

INNEHÅLL

INLEDNING	1	8. SKYDD MOT VANVÅRD, FÖRSUMMELSE, VÅLD OCH ÖVERGREPP, ARTIKEL 19 ...	40
1. RÄTT TILL BÄSTA UPPNÅELIGA HÄLSA		Skydd mot vanvård, försummelse, våld och övergrepp	40
ARTIKEL 24	2	Barn inom rättsväsendet	41
Somatisk hälsa	4	Anmälningssplikten	46
Psykisk hälsa	5		
Skydd mot alkohol, tobak och narkotika	7	9. RÄTT TILL REHABILITERING EFTER TRAUMA, ARTIKEL 39	50
Barn i gatumiljöer	9		
Sexuell och reproduktiv hälsa	9	10. VÅRDNADSHAVARES RÄTTIGHETER OCH SKYLDIGHETER	52
2. RÄTT TILL GODA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN OPTIMAL UTVECKLING		Rätt till goda uppväxtvillkor	52
ARTIKEL 6	12	Stöd för barnets fortlöpande utveckling ...	55
Varje barns inneboende rätt till livet	13	Vårdnadshavares gemensamma ansvar för sitt barn	56
Barnets rätt till goda förutsättningar för sin optimala utveckling	14	Vårdnadshavares delaktighet i vården	56
Att se till barnets hela livssituation – och samverka	14	Rätt till föräldrastöd	57
3. RÄTTIGHETER FÖR BARN MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING		11. RÄTT TILL INFORMATION ARTIKEL 17	60
ARTIKEL 23	16	12. BARN SOM NÄRSTÅENDE	66
Förebyggande åtgärder	17	13. BARNRÄTTSBASERAD VERKSAMHET	68
Tidigt upptäckande	17	Förbud mot diskriminering, artikel 2	68
Multidisciplinär omvårdnad och forskning	18	Principen om barnets bästa, artikel 3	70
4. RÄTTIGHETER FÖR BARN PÅ FLYKT OCH I ASYLPROCESSEN		Prövning av barnets bästa	77
ARTIKEL 22	19	Ansvar för barnets rättigheter, artikel 4	78
Rätt till identitet, nationalitet och ursprung	19	Information och kunskap om barnets rättigheter, artikel 42	81
5. RÄTT TILL DELAKTIGHET		14. BARNKONVENTIONENS GRUNDPRINCIPER GENOM BARNRÄTTSHANDEN	83
ARTIKEL 12	22	15. NOBAB STANDARD OM BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	86
Alla barn i stånd att bilda egna åsikter	23	16. KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD	87
Barnets ålder och mognad	24	17. FÖR BARN OM BARNETS RÄTTIGHETER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN REGION KRONBERG	92
Barns inställning och samtycke till vård och behandling	26	18. KÄLLOR OCH INSPIRATION FÖR MER LÄSNING	96
Mognadsbedömningar	27		
Vårdnadshavarnas ansvar i förhållande till barnets ökande bestämmanderätt	28		
6. RÄTT TILL PRIVATLIV OCH FAMILJELIV			
ARTIKEL 16	30		
Skydd för sin privata korrespondens	31		
Rätt till privatliv	32		
Register och journaler med uppgifter om barn	33		
7. SJUKHUSSKOLA OCH LEKTERAPI			
ARTIKEL 28 OCH 31	34		
Sjukhuskolan	35		
Lekterapi	37		

INLEDNING

Detta fördjupningsmaterial är till för dig som arbetar med barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa på olika sätt. Barnkonventionen blev lag 1/1 2020 och alla som arbetar med och för barn behöver förstå hur den påverkar ens uppdrag. Patientlagen gäller sedan 2015 och klargör barnets rättigheter inom hälso- och sjukvården. Tillsammans skapar de en grund för barnets rättigheter inom hälso- och sjukvården, tandvården och elevhälsan.

Texten i barnkonventionen är relativt kortfattad och säger väldigt lite om vad rättigheterna innebär rent konkret i det dagliga arbetet. För att skapa en fördjupad förståelse inkluderar detta material därför de tolkningar som FN:s Barnrättskommitté har gjort av innehållet i barnkonventionen genom 24 Allmänna kommentarer, samt UNICEF:s handbok om implementeringen av barnkonventionen. Dessutom inkluderas resonemanget från Regeringens proposition 2013/14:106 Patientlag för att förtydliga hur patientlagen är tänkt att implementeras. Det är inte rimligt att förvänta sig att yrkesverksamma som arbetar med barns hälsa på olika sätt har tid att läsa igenom alla dessa dokument och sälla ut det som är relevant just för dem. Detta fördjupningsmaterial bidrar därför med en lättillgänglig och strukturerad information om barnkonventionens innehåll i relation till barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa.

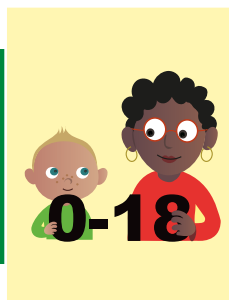
Materialet inkluderar även NOBAB Standard om barnets rättigheter och behov inom hälso- och sjukvården samt Kriterier för Barnanpassad Vård med förslag på tydliga mätbara kriterier utifrån barnkonventionen, Patientlagen och NOBAB. Båda dessa material presenteras dels fördelade i boken utifrån innehåll, dels i sin helhet i slutet av boken. Sist finns Region Kronobergs informationsmaterial för barn om barnets rättigheter inom hälso- och sjukvården.

Notera att även om det för enkelhetens skull står 'hälso- och sjukvård' genomgående i dokumentet så innefattas all vård och behandling som ges inom hälso- och sjukvård, tandvård och elevhälsa av både offentliga och privata aktörer.

Detta fördjupningsmaterial önskar bidra till en ökad förståelse för hur barnkonventionen och patientlagen relaterar till barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa.

ARTIKEL 1, BARNKONVENTIONEN

I denna konvention avses med barn varje människa under 18 års ålder, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet.



Barnkonventionen definierar ett barn som en människa under 18 år. Inom hälso- och sjukvården kan det finnas insatser för unga personer som sträcker sig långt över 18 år. Eftersom denna handbok uteslutande fokuserar på hur barnkonventionen ska tolkas inom hälso- och sjukvården begränsas innehållet till barnkonventionens definition att barn är människor under 18 år.



ARTIKEL 24, BARNKONVENTIONEN

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

2. Konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att:

(a) minska spädbarns- och barnadödligheten,

(b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården,

(c) bekämpa sjukdom och undernäring, bland annat inom ramen för primärvården, genom utnyttjande av lättillgänglig teknik och tillhandahållande av lämpliga och näringsrika livsmedel och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär,

(d) säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar före och efter förlossningen,

(e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall och får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper,

(f) utveckla förebyggande hälso- och sjukvård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.

3. Konventionsstaterna ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.

4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn ska härvid tas till utvecklingsländernas behov.

1. RÄTT TILL BÄSTA UPPNÅELIGA HÄLSA

BARNETS RÄTT TILL BÄSTA UPPNÅELIGA HÄLSA

I KORTHET

- Likvärdig tillgång till hälso- och sjukvården utan någon form av diskriminering.
- När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.
- Vård och behandling ska bidra till bästa uppnåeliga hälsa.
- Vård och behandling ska ges av personal med barnkompetens.
- Barnet får avbryta en undersökning eller behandling för en paus eller försöka igen vid ett annat tillfälle.
- Barnet ska få vård i barnvänliga miljöer.
- Barnet ska i första hand vårdas på en barnavdelning.
- Barn har rätt till anpassad information utifrån ålder och mognad samt specifika behov.
- Barn har rätt till delaktighet och inflytande utifrån ålder och mognad.
- Barn har rätt att ha en vårdnadshavare eller annan närstående med sig.
- Barn har rätt till skola och lek vid inneliggande vård.
- Barn har rätt till tolk vid behov samt rätt att inte användas som tolk till närstående.

Alla barn har en inneboende rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Hälso- och sjukvård ska vara av hög kvalitet samt vara praktiskt och ekonomiskt tillgänglig. Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa i barnkonventionen utgår ifrån en vid definition av hälsa, utifrån rätten att må så bra som det är möjligt baserat på det enskilda barnets förutsättningar. Barnkonventionen delar Världshälsoorganisationens (WHO:s) globala definition av hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte enbart som frånvaro av sjukdom och andra åkommor. Rätten till hälsa inkluderar bl.a. att barn i rätt tid ska få lämplig förebyggande, hälsofrämjande, behandlande, rehabiliterande och palliativ vård.

Utgångspunkten är att barn har rätt till en optimal utveckling och att växa upp under förhållanden som främjar deras hälsa på bästa möjliga sätt. Rätten till bästa uppnåeliga hälsa bygger på att alla barn har likvärdiga förutsättningar att få hälso- och sjukvård och rehabilitering när de behöver det. Inget barn ska nekas rätt till bästa uppnåeliga hälsa eller likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering (artikel 2). Det omfattar det kommunala och regionala hälso- och sjukvårdsansvaret, det förebyggande folkhälsoarbetet och det förebyggande arbetet för att förhindra skador, olyckor och våld.

Likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård inkluderar även att se till flickors och pojkars olika behov, samt att vara uppmärksam på könsrelaterade normer och värderingar som kan påverka deras hälsa och utveckling. Barn med funktionsnedsättning ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering som andra barn, samt tillgång till den hälso- och sjukvård och rehabilitering de behöver på grund av sin funktionsnedsättning.

Utifrån rätten till bästa uppnåeliga hälsa (artikel 24) och rätten till rehabilitering efter trauma (artikel 39) bör Sverige tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster som tar hänsyn till alla barns särskilda behov och mänskliga rättigheter, med särskild uppmärksamhet på följande:

- a) **Tillgång.** Primär hälso- och sjukvård bör omfatta tjänster som tar hänsyn till barns behov, psykiska och somatiska hälsa, samt ungdomars rätt till sexuell och reproduktiv hälsa.
- b) **Tillgänglighet.** Hälso- och sjukvårdsinstitutioner, produkter och tjänster bör vara kända och lättillgängliga (ekonomiskt, fysiskt och socialt) för alla barn utan diskriminering. Sekretess bör garanteras om det behövs.
- c) **Godtagbarhet.** Alla hälso- och sjukvårdsinstitutioner samt relaterade tjänster och produkter bör till fullo respektera bestämmelserna och principerna i barnkonventionen. De bör även respektera kulturella värderingar, vara genusmedvetna, respektera medicinsk etik och vara godtagbara både för barn och för den samhällsgemenskap där de bor.
- d) **Kvalitet.** Hälso- och sjukvårdstjänster och -produkter bör vara vetenskapligt och medicinskt lämpliga. Detta kräver personal som är utbildad för att vårda barn, ändamålsenliga inrättningar och vetenskapligt accepterade metoder.

SOMATISK HÄLSA

FN:s barnrättskommitté lyfter vikten av att redan från födseln arbeta förebyggande med till exempel komplikationer vid för tidig födsel, asfyxi, låg födelsevikt, överföring från mor till barn av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar, neonatala infektioner och lunginflammation. Det är även viktigt att hälso- och sjukvården arbetar med reproduktiv hälsa samt föräldrars, nyföddas och barns hälsa utifrån ett holistiskt perspektiv på barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa. I detta ingår screening för att upptäcka missbildningar, säkra förlossningar och vård av nyfödda. Vidare lyfts vikten av att ägna särskild uppmärksamhet åt att värna och främja amning. Sverige har en skyldighet att minska barnadödligheten för barn under fem år.

Alla barn ska tillhandahållas nödvändig sjukvård och hälsovård. Barnkonventionen lyfter särskilt fram utveckling av primärvård för alla barn, i så nära anslutning som möjligt till barnens och deras familjers hem. Vad primärvården ska innehålla är upp till Sverige att definiera. I FN:s definition av primärvård inkluderas även elevhälsovård.

Staterna bör prioritera allmän tillgång till primärvård för barn, i så nära anslutning som möjligt till barnens och deras familjers hem, främst inom lokalsamhällen. Tjänsternas exakta utformning och innehåll kommer att variera från land till land, men det krävs under alla omständigheter effektiva hälsovårdssystem med en robust finansieringsmekanism, en välutbildad och skäligt avlönad arbetsstyrka, tillförlitlig information att grunda beslut och policyer på, välskötta

anläggningar och logistiksystem som levererar mediciner och teknik av god kvalitet, samt starkt ledarskap och styrning

Att tillhandahålla hälso- och sjukvård i skolor skapar en viktig möjlighet för hälsofrämjande arbete och screening för sjukdomar och ökar tillgängligheten till hälsovård för barn som går i skolan.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmän kommentar nr 15, om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (artikel 24).
CRC/C/GC/15, 2013, punkt 36.

Sverige har även en skyldighet att göra oombärliga läkemedel tillgängliga, åtkomliga och prismässigt överkomliga. I takt med att nya effektiva läkemedel, utrustning och insatser utvecklas bör de göras allmänt tillgängliga.

FN:s Barnrättskommitté har definierat kraven på hälso- och sjukvården:

För att minska spädbarns- och barnadödligheten och låta barn börja sina liv med god hälsa (artikel 24) bör [Sverige] säkerställa att barn har tillgång till hälso- och sjukvård och kost av högsta uppnåeliga standard under sina tidiga år. I synnerhet gäller följande:

a) [Sverige] har ansvar för att säkerställa tillgången till rent dricksvatten, adekvata sanitetstjänster, lämpliga vacciner, näringsrik kost och bra hälso- och sjukvårdstjänster. Detta är nödvändiga förutsättningar för en god hälsa hos små barn, och det är även en stressfri miljö. Undernäring och sjukdom har långsiktig inverkan på barns fysiska hälsa och utveckling. De påverkar barns psykiska tillstånd, inverkar negativt på lärande och socialt deltagande, och minskar utsikterna för att barn ska förverkliga sin potential. Detsamma gäller övervikt och ohälsosam livsföring.

b) [Sverige] har ansvar för att genomföra barnets rätt till hälsa genom att uppmuntra utbildning i barnhälsa och barns utveckling, inklusive fördelarna med amning, näringsrik kost, hygien och sanitet. Tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar och nyfödda före och efter förlossningen bör också prioriteras, i syfte att främja hälsosamma relationer mellan familj och barn, särskilt mellan barnet och barnets [vårdnadshavare] (artikel 24.2). Små barn har själva förmågan att bidra till sin personliga hälsa och uppmuntra hälsosam livsföring bland sina kamrater, till exempel genom att delta i passande barnfokuserade hälsoutbildningsprogram.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 7, om genomförandet av
barnets rättigheter under tidig barndom.
2005, punkt 27.

De huvudsakliga hälsorisker som barn utsätts för ska inkluderas i förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Här ingår sjukdomar och andra hälsorisker som olyckor, våld, drogmissbruk samt psykosociala och psykiska hälsoproblem. FN:s Barnrättskommitté anger att i den förebyggande hälso- och sjukvården bör det ingå hantering av smittsamma och icke smittsamma sjukdomar och en kombination av biomedicinska, beteendemässiga och strukturella åtgärder. Arbetet med att förebygga icke smittsamma sjukdomar bör inledas tidigt i livet genom att man främjar och stöder en sund livsstil och en våldsfri miljö för gravida kvinnor, deras partner och för barn.

PSYKISK HÄLSA

Barn med psykisk ohälsa har rätt att få den behandling och rehabilitering de behöver för att åtnjuta rätten till bästa uppnåeliga hälsa. Alla beslut som rör vård och omhändertagande inom psykiatrisk vård ska dessutom fattas i enlighet med principen om barnets bästa (artikel 3).

FN:s Barnrättskommitté är bekymrad över den ökande psykiska ohälsan bland barn i Sverige, som t.ex. beteendestörningar, depressioner, ångest och ätstörningar. De är även oroade över den ökade psykiska ohälsan till följd av psykologiska trauman efter övergrepp, vanvård, våld eller utnyttjande, samt ökat riskbeteende med självskador och självmord.

Sverige uppmanas att:

- tillhandahålla lämplig behandling och rehabilitering av barn med psykisk ohälsa
- informera samhället om tidiga tecken och symtom och hur allvarliga dessa besvär är
- skydda barn från onödiga påfrestningar, inklusive psykosocial stress, samt att bekämpa diskriminering och stigmatisering kring psykiska störningar.

Alla barn med psykisk ohälsa har rätt att få behandling och vård efter behov, i så stor utsträckning som möjligt i det lokalsamhälle där de bor. När det är nödvändigt med sjukhusvård eller placering inom psykiatrisk vård bör detta beslut fattas i enlighet med principen om barnets bästa.

Vid sjukhusvård eller placering inom psykiatrisk vård ska barnet i största möjliga utsträckning ges möjlighet att åtnjuta alla de rättigheter som erkänns i barnkonventionen, inklusive rätten till utbildning och tillgång till rekreationsaktiviteter. När det är lämpligt bör barn åtskiljas från vuxna. Barn bör även ha tillgång till en personlig företrädare, som inte är en familjemedlem, att representera deras intressen när detta är nödvändigt och ändamålsenligt. I enlighet med artikel 25 i barnkonventionen bör återkommande granskningar av barns placering på sjukhus eller psykiatriska institutioner göras.

KRITIK

FN:s Barnrättskommitté granskar hur Sverige lever upp till åtaganden i barnkonventionen. I sin kritik till Sverige har kommittén uttryckt oro kring utvecklingen av barns psykiska hälsa:

Kommittén noterar med oro

- a) den markanta ökningen av antalet barn som bedöms ha så kallade inlärnings- eller beteendesvårigheter, i synnerhet Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (adhd),*
- b) ökningen av förskrivningen av amfetamin och amfetaminliknande psykostimulerande läkemedel, framför allt i form av metylfenidat, utan ordentlig utredning av deras biverkningar, och det missbruk som användningen av dessa läkemedel resulterar i.*

Kommittén uppmanar konventionsstaten att inrätta ett system av oberoende experter som bevakar diagnosen av adhd och andra beteendeproblem och användningen av läkemedelsbehandling för barn som fått diagnosen och att

- a) bedriva oberoende forskning om diagnostiseringsmetoder som används i bedömningen av barns psykiska hälsoproblem,*
- b) säkerställa att lämplig och vetenskapligt beprövad psykologisk behandling och specialiststöd för barn, deras föräldrar och lärare prioriteras framför förskrivningen av läkemedel vid adhd och andra beteendeproblem.*

Kommittén är oroad över att skolhälsovården, trots det höga antalet unga med psykisk ohälsa och psykosociala sjukdomar, inte har tillräckligt med resurser för att ta hand om dem i tid och på lämpligt sätt, och att de behöver vänta länge innan de får komma till skolpsykologer och ta del av det psykosociala stödsystemet.

Kommittén rekommenderar att konventionsstaten ökar resurserna till skolhälsovården för att säkerställa att barn har tillgång till och får lämpligt stöd vid psykosociala och psykiska problem samt lämplig psykiatrisk vård inom rimlig tid, som tidigare rekommenderats av kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

FN:s Barnrättskommitté,
Sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges femte periodiska rapport.
CRC/C/SWE/CO/5, 2015, punkt 43-46.

FN:s Barnrättskommitté är oroad över den stora ökningen av neuropsykiatriska diagnoser på barn. De påpekar att barn som växer upp med en hemsituation präglad av våld eller övergrepp kan utveckla kliniskt identiska symtom som barn med neuropsykiatriska tillstånd. Det gäller därför att vara vaksam så att de barn som är våldsutsatta, snarare än funktionsnedsatta, upptäcks och får det skydd och stöd de har rätt till. Dessutom bör vi vara uppmärksam för att undvika övermedicinering vid psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa och psykosociala problem – till exempel självmord, självskadebeteende, ätstörningar och depression – är bland de främsta orsakerna till ohälsa, sjuklighet och dödlighet bland ungdomar, i synnerhet ungdomar i utsatta grupper. Den här sortens problem härrör ur en komplex växelverkan mellan genetiska, biologiska, personlighetsmässiga och miljömässiga orsaker, och förvärras bland annat av att man upplevt väpnad konflikt, fördrivning, diskriminering, mobbning och social exkludering, men också av press vad gäller kroppsuppfattning och en kultur som eftersträvar ”perfektion”.

Faktorer som man vet främjar återhämtningsförmåga och en hälsosam utveckling och skyddar mot psykisk ohälsa är bland annat: starka relationer till och stöd från viktiga vuxna, positiva förebilder, tillräcklig levnadsstandard, tillgång till gymnasieutbildning av

god kvalitet, möjligheter till inflytande och beslutsfattande, medvetenhet om psykisk hälsa, färdigheter i problemlösning och hantering av svårigheter, samt trygga och hälsosamma utomhusmiljöer i lokalsamhället.

Kommittén vill betona att [Sverige] bör anta ett synsätt som utgår från folkhälsa och psykosocialt stöd, i stället för övermedicinering och institutionsplacering. Det behövs heltäckande åtgärder över sektorsgränser, via integrerade system för psykisk hälsovård för ungdomar där föräldrar, kamrater, den bredare familjekretsen och skolorna medverkar, och stöd och bistånd måste ges av utbildad personal.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna Kommentarer nr 20, om genomförandet av
barnets rättigheter under ungdomsåren.
2016, punkt 58.

SKYDD MOT ALKOHOL, TOBAK OCH NARKOTIKA

Artikel 33 ger barnet rätt till skydd mot ämnen som kan förändra barns mentala tillstånd, vara beroendeframkallande eller skadliga för barnets hälsa. Detta inkluderar narkotika och psykotropa ämnen (läkemedel som påverkar sinnet och som kan användas för att behandla psykiska sjukdomar), lösningsmedel, tobak och alkohol, samt andra läkemedel som inte bör ges till barn.

Inledningsvis ingick inte tobak och alkohol under artikel 33. FN:s Barnrättskommitté har däremot lyft in tobak och alkohol i sin allmänna kommentar nr. 15 om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Barn ska skyddas mot alla delar av tillverkning, transport eller smuggling samt försäljning av narkotika.

Barn har rätt till skydd mot ett eget missbruk, samt från de skadliga effekterna av vuxnas bruk och missbruk som kan drabba barnet. Föräldrars eller andra familjemedlemmars missbruk kan även resultera i att barn försummas eller utsätts för våld eller övergrepp (artikel 19).



Det är ytterst ovanligt att små barn missbrukar alkohol eller narkotika, men de kan behöva specialistvård om de har fötts av alkohol- eller narkotikaberoende mödrar, och skydd om familjemedlemmar är missbrukare och de löper risk att utsättas för narkotika.

De kan också lida av alkohol- eller narkotikamissbrukets negativa inverkan på familjens levnadsstandard och på deras omvårdnad, samt riskera att själva tidigt inleda ett alkohol- eller narkotikamissbruk.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 7, om genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom.
2005, punkt 36F.

Barn har rätt till information som syftar till att främja barnets välbefinnande samt fysisk och psykisk hälsa (artikel 17). Detta inkluderar information som beskriver riskerna med att missbruka droger, alkohol och tobak samt spel och porr. Informationen ska även öka barnets kunskap om möjligheter till en hälsosam livsstil. Sådan information ska grundas på vetenskap, inte vara överdriven samt förmedlas på ett tilltalande, lättförståeligt och trovärdigt sätt som barn kan ta till sig av.

Optimalt bör skyddet mot vuxnas missbruk träda i kraft redan innan barnet är fött för att förebygga skador och förhindra att spädbarn får bestående skador av mammans missbruk under graviditeten och genom amningen när barnet är fött. De flesta regioner har rutiner för hur man kontakter socialtjänsten när man misstänker eller har vetskap om att en gravid kvinna missbrukar samt hur man förbereder en orosanmälan som aktualiseras på BB när barnet är fött.

Barnets rätt till likvärdig tillgång till vård för bästa uppnåeliga hälsa (artikel 24) inkluderar behandlingsmetoder för barn som behöver stöd för att komma ifrån sitt missbruk. FN:s regler för skydd av frihetsberövade barn kräver att barn som omhändertagits för missbruk, psykisk ohälsa eller för att de begått lagöverträdelser ska vistas i en miljö som förebygger missbruk och som tillhandahåller avgiftning för drog- eller alkoholberoende ungdomar. Sådana verksamheter ska ha kvalificerad personal som arbetar förebyggande och med rehabilitering som anpassas efter barnens ålder, kön och behov. Särskild hänsyn ska tas så att barn som omhändertagits inte genom omhändertagandet utsätts för introduktion eller eskalering av drogmissbruk eller att andra personer som befinner sig i samma miljö introducerar barnet till droger.



Kommittén oroas av det inflytande som marknadsföring av ohälsosamma produkter och livsstilar har på ungdomars hälsobeteenden. I enlighet med artikel 17 i konventionen uppmanar kommittén [Sverige] att skydda ungdomar från information som är skadlig för deras hälsa och utveckling, samtidigt som den understryker deras rätt till information från olika nationella och internationella källor.

[Sverige] uppmanas därför att reglera eller förbjuda information om och marknadsföring av ämnen som alkohol och tobak, särskilt när målgruppen är barn och ungdomar.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 4, om ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter.
2003, punkt 25.

BARN I GATUMILJÖER

De barn som är hemlösa eller till största delen spenderas sin tid i gatumiljöer är en särskild riskgrupp när det gäller barnets fysiska och psykiska hälsa samt utsatthet i relation till droger, kriminalitet och våldsutsatthet. Även om detta främst är ett storstadsfenomen kan hemlösa barn finnas i alla kommuner.

Vård bör göras tillgänglig oavsett vistelseort eller social status. Barn i gatumiljöer bör ha tillgång till gratis grundläggande hälso- och sjukvård genom allmän sjukförsäkring och sociala trygghetsprogram. [Sverige] bör öka tillgängligheten till prevention, behandling och rehabilitering för missbruk, inklusive skademinimerande samhällstjänster, samt traumaterapi och psykisk hälso- och sjukvård för barn i gatumiljöer.

Vårdpersonalen bör vara utbildad i barns rättigheter och i de särskilda förutsättningar som barn i gatumiljöer har. ... Kommittén betonar behovet av hälsoutbildning och hälso- och sjukvård, inklusive när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa, som är anpassad till de specifika behov som finns hos barn i gatumiljöer. Sådan utbildning och vård bör vara vänlig och stödjande, heltäckande, tillgänglig, kostnadsfri, konfidentiell, icke-dömande, och icke-diskriminerande; den bör respektera barnens autonoma beslut, och bör ges utan föräldrarnas samtycke.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 21, om barn i gatumiljöer.
2017, punkt 52 och 53.

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA

FN:s Barnrättskommitté poängterar vikten av att ungdomar får information och utbildning om sexuell och reproduktiv hälsa. De bör även få information om preventivmedel för att undvika oönskade graviditeter under tonåren. Hälso- och sjukvården ska vid behov stödja tonåringar som blir gravida och de som blir tonårsföräldrar utifrån både tonåringarnas och det blivande barnets rättigheter i barnkonventionen. De unga föräldrarna ska även uppmuntras och få stöd i att fullfölja sin utbildning för att optimera deras framtida möjligheter att få arbete som bidrar till en skälig levnadsstandard.

Informationen ska vara åldersanpassad, heltäckande och inkluderande undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa som utgår från vetenskaplig evidens och människorättsnormer. Ungdomar ska ha varit med och utvecklat informationen. Det är viktigt att ungdomar får information om sexuell och reproduktiv hälsa som en del av den obligatoriska skolundervisningen och som även når ungdomar som inte går i skola. Områden som bör beaktas är jämlikhet mellan könen, sexuell mångfald, sexuella och reproduktiva rättigheter, ansvarsfullt föräldraskap och sexuellt beteende, samt våldsprevention, liksom även förhindrande av tidiga graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar.

Information bör finnas i alternativa format så att den är tillgänglig för alla ungdomar, särskilt ungdomar med funktionsnedsättningar som ställs inför flera olika slags problem och risker när det gäller att etablera relationer med jämnåriga och när det gäller reproduktiv hälsa. Ungdomar med funktionsnedsättning behöver få tillräcklig information, vägledning och rådgivning, i förekommande fall även sådan som är specifik för den aktuella funktionsnedsättningen.

Alla ungdomar bör ha tillgång till vård och insatser för, samt information och utbildning om, den sexuella och reproduktiva hälsan, som är kostnadsfri, ungdomsanpassad och icke-diskriminerande och där sekretess råder, både på nätet och vid direkta möten – inklusive om familjeplanering, preventivmedel, inklusive akuta preventivmedel, prevention och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar, rådgivning, mödrahälsovård och menstruationshygien.

Det bör inte finnas hinder för tillgång till varor, information och rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa samt sexuella och reproduktiva rättigheter, till exempel i form av krav på samtycke eller tillstånd från tredje part. Särskilda ansträngningar behövs dessutom för att överbrygga hinder i form av stigma och rädsla som kan upplevas av bland annat [unga] med funktionsnedsättningar, samt ungdomar som är homosexuella, bisexuella, transgender eller intersex, när det gäller att få tillgång till sådana insatser.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 20, om genomförandet av barnets rättigheter under ungdomsåren.
2016, punkt 59-60.

NOBAB

NOBAB STANDARD OM

BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

1. Vårdform

Barn ska läggas in på sjukhus endast när den nödvändiga behandlingen och omvårdnaden inte kan ges på ett lika bra sätt i hemmet eller i öppen vård.

2. Relationer, närhet och trygghet

Barn på sjukhus har rätt att ha föräldrar eller annan närstående hos sig under hela sjukhusvistelsen.

6. Miljö

Barn ska vårdas tillsammans med andra barn och inte på vuxenavdelningar. Barn behöver träffa jämnåriga för lek och aktiviteter under trygga förhållanden. Det får inte finnas åldersbegränsningar för besökare till barn.

9. Kontinuitet

Vård och behandlingsteamet ska vara organiserat så att det tillförsäkrar varje barn kontinuitet i vården.

