

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2011:72

# Det vårdande mötet mellan distriktssköterska och barn i barnhälsovården

En kvalitativ intervjustudie

Lina Bodinger  
Liselott Johansson



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Det vårdande mötet mellan distriktssköterska och barn i barnhälsovården. En kvalitativ intervjustudie
Författare:	Lina Bodinger och Liselott Johansson
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Distriktssjuksköterskeprogrammet
Handledare:	Lina Palmér
Examinator:	Angela Bång

## Sammanfattning

Patientens känsla av välbefinnande är relaterat till om det finns en fungerande vårdrelation som utvecklas i ett vårdande möte, mellan vårdare och patient. Vårdrelationen i mötet kan främja eller motverka hälsa. Båda parter i vårdrelationen är aktiva i någon mening och det är distriktssköterskans ansvar att det blir ett vårdande möte. Barnet som besöker vården är, som varje patient i en vårdsituation, utsatt - dels beroende på sårbarhet och dels beroende på underlägsenhet gentemot vårdgivaren, i det här fallet distriktssköterskan. Utsatthet hos barn kan leda till att tillit, både till andra och till sig själv, rubbas. Barnets delaktighet och förmåga att uttrycka sig är delvis beroende av de vuxna i det vårdande mötet. Kommunikation är av stor betydelse i det vårdande mötet med barn. Syftet med studien var att beskriva hur distriktssköterskor gör för att skapa förutsättningar för ett vårdande möte med barnet på BVC.

Metoden för studien är kvalitativ datainsamling i intervjuform. Undersökningsgrupp är åtta distriktssköterskor som arbetat med Barnhälsovård mellan 1,5 och 38 år. Resultatet har framkommit genom kvalitativ innehålls analys. Det visar hur distriktssköterskor erfar sitt görande i det vårdande mötet med barnet. Egenskaper och olika sätt att bemöta påverkar det vårdande mötets innehåll. Egenskaper av vikt är att vara lugn, intresserad, lyhörd och följsam gentemot barnet. Det betyder att de etablerar kontakt genom struktur och förhållningssätt, att de använder kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande och att de är följsamma i mötet. Distriktssköterskorna erfar också att familjen påverkar hur de gör i det vårdande mötet. I diskussionen påtalar vi förhållningssätt, följsamhet och kunskap om barn och deras miljö som betydelsefullt i det vårdande mötet. Den kvalitativa intervjuens betydelse för hur den kan sätta igång reflektion hos den intervjuade diskuteras också.

Nyckelord: *Barn, distriktssköterska, barnhälsovård, vårdande möte, kvalitativ innehållsanalys, kommunikation, föräldrar*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Möte med barn i barnhälsovården</b>	<b>1</b>
Verbal och icke verbal kommunikation som del av mötet	2
Barnets delaktighet i mötet sett ur ett familjeperspektiv	3
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>4</b>
<b>SYFTE</b>	<b>4</b>
<b>METOD</b>	<b>4</b>
<b>Ansats</b>	<b>4</b>
<b>Deltagare</b>	<b>5</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>5</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>5</b>
<b>Etiska överväganden</b>	<b>6</b>
<b>Förförståelse</b>	<b>6</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>6</b>
<b>Skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt</b>	<b>7</b>
Inleda med närmande	7
Vara inkännande och samspela	8
Leka för att få kontakt	9
<b>Använda kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande</b>	<b>10</b>
Skapa vårdrum	10
Undvika kända stressorer för barn	11
Förbereda barnet innan och under mötet	12
<b>Vara följsam i mötet</b>	<b>12</b>
Individanpassa mötet	13
Anpassa mötet till familjens resurser	14
<b>DISKUSSION</b>	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>14</b>
Tillförlitlighet	15
Intervjusituationen	15
Analysprocessen	16
Distriktssköterskors syn på sin roll hur det gör i det vårdande mötet med barnet	17
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>17</b>
Skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt	18
Använda kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande	18
Vara följsam i det vårdande mötet	19
<b>Slutsats</b>	<b>20</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>
<b>BILAGA I</b>	<b>1</b>
<b>BILAGA II</b>	<b>2</b>

<b><i>BILAGA III</i></b>	<b>3</b>
<b><i>BILAGA IV</i></b>	<b>4</b>
<b><i>BILAGA V</i></b>	<b>5</b>

## INLEDNING

Vår studie behandlar det vårdande mötet mellan distriktssköterska och barn inom barnhälsovården. Studien har ett vårdvetenskapligt perspektiv genom att det vårdande mötet är en förutsättning för att främja hälsa, välbefinnande och minska lidande. Vi vill försöka förstå hur distriktssköterskan gör för att etablera ett möte med barnet i barnhälsovården som bidrar till hälsa och välbefinnande, d.v.s. ett vårdande möte.

När vi gjorde vår praktik som distriktssköterskestudenter upplevde vi att våra handledare var väldigt bra på att möta barnet. När vi frågade dem hur de gjorde för att få en bra relation till barnet, var det svårt för våra handledare att sätta ord på det. Vi upplevde att distriktssköterskor såg bemötandet av barn som en naturlig egenskap hos sig själva vilken de utvecklat av sin erfarenhet. Därför blev vi intresserade av att undersöka detta.

Vår personliga yrkeserfarenhet säger oss att tid ofta förefaller vara en bristvara i såväl primär- som akutsjukvård. Vi tror att tid är en förutsättning för det vårdande mötet med barn, och av den anledningen känns det angeläget att ta reda på mer om olika sätt att arbeta för att kunna skapa detta. Vi vill undersöka hur distriktssköterskan gör för att påverka och underlätta det vårdande mötet med barn.

Informanterna i studien är åtta distriktssköterskor med erfarenhet av att möta barn från 0- 6 år i barnhälsovården.

## BAKGRUND

### Möte med barn i barnhälsovården

Distriktssköterskor i barnhälsovården arbetar efter nationella riktlinjer och är enligt Socialstyrelsen (2011) den centrala personen för barnavårdscentralens arbete.

Barnhälsovårdens mål är enligt Socialstyrelsen (2011) att *”främja barns hälsa, trygghet och utveckling genom att stödja föräldrar i ett aktivt föräldraskap, att upptäcka och förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn genom att uppmärksamma barn med särskilda behov samt genom att uppmärksamma risker i barnets närmiljö”* (s. 9).

Barnhälsovården erbjuder hälsoövervakning av alla barn enligt fastställt eller individuellt anpassat hälsoövervakningsprogram för barn med särskilda behov.

Distriktssköterskors arbete syftar även till att stärka föräldrarna i sin föräldraroll (Socialstyrelsen, 2011). Att arbeta förebyggande och hälsofrämjande med barn, beskriver Kirkevold (2003) som en komplex uppgift som samhället erbjuder via barnhälsovården, en institutionaliserad rådgivning och uppföljning av föräldrar och barn. Lindberg & Lagerkrantz (2007) menar att det är hälso- och sjukvårdens uppgift att utreda barnets psykiska och somatiska status samt bedöma eventuella avvikelser och behov av ytterligare åtgärd.

Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003) anser att en patients känsla av välbefinnande och hälsa är relaterat till om det finns en fungerande vårdrelation. Vårdrelation är ett begrepp inom vårdvetenskap och kan vara positiv eller negativ samt främja eller motverka hälsa (Dahlberg et. al 2003). Vidare, menar Dahlberg et al. (2003), är båda parter i relationen aktiva i någon mening och det är distriktssköterskans ansvar att det blir ett vårdande möte. Dahlberg et. al. (2003) beskriver också att en

vårdrelation uppstår ur det professionella vårdande mötet. Forsner (2006) belyser barns utsatthet och sårbarhet i vårdssituationen. Forsner (2006) menar att sjukvårdspersonal bör vara uppmärksam på en utsatthet hos barn som kan leda till att tillit, både till andra och till sig själv, kan rubbas. Dahlberg et. al. (2003) vänder sig mot att vårdandet av en patient kan likställas med en allmän livssituation där en människa mottar en tjänst eller vara. Istället menar Dahlberg et. al. (2003) att en människa i behov av sjuk- eller hälsovård är i en utsatt och sårbar situation. Lindberg (2007) anser att de som dagligen träffar barn i ett vårdande möte ska reflektera över begreppet integritet. Lindberg (2007) menar att varje barn har en integritet, oberoende av ålder och utvecklingsgrad, som skall respekteras.

I Harders (2011) avhandling med syfte att utforska och beskriva tre-, fyra-, och femåriga barns uttryck för delaktighet i olika situationer vid hälsobesök samt att beskriva femåriga barns uppfattningar om att genomgå en vaccination, framkommer att sjuksköterskans lyhördhet vid guidning av barnet genom ett hälsobesök är beroende av att han/hon har inblick i barns perspektiv och uppfattningar. Detta bidrar till en utveckling av en barncentrerad vård. För att främja barnets samspel i mötet behöver sjuksköterskan tolka och förstå dess handlingar (Harder, 2011).

### **Verbal och icke verbal kommunikation som del av mötet**

Andersson (2007) beskriver mötet och kommunikationen som en viktig del av det vårdande mötet, där det slutgiltiga resultatet, vårdkvalitén, helt är beroende av mötets ramar, förutsättningar, syften och av själva dialogprocessen. Genom att vårdaren använder sin kompetens ”i patientens tjänst”, och strävar efter en relation till patienten som präglas av samarbete, skapas förutsättningar för professionalitet och kvalitet. Andersson (2007) poängterar vidare att *lyssnandet* är basen i kommunikation samt att *flexibilitet* är en förutsättning.

Josephson (2008) menar att kommunikationen har två sidor, *vad* som kommuniceras och *hur* det kommuniceras och att en del av vårt sätt att kommunicera ickeverbalt är omedvetet, medan annat är medvetet. Harder (2011) belyser att barnet använder både sin kropp och verbala uttryck i sin kommunikation. De verbala uttryckens funktion är att förstärka de kroppsliga uttrycken. De olika uttrycken kan riktas mot sig själva, mot föräldern, mot sjuksköterskan eller mot rummet eller dess olika föremål. Verbala uttryck innebär förutom ord även gråt, gnäll eller skratt.

