



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Man gör det för barnets bästa
En intervjustudie om sjuksköterskors upplevelser av att sticka barn venöst

With the child's best interests in mind
An interview study on nurses experiences of venipuncture in children

Författare: Kristina Mathiesen
Agnes Nilsson

Handledare: Charlotte Castor

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Venpunktion är en omvårdnadsåtgärd som kan orsaka smärta och obehag. Barns negativa upplevelser av vården kan ge konsekvenser för välmående och utveckling, varför sjuksköterskor som arbetar med barn spelar en viktig roll i att förhindra dessa. Sjuksköterskor ska motverka all form av onödigt lidande som åsamkas av vården och barnets rättigheter behöver synliggöras och skyddas eftersom barn är extra sårbara. Att fullfölja en omvårdnadsåtgärd och samtidigt värna barnets rättigheter kan beskrivas som en balansakt. Arbetsuppgifter som utförs på ett sätt som upplevs strida mot det moraliskt riktiga utsätter sjuksköterskor för moralisk stress. *Syfte:* Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att sticka barn venöst med utgångspunkt i upplevelsen av att värna barnets rättigheter och motverka vårdlidande. *Metod:* Materialet samlades in genom fyra semistrukturerade fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 14 sjuksköterskor, verksamma inom barnsjukvården på två sjukhus i södra Sverige. Materialet bearbetades med hjälp av innehållsanalys. *Resultat:* Sjuksköterskorna upplevde det som en utmaning att sticka barn och något som kräver tid och resurser. Barnets ålder och föräldrarnas inställning uttrycktes ha inverkan på både barn och sjuksköterska under stickproceduren. Sjuksköterskorna önskade göra barnet delaktigt, skapa tillit och samtidigt göra det som krävs för att rädda barnets liv. Uppgiften att sticka barn beskrevs skilja sig från andra omvårdnadsmoment och kunde röra upp känslor. Det ansågs vara sjuksköterskans uppgift att stå upp för barnet, motverka lidande och bekräfta barnets upplevelser. *Konklusion:* Erfarenhet och goda organisatoriska förutsättningar bidrar till upplevelsen av att kunna tillgodose barnets rättigheter i samband med venösa stick och minskar risken för moralisk stress.

Nyckelord

Barnets rättigheter, moralisk stress, sjuksköterskors upplevelser, venösa stick på barn, vårdlidande

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	5
Barns upplevelser av mötet med vårdpersonal	5
Sjuksköterskans upplevelser av mötet med barnet	6
Barnets rättigheter enligt Barnkonventionen	7
Perspektiv och utgångspunkter	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Datainsamling	10
Deltagare	10
Intervju	10
Instrument	11
Pilotintervju	11
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Förståelse för barnet som patient	14
Barnets olika behov	14
Föräldrarnas betydelse för proceduren	14
Barnets rättigheter vilar i sjuksköterskans händer	16
Att göra barnet delaktig	16
En tillitsfull relation	17
Barnets liv kommer först	17
Inte en uppgift som andra	18
En laddad procedur för sjuksköterskan	18
Känsla av misslyckande	18
Att värna respekten för barnet	20
Sjuksköterskan som barnets företrädare	20
Att bekräfta barnets upplevelse	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Fokus på fokusgrupperna	22
Den semistrukturerade intervjun	23
Innehållsanalysen	24
Resultatdiskussion	24

Konklusion och implikationer.....	27
Referenser	28
Bilaga 1 (1).....	32

Problemområde

Inom sjukvården utförs en rad åtgärder och undersökningar som orsakar smärta hos patienter (Forsner, 2015), vilket venpunktion är ett exempel på (Månsson, 2015). Styrkan i smärtupplevelsen påverkas av flera faktorer, bland annat förväntningar, känsloläge och utvecklingsnivå (Läkemedelsverket, 2014). Hos barn kan rädslan för obehagliga och smärtsamma procedurer växa sig starkare med upprepade sjukvårdskontakter (Forsner, 2015) och barnens upplevelser kan ge långtgående konsekvenser för deras välmående och mentala utveckling (WHO, 2018). All vårdpersonal som tar hand om barn ska därför ha kunskap om barn och deras behov. Här ingår att veta vad som ses som skrämmande och ha förståelse för barnens olika sätt att reagera (Edwinson, 2001). Vårdpersonalens agerande har betydelse för barnets minne av situationen och påverkar nivån av stress, smärta och oro (Noel et al., 2010). Enligt kompetensbeskrivningen ska sjuksköterskor som arbetar med barn ha specifika färdigheter i provtagning, förberedelser och stöd anpassade för barn (Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Procedurer inom vården kan av barn upplevas som integritetskränkande, framför allt när de inte förstår eller inte vill medverka (Edwinson, 2001). Det är viktigt att i möjligaste mån undvika ingrepp mot barnets vilja. Sjuksköterskor inom barnsjukvården ska möjliggöra delaktighet och inhämta barnets samtycke när så är möjligt (Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Sjuksköterskan spelar således en viktig roll i att förhindra att barn påverkas negativt vid omvårdnadsåtgärder. Genom att belysa sjuksköterskors upplevelser kan förståelsen för de utmaningar som finns i samband med venösa stick på barn öka, och på så vis bidra till att stärka barnets rättigheter i sjukvården.

Bakgrund

Barns upplevelser av mötet med vårdpersonal

Jepsen et al. (2019) har studerat hur barn hanterar att vårdas på sjukhus och lyfter fram barnens olika sätt att förhålla sig till det okända. Miljön, människorna, rutinerna och

procedurerna är initialt okända och skrämmande. Dessutom är barnets egen förmåga nedsatt vilket gör barnet passivt. Vårdpersonalen har ett ansvar att hjälpa barnet att bevara sin integritet, då barnet strävar efter att göra denna främmande situation begriplig. Jepsen et al. (2019) menar att barn i alla åldrar är väl införstådda med att det är vårdpersonalen som tar vårdrelaterade beslut och de interagerar med personalen för att visa att de önskar vara delaktiga i procedurer och beslutsfattande.

I en översiktsstudie av Davison et al. (2021) beskrivs hur barn uttrycker positiva upplevelser i sammanhang där vårdpersonal skapar tillitsfulla relationer och involverar barnet i diskussioner och beslut. Relationen kan skapas genom att vårdpersonal är personlig och ärlig, använder ett barnvänligt språk och riktar sig till barnet. Likaså upplevs det negativt om de inte involverar barnet, misslyckas med att anpassa sig språkligt eller kommunicerar med föräldern över huvudet på barnet. Detta resulterar i känslor som rädsla, ilska, motsträvighet och brist på engagemang hos barnet. Betydelsen av att göra barnet delaktigt framkommer också i en studie av Kleve et al. (2021), där barn mellan fyra och tolv år har intervjuats om hur de hanterar rädsla och smärta i samband med stickprocedurer. Här beskriver barnen strategier som används för att kunna ta sig igenom händelsen. Det kan röra sig om att skrika eller tvärtom vara helt tyst. Vårdgivare och andra vuxna kan tolka strategierna som uttryck för något annat och därmed hindra barnens möjligheter att använda dem. I studien framkommer att barn önskar göras delaktiga för att få kontroll på situationen och ges utrymme att tillämpa sina strategier. Barns upplevelse av att bli stuckna synliggörs också i en observations- och intervjustudie gjord med barn mellan tre och sju år (Karlsson et al., 2016). Här framkommer fem teman kring hur de hanterar proceduren. Det handlar om att söka trygghet, inse vuxnas makt, kämpa för kontroll, känslan av skam samt kapitulation.