10. Respekt och integritet

Barn ska bemötas med takt och förståelse och deras integritet ska respekteras.

Se kapitel 15 för hela NOBAB:s standard om barnets rättigheter och behov inom hälso- och sjukvården.

VÅRDPROCESS OCH ORGANISATION - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

1

1A. VÅRDKEDJA OCH VÅRDFORM

Barn vårdas på avdelning eller mottagning enbart för barn, eller i särskilt anpassad miljö inom en vuxenverksamhet (exempelvis intensivvård och operation).

När en patient vårdas i både barn- och vuxenverksamhet förs dialog mellan verksamheterna om patienternas behov av barnanpassning.

Den verksamhet som medicinskt ansvarar för patienten söker dialog med stödjande verksamheter om lämplig barnanpassning. Exempelvis med provtagning, uppvakningsavdelning och röntgen.

I de fall skattningskalor eller triage används, är de anpassade för barn.

Särskild rutin finns för vanlig procedur som till exempel blodprovstagning, kateter- och sondsättning, anpassad efter barns behov och mognadsgrad.

Hemsjukvård med barnkompetens erbjuds, vid behov i samverkan med kommunal vård.

Palliativ vård med barnkompetens erbjuds vid behov i hemmet och på sjukhuset.

MILJÖ - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

2

2A. BARNANPASSADE ANPASSADE

Barn med funktionsnedsättning kan vistas och navigera i lokalerna. En översyn av lokalerna är gjord, förslagsvis tillsammans med patientförening, konsult eller liknande (t.ex. "trygghetsvandring" med barn/familjer).

Skyltar, symboler och anslagstavlor finns och underlättar för navigering och trygghet för barn i och mellan lokalerna.

Ytor för avkoppling och lek finns både inom- och utomhus eller nära åtkomliga från vuxenverksamhet.

Plats finns där patienten kan vara för sig själv eller träffa en kompis.

Möjlighet finns för patienten att ta med sig privata ägodelar och de kan förvaras nära och tryggt. Undantag kan göras med hänsyn till patientsäkerhet.

Behandlingsrum är anpassade för patientens behov, eller är flexibla.

Väntrum är anpassade för barn.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.



ARTIKEL 6, BARNKONVENTIONEN

1. Konventionsstaterna erkänner varje barns inneboende rätt till livet.
2. Konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.

2. RÄTT TILL GODA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN OPTIMAL UTVECKLING

I KORTHET

BARNETS RÄTT TILL UTVECKLING

- Varje barn har rätt till livet, att överleva och goda förutsättningar för barnets optimala utveckling.
- Rätten till utveckling kan utmanas av:
 - Sjukdomar, ohälsa och funktionsnedsättning
 - Dåliga levnadsförhållanden
 - Barnets eller närståendes levnadsvanor
 - Försummelse, vanvård, våld och övergrepp
 - Begränsande möjligheter för barn att förverkliga sin mänskliga potential genom negativ social kontroll.
- I en bedömning av vad som skapar goda förutsättningar för barnets utveckling måste vi se till barnets hela livssituation och väga in föräldrarnas / familjens förutsättningar och annat i barnets liv som påverkar barnets utveckling.
- Förverkligandet av barnets bästa och bästa möjliga förutsättningar för barnets utveckling får inte begränsas av bristfällig samverkan mellan t.ex. hälso- och sjukvården, förskolan / skolan och socialtjänsten, eller av fördelningen av ekonomiska medel mellan verksamheter.
- Barnets rätt till utveckling kräver en helhetssyn, att se till hela barnet och dess livssituation. Helhetssyn kräver samarbete över verksamhets-, förvaltnings- och organisationsgränser.

Artikel 6 handlar om barnets fundamentala rätt till livet, överlevnad och goda förutsättningar för sin utveckling, där staten ska göra allt den kan för att barnet ska uppnå vuxen ålder. Detta är en av de grundläggande principerna i barnkonventionen (tillsammans med artikel 2, 3 och 12) och ska genomsyra implementeringen av alla andra rättigheter i barnkonventionen. Barnets utveckling är ett komplext begrepp där uppfyllandet av barnkonventionens många artiklar tillsammans bidrar till barnets personliga utveckling utifrån varje barns egna förutsättningar.

VARJE BARN S INNEBOENDE RÄTT TILL LIVET

Den grundläggande rättigheten till livet garanteras i artikel 6. Eftersom artikel 1 lämnar tidpunkten för barndomens början öppen innebär det att varje land måste definiera rättigheter som rör livets början, såsom familjeplanering och abort. FN:s Barnrättskommitté har inte tagit ställning till etiska frågor som rör t.ex. abortfrågan, ansvaret att upprätthålla livet hos barn som är svårt funktionshindrade vid födelsen eller barn som föds mycket för tidigt.

FN:s Kommitté för mänskliga rättigheter förtydligar begreppet ”inneboende rätt till livet”: Uttrycket ’inneboende rätt till livet’ kan egentligen inte förstås restriktivt, och skyddet av rättigheten kräver att stater vidtar positiva åtgärder.

I detta sammanhang anser kommittén att det skulle vara önskvärt att konventionsstaterna vidtar alla tänkbara åtgärder för att minska barnadödligheten [...].

FN:s Kommitté för mänskliga rättigheter.
HRI/GEN/1REV 8, 2006, punkt 5.

Detta återspeglas i artikel 24, om barnets rätt till hälsa och likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård, som kräver lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödligheten. Under rätten till livet faller även det förebyggande arbetet för att minska trafikolyckor och självmord bland barn. Dessutom inkluderas hedersrelaterat våld och övergrepp som ett hot mot barnets liv, överlevnad och optimala utveckling. Rätten till livet inkluderar även ett förbud mot dödsstraff för brott som begåtts av personer under 18 års ålder (artikel 37).

FN:s Barnrättskommitté har betonat vikten av rätten till livet, överlevnad och goda förutsättningar för barnets utveckling:

Att säkerställa överlevnad och fysisk hälsa har högsta prioritet, men kommittén påminner [Sverige] om att artikel 6 omfattar samtliga utvecklingsaspekter, och att ett barns hälsa och psykosociala välfärd i många avseenden är beroende av varandra. Båda kan hotas av dåliga levnadsförhållanden, vård, okänslig eller kränkande behandling och begränsade möjligheter för att förverkliga sin mänskliga potential. Små barn som växer upp under särskilt svåra förhållanden kräver särskild uppmärksamhet. ...

Rätten till överlevnad och utveckling kan bara genomföras med ett helhetsperspektiv, genom att alla andra bestämmelser i konventionen verkställs, till exempel rätten till hälsa, näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning, social trygghet, en adekvat levnadsstandard, en hälsosam och säker miljö samt utbildning och lek (artikel 24, 27, 28, 29 och 31). Barnen själva bör från en tidig ålder inkluderas i aktiviteter som främjar gott näringsintag och en hälsosam sjukdomsförebyggande livsstil.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 7, om genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom.
2005, punkt 10.

BARNETS RÄTT TILL GODA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SIN OPTIMALA UTVECKLING

Artikel 6 går bortom rätten till livet och överlevnad, den kräver att vi främjar barnets utveckling till det yttersta av vår förmåga. Utgångspunkten är att när vi uppfyller barnets rättigheter i alla barnkonventionens artiklar ska detta ske med avsikten att barnet ska uppnå optimal utveckling, utifrån barnets bästa.

Begreppet ”utveckling” handlar inte enbart om att förbereda barnet för att utvecklas till att bli vuxen. Det handlar om att erbjuda barnet bästa möjliga förutsättningar för barndomen, eftersom barnets liv levs här och nu. Barnets utveckling ska ske på ett sätt som respekterar barnets mänskliga värdighet och förbereder barnet för ett individuellt liv i ett fritt samhälle.

Kommittén förväntar sig att [Sverige] tolkar ordet ”utveckling” i dess vidaste bemärkelse, som ett helhetsbegrepp som omfattar barnets fysiska, mentala, andliga, moraliska, psykologiska och sociala utveckling. Genomförandeåtgärderna ska syfta till att uppnå bästa möjliga utveckling för alla barn

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 5, allmänna åtgärder
för genomförandet av konventionen om barnets
rättigheter.
2003, punkt 12.

ATT SE TILL BARNETS HELA LIVSSITUATION - OCH SAMVERKA

Artikel 6 kräver att vi ser till barnets hela livssituation och hur olika rättigheter bidrar till att förverkliga barnets rätt till överlevnad och optimal utveckling när vi fattar beslut som rör barnet. Att se till barnets hela livssituation innebär även att inse att hälso- och sjukvården inte ensamt kan ta ansvar för alla delar av barnets utveckling, att det behövs samverkan med familjen, förskolan, skolan, socialtjänsten, med flera.

Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige lyfter fram samverkan runt barnet som ett av nio delmål:

Aktörer inom olika verksamheter som rör barn ska stärka barnets rättigheter genom samverkan. Barnkonventionen förmedlar en helhetssyn på barnet. De olika artiklarna hänger samman och förutsätter varandra. Ansvaret för verksamheter som rör barn delas mellan stat och kommun och mellan centrala, regionala och lokala myndigheter.

Därför är det viktigt med samverkan för att möjliggöra en helhetssyn på barnet [...]. Detta ska ske med utgångspunkt i barnets rättigheter, behov och intressen. Det kan till exempel handla om samverkan kring utsatta barn eller barn med särskilda behov.

Kommuner och [regioner] har ansvaret för de flesta av verksamheterna som rör barns levnadsvillkor och säkerställandet av deras rättigheter. Därför är det mycket angeläget att samverka på kommunal nivå och att utbyta erfarenheter inom den egna verksamheten men även med andra berörda aktörer med utgångspunkt i barnets rättigheter.

Regeringskansliet,
Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.
2011, s. 7.

1C. KONTINUITET OCH SAMVERKAN

Riktlinje finns för övergång från barn- till vuxensjukvård. Här framgår hur barn och familjer görs delaktiga.

Riktlinje finns för minsta möjliga separation mellan det nyfödda barnet och dess föräldrar i samverkan mellan förlossning, BB och barnsjukvården.

Riktlinje finns för bästa möjliga kontinuitet för patienten. Där framgår bland annat att den som läggs in mer än några dagar har en utsedd kontaktperson. Detsamma ska gälla för alla barn med återkommande vårdbesök, exempelvis vid kronisk sjukdom.

Riktlinje finns för bästa möjliga övergång mellan vårdgivare inom både sluten- och öppenvården. Exempelvis vid vård över regiongränser samt vid vård på annan verksamhet inom regionen. Riktlinjen beskriver hur barn och familjer görs delaktiga.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.



ARTIKEL 23, BARNKONVENTIONEN

1. Konventionsstaterna erkänner att ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället.
2. Konventionsstaterna erkänner rätten till särskild omvårdnad för ett barn med funktionsnedsättning och ska, inom ramen för tillgängliga resurser, uppmuntra och säkerställa att det berättigade barnet och de som ansvarar för dess omvårdnad får stöd för vilket ansökan föreligger, i enlighet med vad som är lämpligt med hänsyn till barnets tillstånd och föräldrarnas förhållanden eller förhållandena hos andra som tar hand om barnet.
3. Med hänsyn till att ett barn med funktionsnedsättning har särskilda behov ska det stöd som lämnas enligt punkt 2 i denna artikel vara kostnadsfritt, då så är möjligt, med beaktande av föräldrarnas ekonomiska tillgångar eller de ekonomiska tillgångarna hos andra som tar hand om barnet. Stödet ska syfta till att säkerställa att barnet har effektiv tillgång till och får utbildning, hälso- och sjukvård, rehabilitering och habilitering, förberedelse för arbetslivet och möjligheter till rekreation på ett sätt som bidrar till barnets största möjliga integrering i samhället och individuella utveckling, inklusive dess kulturella och andliga utveckling.

3. RÄTTIGHETER FÖR BARN MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

I KORTHET

RÄTTIGHETER FÖR BARN MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

- Barn med funktionsnedsättning har rätt att leva ett fullvärdigt och tillfredsställande liv.
- Hänsyn ska tas till att barn med funktionsnedsättning har särskilda behov.
- Insatser ska främja deras självförtroende och möjliggöra deras aktiva deltagande i samhället.
- De har rätt till särskild omvårdnad, utbildning, hälso- och sjukvård, habilitering, rekreation och förberedelse för arbetslivet.
- Vård, stöd och hjälpmedel ska vara kostnadsfritt, då så är möjligt, med beaktande av föräldrars ekonomiska tillgångar eller ekonomiska tillgångar hos andra som tar hand om barnet.
- Beslut ska motverka diskriminering av barn med funktionsnedsättning.
- De barn som behöver stöd i form av hjälpmedel, teknik eller hörsel- och syntolk för att klara sin vardag, hälsa, utbildning och fritid ska få det.
- Deras behov av lättillgänglig och anpassad information ska beaktas.

Barn med funktionsnedsättningar har samma rätt till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa som barn utan funktionsnedsättningar. Hälso- och sjukvårdsstrategier bör vara heltäckande och satsa på att upptäcka funktionsnedsättningar tidigt, på tidiga insatser (inklusive psykologisk och fysisk behandling) samt rehabilitering (inklusive fysiska hjälpmedel som förflyttningshjälpmedel, hörapparater och visuella hjälpmedel m.m.).

FN:s Barnrättskommitté betonar att det är viktigt att hälso- och sjukvårdstjänster tillhandahållas inom samma offentliga hälso- och sjukvårdssystem som gäller för barn utan funktionsnedsättning. Dessa tjänster ska om möjligt vara kostnadsfria, samt bygga på senaste forskning och utveckling inom området.

[Sverige] bör

a) säkerställa att hälso- och sjukvårdsinstitutioner, varor och tjänster finns och är tillgängliga för alla barn med funktionsnedsättning, och att dessa institutioner och tjänster främjar deras självständighet och aktiva deltagande i samhällslivet

b) säkerställa att nödvändig utrustning och personligt stöd finns tillgängligt så att de kan röra sig, delta och kommunicera

c) ägna särskild uppmärksamhet åt de särskilda behoven när det gäller sexualiteten hos ungdomar med funktionsnedsättning och

d) avlägsna barriärer som hindrar barn med funktionsnedsättning att förverkliga sina rättigheter.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 4, om ungdomars hälsa
och utveckling inom ramen för konventionen om
barnets rättigheter.
2003, punkt 35.

FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Det finns många olika orsaker till funktionsnedsättning och därför är det mycket olika vilka och hur omfattande förebyggande åtgärder som behövs. Smittsamma sjukdomar är fortfarande en vanlig orsak till funktionsnedsättning runtom i världen. Vaccineringsprogram bör omfatta alla barn som varaktigt bor i Sverige för att uppnå universell immunisering mot överförbara sjukdomar som går att förebygga. Andra åtgärder är att se till att all hälso- och sjukvård som ges prenatalt, under själva förlossningen samt postnatalt är av god kvalitet.

Rätten till hälsa innefattar att olika aktörer i samhället samverkar för att minska att barn utsätts för skador som leder till funktionsnedsättning eller dödsfall. Detta inkluderar förebyggande arbete mot olyckor i hemmet, trafikolyckor, drunkning, brännskador, fall och förgiftning. Livsstilsfaktorer som alkohol- och narkotikamissbruk under graviditeten orsakar också funktionsnedsättning och går att förebygga. Även farliga miljögifter bidrar till funktionsnedsättning och det måste därför finnas goda förutsättningar för att arbeta förebyggande och skapa giftfria miljöer där barn vistas.

TIDIGT UPPTÄCKANDE

Om funktionsnedsättning upptäcks sent i barnets liv riskerar barnet att gå miste om behandling och rehabilitering som skulle kunna ha förbättrat barnets utveckling och livsförutsättningar. Att upptäcka funktionsnedsättningar tidigt kräver stor medvetenhet bland yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, föräldrar, lärare samt andra yrkesutövare som arbetar med barn. De bör kunna identifiera

de tidigaste tecknen på funktionsnedsättning och vidta lämpliga åtgärder för diagnos och hantering. FN:s Barnrättskommitté rekommenderar system för tidig upptäckt och tidiga insatser som en del av hälso- och sjukvården och processer för att följa upp barn med en tidigt upptäckt funktionsnedsättning. Tjänsterna bör tillhandahållas både i lokalsamhället och i hemmet, samt bör vara lättillgängliga. Vidare bör det finnas kopplingar mellan insatser under de tidiga åren, förskolor och skolor, så att barnet får en smidig övergång mellan dem.

När en funktionsnedsättning har upptäckts måste de befintliga systemen ha kapaciteten att göra en tidig insats, inklusive behandling och rehabilitering med tillhandahållande av all nödvändig utrustning som gör det möjligt för barn med funktionsnedsättning att uppnå sin fulla kapacitet, bland annat hjälpmedel för förflyttning, hörapparater, visuella hjälpmedel och proteser.

Det bör även betonas att dessa om möjligt ska erbjudas kostnadsfritt, och proceduren för att erhålla sådana tjänster bör vara effektiv och enkel. Långa väntetider och byråkrati bör undvikas.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmän kommentar nr 9, om rättigheter för barn med funktionsnedsättning.
2006, punkt 57.

MULTIDISCIPLINÄR OMVÅRDNAD OCH FORSKNING

FN:s Barnrättskommitté konstaterar att barn med funktionsnedsättning ofta har flera olika hälsoproblem som kräver att behandlingen utförs av ett team. Ofta är flera yrkesutövare inblandade i vården av ett och samma barn, till exempel neurologer, psykologer, psykiatrer, ortopediska kirurger och fysioterapeuter. Dessa yrkesutövare bör tillsammans fastställa en behandlingsplan som garanterar en så effektiv vård som möjligt för barnet med funktionsnedsättning.

Barnkonventionen förtydligar att vi ska uppmuntra och säkerställa att barnet och de som ansvarar för dess omvårdnad får det stöd de ansöker om i enlighet med:

- Vad som är lämpligt med hänsyn till barnets tillstånd
- Vad som är lämpligt med hänsyn till föräldrarnas förhållanden eller förhållandena hos andra som tar hand om barnet
- Inom ramen för tillgängliga resurser (vilket förutsätter att resurserna varit rätt dimensionerade i budget från början).

Orsakerna till funktionsnedsättningar, och åtgärderna för att förebygga och hantera dem, behöver uppmärksammas mer på nationella och internationella forskningsagendor. Sverige uppmuntras att prioritera denna fråga och garantera finansiering och granskning av forskning som fokuserar på funktionsnedsättningar, och att vara särskilt uppmärksam på de etiska aspekterna av sådan forskning.

NOBAB

NOBAB STANDARD OM

BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

7. Stöd i utvecklingen

Personal ska vara specialutbildad för att arbeta med sjuka och funktionsnedsatta barn.

4. RÄTTIGHETER FÖR BARN PÅ FLYKT OCH I ASYLPROCESSEN

RÄTT TILL IDENTITET, NATIONALITET OCH URSPRUNG



7

RÄTT TILL NAMN OCH NATIONALITET

Barn har rätt att så långt det är möjligt få vetskap om sina föräldrar och rätt att bli omvårdad av dessa. Barn ska registreras direkt efter födseln och har rätt till ett namn. Barn har rätt till ett medborgarskap.



22

RÄTTIGHETER FÖR BARN PÅ FLYKT OCH I ASYLPROCESSEN

Barn på flykt och i asylprocessen ska få lämpligt skydd och bistånd samt hjälp att återförenas med sin familj. Om familjen inte kan hittas ska barnet få samma skydd som andra barn som berövats sin familjemiljö.



8

RÄTT TILL SIN IDENTITET

Barn har rätt att behålla sin identitet, inklusive medborgarskap, namn och släktförhållanden, utan olagligt ingripande. Om ett barn berövas sin identitet ska hen få stöd och skydd att snabbt återupprätta den.



30

RÄTTIGHETER FÖR BARN FRÅN MINORITETS- OCH URBEBOLKNINGSGRUPPER

Barn som tillhör ett urfolk, etniska, religiösa eller språkliga minoriteter har rätt att tillsammans med andra medlemmar av sin grupp ha sitt eget kulturliv, att bekänna sig till och utöva sin egen religion och att använda sitt eget språk.



10

RÄTT TILL FAMILJEÅTERFÖRENING

Ansökningar från ett barn eller dess föräldrar om familjeåterförening ska behandlas på ett positivt, humant och skyndsamt sätt och får inte medföra negativa följder för familjen.

RÄTTIGHETER FÖR BARN PÅ FLYKT OCH I ASYLPROCESSEN

I KORTHET

- Barn på flykt, i asylprocessen och utan tillstånd att vistas i landet har samma rätt till bästa uppnåeliga hälsa och likvärdig tillgång till hälso- och sjukvården som alla bosatta barn i landet.
- Om bosatta barn är befriade från patientavgift gäller detta också för barn som vistas i Sverige utan tillstånd. Patienten betalar avgifter enligt förordning 2013:412. Kostnadsfritt för barn under 18 år.¹
- Lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändig tillstånd reglerar regionernas skyldigheter:
 - Personer som inte har fyllt 18 år ska erbjudas hälso- och sjukvård samt tandvård i samma omfattning som barn och ungdomar bosatta inom regionen.

1. SKR, Vård av personer från andra länder. 2016.

Alla barn på flykt, i asylprocessen och de som saknar tillstånd att vistas i landet har rätt till hälso- och sjukvård på samma villkor som barn bosatta i landet.

Den fysiska och psykiska hälsan hos barn som befinner sig i migration (barn på flykt, barn i asylprocessen, barn utan tillstånd att vistas i landet) kan påverkas av en rad olika faktorer, däribland migration och folkfördrivning, våld, diskriminering och marginalisering. Barn som är migranter eller flyktingar kan uppleva svår känslomässigt lidande och kan ha särskilda och ofta akuta behov när det gäller psykisk hälsa. Barn bör därför ha tillgång till specifik vård och psykologiskt stöd, med utgångspunkt i insikten om att barn upplever stress på andra sätt än vuxna. Ensamkommande barn och barn som har skilts från sina föräldrar har rätt till samma tillgång till hälso- och sjukvård som barn som är medborgare i landet.

[Sverige måste] bedöma och ta praktisk hänsyn till sådana barns särskilda belägenhet och utsatthet. De bör i synnerhet ta hänsyn till att ensamkommande barn har genomgått en separation från sina familjemedlemmar, samt även i varierande grad har upplevt förluster, trauman och våld och fått sin tillvaro ställd på ända. Många av dessa barn, i synnerhet flyktingbarn, har dessutom upplevt det utbredda våld och den stress som präglar krigsdrabbade länder.

Detta kan ha skapat djupt rotade känslor av hjälplöshet och underminerat barnets förtroende för andra. Flickor är särskilt utsatta för marginalisering, fattigdom och lidande under väpnade konflikter, och många har upplevt könsbaserat våld i samband med de väpnade konflikterna. De djupa trauman som upplevts av många drabbade barn kräver en särskild lyhördhet och uppmärksamhet i samband med vård och rehabilitering.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmän kommentar nr 6, om behandlingen av
ensamkommande barn och barn som har skilts från
föräldrarna utanför ursprungslandet.
2005, punkt 47.

FN:s Barnrättskommitté anser att alla barn som befinner sig i migration bör ha tillgång till likvärdig hälso- och sjukvård som medborgare i landet, oavsett sin migrationsstatus. Här ingår all hälso- och sjukvård, såväl förebyggande som behandlande, liksom även psykisk, fysisk eller psykosocial vård, som tillhandahålls i lokalsamhället eller vid hälso- och sjukvårdsinrättningar.

Barn som är migranter bör dessutom få full tillgång till åldersanpassade upplysningar och tjänster avseende sexuell och reproduktiv hälsa utifrån en helhetssyn på rätten till hälsa. Sverige är skyldig att se till att barns hälsa inte äventyras till följd av diskriminering. Diskriminering kan ofta förvärra otillräckligt ekonomiskt och juridiskt skydd, samt riskerar att tvinga barn som är migranter att undvika att uppsöka vård tills de är allvarligt sjuka.

Uppmärksamhet bör riktas mot att lösa problemen kring komplicerad vård som kräver snabba och omfattande insatser där diskriminerande förhållningssätt kan ha allvarliga följder för hälsan hos barn som är migranter, samt innebära att deras behandling och tillfrisknande försenas i stor utsträckning.

Barn som är migranter bör ha tillgång till hälso- och sjukvård utan att behöva visa upp ett uppehållstillstånd eller en asylregistrering. Administrativa och ekonomiska hinder för tillgång till samhällstjänster bör tas bort, inklusive genom att alternativa sätt att styrka identitet och vistelseort godtas, till exempel vittnesmål.

Kommittéerna uppmanar även [Sverige] att förbjuda att hälso- och sjukvårdsinrättningar lämnar uppgifter till migrationsmyndigheter, samt att förbjuda verkställande av migrationsbeslut på eller nära hälso- och sjukvårdsinrättningars område, eftersom detta i

praktiken begränsar eller omintetgör rätten till hälsa för barn som är migranter och barn som fötts av föräldrar som är migranter i en irreguljär situation.

Vårdpersonals första prioritet ska vara deras patienter, och att försvara barns hälsa som en mänsklig rättighet.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmän kommentar nr 23, om staternas skyldigheter rörande barns mänskliga rättigheter inom ramen för internationell migration i ursprungs-, transit-, destinations- och återvändandeländer.
2017, punkt 30, 31 och 37.

Begränsningar i vuxna migranternas rätt till hälsa på grund av deras medborgarskap eller migrationsstatus kan också påverka deras barns rätt till hälsa, liv och utveckling. Därför anser FN:s Barnrättskommitté att det bör finnas ett heltäckande synsätt på barns rättigheter med åtgärder för att trygga alla migranternas och deras familjers rätt till hälsa, oavsett deras migrationsstatus.

FN:s Barnrättskommitté granskar hur Sverige lever upp till åtaganden i barnkonventionen. I sin kritik till Sverige har kommittén uttryckt oro kring hälso- och sjukvård för asylsökande barn:

KRITIK

Kommittén välkomnar bestämmelsen om likvärdig hälso- och sjukvård för asylsökande barn, men är oroad över att det fortfarande finns stora skillnader i fråga om fysisk och psykisk hälsa mellan barn från olika ekonomiska bakgrunder.

Kommittén uppmärksammar [Sverige] på sin allmänna kommentar nr 15 (2013) om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rekommenderar att [Sverige] anstränger sig ytterligare för att förbättra hälsotillståndet hos barn från missgynnade och marginaliserade grupper och avsätter tillräckliga ekonomiska, mänskliga och tekniska resurser för att garantera deras rätt till hälsa, utan diskriminering

FN:s Barnrättskommitté,
Sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges femte periodiska rapport.
CRC/C/SWE/CO/5, 2015, punkt 41-42.



ARTIKEL 12, BARNKONVENTIONEN

1. Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

2. För detta ändamål ska barnet, i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet, särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom en företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med nationella procedurregler.

5. RÄTT TILL DELAKTIGHET

I KORTHET

RÄTT TILL DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

- Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
- Vi ska förutsätta att barnet med rätt stöd är i stånd att föra fram sina egna åsikter, oavsett ålder.
- Vi ska ta det barnet säger på allvar och se barnet som en rättighetsbärare.
- Delaktighet är en rättighet, inte en skyldighet.
- Vi ska skydda barnet i deltagandet, inte från deltagandet.
- Barnet kan delta direkt eller genom en företrädare som ska företräda barnet och inte sig själv.
- Vi måste identifiera vad det är vi önskar förstå ur barnets perspektiv och förklara det på ett enkelt sätt för barnet. Det är vi som ska förstå barnet, inte barnet som ska förstå frågan ur vårt vuxenperspektiv.
- Barnet behöver inte ha utförlig kunskap om alla aspekter av beslutet, men ska ha tillräcklig förståelse för att kunna bilda sig åsikter i frågan.
- Det är viktigt att barn med funktionsnedsättning inte diskrimineras när det gäller rätten att komma till tals i sin vård och behandling.
- Det är viktigt att underlätta för barn med andra språk än svenska att kunna uttrycka sina åsikter.
- Äldre barn (utifrån ålder och mognad) bestämmer själva om de vill lämna ut uppgifter om sitt hälsotillstånd och till vem (gäller inte uppgifter som behövs för en utredning inom socialtjänsten eller en brottsutredning).
- Äldre barn (utifrån ålder och mognad) har rätt att spärra journaluppgifter för andra vårdenheter eller vårdgivare.
- Barn kan inte bestämma om allvarigare beslut som kräver medicinsk kunskap, men kan ofta vara med och påverka delar av dessa vårdinsatser.
- Äldre barn (utifrån ålder och mognad) har i regel rätt att:
 - Få tala enskilt med vårdpersonal
 - Söka vård på eget initiativ
 - Få hälsorådgivning
 - Utan att en förälder är med eller måste ta del av vad barnet har berättat, fått för information, resultat eller behandling.

Artikel 12 om barnets rätt till delaktighet och inflytande är en av de grundläggande principerna i barnkonventionen (tillsammans med artikel 2, 3 och 6). Rätten till delaktighet och inflytande inkluderar barnets rätt att bli lyssnade till och att få uttrycka sina åsikter. Att hälso- och sjukvården beaktar barnets åsikter innebär att ta det barnet säger på allvar, att se barnet som en rättighetsbärare. Det innebär inte att barnet ska bestämma eller att barnets röst är utslagsgivande.

Uttrycket ”ska tillförsäkra” är en stark juridisk skrivelse som innebär att barnet måste erbjudas möjligheten att komma till tals, det lämnas inget utrymme för valfrihet. Hälso- och sjukvården ska därför ha rutiner och arbetsmetoder för att ta reda på barnets åsikter i alla frågor som rör barnet.

