Främja barns delaktighet i vårdsituationer

ATT SE OCH ATT INSE

Maria Harder | Albertine Ranheim | Maja Söderbäck

SAMTAL MED BARN I VÅRDEN

Den här skriften har utformats inom IAKTA projektet.

IAKTA projektet har drivits av NOBAB Sverige - NOrdiskt nätverk för BArns och ungas rätt och Behov inom hälso- och sjukvård.

NOBAB:s standard innehåller artiklar som lyfter fram barns rätt till information och delaktighet och rätten att mötas av vårdpersonal med barnkompetens.

Projektet har genomförts i samverkan mellan vårdverksamheter, forskare och IT- företag och har finansierats av Arvsfonden.

Syftet med IAKTA projektet är att främja och möjliggöra för yngre barn att vara delaktiga i vårdsituationer. Genom Inter Aktiv teknik i form av ett kommunikationsinstrument på en läs-platta ska barnen tillsammans med vårdpersonal kunna delta i att utforma sin vårdsituation.

Barn 3-6 år har under en framställningsperiod deltagit i samtal med forskare för att delge sina erfarenheter och gett synpunkter på utformning av ett kommunikationsinstrument på en läs-platta. Denna 'applikation som kommunikationsverktyg' ska barnen kunna använda i vårdsituationen tillsammans med vårdpersonal för att få information och vara med och utforma vårdsituationen. Utvecklingen av IAKTA applikationen beskrivs inte i denna skrift.

Inom IAKTA projektet har även vårdpersonal förberetts för att använda kommunikations-instrumentet. De har under en period tillsammans med forskare deltagit i forum för reflektioner kring barnanpassat förhållningssätt i specifika vårdsituationer.

Med den här skriften vill vi dela med oss av det lärande som dessa reflektionsforum inneburit för att utveckla barnkompetens, beakta barns bästa i en vårdsituation, samt att möta barnets perspektiv utifrån dess förutsättningar och kompetens.

Konventionen om barnets rättigheter (1) framhåller dess rätt till delaktighet, omsorg och skydd samt att främja liv och utveckling. I alla åtgärder som berör barn (0-18 år) ska barnets bästa komma först. Vuxna behöver ha ett barnanpassat förhållningssätt. Det innebär att respektera barns värdighet, önskningar och behov. Det innebär även att visa tålamod och kreativitet genom att anpassa sina förväntningar till barnets intresse, kunskapsnivå och sätt att kommunicera. Genom ett sådant barnanpassat förhållningssätt visar vuxna sitt barnperspektiv när de uppmärksammar och försöker förstå hur barnet uppfattar och förstår en situation och hur barnet agerar i det specifika sammanhanget. Att ha ett barnperspektiv innebär att ta tillvara barnets perspektiv med dess erfarenheter, önskningar och behov. I den svenska nationella strategin (2) för att stärka barns rättigheter framhålls att det behövs stöd och kompetens för att utveckla arbetssätt för att ta tillvara barnets perspektiv utifrån dess egna förutsättningar.

I Patientlagen (SFS, 2014: 821) har barns inflytande över sin vård fått ett särskilt kapitel där det framgår att principen om varje barns bästa ska vara vägledande. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad. Detta är komplext och fordrar kunskap om barn i allmänhet och om varje enskilt barn i synnerhet. Hur visar sig barns mognad i dess kompetens?

För att ge ett barn förutsättningar för att uttrycka sina uppfattningar, erfarenheter och behov krävs det att ansvarig vårdpersonal har kunskap om hur barns rättigheter ska förverkligas i den egna verksamheten. Det innebär att det ska finnas kunskap om och utarbetade arbetssätt för, hur barns perspektiv kan inhämtas. Vårdkulturen och arbetssätt ska vara anpassade till barnets förutsättningar. Ett barns rätt att uttrycka sitt perspektiv och göra sin röst hörd begränsas inte bara till tal utan kan uttryckas med enbart kroppen. I varje vårdsituation ska barnets förmåga att förstå det som ska ske, främjas. Vårdsituationen, med information, samtycke och aktiviteter ska anpassas utifrån barnets förmåga att förstå. Det har betydelse hur en Vårdkultur och dess arbetssätt är anpassade till barns förutsättningar.

I den här skriften delar vi med oss av hur ovanstående begrepp kan förstås teoretiskt, som befintlig kunskap om barn i vårdsituationer, och hur vårdpersonalens erfarenheter från klinisk praxis kan föras samman och fördjupa förståelsen.

De exempel från vårdsituationer som ges i denna skrift är beskrivna av de medverkande i reflektionsforum.

VÅRA ANTAGANDEN

VÅRDSITUATION VAD ÄR DET?

I en vårdsituation möter barnet och dess förälder dig som vårdpersonal. En sådan situation tar sin början när ni möts i väntrummet till ni säger "hej då". Vårdsituationer med barn innefattar någon form av undersökning eller behandling som t.ex. längd och vikt, hörselundersökning, 'stick i fingret', röntgenundersökning och inläggning av kärlkateter (port-a-cath).

Alla situationer oavsett behandling eller undersökning formas av barnet, barnets förälder eller den vuxne som följer med barnet och vårdpersonalen. Alla människor har olika erfarenheter av att vara i liknande situationer och därmed olika förväntningar på vad som ska ske. I vårdsituationer där barn möter vårdpersonal råder asymmetri, ojämlikhet, som följd av skillnad i fysisk storlek, kunskap och erfarenhet.

Hur barnet, föräldern och vårdpersonalen förstår situationen och den undersökning eller behandling som ska genomföras avspeglas i hur de agerar i situationen och hur den fortskrider. En vårdsituation kommer därför förstås på olika sätt och bidra till olika nya erfarenheter för de inblandade.

EXEMPEL PÅ EN VÅRDSITUATION:

Jag går ut i väntrummet, ropar upp nr 35. "Ja", hör jag från lekhörnan. Tittar dit, ser en liten pojke i femårsåldern sittandes i knä på sin mamma. Det är mamman som har svarat. Sonen sitter skyggt ihop och trycker kroppen mot mamman. Jag får ingen ögonkontakt med honom. Han tittar istället upp mot sin mamma. Hon gör sig redo att resa sig upp, puttar lite lätt på honom med sin kropp. Säger inget. Jag går lite i förväg in mot provtagningsstolen. Ser att han sträcker ut sin hand till mamman som lugnt tar emot med sin. Tillsammans går de in i rummet, fortfarande får jag inte någon ögonkontakt med honom. Jag riktar blicken mot provtagningsstolen och säger lite lågmält: "ni får sitta i den stora röda stolen", känner att jag inte behöver säga mer. Mamman tar honom i knä. De tittar tillsammans på de olika figurerna som hänger från taket, säger inget till varandra, utan bara tittar. Jag tar och ordnar med etiketten vid datorn. Sedan sätter jag mig på pallen och säger: -"Ett litet stick i fingret blir det." Mamman svarar: - "Ja" och ler. Hon tar hans hand mot mig. Han tittar på sin

hand, fortfarande ingen ögonkontakt med honom. Jag sticker med nålen och tar provet. Han visar inget med sitt ansiktsuttryck att det gör ont utan tittar koncentrerat på hur jag tar provet. Jag utbrister sedan "men vad bra det här gick, du klarade det här jätte bra. Nu får du välja ett klistermärke eftersom du klarade det här så bra". Min kompanjon tar fram klistermärkena. Han väljer ett och vänder sig direkt och är på väg ut ur rummet. Men när han går förbi mig, så säger jag igen: "att det här gjorde du bra!" Då lyfter han blicken och tittar på mig och ler med ett jättestort leende och svarar: "Jaaa".