Sjuksköterskans upplevelser av mötet med barnet

I en studie av Karlsson et al. (2014) intervjuades sjuksköterskor om upplevelser av att stödja barn vid nålrelaterade procedurer. Resultatet fokuserar på sjuksköterskans förmåga att se och förstå barnet i dess livsvärld genom att samtala och involvera föräldrar. Sjuksköterskan ska kunna möta barnet utifrån ålder, mognad, utveckling, erfarenheter och situation, vara mottaglig för kroppsspråk och kunna skilja på tecken på smärta och rädsla. Tidsbrist och timing ses som en utmaning och ett behov av att agera barnets företrädare lyfts fram. Att stödja barnet och samtidigt ansvara för att proceduren fullföljs beskriver Karlsson et al.

(2014) som en balansakt för sjuksköterskan. Även Hjelmgren et al. (2022) har studerat sjuksköterskors erfarenheter av blodprovstagning på barn. Här framkommer att sjuksköterskor kan uppleva det som utmanande, särskilt när det är mot barnets vilja och samtidigt nödvändigt ur diagnostisk synpunkt.

Barnets rättigheter enligt Barnkonventionen

Sundal (2020) har i en norsk studie undersökt sjuksköterskors och föräldrars upplevelser av att genomföra smärtsamma och komplicerade procedurer på barn inlagda på sjukhus. Författaren beskriver hur både sjuksköterskor och föräldrar växlar mellan att söka barnets samtycke och att försöka övertala barnet att gå med på proceduren. Medbestämmande och medverkan från barnet ses som primärt. Bristande samtycke från barnet leder till mer tvingande åtgärder, vilket enligt Sundal (2020) kan förekommas med att barnets rätt till medbestämmande i enlighet med Barnkonventionen artikel 12 beaktas i högre grad, i kombination med artikel 3 om barnets bästa. Sundal (2020) menar att det etiska problemet vid komplicerade procedurer ligger i krocken mellan att fullfölja uppgiften och barnets rätt till medbestämmande, där barnets rättigheter alltför ofta får ge vika för effektivitet och medicinska resultat.

Quaye et al. (2019) har genom att observera interaktioner mellan barn, föräldrar och sjukvårdspersonal studerat barns delaktighet i beslutsfattande inom svensk barnsjukvård. Observationerna visar att barn i stor utsträckning görs delaktiga men inte till den grad att det uppfyller svensk lag i form av Barnkonventionen och Patientlagen (2014). Quaye et al. (2019) diskuterar om detta kan ha att göra med vårdpersonalens okunskap om lagarna i sig eller osäkerhet kring hur de bäst involverar barn i vårdrelaterade beslut. För att göra barnen delaktiga krävs att de är informerade, att de får möjlighet att uttrycka sig och att deras åsikter tas i beaktning. Enligt Sahlberg et al. (2020) är det inte främst kompetens hos sjuksköterskor inom svensk barnsjukvård som saknas, utan verktyg för att fullt ut kunna vårda barn i enlighet med Barnkonventionen. Hindrande omständigheter utgörs av bland annat logistik, bristen på tid och att det medicinska perspektivet överskuggar omvårdnaden. Det behövs en utveckling inom all vård för att synliggöra och skydda barns rättigheter (Sahlberg et al. 2020).

Perspektiv och utgångspunkter

Utgångspunkterna för studien är barnets rättigheter samt det vårdlidande som kan föreligga i samband med venösa stick. Sjuksköterskors upplevelser kan vara förknippade med begreppet moralisk stress som därför också beskrivs.

Patientlagen (2014) säger att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska så långt som möjligt klarläggas. Socialstyrelsen (2015) framhåller också i sitt kunskapsstöd betydelsen av att barnets egna synpunkter och åsikter värdesätts, för att vården ska kunna bli till barnets bästa. Det behöver på arbetsplatsen finnas kunskap och utarbetade arbetssätt anpassade efter barnets förutsättningar. För att barnets inflytande över vården ska anses lämpligt måste det vara i relation till mognadsgrad, och bedömningen av denna sker i mötet och samtalet med barnet. Barnkonventionen har fyra huvudprinciper; att alla barn har samma rättigheter och lika värde, att barnets bästa ska beaktas i alla beslut som rör barn, att alla barn har rätt till liv och utveckling samt att alla barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad (Unicef Sverige, u.å.).

Enligt kompetensbeskrivningen ska sjuksköterskor som arbetar med barn ha specifik kunskap om betydelsen av olika omvårdnadsfenomen som till exempel vårdlidande, sårbarhet och samspel (Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Begreppet vårdlidande myntades av omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson och beskriver det lidande som upplevs i relation till vårdsituationen (Arman, 2011). Vårdlidande är ett onödigt lidande som på alla sätt bör motverkas. Mycket vårdlidande åstadkommer vårdpersonal omedvetet, vilket kan bero på bristande kunskap eller reflektion (Eriksson, 1994). Vårdlidande uppstår när patienten upplever ökat istället för minskat lidande i kontakt med sjukvården. Att vården i sig orsakar lidande på väg mot lindring är ett komplext problem (Arman, 2011).

International Council of Nurses (ICN) har preciserat en etisk kod för sjuksköterskor indelad i fyra områden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Här beskrivs hur sjuksköterskan bör handla i förhållande till allmänheten, yrkesutövningen, professionen respektive medarbetarna. Sjuksköterskan ska bland annat värna om mänskliga rättigheter, verka för jämlikhet och social rättvisa samt vara respektfull, lyhörd och medkännande. Vidare ska sjuksköterskan verka för

en högre etisk medvetenhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Målet för omvårdnaden är att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande. Allt lidande kan inte lindras, men omvårdnaden ska inte orsaka en person med ohälsa eller sjukdom ytterligare lidande, och det lidande som föreligger måste alltid bekräftas. Omvårdnadsrelationen ska ha ett balanserat maktförhållande så att patient och närstående fungerar som partners i omvårdnaden och upplever respekt och känslan av trygghet. Respekten ska vara för människans integritet och autonomi. Små barn har delvis svårt att uttrycka sin autonomi och blir därför extra sårbara.

Moralisk stress har beskrivits av filosofen Andrew Jameton som när en sjuksköterska vet vad som är moraliskt rätt, men hindras att agera moraliskt korrekt på grund av organisation eller motstridighet inom teamet (Corley, 2002). Det kan skapa känslor av obehag och själsligt lidande att sjuksköterskan inte har möjlighet att göra det rätta för patienten. Jameton skiljer på moralisk stress och moraliska dilemman, där sjuksköterskan vändas av att inte veta vad som är moraliskt rätt eller fel i situationen. Pediatrisk omvårdnad skapar etiska och moraliska utmaningar för sjuksköterskor (Ventovaara, 2021). Trots goda intentioner hamnar sjuksköterskor emellanåt i situationer som kan ge upphov till moralisk stress.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att sticka barn venöst med utgångspunkt i upplevelsen av att värna barnets rättigheter och motverka vårdlidande.

Metod

Materialet samlades in genom fokusgruppsintervjuer och analyserades kvalitativt med hjälp av innehållsanalys. Kvalitativ metod har sin utgångspunkt i förståelsen av människors levda erfarenheter och försöker på detta sätt förstå och beskriva världen utifrån studiedeltagarnas perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2014). Kvalitativa studier är lämpliga för att studera människors upplevelser av ett specifikt fenomen (Polit & Beck, 2006).

Urval

Ett ändamålsenligt urval tillämpades med inklusionskriterierna; sjuksköterskor, med eller utan specialistutbildning som arbetar med barn och som återkommande i sitt arbete sticker barn i olika åldrar venöst.