ALLA BARN I STÅND ATT BILDA EGNA ÅSIKTER

Att tillförsäkra alla barn som är ”i stånd att bilda egna åsikter” rätten att bli hörd ger hälso- och sjukvården ansvar för att i största möjliga utsträckning bedöma barnets förmåga att bilda en egen åsikt. Utgångspunkten är att förutsätta att barnet är i stånd att bilda egna åsikter och har rätt att uttrycka dessa. Hälso- och sjukvården kan därmed inte utgå från antagandet att ett barn inte kan uttrycka sina åsikter utan ska förutsätta att barnet med rätt stöd är i stånd att framföra sina egna åsikter. Det är inte barnets ansvar att först bevisa sin förmåga och sedan få rätt att framföra sin åsikt.

Barnets ”beslutskompetens” består dels av förmågan att ta emot och förstå relevant information, dels av förmågan att utifrån den information som finns kunna ta ställning och forma egna åsikter. Barnets rätt att ”fritt uttrycka” sina åsikter innebär i den ena betydelsen att det står barnet ”fritt” att välja om barnet vill utöva sin rätt att bli hörd eller inte. Det innebär även att barnet inte får utsättas för påtryckningar, påverkan eller manipuleras på något sätt.

Eftersom denna rättighet inte har någon åldersbegränsningar har FN:s barnrättskommitté gjort ett förtydligande:

1. Barn är rättighetsbärare med rätt till delaktighet i beslut som berör deras dagliga liv. Forskning visar att barnet kan bilda åsikter vid mycket ung ålder, även om barnet kanske inte kan uttrycka dessa åsikter verbalt. Följaktligen kräver ett fullständigt genomförande av artikel 12 att man erkänner och respekterar ickeverbal kommunikation som lek, kroppsspråk, ansiktsuttryck, teckningar och målningar som mycket unga barn kan använda för att visa att de förstått samt för att uttrycka sina val och preferenser.²
2. Det är hälso- och sjukvården som ska förstå barnet, inte barnet som ska förstå frågan ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Det inte nödvändigt att barnet har utförlig kunskap om alla aspekter i frågan som påverkar barnet, men däremot ska barnet ha tillräcklig förståelse för att kunna bilda sig åsikter i frågan. Se det mer som ett test av vuxnas förmåga att formulera frågor så att det blir relevant och förståeligt för barnet, än barnets förmåga att förstå medicinska termer och uttryck eller komplexa sammanhang. Det är viktigt att identifiera vad det är man önskar förstå ur barnets perspektiv för att fatta ett beslut utifrån barnets bästa.

2. FN:s Barnrättskommitté, Allmänna kommentarer nr 12, barnets rätt att bli hörd. CRC/C/GC/12, 2009, punkt 21.

3. Hälso- och sjukvården är skyldig att säkerställa att denna rätt genomförs även för barn som har svårt att föra fram sina åsikter. Detta är inte minst viktigt när det gäller barn med funktionsnedsättning eller annat modersmål än svenskan. Barn som behöver stöd för att förverkliga sin rätt att uttrycka sin åsikt har rätt att få det.
4. Hälso- och sjukvården är skyldig att se till att barnets möjligheter att förverkliga sin rätt att bli hörd sker på ett respektfullt och integritetsskyddande sätt.

BARNETS ÅLDER OCH MOGNAD

Barnets åsikter ska ”tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad”. Det räcker inte att hälso- och sjukvården lyssnar på barnet och ger barnet rätt att uttrycka sig. Barnets mognad ska även bedömas för att avgöra hur mycket det kan tillåtas påverka beslutet.

Barnets ålder kan inte ensamt avgöra vikten av ett barns åsikter. Det finns stora individuella skillnader i jämnåriga barns förmågor som det är viktigt att ta hänsyn till. Dessutom kan ett och samma barn ha uppnått olika utvecklingsnivåer inom t.ex. fysisk, psykisk och kognitiv utveckling.

FN:s Barnrättskommitté påpekar att utvecklingen av ett barns förmåga att bilda åsikter påverkas av information, erfarenhet, miljö, sociala och kulturella förväntningar samt omfattningen av stöd. Till exempel skulle ett yngre barn som ska få sin andra strålbehandling för leukemi kunna ges större inflytande på hur behandlingen genomförs än ett äldre barn med leukemi som ska in på sin första strålbehandling och saknar tidigare erfarenheter. Barnets åsikter måste därför tillmätas betydelse utifrån en bedömning i varje enskilt fall.

Det kan vara svårt att definiera mognad. Artikel 12 handlar om barnets kapacitet att uttrycka sina åsikter om den aktuella frågan eller situationen på ett rimligt och självständigt sätt. Förmågan att förstå och bedöma konsekvenserna blir viktig när barnets förmåga ska bedömas. Hänsyn måste även tas till hur frågan påverkar barnet. Ju större påverkan beslutet får i barnets liv, desto viktigare att en korrekt bedömning görs av just det barnets mognad för att i möjligaste mån tillmäta betydelse av barnets åsikter i beslutet. Principen bakom bedömningen av barnets ålder och mognad blir därför att ju äldre och mognare barnet är, desto fler och större beslut kan barnet vara delaktig i. Detta kan beroende på vad beslutsärendet handlar om ibland innebära att barnet blir medbestämmande eller självbestämmande.



Barn, även små barn, ska tas med i beslutsfattande på ett sätt som överensstämmer med den fortlöpande utvecklingen av deras förmågor. De ska få information om föreslagen behandling, dess effekter och resultat.

Denna information ska även finnas i format som passar och är tillgängliga för barn med funktionsnedsättning

FN:s Barnrättskommitté,
Allmän kommentar nr 12, om barns rätt att bli hörd.
2009, punkt 100.

Hälso- och sjukvården bör även införa åtgärder som gör det möjligt för barn att bidra med sina åsikter och erfarenheter vid planering och projektering av tjänster för deras hälsa och utveckling. Deras åsikter ska inhämtas i alla instanser

inom hälso- och sjukvården, inklusive i frågor om vilka tjänster som behövs, hur och var de bäst utförs, diskrimineringshinder för tillgång till tjänster, hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och attityder, samt hur man främjar barns förmåga att ta större ansvar för sin egen hälsa och utveckling. Denna information kan erhållas bland annat genom feedbacksystem för barn som använder tjänsterna eller som är med i forsknings- och samrådsprocesser, och kan förmedlas till lokala, regionala och nationella barnråd eller barnparlament för att utveckla standarder och indikatorer för hälso- och sjukvårdstjänster som respekterar barns rättigheter.

PATIENTLAG (2014:821)

4 kap. Samtycke

1 § *Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.*

3 § *När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.*

5 kap. Delaktighet

1 § *Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.*

2 § *En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.*

3 § *Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.*

PATIENTLAGEN OM DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

I KORTHET

- Hälso- och sjukvårdspersonalen har, tillsammans med vårdnadshavarna, ett ansvar för att utreda barnets inställning. Det är inte aktuellt när patienten är ett spädbarn. Mycket små barn kan dock ha en inställning till en åtgärd och det är viktigt att ge även dessa barn utrymme att få uttrycka sin åsikt.
- Om barnet fyllt 15 år och är i stånd att göra en rimlig bedömning av samtyckets innebörd och verkan, räcker det inte med enbart vårdnadshavarens samtycke.
- Även om barnet själv kan samtycka kan barnet vara i behov av råd och stöd i större utsträckning än en vuxen patient.
- Vårdnadshavarens möjlighet att ge barnet rätt att själv bestämma bör inte få leda till:
 - att vårdnadshavaren vältrar över sitt ansvar som beslutsfattare på barnet
 - att barnets tvingas fatta beslut som barnet inte känner sig mogen för.
- Även om barnet är moget nog att själv fatta beslut om vård och behandling bör vi sträva efter att involvera vårdnadshavarna, om det är förenligt med barnets bästa och om barnet inte motsätter sig det.
- Vårdnadshavarna har även fortsättningsvis ett lagstadgat ansvar för barnet tills det är 18 år.

BARNS INSTÄLLNING OCH SAMTYCKE TILL VÅRD OCH BEHANDLING

Sverige ska säkerställa att barn har tillgång till konfidentiell medicinsk rådgivning utan föräldrarnas tillstånd, oavsett barnets ålder, om detta behövs för barnets säkerhet eller välbefinnande. Detta kan barn behöva till exempel när de drabbas av våld eller övergrepp i hemmet, när de behöver information om reproduktiv hälsa, eller vid konflikter mellan föräldrar och barn om tillgång till hälso- och sjukvård. Rätten till rådgivning skiljer sig från rätten att ge samtycke till medicinsk behandling och ska inte ha någon åldersgräns.

Om det finns bestämmelser om en bestämd ålder som ger barnet rätten till samtycke till medicinsk behandling kan barn över den åldern ge sitt samtycke utan krav på någon enskild professionell bedömning av deras förmåga. Om ett barn yngre än den bestämda åldern kan uppvisa förmågan att uttrycka en informerad åsikt om sin behandling rekommenderar FN:s Barnrättskommitté att även deras åsikter beaktas.

Innan föräldrar ger sitt samtycke behöver ungdomar få chansen att fritt uttrycka sina åsikter, och deras åsikter bör beaktas i enlighet med artikel 12 i konventionen.

Men om en ung person är tillräckligt mogen bör informerat samtycke erhållas från honom eller henne själv, och föräldrarna kan informeras om detta är förenligt med "barnets bästa" (artikel 3).

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 4, om ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter.
2003, punkt 32.

Enligt patientlagen ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den slår fast att barn också kan anses vara beslutskompetenta i en viss vårdfråga, beroende på deras mognadsgrad och utveckling. Frågan om vilket inflytande barn ska ha i medicinska frågor är dock komplicerad.

Centralt i diskussionen om barns möjlighet till inflytande är konflikten mellan å ena sidan barnets rätt till självbestämmande och integritet, och å andra sidan barns behov av skydd samt vårdnadshavarnas möjlighet att utöva sin skyldighet att tillgodose barnets behov.

Regeringen vill understryka att principen om barnets bästa är intimt förknippad med barnets rätt att få uttrycka sina åsikter.

Regeringen,
Proposition 2013/14:106 Patientlag, s. 65.

Det finns bestämmelser om barns inflytande i medicinska frågor i speciallagstiftningen, exempelvis bestämmelser om samtycke och information enligt lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, och 15-årsgränsen för eget samtycke till medverkan i viss forskning enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

De barn som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig den behövliga informationen och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga bör ges möjlighet att ge sitt samtycke till en vårdåtgärd. Patientlagen anger därför att när patienten är ett barn ska hens inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hens ålder och mognad. Barnet har även möjlighet att själv initiera en åtgärd. Det kan t.ex. handla om att genomföra en abort eller att få tillgång till preventivmedel.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har, tillsammans med vårdnadshavarna, ett ansvar för att utreda barnets inställning. Att det inte blir aktuellt när patienten är ett spädbarn torde stå klart. Det betyder dock inte att mycket små barn inte kan ha en inställning till en åtgärd och det är således viktigt att ge även dessa barn utrymme att få uttrycka sin åsikt.

Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste bedömas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av åtgärdens art och angelägenhetsgrad.

Det är viktigt att understryka att även då ett barn är moget nog att själv fatta beslut om viss vård eller behandling bör hälso- och sjukvårdspersonalen sträva efter att ändå involvera vårdnadshavarna om inte barnet motsätter sig det eller att det inte kan anses vara till barnets bästa. Vårdnadshavarna har även fortsättningsvis ett lagstadgat ansvar för barnet, som kan vara i behov av råd och stöd i större utsträckning än en vuxen patient.

Regeringen,
Proposition 2013/14:106 Patientlag, s. 66.

När man arbetade fram patientlagen övervägde man att införa särskilda åldersgränser vad gäller barns möjlighet till inflytande och information i olika medicinska frågor. Fasta åldersgränser kan dock medföra en risk för att vissa barn får ett större ansvar än de är mogna att bära medan andra kan förvägras självbestämmande i frågor de skulle vara kapabla att själva besluta om. Skillnaden i individuell mognad kan vara stor. Fasta åldersgränser medför även svårigheter då hänsyn ska tas till arten och angelägenhetsgraden av den aktuella sjukvårdsåtgärden. Många barn kan vara mogna nog att samtycka till enklare sjukvårdsåtgärder långt tidigare än exempelvis vid 15 års ålder medan vissa barn inte ensamma bör kunna samtycka till mer omfattande ingrepp vid samma ålder. Man beslöt därför att inte införa särskilda åldersgränser när det gäller barns möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården.

MOGNADSBEDÖMNINGAR

Propositionen om Patientlagen etablerade att det enskilda barnet i praxis har givits rätt att ensam fatta beslut i en fråga som rör hälso- och sjukvård om hen uppnått den mognad som anses behövas i den aktuella situationen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i det enskilda fallet göra en bedömning av om barnet kan anses ha uppnått den mognad som krävs för att hen ska kunna ta ställning till en vårdåtgärd. Den individuella mognadsbedömningen får därmed en helt avgörande betydelse för barns ställning i vården.

Vilken mognad som krävs i det enskilda fallet beror på arten och på angelägenhetsgraden av den vårdåtgärd som berörs och det kan t.ex. vara skillnad mellan att samtycka till en undersökning och till en läkemedelsbehandling eller ett kirurgiskt ingrepp.



Det centrala för bedömningen av om barnet ska anses moget nog att ensam få ge sitt samtycke till en sjukvårdsåtgärd är om barnet förstår hälso- och sjukvårdsinsatsen samt vilka konsekvenser insatsen kan få.

Redan ett litet barn bör kunna begära och få ett sår omplåstrat; det krävs emellertid en avsevärd mognad för att barnet ska anses ha ett självbestämmande över mer omfattande behandlingar och ingrepp.

Regeringen,
Proposition 2013/14:106 Patientlag, s. 67.

I de flesta fall är det hälso- och sjukvårdspersonalen som får bedöma om det enskilda barnet är tillräckligt moget för att själv kunna ta ställning till den aktuella vårdfrågan. Om ett barn har varit sjukt länge har hälso- och sjukvårdspersonalen ofta byggt upp en långvarig relation med barnet. En sådan relation i kombination med en kunskap om de åtgärder som är aktuella ger en bra grund för att bedöma om barnet har den mognad som krävs för att hen kan vara delaktig i beslutet om en vårdåtgärd.

VÅRDNADSHAVARNAS ANSVAR I FÖRHÅLLANDE TILL BARNETS ÖKANDE BESTÄMMANDERÄTT

I avsnitt 10 diskuteras barnkonventionens syn på föräldrars ansvar och skyldigheter för barnet mer ingående. Föräldrabalken ger vårdnadshavarna rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter (6 kap. 11 § föräldrabalken). Det är också vårdnadshavarnas ansvar att barnets behov blir tillgodosedda. Propositionen till patientlagen tydliggör att vårdnadshavare, i takt med barnets stigande ålder och utveckling, ska ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i de beslut som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavarens möjlighet att ge barnet rätt att själv bestämma får inte leda till att de vältrar över sitt ansvar som beslutsfattare på barnet. Det är för barnets trygghet väsentligt att inte tvingas fatta beslut som han eller hon inte känner sig mogen för.



När det gäller små barn framgår det enligt utredningen av praxis att det är vårdnadshavaren som har bestämmanderätten över dessa barn. För barn över 15 år är emellertid huvudregeln den motsatta. Justitieombudsmannen (JO) har uttalat att det får anses vara en princip i svensk rätt att, om barnet fyllt 15 år och är i stånd att göra en rimlig bedömning av samtyckets innebörd och verkan, åtgärder rörande barnets personliga angelägenheter inte får vidtas enbart utifrån samtycke av vårdnadshavare och förmyndare.

Enligt utredningen kan barn emellertid inte bara anses ha rätt att motsätta sig en vårdåtgärd utan även att, under vissa förutsättningar, själva initiera och samtycka till en åtgärd.

Regeringen,
Proposition 2013/14:106 Patientlag, s. 66.

OM BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

5. Medbestämmande

Barn och föräldrar ska – efter grundlig information – vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård av barnet. Alla barn ska skyddas mot onödiga medicinska behandlingar och undersökningar.

Se kapitel 15 för hela NOBAB:s standard om barnets rättigheter och behov inom hälso- och sjukvården.

LÄRANDE, INFLYTANDE OCH PÅVERKAN – KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

4

4A. ENSKILDA PATIENTENS OCH VÅRDNADSHAVARENS INFLYTANDE

Rutin finns för hur patient och familj kan framföra klagomål om vården samt för hur de hanteras och återkopplas.

Verksamheten inhämtar patienters och familjers upplevelser kontinuerligt och strukturerat.

4B. VERKSAMHETENS SAMVERKAN MED PATIENT OCH ANHÖRIG

Verksamheten har råd eller expertgrupper för unga patienter där de kan tillfrågas och föra fram sin åsikt.

RÄTTIGHETER – KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

5

5A. RESPEKT OCH INTEGRITET

Patient erbjuds utifrån ålder och mognad möjlighet till enskilt samtal med behandlande personal. För barn i skolåldern erbjuds det regelbundet.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.



ARTIKEL 16, BARNKONVENTIONEN

1. Inget barn får utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem eller sin korrespondens och inte heller för olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.
2. Barnet har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden eller angrepp.

6. RÄTT TILL PRIVATLIV OCH FAMILJELIV

I KORTHET

RÄTT TILL PRIVATLIV OCH FAMILJELIV

- All dokumentation och journalföring ska respektera barnets integritet och privatliv.
- Barnet och / eller vårdnadshavare ska känna till existensen av registrerad och dokumenterad information om barnet.
- Barnet och / eller vårdnadshavare ska förstå varför sådan information bevaras och vem som kontrollerar och har tillgång till den.
- Barnet och / eller vårdnadshavare ska kunna få tillgång till sådana dokument, oavsett om de har bevarats manuellt eller elektroniskt.
- Barnet och / eller vårdnadshavare ska ha rätt att ifrågasätta och rätta innehållet i sådana dokument, även genom en objektiv instans.

Artikel 16 ger barnet rätt till skydd mot ”godtyckliga eller olagliga ingripanden” i sitt privatliv, familjeliv, hem och sin korrespondens. Alla barn har rätt till skydd för sitt privatliv i alla situationer, oavsett om det handlar om t.ex. familjen, hälso- och sjukvården, förskolan, skolan eller socialtjänsten.

Rätten till privatliv inkluderar den fysiska miljön som barnet bor i, barnets kommunikation med andra (inklusive rätten att föra konfidentiella samtal och få privat rådgivning), samt information om barnet som finns i olika register och journaler.

Barnets skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden omfattar både privatpersoner och tjänstemän, samt privata och offentliga aktörer. Det ska enligt barnkonventionen finnas möjligheter för barn att klaga om de anser att deras rättigheter har kränkts, samt finnas möjlighet för barnet att få upprättelse för de kränkningar som begåtts.

För att främja ungdomars hälsa och utveckling uppmuntras [Sverige] också att respektera deras rätt till personlig integritet och sekretess, inklusive när det gäller rådgivning i hälsofrågor (artikel 16). Vårdgivare är skyldiga att lagra sekretessbelagd medicinsk information om ungdomar, men måste ta hänsyn till de grundläggande principerna i barnkonventionen.

Sådan information får endast lämnas ut efter medgivande av den unga personen, eller i samma situationer som gäller för begränsningar av sekretessen för vuxna. Ungdomar som bedöms vara tillräckligt mogna att få rådgivning utan närvaro av en förälder eller någon annan person har rätt till personlig integritet och kan begära konfidentiella tjänster, inklusive behandling.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 4, om ungdomars hälsa
och utveckling inom ramen för konventionen om
barnets rättigheter.
2003, punkt 11.

SKYDD FÖR SIN PRIVATA KORRESPONDENS

Barnet har rätt att inte utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden t.ex. i sin privata korrespondens, dagbok, telefonsamtal, sms-meddelande, e-post, sociala medier och lösenordsskyddade dokument i datorn, om sådana ingripanden inte anses vara nödvändiga utifrån principen om barnets bästa och är reglerade i lag.

Det innebär enligt barnkonventionen att brev och e-post ska levereras till barnet utan att någon har hindrat, öppnat, läst, censurerat, vidarebefordrat eller begränsat det eller på andra sätt brutit mot barnets privatliv. Integritetsskyddet stärks i förhållande till barnets stigande ålder och mognad, utifrån principen om barnets ständiga utveckling av sina förmågor. När brev är adresserade till barn som ännu inte kan läsa måste det vara möjligt för vårdnadshavaren, eller annan vuxen med ansvar för barnet, att öppna och läsa det. Däremot har andra ingen rätt att öppna ett privatbrev till ett barn som rimligen kan öppna det och därefter avgöra om hen behöver hjälp med att förstå innehållet.

Alla former av övervakning, avlyssning eller inspelning av konversationer ska vara förbjudna, undantaget sådan övervakning eller inspelning som är tillåtet enligt lag.

RÄTT TILL PRIVATLIV

Artikel 16 ska tolkas tillsammans med föräldrarnas ansvar för sitt barn i relation till barnets ständiga utveckling (artikel 5). FN:s Barnrättskommitté poängterar att barnets rätt till privatliv inom familjen varierar med barnets familjestruktur, levnadsomständigheter, boendesituation, ekonomi och andra faktorer som avgör hur mycket privatliv barnet har. Det går inte att ge barnet en absolut rätt till privatliv och skydd mot insyn gentemot sina föräldrar eller vårdnadshavare, och det är inte heller eftersträvänsvärt.

Rätten till privatliv är en medborgerlig rättighet, inte bara för vuxna utan även för barn. Det finns ett dilemma i att barnet har den rätten samtidigt som föräldrar har en skyldighet att skydda sitt barn mot olämplig information eller kränkningar. En förälders insyn i ett barns privatliv kan inte vara absolut eller godtycklig men ibland måste inskränkningar i barnets privatliv accepteras. Det handlar då om att förhindra att barnet skadar sig självt, någon annan eller blir utsatt för fara, vilket skulle kunna vara ett hot mot barnets liv och utveckling (artikel 6).

Var gränsen går för vad som är barnets bästa (artikel 3) i en sådan situation kan vara svårt att avgöra men bäst är att en förälder som är orolig för vad som händer i barnets privatliv i första hand frågar barnet och berättar om sin oro. I andra hand, för att skydda barnet, kan det vara nödvändigt att inskränka rätten till barnets privatliv, t.ex. genom att kräva att få läsa meddelanden i barnets mobil.

Segerström Eva,
Barnets rättigheter – Helhetssyn i praktisk och systematisk tillämpning.
2019, s.70.

Barnets rätt till sitt privatliv hör samman med barnets rätt att t.ex. söka privat rådgivning inom juridiska och medicinska frågor. Det innebär att yrkesgrupper som arbetar med barn inom hälso- och sjukvård, skol- och elevhälsa och olika former av samhällsstöd, kan ha tystnadsplikt i vissa frågor. Det kan bl.a. handla om preventivmedelsrådgivning och abort, men även hjälpinsatser via hjälptelefoner och motsvarande stödfunktioner på internet där barnet på eget initiativ kan söka och få hjälp.

Barn förstår inte alltid vad tystnadsplikten innebär och kan känna sig svikna när information de har berättat i förtroende förs vidare till socialtjänsten eller vårdnadshavare. Det är därför viktigt att förklara vad tystnadsplikten innebär, anpassat till barnets ålder, mognad och individuella behov.

Om barnet inte kan anses ha tillräcklig mognad för att på egen hand hantera vissa delar i sitt privatliv, eller när omständigheterna är sådana att barnet riskerar att fara illa, kan barnets rätt till privatliv behöva ställas i relation till barnets rätt till bästa möjliga hälsa (artikel 24), skydd mot alla former av övergrepp (artikel 19) samt rätt till rehabilitering vid övergrepp och efter trauman (artikel 39). Alla med anmälningsansvar för barn som far illa har därmed ett ansvar att till socialnämnden lämna information vid misstanke om att barnet far illa. Sådana anmälningar är förenliga med barnets rätt till privatliv.

REGISTER OCH JOURNALER MED UPPGIFTER OM BARN

Det finns information och rapporter om barn i ett antal offentliga register samt inom hälso- och sjukvårdens journalsystem. Hälso- och sjukvården ska hantera information och rapporter om barn utifrån barnets rätt till privatliv. FN:s Barnrättskommitté har angett följande kriterier för registrerade uppgifter om barn, här modifierade för hälso- och sjukvården:

- Barnet och/eller vårdnadshavare ska känna till existensen av registrerad och dokumenterad information om barnet.
- Barnet och/eller vårdnadshavare ska förstå varför sådan information bevaras och vem som kontrollerar och har tillgång till den.
- Barnet och/eller vårdnadshavare ska kunna få tillgång till sådana dokument, oavsett om de har bevarats manuellt eller elektroniskt.
- Barnet och/eller vårdnadshavare ska ha rätt att ifrågasätta och rätta innehållet i sådana dokument, även genom en objektiv instans.

Detta ska respekteras vid all journalföring av information som rör barnet.

RÄTTIGHETER - KRITERIER FÖR BARNRÄTTSANPASSAD VÅRD

5B. BARNETS RÄTT TILL SKYDD

Journalutlämning hanteras likvärdigt utifrån en riktlinje.

Vårdnadshavare och vissa minderåriga patienter har direktåtkomst till journal via 1177. Alla medarbetare har kännedom om hur regionen organiserat barnets skydd genom blockering, låsning och försegling av journaluppgifter.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.



ARTIKEL 28, BARNKONVENTIONEN

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till utbildning. I syfte att gradvis förverkliga denna rätt och på grundval av lika möjligheter ska de särskilt:

- (a)** göra grundskoleutbildning obligatorisk och kostnadsfritt tillgänglig för alla,
- (b)** uppmuntra utvecklingen av olika former av gymnasial utbildning inklusive såväl högskoleförberedande utbildning som yrkesutbildning, göra dessa tillgängliga och åtkomliga för varje barn samt vidta lämpliga åtgärder såsom införande av kostnadsfri utbildning och ekonomiskt stöd vid behov,
- (c)** genom varje lämpligt medel göra högre utbildning tillgänglig för alla på grundval av förmåga,
- (d)** göra utbildnings- och yrkesrelaterad information och vägledning tillgänglig och åtkomlig för alla barn,
- (e)** vidta åtgärder för att uppmuntra regelbunden närvaro i skolan och minska antalet studieavbrott.

2. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att disciplinen i skolan upprätthålls på ett sätt som är förenligt med barnets mänskliga värdighet och i överensstämmelse med denna konvention.



ARTIKEL 31, BARNKONVENTIONEN

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till vila och fritid, till lek och rekreation anpassad till barnets ålder och rätt att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet.

2. Konventionsstaterna ska respektera och främja barnets rätt att till fullo delta i det kulturella och konstnärliga livet och ska uppmuntra tillhandahållandet av lämpliga och lika möjligheter till kulturell och konstnärlig verksamhet samt till rekreations- och fritidsverksamhet.

7. SJUKHUSSKOLA OCH LEKTERAPI

SJUKHUSSKOLAN

Sjukhusskolan hjälper barn att få hjälp med sitt skolarbete under den tid som de är inskrivna på sjukhuset eller på dagvården. Vanligtvis erbjuds grundskola årskurs 1–9, grundsärskola samt frivillig gymnasieskola. Undervisningen ska anpassas efter barnets hälsotillstånd. Sjukhusskolan samarbetar med barnets vanliga skola för att barnet så smidigt som möjligt ska kunna återvända till sin hemskola efter sjukhusvistelsen.

RÄTT TILL UTBILDNING

I KORTHET

- Alla barn har rätt till en kostnadsfri grundutbildning och likvärdiga möjligheter att fortsätta studera på gymnasiet eller vid högre lärosäten.
- Barnet har rätt till goda förutsättningar för en optimal utveckling.
- Utbildningen ska bidra till att barnet når sin optimala förmåga och fysiska, psykiska, sociala, intellektuella, praktiska och andliga utveckling.
- Barnet har rätt till skälig anpassning utifrån barnets behov.
- Skolan har ett ansvar för att stoppa mobbning och kränkande behandling.

Utbildning ”på grundval av lika möjligheter” betonar principen om likvärdiga villkor och förbud mot diskriminering (artikel 2). Alla barn har lika rätt till en skolgång, oavsett deras bakgrund och individuella förutsättningar. Skollagen och diskrimineringslagen stödjer barnkonventionens krav på att alla barn ska ha lika tillgång till utbildning utan någon form av diskriminering, oavsett skolform eller huvudmannaskap.

Alla barn bosatta i Sverige har skolplikt från och med höstterminen det år de fyller sex år. Skolplikten kvarstår till barnet har slutfört grundskolan eller vid slutet av vårterminen det år barnet fyller 16 år. Det är vårdnadshavaren som är ansvarig för att se till att barnet fullgör sin skolplikt. Barnkonventionen ställer krav på att staten, kommunen och skolan ska vidta åtgärder för att uppmuntra regelbunden närvaro i skolan och minska antalet studieavbrott. Ett sätt att säkerställa kontinuerlig skolgång för barn som är inneliggande på sjukhus är att tillgodose deras utbildning genom stöd från sjukhusskolan.

Sjukhusskolan ska vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att disciplinen upprätthålls på ett sätt som är förenligt med barnets mänskliga värdighet och i överensstämmelse med barnkonventionen.

Rätten till utbildning kompletteras med ett förtydligande av syftet med utbildningen i artikel 29:



Utbildningen måste utgå från barnet, vara anpassad till barn och ge barnet makt över sin situation. Den utbildning som barnet har rätt till ska vara utformad för att ge barnet kunskaper för livet, stärka barnets möjlighet att åtnjuta alla mänskliga rättigheter och främja en kultur som genomsyras av värderingar som stämmer överens med de mänskliga rättigheterna. Målet är att ge barnet egenmakt genom att utveckla barnets kunskaper, lärande och andra förmågor, mänsklig värdighet, självkänsla och självförtroende.