Att fundera på:

Hur skiljer sig dina egna erfarenheter från att vara i en vårdsituation från barnens? Och föräldern?

Hur skiljer sig dina egna förväntningar på vad som ska ske i situationen från barnets? Och föräldern?

VÅRDKULTUR

Den vårdkultur som finns i en verksamhet inverkar på hur du som vårdpersonal förhåller dig och hur du formar ditt arbetssätt med barn och föräldrar. En verksamhets vårdkultur återskapas, förnyas och förvaltas gemensamt. En öppenhet för reflektioner med andra och sig själv kan leda till medvetenhet om förgivettagna rutiner och gemensamma värden (3).

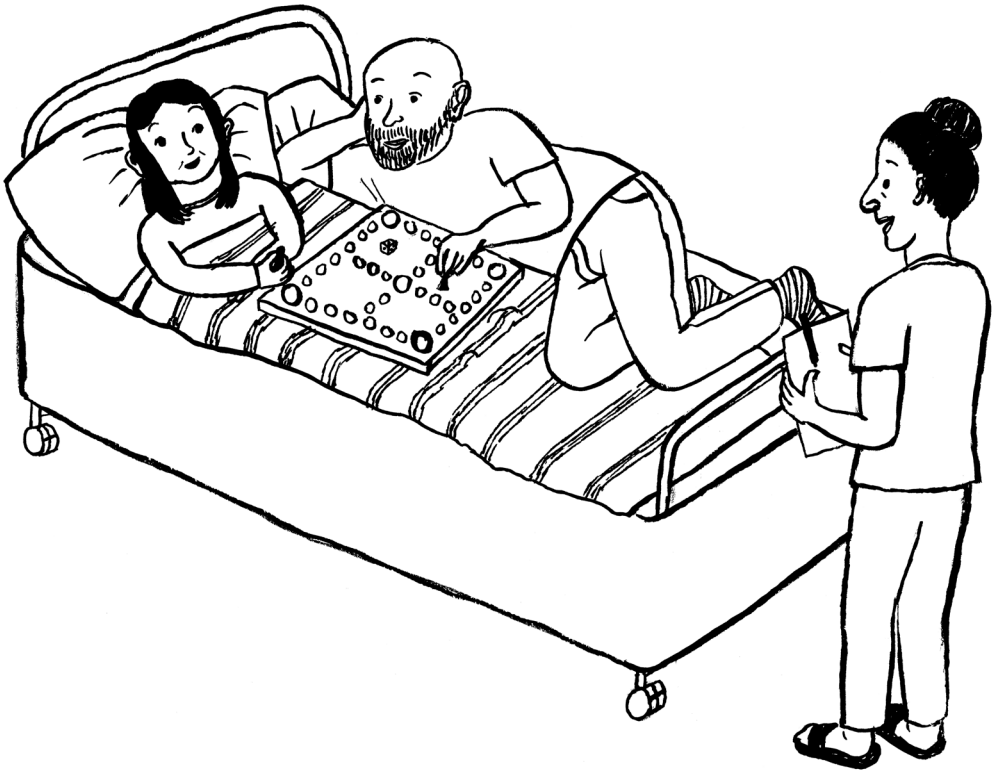
> *Exempel på vad vårdkultur kan innebära utgörs av att barn i Sverige fram till mitten av 1970 talet vårdades på sjukhus separerade från sina föräldrar. Föräldrar förväntades lämna ansvaret för vården av sina barn till vårdpersonalen. Besökstider var restriktiva. Rädslan för att sprida infektioner innebar en sträng vårdkultur med rigida rutiner. Barnexperter förordade rutiner utifrån klockan. Känslomässiga relationer med de sjuka barnen ansågs sentimentalt. Föräldrar skulle acceptera att de sjuka barnen var i bästa händer inom sjukvården. Vårdpersonalen ansågs veta bäst och föräldrar skulle rätta sig därefter. Föräldrar rekommenderades att besöka sina barn så lite som möjligt då det ansågs att barnen skulle bli nedstämda av att träffa dem. Barn skulle behandlas utan smek och larv. I slutet av 1970-talet kom riktlinjer som gav rätt till föräldramedverkan inom sjukvård såväl som i skolan (SFS 1976:381). Påtryckningar för en sådan förändring kom från föräldrar, inte sjukvården*

Denna bild av vårdkultur ger förståelse för att vårdpersonalens föreställningar och kunskaper om både föräldrars och barns delaktighet har tvingats till förändring de senaste årtiondena.

Trots att det nu finns kunskap om vad som är betydelsefullt för gynnsam utveckling hos barn, liksom vad det innebär för en familj när ett barn blir sjukt, är det betydelsefullt att reflektera kring vilka värden och förhållningssätt som finns, och hur den visar sig, i den egna vårdkulturen.

Att fundera över:

Hur ser vårdkulturen ut där du arbetar? Vad är viktigt? För vem? Varför? Hur kan vårdkulturen på din arbetsplats påverka hur du möter barn i din verksamhet?



BARNPERSPEKTIV OCH BARNS PERSPEKTIV

Barnperspektiv innebär att vi som vuxna försöker förstå barns erfarenheter, deras vilja, uppfattningar av och handlingar i en situation. Vårt vuxna barnperspektiv utgår från våra individuella erfarenheter, värderingar och kunskap men även från kön, social tillhörighet, kultur och samhälleliga aspekter. Vuxnas barnperspektiv blir även synligt i en vårdverksamhets riktlinjer och i policydokument samt i hur mycket utrymme ett barn ges i en vårdsituation av vårdpersonal och föräldrar. Att ha ett barnperspektiv som vuxen innehåller även att ta tillvara barns erfarenheter. Att lyssna till vad de berättar med sin kropp och sin röst (4).