Datainsamling

Deltagare

Informerat samtycke inhämtades från verksamhetschefer för Barnmedicin och Barnkirurgi på två sjukhus i södra Sverige. Med verksamhetschefernas godkännande kontaktades enhetschefer för nio avdelningar respektive mottagningar, vilka vidarebefordrade informationen om studien till sjuksköterskor på enheten. En enhet avböjde medverkan helt. Två enheter bjöd in till besök för muntlig information. Inledningsvis hörde ett mindre antal sjuksköterskor av sig för att anmäla intresse. Alla övriga enheter kontaktades på nytt, varefter fler sjuksköterskor erbjöd sig att delta. Dessa ombads tillfråga kollegor att medverka, för att värva fler deltagare genom så kallat snöbollsurval, och om möjligt bilda en intervjugrupp från enheten. Sammanlagt önskade 17 sjuksköterskor medverka. I samråd med deltagarna planerades tid för intervjuerna på deras respektive arbetsplats. Intervjuerna genomfördes mellan den 2 november och den 24 november, 2022. Informerat samtycke inhämtades skriftligen från vardera deltagare vid intervjutillfället. Fem fokusgrupper planerades inledningsvis, på fem olika enheter. En grupp fick strykas på grund av sjukdom och en deltagare uteblev av verksamhetsrelaterade skäl. Sammanlagt intervjuades slutligen 14 sjuksköterskor i fyra fokusgrupper om vardera fem, fyra, tre respektive två deltagare. Nio av deltagarna var specialistsjuksköterskor och övriga fem grundutbildade. Sjuksköterskorna som deltog hade en arbetslivserfarenhet på mellan 2,5 och 36 år, och en erfarenhet av barnsjukvård som sträckte sig mellan 1 och 35 år. Deltagarnas nuvarande och tidigare arbetsplatser inkluderade både akutverksamhet, vårdavdelning, mottagning och dagvård.

Intervju

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade fokusgruppsintervjuer. Fokusgrupper som metod syftar till att skapa en mer eller mindre fri diskussion inom en grupp kring ett specifikt ämne (Wibeck, 2017). Deltagarna intervjuades tillsammans i grupper om två till fem personer.

Intervjuerna tog mellan 34 och 65 minuter vardera, och skedde under deltagarnas arbetstid. En semistrukturerad intervju bygger på öppna frågor som följer en viss struktur, men inte behöver ställas på samma sätt eller i samma ordning vid varje intervjutillfälle, utan anpassas efter vad deltagarna väljer att prata om (Danielson, 2017).

Instrument

En intervjuguide, innehållande intervjufrågor, följdfrågor och stödord fungerade som vägledning under intervjuerna (Bilaga 1). Frågorna och stödorden baserades på studiens syfte och formulerades utifrån begrepp som forskningen i bakgrunden har behandlat, till exempel delaktighet och tillit. Fokusgruppsintervjuerna leddes av moderatorer, som utgjordes av uppsatsförfattarna själva. Moderatoren är tänkt att leda diskussionen utan att varken inta en ledarroll eller den av en aktiv deltagare (Wibeck, 2017). En av författarna agerade moderator medan den andra observerade, förde anteckningar och stöttade vid behov upp med följdfrågor. Moderatoren ställde frågor ur intervjuguiden, för att sätta fart på samtalet inom gruppen, hålla samtalet vid liv och ibland hålla samtalet relevant för syftet. Deltagarna gavs utrymme att diskutera svaren sinsemellan.

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes med syfte att testa intervjufrågor och upplägg (Danielson, 2017). Vid denna intervju kunde även eventuella tekniska problem upptäckas och tidsplanen utvärderas. Den första av de fyra gruppintervjuerna fungerade som pilotintervju och bedömdes vara av tillräckligt god kvalitet, varvid denna integrerades i resultatet. Inga problem påträffades och inga ändringar av intervjuguide eller upplägg gjordes.

Analys av data

Fokusgruppsintervjuerna dokumenterades genom ljudupptagning och transkriberades därefter ordagrant. Datamaterialet bearbetades systematiskt genom kvalitativ innehållsanalys enligt den modell som beskrivits av Graneheim och Lundman (2004). Analysmetoden ska göra det möjligt att på ett systematiskt sätt få fram ett trovärdigt resultat ur en mängd intervjutext. Texten lästes igenom flera gånger för att ge en känsla av helheten. Meningar ur intervjuerna som bedömdes vara av betydelse för frågeställningen identifierades som enheter. Dessa kondenserades genom att överflödiga ord togs bort. Därefter kodades de kondenserade

enheterna, vilket innebar att några få ord fick representera vardera meningsbärande enhets innebörd. Så här långt arbetade uppsatsförfattarna parallellt för att sedan jämföra sina resultat med varandra. En process av reflektion och diskussion resulterade i en överenskommelse om hur koderna skulle sammanföras i subkategorier. Här handlade det om att identifiera koder som hörde ihop med varandra och skiljde sig från andra. Subkategorierna fördes samman i kategorier till följd av tolkning och abstraktion i syfte att åskådliggöra en underliggande mening i det som sagts (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel från analysprocessen visas i Tabell 1.

Tabell 1: Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad enhet, kod, subkategori och kategori.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Och det är klart att alla har vi väl haft situationer när man efteråt känt att detta blev inte bra. Såklart har man det också. Men då får man försöka prata det man kan efteråt, för att förhindra att de inte ska bli rädda framöver.	Om det i efterhand inte känns bra får man försöka prata om det för att förhindra rädsla framöver.	Prata om det efteråt	Bekräfta barnets upplevelse	Att värna respekten för barnet
Positiva föräldrar. Som förstår att man måste göra det. Och att vi inte är elaka, att vi är snälla människor men att detta måste till. Det är samarbete.	Föräldrar som förstår att vi inte är elaka, det är samarbete.	Föräldrar som förstår oss	Föräldrarnas betydelse för proceduren	Förståelse för barnet som patient

Forskningsetiska avvägningar

Vårdetiskt rådgivande yttrande inhämtades från *Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN)* vid Lunds universitet. VEN uttryckte inga etiska invändningar. Intervjuerna genomfördes med deltagarnas skriftliga samtycke.

Informerat samtycke bygger på frihet och självbestämmande och innebär att studiedeltagarna får information som de kan förstå, utifrån vilket de har möjlighet att fatta ett självständigt beslut baserat på frivillighet (Kjellström, 2017). Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om studiens syfte och hur data skulle användas och sparas. De informerades också om att deltagandet var helt frivilligt och de kunde välja att avbryta sin medverkan närsomhelst utan att ange varför.

Konfidentialitet innebär bevarande av integritet och privatliv (Kjellström, 2017). Känsliga uppgifter och personuppgifter ska behandlas på sådant sätt att obehöriga inte kan få tillgång till dessa. Data ska dessutom redovisas så att denna inte kan härledas till enskilda deltagare. För säker datahantering skedde ljudupptagning och överföring av material utan uppkoppling mot internet (Görman, 2021). Ljudfiler sparades på lösenordsskyddad hårddisk och raderades efter godkännande av magisteruppsats. Namn och andra personuppgifter har utelämnats helt ur transkribering, för att avidentifiera deltagarna.