Utbildning handlar i detta sammanhang om mycket mer än formell utbildning och omfattar hela det spektrum av livserfarenheter och lärande som gör det möjligt för barn, både som individer och som grupp, att utveckla sina personligheter, anlag och färdigheter och att leva ett fullvärdigt och tillfredsställande liv i samhället.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentar nr 1, utbildningens mål.
2001, punkt 2.

Utbildningen ska bidra till att barnet når sin optimala förmåga och fysiska, psykiska, sociala, intellektuella, praktiska och andliga utveckling. All utbildning ska sätta barnet i centrum och anpassas efter barnet för att skapa goda förutsättningar för att utveckla barnets färdigheter, lärandeförmåga och andra kompetenser, mänsklig värdighet, självkänsla och självförtroende.

Utbildningen ska inte enbart utveckla barnets intellektuella förmåga, vilket traditionellt setts som skolans huvudansvar. Den ska även innefatta barns anlag samt fysiska och psykiska förmåga. Med anlag menar man fallenhet för skapande konst, scenkonst, hantverk, sport och yrkesskicklighet. Den fysiska förmågan inkluderar allt från grundläggande motorisk koordinationsförmåga till förmåga att klara av fysisk aktivitet som t.ex. simning, gymnastik och bollsporter. En utmaning för skolan är möjligtvis utvecklingen av den psykologiska förmågan och barnets personlighet som innebär ett erkännande av varje enskilt barns unika karaktär och behov, vilket inrymmer allt som bidrar till barnets förmåga och möjlighet att utvecklas.

Artikel 29 ställer krav på att utbildningen ska lära barn att utveckla respekt för de mänskliga rättigheterna, jämställdhet och för föräldrarna. Detta innebär både kunskap om innehållet i överenskommelser om mänskliga rättigheter och praktisk kunskap om hur mänskliga rättigheter ska omsättas i barnets vardag. Dessutom måste skolmiljön främja mänskliga rättigheter, eftersom barnets mänskliga rättigheter i högsta grad kan utmanas genom t.ex. mobbning, diskriminering, våld eller kränkningar.

LEKTERAPI

Lekterapi är en del av behandlingen och stödjer det friska. Lekterapin är en frizon vilket innebär att inga behandlingar eller undersökningar bör ske här. Miljön är utformad till att vara så lik barnets vanliga vardag i förskoleklass och fritids som möjligt. Vanligtvis anpassas aktiviteter för barn i olika åldrar. Lekterapin är till för både de barn som är inläggande och får dagvård samt barn som besöker sjukhuset för att träffa sin sjuka anhöriga.

RÄTT TILL LEK

I KORTHET

- Barn har rätt till lek tillsammans med andra barn och på egen hand, som en viktig del av barnets utveckling.
- Barn har rätt till fri tid som barnet själv beslutar vad det vill göra med.
- Barn har rätt till fritidsaktiviteter för sitt eget nöjes skull, som är anpassade till barnets ålder och mognad. Ingen ska tvinga barnet till fritidsaktiviteter mot dess vilja.
- Barnet har rätt att ha tillgång till kultur och konstnärliga aktiviteter (konst, museum, musik, teater, dans, film etc.) anpassat till barnets ålder.
- Barnet har själv rätt att utöva kulturella eller konstnärliga aktiviteter som passar hens ålder och utveckling.

Artikel 31 ger barnet rätt till vila, fritid, lek och rekreation som är anpassade till barnets ålder. Barnet har även rätt att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet. FN:s Barnrättskommitté har poängterat hur de olika delarna i artikel 31 tillsammans skapar viktiga förutsättningar för barns utveckling:

Varje del av artikel 31 är ömsesidigt kopplad till och verkar förstärkande på de övriga, och berikar barns liv när de förverkligas. Delarna beskriver tillsammans de nödvändiga förutsättningarna för att skydda barndomens unika och utvecklande natur. Att de förverkligas är grundläggande för hur barndomen blir, för barns rätt till optimal utveckling, för främjandet av barnets återhämtningsförmåga, samt för förverkligandet av barns rättigheter.

Miljöer där alla barn har möjligheter till lek och rekreation skapar förutsättningar för kreativitet. Genom att det finns tillfällen att utöva kompetens via lek som barn själv initierar främjas motivation, fysisk aktivitet och utveckling av färdigheter. När barn får ta del av kulturlivet berikas deras lekfulla samspel. Vila säkerställer att barn har nödvändig energi och motivation till att delta i lek och kreativa utbyten.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentar nr 17, om barnets rätt till vila,
fritid, lek och rekreation samt till det kulturella och
konstnärliga livet.
2013, punkt 8.

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning betonar skyldigheter att säkerställa att barn med funktionsnedsättningar har samma tillgång som andra barn till deltagande i lek, rekreation, samt idrotts- och fritidsaktiviteter (artikel 30). Där det behövs ska proaktiva åtgärder avlägsna hinder och främja möjligheterna för barn med funktionsnedsättningar att delta i alla dessa aktiviteter som alla andra barn och tillsammans med dem.

Begreppet "lek" inkluderar barnens aktiviteter som inte kontrolleras av vuxna och som inte nödvändigtvis följer några regler. Leken är ofta ostrukturerad och fri från inblandning av vuxen (även om vuxna kan leda eller överse leken eller behövas för att stödja de barn som behöver hjälp för att leka). Det kan handla om lek på egen hand, tillsammans med andra barn eller en stöttande vuxen.

Lek främjar barnets utveckling av kreativitet, fantasi och självförtroende, liksom av styrka och färdigheter på de fysiska, sociala, kognitiva och emotionella områdena. Leken bidrar till alla aspekter av lärande och spelar en betydelsefull roll för hjärnans utveckling, särskilt tidigt i barnets liv.

Lek är en viktig del av utvecklingen, om barnet saknar förmågan att leka så saknas ofta viktiga personliga och sociala förmågor. Genom lek lär sig barnet många sociala färdigheter såsom förhandling, att dela med sig och självkontroll. Lek är även viktig för barnets fysiska och psykiska hälsa.

Omvårdare kan bidra till skapandet av miljöer där lek äger rum, men lekandet i sig självt är inte obligatoriskt, utan drivs av inneboende motivation och utförs för sin egen skull snarare än som ett medel att nå ett mål. Lek innefattar självbestämmande samt fysisk psykisk eller emotionell aktivitet, och kan ta sig oräkneliga former, antingen i grupp eller individuellt. Dessa former förändras och anpassas under barndomens gång. Nyckelegenskaperna i lek är nöje, ovisshet, utmaning, flexibilitet och icke-produktivitet.

Tillsammans bidrar dessa faktorer till njutningen i leken och därmed till motivationen att fortsätta leka. Lek anses ofta inte vara nödvändigt, men [FN:s Barnrättskommitté] framhåller återigen att det är en grundläggande och livsviktig dimension av barndomens nöje, samt en avgörande del av den fysiska, sociala, kognitiva, emotionella och andliga utvecklingen.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentar nr 17, om barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation samt till det kulturella och konstnärliga livet.
2013, punkt 14 C.

FN:s Barnrättskommitté poängterar även vikten av att utmana könsstereotyper som förvärrar och förstärker mönster av diskriminering och ojämlika möjligheter för flickor och pojkar:

Till detta kommer könsdifferentiering i vad som anses vara pojk- respektive flicklekar, något som i stor utsträckning förstärks av föräldrar, omvårdare, medier och producenter/tillverkare av spel och leksaker, och som bevarar traditionella könsrollsuppdelningar i samhället. Det finns belägg för att medan pojkars lekar förbereder dem för framgångsrika prestationer i en lång rad yrkesmässiga och andra situationer i dagens samhälle, så tenderar flickors lekar i stället att inrikta dem på den privata sfären, hemmet och framtida roller som hustrur och mödrar. ...

Flickor deltar i allmänhet också mindre i fysiska aktiviteter och organiserade spel, antingen för att omgivningen utestänger dem, för att de själva väljer att inte delta, eller också för att det saknas ett passande utbud. Detta mönster ger anledning till oro, eftersom det finns bevisad fysisk, psykologisk, social och intellektuell nytta med deltagande i idrottsaktiviteter.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentar nr 17, om barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation samt till det kulturella och konstnärliga livet.
2013, punkt 48.

Rätten till vila är en bekräftelse på barnets rätt till en balans mellan förskola/skola, fritidsaktiviteter, sysslor i hemmet och alla former av arbete. Barn behöver även vila från vård och behandling och lekterapi är ofta en frizon från mediciner och behandling. I begreppet "vila" inkluderas barnets grundläggande behov av fysisk och mental avslappning och sömn. Hänsyn måste tas till den fortlöpande utvecklingen av barnets förmågor och barnets utvecklingsbehov. Barn har olika behov av återhämtning och sömn, vilket varierar med ålder och andra individuella skillnader.

Begreppet "fritid" innebär enligt FN:s Barnrättskommitté att barnet ska ha tid och frihet att använda den som barnet själv vill. Det handlar om tid som är fri från förpliktelser och ansvar i hemmet eller andra aktiviteter som barnet inte själv styr över.

"Rekreation" betyder i detta sammanhang de fritidsaktiviteter som barnet sysselsätter sig med för sitt eget nöjes skull. Det kan vara engagemang i föreningar, idrott, spel, hobbyutövande, musik, konst etc.

Begreppet "kultur" syftar i artikel 31 på ett artistiskt uttryck, medan "kultur" i resten av barnkonventionen syftar till traditioner och seder. Barnets kulturella rättigheter i artikel 31 inkluderar rätt att ha tillgång till kultur och konstnärliga aktiviteter, samt rätt att själva utföra kulturella eller konstnärliga aktiviteter.

Rätten till fritid, rekreation och kultur ska anpassas efter barnets ålder och ständiga utveckling av psykiska, mentala och fysiska förmågor. Anpassningen utifrån barnets utveckling omfattar alla delar av lek, fritidsaktiviteter och kulturella/konstnärliga aktiviteter som t.ex. information, innehåll och pedagogik, samt kompetens hos de som ansvarar för aktiviteten.

Hänsyn måste även tas till hur utrymmen och miljöer ser ut där barnet ska utöva sin lek eller fritidsaktivitet, både för att stimulera barnets kreativitet och engagemang, men även för att garantera barnets trygghet och säkerhet. Barnets behov kommer att förändras under hela barndomen; från yngre barnens behov av utvecklingsanpassade och tillgängliga lekytor till tonåringars behov av mer utmanande aktiviteter och sociala miljöer för umgänge med jämnåriga.

TRYGGHET, DELAKTIGHET OCH INFORMATION – KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

3

3B. STÖD I UTVECKLINGEN

Lokal riktlinje finns för hur patient under sjukhusvistelsen ska kunna fortsätta med sin utbildning och för hur samarbetet med hemskola och hemförskola säkerställs.

Riktlinje finns för hur verksamhetens pedagogiska resurser, som lekterapi och specialpedagog utgör stöd under sjukhusvistelsen och bidrar till barnets fortsatta utveckling.

Verksamheten tillhandahåller aktiviteter på patientrummet utifrån barnets ålder, mognad och intressen.

Det finns biblioteksverksamhet, sjukhusclowner, musikterapi eller andra former av kultur i vården.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.

8. SKYDD MOT VANVÅRD, FÖRSUMMELSE, VÅLD OCH ÖVERGREPP

SKYDD MOT VANVÅRD, FÖRSUMMELSE, VÅLD OCH ÖVERGREPP



11

SKYDD MOT OLOVLIGT BORTFÖRANDE

Barn ska skyddas mot olovligt bortförande och kvarhållande av barn i utlandet. Sverige ska ingå bilaterala eller multilaterala överenskommelser för att bekämpa olovligt bortförande av barn.



34

SKYDD MOT ALLA FORMER AV SEXUELLT UTNYTTJANDE

Barn ska skyddas mot alla former av sexuellt utnyttjande och övergrepp, såsom att förmås eller tvingas att delta i en olaglig sexuell handling, utnyttjas för prostitution eller annan olaglig sexuell verksamhet samt utnyttjas i pornografiskt material.



19

SKYDD MOT VANVÅRD, FÖRSUMMELSE, VÅLD OCH ÖVERGREPP

Barn ska skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp.



35

FÖRHINDRA HANDEL MED BARN

Barn ska skyddas genom alla lämpliga åtgärder för att förhindra bortförande och försäljning av eller handel med barn oavsett syfte och form.



32

SKYDD MOT SKADLIGT BARNARBETE OCH UTNYTTJANDE

Barn ska skyddas mot ekonomiskt utnyttjande och skadligt arbete som hindrar barnets utbildning eller inverkar skadligt på barnets hälsa, samt fysiska, psykiska, andliga, moraliska eller sociala utveckling.



36

SKYDD MOT ANDRA FORMER AV UTNYTTJANDE AV BARN

Barn ska skyddas mot alla andra former av utnyttjande som kan skada barnet i något avseende. Till exempel oetisk medicinsk forskning på barn, samt medias och vuxnas utnyttjande av barn för egen vinning.



33

SKYDD MOT ALKOHOL, TOBAK OCH NARKOTIKA

Barn ska skyddas från narkotika, alkohol och tobak samt andra former av missbruk, både sitt egna och familjemedlemmars. Barn ska skyddas från framställan, transport och försäljning av sådana ämnen.



38

SKYDD MOT VÄPNADE KONFLIKTER

Barn som berörs av en väpnad konflikt har rätt till skydd och omvårdnad. Barn under 15 år (18 år enligt tilläggsprotokollet) ska inte delta direkt i fientligheter eller ingå i väpnade styrkor.

Om du misstänker eller får vetskap om att ett barn far illa måste du snarast möjligt göra en orosanmälan till socialtjänsten

BARN INOM RÄTTSVÄSENDET



37

SKYDD MOT TORTYR, LIVSTIDS FÄNGELSE OCH DÖDSSTRAFF
Barn ska inte utsättas för tortyr, annan grym behandling, bestraffning eller dödsstraff. Gripande, frihetsberövning, anhållning, häktning eller fängslande av barn ska ske i enlighet med lag, endast användas som en sista utväg och vara för kortast lämpliga tid.



40

RÄTTIGHETER FÖR BARN SOM BRUTIT MOT LAGEN
Barn som anklagas eller har blivit dömda för en straffbar handling har rätt att behandlas rättvist och respektfullt, få juridiskt stöd samt återanpassas i samhället. De ska behandlas på ett sätt som beaktar behoven hos personer i deras ålder och hållas separerade från vuxna.

SKYDD MOT VANVÅRD, FÖRSUMMELSE, VÅLD OCH ÖVERGREPP

I KORTHET

- Barn ska skyddas mot vanvård och försumlig behandling samt psykiskt och fysiskt våld.
- Barn ska skyddas mot alla former av sexuellt utnyttjande, våld och övergrepp.
- Barnkonventionen inkluderar även skydd mot självskadebeteenden och våld bland barn.
- Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande för att förhindra att barn far illa.
- Det ska finnas handlingsplaner och rutiner om vad man gör om man misstänker att ett barn far illa. Dessa ska vara kända av all personal.
- All personal ska ha kunskap om vad anmälningsplikten innebär och hur de gör en orosanmälan till socialtjänsten.

Varje barn har rätt att känna sig trygg och få skydd var barnet än befinner sig, som t.ex. i hemmet, hälso- och sjukvården, förskolan och skolan eller alternativa omvårdnadsmiljöer. Artikel 19 ger alla barn rätt till skydd mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande. Detta omfattar fysiskt, psykiskt, materiellt och sexuellt våld, vanvård eller försumlig behandling. Även självskadebeteende, våld bland barn och skadliga sedvänjor eller hedersrelaterat förtryck och våld omfattas.

Rätten till livet, överlevnad och goda förutsättningar för barnets utveckling (artikel 6) vidgar uppdraget i artikel 19 och inkluderar preventiva åtgärder för att hindra barn från att skada sig själv, inklusive självmord.

Aga är inte förenligt med barnkonventionen och vårdnadshavare ska avstå från att använda uppfostringsmetoder och bestraffningar som förringar, förödmjukar, svärta ned, skuldbelägger, hotar, skrämmar eller förlöjligar barnet.

Barnens överlevnad och deras ”fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling” (artikel 27.1) påverkas särskilt negativt av våld, på följande sätt:

a) De kort- och långsiktiga hälsokonsekvenserna av våld mot barn och situationer där barn far illa är allmänt kända. De omfattar dödliga skador, icke-dödliga skador (som kan leda till funktionsnedsättning), fysiska hälsoproblem (till exempel försämrad tillväxt, senare hjärt- och leversjukdomar och sexuellt överförbara infektioner), försämrad kognitiv förmåga (till exempel försämrade studie- och arbetsprestationer), psykiska och emotionella konsekvenser (som känslor av att vara avvisad och övergiven, anknytningsstörning, trauma, rädsla, oro, osäkerhet och nedbruten självkänsla), mental ohälsa (som ångest och

depression, hallucinationer, minnesstörningar och självmordsförsök) och hälsofarliga beteenden (som narkotikamissbruk och tidig sexuell debut).

b) Utvecklingsrelaterade och beteendemässiga konsekvenser (som skolfrånvaro och aggressiva, antisociala, självdestruktiva och interpersonellt destruktiva beteenden) kan bland annat leda till försämrade relationer, avstängning från skolan och lagöverträdelse. Det finns bevis för att exponering för våld ökar barnets risk för att drabbas av ytterligare övergrepp och för en ackumulering av våldsupplevelser, inklusive våld i senare parrelationer.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmän kommentar nr 13, om barnets rätt till frihet från alla former av våld.
2011, punkt 15.

FN:s Barnrättskommitté har i den allmänna kommentaren om barnets rätt till frihet från alla former av våld definierat olika former av våld på följande sätt:

Vanvård eller försumlig behandling. Vanvård innebär underlåtenhet att uppfylla barnets fysiska och psykiska behov, att inte skydda dem mot fara eller att underlåta att utnyttja vård eller andra tjänster som behövs för att tillgodose barnets vårdbehov. Det omfattar följande:

- a)** Fysisk vanvård: underlåtenhet att skydda barnet från skada, bland annat genom brist på tillsyn, eller underlåtenhet att tillgodose barnets grundläggande behov, till exempel tillräcklig föda, husrum, kläder och grundläggande sjukvård.
- b)** Psykisk eller känslomässig vanvård: bland annat avsaknad av emotionellt stöd och kärlek, kronisk ouppmärksamhet gentemot barnet, omvårdare som är ”psykiskt otillgängliga” genom att negligera små barns tecken eller signaler, och exponering för våld i nära relationer, narkotika- eller alkoholmissbruk.
- c)** Vanvård av barnens fysiska eller psykiska hälsa: vägran att ge barnet tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård.

Pedagogisk vanvård: underlåtenhet att följa lagen om skolplikt som kräver att vårdnadshavaren ska se till att deras barn får utbildning genom skolgång eller på annat sätt.

Psykiskt våld: psykisk misshandel, psykiska övergrepp, verbala kränkningar och känslomässiga övergrepp eller emotionell vanvård, vilket kan omfatta:

- a) alla former av varaktiga skadliga interaktioner med barnet, exempelvis att förmedla till barnen att de är värdelösa, oälskade, oönskade, utsatta för fara eller bara av värde för att tillgodose någon annans behov.
- b) att skrämma, terrorisera och hota, att utnyttja och förleda, att avvisa och stöta bort, att isolera, negligera och favorisera.
- c) att vägra ge känslomässig respons, att försumma den psykiska hälsan, de medicinska behoven och utbildningsbehoven.
- d) förolämpningar, tillmälen, förödmjukelser, nedvärderingar, förlöjliganden och att sära barnets känslor.
- e) exponering för våld i hemmet.
- f) att placeras i isolering eller under förödmjukande eller förnedrande förhållanden i förvar.
- g) psykisk mobbning och översitteri utövad av vuxna eller andra barn, bland annat via informations- och kommunikationsteknik som mobiltelefoner och internet (så kallad "nätmobbning").

Fysiskt våld: dödligt och icke-dödligt fysiskt våld omfattande:

- a) all kroppslig bestraffning och alla andra former av tortyr, grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.
- b) fysisk mobbning och översitteri utförd av vuxna och av andra barn.

Sexuella övergrepp och sexuellt utnyttjande: omfattar:

- a) att förmå eller tvinga ett barn att delta i någon olaglig eller psykiskt skadlig sexuell aktivitet, inklusive att tvinga barn att titta på porr.
- b) att använda sig av barn för kommersiellt sexuellt utnyttjande.
- c) att använda sig av barn för framställning av ljudinspelningar eller bilder av sexuella övergrepp på barn.
- d) barnprostitution, sexuellt slaveri, sexuellt utnyttjande i samband med resor och turism, trafficking (inom och mellan länder och handel med barn för sexuella ändamål) och tvångsäktenskap.

Våld bland barn: inkluderar fysiskt, psykiskt och sexuellt våld, ofta genom mobbning, som utövas av barn, ofta grupper av barn, mot andra barn. Sådant våld skadar inte bara barnets fysiska och psykiska integritet och välbefinnande på kort sikt utan ofta har en allvarlig inverkan på barnets utveckling, utbildning och social integration på medellång och lång sikt. Dessutom får det våld som utövas av ungdomsgäng allvarliga konsekvenser för barnen, vare sig de är offer eller deltagare.

Självskadebeteende: omfattar ätstörningar, bruk och missbruk av narkotika, självtillfogade skador, självmordstankar, självmordsförsök och genomförda självmord. Hit hör även användandet av sex som självskadebeteende.

Skadliga sedvänjor: i Sverige har vi fokuserat på de former av skadliga sedvänjor som är vanligast förekommande här:

- a) könsstympning av flickor
- b) tvångsäktenskap och barnäktenskap
- c) hedersbrott
- d) vedergällning genom våldshandlingar (där tvister mellan olika grupper går ut över barnen till de berörda parterna)

Hedersrelaterat förtryck och våld: Som en del av barnets rätt till bästa möjliga förutsättningar för sin hälsa och utveckling ska barn skyddas mot hedersrelaterade begränsningar i vardagen, hedersrelaterat förtryck, våld och hedersmord. Det är viktigt att identifiera barn som har utsatts för, eller riskerar att utsättas för, hedersrelaterat förtryck och våld. Hälso- och sjukvården måste samverka med förskolan, skolan och socialtjänsten för att förebygga, upptäcka och agera när barn utsätts för hedersrelaterat förtryck och våld utifrån principen om barnets bästa och rätten till bästa uppnåeliga hälsa.

FN:s Barnrättskommitté granskar hur Sverige lever upp till åtaganden i barnkonventionen. I sin kritik till Sverige har kommittén uttryckt oro kring det ökande antalet självmord i landet:

KRITIK

Kommittén är oroad över det höga och ökande antalet självmord bland personer med funktionsnedsättning, inklusive barn, i [Sverige], som tidigare påpekats av kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning (se CRPD/C/SWE/CO/1, punkt 29). Kommittén uppmanar konventionsstaten att vidta alla nödvändiga åtgärder för att förhindra, identifiera och komma till rätta med grundorsakerna till självmord hos barn med funktionsnedsättning

Kommittén välkomnar tillsättningen 2012 av en nationell samordnare mot våld i nära relationer. Kommittén är emellertid oroad över att antalet offer för barnmisshandel har ökat betydligt, särskilt när det gäller barn upp till 6 år och är besviken över att endast ett fåtal av anmälningarna om sådan misshandel leder till åtal. Vidare noterar kommittén med oro att

- a) barn som utsätts för övergrepp och vanvård ofta har svårt att få tillgång till rehabiliteringstjänster och psykiatrisk vård, framför allt på grund av den bristande tydligheten om vårdkedjan i stora delar av [landet],*
- b) personal i skolor och på institutioner inte är ordentligt utbildad för att upptäcka tidiga tecken på övergrepp och vanvård, vilket leder till att endast ett fåtal av fallen anmäls till socialtjänsten.*

Kommittén rekommenderar att [Sverige] vidtar alla nödvändiga åtgärder för att få till stånd ett sammanhängande och samordnat system som skyddar barn, för att ytterligare stärka kunskaps- och utbildningsprogram, bl.a. kampanjer, som involverar barn, för att fler fall av övergrepp och våld mot barn ska anmälas samt för att utforma en heltäckande strategi för att förhindra och bekämpa övergrepp och vanvård av barn och

- a) att avsätta tillräckliga mänskliga, tekniska och ekonomiska resurser för genomförandet av långsiktiga program för att komma till rätta med grundorsakerna till våld och övergrepp,*
- b) att fortlöpande utbilda personal i skolor och på institutioner om hur man kan upptäcka tecken på att barn far illa,*
- c) att uppmuntra till lokalt förankrade program som har till syfte att förhindra och reagera på våld i hemmet, övergrepp och vanvård, inklusive genom att låta före detta brottsoffer, frivilliga och kommuninvånare delta och att ge dem utbildning och stöd,*
- d) att upprätta en nationell databas över alla förekomster av våld i hemmet riktat mot barn och göra en omfattande utredning av våldets omfattning, orsaker och karaktär,*
- e) att säkerställa att barn som utsätts för våld och övergrepp har tillräcklig tillgång till lämpliga fysiska och psykologiska insatser.*

FN:s Barnrättskommitté,
Sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges femte periodiska rapport.
CRC/C/SWE/CO/5, 2015, punkt 21-22 samt 27-28.

ANMÄLNINGSPLIKTEN

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård, tandvård och elevhälsa är skyldiga att anmäla till socialtjänsten om de vet eller misstänker att ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Socialtjänsten har i uppdrag att utreda sådana misstankar.

Anmälningsplikten gäller all personal och oavsett om verksamheten är offentlig eller privat.

Socialtjänsten behöver så tidigt som möjligt få veta om ett barn behöver hjälp. Det kan handla om misstankar om övergrepp, vanvård eller brister i omsorgen i hemmet eller att barnet har ett riskbeteende, t.ex. missbruk, kriminalitet eller något annat självdestruktivt beteende.

En anmälan ska skyndsamt göras till socialtjänsten i den kommun där barnet bor. I de fall uppgifter om barnets hemkommun saknas görs anmälan till socialtjänsten i närståendes hemkommun. Rekommendationen är att göra en skriftlig anmälan. Är situationen akut kan man göra en anmälan över telefon och därefter bekräfta anmälan skriftligt.

Den som får en misstanke om att ett barn far illa har rätt att rådgöra med kollegor och chef om man är osäker och överväger att göra en anmälan. Det går även bra att kontakta socialtjänsten för att få råd. Den som ringer till socialtjänsten kan uppge sitt eget namn, men om man röjer barnets identitet har man de facto gjort en anmälan.

Det räcker med misstanke

Anmälningsplikten infaller redan vid misstanke om att ett barn far illa. Man måste inte ha någon konkret vetskap om missförhållanden, det räcker att det finns uppgifter som tyder på att ett barn kan vara i behov av stöd eller hjälp från socialtjänstens sida. Ansvar för att efterforska om misstanken stämmer ligger på socialtjänsten och aldrig på den som gör anmälan. Personal inom hälso- och sjukvården, tandvården och elevhälsan ska förmedla det man fått veta, eller misstänker. Socialtjänsten vid och utreder barnets situation.



Det nya begreppet utgår från anmälarens egna iakttagelser och oro för barnet. Det behövs inga tydliga tecken eller bevis för att göra en anmälan till socialnämnden. Även svårbedömda eller obestyrkta uppgifter ska anmälas om de tyder på att ett barn kan behöva stöd eller hjälp från socialtjänstens sida. Det ankommer därefter på socialtjänsten att utreda ärendet och ta ställning till vilka åtgärder som lämpligen bör vidtas.

Det är inte anmälarens utan socialtjänstens sak att utreda och avgöra allvaret i barnets situation.

Socialstyrelsen,
Barn som far illa eller riskerar att fara illa
– En vägledning för hälso- och sjukvården samt
tandvården gällande anmälningsskyldighet
och ansvar.
2014, s. 18–20.

Notera att misstanken även kan röra sig om närståendes situation. Om en vårdnadshavare tillfälligt eller varaktigt inte kan garantera barnets omvårdnad och säkerhet på grund av t.ex. egen ohälsa, missbruk eller chocktillstånd vid sjukdomsbesked ska hälso- och sjukvården göra en orosanmälan till socialnämnden om att familjen kan behöva stöd. Det samma gäller om någon närstående till barnet misstänks kunna bidra till att barnet far illa.

Anmälningssplikten bryter sekretess

Anmälningsskyldigheten bryter eventuell sekretess som kan finnas i hälso- och sjukvården. Barnets och vårdnadshavarnas inställning är inte relevanta för om en anmälan bör ske, utan denna skyldighet styrs enbart utifrån principen om barnets bästa. Det innebär också att man inte i förväg kan lova ett barn att det som sägs i samtalet kommer att stanna mellan barnet och personalen. Om samtalet leder till en misstanke eller vetskap om att barnet far illa träder anmälningsskyldigheten in.

Socialtjänsten får i sin tur lov att bryta sekretess på tre sätt:

- Genom att bekräfta att man sätter igång en utredning på uppgifter som framkommit i anmälan.
- Genom att bekräfta att det redan finns en utredning som rör barnet och att uppgifter i anmälan läggs till den utredningen.
- Genom att bekräfta att man inte kommer att inleda en utredning.

I övrigt kan socialtjänsten inte återkoppla om vad de kommit fram till eller vilka insatser socialtjänsten går vidare med. För att få information om detta måste vårdnadshavarna godkänna att information delas med hälso- och sjukvården.

Det råder ingen sekretess om socialtjänsten begär att hälso- och sjukvården ska lämna ut uppgifter som en del av underlag i utredningen. Hälso- och sjukvården är skyldiga att lämna uppgifter som kan ha betydelse för socialtjänstens utredning.

Ska man informera vårdnadshavarna?