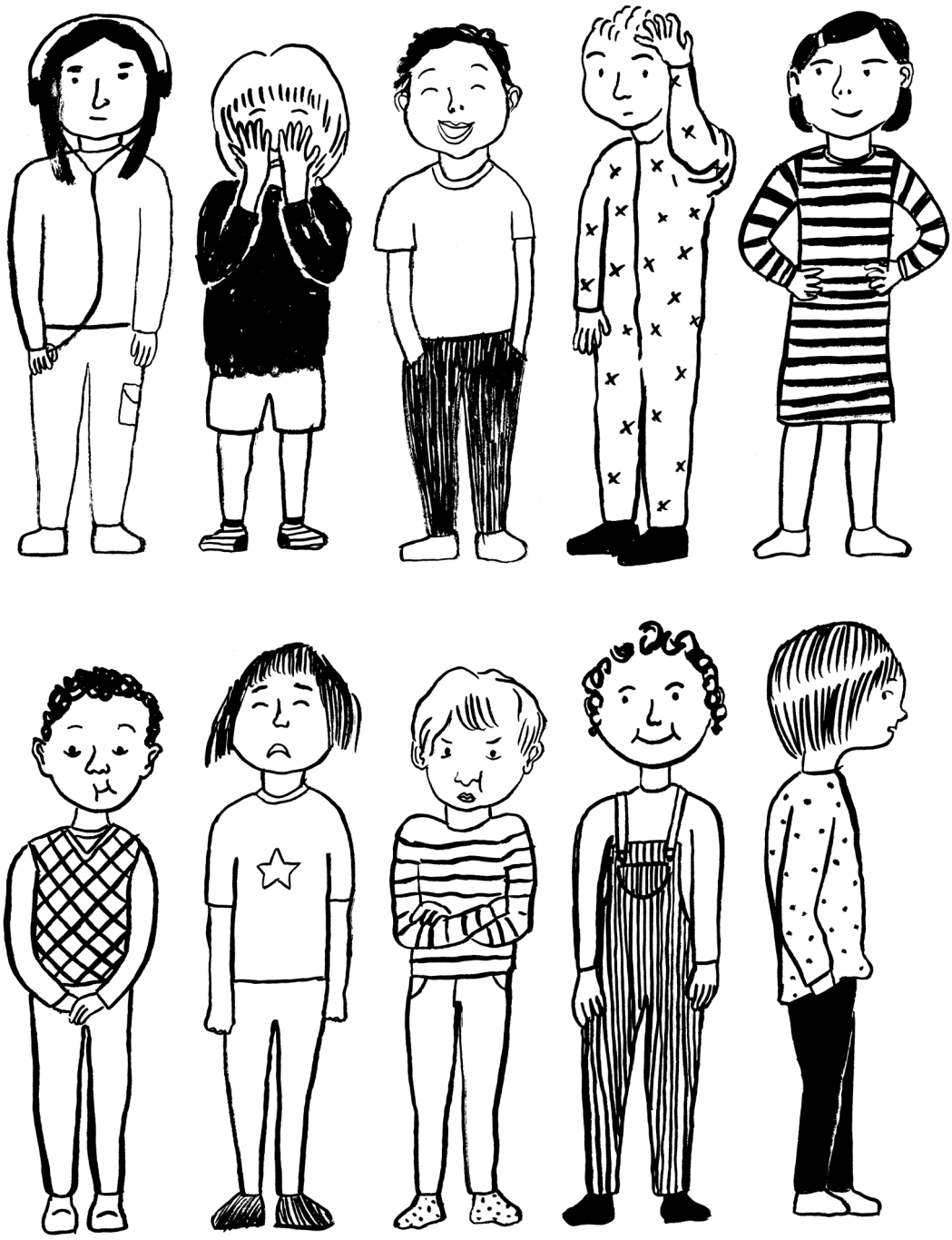
Att fundera på:
Hur ser du på barn?
Vad påverkar ditt barnperspektiv?

Barnets perspektiv innefattar hur varje barn erfar, förstår och uppfattar de situationer han eller hon är i. Ett barn visar sitt perspektiv med kroppsliga rörelser och genom vad de berättar. Dvs. med gester, kroppsrörelser, ansiktsuttryck, tal, skratt och gråt (1). När barns perspektiv tas tillvara ger det oss möjlighet att förstå hur de använder sig av förhandlingsstrategier för att göra sig delaktiga och genomföra hälsobesök i överensstämmelse med sjuksköterskornas önskningar eller det motsatta att de inte vill vara delaktiga (5).

Att ta tillvara barns perspektiv ger även kunskap om hur ett barns uttryck för delaktighet visar sig. I en situation med venpunktion kan det visa sig som variationer av engagemang. Barnen kan visa vaksamhet, därefter nyfikenhet och medvilja att anpassa sig. De kan även visa sig undvikande vilket kan leda till avståndstagande och motstånd, allt detta inom ramen för en och samma vårdsituation (6). Barns uttryck ger oss även kunskap om att de i vårdsituationer kan känna sig vilsna, sårade och i behov av tröst (7) att deras rädsla hör samman med separation från familjen, miljön de är i, de undersökningar och behandlingar de förväntas genomföra samt förlust av självbestämmande (2).

Barn strävar efter kontroll (9, 10) och utvecklar strategier för att hantera sina rädslor genom att använda positiva föreställningar, humor, leksaker och olika aktiviteter (11, 12).

Att fundera över:
Hur kan du som vårdpersonal uppmärksamma barnets perspektiv?
Hur och vad kan vi som vuxna lära från barnets perspektiv?



BARNS KOMPETENS

Att ta tillvara barns perspektiv är även att se deras kompetens, förmågor eller mognad. Kompetens innefattar hur ett barn lärt sig använda sin kropp, förståelse röst och sitt språk samt sina känslomässiga och sociala förmågor för att inverka på, agera i, anpassa sig till och influeras av situationer med andra.

Ett barns kompetens i en specifik situation beror av dess ålder, kön, sociala och kulturella sammanhang och erfarenheter från andra situationer barnet deltagit i. Uttrycket typisk utveckling används för de förändringar och kompetenser som utmärker barn i en viss ålder. Det sammanfattar hur flertalet barn utvecklas över tid.

Utveckling av kompetenser sker i ett komplext samspel mellan barnets förutsättningar och de sammanhang barnet vistas i. Det innebär att barn i samma ålder utvecklar sina kompetenser på olika sätt. Mognad kan därför variera med ålder. Det som utvecklar barns mognad och kompetens är deras kroppsliga förutsättningar, intressen och erfarenheter i sin vardag med andra barn och vuxna. Det innebär att möten med vårdpersonal i vårdsituationer bidrar till det enskilda barnets mognad och utveckling av nya kompetenser (12, 13).

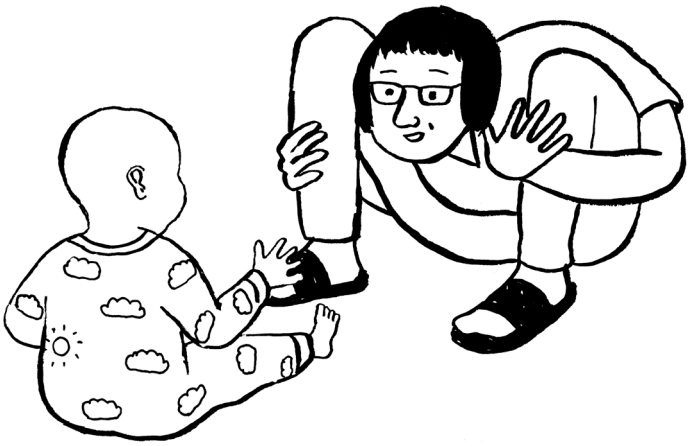
Att fundera över :
Hur kan du som vårdpersonal avgöra barnets kompetens utifrån ålder och mognad i en situation?
Hur inverkar ett barns kompetens på de vårdsituationer där du möter barn?

ATT VARA DELAKTIG

Att vara delaktig är att ha möjlighet att delta i och bidra till hur en situation formas, hur en händelse och process fortskrider eller vilket beslut som fattas. Hur ett barn bidrar, engagerar sig, och med vilken självständighet det sker, kan variera och inskränkas. Att vara delaktig är alltså mer än att utöva sin självbestämmanderätt. För barnet i en vårdsituation handlar detta om att få vara en del av den situationen, att få veta vad som ska hända och förbereda sig på det. Det innebär att vårdpersonal och föräldrar behöver bemöta barnet som en aktiv aktör genom att tala med barnet och inte bemöta det som en passiv åskådare genom att tala om barnet (14).