Det finns etiska aspekter att beakta i relation till metod (Görman, 2021). När intervjun sker i grupp finns det risk att information förs vidare av deltagarna själva. Det är därför lämpligt att försöka undvika känsliga personuppgifter, men det är samtidigt svårt att styra vad som sägs i gruppen. Uppgifter som rör åsikter och känslor som deltagarna kan ha för sitt arbete räknas som personlig information. För att minimera risken för spridning av denna information gjordes deltagarna medvetna om att det som sades under intervjun inte fick lämna rummet.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier; *Förståelse för barnet som patient*, *Barnets rättigheter vilar i sjuksköterskans händer*, *Inte en uppgift som andra* och *Att värna respekten för barnet*. Kategorier med tillhörande subkategorier presenteras i Tabell 2.

Tabell 2: Subkategorier och kategorier som framkommit av analysen.

Subkategori	Kategori
Barnets olika behov Föräldrarnas betydelse för proceduren	Förståelse för barnet som patient
Att göra barnet delaktig En tillitsfull relation Barnets liv kommer först	Barnets rättigheter vilar i sjuksköterskans händer
En laddad procedur för sjuksköterskan Känsla av misslyckande	Inte en uppgift som andra
Sjuksköterskan som barnets företrädare Att bekräfta barnets upplevelse	Att värna respekten för barnet

Förståelse för barnet som patient

Barnets olika behov

Deltagarna beskrev upplevelsen av att sticka barn som en stor utmaning i jämförelse med att sticka vuxna. Yngre barn upplevdes som svårare att sticka än äldre barn av både praktiska och känslomässiga skäl. Mycket handlade om möjligheten att informera och resonera med barnen, vilket var lättare när de uppnått en viss ålder. Deltagarna såg att barnen passerade en sådan gräns vid fyra, fem års ålder. Barnen som kommit upp i skolåldern kunde å andra sidan beskrivas som närmast fixerade vid sticket och inte mottagliga för annan information innan momentet var över. De allra minsta upplevdes skapa större press för att det inte gick att förbereda dem. Den ökade pressen kom också av att de minstas tillstånd snabbare kunde försämrans och att behovet av infart då skulle bli akut.

“Det är lite press på en och man vet ju att det blir jobbigt för det här lilla barnet, för det förstår ju inte vad vi gör med det, känner av att det görs någonting.” (Fokusgrupp 2)

Något som också förknippades med åldern på barnet var behovet av att hålla fast armen när sticket utfördes. Det fördes på tal att även om hudbedövning användes kunde barnet uppleva fasthållningen som obehaglig. Motsatsen hade upplevts när barnet tack vare smärtlindring och avledning inte märkte när sticket gjordes. Barnets tidigare upplevelser av sjukvården kunde innebära rädsla för vårdpersonal vilket framlades som försvårande omständigheter och något som sjuksköterskan behövde *“jobba bort”*.

Deltagarna upplevde att sticket oundvikligen tillför barnet smärta och betonade samtidigt att det är viktigt att förbereda barnet på. Att smärta hos barnet kan stå för rädsla uttrycktes också; att sticket i sig inte gör ont om barnet får hudbedövning och är väl förberett. Det beskrevs att rädda barn behöver mer tid och resurser och helst befinna sig i en barnanpassad miljö som underlättar avledning. Sjuksköterskorna framhöll att barn har rätt att vara rädda inför nya och okända situationer.

Föräldrarnas betydelse för proceduren

Mötet med barnet innebar också mötet med föräldrarna. Föräldrarnas sårbarhet i vårdsituationen beskrevs av deltagarna. Inom akutsjukvården kunde den visa sig när

föräldrarna blev ombedda att lämna information och fatta beslut samtidigt som de själva var rädda, oroliga och stressade. Föräldrar som vistades i den elektiva vården hade enligt sjuksköterskorna en annan kunskap om sitt barns tillstånd och uppvisade därför inte samma oro. Däremot beskrevs de kunna vara stressade av andra anledningar, till exempel för att de själva bar på en stickrädsla eller hade andra åtaganden samma dag.

”...när både barn och föräldrar är stressade. Ja, framför allt om föräldrar också är stressade [...] så blir det jättejobbiga situationer att lugna ner och då kunna sätta... ta prover eller sätta nål i en sansad miljö liksom.” (Fokusgrupp 2)

Det blev tydligt att föräldrarna upplevdes ha stor inverkan på omvårdningsmomentet i både positiv och negativ bemärkelse. Den positiva beskrivningen var lugna och trygga föräldrar som bidrar till att barnet kan stickas genom att till exempel förbereda barnet innan, eller genom att lugna barnet och hjälpa det att hantera situationen. Om föräldrarna förmedlade ett förtroende för sjuksköterskans kompetens och uppfattningen att momentet var nödvändigt, upplevdes det som gynnsamt för både barnets förmåga att medverka och sjuksköterskans förmåga att sticka.

Motsatsen beskrevs när föräldrarnas inställning till proceduren var att den inte skulle lyckas. Det upplevdes också påverka både barn och sjuksköterska. Föräldrarna sades kunna bilda en dålig spiral, som började med att de talade om för sjuksköterskan och barnet att det inte kommer gå att sätta infart. Det här skapade ängslan hos både barnet och sjuksköterskan, som därmed fick sämre förutsättningar att lyckas. Om då sticket misslyckades bekräftades föräldrarnas påstående och förutsättningarna blev ännu sämre. En annan inställning hos föräldrarna som avhandlades var oviljan att informera barnet om det som skulle hända. Det här upplevdes av sjuksköterskorna som föräldrarnas sätt att skydda sitt barn från obehag men som ändå födde stor frustration.

“Jag kan bli väldigt irriterad, det tror jag vi allihopa blir, väldigt irriterade när vi får in en familj där det är hysch hysch och ‘berätta ingenting och säg ingenting och förklara inte för mycket’.” (Fokusgrupp 1)

Barnets rättigheter vilar i sjuksköterskans händer

Att göra barnet delaktig

Barnets rätt att få vara delaktig ansågs mycket viktig. Delaktighet innebar framför allt medbestämmande i mindre beslut och rätten att få säga stopp. Att prata med barnen och ta deras åsikt i beaktning, men också tolka de yngre barnens signaler och på så vis låta deras röst bli hörd var viktiga strategier för att värna denna rättighet.

“...och som vi var inne på innan ‘men vill du att vi ska sticka i höger arm eller vänster arm?’. Alltså att de får bestämma de små sakerna som de kan.” (Fokusgrupp 4)

För att möjliggöra delaktighet var upplevelsen att det krävdes information på rätt sätt utifrån ålder och mognad, men också vid rätt tidpunkt. Att informera barnet betraktades både som en självklarhet och en utmaning. Målet var att få barnet med på banan vilket var starkt sammankopplat med förberedelse.

“Så jag tror att vi är väldigt överens om att barnets rättighet att veta vad som ska ske, den är viktig. Och det är ingenting man kan sopa under mattan.” (Fokusgrupp 1)

Förberedelser och information sågs som nödvändigt samtidigt som förberedelse av barnet upplevdes prioriteras bort stundtals i brist på tid, inte minst vid mer akuta vårdssituationer och hög arbetsbelastning. Att ge barnet förberedelsetid eftersträvades och tiden beskrevs som viktig för att kunna tillgodose barnets rättigheter. Bristen på tid sattes ofta i samband med bristen på resurser. Deltagarna beskrev till exempel hur det kunde behövas kollegor som tog över arbetsuppgifter för att sjuksköterskan skulle få möjlighet att sticka, men också hur det ofta krävdes att de var fler kring barnet vid själva sticket. Situationen inom den elektiva vården upplevdes ge bättre förutsättningar att säkerställa barnets rättigheter.