Det finns ingen skyldighet att informera vårdnadshavarna om att en anmälan ska göras eller har gjorts. Om det rör sig om misstanke om våld, sexuella övergrepp, könsstämpning eller hedersrelaterat våld och förtryck ska vårdnadshavarna *inte* informeras. I sådana situationer är det viktigt att socialtjänsten och polisen får utrymme att se till barnets säkerhet samt göra eventuella spårsäkringar, innan vårdnadshavarna informeras. Därefter informerar socialtjänsten vårdnadshavaren om att en anmälan är gjord.

I övriga situationer får man göra en bedömning om man ska informera vårdnadshavarna om att en anmälan är gjord, t.ex. i de fall där man bedömer att sådan information kan underlätta fortsatt kontakt med hemmet. Socialtjänsten har även en möjlighet att erbjuda ett möte mellan den som gjort anmälan och vårdnadshavarna om det är lämpligt utifrån situationen.

Vårdnadshavarna får alltid läsa anmälan. I de fall det rör misstanke om våld, sexuella övergrepp, könsstämpning eller hedersrelaterat våld och förtryck kan socialtjänsten vänta tills spårsäkringen är klar och barnet är i säkerhet innan vårdnadshavarna får läsa anmälan.

Den som gör en anmälan i sin tjänst kan aldrig vara anonym. Även om t.ex. en chef skriver på anmälan är det endast den som fått misstanken eller vetskapen om att ett barn far illa som kan lämna vittnesmål om anmälan skulle leda till åtal.

Om man på sin fritid när man inte är i tjänst får vetskap eller misstanke om att ett barn far illa kan man göra anmäla till socialtjänsten som privatperson. Som privatperson kan man välja om man vill uppge namn eller vara anonym.

Personligt yrkesansvar

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har ett personligt yrkesansvar att fullfölja sin anmälningssplikt. Det innebär att den som fått misstanke eller vetskap om att ett barn far illa har en skyldighet att se till att anmälan kommer in till socialtjänsten snarast möjligt. I de fall man har rutiner som innebär att en viss funktion (t.ex. en chef) ska skriva under anmälan och skicka in den, kvarstår ansvaret för den som först fick misstanken eller kunskapen att säkerställa att anmälan skickas in.

Även om ens chef eller t.ex. ansvarig läkare bedömer att en anmälan inte behöver göras, har den som först fattade misstanke eller fick kunskap om att ett barn far illa ändå en skyldighet att anmäla om man bedömer att misstanken kvarstår.

Anmälningssplikten kvarstår dessutom även om man känner till att det redan finns en anmälan gjord av någon annan. Att en anmälan redan har gjorts innebär således inte att man kan låta bli att göra en egen anmälan på det man fått vetskap eller misstanken om. Det kan snarare vara så att socialtjänsten har stor nytta av en kompletterande anmälan som ger en större förståelse för barnets situation.

Upprepade anmälningar

Det kan vara svårt för socialtjänsten att under utredning visa på att barnet har farit illa, speciellt om familjen inte samarbetar. Om man kommer fram till att det finns behov av stöd i familjen är de insatser som socialtjänsten kan erbjuda familjen till största delen av frivillig karaktär och det händer att vårdnadshavarna och/eller barnet tackar nej till det stöd de erbjuds. Det finns ett stort tomrum där socialtjänsten i sådana situationer inte kan göra något förrän situationen blir så allvarlig att man kan överväga tvångsåtgärder som t.ex. omhändertagande av barnet. Socialtjänsten är därför beroende av upprepade anmälningar från hälso- och sjukvården för att få in ny information som kan sätta större press på vårdnadshavarna att acceptera de insatser som socialtjänsten bedömer att familjen behöver.

Om man har gjort en anmälan om ett barn och i nära anslutning till detta får ny information kan man kontakta socialtjänsten och uppdatera anmälan. Om det däremot har gått en tid när ny eller fortsatt oro för att barnet far illa uppstår måste man göra en ny anmälan. Socialtjänsten försöker kartlägga barnets livssituation och ibland kan en upprepad anmälan innebära att de kan komma vidare i en utredning och motivera vårdnadshavarna och/eller barnet att ta emot det stöd som behövs utifrån deras situation.

Barnkonventionens krav på hälso- och sjukvården

Artikel 19 beskriver de steg som bör finnas på plats för att garantera barnets rätt till skydd mot våld och övergrepp, här anpassat till hälso- och sjukvården.

Förebyggande insatser: Hälso- och sjukvården ska vidta proaktiva förebyggande insatser för att undvika att barn drabbas av någon form av övergrepp. Man ska sträva efter en tidig upptäckt av barn som far illa. Detta inkluderar bland annat att ha rutiner på plats för hur man ska agera vid misstanke om barn som far illa och våld i nära relationer. Dessa rutiner ska vara kända av alla som arbetar inom hälso- och sjukvården.

Identifiera utsatta barn: Hälso- och sjukvården ska ha den kunskap som behövs för att kunna identifiera de barn som har utsatts för (eller riskerar att utsättas för) kränkningar, våld eller övergrepp. Det kräver god kunskap om vilka varningssignaler och kännetecken man måste vara uppmärksamma på. Man måste även ha en kunskap om riskfaktorer för enskilda barn samt riskfaktorer för utsatta grupper av barn. Det handlar om att vara lyhörd för barn som signalerar att något inte står rätt till i deras liv, även om barnet inte uttryckligen ber om hjälp.

Rapportering och dokumentering av våld och övergrepp: Hälso- och sjukvården ska göra en anmälan när det finns vetskap eller misstanke om att barn far illa. Det ska finnas kunskap om de rutiner som finns för rapportering och dokumentering av anmälan av oro.

Ge utsatta barn tillgång till stöd och behandling: När ett barn har varit utsatt för ett övergrepp kan det behöva medicinsk och psykisk vård. Hälso- och sjukvården ska se till att barnets fysiska och psykiska hälsa blir bedömd för att avgöra vilken vård eller annan form av stöd barnet behöver för att återhämta sig från övergreppet.

Följa upp: Hälso- och sjukvården ska följa upp hur barnet har det över tid. Om misstanke kvarstår, eller ny misstanke/vetskap uppstår, om att barnet far illa ska en ny anmälan göras till socialtjänsten.

Rättsliga ingripanden: I vissa fall kan det bli aktuellt att polisanmäla övergrepp av barn i enlighet med lagstiftning. Socialtjänsten gör alltid en bedömning om en polisanmälan ska göras utifrån inkommen anmälan om misstanke om att ett barn far illa. Hälso- och sjukvården kan även ta direktkontakt med polisen om det finns en omedelbar fara för barnets eller personalens säkerhet.

RÄTTIGHETER - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

5B. BARNETS RÄTT TILL SKYDD

Hur orosanmälan till socialtjänsten görs beskrivs i rutin. Den är känd av alla anställda.

Handlingsplan finns för hantering av konstaterade eller misstänkta övergrepp.

Barnskyddsteam finns.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.



ARTIKEL 39, BARNKONVENTIONEN

Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning av ett barn som utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp; tortyr eller någon annan form av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning; eller väpnade konflikter.

Sådan rehabilitering och sådan återanpassning ska äga rum i en miljö som främjar barnets hälsa, självrespekt och värdighet.

9. RÄTT TILL REHABILITERING EFTER TRAUMA

I KORTHET

RÄTT TILL REHABILITERING

- Barn som har upplevt någon form av vanvård, utnyttjande, våld, övergrepp eller trauma har rätt till rehabilitering och återanpassning av kvalificerade professionella med kompetens att möta barnets specifika behov.
- Hänsyn ska tas till barnets kön, ålder, kulturella bakgrund och individuella behov när vård och behandling ges till barnet för att rehabilitera och återanpassa det.

Artikel 39 ger barn som har utsatts för någon form av traumatisk händelse rätt till fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning. Andra former av rehabilitering täcks av barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa under artikel 24. Rätten till rehabilitering och återanpassning efter trauma kompletterar barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa och likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård (artikel 24). För att underlätta återhämtning och återanpassning ska en kulturellt anpassad och genusmedveten psykiatrisk vård och kvalificerad psykosocial rådgivning tillhandahållas.

Barn som har upplevt någon form av våld, övergrepp eller trauma har rätt till rehabilitering och återanpassning av kvalificerade professionella med kompetens att möta barnets specifika behov.

Barn som utsatts för våld och övergrepp, och barn som utsatts för sexuellt våld eller sexuella övergrepp måste utifrån sin rätt till sitt privatliv visas särskild respekt (artikel 16). Detta gäller inte minst vid våld i hemmet och familjekonflikter, inklusive vid åtskiljande av barnet från sina föräldrar.

Barn med missbruksproblem har rätt till rehabilitering och stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Detta ställer krav på rehabilitering som anpassas efter barnets individuella behov.

Barn som utnyttjats för ekonomiska syften, såsom barnprostitution barnarbetare eller barntiggare, samt de som har utsatts för handel med barn, har behov av lämpliga åtgärder som respekterar barnets rättigheter:

[Sverige] måste också vidta åtgärder som försäkrar återanpassningen av barn, som resultat av ekonomiskt utnyttjande, utsätts för allvarlig fysisk och moralisk fara.

Det är absolut nödvändigt att förse dessa barn med nödvändigt socialt och medicinskt stöd och att utifrån artikel 39 i barnkonventionen utarbeta sociala återanpassningsprogram för dem.

FN:s Barnrättskommitté,
Rapport från den femte sessionen.
CRC/C/24, 1994, punkt 43.

Barn som utsatts för väpnade konflikter måste få hjälp att bearbeta sina trauman och hjälp att återanpassa sig socialt. Barn som tvångsrekryterats till barnsoldater och barn som utsatts för våld och sexuella övergrepp under den väpnade konflikten ska få lämpligt stöd som underlättar deras bearbetning av och läkning från övergreppen. Hit hör även barn som tillsammans med sina vårdnadshavare återvänt från illegalt deltagande i väpnade konflikter som t.ex. IS.

Många **barn på flykt och asylsökande** barn har varit med om traumatiska händelser som gör att de är i behov av rehabilitering och social återanpassning.

Rehabilitering och återanpassning ska erbjudas alla barn utifrån behov, utan någon form av diskriminering och utifrån det enskilda barnets bästa.

10. VÅRDNADSHAVARES RÄTTIGHETER OCH SKYLDIGHETER

RÄTT TILL GODA UPPVÄXTVILLKOR



5

FÖRÄLDRARS ANSVAR FÖR BARNET

Vi ska respektera det ansvar samt de rättigheter och skyldigheter som vårdnadshavare har för barnet. De ska ge barnet lämplig vägledning och råd utifrån barnets fortlöpande utveckling av sin förmåga, så att barnet kan utöva sina rättigheter.



20

RÄTT TILL ALTERNATIV OMSORG

Barn som tillfälligt eller permanent av olika skäl inte kan bo kvar i sin familjemiljö har rätt till särskilt stöd och alternativ omvårdnad. Hänsyn ska tas till barnets etnicitet, religion, kultur och språk, samt till kontinuitet i uppfostran.



9

RÄTT TILL SINA FÖRÄLDRAR UTIFRÅN BARNETS BÄSTA

Barn ska inte skiljas från sina föräldrar om det inte är nödvändigt för barnets bästa. Så länge det är förenligt med barnets bästa har barnet rätt till ett personligt förhållande till båda föräldrarna.



25

ÖVERSYN AV OMHÄNDERTAGNA BARN

Barn som har omhändertagits för omvårdnad, behandling eller skydd har rätt till regelbunden övervakning av den behandling som barnet får samt av alla andra omständigheter som rör barnets omhändertagande.



18

FÖRÄLDRARS ANSVAR FÖR BARNES UTVECKLING, UPPFOSTRAN OCH EKONOMI

Om det finns två vårdnadshavare har de ett gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling. De ska låta sig vägledas av vad som bedöms vara barnets bästa. De ska få lämpligt föräldrastöd.



26

RÄTT TILL SOCIAL TRYGGHET

Barn har rätt till social trygghet samt till stöd från samhället om föräldrar eller annan vårdnadshavare saknar tillräckliga resurser. Hänsyn ska tas till vårdnadshavarens resurser och övriga omständigheter.



21

RÄTTIGHETER VID ADOPTION

Barnets bästa ska vara utgångspunkten i alla beslut som tas i adoptionsprocessen. Adoption får endast ske om det är uteslutet att barnet kan tas omhand av den egna familjen. Ingen ska tjäna pengar på adoption.



27

RÄTT TILL SKÄLIG LEVNADSSTANDARD

Barn har rätt till den levnadsstandard som är nödvändig för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. Vid behov ska vårdnadshavare få stöd för att klara sitt huvudansvar för t.ex. barnets mat, kläder och bostad.

Alla barn har rätt till goda uppväxtvillkor som är gynnsamma för barnets optimala utveckling.

- Vårdnadshavare är huvudansvariga för sitt barn.
- Vårdnadshavare ska bevaka sitt barns rättigheter i förhållande till exempelvis hälso- och sjukvården, förskolan, skolan och socialtjänsten.
- Vårdnadshavare ska ge lämplig ledning och råd till barnet i enlighet med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga.
- Vårdnadshavares stödjande roll ska minska i takt med barnets ökande ålder och mognad.
- Vårdnadshavare ska se till att barnet har det skydd och den omvårdnad som behövs för barnets välfärd.
- Båda vårdnadshavarna har ett ansvar för barnets utveckling, uppfostran och ekonomi. Deras relation till varandra (om de är gifta, sambo, särbo, skilda eller aldrig haft en relation) är inte relevant.
- Vårdnadshavare ska ge barnet en bra och trygg uppväxt, utgå från barnets bästa och se till barnets behov, inklusive behov av vård.
- Vårdnadshavare ska inte ställa krav eller ha förväntningar som är orimliga i förhållande till barnets mognad och utveckling.
- Vårdnadshavare får inte utsätta barnet för vanvård, försummelse, våld eller övergrepp. Vårdnadshavare ska avstå från att använda uppfostringsmetoder och bestraffningar som förringar, förödmjukar, svärta ned, skuldbelägger, hotar, skrämmar eller förlöjligar barnet.
- Om vårdnadshavare behöver stöd i sin föräldraroll ska de få det, t.ex. ekonomiskt stöd och föräldraskapsstöd.
- Föräldraskapsstöd kan behövas under barnets hela uppväxt.

Vårdnadshavarna är huvudansvariga för sitt barn och de ska utgå från vad som är bäst för barnet (artikel 3), samt ska "på ett sätt som står i överensstämmelse med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga" ge barnet ledning och råd när de utövar sina rättigheter (artikel 5). De är gemensamt ansvariga för barnets levnadsstandard, uppfostran och utveckling (artikel 18).

Barnkonventionen anser att fram till dess att barnet själv kan utöva sina rättigheter ska vårdnadshavarna säkerställa barnets rättigheter i kontakten med bland annat hälso- och sjukvården, förskolan, skolan och socialtjänsten. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska vårdnadshavarnas vägledande roll minska. Deras ansvar för barnets hälsa innebär att inte utsätta barnet för någon form av försummelse, vanvård, våld eller övergrepp (artikel 19). Vårdnadshavare ska få stöd i sin föräldraroll, vilket bör inkludera information om vad som är en sund barnuppfostran.



Föräldrar är den viktigaste källan till tidig diagnostisering och primär omsorg av små barn. De är också den viktigaste skyddande faktorn mot högriskbeteenden hos ungdomar, till exempel drogbruk och oskyddat sex. Föräldrar spelar även en central roll i att främja en sund utveckling hos barn, skydda barn från faror i form av olyckor, skador och våld, samt lindra de negativa effekterna av riskbeteenden.

Barns socialiseringsprocesser, som är avgörande för att de ska förstå och anpassa sig till den värld de växer upp i, påverkas starkt av deras föräldrar, släkt och andra omvårdare. [Sverige] bör använda evidensbaserade insatser för att stödja ett gott föräldraskap, till exempel föräldrautbildning, stödgrupper och familjerådgivning. Det gäller i synnerhet familjer som ställts inför utmaningar vad gäller barnens hälsa, och andra sociala förhållanden.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 15, om barnets rätt till
bästa uppnåeliga hälsa (artikel 24).
2013, punkt 67.

I artikel 24 om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa berörs även mödrarnas betydelse för barnets hälsa under graviditeten och efter barnet är fött. Att fokus ligger främst på mödrarnas betydelse för barnets hälsa är en spegling av de globala samhällsvärderingar som rådde vid framtagandet av barnkonventionen 1979–1989. Även om barnkonventionen inte specifikt berör det ofödda barnet inkluderas det ofödda barnets rätt till hälsa i och med att FN:s Barnrättskommitté poängterar att den vård som kvinnor får före, under och efter sin graviditet har långtgående följder för barnets hälsa och utveckling. Hälso- och sjukvården ska ta hänsyn till den gravida mammans (och den icke-födande föräldrarnas) hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård som ett led i arbete med att skapa bästa möjliga förutsättningar för det enskilda barnets fortsatta hälsoutveckling.

Statens ansvar för barnets hälsa innefattar även att se till att barnets vårdnadshavare har likvärdig tillgång till vård och socialförsäkringsförmåner.

Barnkonventionen har en global syn på barnuppfostran och accepterar att det kan vara många som delar ansvaret för barnets uppfostran och utveckling förutom föräldrarna, t.ex. syskon, bonusföräldrar, mor- och farföräldrar, andra familjemedlemmar och släktingar, men även till viss del förskolan, skolan, sociala myndigheter m.m. Vårdnadshavare har dock huvudansvaret för barnet, med rätt att fatta viktiga beslut som rör barnet, utifrån principen om barnets bästa (artikel 3) och med respekt för barnets fortlöpande utveckling av sin förmåga och mognad (artikel 5 och 12).

Artikel 5 handlar om att vårdnadshavare ska uppfylla de skyldigheter som åligger dem som huvudansvariga för sitt barn. De har ett ansvar att bevaka och säkerställa barnets rättigheter gentemot t.ex. förskolan, skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Samtidigt bekräftar artikel 5 att familjen är en central del i barnets liv. Familjen ska både stötta barnet i att bli en självständig rättighetsbärare, samtidigt som familjen ska säkerställa barnets behov av skydd.

STÖD FÖR BARNETS FORTLÖPANDE UTVECKLING

”Barnets fortlöpande utveckling” är ett av nyckelkoncepten i barnkonventionen. Barnet befinner sig i en kontinuerlig mognadsprocess och föräldraskapet måste förändras över tid för att möta barnets (ständigt nya) behov. Barnets ständiga utveckling mot att bli en oberoende vuxen måste respekteras och stödjas genom hela barndomen. Det hänger samman med barnets rätt att vara delaktig och få inflytande (artikel 12) som kräver att barnets åsikter måste beaktas ”utifrån barnets ålder och mognad”.

I artikel 5 fastställs principen att föräldrar (och andra) ansvarar för att fortlöpande anpassa nivån av stöd och vägledning som de erbjuder barnet. Dessa anpassningar ska göras med hänsyn till barnets intressen och önskemål samt till barnets förmåga att fatta självständiga beslut och själv inse sitt bästa. Ett litet barn kräver i allmänhet mer vägledning än ett äldre barn, men det är också viktigt att ta hänsyn till individuella skillnader i förmågor hos jämnåriga barn, och i deras sätt att reagera på olika situationer.

Den fortlöpande utvecklingen av barnets förmågor bör ses som en positiv process som öppnar för möjligheter, inte som en ursäkt för ett auktoritärt agerande som begränsar barnets självbestämmanderätt och egna uttryck, och som traditionellt har rättfärdigats med hänvisning till barns relativa omognad och behov av socialisering.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 7, om genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom.
2005, punkt 16.

Vårdnadshavarnas vägledning ska anpassas till barnets fortlöpande utveckling, där yngre barn kan behöva mer råd och guidning, medan äldre barn med vårdnadshavarnas stöd kan börja resonera och bli allt mer självständiga i olika frågor.

Barnets fortlöpande utveckling handlar om barnets växande självständighet i förhållande till sina föräldrar, men även om föräldrars ansvar att inte kräva eller förvänta något av barnets som är orimligt i förhållande till hur långt barnet har kommit i sin utveckling. Den fortlöpande utvecklingen av barnets förmågor (artikel 5) måste beaktas när det gäller barnets bästa och rätten att bli hörd.

Kommittén har redan fastslagit att ju mer barnet vet, har upplevt och förstår, desto mer måste föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har lagligt ansvar för barnet omvandla instruktioner och vägledning till påminnelser och råd, och sedan till ett utbyte på lika villkor.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 14, om barnets rätt att i första hand få barnets bästa beaktat.
CRC/C/GC14, 2013, punkt 44.

När artikel 5 läses ihop med barnets rätt till skydd från våld och övergrepp (artikel 19) blir det tydligt att vårdnadshavarnas ”ledning” aldrig får inkludera våld eller kränkningar. Det ligger i vårdnadshavarnas ansvar att skydda barnet från alla former av fysiskt, psykiskt, sexuellt och materiellt våld. Aga är inte förenligt med barnkonventionen och föräldrar ska avstå från att använda uppfostringsmetoder och bestraffningar som förringar, förödmjukar, svärta ned, skuldbelägger, hotar, skrämmer eller förlöjligar barnet.

VÅRDNADSHAVARES GEMENSAMMA ANSVAR FÖR SITT BARN

Artikel 18 slår fast att vårdnadshavarna har ett gemensamt ansvar för barnets uppfostran och för att skapa goda förutsättningar för barnets utveckling. Deras relation till varandra är inte relevant; det spelar ingen roll om de är gifta, sambo, särbo, skilda eller aldrig har haft en relation – vårdnadshavarna har ett gemensamt ansvar för barnet till dess att barnet blir 18 år. Målet är att båda vårdnadshavarna ska vara engagerade i barnets uppfostran och utveckling, oberoende deras relation med varandra. Om det endast finns en vårdnadshavare ligger allt ansvar för barnet hos denna.

Vårdnadshavare är, inom ramen för sin förmåga och sina ekonomiska resurser, huvudansvariga för att barnet har en skälig levnadsstandard som är nödvändiga för barnets hälsa och fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling (artikel 27).

Artikel 18 är tydlig med att barnets bästa (artikel 3) ska vara en vägledande princip för vårdnadshavare och avgörande för barnets omvårdnad och kontakt med sina föräldrar. Artikel 3 klargör att barnets föräldrar, vårdnadshavare eller andra med juridiskt ansvar för barnet har rättigheter och skyldigheter för barnets omvårdnad och skydd. Hälso- och sjukvården ska vidta lämpliga åtgärder för att stötta dem och säkerställa barnets skydd och omvårdnad. Om en vårdnadshavare tillfälligt eller varaktigt inte kan garantera barnets omvårdnad och säkerhet på grund av t.ex. egen ohälsa, missbruk eller chocktillstånd vid sjukdomsbesked ska hälso- och sjukvården göra en orosanmälan till socialnämnden om att familjen kan behöva stöd. Olika verksamheter inom hälso- och sjukvården kan även erbjuda vårdnadshavarna stöd för att hantera sitt föräldraskap.

Vårdnadshavare ska utgå från vad som är barnets bästa och som stöd ska det finnas tillgänglig information om vad forskning och evidens har kommit fram till är bäst för barnet när det t.ex. handlar om uppfostran, matvanor, fritidsaktiviteter, fysisk och psykisk hälsa samt andra faktorer som påverkar barnets uppväxt och utveckling.

Barnkonventionen utmanar tanken på att vårdnadshavare har absolut makt över sina barn. Grundtanken är att vårdnadshavarnas ansvar för barnets välbefinnande innebär att föräldrar måste agera utifrån barnets bästa. Allt som vårdnadshavare gör som hindrar eller stör barnets utveckling, och som inte är förenligt med barnets bästa, kan därmed anses gå emot deras ansvar att förverkliga barnets rättigheter.

VÅRDNADSHAVARES DELAKTIGHET I VÅRDEN

Regeringen slår fast att närstående har en viktig roll att fylla i vården. De besitter ofta viktig kunskap om en enskild patients förutsättningar och behov, kunskap som är viktig för hälso- och sjukvårdspersonal. Patientlagen tydliggör att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det. Som närstående räknas bl.a. patientens vårdnadshavare, egna barn och övriga familj, samt i vidare bemärkelse andra personer som patienter står nära som t.ex. mycket nära vänner.

Egenvård som en patient utför i hemmet blir ofta en angelägenhet även för dem som patienten lever tillsammans med och omfattas därför av patientlagen, utifrån lämplighet och förutsättning.

När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. För att det ska vara möjligt att beakta barnets bästa måste barnet ses i sitt sammanhang. Barns beroendeställning i förhållande till sina vårdnadshavare medför att familjens situation ofta måste beaktas vid bedömningen.

Barnets medverkan i sin hälso- och sjukvård kan många gånger påverkas av vårdnadshavarnas inställning och barnet kan behöva vårdnadshavarnas hjälp med att hantera den information som ges.

Regeringen,
Proposition 2013/14:106 Patientlag, s. 74.

Hälso- och sjukvården ska sträva efter att samverka med barnets vårdnadshavare för att skapa goda förutsättningar för att vården ska ge eftersträvarade resultat. Det kan finnas situationer där samverkan med barnets vårdnadshavare inte är lämpligt sett till barnets bästa, t.ex. när barnet lever med skyddade personuppgifter.

RÄTT TILL FÖRÄLDRASTÖD

Barnkonventionen kompletterar vårdnadshavares huvudansvar för barnet med en skyldighet för staten att säkerställa det finns lämpligt stöd för vårdnadshavare så att de klarar av sitt föräldraansvar för barnet. Vårdnadshavare har rätt att få föräldrautbildningar som stärker deras föräldraskap. Artikel 18 lyfter både fram ansvaret att stödja vårdnadshavare som riskerar att inte uppfylla sitt ansvar för barnets uppföstran och utveckling, samt vikten av att även ge föräldrastöd till alla föräldrar.

I den nationella strategin för att stärka barnets rättigheter läggs ansvaret för att utbilda föräldrar om barnets rättigheter på mödravården, barnhälsovården och socialtjänsten:

Föräldrarna är de som står närmast barnet och som ska se till barnets behov och bevaka sitt barns rättigheter, i förhållande till exempelvis förskolan, skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är därför viktigt att föräldrar får kunskap om de rättigheter barn har och vad dessa rättigheter innebär genom de verksamheter på framförallt kommunal nivå som kommer i kontakt med föräldrar. ...

Det är särskilt viktigt att nå blivande och nyblivna föräldrar. Mödra- och barnhälsovården har ett särskilt ansvar för att förmedla kunskap om barns behov och utveckling i relation till de rättigheter barn har. Socialtjänsten har också ett ansvar genom det stöd som ges till barn och föräldrar i utsatta situationer.

Regeringskansliet,
Konventionen om barnets rättigheter – Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.
2014, s. 15.

Föräldrastödet kan enligt FN:s Barnrättskommitté bestå av ekonomiskt stöd (barnbidrag, bostadsbidrag, föräldraförsäkring) eller utvecklandet av sociala servicefunktioner (förskola, hälso- och sjukvård för barn, familjerådgivning). Föräldrastödet kan även inkludera praktiska åtgärder som ekonomiskt bistånd, bostad, barnomsorg, hemtjänst, utrustning samt psykologiskt och yrkesmässigt stöd.

Andra former av stöd som nämns i barnkonventionen är alternativ omvårdnad för barn som inte kan bo med sin familj (artikel 20), rättigheter för barn med funktionsnedsättning (artikel 23), servicefunktioner inom hälso- och sjukvården (artikel 24) samt stöd inom utbildningssystemet (artikel 28).



PATIENTLAG (2014:821)

Patientlagen 5 kap. Delaktighet

3 § *Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.*

FÖRÄLDRABALKEN (1949:381)

6 kap. 11 §

Vårdnadshavarna har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter.

Det är vårdnadshavarnas ansvar att barnets behov blir tillgodosedda.

Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i de beslut som rör barnets personliga angelägenheter.

NOBAB

NOBAB STANDARD OM

BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

3. Föräldramedverkan

Föräldrar ska få hjälp och uppmuntran att stanna hos sitt barn och få möjlighet att övernatta. Föräldrar ska inte behöva få extra kostnader eller förlora inkomst i samband med barnets sjukhusvistelse. Föräldrar ska få information om avdelningens arbetssätt och rutiner och få stöd att vara en aktiv del i barnets vård.

Se kapitel 15 för hela NOBAB:s standard om barnets rättigheter och behov inom hälso- och sjukvården

2

MILJÖ – KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

2B. NÄRSTÅENDE SKA KUNNA VARA NÄRA

Patienten erbjuds och får ta emot besök från syskon, vänner och partners.

Förälder (eller ersättare) har möjlighet att vara tillsammans med barnet i alla steg av vården. Eventuella undantag framgår tydligt av information.

En förälder (eller ersättare) har möjlighet att sova över på patientens rum.

Förälder (eller ersättare) kan vid övernattning värma mat.

Rutin finns för hur verksamheten kan bidra till syskonets behov av information, råd och stöd.

Syskon till patient som vårdas erbjuds att få träffa särskild syskonstödare.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.