Josephson (2008) talar om *affektiv resonans*, som innebär att känslor som skratt/glädje och oro/nedstämdhet har en förmåga att överföras från den ena parten i ett möte till den andra. Även Ewles & Simnett (1994) belyser begreppet ”*icke-verbal kommunikation*” som andra former av mellanmänsklig kommunikation än just ord. Exempel som tas upp är kroppskontakt, närhet, placering, nivå, mimik och ögonkontakt. Johansson (2007) menar att i samtalet med barn utgör ord bara en liten del av kommunikationen, då barn i regel läser kroppsspråk bra och genomskådar alla försök att förmedla något annat än det man egentligen menar.

Cook, Yip & Goldin-Meadow (2010) har i sin studie studerat kroppsspråk i samband med verbal kommunikation. Författarna fann att gestikulerande/användande av kroppsspråk vid ett samtal ledde till ett ökat minne från samtalet, både omedelbart efter samtalet och efter tre veckor. Dessa fynd, menar författarna, visar på att ord och

information lagras bättre i minnet vid användande av kroppsspråk som ett komplement i samtalet.

### **Barnets delaktighet i mötet sett ur ett familjeperspektiv**

Kirkevold & Strömsnes Ekern (2003) beskriver familjens hälsofrämjande uppgift när det handlar om barn, avseende bland annat att tillgodose barnets grundläggande fysiska, utvecklingsmässiga och psykosociala behov, samt att delta i barnhälsovårdens hälsokontroller och vaccinationer. Dahlberg et. al. (2003) benämner tillämpning av familjeperspektivet som ett etiskt patientcentrerat vårdande. Kirkevold & Strömsnes Ekern (2003) belyser den stora utmaningen sjuksköterskan har i det vårdande mötet med familjen, och vikten av att vården har insikt om familjens betydelse för den enskilde individens hälsa och välbefinnande. En vårdande helhetssyn innebär enligt Dahlberg (1997) en komplementär syn på vårdandet, bestående av fysiska, psykiska och sociala perspektiv på människan. Dahlberg & Segesten (2010) belyser det generella perspektivet och vikten av att se till varje individs livsvärld.

I Baggens (2002) avhandling, som behandlar kommunikation och samspel i mötet mellan familj och sjuksköterska inom barnhälsovården, framkommer att barnens agerande påverkar mötet i barnhälsovården. I Baggens och Hydéns (2004) studie framkom att barnets medverkan (i synnerhet den icke verbala) i stor utsträckning påverkade den andra personens samspel samt hela den kommunikativa situationen. Harder (2011) menar att barn genom förhandling med sig själva gör sig redo för den aktivitet eller händelse som sjuksköterskan bjuder in till. På detta sätt kan barnet ta in, förstå och anpassa sig till det som sker omkring det.

Dahlberg & Segesten (2010) belyser vikten av att patienten blir delaktig för att känna hälsa och välbefinnande. Delaktighet handlar inte om ensidighet utan är ett begrepp som inkluderar flera parter och i barnhälsovården kan det handla om vårdare, patient och förälder. Vidare menar författarna att delaktighet innebär etiska ställningstaganden och att vårdare måste reflektera över dessa. Ibland krävs att närstående för patientens talan för att delaktighet ska vara möjlig (Dahlberg & Segesten, 2010). Detta belyser även Harder (2011). Barnen kan under hälsobesöket söka kontakt och ta hjälp av föräldern på olika sätt, t.ex. genom att krypa upp i förälderns knä, vända sig mot eller ta tag i föräldern. Barnet kan också söka stöd hos föräldern vid känslor av att inte kunna besvara en fråga eller då de blir rättade. Då kan barnet genom icke-verbala kommunikation vända sig mot föräldern och söka stöd. Om barnet t.ex. inte kan benämna ett visst föremål kan det placera föremålet framför föräldern (Harder, 2011).

En studie av Tates, Elbers, Meeuwesen & Bensing (2002), där 105 planerade men enstaka möten mellan läkare, förälder och barn filmats, visar att graden av barnets delaktighet är beroende av de vuxnas agerande och Tates et.al. (2002) menar att det är en betydande faktor. Studien visar att barnet provar att göra sig delaktig genom att vända sig till de vuxna för att få stöd. Ett äldre barn gör oftare detta än ett yngre. De äldre barnens delaktighet är också större än de yngres. I samma studie fann man att i 90 % av mötena sågs barnet ej som delaktigt. Dock menar Tates et. al (2005) att detta resultat ej enbart går att förstå utifrån de vuxnas agerande utan även som en följd av alla tre parter medverkan. En annan studie av Runeson, Enskär, Elander, Hermerén (2001) där syftet var att kartlägga omständigheter av betydelse för barns delaktighet i

medicinska och vårdande möten, kom fram till följande betydande omständigheter för barnets delaktighet: barnets förmåga att invända och protestera mot vården, barnets ålder och mognadsgrad, föräldrarnas förmåga att notera sitt barns behov och förmedla det till vårdpersonalen, vårdpersonalens lyhördhet inför barnets behov, tiden och om det fanns flera och alternativa lösningar i vårdmötet. En studie med en hermenutisk ansats, där videoobservationer av treåringar genomfördes, visar att barn ger olika uttryck för när de känner sig trygga och meddelsamma. Genom att sjuksköterskan blir uppmärksam på barnets olika uttryck för trygghetskänsla och meddelsamhet kan kommunikationen med barnet i barnhälsovården underlättas (Harder, Kristensson och Söderbäck, 2009).

## **PROBLEMFORMULERING**

I strävan efter ett vårdmöte som bidrar till hälsa och välbefinnande, minskar lidande och befrämjar barnets delaktighet är kommunikation ett av distriktssköterskans viktigaste arbetsredskap i mötet med barn. I vårdmötet med barn kan kommunikationen brista på grund av olika omständigheter. Miljön i barnhälsovården kan vara förknippad med obehagliga inslag och integritetsnära handlingar. Barnet kanske är rädd eller blygt och förstår inte på samma sätt som en vuxen betydelse av att samverka. Som alla patienter hamnar barnet i mötet med distriktssköterskan i ett naturligt underläge. Detta kan bidra till känslor av osäkerhet, blygsel och ibland rädsla hos barnet. Tidigare forskning fokuserar till stor del på mötet mellan sjukvårdspersonal och förälder. Det förefaller vara så att kunskapsläget vad gäller distriktssköterskans möte med *barnet* på barnavårdscentralen är relativt outforskat och mot bakgrund av det ser vi att det är av vikt att belysa distriktssköterskans erfarenheter inom detta område. En strävan efter det vårdande mötet med barnet är av stor vikt. Även om föräldrar förefaller vara en väsentlig del av mötet är det barnet som är den centrala personen inom all barnhälsovård och bör bemötas med stor respekt för sin person. Vårdande möten torde främja en god relation med barnet på sikt. Hur gör distriktssköterskor för att skapa ett vårdande möte med barn som innebär främjande av hälsa och välbefinnande, minskat lidande och ökad delaktighet hos barnet och hur gör de för att överkomma svårigheter som kan uppstå i mötet med barnet?

## **SYFTE**

Syftet med studien är att belysa distriktssköterskans erfarenhet kring att skapa förutsättningar för ett vårdande möte med barn på BVC.

## **METOD**

### **Ansats**

En kvalitativ datainsamlingsmetod i intervjuform med en induktiv ansats, med stöd från Kvale & Brinkmann (2009), har använts för studien. Efter genomförda intervjuer gjordes en kvalitativ innehållsanalys utifrån Lundman & Graneheim (2003) med ett induktivt förhållningssätt. Undersökningsgrupp är distriktssköterskor i barnhälsovården. Fördelen med intervjumetoden är att få kvalitativa beskrivningar av distriktssköterskor



som dagligen arbetar med barn. Kvale & Brinkmann (2009) menar att det inte finns någon standardteknik med öppna kvalitativa intervjuer och att den stora fördelen med kvalitativa intervjuer är dess öppenhet. Enligt Friberg (2006) kan kvalitativa studier ge ökad förståelse för begrepp som lidande och även för hur patienters upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov kan bemötas.

## **Deltagare**

Brev skickades ut via mail till verksamhetscheferna (bilaga I) för åtta slumpvis utvalda vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen. Inga inklusions- eller exklusionsurval gjordes. Vi sökte distriktssköterskor som hade erfarenhet av arbete i barnhälsovård, dock utan krav på en viss tid i yrket, kön eller annat. Därefter gav verksamhetscheferna sitt medgivande och förmedlade förfrågan om samtycke till distriktssköterskor (bilaga II) på barnavårdscentralen. En av vårdcentralerna tackade nej till att medverka medan det på en vårdcentral fanns två distriktssköterskor som ville medverka. Informanterna är åtta distriktssköterskor inom barnhälsovård från sju olika vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen. Yrkeserfarenheten varierar mellan 1,5 och 38 år. Vi sökte distriktssköterskor av skiftande kön och skiftande antal verksamma år inom barnhälsovården. Alla distriktssköterskor i studien var dock kvinnor, men med en stor variationsbredd över antal år som yrkesverksam. När informanterna hade fått information om syftet med studien och gett sitt godkännande till att medverka bokades en tid för intervju via mailkontakt.