“Att förbereda rätt. Barn, och förbereda föräldrar, det är ju jätteviktigt. I den mån det går att göra detta. Har man tid så gör vi ju detta, vi är ju ändå en akutverksamhet.” (Fokusgrupp 2)

En tillitsfull relation

Deltagarna uttryckte vikten av att skapa tillit. Det ansågs som grundläggande att inte lura barnet. Den tillitsfulla relationen byggde på ärlighet och en allians mellan barn och sjuksköterska. Att inte tala sanning beskrevs som ett sätt att skada alliansen. Ärligheten inkluderade att förbereda barnet på att sticket kunde göra ont.

“Ett ganska litet barn fattar det. Att man är otroligt ärlig och rak i sin kommunikation. Att man inte liksom packar in det för att det inte ska vara så skrämmande eller så. För det är sanningen. Vi ska sticka dem.” (Fokusgrupp 1)

En relation till barnet kunde snabbt byggas, även vid kortare mottagningsbesök. Relationen var ett sätt få komma nära och att få förtroendet att sticka, både från barn och föräldrar. I egenskap av ansvarig sjuksköterska lämnade deltagarna inte gärna ifrån sig stickuppgiften till en kollega, eftersom det var dem barnet fått förtroende för. Alliansen mellan barn och sjuksköterska kunde lätt skadas vilket upplevdes ge konsekvenser för framtida omvårdnadsåtgärder.

“Jag kan minnas barn som jag har fått från Barnakuten uppe på avdelningen, som man har försökt sticka och det har inte gått och barnet vill inte komma in i rummet för barnet är så himla rädd. Där att vi måste liksom försöka reparera den här relationen, det här förtroendet på något sätt.” (Fokusgrupp 3)

Barnets liv kommer först

Det ansågs överordnat att rädda barnets liv i situationer när barnets tillstånd krävde en infart eller blodprover. Detta ställde krav på sjuksköterskan att kunna bedöma barnet, eftersom upplevelsen var att andra yrkesgrupper inte alltid hade förståelse för uppgiftens innebörd.

“Är det livshotande så är din rättighet att fortsätta leva och det måste jag fixa. Är det inte livshotande så kan vi kompromissa vissa saker.” (Fokusgrupp 3)

Det venösa sticket betraktades som ett livsavgörande moment, vilket kunde ha en stressande effekt på sjuksköterskan. Livshotande situationer kunde dock också relateras till en sorts

“konsensus” i teamet och samsyn med föräldrarna som underlättade uppgiften, både praktiskt och känslomässigt.

Inte en uppgift som andra

En laddad procedur för sjuksköterskan

Uppgiften att sticka barn skildrades som ett mer laddat moment än andra. Orsaker kunde vara att det är så mycket kring proceduren som behöver fungera och att det krävs tid och resurser som inte alltid finns. Deltagarna beskrev det som en del av jobbet eller en uppgift som sjuksköterskan måste utföra, och som samtidigt rör upp känslor. Det beskrevs vara något som sjuksköterskor vill vara bra på och som skänker glädje när det lyckas.

“Säger man bara ‘sticka venöst’ för mig då får jag, då är jag lite dubbel. Samtidigt tycker jag det är ganska kul om man får till det riktigt bra.” (Fokusgrupp 1)

Deltagarna beskrev att det väcker ångest att sticka barn som inte vill bli stuckna. Känslor som oro och stress uppstod när det krävdes flera stick och barnet var ledset. Sjuksköterskorna kunde uppleva panik och rädsla över att behöva sticka ett barn igen om infarten slutade fungera. Laddningen upplevdes också ligga i att uppgiften är sjuksköterskans ansvar, och att det av till exempel läkare förväntas vara något som ska utföras snabbt och smidigt. Vetskapen om att sticket tillfogar barnet smärta beskrevs skapa laddade känslor. Uppfattningen att yrket istället handlar om att göra gott och att inte orsaka lidande framfördes. Bristen på tid och resurser kunde innebära känslor av otillräcklighet och beskrevs extra tydligt i sammanhang där det är mycket att göra utöver stickproceduren.

“Det är så mycket krav och det är så stora saker, alltså barnets rättigheter och Barnkonventionen, som vi måste leva upp till. Men det känns som att vi har inte de resurserna som det krävs.” (Fokusgrupp 3)

Känsla av misslyckande

Sjuksköterskorna beskrev känslor av misslyckande och skuld både när sticket lyckades och inte gjorde det. I de fall sticket hade haft önskad effekt kunde det istället handla om barnets

reaktion eller situationen i övrigt. De barn som behöll sin rädsla inombords kunde beröra extra mycket. Skuld känslor beskrevs också när infarter ordinerades och sattes utan att det upplevdes som nödvändigt. Att inte lyckas sätta infart eller ta blodprover kunde leda till känslan av att vara dålig på sitt jobb eller väcka grubblerier kring vad som hade kunnat göras annorlunda.

“- Liksom ett stick, det får vi leva med, men när vi börjar gå två, tre och sånt och barnen är ledsna, de förstår inte vad som händer. [...] och så är det nån som försöker blåsa bubblor men så man blir bara stressad, fan jag får inte in detta, det här är inte bra...

- Och mamma gråter.

- Det är det värsta.

-[...] När jag går härifrån, jag känner mig så dålig, jag känner mig så värdelös på mitt jobb. Det känns som att jag bara, nu har jag bara misshandlat ett barn därför att ingenting fungerar.” (Fokusgrupp 3)

Önskan att lyckas uttrycktes vara stor för att det gäller barn, och att det är särskilt påtagligt när det handlar om spädbarn. Misslyckandet var extra kännbart eftersom stickproceduren kräver mer än mycket annat. Sjuksköterskorna beskrev hur barnet utsätts för onödigt lidande när inte sticket lyckas, medan ett stick som hjälper barnet inte orsakar lidande. Upprepade misslyckanden kunde få en att ifrågasätta sin egen förmåga, samtidigt som det talades om prestigelöshet och att inte ha kravet på sig att lyckas alla gånger. Sjuksköterskorna berättade att de med åren hade lärt sig att lägga mer tid på stickproceduren för att minska risken att misslyckas. Sådana erfarenheter framträdde som en faktor som motverkar känslan av misslyckande och ger sjuksköterskan möjlighet att utföra arbetsuppgiften på det sätt som känns rätt.

“Alltså jag tror att vi är tillräckligt vana för att, att inte göra något som vi inte själv känner oss... det är därför det inte blir så många situationer där vi inte mår bra, för vi gör oftast inte som vi känner kommer gå åt pipan.” (Fokusgrupp 4)

Att värna respekten för barnet

Sjuksköterskan som barnets företrädare

Deltagarna skildrade på olika sätt upplevelsen av att fungera som barnets företrädare, när stickproceduren på något sätt hotade att kränka barnets integritet. Sjuksköterskans ansvar att stå upp för barnet och minimera barnets lidande beskrevs som att vara barnets “ambassadör”, “förespråkare”, “försvarare” och “advokat”. De lyfte vikten av att skydda barnet från nålsättningar och provtagningar som ansågs onödiga och att säga ifrån gentemot läkare och vid behov föräldrar, för att sätta gränser utifrån barnets perspektiv. Att skydda barnet från omotiverat lidande upplevdes som en skyldighet, men en skyldighet som kräver mod.

“Inga onödiga stick, utan bara stick när man måste. Det är också vår skyldighet som personal att stå upp för det, för barnens rättighet till det. [...] Det måste man som sjuksköterska våga.” (Fokusgrupp 4)

Deltagarna uttryckte ett behov av att ifrågasätta varför och hur proceduren skulle genomföras och möjligheten att vägra sticka ett barn, till förmån för ett lindrigare alternativ. Alternativet kunde vara premedicinering, sövning eller hjälp från narkospersonal men också att låta barnet avstå sticket helt och hållet. Erfarenhet förde tyngd med sig och gjorde det lättare att säga ifrån.