Barn som får information och förbereds utifrån sin kompetens har större möjlighet att behålla kontroll över sin situation (15). Olika omständigheter hos barn, föräldrar och vårdpersonal kan inskränka barnets möjligheter att vara delaktiga. Det kan handla om barnets kompetens att förstå det som sägs, det som händer med kroppen, hur sjukt barnet är och vilken möjlighet barnet har att ha kontroll i situationen. Omständigheter hos förälder och vårdpersonal har att göra med föräldrars och vårdpersonals barnperspektiv och hur de tar tillvara barnets kompetens i situationen.

Barn kan även önska att inte behöva vara delaktiga, att inte engagera sig. Men, utgångspunkten i möten med barn är att de vill vara involverade i sina egna vårdsituationer utifrån sin egen förmåga. Att utgå från detta har att göra med att delaktighet har betydelse för barnets hälsa, välbefinnande, utveckling och tilltro till sin egen förmåga (16, 17).



För att främja delaktighet har Shier (18) utarbetat en modell för att visa öppningar, möjligheter och skyldigheter. Vi har modifierat den till att kunna utgöra en grund för reflektion i klinisk praxis.

Att fundera på när Du är i vårdsituationer MED barn	Att fundera på när Du arbetar i vårdverksamheter MED barn
1. Är du beredd att lyssna på barn när de visar eller säger vad de tycker? a. Hur gör du för att visa att du lyssnar?	Är undersökningar och behandlingar utformade på ett sådant sätt att det är möjligt för barn att vara delaktiga?
2. Är du beredd att ta initiativ till att stödja barn så att de kan uttrycka sin vilja och sina önskningar? a. Vad använder du för material eller metoder för att stödja barn att visa eller säga vad de tycker?	
3. Är du beredd, och är det möjligt, att ta hänsyn till barns vilja och önskningar om de undersökningar eller behandlingar de förväntas genomföra? a. Ger du barnet feedback på deras vilja och önskningar? Både när det är och inte är möjligt att uppfylla dem?	Finns det riktlinjer i din verksamhet som: - Stödjer dig att lyssna på barn? - Stödjer barnet att uttrycka sina synpunkter? - Att barnets vilja och önskningar tas hänsyn till när undersökningar och behandlingar bestäms? - Att du ska dela inflytande och ansvar med barn?
4. Är du beredd att dela inflytande och ansvar med barnet? a. Vad är det som avgör om inflytande och ansvar ska delas med barnet?	

SÅ HÄR GJORDE VI

WORKSHOP

För att förstå hur vårdpersonal reflekterar kring att vara i vårdsituationer med yngre barn, bjöds personal från en vårdcentral och en dagvårdsavdelning in till att medverka i workshops. De 29 medverkande hade olika professioner: chefer, allmänläkare, barnläkare, barnsjuksköterskor, distriktssköterskor, undersköterskor, kuratorer, lekterapeuter, sjukgymnaster och läkarsekreterare. De bildade sju tvärprofessionella grupper. Varje grupp fick en skriftlig beskrivning av ett barn som genomgår en kroppsundersökning som stöd för att reflektera över sina egna erfarenheter av att vara i vårdsituationer med yngre barn. Dessutom reflekterades och diskuterades barns delaktighet i vårdsituationer utifrån Barnkonventionen och NOBAB:s standard om delaktighet och inflytande. Reflektionerna spelades in och sammanställdes.

DET HÄR LÄRDE VI OSS

Reflektionerna i de tvärprofessionella grupperna visar den komplexitet som finns i vårdsituationer med yngre barn. Forskarna analyserade materialet från reflektionerna. Det vi lärde oss var att vårdpersonalens reflektioner kring vårdsituationer med barn i åldern 3-5 år kan sammanfattas inom tre områden: Barn är kompetenta och sårbara, Föräldrar är ansvariga för barnet i situationen och att Vårdpersonalen är följsamma vilket är utmanande och begränsande (19).

Barn är kompetenta och sårbara

I vårdpersonalens reflektioner framkommer att barns kompetens varierar beroende på barnets ålder, mognad, erfarenhet och den specifika vårdsituationen. Barn är kloka och har förmåga att fånga atmosfären i en situation samt att tolka sina föräldrar. Att barn är kompetenta uttrycks i deras vilja att klara av undersökningar och ha kontroll i situationen.

Att barnen är sårbara beskriver vårdpersonalen som att det är synd om dem, de är känsliga och kan komma i kläm mellan föräldrar och vårdpersonal. Detta gör att de är i en utsatt position.

> *Det beror ju på hur stora barnen är– om dom kan prata och resonera eller– om det kan vara svårt att berätta vad problemet egentligen kan vara.*
> *Det blir inte optimalt...det blir fel...och så sitter hon där stackarn.*

Föräldrar är ansvariga för barnet och situationen

Vårdpersonalen anser att föräldrar är ansvariga för att informera, förbereda och tydliggöra situationen för barnet. De skall se till att barnet känner sig bekvämt och tryggt samt att fatta beslut om undersökningar och behandlingar för barnets räkning.

I föräldrars ansvar ingår även att samarbeta med vårdpersonalen och på så sätt underlätta genomförande av undersökningar och behandlingar.

> *Vi hade en pappa och en pojke för några dagar sedan- jag kommer inte ihåg vad det var vi skull göra om det var en snabbsänka eller något...och pojken skrek och var jätte rädd- vet inte hur gammal han kunde ha varit en fyra, fem eller något så där- och pappan hållde honom jättehårt och var väldigt arg på pojken för att han inte sitter still och ...eh...så säger han så här om du inte sitter still så får du ett stick I rumpan.*

Att vara följsam som vårdpersonal är utmanande och begränsande

Vårdpersonalen anser att de är följsamma mot barnet, föräldern och professionen. Att vara följsam innefattar att ge information och instruktioner, att agera intuitivt och att vara medveten om barnets erfarenheter. En fungerande kommunikation utgår från kontinuitet i möten och innefattar att anpassa sig kroppsligt till barnets storlek och att åskådliggöra instruktioner.

Möjligheten att vara följsam utmanas och begränsas av att inte ha en helhetsbild som innefattar alla personer i situationen, att situationen kan vara akut eller planerad, att inte kunna engagera sig på det sätt som krävs, att inte känna barnets tidigare erfarenheter, att inte kunna läsa och förstå barnets kroppsspråk, att arbeta i en organisationsform som innebär att arbeta under tidspress. Dessa utmaningar och begränsningar gör det svårt att veta vad som är bäst för barnet.

> *Att agera intuitivt är att använda sin fantasi och humor som verktyg i en situation. Det där med lika det håller inte i sjukvården, både barn och vi [vuxna] är olika så man kan inte alltid göra på samma sätt utan man få använda sin fantasi och hitta på. Man får läsa av lite.*

SÅ HÄR GICK VI VIDARE

En slutsats av dessa workshops är betydelsen av att reflektera kring vårdsituationer i sin kliniska vardag. Vårdpersonalens egna reflektioner av att vara med barn i en vårdsituation visar att de främst reflekterade kring sin egen situation och inte kring barnet. Detta gjorde att vi fortsatte med reflektionsforum där vi forskare reflekterade tillsammans med vårdpersonal för att föra samman teori och kliniska erfarenheter.