## **Datainsamling**

I utskicket till distriktssköterskorna beskrevs studiens syfte. Plats och tid bestämdes av distriktssköterskan och samtliga distriktssköterskor valde sin arbetsplats som plats för intervjun. Författarna genomförde fyra intervjuer var. Det geografiska läget för respektive vårdcentral avgjorde uppdelningen författarna emellan. Tidsåtgången var i förväg uppskattad till mellan 30 och 60 minuter. Samtliga distriktssköterskor hade avsatt minst 60 minuter för intervjun. Tidsåtgången för intervjuerna blev mellan 20 och 45 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes under två veckors tid. Dessa spelades in digitalt och transkriberades ordagrant av respektive intervjuare i nära anslutning till intervjuerna.

Vi utformade fem intervjufrågor (bilaga III). Vissa av dessa bedömdes vara av sådan art att ett förberedande hos informanten kunde komma att ge mer tyngd åt svaret, och därför valde vi att ungefär en vecka före intervjutillfället skicka ut frågorna till distriktssköterskorna. Genomläsandet av frågorna och ett eventuellt förberedande var helt frivilligt. Detta upplystes distriktssköterskorna om. Frågorna var formulerade som öppna frågor. Författarna förberedde följdfrågor (bilaga III) som i de flesta av intervjuerna kom till användning.

## **Dataanalys**

Analysen genomfördes efter Graneheim & Lundman (2003). Analysen genomfördes på manifest nivå. Efter genomförd transkribering delgav författarna varandra sitt material. Intervjumaterialet lästes upprepade gången innan analysprocessen startade. Var och en av författarna identifierade meningsbärande enheter i sitt material. Dessa kondenserades

därefter, d.v.s. överflödiga ord togs bort, och vi arbetade hela tiden så att kärnan som bevarades kunde svara till syftet. Kondenseringen gjordes gemensamt inledningsvis och därefter var och en för sig. De kondenserade meningsenheterna bearbetades gemensamt och kodningen genomfördes (bilaga IV) Vi arbetade med att försöka hålla oss meningsnära för att inte tappa bort betydelsen i meningsenheten. Därefter diskuterade vi varje kod gemensamt för att säkerställa att alla svarade till vårt syfte. Koderna grupperades och abstraherades efter detta till en högre nivå i åtta subkategorier. Dessa fördelades sedan i tre kategorier (bilaga V).

## **Etiska överväganden**

Vetenskapsrådet (2010) beskriver fyra etiska krav på forskning; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. I vår studie informerade vi verksamhetschef samt distriktssköterskor om syftet med studien och hur vi genom intervju planerade genomföra detta (se bilaga I och II). Distriktssköterskorna fick också information om att intervjun skulle spelas in, att datamaterialet skulle behandlas konfidentiellt och att personlig data som kunde härledas till någon enskild person skulle avidentifieras av intervjuarna. Därefter fick distriktssköterskorna avgöra om de ville ge sitt samtycke till att medverka. De fick även information om rätten att avbryta sin medverkan och information om nyttjandekravet. Nyttjandekravet innebär enligt Vetenskapsrådet (2010) att de uppgifter vi samlat in i framtiden endast får användas för forskningsändamål och inte i några andra syften. Materialet kasseras efter avslutad studie och fram till kassering har inga obehöriga har tillträde till materialet. Med anledning av att enskilda distriktssköterskor inte skulle kunna identifieras och med tanke på kraven på konfidentialitet valde vi att inte redovisa tidigare yrkeserfarenhet eller andra uppgifter kring informanterna.

## **Förförståelse**

Eventuella risker med metoden skulle kunna ses om forskaren inte är medveten om sin förförståelse, det blir då svårare att kontrollera den. Dahlberg et. al. (2003) menar att forskaren måste vara medveten om hur hon själv kan påverka resultatet genom sin förförståelse, både under intervjun och under granskningen av materialet. Friberg (2006) beskriver vikten av att forskaren kan kontrollera sin egen förförståelse, vilket innebär en medveten strävan att hålla den tillbaka. Detta innebär att forskarens egna föreställningar samt hennes kunskap hålls tillbaka så att dessa inte styr analysen. Vidare betonar Friberg (2006) att öppenhet och följsamhet kännetecknas av en äkta vilja att förstå utan att försöka förstå texten utifrån egna antaganden.

Inför intervjuerna reflekterade vi var och en för sig över vår förförståelse, d.v.s. våra tankar och förväntningar kring syftet, och därefter delgav vi varandra dessa. Detta bidrog till en medvetenhet om att vi alla har en förförståelse och att denna kan påverka oss i intervjusituationerna och analysen.

## **RESULTAT**

Resultatet sammanfattas nedan i en tabell för att underlätta överskådligheten. Därefter beskrivs varje kategori med tillhörande subkategorier.

Subkategorier	Kategorier
Inleda med närmande	Skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt
Vara inkännande och samspela	
Leka för att få kontakt	
Skapa vårdrum	Använda kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande
Undvika kända stressorer för barn	
Förbereda barnet innan och under mötet	
Individanpassa mötet	Vara följsam i mötet
Anpassa mötet till familjens resurser	

## Skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt

Skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt belyses genom följande subkategorier; Inleda med närmande, vara inkännande och samspela samt skapa kontakt genom lek och glädje. Att skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt innebar att inleda med närmande och därefter vara inkännande och samspela samt att skapa kontakt genom lek och glädje. Vikten av det initiala skapandet av kontakt betonades. Distriktssköterskorna visade respekt för barnet som person, dess integritet, dess fysiska behov av närhet och distans och respekt för dess intresse.

### Inleda med närmande

En stor del av intervjuerna berörde hur distriktssköterskor närmar sig barnet rent fysiskt vid ett vårdande möte. För några började mötet redan i väntrummet, där de mötte upp i syftet att etablera kontakten tidigt i mötet. Här betonades vikten av att rikta sin uppmärksamhet mot barnet, småprata och att presentera sig. Att nämna barnet vid namn lyftes som en viktig del av fler än en distriktssköterska.

*”... när jag hämtar dem ute i väntrummet så hälsar jag på barnet först. Då sätter jag mig på huk, eller i barnets nivå...”*

I väntrummet berättade en distriktssköterska hur hon brukar uppmärksamma det barnet gör just nu i väntrummet, även om det är en nyfödd bebis. Samma distriktssköterska berättade hur hon kunde slå sig ner i väntrummet för så kallad ”uppvärmning”. Flera andra informanter gjorde på liknande sätt.

Två av distriktssköterskorna arbetade på det sättet att barnet alltid gick in först på rummet och hon efter.

*”...att de får gå först in och att jag kommer sen, att man öppnar upp..... så man inte står och väntar vid dörren på att de ska komma.. och att de går mot mig utan att JAG möter dom...”*

I flertalet intervjuer belystes vikten av att skapa ögonkontakt med barnet, och i samtliga intervjuer talade distriktssköterskorna om hur de försöker skapa ett vårdande möte genom att placera sig på samma nivå och ögonhöjd som barnet. Någon distriktssköterska betonade vikten av att göra detta även med det nyfödda barnet medan andra automatiskt vände sig till föräldern när barnet var nyfött. Många distriktssköterskor närmade sig barnet genom att rent fysiskt placera sig på samma nivå.

En informant beskrev hur hon vid ca 5-6 månader gamla barn fick hålla sig på lite större avstånd för att undvika att göra barnet ledset i en känslig ålder. Några informanter använde sig att kontorsstolen för att höja, sänka och rulla fram och tillbaka i rummet för att komma på barnets nivå. Att vända sig mot barnet var ett annat sätt som beskrevs i syfte att närma sig barnet. Flera av informanterna strävade efter en fysisk närhet till barnet vid mötet. I flera intervjuer föredrog distriktssköterskorna att ”sitta i grupp” med barnet och förälder.

Någon informant framhävde kroppskontakt som ett viktigt inslag i synnerhet i mötet med de allra minsta barnen, t.ex. genom att hålla om dem på skötbordet eller att stryka låret inför en vaccination.

### **Vara inkännande och samspela**

Något som tydligt kom fram under intervjuerna var att barnet i barnhälsovården skall ses som en gäst. Respekt för barnen genomsyrade samtliga intervjuer. Att skapa en allians med barnet var ett uttryck som kom fram under en intervju. Flera av de intervjuade distriktssköterskorna berörde detta område på olika sätt. Upprepade gången användes uttrycken att *”sätta barnet i fokus”* samt *”sätta barnet främst”*. Detta synsätt innebar att distriktssköterskorna försökte lära känna barnet genom att lyssna, bry sig om samt visa intresse, ödmjukhet och välvilja. Någon talade om att hitta vägen in till barnet. Betydelsen av att vara närvarande, att läsa och förstå barnet samt att känna in situationen kom också fram. En distriktssköterska belyste beröm som en viktig del i skapandet av mötet. En annan talade om att inte hindra barnets uttryck, att barnet får vara som det är.

Att i ett vårdande möte se barnet som en individ, var också något som lyftes fram i flertalet intervjuer. Några distriktssköterskor beskrev hur de sökte beröringspunkter hos barnet, t.ex. om klädsel eller något som barnet hade med sig. Flera menade att mötet alltid ska ske på barnets villkor och att man kunde försöka mötas på halva vägen.

*”... möta dem där dom är liksom, man får nästan titta på dom i korridoren hur de ser ut liksom, hur rör dom i sig, hur är dom är, är dom hungriga, är dom på väg hem och ska äta.... ja man får känna in väldigt mycket, man kan inte ta en mall och göra på samma sätt som för alla!”*

Någon distriktssköterska uttryckte svårighet att få kontakt med de minsta barnen. Andra nämnde hur de arbetade för att få ett vårdande möte även med det minsta barnet.

*”... det är att stå och jollra precis som det här barnets första satsmelodi... och man går ner i det här jollret...”*

En distriktssköterska talade till barnet även i undervisande syfte gentemot föräldrar. Med detta ville hon visa för föräldrarna på ett förhållningssätt gentemot barnet, att man talar till små barn oavsett ålder.