Barnet ansågs kunna skyddas genom att sjuksköterskan backade och avbröt när det inte gick som planerat. Det upplevdes som viktigt att inte lägga någon prestige i att genomföra proceduren. Att backa sågs som ett sätt att reducera lidandet genom att begränsa antalet stickförsök, stoppa utdragna procedurer och skjuta på mindre brådskande stick för att ge barnet tid att förbereda sig. Deltagarna framhöll betydelsen av att säga stopp och beskrev detta som sjuksköterskans ansvar, att sjuksköterskan har den makten.

“Jag tänker att det är viktigt som sjuksköterska. Att vi försöker lite men funkar det inte så måste någon sätta stopp också. Och jag tänker att det då är för att värna barnets rättigheter, alltså värna om barnets bästa.” (Fokusgrupp 2)

Backa kunde också innebära att be om hjälp från en kollega. När man inte kände sig i form eller problem uppstod fanns en upplevelse av att det alltid gick att be om hjälp och att detta var en fördel för barnet. Dock krävdes att det fanns kollegor med kompetens att tillgå.

“Ja men som när jag jobbade på ett litet sjukhus där det inte finns många specialiteter du kan ringa efter hjälp. Så de som kommer då de är inte bättre än vad jag är, oftast, utan då blir det mer skräck för barnet i de situationerna.” (Fokusgrupp 1)

Att bekräfta barnets upplevelse

Sjuksköterskorna delade erfarenheter av att motverka lidande i samband med stickprocedurer där barnet reagerade starkt med till exempel gråt eller skrik. Barnets rädsla beskrevs som något naturligt och något som sjuksköterskan behöver ta hand om och bemöta. Vikten av att hjälpa barnet att själv hantera situationen beskrevs. Detta gjordes bäst genom att skapa ett lugn i situationen och ge barnet kontroll.

Att lugna barnet genom sederande läkemedel ansågs vara ett verktyg för att skapa en tryggare upplevelse och minskat lidande, men kunde också ta ifrån barnet kontrollen över situationen. Det sågs som en viktig egenskap hos sjuksköterskan att kunna göra denna bedömning utifrån barnets bästa.

“Och det är ju det som är viktigt då att känna av, för en del barn vill ju verkligen ha kontroll. Då kanske det inte funkar att de sover och sen hoppsan och hej. Vissa vill ju i stort sett sitta och titta medan andra vill inte veta.” (Fokusgrupp 1)

Återkoppling beskrevs som ett sätt att läka det brustna förtroendet och förhindra negativ påverkan på framtida vårdssituationer för barnet. Det innebar att sitta ner med barnet direkt efter eller vid ett senare tillfälle, och prata om situationen, att fråga hur det kändes och bekräfta barnets berättelse. Upplevelsen var att känslan av obehag kunde lindras om barnen fick reflektera över det. Att prata med barnet efter en situation där man behövt hålla lite hårdare kunde fungera som ett sätt att *“inte förlänga lidandet”*. Erfarenheten var att barn ofta själva kom till insikten att sticket inte varit så illa som befarat, men det hände också att sjuksköterskan drog den slutsatsen åt barnet.

“...och det kan kanske de flesta känna igen att man säger något i stil med ‘men det var väl inte så farligt?’, och vad tillför man då?” (Fokusgrupp 2)

Deltagarna beskrev vikten av att stärka barnen genom att berömma dem. Både i situationer som gått bra och dåligt. Det kunde också kännas meningsfullt för dem själva att ge barnet någonting positiv, särskilt när det hade skapats en allians. Att få barnet att känna sig modigt och en erfarenhet rikare kunde upplevas tillfredsställande.

“Även om man misslyckats så försöker jag alltid typ så, ja men barnet DU lyckades. Här du får ändå en present.” (Fokusgrupp 3)

Diskussion

Metoddiskussion

Fokus på fokusgrupperna

Graneheim och Lundman (2004) föreslår att studier med kvalitativ innehållsanalys ska utvärderas utifrån begreppet trovärdighet. Det här avgörs bland annat av hur relevant urvalet och datainsamlingen är för studiens syfte samt resultatets tillförlitlighet och överförbarhet. Initialt planerades fem fokusgrupper. Efter ett bortfall på tre deltagare återstod fyra grupper om vardera fem, fyra, tre och två deltagare. Ett deltagarantal på fyra till sex kan ses som tillräckligt och lämpligt (Wibeck, 2017). Vardera fyra till sex deltagare eftersträvades, men på grund av logistiska hinder accepterades ett lägre antal deltagare i två av grupperna. Detta motiverades med att alla sjuksköterskor som visat intresse skulle erbjudas möjlighet att medverka, samtidigt som homogena grupper med deltagare från samma arbetsplats kunde bibehållas. Ett deltagarantal under fyra är inte i sig sämre, men ökar risken för spänningar i gruppen (Wibeck, 2017). Inga betydande spänningar noterades i någon av grupperna, oavsett deltagarantal. Inte heller tycktes engagemang eller samtalsvilja påverkas av antalet deltagare. För att få ett så rikt material som möjligt bör en bredd i erfarenhet eftersträvas bland deltagarna (Henricson, 2017). I grupperna uppnåddes en stor variation av erfarenhet i antal år som sjuksköterska och antal år som yrkesverksam inom barnsjukvården. Spridningen i

verksamhetserfarenhet var också betydande. Bland deltagarna fanns både specialistutbildade och grundutbildade sjuksköterskor samt representation av både den öppna och slutna barnsjukvården. Bredden hos den samlade deltagargruppen talar för resultatets överförbarhet till andra barnkliniker i landet.

Tanken med fokusgruppsintervjuer som metod för datainsamling var att skapa en diskussion mellan deltagarna och låta dem resonera själva kring det som kom upp. I grupperna fördes till viss del en diskussion, mer i några än i andra, men ofta rådde samstämmighet. Det blev tydligt vilka ämnen som återkom och som grupperna ville fördjupa sig i. Frågan är om metoden som sådan hindrade enskilda deltagare att lyfta aspekter som engagerade dem. En förhoppning var att deltagarna skulle ha möjlighet att prata mer öppet kring sina upplevelser och därför skapades varje grupp med deltagare från samma arbetsplats. Wibeck (2017) rekommenderar homogena fokusgrupper, särskilt för studier som berör känsliga ämnen eller ämnen där diskussionen gynnas av att deltagarna har gemensamma erfarenheter eller referenser. Möjligen kan ändå rådande normer på arbetsplatsen och dynamiken i gruppen ha haft en hämmande effekt på diskussionen. En sådan eventuell effekt kan påverka trovärdigheten i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

En av fokusgruppens fördelar är att metoden öppnar upp för oväntade ämnen och perspektiv för både deltagare och moderatorer (Wibeck, 2017). Vissa aspekter av resultatet kan beskrivas som mindre förutsägbara, vilket kan tänkas bero på valet av insamlingsmetod. Exempelvis var fokuset på föräldrarna och föräldrarnas inverkan på sjuksköterskan något som engagerade mer än uppsatsförfattarna väntat sig.