REFLEKTIONSFORUM

Vi möttes en gång i månaden under 1,5 år med uppehåll under sommaren. Sammanlagt genomfördes 12 reflektionsforum med vårdpersonal från en vårdcentral och en barnsjukvårds dagverksamhet. Vi var som regel sju till tio personer vid varje träff. De professioner som deltog var sjuksköterskor, läkare, administrativ personal, laboratorieassistenter, undersköterskor, receptarier och forskare.

Tillsammans skapade vi som forskare och vårdpersonal 'forskande reflektionsforum', där angelägna erfarenheter delades och frågor ställdes. Teori och kliniska erfarenheter integrerades genom reflektioner och problematisering.

Varje forum förbereddes av vårdpersonalen som var för sig skriftligt beskrev betydelsefulla möten som de varit med om i vårdsituationer. Forskarna förberedde sig genom att presentera relevant forskning och relevanta teorier kring viktiga begrepp som kunde ge förståelse och fördjupning av de beskrivna vårdsituationerna.

Det här sättet att lära av varandra, forskare och kliniskt verksamma, kallas för Klinisk Applikations-forskning(KAF) (20-22). Den har sin bakgrund i betydelsen av att se alla som medskapande i en dialog. Det här arbetssättet anknyter till att vi alla som människor har en grundläggande förståelse för hur vi förhåller oss till varandra och de situationer vi möter.

Denna för-förståelse följer med in i den kliniska verksamhet vi deltar i, som vårdsituationer med barn. Hur en situation förstås och överförs till handling, alltså vad vi gör i situationen utgör tillsammans 'applikationen'.

Forskarna delger resultat från studier och teorier från vårdforskning som också reflekteras utifrån vårdpersonalens beskrivningar av sin kliniska erfarenhet. Forskarna får därigenom forskningsresultat och teorier speglade utifrån relevans i daglig vårdverksamhet. Samtidigt får vårdpersonal förståelse för sin vardag genom de teoretiska antagandena. Detta medför ett medvetandegörande om teoriernas relevans i det dagliga vårdarbetet; och om förgivet taganden, om vedertagna rutiner och om eget handlande.

Medvetna insikter skapar kunskap och förståelse om både egna och andras perspektiv av samma vårdsituation. Detta ger möjlighet till en förändring av förståelse för alla deltagare i ett forum med möjlighet till förändringar, vilket är syftet med applikationsforskning.

Vårdsituation vad är det?

I reflektioner kring vårdsituationer utgick vi från frågan om dessa sker *på*, *om*, *för* eller *med* barn. För att främja barns delaktighet behöver vi som vuxna fundera över hur vi väljer att uttrycka oss eftersom det visar hur vi ser på barn i vårdsituationer. Att genomföra en undersökning eller behandling *på* barnet kan bidra till att barnet ses som ett objekt. Att göra något *för* barnet kan innebära att barnet ses som sårbart och i behov av skydd. Att göra något *med* barnet innebär att se till barnets kompetens utifrån dess ålder och erfarenheter. Men även att se barn som individer med egna rättigheter.

Att vara i vårdsituationer med barn innebär att vara medveten om den ojämlikhet som råder genom skillnad i ålder, kompetens, erfarenheter och bestämmanderätt. När undersökningar och behandlingar genomförs ska de vuxna så långt som möjligt ta reda på barnets förståelse och vilja i situationen och utforma information om vad som ska ske på ett sådant sätt att barnet kan förstå den. Att rikta information specifikt till barnet är ett sätt att hantera ojämlikheten mellan vuxna och barn. Så här beskrev en av deltagarna sin reflektion:

> *Vårdsituationer sker både på, för och med barnen. Men om du vill ha ett mer entydigt svar skulle jag påstå att de flesta besöken blir för barnen. I akuta ärenden handlar det om förkylningar, som ofta blir bra av sig själv. Föräldrarna är oroliga och barnen mest genomlider sin förkylning tappert. Kan jag då för, mer än med barnen, ge tips om symptomlindrande behandling och lugna föräldrar med att det inte är någon farlig eller livshotande infektion, tror jag att jag gjort något gott för barnen i sin förlängning. Jag inbillar mig att barnet får en bättre vård hemma efter besöket hos mig. Tyvärr sker undersökningen, för att få detta resultat på barnet. När man söker för mer kroniska besvär, handlar det ofta om att utesluta någon oroande sjukdom. Mer undantagsvis blir det frågan om att fastslå, diagnosticera och behandla någon sjukdom. Signalen om sjukdom har då kommit från barnen. Det kan t. ex. handla om smärta i någon form, trötthet eller aptitlöshet. Dessa symptom har då skapat en oro hos föräldrarna. Då försöker jag vinkla in undersökning och ev. provtagning på barnets problem, men i realiteten är det återigen föräldrarnas oro som driver utredningen. Alltså återigen mest för och litet med. Själva symptomlindringen kan då handla om ändrade levnadsvanor, vilket kan*

innebära en stor förändring i barnet vardag. Det är viktigt att den sker med barnet, men blir det inte pedagogiskt riktigt eller ger avsedd lindring blir det på barnet. I båda fallen är intentionen för barnen. Knepigt att besvara frågan. Så fast den är kort och vid första anblick ser konstig ut, är den absolut berättigad.

Att genomföra vårdsituationer med barn är komplicerat, vilket framkommer ur ovanstående reflektion, eftersom ett barn alltid kommer i sällskap med en vuxen. Det är av betydelse att som vårdpersonal komma ihåg att dessa situationer är speciella både för barn och föräldrar. Barnet kan sakna erfarenheter av undersökning och behandling och föräldern kan sakna erfarenheter av att söka vård för sitt barn.

Vårdsituationer med barn är ett samspel mellan barn, föräldrar och vårdpersonal. Föräldrar behöver vara delaktiga för att stödja sitt barn men samtidigt inverkar de på barnets möjlighet att vara delaktiga. Att samspela med föräldrarna har betydelse för barnets förståelse av undersökningen och eller behandlingen. Men föräldrars förmåga att förbereda sitt barn inför en undersökning eller förmåga att stödja sitt barn i situationen har att göra med deras förkunskaper. För föräldrar som är stressade eller nervösa är det svårare att ta hand om sitt barn på ett tryggt sätt och gör att även barnet rädd, känner sig otrygg och gör motstånd. Dessa föräldrar behöver stöd för att vara med sina barn i vårdsituationer. Det behöver finnas en flexibilitet gentemot föräldrarna för att undvika att spänningar i samspelet uppstår.

Spänning kan uppstå mellan föräldrar och vårdpersonal när föräldrars barnperspektiv skiljer sig från vårdpersonalens. En skillnad är när vårdpersonal och föräldrar har olika kulturella tillhörigheter. Kultur inverkar på hur föräldrar ser på sina barn, till exempel skillnad på hur pojkar och flickor behandlas, förkunskaper, hur barnen fostras och lyssnas till. Det behöver finnas acceptans för olika barnperspektiv inom rimliga gränser för att kunna samarbeta med föräldrar och ha ett professionellt förhållningssätt. Gränsen mellan acceptans och icke acceptans är en gråzon som innebär svårigheter. Att med respekt vara tydlig i relationen till föräldrar när gränsen för vad som accepteras är överskriden kräver erfarenhet över tid och trygghet i sin yrkesroll.

