens syfte och utförande. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst. Jag samtycker till att mina uppgifter kommer att sparas till att studien är genomförd. Jag har fått information om vart jag ska vända mig om frågor angående hantering av mina personuppgifter.

Härmed samtycker jag till att delta i denna studie

Sundsvall den.....

Namnsteckning.....

Bilaga 3: Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du arbetat inom pediatriken?

Arbetar du på avdelning eller mottagning?

Fokusfrågor:

På vilket sätt arbetar du för att uppnå lika vård för alla oavsett kön, identitet, etnicitet, religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder eller ställning i övrigt?

Hur bedömer du vad barnets bästa är?

Vad gör du för att ge barnet utvecklingsmöjligheter i sjukhusmiljö?

Hur informerar och förbereder du barn utefter ålder och mognad?

Hur ger du barn inflytande och delaktighet utefter ålder och mognad?

Följdfrågor:

Hur gör du?

Varför?

Hur mycket?

Vem avgör?

Vad påverkar?

Skillnad i olika åldrar?

Finns hinder eller möjligheter?

Ge exempel, bra eller dåligt?

Förklara mer?

Vad tänker du om det?

Avslutande frågor:

Upplever du någon skillnad sedan FN:s Barnkonvention blev lag?

Finns det något du skulle vilja förbättra?

Finns det något du vill tillägga?

Har du några frågor eller funderingar?