Två distriktssköterskor framhävde att de för att underlätta känslan av samhörighet drog nytta av föregående möte. Det handlade om att tala om det förra mötet med frågor av typen *”kommer du ihåg..?”*. Andra metoder för att skapa samhörighetskänslan kunde vara att rita tillsammans med barnet, eller att rulla en boll till varandra.

### **Leka för att få kontakt**

Att väcka barns nyfikenhet och lust genom kreativitet var något som var genomgående hos distriktssköterskornas arbetssätt. Ibland började detta redan i väntrummet. En distriktssköterska beskrev hur hon brukar slå sig ner i väntrummet om barnet inte vill bryta sin lek. En distriktssköterska lockade barnet genom att fråga om han/hon ville titta vad hon har för saker i sitt rum. En annan lät barnen titta på hennes skor. Liknade arbetssätt beskrevs av flera distriktssköterskor. En distriktssköterska berättade om rädda barn, där hon ibland uppmuntrade föräldern att komma till väntrummet och leka några gånger, innan besöket. Några distriktssköterskor beskrev hur de kunde *”bryta isen”* hos blyga barn genom leken. En distriktssköterska beskrev en positiv erfarenhet av hur hon i ett möte med en flicka som inte ville samarbeta tog hjälp av mamman och hennes iphone, vilken mamman hade filmat flickan med. För en distriktssköterska blev lekens betydelse i mötet olika stor beroende på barnets ålder.

Några distriktssköterskor såg till att ha för barnet intressanta saker på bordet, t.ex. en boll eller bok som de uppmuntras att låna. Några berättade om leksakshörnan i rummet och hur viktig den var för att få barnen att slappna av. Flera distriktssköterskor lät barnen leka fritt i rummet för att få en avslappnad känsla hos barnet. En distriktssköterska brukade skapa kontakt genom att läsa böcker för barnen, då detta gjorde de flesta barn glada.

*”... nån liten boll eller några små saker som man kan sitta med och hålla på själv med lite, och så kommer de... lämnar man över den eller så rullar man den, säga tack så mycket tillbaka om de är lite mindre då. Det är också ett sätt att få dem till sig, med sig.. Man kan ha en liten bok eller grejer på skrivbordet där som de är intresserade av som de gärna får låna...”*

I flera intervjuer betonade distriktssköterskorna att det ska vara trevligt och glädjefyllt att komma till barnvårdscentralen. Detta låg till grund för deras arbetssätt, och om besöket tog en negativ vändning bestämde de sig ofta för att bryta mötet för att behålla känslan av att glädje. En distriktssköterska påpekade att det för henne var viktigt att få ett positivt avslut på varje möte. En annan talade om att hon aldrig vaccinerar första mötet, även det i syfte att få en upplevelse av glädje kring platsen och mötet. Två av de intervjuade hade positiv erfarenhet av att skoja med barnet.

För att undvika en traumatisk upplevelse kring vaccination för barnet, betonade några distriktssköterskor vikten av att stärka det positiva inslaget i situationen. En distriktssköterska lät barnet först välja ett tatueringssplåster. En berättade om hur barnen först fick leka i väntrummet, få sin spruta och därefter få en ballong och en leksak.

## **Använda kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande**

Använda kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande beskrivs genom följande subkategorier; Skapa vårdrum, undvika kända stressorer för barn samt förbereda barnet innan och under mötet. Distriktssköterskorna menade att mötet ska vara tryggt utifrån barnets perspektiv. Här uppmärksammades betydelsen av en barnvänlig miljö och att skapa ett hemtrevligt och hemligt vårdande möte. Det innebar också att göra det vårdande mötet fritt från press, stress och oväntade händelser.

### **Skapa vårdrum**

Under flera intervjuer lyftes rummets eller miljöns betydelse för kontakten med barnet. Flera uttryckte att platsen betydelse är stor. Två distriktssköterskor talade om ett långsiktigt tänkande, där de försökte påverka sina chefer i skapande av en barnanpassad miljö. Detta arbete ansåg de på sikt även förbättra mötet med barnet då de var av den åsikten att en barnvänlig miljö underlättade kontakt med barnet. Två distriktssköterskor beskrev hembesöket som en viktig inledande del i ett vårdande möte med barnet. Dessa upplevde att de i barnets egen miljö fick ett bättre möte då hon fick se barnet i sin helhet, inklusive föräldrar och barn. En distriktssköterska föredrog öppna receptioner på Barnavårdscentralen, där barnet kunde se en människa direkt när han/hon kom in. Detta för att öka den inbjudande faktorn i miljön. Flera distriktssköterskor nämner väntrummet som en betydande plats i mötet, då barnen här beskrivs vara i en mer naturlig miljö och har mer tillfälle till lek då här ofta finns mer leksaker. I en intervju motiverade en distriktssköterska valet av en rund soffa i väntrummet med att barnet skulle ha möjlighet att krypa intill föräldern vilket kunde öka trygghetskänslan hos barnet och därmed skapa förutsättningar för ett vårdande möte. En distriktssköterska talade om en så kallad familjecentral där hon också har möten med barn i barnhälsovården. Hon menade att barnen där är i en annan situation vilket är positivt för mötet.

Flera distriktssköterskor framhävde vikten av att undvika en sjukvårdsaktig miljö. Detta kunde göras genom att bära privat klädsel. Flera distriktssköterskor tyckte att sjukvårdsklädsel, blåa och vita, försämrade kontakten med de barn som hade negativ erfarenhet av sjukvård. En distriktssköterska uttryckte att det finns barn som upplever skräck vid åsynen av sjukvårdsklädsel. Andra sätt för att undvika "sjukhuskänsla" som kom fram var att inreda med färgglada möbler och trevliga gardiner eller ha samstämmiga färger i besöksrummet. Några distriktssköterskor ställde fram stolar i olika storlekar i strävan efter att skapa en trevlig stund för alla och därmed göra barnet mer avslappnat. En distriktssköterska såg till att aldrig ha skrivbordet mellan sig och barnet. En distriktssköterska betonade att hon inte vill ha för mycket leksaker i sitt rum medan en annan önskade mer leksaker för att barn som är svåra att få att medverka

kunde leka mer. En distriktssköterska lyfte fram betydelsen av att ha inspirerande saker på väggarna. Dessa kunde vara underlag till samtalsämnen med barnet.

*"... köpte jag gruppen med de gröna möblerna så att det ska vara inbjudande.... För det är viktigt med färger och inte massa konstiga saker som står. För då påminner det om sjukvård. Här inne försöker jag ha mycket planscher och mycket gosedjur som sitter. Böcker och leksaker och docka där och nalle där. Du vet att det ska vara mycket så..."*

I en intervju berättade distriktssköterskan att hon alltid försöker tänka sig rummet utifrån barnets synvinkel. Hon betonade vikten av att till exempel ha krokar i barnens höjd där de ska hänga av sig.

*"... här kommer barnen, vad är det barnet ser? Och då kan man tänka sig barnet som är ett år, barn som ligger och tittar upp i lysrör så, då kanske jag inte ställer vagnen där, det blir trevligare..."*

### **Undvika kända stressorer för barn**

I samtliga intervjuer framkom betydelsen av att vara lugn som distriktssköterska och inte visa eventuell stress. Flertalet av distriktssköterskorna talade om vikten av att ta sig tid. Att ta sig tid handlade t.ex. om att avsätta tillräckligt med tid för besöket och att undvika att pressa och stressa barnet. En distriktssköterska uttryckte att hon alltid försökte dölja om hon var stressad. Samtidigt, menade hon, att barn känner av stress och att stressen är mycket svår att dölja. En distriktssköterska uttryckte att lugn och ro var viktigt i rummet. Hon beskrev att ryck i dörrhandtagen på rummet försvårade mötet främst med blyga barn. I några intervjuer beskrevs arbetsmetoden att *"ta ett steg tillbaka"* och invänta, att *"vara lite laidback"* i syfte att få barnet avslappnat i mötet.

Det var också nödvändigt för distriktssköterskorna att försöka undanröja psykologiska omständigheter som kunde sätta barnet under press. En distriktssköterska berättade hur hon undvek värdeladdade ord och försökte minska på obehagliga moment. Hon erfor att barnet kände sig tryggare om hon sa *"ge dig vaccinet"* istället för att *"sticka dig"*. Hon menade med detta är små detaljer i mötet har stor betydelse.

En distriktssköterska förklarade att mötet inte ska vara formellt, det ska vara tillåtande och högt i tak. En distriktssköterska försökte göra barnet hemmastadd genom att visa runt i lokalerna vid första mötet. En inbjudande och välkomnade miljö genom att det inte fanns några förbud från distriktssköterskans sida, var en annan metod för att skapa vårdmöte med barnet.

*"... de får leka med allt, plocka ner få de göra, det är inget som de inte får röra, utan de får gå och titta..."*

En distriktssköterska försökte undvika främmande personer i rummet, då hon ansåg att det påverkade tryggheten hos barnet. Vaccination var t.ex. ett tillfälle där det inte var lämpligt att ha främmande personer på rummet. När det gällde främmande personer i rummet beskrev en distriktssköterska att man får väga för och nackdelar med till

exempel ha en tolk i mötet. Distriktssköterskorna uppmuntrade även föräldrarna att bidra med trygghet för att undvika press på barnet. Detta gjorde distriktssköterskorna genom att låta barnet vara nära sina föräldrar, sitta i förälderns knä och själva hålla ett visst avstånd till barnet.

### **Förbereda barnet innan och under mötet**

Distriktssköterskorna beskrev genomgående hur de arbetade med förberedelse i mötet med barnet. Förberedelsen kunde börja redan genom att en distriktssköterska uppmanade föräldern att förbereda barnet hemma, på vad som skulle ske, t.ex. vaccination. Två distriktssköterskor beskrev hur de förberedde barnet för vaccination genom att prata med dem. En annan beskrev hur hon förberedde genom att visa med sina händer utan att använda sprutan. Några distriktssköterskor genomförde, efter förberedelsen, vaccinationen snabbt och undvek att dra ut på situationen. En distriktssköterska beskrev förberedelse som att ha tittat i sin tidbok för att veta vilket barn det är som kommer och på så sätt få ett möte med närhet och undvikande att frånvaro genom att titta i datorn. En annan beskrev att hon förberedde sig i samband med en kontroll som tidigare ej gått bra genom att i förväg tänka igenom i vilken ordning de olika momenten skulle utföras.