Att behandla föräldrar respektlöst gagnar inte barnet. Exempel på situationer där spänning kan uppstå i samspelet mellan förälder och vårdpersonal är när föräldrarna berättar valda delar av vad som ska hända och utelämnar

det mest obehagliga, när de inte stödjer sitt barn utan lämnar över barnet att tas om hand av vårdpersonalen genom att inte samarbeta med vårdpersonalen. I en sådan situation behöver vårdpersonal göra tydligt för föräldern att ansvaret för barnet är deras. Ett annat exempel är när föräldrar vill föra barnets talan, eller vill genomföra en undersökning som inte är nödvändig. Ytterligare exempel är när föräldrarna vill skydda barnet genom att hålla henne/honom mot sin kropp vilket försvårar undersökningar och behandlingar. En sådan situation gör att barn och föräldrar blir rädda tillsammans.

Att fundera vidare på:
Hur kan DU som vårdpersonal stödja föräldrar så att de förmår underlätta för barnet i situationen?

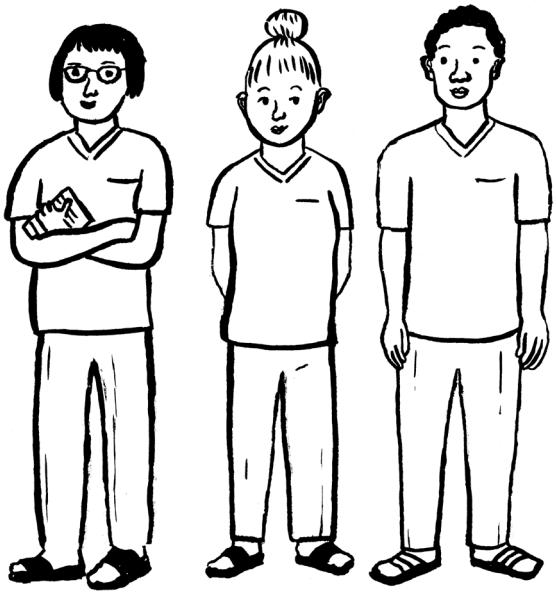
VÅRDKULTUR

Tradition är uttryck för kultur. Den vårdkultur som finns i en verksamhet inverkar på vårdpersonalens förhållningssätt och arbetssätt med barn och föräldrar. Den egna vårdkulturen är inte alltid synlig för en själv, det kan vara lättare för utomstående att beskriva den

> *...”men sedan tänker jag att man jobbar ju på ett ställe och man blir upplärd av dom som har jobbat länge och man fortsätter att följa dom…man ifrågasätter inte så mycket, utan man bara- det bara rullar på...”*

Vårdkultur förstås på olika nivåer. Hur vården är organiserad sätter ramar för den vårdkultur som råder i en verksamhet. Det innebär att vårdkulturen kan förstås som en kommersiell idé med fokus på att patienter gör hälsoval och väljer sin vårdgivare vilket påverkar organisationen ekonomiskt. Patienten är kund och vårdpersonalen är servicepersonal.

Vårdkultur kan även förstås som den yttre miljöns utformning. Ett arbetssätt som främjar barns möjlighet till självständighet och trygghet när de vistas på en dagvårdsavdelning är att ha så kallade trygghetsvandringar för att barnen ska bli bekanta med miljön och lära sig hitta på egen hand. De ledstjärnemotiv för vård som råder i en verksamhet är också uttryck för vårdkultur. Ledstjärnemotiv är gemensamt framtagna kriterier för en god vård. De beskriver kort intentionen med arbetet på arbetsplatsen. Dessa kriterier är dokumenterade i ett policydokument som förvaras lättillgängligt i arbetskläderna som påminnelse om att för att få nöjda patienter och nöjd personal är målet att vårda för livet och inte bara för stunden. Det finns önskan om att bidra till vårdkulturer som vilar på evidensbaserad grund.



> *”Jag jobbar jättemycket med att läsa av, jag måste först liksom chansa på hur det ska funka för det här barnet i den här situationen. Och då chansar man utifrån den erfarenhet man har och delvis sin egen barndom, då, och sen måste man vara beredd att ändra hela tiden, byta strategi, snabbt som ögat, när man märker att det inte funkar, och inte bär....om man går för fort fram (med barnet) för att man tror att det ska gå bra...och så kan det vara helkört...och då måste man liksom ta ett steg tillbaka, backa, och börja om från början och göra på ett annat sätt.”*

Att ha ett barnperspektiv innefattar två dimensioner. Det första är tankar om vad som inverkar på den enskilda personens syn på barnet och den andra vad det innebär att använda sitt barnperspektiv i en vårdsituation.

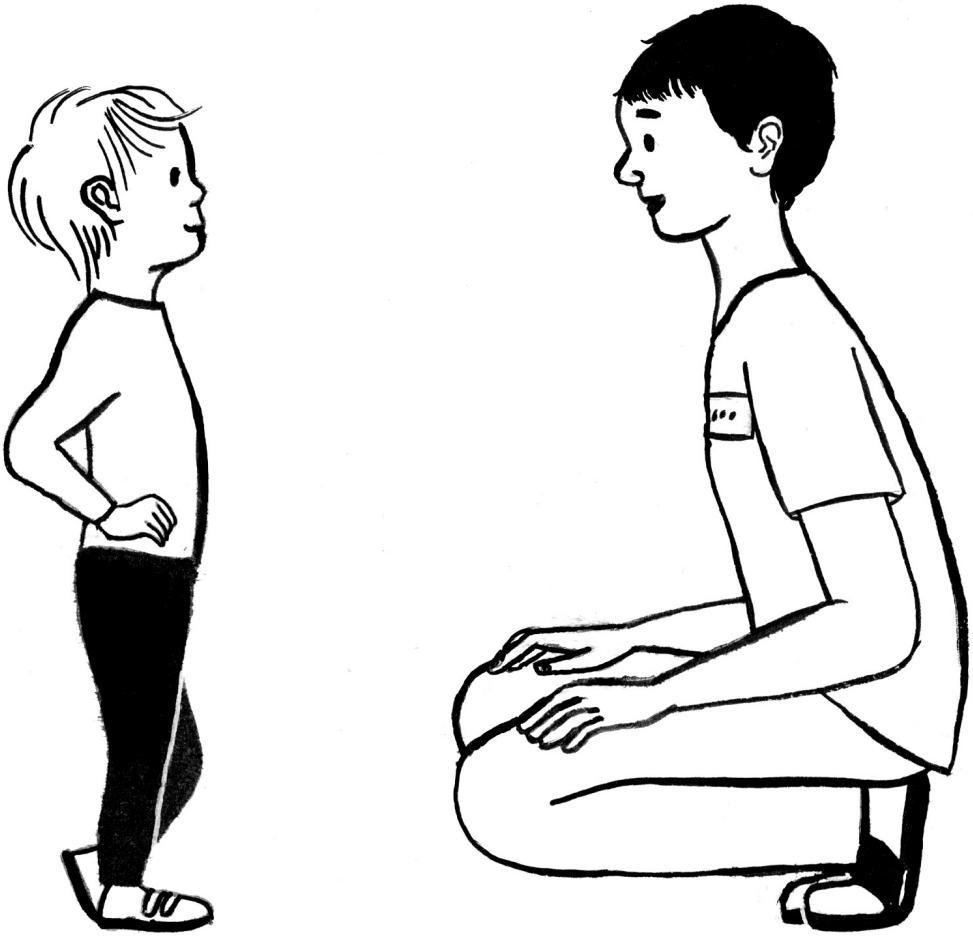
Det som påverkar vuxnas barnperspektiv är egna erfarenheter av att vara barn, situationers innehåll, tiden på dagen och dagsformen; stress påverkar möjligheten att ta tillvara barnets perspektiv. Annat som inverkar på vuxnas barnperspektiv är vilken förståelse du har för att barn inte har samma erfarenheter som vuxna. När vuxna söker vård förutsätts att de vet vad undersökningar och behandlingar innebär. När ett barn behöver vård har de blivit förberedda av sina föräldrar eller inte alls och kan inte förutsättas förstå vad som ska hända.