- Att bestämma om barnet ska vårdas eller inte.
 - Grundprincipen är att båda vårdnadshavare ska samtycka till vården, om det inte är en ensam vårdnadshavare.
 - Om vårdnadshavarna inte är överens kan barnets egen åsikt bli avgörande.
- Att få information om barnets hälsotillstånd, vilka undersökningar, behandlingar och metoder som kan bli aktuella.
- Att få information om vad som kan hända om man inte behandlar.
- Att få komma med egna förslag och ha åsikter om vården.
 - De kan inte kräva behandling som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet inom vården.
 - De kan inte tacka nej till vård om barnet har en smittsjukdom och ska vårdas enligt smittskyddslagen.
 - De kan inte neka sitt barn livräddande behandling.
 - De kan inte neka sitt barn medicinsk vård eller behandling om det annars skulle uppstå en allvarlig risk för barnets hälsa eller utveckling.
 - Om en vårdnadshavare motsätter sig sådan medicinsk vård eller behandling, och barnet inte har tillräcklig ålder och mognad, gör hälso- och sjukvården en anmälan till socialtjänsten som kan gå in med ett LVU-beslut och ta över ansvaret för barnet under vården.
- Att vid allvarlig sjukdom eller komplicerad vårdinsats få en andra bedömning av ytterligare en specialist.
- Att avbryta en pågående behandling eller tacka nej till undersökningar eller mediciner.
- Att slippa närvara eller hålla fast barnet vid en obehaglig undersökning eller behandling, men kan finnas till hands för att trösta och stötta barnet före och efter.
- Att få språk- eller hörseltolk.
- Att få en kopia av barnets journal.
 - Om inte ett äldre barn har motsatt sig att journalkopior lämnas ut.
 - I vissa fall kan det finnas sekretess till skydd för barnet gentemot vårdnadshavaren.
 - Vårdnadshavare kan inte spärra uppgifter i barnets journal för andra vårdgivare.
- Att bestämma om barnet ska delta i forskningsprojekt eller inte.
- Att bestämma om personer under utbildning deltar eller ser på när barnet behandlas eller undersöks.
 - Även mycket små barn kan bedöma om de känner sig trygga med att en person under utbildning deltar eller ser på när barnet behandlas eller undersöks.
- Om barnet vårdas på vårdavdelning eller sjukhus:
 - Att få sova över hos barnet.
 - Att få visning av vårdavdelning och förklaring av rutiner och riktlinjer.
 - Att få stöd att hjälpa till med vården av barnet.



ARTIKEL 17, BARNKONVENTIONEN

Konventionsstaterna erkänner den viktiga uppgift som massmedier utför och ska säkerställa att barnet har tillgång till information och material från olika nationella och internationella källor, särskilt sådant som syftar till att främja dess sociala, andliga och moraliska välmående samt fysiska och psykiska hälsa. Konventionsstaterna ska för detta ändamål:

- (a) uppmuntra massmedier att sprida information och material av socialt och kulturellt värde för barnet och i enlighet med andan i artikel 29,
- (b) uppmuntra internationellt samarbete vad gäller produktion, utbyte och spridning av sådan information och sådant material från olika kulturer och nationella och internationella källor,
- (c) uppmuntra produktion och spridning av barnböcker,
- (d) uppmuntra massmedier att ta särskild hänsyn till de språkliga behoven hos ett barn som tillhör en minoritetsgrupp eller ett urfolk,
- (e) uppmuntra utvecklingen av lämpliga riktlinjer för att skydda barnet mot information och material som är till skada för barnets välfärd, med beaktande av bestämmelserna i artiklarna 13 och 18.

11. RÄTT TILL INFORMATION

I KORTHET

RÄTT TILL INFORMATION

- Barnet har rätt till information om sin hälsa, vård och behandling som barnet förstår.
- Informationen ska anpassas till barnets ålder och mognad samt individuella behov.
- Den som informerar ett barn har ett ansvar att säkerställa att barnet förstår informationen.
- Uppgift om den information som lämnats till patientens vårdnadshavare och övriga närstående ska dokumenteras i patientjournalen.
- Principen om barnets bästa ska ge vägledning när information ges till barnet.

I barnkonventionens artikel 13–17 definieras barns medborgerliga rättigheter och friheter. De är grundläggande för att garantera barnets rätt till hälsa och utveckling. I artikel 17 anges att barnet har rätt till ”tillgång till information och material från olika nationella och internationella källor, särskilt sådant som syftar till att främja dess sociala, andliga och moraliska välfärd och fysiska och psykiska hälsa”.

Barn har rätt att i tillräcklig utsträckning få tillgång till information som är nödvändig för deras hälsa och utveckling och för deras förmåga att delta i samhället på ett meningsfullt sätt. Alla barn har rätt till ändamålsenlig information om hur de ska skydda sin hälsa och utveckling samt om hälsosamt beteende. I detta bör ingå information om bruk och missbruk av tobak, alkohol och andra ämnen, säkra och respektfulla sociala och sexuella beteenden, samt kost och fysisk aktivitet. Barn och ungdomars rätt till lämplig information är viktig för ett stort antal hälsorelaterade situationer, exempelvis familjeplaneringsfrågor, förebyggande av olycksfall, skadliga traditionella sedvänjor inklusive tidiga äktenskap och könsstympning av kvinnor, samt missbruk av alkohol, tobak och andra skadliga ämnen.

För att använda informationen på ett lämpligt sätt behöver ungdomar utveckla nödvändiga kunskaper, inklusive kunskaper om egenvård, som hur man planerar och lagar näringsmässigt balanserade måltider och hur man bäst sköter sin hygien, samt kunskaper om hur man hanterar specifika sociala situationer, till exempel kommunikation mellan personer, beslutsfattande och hantering av stress och konflikter.

Konventionsstaterna bör stimulera och stödja möjligheter att bygga sådana kunskaper, bland annat genom formell och informell undervisning och utbildningsprogram, ungdomsorganisationer och medier.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 4, om ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter.
2003, punkt 27.

I Patientlagen finns det inget undantag från skyldigheten att lämna information enbart på den grunden att patienten är ett barn. Även barn ska därmed i princip alltid informeras om bl.a. sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt det förväntade vårdförloppet. Informationen måste emellertid anpassas till barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar. Principen om barnets bästa ska ge vägledning när information ges till barnet.

Patientlagen förtydligar att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information. Uppgift om den information som lämnats till patientens vårdnadshavare och övriga närstående ska dokumenteras i patientjournalen.

Vid framtagandet av patientlagen resonerade man utifrån att enbart informera ett litet barn och anförtro hen uppgiften att vidareförmedla informationen till vårdnadshavarna inte kan anses uppfylla informationsplikten. Frågan är emellertid i vilka situationer hälso- och sjukvårdspersonalen bör respektera att en ung patient motsätter sig att information lämnas till vårdnadshavarna, dvs. när information till enbart barnet är tillräcklig för att hälso- och sjukvårdens personal ska anses ha uppfyllt sin informationsplikt.



PATIENTLAG (2014:821)

3 kap. Information

- 1 §** *Patienten ska få information om*
1. sitt hälsotillstånd,
 2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
 3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
 4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
 5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
 6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
 7. eftervård, och
 8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.
- 2 §** *Patienten ska även få information om*
1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
 2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
 3. vårdgarantin, och
 4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.
- 3 §** *När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§.*
- 4 §** *Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne.*
- 5 §** *Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.*
- 6 §** *Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.*
- 7 §** *Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.*
Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

Resonemanget i propositionen till patientlagen utgår ifrån att i takt med att barnet blir äldre och mognare kommer hen att ensam förfoga över sekretessen. Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen i vissa situationer kan vara förhindrade att lämna ut information till vårdnadshavare. Ett barn som kan anses ha den mognad och omdömesförmåga som krävs i den aktuella situationen bör kunna lämna uppgifter till t.ex. en läkare utan att vårdnadshavarna kan göra anspråk på att få kännedom om uppgifterna om barnet inte samtycker till det. Den ålder och mognad som krävs för att barnet själv ska få avgöra om information ska lämnas till vårdnadshavarna ska bedömas mot bakgrund av den aktuella situationen. Ett barn kan vara moget nog att själv avgöra om information om mindre hälso- och sjukvårdsåtgärder ska lämnas till vårdnadshavarna, medan samma barn inte kan anses moget nog att avgöra huruvida information om mer ingripande åtgärder ska lämnas till vårdnadshavarna.

Patientlagen säger därför att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information, såvida inte patienten motsätter sig det och har uppnått den ålder och mognad när han eller hon själv har rätt att bestämma i frågor som rör personliga angelägenheter eller det kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller det annars anges i OSL.

Enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen ska, om uppgifterna finns tillgängliga, en patientjournal alltid innehålla uppgift om den information som lämnats till patienten. Journalen ska även innehålla uppgifter om den information som lämnats till patientens vårdnadshavare eller till någon annan närstående.

NOBAB STANDARD OM

BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

NOBAB

3. Information

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

Se kapitel 15 för samtliga NOBAB:s standard om barnets rättigheter och behov inom hälso- och sjukvården.

3A. FÖRBEREDELSE, INFORMATION

Varje patient ges information och får komma till tals utifrån ålder, mognad och förmåga. Särskilda behov av språklig eller annan anpassning journalförs.

Varje patient och vårdnadshavare ges information om journalen, till exempel att den kan begäras ut och är åtkomlig via nätet.

Riktlinje finns för information inför planerade vårdinsatser. Vårdnadshavare och patienten får förslag utifrån ålder och mognad och ges möjlighet att framföra önskemål kring insatserna.

Riktlinje för vårdplan finns för inlagd respektive återkommande patient. Patienten är delaktig i framtagandet utifrån ålder och mognad.

Riktlinje finns för vilken information som ska ges till patient och vårdnadshavare vid inläggning. Riktlinjen beskriver hur deras önskemål inhämtas, vilka professioner som de troligen möter samt avdelningens allmänna rutiner och resurser.

Riktlinje finns för procedurrädsla, narkos och smärtskattning. Verksamheten tar reda på och journalför oro och rädsla för åtgärder. Förberedelse inför sövning/narkos är lika för hela verksamheten. Verksamheten skattar smärta hos barn med olika behov och förmågor.

Möjlighet att klä om avskilt finns inför åtgärder eller undersökningar.

Kallelse sker utifrån en gemensam grund. Den är skriven på enkel svenska (klarspråk) och gärna med bildstöd och/eller länk till relevanta förberedande sidor på 1177/Vårdguiden. Verksamheten kvalitetsgranskar årligen sina kallelser.

Vårdnadshavare kan läsa och gärna se på bilder eller film om hur den bäst kan bidra till patientens egenvård före, under och efter vårdtillfället.

Riktlinje finns för hur verksamheten kan erbjuda säker nätbaserad kommunikation i vårdfrågor, t.ex. e-post eller bokning och recept via 1177/Mina vårdkontakter.

Viktig skriftlig information finns tillgänglig på ett urval andra språk.

Verksamhetens informationsmaterial finns på webben, helst med stöd av film.

Verksamheten låter årligen ett lämpligt urval av patienter och anhöriga granska informationsmaterial och kallelser.

Bildstöd finns tillgängligt i hela verksamheten.

Utrustning finns för förberedelse av särskilda ingrepp på barn, som t.ex. "förberedelsedockor" och instruktionsfilmer.

TRYGGHET, DELAKTIGHET OCH INFORMATION - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

3

3B. STÖD I UTVECKLINGEN

Lokal riktlinje finns för hur patient under sjukhusvistelsen ska kunna fortsätta med sin utbildning och för hur samarbetet med hemskola och hemförskola säkerställs.

Riktlinje finns för hur verksamhetens pedagogiska resurser, som lekterapi och specialpedagog utgör stöd under sjukhusvistelsen och bidrar till barnets fortsatta utveckling.

Verksamheten tillhandahåller aktiviteter på patientrummet utifrån barnets ålder, mognad och intressen.

Information om samhällets servicemöjligheter såsom försäkringskassan ges, men också stöd och råd vid kontakter med dem. Stödjande samtal erbjuds.

Riktlinje för hur verksamheten deltar i och förbereder patienten på möten med socialtjänst, t.ex. Individuell Plan, även kallad SIP (16 kap 4§ HSL)

Patient med långvarig sjukdom erbjuds information om relevanta patientföreningar.

Tillgängligt wifi finns, eventuellt erbjuds möjlighet att låna dator/surfplatta.

LÄRANDE, INFLYTANDE OCH PÅVERKAN - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

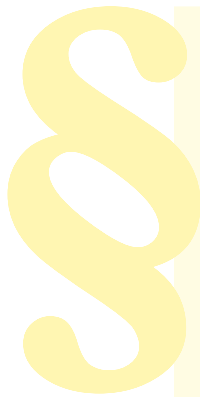
4

4B. VERKSAMHETENS SAMVERKAN MED PATIENT OCH ANHÖRIG

Patient och vårdnadshavare informeras om Patientnämnden, när det finns anledning att tro att missnöje eller konflikt föreligger.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.

12. BARN SOM NÄRSTÅENDE



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN (2017:30)

5 kap. Särskilda skyldigheter i fråga om barn

7 § *Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med:*

- *Har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning*
- *Har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada*
- *Har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar*
- *Oväntat avlider*

Hälso- och sjukvårdslagen erkänner den betydelse barnets närstående har för barnets egen hälsa och välfärd. Med närstående avser det nätverk av personer och relationer som finns runt barnet eller som barnet själv väljer; föräldrar, mor- och farföräldrar, syskon, vänner och andra nyckelpersoner i barnets liv. Det är inte den närståendes diagnos som är avgörande för om barnet behöver stöd utan i vilken omfattning barnets behov påverkas.

Barnets rätt till information, råd och stöd handlar om att rusta barnet att kunna hantera den situation som barnets närstående har. För en del barn är situationen permanent och har funnits barnets hela liv, för andra barn förändras livssituationen plötsligt för en närstående. Oavsett behöver barnet information, råd och stöd som anpassas till barnets specifika situation, ålder och mognad samt individuella behov. I en syskonskara kan syskon ha individuella behov av information, råd och stöd.

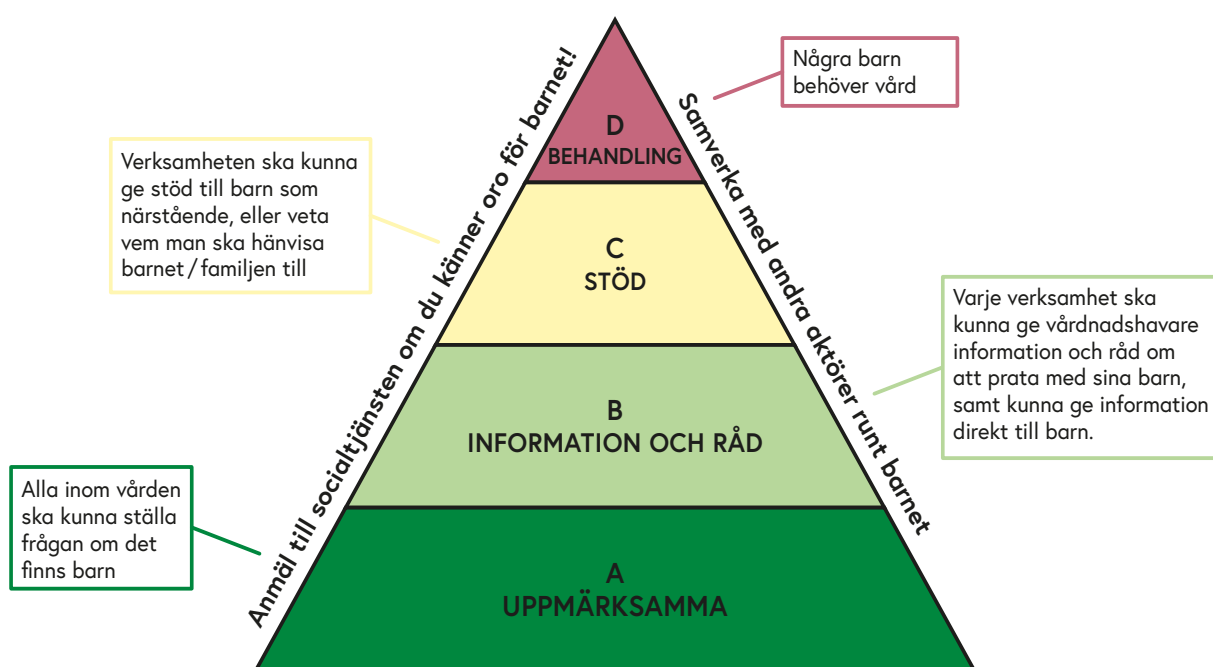
När barn inte får information eller inte förstår vad som sker med närstående kan de oroa sig mer än vuxna. De kan tro att det som händer är deras fel och lägga skuld på sig själv. När en vuxen i familjen inte orkar eller klarar av vardagen tar barn ofta på sig ett större ansvar för sig själv, syskon och föräldrarna. Det kan påverka deras hälsa, skolprestationer och gå ut över sociala relationer med vänner. Den negativa påverkan av att inte förstå och kunna hantera det som händer närstående påverkar barnet både i nuet och när de själva blir vuxna. Hälso- och sjukvården ska bidra till att minska negativa effekter för barn som närstående genom att ge barn det stöd de behöver för att hantera situationen.

När förälder eller annan närstående drabbas av allvarliga svårigheter påverkar det alla i familjen, familjeklimatet, föräldrarnas psykiska hälsa, förutsättningarna för föräldraskap, vardagen och hur barnen mår. Stödet behöver inriktas på både familjens, föräldrarnas och barnens behov.

Det handlar om att stärka skyddsfaktorer genom ofta rätt enkla åtgärder – att ge adekvat information och svar på frågor, hjälpa familjen att kunna tala om problemen, låta barnen ge uttryck för sin oro och sina upplevelser, se till att de har möjlighet till kamratrelationer och fritidsintressen och får stöd i skolarbetet.

Trygga relationer i familjen och någon stödjande vuxen utöver föräldrarna är grundläggande samt att föräldrarna får den hjälp och det stöd de behöver, både för egen del och i sitt föräldraskap.

Socialstyrelsen & NKA,
Faktablad: Barn och samhälle tjänar på bättre stöd till familjer med missbruk, fysiska och psykiska sjukdomar eller dödsfall.
2013, s. 2.



- A. Inom hälso- och sjukvården ska alla oavsett profession kunna uppmärksamma om det finns närstående barn till patienten.
- B. Varje verksamhet ska kunna ge vårdnadshavare information och stöd för att prata med sitt barn, prata med barnet tillsammans med vårdnadshavaren eller prata med barnet enskilt om vårdnadshavare samtycker eller om barnet har ålder och mognad att själv efterfråga samtal om närståendes situation. Barnets rätt till information kan ibland utmanas av patientsekretessen när närstående vill skona barn från skadlig information. I sådana situationer är det viktigt att motivera och söka samtycke för att ge barnet nödvändig information, råd och stöd som är gynnsam för barnets fortsatta utveckling.
- C. Verksamheten ska kunna ge stöd åt barn som närstående, eller hänvisa barnet till annan verksamhet om barnet efter information behöver stöd för att hantera situationen. Många regioner har syskongrupper, sorgegrupper och andra stödinsatser som riktar sig till barn.
- D. En del barn behöver egen vård och behandling för att hantera effekterna av den närståendes situation. Verksamheten ska hjälpa barnet att hitta rätt stöd utifrån barnets behov.

13. BARNRÄTTSBASERAD VERKSAMHET



ARTIKEL 2, BARNKONVENTIONEN

1. Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt.

2. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

FÖRBUD MOT DISKRIMINERING

Rätten till likvärdiga villkor, jämställdhet och förbud mot diskriminering är en av de grundläggande principerna i barnkonventionen (tillsammans med artikel 3, 6 och 12) och ska genomsyra förverkligandet av övriga rättigheter. Alla barn har rätt till alla rättigheter i barnkonventionen, utan åtskillnad av något slag, inklusive på grund av deras "ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt".

Principen om förbud mot diskriminering utesluter inte positiv särbehandling av missgynnade och utsatta grupper barn. För dessa barn kan särskilda satsningar på åtgärder minska eller eliminera de orsaker som har bidragit till diskriminering.

Diskrimineringslagen (2008:567) syftar till att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Barnkonventionen inkluderar utöver dessa diskrimineringsgrunder även ras, börd, ställning och socialt ursprung.

Diskrimineringslagen är personbunden medan barnkonventionen vidgar det till att barnet även kan diskrimineras på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro. Ett barn med t.ex. en mamma med missbruksproblem, en pappa som är transvestit, ett syskon med uttalad politisk tillhörighet, eller liknande, kan utsättas för diskriminering på grund av familjemedlemmen och särbehandlas. Barnkonventionen anser att även detta utgör en diskriminering av det enskilda barnet.

Rätten till likvärdiga villkor, jämställdhet och förbud mot diskriminering innebär för hälso- och sjukvården att alla barn inom hälso- och sjukvården har rätt att bli respekterade som de individer de är, oberoende kön, ålder, hudfärg, språk, religion, politiska eller annan åskådning, social och etnisk bakgrund, funktionsnedsättning, sexuell läggning samt könsöverskridande identitet eller könsuttryck.

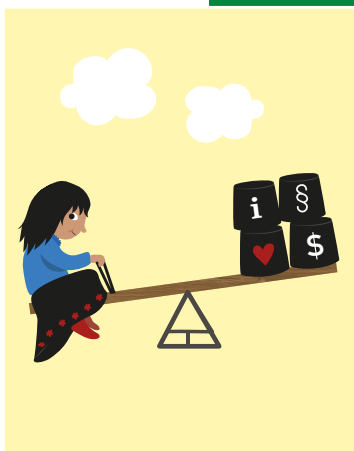
Alla barn har rätt att växa upp under likvärdiga villkor där t.ex. postnummer, kön och bakgrund inte ska påverka deras rätt till likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande för att minska diskriminering och samla in statistik och data på barn utifrån en mängd olika faktorer (kön, ålder, funktionsnedsättning, ekonomi, familjeförhållanden m.m.) för att följa utvecklingen i regionen över tid. Detta för att se till att det inte finns några barn inom verksamheten som riskerar att diskrimineras till följd av verksamhetens inriktning eller beslut. Om till exempel 95 procent av barnen får vård inom vårdgarantins utsatta tid bör en barnrättsbaserad analys göras som identifierar vilka 5 procent av barnen som inte har fått vård i utsatt tid. Om dessa barn utgör ett tvärsnitt av befolkningen är det mindre problematiskt än om det skulle visa sig att det rör sig om barn av ett visst kön, från en viss kommun, i en viss ålder, med en viss etnisk bakgrund eller med en viss funktionsnedsättning. I de senare fallen kan en strukturerad diskriminering befaras och då måste åtgärder göras för att säkerställa alla barns likvärdiga rätt till hälso- och sjukvård.

Det är nödvändigt med systematisk insamling av data för att konventionsstaterna ska kunna följa ungdomars hälsa och utveckling. Konventionsstaterna bör utveckla mekanismer för insamling av data som kan delas upp efter kön, ålder, ursprung och socioekonomisk status, så att situationen för olika grupper kan följas.

Data bör också samlas in för att studera situationen för specifika grupper, till exempel etniska minoriteter eller ursprungsbefolkningar, ungdomar som är invandrare eller flyktingar, ungdomar med funktionsnedsättning och ungdomar som arbetar. När det är lämpligt bör ungdomar delta i analysen för att säkerställa att informationen tolkas och används på ett sätt som tar hänsyn till dem.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 4, om ungdomars hälsa
och utveckling inom ramen för konventionen om
barnets rättigheter.
2003, punkt 13.



ARTIKEL 3, BARNKONVENTIONEN

1. Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.

2. Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet, och ska för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder.

3. Konventionsstaterna ska säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för omvårdnad eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

PRINCIPEN OM BARNETS BÄSTA

I KORTHET

PRINCIPEN OM BARNETS BÄSTA

- När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.
- Hälso- och sjukvårdspersonal måste beakta vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Det som barnet själv ger uttryck för ska beaktas utifrån barnets bästa.
- Beroende på barnets ålder och mognad ska man inhämta underlag från vårdnadshavare och andra yrkespersoner som har kunskap om barnet.
- Principen om barnets bästa får inte medföra att barns och vårdnadshavares åsikter och inställning till en vårdåtgärd åsidosätts.
- Stor vikt ska läggas vid barnets, och även vårdnadshavarens, möjlighet till inflytande.
- Både personal och vårdnadshavare bör ge barnet möjlighet att uttrycka sin inställning samt underlätta barnets delaktighet.
- Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall.

Principen om barnets bästa är en av de grundläggande principerna i barnkonventionen (tillsammans med artikel 2, 6 och 12). Syftet med begreppet barnets bästa är att säkerställa barnets både fullt och faktiskt åtnjutande av alla barnets rättigheter och goda förutsättningar för barnets utveckling. Eftersom alla rättigheter utgår från "barnets bästa" kan ingen av barnets rättigheter inskränkas med hänvisning till barnets bästa.

Barnets rätt till hälsa (art. 24) och barnets hälsotillstånd är centrala vid bedömningen av barnets bästa. Om det finns fler än en möjlig behandling för ett hälsotillstånd, eller om resultatet av någon behandling är osäkert, måste fördelarna med alla tänkbara behandlingar vägas mot alla eventuella risker och biverkningar. Barnets egna åsikter måste också tillmätas betydelse, på ett sätt som är anpassat till ålder och mognad. Barnet bör ges tillräcklig och lämplig information för att förstå sin situation och alla relevanta aspekter av den i relation till sina intressen. När så är möjligt bör barnet få ge sitt informerade samtycke.

... Ungdomar med psykosociala störningar har rätt till behandling och omvårdnad på den ort där de bor, så långt detta är möjligt. Om ett barn måste läggas in på sjukhus eller placeras i boende ska barnets bästa bedömas innan beslutet fattas, med tillbörlig respekt för barnets åsikter. Detta gäller även yngre barn. Barnets hälsa och möjligheter till behandling kan också ingå i bedömningen och fastställandet av barnets bästa vid andra typer av viktiga beslut (till exempel att bevilja uppehållstillstånd av humanitära skäl).

FN:s Barnrättskommitté,
Allmän kommentar nr 14, om barnets rätt att i första hand få beaktat vad som bedöms vara barnets bästa.
2013, punkt 77 och 78.

Alla barn och alla åtgärder

Begreppet ”som rör barn” ska förstås i en mycket vid bemärkelse. Det gäller i första hand barn som direkt berörs av åtgärder och beslut som har konsekvenser för just det barnet eller den gruppen av barn.

I andra hand inkluderas barn som indirekt berörs av konsekvenser, där det inte är det enskilda barnet som är föremål för åtgärden eller beslutet. Det vanligaste är barn som närstående till en vuxen eller annat barn som får hälso- och sjukvård. Utöver dessa inkluderas barn som en del av olika befolkningsgrupper när det handlar om t.ex. verksamhetsförändringar, lokaler och service.

Barnets bästa ska bedömas i alla beslut och åtgärder som rör barn, vilket inkluderar alla beslut, handlingar, uppförande, förslag, tjänster, förfarande och andra åtgärder som rör barn.

När beslut fattas som rör barnets hälsa ska barnets bästa ligga till grund för beslutet.

Kommittén uppmanar [hälso- och sjukvården, elevhälsan m.fl.] att sätta barns bästa i centrum i alla beslut som påverkar deras hälsa och utveckling, inklusive tilldelning av resurser samt utveckling och genomförande av policyer och insatser som påverkar de underliggande faktorerna för deras hälsa. Till exempel bör barnets bästa:

- styra behandlingsalternativ, och där det är möjligt ersätta ekonomiska hänsyn
- bidra till att lösa konflikter mellan föräldrar och hälso- och sjukvårdspersonal, samt
- påverka utvecklandet av policyer för att reglera åtgärder som begränsar de fysiska och sociala miljöer där barn lever, växer och utvecklas.

Kommittén betonar vikten av att barnets bästa ligger till grund för alla beslut som handlar om att tillhandahålla, undanhålla eller avsluta behandling för alla barn.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 15, om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (artikel 24).
2013, punkt 13 och 14.

Skydd och omvårdnad för barnets välfärd

Artikel 3 ger barnet rätt till det skydd och den omvårdnad som behövs för barnets välfärd. Huvudansvaret för barnets välfärd och trygghet läggs på vårdnadshavare och andra med juridiskt ansvar för barnet. Hälso- och sjukvården ska respektera vårdnadshavarnas rättigheter och skyldigheter för barnets skydd, omvårdnad och välfärd.

När barnets välbefinnande är i fara ska alla lämpliga ”lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder” vidtas. Det innebär för de flesta hälso- och sjukvården en skyldighet att göra en orosanmälan till socialtjänsten. En del verksamheter inom hälso- och sjukvården kan även bidra med föräldrastöd för att stötta vårdnadshavarnas ansvar för barnets omsorg och säkerhet.

Säkerhet, hälsa, behörig tillsyn och lämplig personal

Artikel 3 om barnets bästa kräver även att hälso- och sjukvården, oavsett huvudman, ska uppfylla de nationella lagar och styrdokument som reglerar hälso- och sjukvård. Speciell vikt ska läggas vid barnets säkerhet och hälsa. Dessa områden inkluderar alla aspekter av hälso- och sjukvården, allt från bemötande, information, vård och behandling till lokaler och rutiner vid misstanke om att barn far illa.

Ett annat område som lyfts fram är personalens antal och lämplighet för att säkerställa barnets hälsa och säkerhet inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården ska även utsättas för behörig tillsyn inom dessa områden och Inspektionen av vård och omsorg (IVO) har granskningsansvar för hälso- och sjukvården. Det är intressant att fundera över om artikel 3.3 medför att avvikelserapporteringssystem bör omfatta indikatorer utifrån barnkonventionen, åtminstone inom barnets rätt till säkerhet och hälsa samt lämplig personalens antal och lämplighet.

Att definiera barnets bästa

Det finns ingen entydig definition av vad som är barnets bästa, i stället handlar det om att se till varje barn på ett flexibelt sätt. Barnets specifika situation, personliga sammanhang och behov medför att barnets bästa måste bedömas och fastställas med utgångspunkt i barnets unika omständigheter.

Barnets bästa ger en vägledning i alla frågor som rör barnet, även när det handlar om konflikter mellan olika rättigheter, eller mellan olika personers rättigheter. Målet ska vara att finna lösningar som ser till barnets bästa.