Att förbereda genom att berätta vad som skulle hända beskrevs av flera distriktssköterskor. En informant uttryckte att det var av stor vikt och mötet kunde bli svårare om hon inte gjorde det. En distriktssköterska beskrev hur hon förberedde barnet med sina händer och sin röst:

*”...barnet ska vara med på vad som händer och det ska vara förberett, jag tänker på att de är känsliga för lägesförflyttning och att de är beredda på detta.... jag säger till det lilla barnet vad jag ska göra, nu ska jag väga, mäta dig...”*

En distriktssköterska berättade att hon förberedde sig genom att ta hjälp av en annan profession. I det fallet gjorde hon det genom att rådfråga en psykolog hur hon skulle möta ett barn i ett möte som upplevdes som svårt. Dock var det inte alla distriktssköterskor som upplevde att de arbetade förberedande. Distriktssköterskorna sa att de försökte vara här och nu och ta situationen som den kom. När vi bad dem närmare beskriva mötet kom ändå förberedande upp på något sätt. Speciellt tydligt blev det om de förväntade sig svårigheter i mötet. En distriktssköterska beskrev att hon då tänkte igenom vad som gått fel förra gången.

### **Vara följsam i mötet**

Vara följsam i mötet beskrivs i följande subkategorier; Individanpassa mötet och anpassa mötet till familjens resurser. Att anpassa det vårdande mötet efter individen handlade om att vara följsam i kommunikationen med barnet och gentemot barnets personlighet, humör och val. Att anpassa mötet till familjens resurser innebar att vara följsam i relationen mellan barn och förälder, eller andra närstående, t.ex. mor- och farföräldrar och syskon.



## Individanpassa mötet

Att individanpassa mötet innebar att vara följsam och ta hänsyn till ålder, utveckling, personlighet, tid och val. En distriktssköterska beskrev att alla situationer var unika och unika situationer var svåra att förbereda sig på. Samtliga distriktssköterskor anpassade sitt handlande i mötet efter barnets ålder. Två distriktssköterskor sa inledningsvis att det inte var så stor skillnad på vad de gjorde beroende på ålder, men efter att ha beskrivit mer ingående framkom skillnader. Skillnaderna gällde hur de kommunicerade och hur de mötte barnet. En distriktssköterska uttryckte att det var stor skillnad på hur hon bemötte barnet eftersom barnens åldern varierade mellan noll och sex år. I mötet med små barn använde sig en distriktssköterska av joller som kommunikation medan en distriktssköterska tyckte att man skulle tala lika oavsett ålder. Flera distriktssköterskor beskrev hur de använde kroppsspråket i mötet med barn i yngre åldrar medan verbal kommunikation blev vanligare i takt med ökad ålder. En distriktssköterska beskrev att hon anpassade kommunikationen vid språksvårigheter hos barnet genom att använda kortare och enklare meningar.

Barnets humör och personlighet påverkade också hur distriktssköterskan anpassade mötet till individen. Barnet kanske var på ett mindre bra humör, det kanske hade sovit dåligt eller var trött av någon annan anledning. Ibland var barnet blygt för stunden och då försökte distriktssköterskan vända sig mer mot föräldern. Om barnet kände rädsla gjorde hon kanske inte så mycket just den gången. Det var vanligt i dessa fall att de då bokade om besöket. Att avbryta besöket och boka ett nytt möte sågs av samtliga distriktssköterskor som en möjlighet och inte som ett misslyckande.

*”... vid svårigheter i mötet kan jag ha kommit för nära inpå det blir lite otäckt och då gäller det att vara lyhörd för det snabbt, då får jag anta en annan strategi...”*

En distriktssköterska beskrev att alla möten med barn kan behöva anpassas. Det kan innebära att ändra innehåll i mötet efter barnets förutsättningar genom att anpassa ordningsföljden, t.ex. genom att vaccinera först eller sist. En distriktssköterska berättade att hon ofta gjorde synkontrollen först i mötet innan barnet blev uttröttat. Ytterligare en distriktssköterska beskrev följsamhet genom att hon inte alltid använde de klossarna hon hade för screening utan hon kunde göra det mer symboliskt med hjälp av sådant som fanns i rummet hon befann sig i. En distriktssköterska beskrev hur hon anpassade platsen för mötet. Om mötet ej blev bra i besöksrummet kunde det bli bättre i väntrummet. Distriktssköterskor beskrev hur de anpassade tid för mötet. Om det var ett morgonpiggt barn kunde de boka en tidig tid medan en fyårs kontroll inte var lämpligt att boka en sen eftermiddag. Att individanpassa tiden kunde även innebära att boka olika lång tid beroende på vilket barn som skulle komma. De kunde boka en längre tid om det behövdes eller avbryta mötet i förtid.

Några distriktssköterskor gjorde så att de erbjöd valfrihet för att individanpassa situationen. De beskrev att barnet fick valmöjligheter och själva kunna bestämma exempelvis ordningsföljd i mötet.

## **Anpassa mötet till familjens resurser**

Samtliga distriktssköterskor beskrev hur de mer eller mindre tog hjälp av föräldrar och andra närstående i mötet med barnet. Det beskrevs också att ju mindre barnet var desto mer vände de sig till föräldern, men även syskon beskrevs som en positiv tillgång som främjar mötet. Någon uttryckte det som att syskonet ofta ”hakade på”.

En av distriktssköterskorna beskrev att familjen har mycket stor betydelse för hur hon agerar för att få ett så bra möte som möjligt. Hon upplevde att hon i mötet gjorde så att hon mötte hela familjen och att det var svårt att beskriva hur hon gjorde i det enskilda mötet med barnet. Hon tog även upp att ibland kunde det vara någon annan än föräldrarna som kom med barnet, t.ex. mor eller farföräldrar.

*”... alltså det är familjen jag möter främst och det gäller att skapa ett bra möte med föräldrarna annars är inte barnen trygga här i mötet...”*

Några distriktssköterskor beskrev hur lugna föräldrar var en tillgång som de tog hjälp av. Om föräldrarna var stressade beskrevs det av en distriktssköterska som att det aldrig blev ett bra möte.

*”... är det en förälder som är positiv och kommer hit, som har sett fram emot hälsokontrollen, känner sig lugn och avslappnad och har tid att gå hit...så påverkar ju det barnet också så det blir ett bättre möte...för då hjälper föräldern till i kontakten också med barnet...”*

Två distriktssköterskor uttryckte att de i samråd med förälder avgjorde om ett jobbigt möte avbrytas. En av dem beskrev hur hon vid ett möte med ett barn som var rädd vid vaccination sökte ögonkontakt med föräldern för att utan ord samråda över om det var störst trauma att ge barnet vaccinationen eller att komma tillbaka. Flera distriktssköterskor beskrev hur föräldern hjälpte till vid upplevda svåra möten. Föräldern beskrevs som ett språkrör som pratade för sitt barn och denna språkrörsfunktion uppmuntrade distriktssköterskorna om de inte fick något gensvar från barnet. En distriktssköterska uppmuntrade barnet att viska till föräldrarna, så att de i sin tur kunde berätta. En distriktssköterska beskrev att det blev svårigheter i mötet om närstående inte ville bidra med hjälp. Om det var ett äldre barn kunde kontakt etableras till viss del med barnet utan föräldern. Om mötet blev bra var mycket beroende på föräldrarnas vilja att hjälpa till.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Vår upplevelse av att hitta forskning kring distriktssköterskors möte med barn i barnhälsovården är att det är begränsat. Vi har tagit olika vägar och ofta funnit att vi var tillbaka där vi började. Det finns forskning kring föräldrar och distriktssköterskors möte

t.ex. Baggens (2001) och Plumridge et. al (2009), samt familjer och distriktssköterskor men vi upplevde att det var svårt att utläsa barnets roll där. De studier som beskrev barnets roll bäst var videoinspelningar som sedan analyserats t. ex Baggens (2002) och Harder et. al. (2009) Det finns studier som beskriver barnets möte med sjukvårdspersonal men då är kontext slutenvården och ej barnhälsovården, t. ex i Tates et.al (2009) och Coyne (2006) Vi har även använt någon artikel som beskriver möten mellan barn och sjukvårdspersonal inom olika delar av hälso- och sjukvården för att den gick att knyta till vårt resultat. Coyne (2006) konstaterar också med hänvisning till olika källor att det är svårt att få barnets synvinkel på sin delaktighet i sjukvården (slutenvården) och om barns synpunkter på delaktighet i mötet med distriktssköterskan i öppenvården har vi inte funnit något. Baggens (2002) studier behandlade mötet med barn i barnhälsovården och Forsner (2006) behandlade barns upplevelse av sjukdom och sjukvård. När vi har letat artiklar har vi också begränsat oss till att ta med artiklar från 2000-talet i uppsatsen. Det kan också ha begränsat oss. Vi har inte studerat de äldre artiklarnas resultat ingående.

### **Tillförlitlighet**

I strävan efter hög tillförlitlighet valde vi att skriva ett kortfattat och tydligt syfte, som vi under hela arbetets gång ständigt återvänt till. Syftet presenterades även för distriktssköterskorna inför intervjuerna. Dahlberg (1997) uttrycker att det ska finnas en ”röd tråd” som skall vara synlig hela vägen genom studien. Vidare skriver hon om objektivitet, som innebär att forskaren försöker förstå det som sägs i intervjun så noggrant som möjligt och förhåller sig kritiskt till det som sägs och inte ta uttågarna för givna. Även en till synes obetydlig formulering kan enligt Kvale & Brinkmann (2009) inverka på svaret, så även intervjuarens verbala och kroppsliga reaktioner som kan fungera som förstärkare för svaren. Detta var vi medvetna om inför intervjuerna och vid utformningen av frågorna.