Att använda sitt barnperspektiv i möten med barn innehåller att känna till barnets rättigheter, att som vuxen använda sina erfarenheter från andra möten med barn, att ta fram barnet inom sig själv, se situationen med barnets ögon och att läsa barnens känslouttryck. Det innebär även att se barnet först, försöka få ögonkontakt och tänka på sin egen framtoning som att inte låta hård på rösten och att kroppsligt vara på samma nivå som barnet. Att vara med barn är mycket mindre verbalt än vad det är att vara med vuxna.

Att verkställa sitt barnperspektiv är att ha kunskap om barnets ålder, om den undersökningen eller behandling som ska genomföras för att kunna anpassa information, åtgärder och förhållningssätt till barnet. Det är också att prioritera vilka undersökningar som måste göras trots att barnet gör motstånd. En undersökning gör så ont som det låter på barnet även om det ur ett vuxenperspektiv inte är en smärtsam undersökning, som t.ex. att lyssna

på hjärtat. Att prioritera när undersökningar eller behandlingar ska göras; att söva små barn på eftermiddagen är inte görligt eftersom det är svårt att förklara för en tvååring att ”du får inte äta på hela förmiddagen för du ska sova klockan ett”.

Barns perspektiv kan vuxna förstå genom barnens kroppsspråk, deras blickar, om de vill följa med in på rummet, om de lämnar rummet eller gömmer sig. Att ta tillvara barnets perspektiv är att komma ihåg hur varje barn vill ha det och vad de tycker om, så att de vet att de är speciella, att de är sedda.



BARNS KOMPETENS

Barns kompetens handlar om deras erfarenheter av tidigare vårdsituationer och om att ha förmåga att hantera nya situationer. Barnets förmåga att hantera situationen kommer an på den vuxne som är med barnet om den personen är lugn blir barnet mer nyfiket men även hur barnet är förberett hemifrån. När ett barn är väl förberett hemifrån känner det igen det som vårdpersonalen pratar om och kan själv svara på frågor. Föräldrar kan även hjälpa barnet på traven genom att flika in ”kommer du ihåg att vi pratade om....”, Varje situation är en pusselbit i barnets erfarenheter som de kommer att bära med sig. Barns möjligheter att vara med och bestämma om sin vård ökar med åldern.

ATT VARA DELAKTIG

Ett sätt att främja barns delaktighet är att som vårdpersonal utöva sin pedagogiska kompetens i möten med barn och föräldrar för att de ska förstå vad som händer. Det kan dock vara utmanande eftersom undervisningen behöver anpassas till olika personer på olika nivåer. I undervisningssituationer till familjer där barnet fått en kronisk sjukdom som till exempel diabetes kommer barnet lätt i kläm, de försöker anpassa sig, vill vara föräldrarna till lags och vara duktiga eftersom föräldrarna är ledsna.

Barnets möjligheter att vara delaktiga och agera självständigt i en vårdsituation beror av rumsliga omständigheter, föräldrars agenda och förkunskaper, samt vuxnas förmåga att se barnets perspektiv och kompetens.

Att utöva sin pedagogiska kompetens för att främja delaktighet är att förmedla vad som ska ske steg för steg i situationen. Det kan ta sin början i att fråga barnet om varför hon/han kommit. För att sedan fortsätta med att tala om och visa vad du ska göra, hur och varför. Att visa ett tillvägagångssätt kan till exempel vara att inför en undersökning låta barnet känna på stetoskopet, se hur nålen och ’tvätt-tussen’ ser ut, känna att tussen är len och blir lite kall av spriten som du tvättar med. Ytterligare sätt att främja delaktighet är att låta barnet var medhjälpare i undersökningen eller behandlingen som att plocka fram det material som behövs, hålla stetoskopet men även att låta barn göra val inom ramen för vad situationen innehåller.

Hur du pedagogiskt går tillväga har att göra med vem barnet är och vem föräldern är samt hur mycket tid du har till förfogande. Det som ska läras ut till barn och föräldrar kan vara konstant till exempel vad som orsakar vissa

åkommor men det sätt som används för att berätta och visa vad som ska hända varierar och är dynamiskt. Det kan innebära att ge barnet tid och utrymme att hämta sig om dess möte med vårdpersonalen blir ledsamt genom fysiskt distansera sig så att barnet kan återhämta sig:

> *...jag rullar bakåt bara och lugnar dom sig inte av att jag försvinner, distanserar jag mig så att säga, vilket har en lugnande effekt, jag är ju jättekonstig som kommer så nära...räcker inte det då sätter jag mig till och med bakom britsen så har dom britsen mellan mig och sig själva.*

Så här kan ett barnperspektiv och barnets perspektiv visa sig:

> *Han är 6 år. Han har kommit sen han var liten till oss här på sjukhuset. Han har en hjärntumör. Den här gången när jag öppnar dörren är han ledsen. Det syns att han har gråtit och munnen går neråt. Jag säger hej och frågar honom hur det är. Han berättar att idag var det jobbigt att ta stick i porten. Han berättar att han tror att de stack fel. Jag bekräftar hans känslor och säger – det måste känts jättejobbigt. Han visar plåstret på bröstet och säger i samma stund: –Nu är du sjuk. Han tar min hand och tar mig till sjukhushörnan. Jag får lägga mig i sjukhussängen. Han tar på sig sjukhusrocken sätter på upptagen skylten och börjar som så många gånger förut röntga mitt huvud, ge mig mediciner, söver mig och sticker mig i porten. Jag frågar ofta doktorn Svensson (pojken) innan varje sak han gör om det gör ont, går det fort. Han berättar att ibland får man bita ihop lite. Han säger till när han tycker att jag ska säga till att det gör ont mera. Efter ca 30-40 minuter är jag färdigbehandlad –För den här gången säger han med bestämd röst. Sen tar han av sig rocken tar bort upptaget skylten och tar mig i handen och vi går och leker något helt annat. Varje gång får jag vara med om vad den här pojken är om när han får olika behandlingar. Men skillnaden är stor, jag är inte sjuk på riktigt och behandlingarna är på låtsas.*

DET HÄR TYCKER VI OM SÄTTET ATT ARBETA

I utvärderingar av våra reflektionsforum framkommer att vårdpersonalen uppskattar sättet att mötas, reflektera och bli medveten om egna och andras förståelse av barn i vårdsituationer.