Kommittén för barnets rättigheter är medveten om att barnets bästa, när det väl bedömts och fastställts, kan stå i konflikt med andra intressen eller rättigheter (till exempel andra barns, allmänhetens och föräldrars), och att eventuella konflikter måste lösas från fall till fall genom att alla parter intressen omsorgsfullt vägs mot varandra och en lämplig kompromiss nås. Därför betonar kommittén i punkt 39 i sin allmänna kommentar nr 14 att [i första hand beakta vad som bedöms vara barnets bästa] betyder att barnets intressen har hög prioritet och inte bara är ett bland flera överväganden.

Därför måste större vikt fästas vid vad som bäst gagnar barnet. Vidare sägs i punkt 82 att avsikten med att bedöma och fastställa barnets bästa är att barnet fullständigt och faktiskt ska åtnjuta rättigheterna som erkänns i FN:s konvention om barnets rättigheter, och få utvecklas allsidigt och fullständigt.

FN:s Barnrättskommitté;
Allmän kommentar nr 22, om de allmänna principerna rörande barns mänskliga rättigheter inom ramen för internationell migration.
2017, punkt 28.

I första hand beakta och bedöma

Principen om barnets bästa har en särställning som rättfärdigas av barnets speciella situation: beroende, mogenhet, rättslig status och ofta avsaknad av en egen röst. Hälso- och sjukvården ”ska i första hand beakta vad som bedöms vara barnets bästa”. Ordet ”ska” visar att det är en stark rättslig skyldighet som innebär att hälso- och sjukvården inte kan välja eller låta bli att göra en prövning av barnets bästa. I första hand betyder att innan ett beslut fattas behöver man först ha koll på vad som är barnets bästa.

Notera att man har två aktiva verb i samma mening; ”beakta” och ”bedöma” som tydliggör vikten av att vi tänker till. Vi ska beakta (ta reda på) och bedöma (analysera) vad som blir bäst för barnet. Barnets bästa är en viktig princip som måste bedömas, men är inte ensamt avgörande. Det som bedöms vara barnets bästa måste även vägas mot andra faktorer som kan påverka beslutet, såsom ekonomi, resurser, kompetens, andra intressen, etc.

En barnrättsbaserad verksamhet lyfter fram vad som bedöms vara förenligt med barnkonventionens intentioner oavsett om det är genomförbart eller inte. Om hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns möjlighet att ta ett beslut i enlighet med barnets bästa ska detta förklaras, och kompletteras med en beskrivning av vilka kompenserande åtgärder som planeras för att beslutet trots detta ska bli så bra som möjligt för barnet.

Barnets rätt att uttrycka sina åsikter

En bedömning av barnets bästa inkluderar barnets rätt till delaktighet (artikel 12) som ger barn rätt att uttrycka sina åsikter i varje beslut som berör dem. Ett beslut som inte tar hänsyn till barnets åsikter, eller som inte ger barnets åsikter rätt tyngd i förhållande till barnets ålder och mogenhet, bortser från barnets rätt att påverka bedömningen om vad som är bäst för det enskilda barnet. Det får inte heller vara så att barnet bedöms vara för ungt eller att barnets utsatta situation (t.ex. funktionsnedsättning, barn på flykt) frångår barnets rätten att uttrycka sina åsikter eller minskar vikten man lägger vid barnets åsikter när man ska fastställa vad som är barnets bästa. Vid behov ska rimlig anpassning och stöd ges för att säkerställa barnets fulla medverkan i bedömningen av barnets eget bästa.

Barnets rätt att uttrycka sin åsikt bidrar med barnets perspektiv, som ska vägas mot det vuxna barnperspektivet i bedömningen av barnets bästa.

*Barnets bästa brukar beskrivas som tillgodo-
seendet av barnets behov och barnets intres-
sen. Barns behov kan fastställas med hjälp
av vetenskap och beprövad erfarenhet och
barnets intressen får barnet självt definiera.
Att på detta sätt fastställa barnets bästa bru-
kar uttryckas med att det vid alla beslut ska
finnas ett tydligt barnperspektiv. Barnper-
spektivet innebär att den som ska fatta beslut
ska tala med barnet och att försöka se barnets
situation med barnets ögon. Samtidigt är det
uppenbart att barnperspektivet ses genom den
vuxnes ögon. Den vetenskap och beprövade
erfarenhet som läggs till grund för beslut är
beslutsfattarens.*

*Det innebär i realiteten att barn fortfarande
i många sammanhang blir objekt för vuxnas
omsorg, inte rättshandlande subjekt. Det är
mot denna bakgrund viktigt att lyfta fram
barnkonventionens artikel 12 och den syn på
barn som ligger bakom artikelns stadgande
om att alla barn har rätt att få ge uttryck
för sina åsikter i alla frågor som rör barnet
och att få sina åsikter beaktade. Barnets rätt
att få uttrycka sina åsikter är inte bara en
rätt att delta vid beslutsfattandet för att bidra
med information. Artikel 12 ger uttryck för
en syn på barn som självständiga och kom-
petenta rättssubjekt som har rätt att aktivt
få påverka sina levnadsomständigheter, inte
bara en rätt till skydd som härleds ur barnets
sårbarhet och beroende av vuxna.*

Singer, Anna,
Barnets bästa – Om barns rättsliga ställning i familj
och samhälle.
2012, s. 359–360.

Att bedöma vad som är barnets bästa

En bedömning av barnets bästa handlar om att utvärdera och väga allt som behövs för att fatta beslut kring ett specifikt barn eller en specifik grupp av barn. Det kan handla om att väga in aspekter som t.ex. barnets ålder, kön, nationellt ursprung, religion och trosföreställningar, kulturell identitet, sexuell läggning och könsidentitet, personlighet, mognad, erfarenheter och eventuell funktionsnedsättning. Barnets specifika situation kan inkludera barnets sociala och kulturella sammanhang, barnets familj eller omvårdare och hur deras inbördes relationer fungerar, hur säker barnets livsmiljö är, samt om barnets familj, släkt eller omvårdare har tillgång till goda alternativa resurser.

Eftersom varje barns situation är unik bedöms de specifika omständigheterna i varje enskilt fall. Det som är av stor betydelse för ett barn behöver inte vara relevant för ett annat barn. Om det handlar om att fatta beslut som rör en grupp barn är det inte alltid möjligt att bedöma varje individuellt barns bästa, då kan bedömningen i stället utgå från vad som är bäst för barn i allmänhet under likartade omständigheter.

Bedömningar av barnets bästa måste också beakta att barnet är mitt uppe i en ständig utveckling av sina förmågor. När beslut fattas måste åtgärder som kan anpassas eller revideras i takt med barnets utveckling ha övervägts. Detta kräver att hänsyn måste tas till möjliga scenarier för barnets utveckling på kort och lång sikt för att bedöma kontinuiteten och stabiliteten i barnets nuvarande och framtida situation.

... varje beslut som rör ett eller flera barn måste ha en motivering där det bl.a. framgår vilka aspekter som beslutsfattaren ansett varit relevanta i bedömningen av barnets bästa. Om beslutet inte stämmer överens med barnets åsikter bör orsaken till detta tydligt anges. I de undantagsfall där den valda lösningen inte överensstämmer med barnets bästa måste skälen till detta klargöras för att visa att barnets bästa satts i främsta rummet trots resultatet. Det räcker inte, enligt barnrättskommittén, att i allmänna ordalag nämna att andra hänsyn överskuggar barnets bästa – vilka andra hänsyn som tagits måste anges och skälen till varför de tillmätts större vikt än barnets bästa i det enskilda fallet måste klargöras. Resonemanget måste också, enligt kommittén, på ett trovärdigt sätt visa varför barnets bästa inte vägde tyngre än övriga hänsyn.

Att genomföra barnkonsekvensanalyser innebär att bedöma vilka konsekvenser ett beslut kan få för ett enskilt barn. Det innebär också att på en mer generell nivå analysera vilka konsekvenserna är för barn och deras rättigheter av en policy, lag eller andra åtgärder. Det ska ske fortlöpande och vara integrerat i beslutsprocesser på alla nivåer i samhället. Ett minimikrav är enligt kommittén att använda konventionen och de fakultativa protokollen som ram och grundprinciperna som utgångspunkt för analysen. Dessutom krävs enligt kommittén utvärderingar av vilka faktiska konsekvenser beslut och åtgärder har fått för ett enskilt barn eller grupper av barn.

Statens offentliga utredningar,
Barnkonventionen blir lag – Betänkande av
barnrättighetsutredningen.
SOU 2016:19, s. 105-106.

Det är viktigt att dokumentera bedömningar av barnets bästa i beslut som tas av hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen eller fullmäktige. Barnkonventionen omfattas av 13 kap. kommunallagen om myndighetshandläggning, som ger invånare rätt att få lagligheten prövad av beslut som anses strida mot lagen, exempelvis när barnkonventionens krav på en (dokumenterad) bedömning av barnets bästa saknas.

Här är ett antal kriterier hälso- och sjukvården kan ta hjälp av i processen att bedöma vad som är barnets bästa i den specifika situationen:

OMRÅDEN ATT BEAKTA

FRÅGOR ATT STÄLLA INFÖR BESLUT

Aktuell forskning

Vad pekar aktuell forskning och evidensbaserad kunskap på är bäst för barn i den här situationen?

Rådande praxis

Vad säger nationella riktlinjer och vägledningar är bäst för barn i den här situationen?

Vad gör hälso- och sjukvården i andra kommuner / regioner i den här situationen?

Beprövad erfarenhet

Vad har vi för egen erfarenhet på vår avdelning / i vår verksamhet / region av vad som har fungerat bäst för barn i den här situationen?

Barnets delaktighet
(artikel 12)

Vad tycker barnet är sitt eget bästa i den här situationen?

Vad har barnet uttryckt?

Vad har närstående uttryckt?

På kort och lång sikt

Vad är barnets bästa på kort och lång sikt?

Möjliga indikatorer för hälso- och sjukvård för barn kan vara:

- Vårdgarantin för barn, att jämföra med resultatet för vårdgarantin för vuxna. En analys av de som inte får vård inom vårdgarantin behövs för att säkerställa att det inte finns strukturella diskriminerande faktorer som kön, ålder, funktionsnedsättning, etnicitet eller bostadsort.
- Vakanser på tjänster som kräver barnkompetens eller som på andra sätt är relevanta för barnets hälso- och sjukvård.
- Antal anställda i förhållande till arbetsmängd. Till exempel inom barnpsykiatri där barns rätt till hälso- och sjukvård för psykisk ohälsa utmanas i många regioner.
- Barnkompetens och andra lämplighetskriterier hos personal som möter barn.

Se även avsnitt 15 för mer information om indikatorer för barnanpassad vård.



PATIENTLAG (2014:821)

8 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

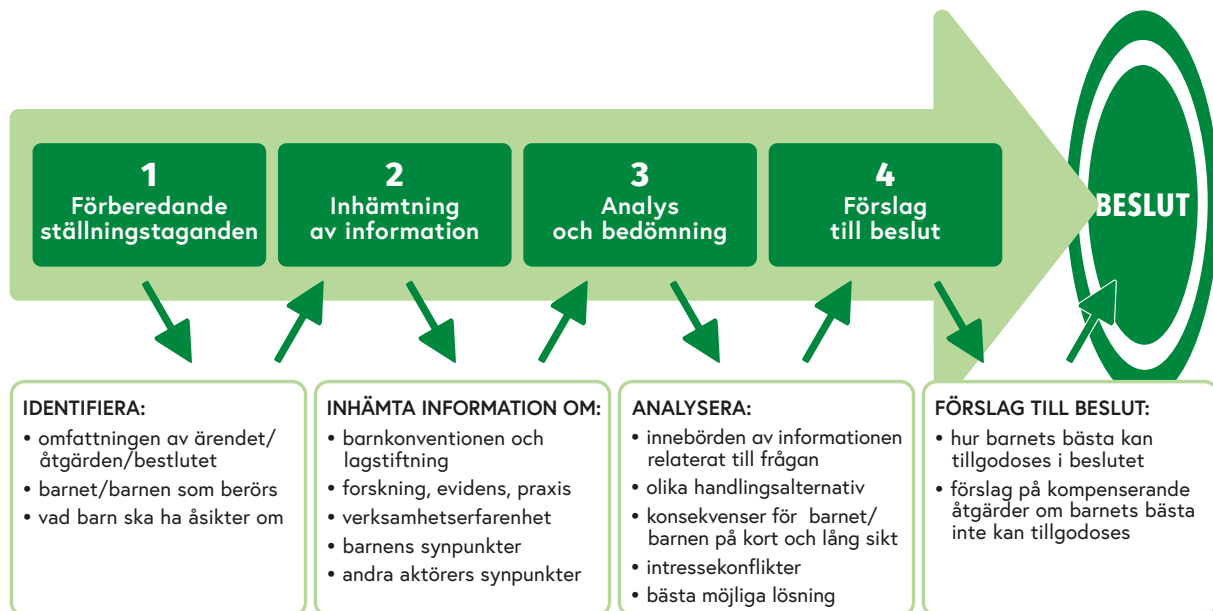
Patientlagen tydliggör att barnets bästa ska vara vägledande i de svåra ställningstaganden som behöver göras inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Vad som är barnets bästa är inte definierat i hälso- och sjukvårdslagen eller barnkonventionen. Bedömningen av barnets bästa är, enligt regeringen, en process med flera steg. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste beakta vetenskap och beprövad erfarenhet samt, beroende på barnets ålder och mognad, inhämta underlag från vårdnadshavare. I relevanta sammanhang kan underlag även behöva inhämtas från andra yrkespersoner som har kunskap om barnet, med de begränsningar som kan finnas på grund av sekretess och tystnadsplikt.

Vidare behöver hälso- och sjukvårdspersonalen beakta det som barnet själv ger uttryck för i enlighet med barnkonventionens artikel 12. Utgångspunkten i barnets bästa är respekten för barnets fulla människovärde och integritet. Vad som är barnets bästa måste således avgöras i varje enskilt fall.

Propositionen för patientlagen tydliggör att principen om barnets bästa inte får medföra att barns och vårdnadshavares åsikter och inställning till en vårdåtgärd åsidosätts. Vid bedömningen av barnets bästa i det enskilda fallet bör i stället stor vikt läggas vid barnets, och även vårdnadshavarens, möjlighet till inflytande. Processen att komma fram till barnets bästa kräver ett aktivt övervägande i det enskilda fallet. Barnets liv och hälsa måste skyddas, men barnets integritet, rätt att uttrycka sin åsikt och rätt till inflytande måste även beaktas vid en bedömning av vad som är det enskilda barnets bästa i den aktuella situationen. Både hälso- och sjukvårdspersonal och vårdnadshavare bör ge barnet möjlighet att uttrycka sin inställning samt underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården.

PRÖVNING AV BARNETS BÄSTA

Vid alla beslut som påtagligt och direkt berör barn ska en prövning av barnets bästa göras. FN:s Barnrättskommitté har i Allmän kommentar nr. 14 lyft fram de perspektiv som bör finnas med när man beaktar och bedömer barnets bästa. De presenteras här i ett exempel på hur prövningen av barnets bästa kan gå till.



NOBAB STANDARD OM

BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

NOBAB

8. Kvalificerad personal

Personal som vårdar och behandlar barn ska ha sådan utbildning och kompetens att de kan bemöta de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj.

VÅRDPROCESS OCH ORGANISATION - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

1

1B. KVALIFICERAD PERSONAL

I verksamhet huvudsakligen för barn förutsätts att majoriteten av personalen har utbildning inom barn- och ungdomssjukvård, såsom barnläkare (inklusive tillgång till grenspecialister), barnsjuksköterskor, barnsköterskor, administrativ personal och servicepersonal. Dessutom finns fysioterapeut, kurator, psykolog, dietist, arbetsterapeut, logoped och lekterapeut.

I verksamhet huvudsakligen för vuxna förutsätts att de som arbetar med barn har klinisk vana av barn. Det gäller administrativ personal, servicepersonal, läkare (med tillgång till barnspecialister), sjuksköterskor och undersköterskor. Dessutom finns tillgång till följande stödjande yrkeskategorier med klinisk vana att arbeta med barn: fysioterapeut, kurator, psykolog, dietist, arbetsterapeut, logoped och lekterapeut.

Utbildningsplan gällande personalens barnkompetens finns i verksamhet där barn vårdas. Den beskriver både formell kompetens i form av barnspecialisering och annan utbildning för exempelvis åldersanpassad kommunikation, omhändertagande och strukturerad förberedelse av barn inför procedurer.

Inom verksamheten finns ett team med särskild kunskap om procedursmärta och långvarig smärta.



ARTIKEL 4, BARNKONVENTIONEN

Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i denna konvention. I fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ska konventionsstaterna till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att vidta sådana åtgärder. Vid behov ska sådana åtgärder vidtas inom ramen för det internationella samarbetet.

ANSVAR FÖR BARNETS RÄTTIGHETER

I KORTHET

BARNKONVENTIONEN OM STYRNING OCH LEDNING

- Övergripande styrdokument bör tydliggöra vad verksamhetens ambition för barn är.
- Förtroendevalda, chefer, personal ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att arbeta barnrättsbaserat.
- Statistik ska användas för att förstå vilka barn vi arbetar som finns i våra verksamheter samt i kommunen/regionen.
- Barnrättsarbetet bör samordnas på central nivå, samt stödjas av verksamhetsnära funktioner.
- Det ska finnas verksamhetsnära metoder och arbetssätt på plats, t.ex. för orosanmälan, prövning av barnets bästa samt fungerande samverkansformer.
- Det ska finnas ett fungerande samarbete, både internt och externt, som sätter barnet i centrum.
- Barnrättsarbetet och barnets rättigheter behöver följas upp genom t.ex. revision och barnbokslut som en del av årsredovisningen. Barnkonventionens krav på hälso- och sjukvård bör integreras i ordinarie avvikelserapporteringssystem.
- Barnets rättigheter ska ges tillräckliga resurser och omfattar vård och behandling, hjälpmedel, skälig anpassning av lokaler utifrån barnets behov, personal med barnkompetens (antal, kompetensutveckling inom barnrätt och barnkompetens).
- Barn och barnrättsarbetet ska synas i budgeten.
- Vid nedskärningar innebär ett barnrättsligt hänsyn att barn inte ska drabbas hårdare än vuxna. Dessutom ska barn med funktionsnedsättning inte drabbas hårdare än barn utan funktionsnedsättning.

Artikel 4 handlar om att hälso- och sjukvården ska prioritera och ta ansvar för barnets rättigheter i alla aspekter av arbetet med barn. Indirekt innebär det att alla som arbetar inom hälso- och sjukvården är ansvariga för att prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter i sitt arbete med barn.

Barnkonventionen är en lag som innefattas i granskning, vilket innebär att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska beakta barnkonventionen i sin tillsyn av hälso- och sjukvården (Skolinspektionen och Barn- och elevombudsmannen ska granska skolan). Barnkonventionen omfattas även av 13 kap. kommunallagen om myndighetshandläggning där alla invånare har rätt att få lagligheten prövad av beslut som hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen eller fullmäktige har fattat genom att överklaga till förvaltningsrätten. Om beslutet anses strida mot barnkonventionen genom t.ex. avsaknad av en bedömning av barnets bästa kan förvaltningsrätten besluta att återremittera beslutet.

Barnkompetens, barnets perspektiv, barnperspektiv och barnrättsperspektiv

För att hälso- och sjukvården ska vara barnrättsbaserad behöver beslut som rör barn utgå från ett barnrättsperspektiv. Det är inte tillräckligt att endast utgå från barnets perspektiv eller vuxnas barnperspektiv.

Barnkompetens är formell kunskap som inhämtats genom utbildning, erfarenhetsbaserad kunskap genom kontakt med barn samt kompetens av att själv ha varit barn.

Barnperspektivet utgår från vuxnas egna erfarenheter, kunskaper och förståelse för barnet (genom t.ex. den egna barnkompetensen, uppväxten, utbildning, yrkesliv och familjeliv). Vuxna försöker sätta sig in i barnets situation för att göra en bedömning av vad som är barnets bästa i beslutet.

Barnets perspektiv utgår från barnets egen tolkning av sin situation. Det inkluderar barnets erfarenheter, tankar, känslor, upplevelser, uppfattningar och förståelse som är relevanta för det beslut som rör barnet.

Barnrättsperspektivet utgår från en förståelse och kunskap om barnets rättigheter. Det utgår från en bedömning av barnets bästa och barnets rätt till inflytande. Dessutom inkluderar det respekt för barnet som rättighetsbärare där hänsyn tas till de rättigheter som berörs i beslutet, t.ex. rättigheter som rör bästa uppnåeliga hälsa, rätt till rehabilitering och skydd mot våld och övergrepp m.fl.

Till det yttersta av tillgängliga resurser

De sociala, ekonomiska och kulturella rättigheterna är avhängiga de tillgängliga resurserna i landet. Skrivningen ”det yttersta av tillgängliga resurser” (på engelska; ”to the maximum extent”) erkänner att även om alla barn har samma rättigheter kan de ekonomiska möjligheterna för att fullt ut realisera barnets rättigheter se olika ut i olika länder, regioner, län eller kommuner. ”Det yttersta av tillgängliga resurser” innebär att det ställs högre krav på att de länder med stark ekonomi i högre grad ska kunna förverkliga de mer resurskrävande rättigheterna än de med svagare ekonomi. För att minska risken för att hänvisningar till ett sämre ekonomiskt läge används för att undvika att förverkliga vissa resurskrävande rättigheter har FN:s Barnrättskommitté klargjort att även om det råder resursbrist i ett land måste landets regering visa att den gjort sitt yttersta för att trots detta till fullo förverkliga barnets rättigheter, både i planering och i handling. Samma principer gäller för hälso- och sjukvården:

Även då de tillgängliga resurserna visar sig vara otillräckliga har [Sverige] fortfarande skyldighet att sträva efter att under de rådande omständigheterna säkerställa största och möjliga åtnjutande av de relevanta rättigheterna.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 5, allmänna åtgärder för genomförandet av konventionen om barnets rättigheter.
2003, punkt 8.

FN:s Barnrättskommitté har utifrån barnens perspektiv förtydligat hur offentliga myndigheter kan se på finansieringen av förverkligandet av barnets rättigheter:

- Planera väl, det måste finnas tillräckligt med pengar i budgeten för att säkerställa alla barnets rättigheter.
- Budgetera för de behov barn med funktionsnedsättning har.
- Investeringar i barn är långsiktiga investeringar.
- Investeringar i barnets familj är också ett sätt att förverkliga många av barnets rättigheter.
- Arbeta mot korruption. Se till att budgetarbetet kännetecknas av öppenhet och ansvarstagande.
- Lyssna på barn när ni ska ta beslut som påverkar dem.
- Redovisa offentligt hur ni har spenderat pengarna.
- Förklara er budget på ett sätt så att barn kan förstå det, gärna på ställen där barn är vana vid att inhämta information, som t.ex. i sociala medier.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 19, offentlig finansiering för uppfyllandet av barnets rättigheter (artikel 4 i barnkonventionen).
2016, punkt 8.

5

RÄTTIGHETER - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

5C. SYSTEMATISKT ARBETE MED BARNETS RÄTT

Verksamheten har en aktivitets- eller handlingsplan för barnets rättigheter. Där beskrivs tydliga mål som följs upp årligen och eventuella funktioner, som barnrättsombud.

Kontinuerligt samarbete finns med regionalt barnombud eller barnrättsstrateg.

Se kapitel 16 för alla kriterier för barnanpassad vård.

ARTIKEL 42, BARNKONVENTIONEN

Konventionsstaterna åtar sig att genom lämpliga och aktiva åtgärder göra konventionens bestämmelser och principer allmänt kända bland såväl vuxna som barn.



BARNKON-
VENTIONEN
ARTIKEL
1 TILL 42

INFORMATION OCH KUNSKAP OM BARNETS RÄTTIGHETER

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KUNSKAP OM BARNKONVENTIONEN

I KORTHET

- Yrkesutbildningen för de som jobbar inom hälso- och sjukvården ska inkludera obligatorisk och praktisk samt systematiskt inriktad barnrättsutbildning.
- Hälso- och sjukvården ska fortlöpande ge grundutbildning och kontinuerlig fortbildning för att öka personalens och förtroendevaldas kunskaper och förståelse för barnets rättigheter.
- Hälso- och sjukvården ska fortlöpande utvärdera de barnrättsutbildningar som genomförs för att se om personalens och förtroendevaldas kunskaper och praktiska implementering av rättigheterna är av god kvalitet.
- Utbildningsmetoderna ska bygga på aktivt deltagande och förse personalen och de förtroendevalda med kunskap för att kunna interagera med barn och ungdomar med respekt för deras rättigheter, värdighet och självaktning.
- Hälso- och sjukvården ska informera om barnets rättigheter inom hälso- och sjukvården. Informationen ska vara lättillgänglig och anpassas till barnets mognad och särskilda behov.

Barnets rättigheter kan bli förverkligade först när alla barn känner till och kan kräva sina rättigheter, och vuxna känner till dem och kan respektera, skydda och säkerställa dem. Artikel 42 lyfter fram att barn och vuxna har rätt att få information och kunskap om barnkonventionen som sådan och inte minst om hur barnets rättigheter kan omsättas praktiskt i barnets liv.

FN:s Barnrättskommitté har förtydligat att det är viktigt att barn betraktas som rättighetsbärare, där respekten och ansvaret för att sprida information och kunskap om barnkonventionen är av yttersta vikt:

Om de vuxna i barnets närhet [...] inte förstår innebörden i barnkonventionen, och framför allt dess bekräftande av barns jämbördiga status som rättighetsbärare, är det mycket osannolikt att de rättigheter som är fastställda i barnkonventionen kommer att förverkligas för många barn.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 5, allmänna åtgärder
för genomförandet av konventionen om barnets
rättigheter.
2003, punkt 65.



Utbildning om barnets rättigheter

Hälso- och sjukvården har skyldighet att utbilda och kompetensutveckla alla som arbetar med och för barn om praktisk tillämpning av barnets rättigheter inom verksamheten.

[Utbildningen måste vara] systematisk och fortlöpande, och utgöras av både inledande utbildning och kontinuerlig fortbildning. Syftet med utbildningen är att betona barnets status som rättighetsbärare, att öka kunskaperna om och förståelsen av barnkonventionen och att uppmuntra aktiv respekt för alla dess bestämmelser.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna Kommentarer nr 5, allmänna åtgärder
för genomförandet av konventionen om barnets
rättigheter.
2003, punkt 53.

Utbildningarna bör utvärderas för att se hur god effekt utbildningen har haft, inte enbart på kunskaperna om barnkonventionen utan också hur den har omsatts i praktiken. FN:s Barnrättskommitté rekommenderar följande:

Alla ansträngningar att ge utbildning om barnets rättigheter ska vara praktiskt och systematiskt inriktade, och ingå i den reguljära yrkesutbildningen, för att den ska få så omfattande och hållbar effekt som möjligt. Utbildningen om de mänskliga rättigheterna ska ske med metoder som präglas av deltagande, och ska utrusta yrkespersonerna

med färdigheter och synsätt som gör att de kan interagera med barn och ungdomar med respekt för deras rättigheter, värdighet och självaktning.

FN:s Barnrättskommitté,
Allmänna kommentarer nr 5, allmänna åtgärder
för genomförandet av konventionen om barnets
rättigheter.
2003, punkt 69.

Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Sverige har åtagit sig att genom ”lämpliga och aktiva åtgärder” göra barnkonventionen känd. I Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (2010) lyfts tre målgrupper fram:

- Barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken – ansvaret ligger hos skolan att ge barnen utbildning i hur de praktiskt omsätter barnkonventionen i sin vardag.
- Föräldrar ska få kunskap om barnets rättigheter och erbjudas stöd i sitt föräldraskap – ansvaret ligger hos mödravården och BVC och gäller främst föräldrautbildning. Även föräldrastödsinsatser från skolan och socialtjänsten bör innehålla information om föräldraansvaret för barnets rättigheter.
- Beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter – det är varje verksamhets ansvar att se till att berörd personal har tillräcklig kunskap för att kunna omsätta barnkonventionen i praktisk tillämpning i arbetet med och för barn.

1

VÅRDPROCESS OCH ORGANISATION - KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

1B. KVALIFICERAD PERSONAL

Alla nyanställda utbildas i barnets rättigheter, utifrån gällande lagar och riktlinjer som exempelvis NOBAB standard.

14. BARNKONVENTIONENS GRUNDPRINCIPER GENOM BARNRÄTTSHANDEN

BARNRÄTTSHANDEN

För att lättare komma ihåg barnkonventionens grundläggande principer kan den praktiska metoden "barnrättshanden" skapa minnesregler för hur vi kan utgå från barnkonventionen i beslut som påverkar barn, genom handens olika fingrar och handflata.

Principen om barnets bästa, artikel 3



Symbolen för "barnets bästa" (artikel 3) är tummen. "Tummen upp" är en positiv symbol som associeras till något som är bra (bra-bättre-bäst) eller något att "gilla", dvs. barnets bästa. Genom att göra "tummen upp" bekräftas att något är bra och principen om barnets bästa är att bedöma vad som blir bäst för det enskilda barnet i den situation barnet befinner sig i.

PRAKTISK IMPLEMENTERING

I alla beslut och åtgärder som rör barn ska barnets bästa bedömas och beaktas.

Om det finns flera alternativa lösningar ska den lösning väljas som bäst tillgodoser barnets bästa.

Barnets bästa ska redovisas i beslut för att tydliggöra hur resonemanget har gått kring denna viktiga princip.

FRÅGOR ATT STÄLLA SIG

Utifrån forskning, evidensbaserad kunskap, rådande praxis och vår beprövade erfarenhet, på kort och lång sikt samt utifrån barnets perspektiv:

- *Vad är barnets bästa för det enskilda barnet/gruppen barn när vi ska prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter i detta beslut?*



Delaktighet och inflytande, artikel 12



Symbolen för "delaktighet och inflytande" (artikel 12) är pekfingeret. Pekfingeret används för att kalla någon till sig, att locka någon att komma och vara delaktig. Pekfingeret får inte användas för att uppmanande peka på någon för att med påtryckning få barnet delaktig. All delaktighet ska bygga på att barnet fritt har valt att utöva sin rätt att bli hörd.