För att eftersträva hög giltighet har vi följt Graneheim & Lundmans (2003) innehållsanalys vid analys av data. Dahlberg (1997) beskriver att forskaren vid analysen bör vara så nära att innehållet kan gripas, och hålla sådan distans att analysen inte påverkas av ovidkommande detaljer. Detta har vi varit medvetna om under analysens gång.

### **Intervjusituationen**

Vi valde att låta informanterna komma med förslag på tidpunkter då intervjuerna skulle äga rum, detta med respekt för deras arbete. Dock såg vi till att intervjuerna kunde genomföras med god tidsmarginal inför analysen. Frågorna formulerades som öppna frågor, med förhoppning att chansen till beskrivande svar skulle öka. Vi valde att skicka ut intervjufrågorna, med motivationen att vi bedömde att frågorna av typen ”Kan du beskriva en upplevd situation...?” var av sådan art att ett förberedande kunde ge möjlighet till mer reflekterande svar. Att tänka igenom frågorna innan var dock inget krav vi ställde på informanterna. Alla informanter hade inte tänkt igenom dessa. Vid utformning av intervjufrågor lades stor vikt vid att frågorna skulle vara av öppen, och inte ledande, karaktär. Intervjuguiden är utformad med hjälp av Kvale och Brinkmann (2009).

En observation som vi gjorde var att intervjuens innehåll till stor del var beroende av oss som intervjuare och informantens förmåga till uttömmande svar. Det fanns informanter som hade väldigt lätt att prata, där de fem huvudfrågorna var fullt tillräckliga, medan vissa intervjusituationer blev ”tystare” och intervjuarna upplevde att vi som ovana intervjuare också påverkade stämningen på rummet. I dessa fall var följdfrågor nödvändiga och vi försökte ställa dem på ett öppet och förutsättningslöst sätt (bilaga III). Vi kände att vissa intervjusituationer med mycket tystnad ledde till en viss stress och därmed något ledande frågor för att väcka informantens fantasi. Dessa ställdes dock med stor noggrannhet med ett öppet förhållningssätt, där öppenheten fick spelrum i svaren. Möjligtvis påverkade detta resultatet till viss del, då vissa ämnen kom upp som kanske inte skulle kommit fram vid en mer öppen fråga. Detta är författarna medvetna om och vi vill påpeka att vi är medvetna om detta. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver detta synen på ledande frågor som är en följd av ett postmodernt perspektiv på kunskapsproduktion, där han beskriver intervjun som ett samtal mellan intervjuare och informant och där det centrala inte handlar om huruvida frågan är ledande eller icke ledande. Han betonar istället vikten av vart frågorna ska leda och huruvida de kommer att leda i relevanta riktningar och skapa ny intressant kunskap. Frågorna av typen ”Kan du beskriva en situation...?” gav i de allra flesta fall bra och uttömmande svar, vilket var viktigt för att densamme skulle känna sig bekväm under intervjusituationen.

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver också att konsekvenserna av forskningen måste ha övervägts. Det kan vara ett sammansatt område när det gäller kvalitativ forskning. Känslor kan uppstå hos informanten om intervjuaren går för intimt in på området. Vi anser att genom en medvetenhet om denna risk har vi försökt undanröja den och hålla en professionell distans. Med professionell distans menar vi att vi har låtit distriktssköterskorna själva välja om de vill berätta om för dem känsliga detaljer. Det gäller även känsliga detaljer kring barn.

## **Analysprocessen**

Innehållsanalysen blev en tidskrävande process, där författarna flera gånger på vägen fick tänka kom. Vi uppmärksammade risken med att abstrahera för fort och arbetade därför med att behålla en textnära abstraktion, där kärnan i den meningsbärande enheten fortfarande fanns kvar.

I fasen där koder och subkategorier skulle göras till kategorier såg vi att flera koder kunde passa i flera kategorier. Det ligger ett grundligt arbete bakom hur vi valt att kategorisera resultatet och vi har under processens gång ständigt omprövat såväl kategorier som subkategorier. Då det fanns tveksamheter i vilken kategori en kod skulle placeras, diskuterade vi sinsemellan hur vi uppfattade innebörden i denna och därefter tog vi beslut om varför den passade i en kategori och inte i en annan. Även vid sammanställning av resultatet märkte vi hur allt hade en förmåga att gå in i vartannat. Detta försvårade arbetet under vissa steg, men ledde i slutändan till att vi fick en tydlig röd tråd genom resultatet. Graneheim & Lundman (2003) beskriver att när text handlar om mänskliga upplevelser kan det vara svårt att placera data uteslutande under en kategori.

## **Distriktssköterskors syn på sin roll hur det gör i det vårdande mötet med barnet**

Vid analys och sammanställning av resultatet kunde en tydlig röd tråd genom distriktssköterskornas svar identifieras. Många viktiga faktorer lyftes fram som viktiga i mötet med barnet, och dessa gick inte sällan in i varandra. Den röda tråden kan beskrivas som ett tydligt förhållningssätt hos distriktssköterskorna som återspeglas i det vårdande mötet.

I vissa intervjuer upplevde vi att distriktssköterskorna uttryckte att deras möte med barnet var som ett möte med barn som vilket som helst. Inte beroende av mötet på barnhälsovården. Någon distriktssköterska uttryckte förvåning över vårt val av fokus på mötet med barnet istället för på föräldern. Efter avslutade intervjuer, när bandspelaren stängts av, upplevde vi ibland att intervjusituationen hade ökat distriktssköterskornas medvetenhet om sin roll i mötet med barnet och hur hon gör, något de kanske tagit för givet. Detta satte vi i samband med reflektionens betydelse.

Ekebergh (2001) beskriver reflektion som en del av lärandet och något som framkommer naturligt om ett problem tydliggjorts. Ekebergh (2001) beskriver också att det vårdvetenskapliga lärandet består av erfarenhet och om att tillämpa kunskapen i sin rätta miljö, vilket antyder att intervjun och den reflektion intervjun bidrog till gett upphov till ett lärande, självreflektion. Vi anser att studien har betydelse för att synliggöra vårdande handlingar som inte ens upplevdes av distriktssköterskorna själva inledningsvis. Att arbeta med barn i barnhälsovården innebär att distriktssköterskor måste besitta vårdande egenskaper som är betydligt mer komplicerade och djupgående än det som syns vid första anblicken. Detta reflekterade vi över i vår studie genom den intressanta aspekt att vissa distriktssköterskorna sa att de gjorde på ett visst sätt, men vid närmare granskning av intervjuerna överensstämde det inte alltid hur de trodde att de gjorde jämfört med hur de beskrev att de gjorde. Flera uppgav till exempel att barnets ålder inte hade någon betydelse i mötet med barnet, men när de fick beskriva det mer ingående framkom betydande skillnader i arbetssättet vid olika åldrar. De flesta distriktssköterskor var väldigt tydliga med att arbetssättet och kommunikationen var åldersberoende. Kanske beror upplevelsen av ålderns betydelse på vad man lägger i ordet möte. Vi tror även att det har att göra med distriktssköterskorna inte behövt sätta ord på detta tidigare. Ekebergh (2001) beskriver att sådant som tagits för givet kan vara svårt att sätta ord på. Oreflekterad kunskap beskrivs som tyst kunskap. När vi bad distriktssköterskorna berätta om hur de gör i mötet med barn tror vi att deras medvetenhet om sin egen betydelse ökade. Ekebergh (2001) beskriver kunskap som är beroende av både teori och praktik som livsvärldskunskap.

## **Resultatdiskussion**

I resultatet framkom tre kategorier som beskrev hur distriktssköterskan skapar kontakt genom struktur och förhållningssätt, använder kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande samt arbetar följsamt i mötet.

## **Skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt**

Under kategorin skapa kontakt genom struktur och förhållningssätt ingick subkategorierna inleda med närmande, vara inkännande och samspela samt leka för att få kontakt.

Det som framkom i vår studie under subkategorin inleda med närmande var bl. a. att hälsa på barnet, etablera fysisk närhet till barnet och användande av kroppsspråk. En studie där vi också sett beskrivningar av det inledande närmandet är av Hammond & Mc Lean (2009). Denna studie belyser föräldrars uppfattning om läkarstudenters möte med barn i sjukvården, men vi anser att detta resultat även kan förstås utifrån barnhälsovårdens perspektiv, då vi i vår studie förstod att nöjda föräldrar kan ge tryggare barn och därmed ett bättre möte. De handlingar som de flesta av de intervjuade föräldrarna ansåg viktiga hos sjukvårdspersonal i Hammond & McLeans (2009) studie var att använda barnets namn, presentera sig själv samt visa omtänksamhet. Något som även distriktssköterskorna vi intervjuade erfor att de gjorde.

Under subkategorin vara inkännande och samspela framkom att distriktssköterskorna skapar samhörighet och samspel, de visar ödmjukhet och välvilja och även uthållighet i att etablera en relation. Att samspela innebar att befinna sig på barnets nivå både kroppsligt och mentalt och när distriktssköterskorna beskrev detta framkom en stor respekt för barnet som individ. Hammond & McLeans intervjustudie (2009) tar också upp vad som föräldrar anser viktigt i läkarstudenters kommunikation med barn. Det var att vårdaren behandlade varje barn som unikt, erbjöd gott om tid, aktivt lyssnade, byggde en relation samt bekräftade barnet. I Baggens & Hydéns (2004) studie fann författarna att ett aktivt samspel mellan barn och sjuksköterska skapades genom kommunikation via ord, blickar och kroppsspråk, utnyttjande av lek och material samt växlande uppmärksamhet mellan barn och förälder. Briggs (2007) tar också upp egenskapen hos sjuksköterskan att utveckla en ömsesidig tillit och att skapa en relation. Forsner (2006) beskriver också samspel när det gäller sjukvårdsrädda barn att barnet behöver bli bemött som en kompetent person, att det kan få lugn och ro i mötet och att de bemötta där de befinner sig i sin rädsla. I vårt resultat framkom likheter genom att distriktssköterskorna erfor att de läste av och förstod barnet som individ, kände av situationen, fick barnet avslappnat och inte hindrade barnets uttrycksätt.