> *Man får lite aha upplevelser när man skriver (betydelsefulla möten). Jag känner när man skriver så här, och så skriver jag bara och så gjorde jag si och så. Och sedan varför gjorde jag så??? Ja man reflekterar kring det tycker jag är bra. Perspektiv på sin egen situation i vårdsituationen.*

> *Att medverka i reflektionsforum innebär att sätta fokus på vad som sker i möten med barn och föräldrar. Genom det har vi fått ytterligare teoretisk och praktisk förståelse, och kunnat sätta ord på vad vårdsituationer med barn kan innebära.*

> *Att det finns teorier bakom en hel del av detta som vi försöker berätta genom våra möten med barnen och föräldrarna- delaktighet och barnets perspektiv och såna saker.*

Att mötas och reflektera med återkoppling till teorier görs inte under arbetstid. Händelser i vården diskuteras men inte i relation till något annat: "*det 'var på riktigt'* – att man faktiskt har teoretiserat detta'...Att reflektera tillsammans ger fördjupad kunskap om själva begreppet delaktighet i vården. Det har resulterat i olika sätt att göra barn delaktiga.

> *'Jag tänker ännu mer på hur jag bemöter barn och föräldrar. Jag tror att det är bra och nyttigt att skriva om våra små berättelser om barns besök på VC. Har fått nya inputs i mitt bemötande, ökat säkerhet i mötet med barnet och ökat självförtroende. Mer reflekterande över hur jag jobbar och varför'.*

Teorier kan vara övergripande eller statiska. I den enskilda vårdsituationen behöver vi vara kreativa och flexibla. Att tillåta sig vara forskande och att tänka om. Vi behöver försöka göra på andra sätt när vi märker att det inte fungerar- "att försöka med självaktning, att bara byta spår". Det tillhör den personliga utformningen av situationer, vilken kan vara svår att passa in i en teoretisk modell. Teorier kan bidra med att förstå flera aspekter i vården – att lyfta och bredda perspektiven i det dagliga arbetet.

'Bra att få höra vad forskning säger om det vi reflekterat över. Också att det forskning säger stämmer överens med det vi samtalat om.'

Att höra om andras upplevelser är berikande. Vi tänker nu mera på vad vi gör, på sådant som tidigare gjorts automatiskt eller som oreflekterad rutin.

'Jag har börjat tänka mer, mycket mer på mötet med barnet och har förstått att jag är en del i besöket på Vårdcentralen. Det känns jättekul! Förr nöjde jag mig med att föräldern anmälde patienten till besök, men nu kräver jag att jag åtminstone säger hej till barnet/ patienten...'

'Att stanna upp i arbetet och tänka efter mer. Det är lätt att bara jobba på annars. Reflektera mer. Jag kommer att tänka mer på att vi pratat om. Olika exempel vi tagit upp. På Barnperspektiv och barns perspektiv. Väldigt intressant!'

REFERENSER

1. FN, Förenta Nationerna. Konventionen om barnets rättigheter. Genève : FN, 1989.

2. Socialdepartementet. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Regeringens proposition 2009/10:232. 2010.

3. Rytterström, P. Tradition och Horisont. Vårdkulturens betydelse för vårdens praxis. Linköping : Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier. Linköpings universitet, 2011.

4. Sommer, D, Pramling Samuelsson, I och Hundeide, K. Child perspectives and children's perspectives in theory and practice. London : Springer, 2010.

5. Harder, M. Barn inom barnhälsovård. Studier om hur barn gör sig delaktiga. Stockholm : Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, 2011.

6. Söderbäck, M. Young children's (3-5 years old) ways of engagement in care procedures involving venepuncture. Journal of Research in Nursing. 2013, Vol. 18, 7, ss. 636-648.

7. Forsner, M, Jansson, L och SØrlie, V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. Journal of Child Health Care. 2005, Vol. 9, 2, ss. 153-165.

8. Carney, T, o.a. Children's views of hospitalization: an exploratory study of data collection. Journal of Child Health Care. 2003, 7, ss. 27-40.

9. Guell, C. Painful childhood: Children living with juvenile arthritis. Qualitative Health Research. 2007, 17, ss. 884-892.

10. Protudjer, J. L. P, o.a. Normalization strategies of children with asthma. Qualitative Health Research. 2009, 19, ss. 94-104.

11. Salmela, M, o.a. Coping strategies forhospital-related fears in pre-school-aged children. Journal of Paediatrics and Child Health. 2010, 46, ss. 108-114.

12. Bronfenbrenner, U. The ecology of Human Development: experiments by nature and design. Cambridge : Harvard University Press, 1979.

13. Sommer, D. Barndomspsykologi. Utveckling i en förändrad värld. Stockholm : Liber, 2005.

14. Lambert, V, Glacken, M och McCarron, M. Visibleness: the nature of communication for children admitted to a specialist paediatric hospital in the Republoc of Ireland. Journal of Clinical Nursing. 2008, Vol. 17, 23, ss. 3092-3102.

15. Runeson, I. Children's participation in decision-making in health care. Lund : Department of Medical Ethics Faculty of Medicine, 2002.

16. Wennerholm Juslin, P och Bremberg, S. När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. En systematisk forskningsöversikt. Stockholm : Statens folhälsoinstitut, 2004.

17. Hart, R. Children's participation: from tokenism to citizenship Innocenti Essays no 4. Florence : UNICEF, 1992.

18. Shier, H. Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligation. A new model for Enhancing Children's Participation in Decision Making, in line with Article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. Childrens & Society. 2001, 15, ss. 107-117.

19. Harder, M, Söderbäck, M och Ranheim, A. Being in care situations with young children presents ambiguous challenges. Inskickad för tryck, Nordic Nursing Research.

20. Lindholm, L, o.a. Clinical application research: a hermeneutical approach to the appropriation of caring science. Qualitative Health Research. 2006, Vol. 16, 1, ss. 137-150.

21. Lindwall, L, von Post, I och Eriksson, K. Clinical research with a hermeneutical design and an element of application . International Journal of Qualitative Methods. 2010, Vol. 9, 2, ss. 172-186.

22. Ranheim, A och Arman, M. Methodological considerations and experiences in clinical application research design. International Practice Development Journal. 2014.

Omslag & illustration - Siri Ahmed Backström
Layout - singeløy grafiska
Tryck - Trydells 2015

ISBN: 978-91-637-8643-3

PROJEKTET

IAKTA

SAMTAL MED BARN I VÅRDEN

SAMVERKANSPARTNER HAR VARIT

NOBAB

PROJEKTET HAR FINANSIERATS AV

ARVSFONDEN

ÖVRIGA SAMMARBETSPARTNERS

quicksearch feedback solutions

LANDSTINGET SÖRMLAND

SYSTARO Tailored Software

MÄLARDALENS HÖGSKOLA ESKILSTUNA VÄSTERÅS