PRAKTISK IMPLEMENTERING

I alla beslut och åtgärder som påtagligt och direkt berör barn ska barnet ha rätt att bli hörd. Det barnet säger ska ges vikt utifrån barnets ålder och mognad.

Det är vår uppgift att formulera vad det är som barnet ska uttrycka sina åsikter om, så att det blir tydligt och förståeligt för barnet.

Barnets deltagande ska ske i en trygg miljö. De barn som behöver stöd i form av hjälpmedel eller tolk för att uttrycka sig ska få detta.

FRÅGOR ATT STÄLLA SIG

- *Hur inhämtar vi barnets/barnens åsikter inför detta beslut?*
- *Vad har barnet/barnen uttryckt för åsikter som berör detta beslut?*
- *Vilken vikt kan barnets/barnens åsikter få i beslutet, med beaktan av ålder och mognad?*
- *Hur har vi dokumenterat vad barnet/barnen har uttryckt?*
- *Hur återkopplar vi beslutet till barnet/barnen?*



Förbud mot diskriminering, artikel 2



Symbolen för ”förbud mot diskriminering” (artikel 2) är långfingret. Långfingret associeras ofta negativt med ”fuck you”. Vi använder istället långfingret som en positiv bekräftelse om att alla barn har samma rättigheter och ska mötas med samma respekt och likvärdiga villkor. Vi ger helt enkelt ”fingret” åt alla former av diskriminering.

PRAKTISK IMPLEMENTERING

Vi ska visa alla barn samma respekt och alla barn ska mötas på ett värdigt sätt. Inget barn ska diskrimineras på någon grund.

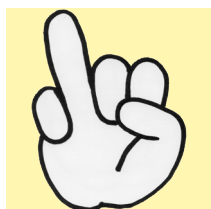
Vi arbetar förebyggande mot alla former av diskriminering och kränkande behandling. Särskild vikt ska läggas vid att ge alla barn likvärdig tillgång till vår verksamhet och våra resurser. Vi ska bidra till likvärdiga villkor för alla barn.

FRÅGOR ATT STÄLLA SIG

- Hur har vi sett till att barnet / barnen inte blir diskriminerade på grund av ålder, kön, religion, politiska eller annan åskådning, etnicitet, sexuella läggning, könsidentitet, könsuttryck, funktionsnedsättning, socioekonomiska förutsättningar, bostadsort eller p.g.a. sin familj när vi tar detta beslut?*



Ansvar och prioritering, artikel 4



Symbolen för ”ansvar och prioritering” (artikel 4) är ringfingret. Ringfingret är det finger vi sätter förlovnings- och vigselringen på, och symboliserar ett åtagande, ett ansvar och ett löfte. Vi har ett ansvar att utgå från barnkonventionen i allt vårt arbete. Det är vårt löfte till barnen att vi tar vårt ansvar för att prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter på allvar.

PRAKTISK IMPLEMENTERING

Vi ska förverkliga barnets rättigheter inom vår verksamhet genom att vara barnrättsbaserade.

Alla som arbetar i vår verksamhet förstår att det i deras yrkesuppdrag ingår att prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter utifrån verksamhetens uppdrag.

FRÅGOR ATT STÄLLA SIG

- Är beslutet förenligt med vårt uppdrag att prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter?*
- Har vi de arbetsmetoder och rutiner som behövs på plats för att kunna arbeta barnrättsbaserat?*



Det är ett personligt yrkesansvar samt ett verksamhetsansvar att prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter i vårt arbete med och för barn.

Information och kunskap, artikel 42



Symbolen för "information och kunskap" om barnkonventionen (artikel 42) är lillfingret. På teckenspråket betyder lillfingret bokstaven "i", och sätts bokstaven "i" inom en ram i en skylt associerar vi automatiskt till ordet "information". Barn och alla inom vår verksamhet ska få information och kunskap om barnets rättigheter som de kan omsätta i sin vardag.

PRAKTISK IMPLEMENTERING

Alla inom vår verksamhet ska ha grundläggande information och kunskap om hur barnets rättigheter ska omsättas praktiskt hos oss.

Det ska finnas fortlöpande information och utbildning som stärker det praktiska barnrättsarbetet.

FRÅGOR ATT STÄLLA SIG

- *Har vi den information och kunskap som behövs för att prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter?*
- *Hur ser vi till att barnet / barnen förstår vad barnets rättigheter innebär relaterat till deras hälsa och vår verksamhet?*



Rätt till livet, överlevnad och utveckling, artikel 6



Symbolen för "rätt till livet, överlevnad och utveckling" (artikel 6) är handflatan. Vi tänker oss barnet sittande i handflatan. Man kan vända och vrida på handflatan för att se barnet från olika håll, få nya perspektiv och se till barnets hela livssituation. Att se till barnets hela livssituation är också att överväga samverkan med andra med barnet i centrum. Samverkan är två handflator som möts i ett handslag.

PRAKTISK IMPLEMENTERING

Vårt arbete att prioritera, respektera, skydda och säkerställa barnets rättigheter ska göras med avsikten att barnet ska få bästa möjliga förutsättning för en optimal utveckling, utifrån barnets bästa. Vi ska se till barnets hela livssituation. Där behov finns ska vi samarbeta med andra med barnet i centrum.

FRÅGOR ATT STÄLLA SIG

- *Hur ser vi till barnets rätt till livet, överlevnad och goda förutsättningar för barnets / barnens optimala utveckling när vi tar detta beslut?*
- *Vem behöver vi samverka med runt barnet / barnen?*



I en bedömning av vad som skapar goda förutsättningar för barnets utveckling måste vi se till barnets hela livssituation och väga in föräldrarnas / familjens förutsättningar och annat i barnets liv som påverkar barnets utveckling.

15. NOBAB STANDARD OM BARNETS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

NOBAB

NOBAB STANDARD

FÖR BARNS RÄTTIGHETER OCH BEHOV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN:

1. **Vårdform**

Barn ska läggas in på sjukhus endast när den nödvändiga behandlingen och omvårdnaden inte kan ges på ett lika bra sätt i hemmet eller i öppen vård.

2. **Relationer, närhet och trygghet**

Barn på sjukhus har rätt att ha föräldrar eller annan närstående hos sig under hela sjukhusvistelsen.

3. **Föräldramedverkan**

Föräldrar ska få hjälp och uppmuntran att stanna hos sitt barn och få möjlighet att övernatta. Föräldrar ska inte behöva få extra kostnader eller förlora inkomst i samband med barnets sjukhusvistelse. Föräldrar ska få information om avdelningens arbetssätt och rutiner och få stöd att vara en aktiv del i barnets vård.

4. **Information**

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

5. **Medbestämmande**

Barn och föräldrar ska – efter grundlig information – vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård av barnet. Alla barn ska skyddas mot onödiga medicinska behandlingar och undersökningar.

6. **Miljö**

Barn ska vårdas tillsammans med andra barn och inte på vuxenavdelningar. Barn behöver träffa jämnåriga för lek och aktiviteter under trygga förhållanden. Det får inte finnas åldersbegränsningar för besökare till barn.

7. **Stöd i utvecklingen**

Barn ska ha möjlighet till lek och skolundervisning som är anpassad till deras ålder och sjukdomstillstånd, i en miljö som ska vara utformad och utrustad för att möta deras behov. Personal ska vara specialutbildad för att arbeta med sjuka och funktionsnedsatta barn.

8. **Kvalificerad personal**

Personal som vårdar och behandlar barn ska ha sådan utbildning och kompetens att de kan bemöta de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj.

9. **Kontinuitet**

Vård och behandlingsteamet ska vara organiserat så att det tillförsäkrar varje barn kontinuitet i vården.

10. **Respekt och integritet**

Barn ska bemötas med takt och förståelse och deras integritet ska respekteras.

16. KRITERIER FÖR BARNANPASSAD VÅRD

Kriterierna för barnanpassad vård som är framtaget av Nätverket Barnanpassad Vård bestående av representanter för Skånes universitetssjukhus, Akademiska barnsjukhuset och Barnombudsmannen i Uppsala län. Modellen 'Barnanpassad vård' är ett förslag på tydliga mätbara kriterier som utgår från Patientlagen, barnkonventionen, NOBAB Standard samt den europeiska motsvarigheten EACH. Grundtanken är att all verksamhet där barn 0–18 år får somatisk vård och behandling ska kunna använda dessa kriterier. Flertalet regioner har gjort kollegiala granskningar av varandras verksamhet baserat på kriterierna.

VÅRDPROCESS OCH ORGANISATION

1

1A – VÅRDKEDJA OCH VÅRDFORM

- 1A1 Barn vårdas på avdelning eller mottagning enbart för barn, eller i särskilt anpassad miljö inom en vuxenverksamhet (exempelvis intensivvård och operation). *
- 1A2 När en patient vårdas i både barn- och vuxenverksamhet förs dialog mellan verksamheterna om patienternas behov av barnanpassning. *
- 1A3 Den verksamhet som medicinskt ansvarar för patienten söker dialog med stödjande verksamheter om lämplig barnanpassning. Exempelvis med provtagning, uppvakningsavdelning och röntgen. *
- 1A4 I de fall skattningsskalor eller triage används, är de anpassade för barn. *
- 1A5 Särskild rutin finns för vanlig procedur som till exempel blodprovstagning, kateter- och sondsättning, anpassad efter barns behov och mognadsgrad. *
- 1A6 Hemsjukvård med barnkompetens erbjuds, vid behov i samverkan med kommunal vård.
- 1A7 Palliativ vård med barnkompetens erbjuds vid behov i hemmet och på sjukhuset.

1B – KVALIFICERAD PERSONAL

- 1B1 Alla nyanställda utbildas i barnets rättigheter, utifrån gällande lagar och riktlinjer som exempelvis NOBAB standard. *
- 1B2 I verksamhet huvudsakligen för barn förutsätts att majoriteten av personalen har utbildning inom barn- och ungdomssjukvård, såsom barnläkare (inklusive tillgång till grenspecialister), barnsjuksköterskor, barnsköterskor, administrativ personal och servicepersonal. Dessutom finns fysioterapeut, kurator, psykolog, dietist, arbetsterapeut, logoped och lekterapeut.
- 1B3 I verksamhet huvudsakligen för vuxna förutsätts att de som arbetar med barn har klinisk vana av barn. Det gäller administrativ personal, servicepersonal, läkare (med tillgång till barnspecialister), sjuksköterskor och undersköterskor. Dessutom finns tillgång till följande stödjande yrkeskategorier med klinisk vana att arbeta med barn: fysioterapeut, kurator, psykolog, dietist, arbetsterapeut, logoped och lekterapeut.
- 1B4 Utbildningsplan gällande personalens barnkompetens finns i verksamhet där barn vårdas. Den beskriver både formell kompetens i form av barn-specialisering och annan utbildning för exempelvis åldersanpassad kommunikation, omhändertagande och strukturerad förberedelse av barn inför procedurer.
- 1B5 Inom verksamheten finns ett team med särskild kunskap om procedursmärta och långvarig smärta.

* = obligatoriskt kriterium.

1

VÅRDPROCESS OCH ORGANISATION

1C – KONTINUITET OCH SAMVERKAN

- 1C1 Riktlinje finns för övergång från barn- till vuxensjukvård. Här framgår hur barn och familjer görs delaktiga. *
- 1C2 Riktlinje finns för minsta möjliga separation mellan det nyfödda barnet och dess föräldrar i samverkan mellan förlossning, BB och barnsjukvården. *
- 1C3 Riktlinje finns för bästa möjliga kontinuitet för patienten. Där framgår bland annat att den som läggs in mer än några dagar har en utsedd kontaktperson. Detsamma ska gälla för alla barn med återkommande vårdbesök, exempelvis vid kronisk sjukdom.
- 1C4 Riktlinje finns för bästa möjliga övergång mellan vårdgivare inom både sluten- och öppenvården. Exempelvis vid vård över regiongränser samt vid vård på annan verksamhet inom regionen. Riktlinjen beskriver hur barn och familjer görs delaktiga.

2

MILJÖ

2A – BARNANPASSADE LOKALER

- 2A1 Barn med funktionsnedsättning kan vistas och navigera i lokalerna. En översyn av lokalerna är gjord, förslagsvis tillsammans med patientförening, konsult eller liknande (t.ex. "trygghetsvandring" med barn/familjer). *
- 2A2 Skyltar, symboler och anslagstavlor finns och underlättar för navigering och trygghet för barn i och mellan lokalerna. *
- 2A3 Ytor för avkoppling och lek finns både inom- och utomhus eller nära åtkomliga från vuxenverksamhet. *
- 2A4 Plats finns där patienten kan vara för sig själv eller träffa en kompis. *
- 2A5 Möjlighet finns för patienten att ta med sig privata ägodelar och de kan förvaras nära och tryggt. Undantag kan göras med hänsyn till patientsäkerhet. *
- 2A6 Behandlingsrum är anpassade för patientens behov, eller är flexibla. *
- 2A7 Vänttrum är anpassade för barn. *

2B – NÄRSTÅENDE SKA KUNNA VARA NÄRA

- 2B1 Patienten erbjuds och får ta emot besök från syskon, vänner och partners. *
- 2B2 Förälder (eller ersättare) har möjlighet att vara tillsammans med barnet i alla steg av vården. Eventuella undantag framgår tydligt av information. *
- 2B3 En förälder (eller ersättare) har möjlighet att sova över på patientens rum. *
- 2B4 Förälder (eller ersättare) kan vid övernattning värma mat. *
- 2B5 Rutin finns för hur verksamheten kan bidra till syskonets behov av information, råd och stöd.
- 2B6 Syskon till patient som vårdas erbjuds att få träffa särskild syskonstödjare.

* = obligatoriskt kriterium.

3A - FÖRBEREDELSE, INFORMATION

3A1	Varje patient ges information och får komma till tals utifrån ålder, mognad och förmåga. Särskilda behov av språklig eller annan anpassning journalförs. *
3A2	Varje patient och vårdnadshavare ges information om journalen, till exempel att den kan begäras ut och är åtkomlig via nätet. *
3A3	Riktlinje finns för information inför planerade vårdinsatser. Vårdnadshavare och patienten får förslag utifrån ålder och mognad och ges möjlighet att framföra önskemål kring insatserna. *
3A4	Riktlinje för vårdplan finns för inlagd respektive återkommande patient. Patienten är delaktig i framtagandet utifrån ålder och mognad. *
3A5	Riktlinje finns för vilken information som ska ges till patient och vårdnadshavare vid inläggning. Riktlinjen beskriver hur deras önskemål inhämtas, vilka professioner som de troligen möter samt avdelningens allmänna rutiner och resurser. *
3A6	Riktlinje finns för procedurrädsla, narkos och smärtskattning. Verksamheten tar reda på och journalför oro och rädsla för åtgärder. Förberedelse inför sövning / narkos är lika för hela verksamheten. Verksamheten skattar smärta hos barn med olika behov och förmågor. *
3A7	Möjlighet att klä om avskilt finns inför åtgärder eller undersökningar. *
3A8	Kallelse sker utifrån en gemensam grund. Den är skriven på enkel svenska (klarspråk) och gärna med bildstöd och/eller länk till relevanta förberedande sidor på 1177/Vårdguiden. Verksamheten kvalitetsgranskar årligen sina kallelser.
3A9	Vårdnadshavare kan läsa och gärna se på bilder eller film om hur den bäst kan bidra till patientens egenvård före, under och efter vårdtillfället.
3A10	Riktlinje finns för hur verksamheten kan erbjuda säker nätbaserad kommunikation i vårdfrågor, t.ex. e-post eller bokning och recept via 1177 / Mina vårdkontakter.
3A11	Viktig skriftlig information finns tillgänglig på ett urval andra språk.
3A12	Verksamhetens informationsmaterial finns på webben, helst med stöd av film.
3A13	Verksamheten låter årligen ett lämpligt urval av patienter och anhöriga granska informationsmaterial och kallelser.
3A14	Bildstöd finns tillgängligt i hela verksamheten.
3A15	Utrustning finns för förberedelse av särskilda ingrepp på barn, som t.ex. "förberedelsedockor" och instruktionsfilmer.

* = obligatoriskt kriterium.

3

TRYGGHET, DELAKTIGHET OCH INFORMATION

3B – STÖD I UTVECKLINGEN

- 3B1 Lokal riktlinje finns för hur patient under sjukhusvistelsen ska kunna fortsätta med sin utbildning och för hur samarbetet med hemskola och hemförskola säkerställs. *
- 3B2 Riktlinje finns för hur verksamhetens pedagogiska resurser, som lekterapi och specialpedagog utgör stöd under sjukhusvistelsen och bidrar till barnets fortsatta utveckling. *
- 3B3 Verksamheten tillhandahåller aktiviteter på patientrummet utifrån barnets ålder, mognad och intressen. *
- 3B4 Information om samhällets servicemöjligheter såsom försäkringskassan ges, men också stöd och råd vid kontakter med dem. Stödjande samtal erbjuds. *
- 3B5 Riktlinje för hur verksamheten deltar i och förbereder patienten på möten med socialtjänst, t.ex. Individuell Plan, även kallad SIP (16 kap 4§ HSL) *
- 3B6 Patient med långvarig sjukdom erbjuds information om relevanta patientföreningar. *
- 3B7 Tillgängligt wifi finns, eventuellt erbjuds möjlighet att låna dator / surfplatta. *
- 3B8 Det finns biblioteksverksamhet, sjukhusclowner, musikterapi eller andra former av kultur i vården.

4

LÄRANDE, INFLYTANDE OCH PÅVERKAN

4A – ENSKILDA PATIENTENS OCH VÅRDNADSHAVARENS INFLYTANDE

- 4A1 Rutin finns för hur patient och familj kan framföra klagomål om vården samt för hur de hanteras och återkopplas. *
- 4A2 Verksamheten inhämtar patienters och familjers upplevelser kontinuerligt och strukturerat.

4B – VERKSAMHETENS SAMVERKAN MED PATIENT OCH ANHÖRIG

- 4B1 Patient och vårdnadshavare informeras om Patientnämnden, när det finns anledning att tro att missnöje eller konflikt föreligger. *
- 4B2 Inför större beslut och förändringar i verksamheten beaktas särskilt barnets bästa (5 kap. 6§ HSL). Rutin för barnkonsekvensanalys eller motsvarande finns och är känd. *
- 4B3 Vid nödvändiga kompromisser där barnets bästa inte väger tyngst görs en barnkonsekvensanalys eller motsvarande. (Exempel är undantag från kriterium 1A1.) *
- 4B4 Verksamheten har råd eller expertgrupper för unga patienter där de kan tillfrågas och föra fram sin åsikt.

* = obligatoriskt kriterium.

RÄTTIGHETER

5

5A - RESPEKT OCH INTEGRITET

- 5A1 Patient erbjuds utifrån ålder och mognad möjlighet till enskilt samtal med behandlande personal. För barn i skolåldern erbjuds det regelbundet. *

5B - BARNETS RÄTT TILL SKYDD

- 5B1 Journalutlämning hanteras likvärdigt utifrån en riktlinje. *
- 5B2 Vårdnadshavare och vissa minderåriga patienter har direktåtkomst till journal via 1177. Alla medarbetare har kännedom om hur regionen organiserat barnets skydd genom blockering, låsning och försegling av journaluppgifter. *
- 5B3 Hur orosanmälan till socialtjänsten görs beskrivs i rutin. Den är känd av alla anställda. *
- 5B4 Handlingsplan finns för hantering av konstaterade eller misstänkta övergrepp. *
- 5B5 Barnskyddsteam finns.
- 5B6 Verksamheten har ett barnetikråd som har regelbundna och dokumenterade möten.

5C - SYSTEMATISKT ARBETE MED BARNETS RÄTT

- 5C1 Verksamheten har en aktivitets- eller handlingsplan för barnets rättigheter. Där beskrivs tydliga mål som följs upp årligen och eventuella funktioner, som barnrättsombud.
- 5C2 Kontinuerligt samarbete finns med regionalt barnombud eller barnrättsstrateg.

* = obligatoriskt kriterium.

17. FÖR BARN OM BARNETS RÄTTIGHETER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

REGION KRONBERG

DU HAR RÄTT ATT
MÅ SÅ BRA SOM
MÖJLIGT

OM DU INTE MÅR
BRA HAR DU RÄTT
ATT FÅ HJÄLP ATT
MÅ BÄTTRE

DU HAR RÄTT TILL
DEN VÅRD OCH
BEHANDLING DU
BEHÖVER

NÄR DU TRÄFFAR PERSONAL

Du har rätt till god vård och att personalen är trevlig mot dig oavsett

- om du är eller känner dig som pojke eller flicka
- om du är barn eller tonåring
- om du har en funktionsnedsättning
- var du kommer ifrån
- vilken hudfärg du har
- vilket språk du pratar
- vad du tror på



Personalen ska prata direkt till dig och använda ditt namn.

Personalen ska prata med dig så att du förstår, även om du har en vuxen med dig.

SKYDD MOT SMITTA

För att minska risken att vi smittar varandra är det viktigt att tänka på:

- att tvätta händerna med tvål och vatten efter toalettbesök och innan du äter mat
- att använda handsprit om det finns
- att hosta och nysa i armvecket
- att du säger till om du mår illa, har kräcks eller haft diarré



Personalen ska sprita händerna innan de tar i dig.

NÄR DU BEHÖVER VÅRD

Du har rätt till den vård och behandling du behöver.

Om det finns olika sätt att få vård och behandling på ska du få den på det sättet som passar dig bäst.

Om det är möjligt får du avbryta en undersökning eller behandling om du behöver en paus.

Om du behöver återkommande vård och behandling har du rätt att träffa personal som känner dig.



RÄTT TILL INFORMATION

Du har rätt att få information som du förstår om din:

- hälsa
- undersökning
- behandling och vård
- medicin

Du har rätt att få veta vad du själv kan göra för att må bättre.

Om du inte kan svenska har du rätt till tolk.

Om du inte förstår informationen har du rätt att fråga tills du förstår.



TILL DIG SOM HAR EN FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Du har rätt att få information som förklarar din funktionsnedsättning och hur den påverkar ditt liv.

Du har rätt till att få den vård och behandling som behövs på grund av din funktionsnedsättning.

Om du behöver hjälpmedel och stöd som förenklar din vardag ska du få det. Våra lokaler är anpassade för att barn med funktionsnedsättning ska kunna ta sig fram utan hinder.



NÄR DU FÅR VÅRD PÅ SJUKHUS

Så länge det är möjligt ska du få vård hemma men ibland behöver du kanske få vård på sjukhus.

När du får vård på sjukhus har du rätt att:

- vara på barnavdelning
- ha dina egna saker och kläder om det är möjligt
- veta hur allt fungerar och vem du ska träffa
- ha föräldrar eller andra vuxna hos dig som du känner dig trygg med
- ta emot besök, du väljer själv vem du vill ska komma och hälsa på dig.



AKTIVITETER OCH SKOLA

Alla barn har rätt att gå i skolan, leka och ha fritid. Det gäller även när du får vård på sjukhus.

Du får hjälp med ditt skolarbete av sjukhusskolan. De hjälper dig att hålla kontakt med din skola och klass.

På lekterapi finns aktiviteter för alla åldrar. Det finns spel, pyssel, lekutrymme, tv-spel och dator. Det finns även rum att vila i.

Om du inte kan komma till lekterapi och sjukhusskolan kommer de till ditt rum istället.



NÄR DET ÄR DAGS ATT LÄMNA SJUKHUSET

När det är dags att åka hem ska du få information om:

- vilken medicin, vård eller behandling du har fått på sjukhuset
- vilken medicin, vård eller behandling du ska fortsätta med hemma
- ifall du behöver komma tillbaka för mer vård eller behandling.



DU FÅR VARA MED OCH PÅVERKA

Du har rätt att vara med och prata om din vård, behandling och hälsa.

Du har rätt att berätta hur du mår och hur du känner.

Du har rätt att berätta om någon gör dig illa eller om något inte känns bra.

Tycker du att någonting kan bli bättre kan du eller någon som är med dig berätta det för personalen.



JU ÄLDRE DU BLIR DESTO MER FÅR DU BESTÄMMA OM DIN VÅRD

Vid vård och behandling ska personalen lyssna på vad både du och dina föräldrar tycker är viktigt.

Ju närmare 18 år du är desto mer har du rätt att bestämma över och ta ansvar för din vård och behandling.

OM NÅGOT INTE KÄNNES BRA

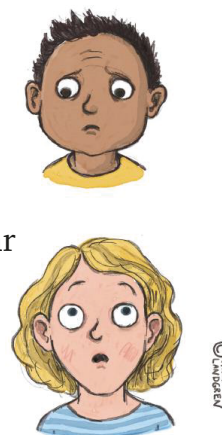
Du har rätt till en bra vård och behandling, samt att personalen är trevlig mot dig.

Du har rätt att prata enskilt med personalen och berätta saker du inte vill att andra ska veta.

Personalen har tystnadsplikt, men om det finns misstanke om att du inte har det bra måste de berätta det för socialtjänsten. Du har rätt att få den hjälp du behöver för att det ska blir bättre för dig.

Om du inte är nöjd med din vård eller behandling eller hur personalen har bemött dig kan du eller någon du litar på berätta det för personalen.

Du kan även ringa Patientnämnden på 0470 42 85 58 eller mejla till patientnamnden@kronoberg.se om dina tankar eller klagomål på din vård och behandling.



OM DU VILL HA MER INFORMATION

Vill du ha mer information kan du fråga personalen, ringa 1177 eller gå in på www.1177.se.

18. KÄLLOR OCH INSPIRATION FÖR MER LÄSNING

Barnombudsmannen, *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Norstedts Juridik, 2020.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 1, utbildningens mål*. CRC/C/GC/1, 2001.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 4, ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter*. CRC/C/GC/4, 2003.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 5, allmänna åtgärder för genomförandet av konventionen om barnets rättigheter (artikel 4, 42 och 44.6)*. CRC/C/GC/5, 2003.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 6, om behandlingen av ensamkommande barn och barn som har skilts från föräldrarna utanför ursprungslandet*. CRC/C/GC/6, 2005.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 7, om genomförande av barnets rättigheter under tidig barndom*. CRC/C/GC/7, 2005.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmänna kommentar nr 8, om barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffning (bl.a. artikel 19, 28.2 och 37)*. CRC/C/GC/8, 2006.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmänna kommentar nr 9, om rättigheter för barn med funktionsnedsättningar*. CRC/C/GC/9, 2006.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 12, om barnets rätt att bli hörd*. CRC/C/GC/12, 2009.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 13, om barnets rätt till frihet från alla former av våld*. CRC/C/GC/13, 2011.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 14, om barnets rätt att i första hand få beaktat vad som är barnets bästa*. CRC/C/GC/14, 2013.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 15, om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (artikel 24)*. CRC/C/GC/15, 2013.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 17, om barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation samt till det kulturella och konstnärliga livet*. CRC/C/GC/17, 2013.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 20, om genomförandet av barnets rättigheter under ungdomsåren*. CRC/C/GC/20, 2016.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 21, om barn i gatumiljöer*. CRC/C/GC/21, 2017.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 22, om de allmänna principerna rörande barns mänskliga rättigheter inom ramen för internationell migration*. CRC/C/GC/22, 2017.

FN:s Barnrättskommitté, *Allmän kommentar nr 23, om staternas skyldigheter rörande barns mänskliga rättigheter inom ramen för internationell migration i ursprungs-, transit-, destinations- och återvändarländer*. CRC/C/GC/23, 2017.

FN:s Barnrättskommitté, *Rapport från den femte sessionen*. CRC/C/24, 1994.

FN:s Barnrättskommitté och FN:s Kommitté för avskaffandet av alla former av diskriminering av kvinnor, *Allmän kommentar nr 18, om skadliga sedvänjor*. CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18, 2014.

FN:s Barnrättskommitté, *Sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges femte periodiska rapport*. CRC/C/SWE/CO/5, 2015.

Nordiskt nätverk för barns och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvården, NOBAB, *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*.

Nätverket för barnanpassad vård, *Kriterier för barnanpassad vård*. Version 200123, 2020.

Regeringen, *Proposition 2013/13: 106 Patientlag*. 2014.

Regeringskansliet, *Konventionen om barnets rättigheter – Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. 2014.

Regeringskansliet, *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. 2011.

Segerström Eva, *Barnets rättigheter – Helhetssyn i praktisk och systematisk tillämpning*. 2019.

Singer Anna, *Barnets bästa – Om barns rättsliga ställning i familj och samhälle*. Norstedts Juridik 2012.

SKR, *Vård av personer från andra länder*. 2016.

Socialstyrelsen, *Att samtala med barn - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*. 2018

Socialstyrelsen, *Barn som far illa eller riskerar att fara illa – En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*. 2014.

Socialstyrelsen, *Bedöma barns mognad för delaktighet - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. 2015

Socialstyrelsen & NKA, *Faktablad: Barn och samhälle tjänar på bättre stöd till familjer med missbruk, fysiska och psykiska sjukdomar eller dödsfall*. 2013.

Swärd Susann, *Barnkonventionen – En kortfattad vägledning*. Rättighetsfokus, 2020.

Swärd Susann, *Barnkonventionen i praktisk tillämpning – handbok för socialtjänsten*, Norstedts Juridik, 2020.

Swärd Susann, *Barnkonventionen i praktisk tillämpning inom förskolan och skolan*. Norstedts Juridik, 2020.

UNICEF Sverige / Swärd Susann, *Handbok för socialsekreterare – Om barnrättsperspektivet från förhandsbedömning till avslutad utredning*. 2018.

UNICEF Sverige, *Handbok om barnkonventionen*. 2008.