## **Använda kunskap om vad som påverkar barnets välbefinnande**

Flera av distriktssköterskorna i vår studie nämnde de sjukvårdsrädda barnen, detta ingår under subkategorin skapa vårdrum. Bl.a. fann vi att flera upplevde att barn skrämdes av sjukvårdsklädsel, i synnerhet de som haft negativa upplevelser kring sjukvård.

Distriktssköterskorna talade också om att undvika en sjukvårdsaktig miljö, vilket kunde göras genom t.ex. färgglada möbler och planscher på väggarna. Distriktssköterskorna talade också om stickrädda barn. I denna situation arbetade distriktssköterskorna på samma sätt som de alltid gjorde, d.v.s. med försiktighet vid närmandet, respekt, följsamhet samt lugn och ro, dock i ännu större utsträckning än då barnet inte var rädd. Subkategorin skapa vårdrum i det vårdande mötet finns beskrivet i flera studier.

Forsners (2006) studie är inriktad på upplevelsen hos barn i sjukvård, dock kan viktiga delar utläsas i hennes resultat som vi tror kan tillämpas även i barnhälsovården. Barns upplevelse av sjukvård är enligt Forsner (2006) i hög grad personlig. De yngre barnen

kan i kontakt med vården få fantasifyllda föreställningar, medan de äldre kan få en känsla av vilshenhet då tillvaron känns osäker. Forsner (2006) fann att den medicinska miljön gjorde de rädda barnen osäkra. Det fanns hos dessa barn en rädsla att något skulle göra ont och medicinska undersökningar kändes som våld. Vidare menar Forsner (2006) att rädslan hos barnet kunde leda till ett avståndstagande mot människor de mötte. Faktorer som mildrade rädslan (Forsner, 2006) var att personalen berördes av rädslan hos barnet, att barnet blev varsamt hanterat samt fick förståelse.

Subkategorin förbereda barnet innan och under mötet beskrevs genom distriktssköterskorna att all förberedelse var betydelsefull. De erfor att de gjorde på olika sätt t.ex. genom att berätta, att visa, att ta hjälp av föräldrar för att det skulle bli ett vårdande möte. Vikten av förberedelse beskrivs i studier inom slutenvården i ofta relation till undersökningar av barn exempelvis i Coyne (2006). Där man genom förberedelse beskriver att det ökar barnets delaktighet. Coyne (2006) beskriver att göra barnet delaktigt i sin vård så ökar barnets självkänedom. Det har då lättare att förbereda sig i vårdande möten. Vi reflekterade över att upplevelsen av förberedelse skiljde sig från hur distriktssköterskorna beskrev att de förberedde i det vårdande mötet. En distriktssköterska sa att hon aldrig förberedde. När hon sedan berättade om svåra möten förklarade hon hur hon tänkte tillbaka på tidigare möten och försökte tänka igenom hur hon skulle lägga upp detta. Vi tror att distriktssköterskorna inte upplevde någon förberedelse kan ha berott på att de alltid var tvungna att anpassa situationen för att barnet skulle känna sig tryggt om något oförutsett inträffade.

### **Vara följsam i det vårdande mötet**

Detta är en annan kategori som blev tydligt i vår studie och bekrävs bl. a genom subkategorin individanpassa mötet. I studien beskrivs hur distriktssköterskorna erfar att de gjorde i det vårdande mötet för att individanpassa mötet. De försökte lägga märke till barnets personlighet, anpassa innehållet efter barnets förutsättningar bl.a. genom språk, ålder och dygnsrytm hos barnet. Förmågan att anpassa och begreppet flexibilitet ser vi likheter mellan. Briggs (2007) har gjort en litteraturöversikt där flexibilitet tas upp som en viktig egenskap hos distriktssköterskan. Flexibilitet beskrivs igenom att svara till patientens behov hellre än att strikt följa ett fastslaget program. Det innebar för distriktssköterskan att ha kompetens att ändra mötets fokus för att angripa rätt problem. Några av distriktssköterskorna vi intervjuade beskrev att ett formellt möte med barnet skulle undvikas och belyste vikten av att det blev personligt, tillåtande och högt i tak. Briggs (2007) beskrev att distriktssköterskor som betedde sig opersonligt och enbart samlade in information om familjen var de som inte hade möjligheten att skapa en trygg och tillitsfull relation.

Vårt resultat fokuserar på barnet men det var omöjligt att utesluta föräldrarnas betydelse i mötet mellan distriktssköterska och barn. Därför anser vi att det är av vikt att diskutera föräldrarnas roll i det vårdande mötet. I vår studie önskade vi få distriktssköterskans erfarenhet av hur hon gjorde just gentemot *barnet* och hur hon gjorde i den verbala och icke verbala kommunikationen med barnet. Utifrån vårt syfte hur distriktssköterskan erfar att hon gör gentemot barnet framträdde subkategorin hur hon anpassade mötet till familjens resurser. Här skulle paralleller kunna dras med Baggens & Hydéns studie (2004) som beskriver begreppet *joint work relationship*. Studien syftar till att beskriva

hur sjuksköterskan i barnhälsovården etablerar en arbetsrelation med barn och föräldrar. Studien bestod av fem videoinspelningar av familjens besök på barnvårdscentralen. Dessa analyserades och två olika situationer identifierades. Dels när sjuksköterskan etablerade ett vårdmöte med *barnet*, och dels när *föräldern* blev delaktig i mötet. Familjen har enligt Kirkevold (2003) stor betydelse för individen, och vi tolkar informanternas ständiga återkommande till föräldern eller annan närstående är en oumbärlig del av mötet. Tankar har väckts hos oss hur det vårdande mötet mellan ett barn och distriktssköterska hade sett ut om inte en förälder fanns i rummet. Flera av distriktssköterskorna i vår studie betonade betydelsen av föräldrarnas inställning, stressnivå och trygghetskänsla i mötet med barnet. En reflektion som gjordes var att även då föräldrarna aktivt gjorde något för att underlätta mötet, t.ex. tog barnet i sitt knä, beskrev distriktssköterskorna att de påverkade föräldern att göra det och uppmanade föräldrarna till detta. Distriktssköterskan gjorde alltså ett aktivt val att ta hjälp av föräldrar. Det innebär att skapa trygghet genom att barnet satt i föräldrarnas knä eller att hon samtalade via föräldrar i ett avdramatiserande syfte, för att barnet var blygt och inbundet

### **Slutsats**

Distriktssköterskors förmåga att skapa kontakt med barnet, att inge trygghet hos barnet och att vara följsam mot barnet påverkar det vårdande mötet. Distriktssköterskorna kan skapa ett vårdande möte genom att närma sig och lära känna barnet genom samspel, lek och glädje. Distriktssköterskor kan också påverka rummet samt undvika pressande omständigheter, vilket har betydelse för trygghetskänslan hos barnet. Andra faktorer av betydelse i det vårdande mötet är förberedelse, individanpassning och ta vara på familjens resurser.

Studiens resultat kan tillämpas av distriktssköterskor i barnhälsovården för att skapa goda förutsättningar för ett vårdande möte med barn i barnhälsovården. Även andra yrkeskategorier tror vi kan bli uppmärksammade, men troligtvis även andra yrkeskategorier som arbetar med barn i sjuk- eller hälsovård.



## REFERENSER

- Andersson, S-O. (2007). Mötet och samtalet. Ingår i: Fossum, B. (red). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of advanced Nursing* 36 (5), 659-667.
- Baggens, C (2002) *Barn och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. Doktorsavhandling. Linköpings universitet. Filosofiska fakulteten. Tema Kommunikation.
- Baggens, C. & Hydén, L-C. (2004) Joint work relationships: children, parents and child health care nurses at work. *Communication & Medicine* 1(1), 71-83
- Briggs, C (2007). Nursing practice in community child health: Developing the nurse-client relationship. *Contemporary Nurse* 23, 303-311
- Cook, TW; Yip, TK & Golden Meadow, S (2010). Gesturing makes memories that last. *Journal of memories & language*, 63 (4). 465-475.
- Coyne, I (2006). Consultation with children in hospital: children, parents and nurses perspective. *Journal of clinical nursing*, 15, 61-71.
- Ekebergh, M. (2001). *Tilläggnandet av vårdvetenskaplig kunskap- reflexionens betydelse*. (Doktorsavhandling i vårdvetenskap). Borås: Åbo Akademi.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K & Segesten, K (2010) *Hälsa och vårdande I teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur (tryckt i Lettland).
- Ewles, E. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete Del II och III*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsner, M. (2006) *Att vara barn i sjukdom och sjukvård – barns berättelser om sina upplevelser av sjukdom och sjukvårdsrädsla* Umeå Department of Clinical Sciences, Pediatrics, Department of Nursing, Umeå University, Sweden
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2003). *Qualitative content analysis in nursing research: concept procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today* (24) 105-112.
- Granskär, M. & Höglund – Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Hammond, M. & McLean, E. (2009) What parents and carers think medical students should be learning about communication with children and families. *Patient Education and Counseling*. 76 (3).
- Harder, M. (2011). *Barn inom Barnhälsovård. Studier om HUR barn gör sig delaktiga vid hälsobesök*. Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnor och barns hälsa, Stockholm.
- Harder, M, Christensson, K Söderbäck, M ( 2009) Exploring three year old children in a primary health care situation. *Journal of Child health Care*. 13 ( 4) 383 -400.
- Johansson, A-K. (2007). Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. Ingår i : Fossum, B. (red). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Josephson, U. (2008) Samtalsmetodik. Ingår i: Klang Söderkvist, B. (red.). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevoold, M. & Strömsnes Ekern, K. (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S & Brinkmann, S (2009) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, T. (2007). Barn och hälso- och sjukvård. Ingår i Lindberg, T. & Lagerkrantz, H. *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i : Granskär, M. & Höglund – Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Plumridge, E. Goodyear-Smith, F & Ross, J (2009) Nurse and parent partnership during children´s vaccination: a conversations analysis. *Journal of advanced nursing* 65(6), 1187-1194.
- Runeson, I., Enskär, K., Elander, G., och Hermerén, G. (2001) Professionals´ perceptions of childrens participation in decision making in healthcare. *Journal of Clinical nursing* 2001;10:70-78.
- Runeson, I., Mårtenson, E., och Enskär, K. (2007) Childrens knowledge and degree of participation in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure. *Pediatric Nursing* 33(6) 505-510
- Tates, K., Elbers, E., Meeuwssen, L. och Bensing, J. Doctor-Parent- child relationships: a pas de trois. *Patient Education and counseling* 48 (2002) 5-14.
- Vetenskapsrådet (2010) Forskningsetiska principer inom samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2011-08-29 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