Den semistrukturerade intervjun

Semistrukturerade intervjuer genomfördes, med en intervjuguide som stöd. Detta för att gynna interaktionen och undvika för mycket styrning av samtalet (Danielson, 2017). Vissa grupper krävde mer styrning för att inte frångå ämnet och andra behövde följdfrågor för att hålla diskussionen vid liv. I en semistrukturerad fokusgruppsintervju bör moderatören inta en tillbakadragen roll (Wibeck, 2017). Tanken var att diskussionerna skulle driva sig själva, vilket de i viss utsträckning gjorde. Emellanåt tenderade dock moderatören att inta en mer aktiv roll i konstruktionen av samtalet, vilket inte är eftersträvansvärt enligt metoden (Wibeck,

2017). Kanske hade det lämpat sig med en mindre strukturerad intervju för att utnyttja fokusgruppsmetodens fulla potential.

Innehållsanalysen

Utförandet av innehållsanalys innebär en bearbetning av texten i flera steg (Graneheim & Lundman, 2004). Kondenseringen av de meningsbärande enheterna riskerade att skala av de underliggande meningarna, varför berörda delar ombearbetades. Tendensen att koda för abstrakt uppstod och det blev nödvändigt att backa tillbaka och upprepa proceduren. Tillförlitligheten hos det utvalda materialet stärktes i och med att identifieringen av de meningsbärande enheterna, kondenseringen och kodningen gjordes av respektive uppsatsförfattare (Graneheim & Lundman, 2004). Det rådde stor samstämmighet kring vad som kunde anses vara meningsfullt för syftet. Momentet att skapa subkategorier innebar ett omfattande arbete eftersom koderna var många och passade samman i flera olika konstellationer. En utmaning som lyfts fram av Graneheim et al. (2017) och som uppsatsförfattarna blev väl medvetna om är den att bibehålla samma logik, abstraktionsnivå och tolkningsgrad genom hela analysen. Intentionen var att presentera studiematerialets latent innehåll i de fyra kategorier som formulerades. Resultatet beskrevs så utförligt som möjligt och citaten valdes ut med omsorg, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ska kunna öka studiens trovärdighet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att sjuksköterskor som jobbar med barn upplever barnets rättigheter som något som behöver beaktas i samband med den venösa stickproceduren. Barnet som patient är speciell på sätt som påverkar arbetsuppgiften och ställer krav på sjuksköterskan att kunna hantera både barnet i all sin komplexitet och dess föräldrar. Den rättighet som lyftes fram som dominerande vid venösa stick var barnets rätt till medbestämmande. Denna ställdes i kontrast till rätten till liv vid akuta, livshotande situationer. Momentet var förknippat med laddade känslor hos sjuksköterskan där beskrivningen av att lyckas eller misslyckas var återkommande. Misslyckandet var förknippat med situationer där barnets rättigheter kränktes eller barnet tillfördes lidande. Sjuksköterskan upplevdes ha ett ansvar att skydda och stärka barnet genom proceduren.

Studier har tydligt visat vad barn önskar och behöver för att motverka upplevelsen av rädsla och smärta i kontakt med vården (Davison et al., 2021; Jepsen et al., 2019; Karlsson et al., 2014; Kleye et al., 2021). Sjuksköterskorna i den här studien uttryckte en önskan och eftersträvan att tillgodose barnets rättigheter i samband med venösa stick, men att det fanns hindrande omständigheter. De mest framträdande var bristen på tid och resurser och föräldrar beskrevs som både en förutsättning och ett hinder. Omständigheterna som framställdes bekräftar tidigare studiers resultat (Hjelmgren et al., 2022; Sahlberg et al., 2020; Sundal, 2020) och kan därför tolkas vara återkommande inom barnsjukvården. Bristande förståelse och orimliga förväntningar från andra yrkesgrupper var ytterligare faktorer som enligt studieresultatet kunde utgöra hinder. Arbetets förutsättningar såg ut att ha stor inverkan på deltagarnas känslor relaterade till stickproceduren. Frustrationen över att inte räckta till eller att behöva göra prioriteringar beskrevs vara större inom akut verksamhet än inom den elektiva vården. En medvetenhet om och ett engagemang kring barnets rättigheter tycktes råda bland sjuksköterskorna. Barnkonventionen fördes på tal som något som till fullo inte gick att leva upp till vilket också har belysts tidigare (Quaye et al., 2019; Sahlberg et al., 2020). Det här kunde föda en känsla av vanmakt. Enligt filosofen Jametons definition av moralisk stress kan smärtsamma känslor uppstå till följd av att inte kunna utföra det moraliskt rätta i situationen (Corley, 2002).

Enligt kompetensbeskrivningen ska sjuksköterskor som arbetar med barn samarbeta med hela familjen vilket kräver specifik kunskap, färdighet och kompetens (Riksföreningen för barnsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Sjuksköterskorna uttryckte förståelse för hur föräldrarnas oro och tidigare erfarenheter kunde påverka situationen. Föräldrarna sågs som en tillgång i arbetet med barnet, men var samtidigt källa till frustration. De beskrevs som avgörande för stickproceduren, vilket även tid och resurser i form av kollegor framställdes som. Till skillnad från dessa organisatoriska faktorer, som rimligen kan och bör tacklas på organisatorisk nivå, är utmaningar i samarbetet med föräldrarna något som sjuksköterskor förväntas klara av på egen hand.

Sjuksköterskorna eftersträvade att skapa en tillitsfull relation och involvera barnet i olika beslut. Barn som blir engagerade och känner förtroende för personalen blir mer tillmötesgående och får en bättre upplevelse av vården (Davison et al., 2021). Deltagarna beskrev ärlighet som något av det viktigaste för att erhålla barnets tillit. Sjuksköterskan ansågs ha ansvaret att skapa en allians med barnet, bibehålla den och vid behov reparera ett

brustet förtroende. Även uppgiften att hantera ett förtroende som skadats vid tidigare vårdkontakter tillskrevs sjuksköterskan, vilket kan ses som ett tungt ansvar och ytterligare en utmaning för sjuksköterskor i samband med stickproceduren. Sjuksköterskorna beskrev en känsla av ansvar för barnets rättigheter genom att inte vilja lämna ifrån sig uppgiften att sticka ett barn till en kollega. Tilliten de byggt upp och förtroendet de fått från barnet innebar att de ansåg sig bäst lämpade att utföra uppgiften. En sjuksköterska som visar moraliskt engagemang gentemot sina patienter, tenderar att utveckla moralisk kompetens och därmed utstå mindre moralisk stress (Corley, 2002). Relationen mellan sjuksköterska och barn kan därför tänkas ha betydelse inte bara för barnet utan även för sjuksköterskan.

Något som framkom angående att sticka barn i akuta situationer var de moraliskt förlåtande omständigheter som uppstod i samband med vad som kan tolkas som en samsyn kring barnets bästa. En konsensus i teamet underlättade uppgiften och föräldrar visade ökad förståelse. Det akuta i situationen flyttar fokus från den etiska pressen (Corley, 2002). När det finns ett samförstånd mellan sjuksköterska, läkare och föräldrar, och valmöjligheterna är få, minskar risken för att sjuksköterskan upplever moralisk stress. Vikten av konsensus i teamet i samband med venösa stick går att återfinna i studien av Hjelmgren et al. (2022). Där upplevde sjuksköterskorna att ett stöttande team med god kommunikation underlättade blodprovstagningar, vilket tyder på att samsyn är viktigt för proceduren inte bara i akuta situationer.

Uppfattningen om sjuksköterskans viktiga roll för att tillgodose barnets rättigheter, minska lidande och minimera vårdlidande var återkommande. Vårdlidande är ett onödigt lidande som bör motverkas (Arman, 2011) och uppstår när patienten upplever lidande till följd av vård och behandling (Eriksson, 1994). I studien uttrycktes att lidandet undveks när sticket lyckades och barnet fick den hjälp som ämnades. Sjuksköterskorna beskrev känslor av misslyckande eller skuld när de stack barn de inte upplevde behövde stickas, eller när barnet fick genomgå upprepade stickförsök. Målet för omvårdnaden är att lindra lidande och inte orsaka ytterligare lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016), varför känslorna kan vara förenade med yrkets värdegrund. Sjuksköterskorna beskrev att de med åren lärt sig hur de ska handla för att inte bli lika påverkade av stickproceduren, genom att ta sig den tid de ansåg behövdes och inte göra något de inte trodde på. Erfarenhet kan ha effekt på förmågan att hantera moraliskt utmanande situationer och de känslor som dessa väcker (Corley, 2002). Utöver den här känslomässiga aspekten framkom i resultatet att erfarenhet påverkar det praktiska utförandet av proceduren

och spelar roll för möjligheten att stå upp för barnet och bedöma barnets bästa. Det finns en utmaning för verksamheter inom barnsjukvården att stärka sjuksköterskor i arbetsrollen på ett sätt som motsvarar en del av den kunskap som kommer med tiden. Om sjuksköterskor kan tillskansa sig erfarenhet på andra sätt, skulle det kunna vara gynnsamt både för sjuksköterskans välbefinnande och barnets rättigheter i vården.

Konklusion och implikationer

Att värna barnets rättigheter i samband med venösa stick är sjuksköterskans ansvar och inte en helt enkel uppgift. För att genomföra stickproceduren med bibehållen respekt för barnet krävs en medvetenhet och skicklighet, vilket delvis förvärvas över tid. Känslor av att utföra ett gott arbete är förknippade med upplevelsen av att tillgodose barnets rättigheter. Erfarenhet och goda organisatoriska förutsättningar bidrar till den upplevelsen. Tillsammans med en tillitsfull relation till barnet och en samsyn i teamet och med föräldrarna minskas risken för känslor associerade med moralisk stress. Resultatet pekar på att sjuksköterskorna upplever sig tillgodose barnets rättigheter när de ges möjlighet vilket skapar en känsla av tillfredsställelse. Ett antagande är att när sjuksköterskan är nöjd med utförandet av arbetsuppgiften så har barnet det bra. Sjuksköterskors upplevelser av att barnets rättigheter tillgodoses är dock inte en garanti för att så sker. Ytterligare studier krävs för att mäta hur väl barns rättigheter de facto tillgodoses i samband med venösa stick, men sjuksköterskornas upplevelser ger en viktig fingervisning och bör tas på allvar.

Referenser

- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. (2. uppl.) Liber.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9(6), 636–650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 143-153). Studentlitteratur.
- Davison, G., Kelly, M. A., Conn, R., Thompson, A., & Dornan, T. (2021). How do children and adolescents experience healthcare professionals? Scoping review and interpretive synthesis. *BMJ open*, 11(7), e054368. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054368>
- Edwinson, M. M. (2001). Att förbereda ett barn inför operation/procedur. i G.L. Olsson & L. Jylli (Red.), *Smärta hos barn och ungdomar* (1 uppl. s. 105-114). Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1 uppl.) Stockholm: Liber utbildning.
- Forsner, M. (2015). Omvårdnad vid procedurer. i I. Hallström, & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (2 uppl. s. 129-142). Liber.
- Graneheim, U. H., & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Görman, U. (2021). *Vägledning för etikprovning av forskning inom HT-fakulteterna* [Broschyr].

https://www.ht.lu.se/fileadmin/user_upload/ht/dokument/Fakulteterna/policydok_planer/Etikv_aegledning_2021_WEBB.pdf

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 111-120).

Studentlitteratur.

Hjelmgren, H., Ygge, B.-M., Nordlund, B., & Andersson, N. (2022). Nurses' experiences of blood sample collection from children: a qualitative study from Swedish paediatric hospital care. *BMC Nursing*, 21(1), 1–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12912-022-00840-2>

Jepsen, S. L., Haahr, A., Eg, M., & Jørgensen, L. B. (2019). Coping with the unfamiliar: How do children cope with hospitalization in relation to acute and/or critical illness? A qualitative metasynthesis. *Journal of Child Health Care*, 23(4), 534–550. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1367493518804097>

Karlsson, K., Rydström, I., Nyström, M., Enskär, K. & Englund, A-C D. (2016). Consequences of Needle-Related Medical Procedures: A Hermeneutic Study With Young Children 3–7 Years, *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e109-e118. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.008>.

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, 23063. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 57-77). Studentlitteratur.

Kleye, I., Hedén, L., Karlsson, K., Sundler, A. J., & Darcy, L. (2021). 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. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12865>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl.). Studentlitteratur.

Läkemedelsverket (2014). *Behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer i hälso- och sjukvård - kunskapsdokument* [Broschyr].

<https://www.lakemedelsverket.se/48dcfa/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/kunskapsdokument---behandling-av-barn-i-samband-med-smartsamma-procedurer.pdf>

Månsson, M E. (2015). Förberedelse av barn och föräldrar inför undersökning eller åtgärd. i I. Hallström, & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (2 uppl., s. 123-126). Liber.

Noel, M., McMurtry, C. M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2010). Children's memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of pediatric psychology*, 35(6), 626–636.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp096>

Patientlagen (SFS, 2014: 821) Patientlag (2014:821) Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m. SFS 2019:964 - Riksdagen

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9 uppl.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

Quaye, A. 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. <https://doi.org/10.1111/jocn.15042>

Riksföreningen för barnsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2016).

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar [Broschyr].

<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231740/1584023319857/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20barnsjuksk%C3%B6terska.pdf>

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. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/hex.13060>

Socialstyrelsen (2015). *Bedöma barns mognad för delaktighet* [Broschyr]. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-12-22.pdf>

Sundal, H. (2021). Children's Co-Determination During Challenging Procedures: Nurses and Parents Experiences of Caring Under Short-Term Hospital Stays in Norway. *Journal of pediatric nursing*, 57, e34–e39. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.018>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

UNICEF Sverige (u.å). *Barnkonventionen är vårt uppdrag*. <https://unicef.se/barnkonventionen>. Hämtad 2022-03-28.

Ventovaara, P., Sandeberg, M. af, Räsänen, J., & Pergert, P. (2021). Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing. *Nursing Ethics*, 28(6), 1061–1072. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0969733021994169>

WHO World Health Organization (2018). *Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities* [Broschyr]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 169-188). Studentlitteratur.

Intervjuguide

Antal år som sjuksköterska:

Antal år som sjuksköterska i arbete med barn:

Tid på nuvarande arbetsplats:

Hur många av deltagarna är barnsjuksköterskor:

Berätta om din upplevelse av att sticka barn venöst?

Frågor att ställa vid behov, om detta inte berörs spontant av deltagarna

Det finns beskrivet att stick kan orsaka barnet lidande, vad är dina tankar kring detta? Hur tänker du kring att motverka barnets vårdlidande?

Vad upplever du som viktigast för att det ska bli bra för barnet vid sticket?

Vad upplever du som de största hindren för att göra situationen bra för barnet?

Hur tänker du kring barnets rättigheter i samband med venösa stick.

På vilket sätt påverkas din upplevelse av barnets ålder? (Finns det andra egenskaper hos barnet som kan påverka?)

Berätta mer/kan du ge exempel...

Stödord

Delaktighet / medbestämmande

Tillit - relationen mellan sjuksköterska och barn

Integritet