## **Rapporter**

Socialstyrelsen (2011). *Att mäta kvalitet i barnhälsovården - Utveckling och testning av kvalitetsindikatorer för öppna jämförelse.*

Finns tillgänglig på:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18325/2011-5-8.pdf>

# BILAGA I



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Hej!

Vi heter Lina och Liselott. Vi är två blivande distriktssköterskor som nu gör vårt examensarbete som är en magisteruppsats.

Vi kommer att studera distriktssköterskors upplevelse av att skapa ett förtroendefullt möte med barn inom barnhälsovården. Vi önskar tillfråga distriktssköterskor som arbetar på BVC hos er om de vill medverka. Intervjuerna kommer genomföras under september och eventuellt oktober månad 2011. När deltagarna gett sitt medgivande att medverka utför vi intervjuerna på arbetstid hos er eller efter deltagarens önskemål. Intervjuerna kommer ta 30 minuter -1 timma. Intervjuerna skrivs sedan ut ordagrant, analyseras och avidentifieras. Allt material behandlas konfidentiellt och kasseras efter avslutad studie. Studien är frivillig att delta i och den som vill kan när som helst avbryta sitt deltagande.

Med vänliga hälsningar

Lina Bodinger  
Herrgårdsvägen 9  
51833 Sandared  
E-post: lina.bodinger@vregion.se  
Tfn: 0707-292333

Liselott Johansson  
Ledsängsvägen 34  
43834 Landvetter  
E-post: s092488@student.hb.se  
Tfn: 0760- 452264

Vår handledare är:

Lina Palmér, leg. Barnmorska, adjunkt och doktorand inom vårdvetenskap  
Institutionen för vårdvetenskap  
Högskolan i Borås  
E-post: lina.palmer@hb.se

## Godkännande

Verksamhetschef godkänner härmed att Lina Bodinger och Liselott Johansson utför datainsamlingen enligt ovan.

Ort och datum / 2011

Namnteckning \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

# BILAGA II



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

## Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie

### Bakgrund och syfte

Vi är två distriktssköterskestudenter som ska göra en kvalitativ intervjustudie som vårt examensarbete. Syftet med denna studie är att få ökad insikt om distriktssköterskans upplevelse av kommunikation med barn så att en förtroendefull relation uppnås.

Tidigare studier fokuserar mestadels på distriktssköterskors möte med föräldrar på barnhälsovården men det är svårt att hitta studier om distriktssköterskors upplevelse av mötet med barnet i barnhälsovården. Vi efterfrågar nu dina erfarenheter och upplevelser som distriktssköterska i barnhälsovården och hoppas du vill medverka.

### Studiens genomförande

Studien utförs som en intervju och spelas in. Intervjuerna kommer genomföras under september och eventuellt oktober månad 2011. Du kommer vid intervjutillfället få lämna skriftligt samtycke till din medverkan. Det är frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avsäga dig medverkan. Din medverkan är konfidentiell. Dina erfarenheter är mycket viktiga. Vi skyddar dina uppgifter. Allt material behandlas konfidentiellt och kasseras efter avslutad studie. Ingen obehörig får ta del av materialet. Studien är frivillig att delta i och den som vill kan när som helst avbryta sitt deltagande. Din verksamhetschef har givit sitt samtycke att utföra denna intervju på arbetstid.

Vi hoppas att du vill medverka och kontakta gärna oss så kan vi bestämma tid för intervju som passar dig.

Med vänliga hälsningar Lina och Liselott.

Lina Bodinger

E-post: lina.bodinger@vgregion.se

Tel.nr: 0707-292333

Liselott Johansson

E-post: s092488@student.hb.se

Tel.nr: 0760-452264

Jag har tagit del av informationen och samtycker till att delta

Ort och datum \_\_\_\_\_

Namnsteckning \_\_\_\_\_

## BILAGA III

Huvudfrågor:

- Skulle du vilja beskriva hur du arbetar på Barnavårdscentralen för att skapa ett vårdmöte med barnet?
- Kan du beskriva en situation där du upplevde ett bra möte med barn på bvc?
- Kan du beskriva en situation där du upplevt svårigheter i mötet med barn på bvc?
- Skiljer sättet som du kommunicerar med barnet sig åt beroende på vilken ålder det är?
- Vad anser du om platsens betydelse i vårdmötet? Hur kan du göra för att påverka denna?

Följdfrågor som användes:

*Kan du berätta mer om...?*

*Hur menar du...?*

*Vill du beskriva ytterligare hur du gjorde...?*

*Har du tankar om varför det blev så...?*

## **BILAGA IV**

**Exempel över meningsbärande enheter, kondensering och kod.**

**Exempel 1. Kod: Avdramatisera:**

**Meningsbärande enhet:** Jag pratar, sätter mig ner, tar med dem in och försöker avdramatisera.

**Kondensering:** Avdramatiserar genom att prata och sätta mig ner.

**Kod:** Avdramatisera.

**Exempel 2. Kod: Barnanpassa nivån:**

**Meningsbärande enhet:** Jag drar fram ett litet bord så att sakerna kommer i deras lilla nivå

**Kondensering:** sakerna på barnets nivå

**Kod:** Barnanpassa nivån

## BILAGA V

KODER	SUBKATEGORIER	KATEGORIER
<p>Hälsa på barnet            Presentera sig            Söka ögonkontakt            oavsett ålder            Fysisk närhet            Småprata            Möta upp            Utnyttja rösten i form            av tonfall            Visa med kroppen            Vända sig mot            Samma ögonhöjd och            fysiska nivå            Gå ner på golvet            tillsammans            Vara lugn            Hitta beröringspunkt            Etablera kontakt i            väntrum            Barnet går in först i            rummet</p>	<p>Inleda med närmande</p>	<p>SKAPA KONTAKT GENOM            STRUKTUR OCH            FÖRHÅLLNINGSSÄTT</p>
<p>Lyssna            Skapa kontakt            Visa intresse            Fokusera på barnet            främst            Se barnet som individ            Bry sig om            Visa ödmjukhet och            välvilja            Bjuda in barnet som            gäst            Läsa och förstå barnet            Känna av situation            Skapa samhörighet och            samspel            Uthållighet            Ta ett steg tillbaka och            invänta            Hitta väg in till barnet            Få barnet avslappnat</p>	<p>Vara inkännande och            samspele</p>	



<p>Lära känna Berömma Inte hindra uttryck Barnanpassa nivån Vara närvarande Bygga på förra mötet Väcka nyfikenhet Få kontakt genom lek Fri lek Skapa glädje i mötet på BVC Lek betydelsefull Positivt avslut Positivt första möte Använda fantasi och kreativitet Tatueringsplåster Visa leksaker Läsa för barnet Avdramatisera Avleda</p>	<p>Leka för att få kontakt</p>	
<p>Lekvänligt väntrum Undvika möbel mellan dsk och barn Utnyttja väntrummet Barnanpassad inredning Klädseln betydande Barnet egen stol Anpassa placering i rummet Igenkännandefaktor Stor yta utan avstånd Undvika sjukvårdsaktig miljö Ordna miljön Ta hjälp av inredningen Att ha saker framme</p> <p><b>Tillåtande miljö</b> <b>Att göra hemmastadd</b> <b>Lugn och harmoni i mötet och rummet</b> <b>Ta sig tid och undvika stress</b> <b>Undvika press på barnet</b> <b>Inbjudande och</b></p>	<p>Skapa vårdrum</p> <p><b>Undvika kända stressorer för barn</b></p>	<p><b>ANVÄNDA KUNSKAP OM VAD SOM PÅVERKAR BARNETS VÄLBEFINNANDE</b></p>

<p>välkomnande miljö Lugn vid vaccination Minska obehagliga moment Skapa trygghet Flexibel ordningsföljd i mötet Undvika främmande person i rummet Undvika formellt möte Dra nytta av hembesöket Skapa en trevlig stund</p> <p>Förberedande genom berättande Förbereda förflyttning All förberedelse betydelsefull Uppmana föräldrar att förbereda hemma Visa före vaccination Förklara för barnet Prata inför och vid vaccination Undvika utdragen vaccination Dsk väl förberedd Ta hjälp av psykolog</p>	<p>Förbereda barnet innan och under mötet</p>	
<p>Erbjuda valfrihet Åldersrelaterad placering Att vara följsam Lägga märke till personlighet Bryta upp och boka om Åldersanpassad dialog Anpassa screeningmomentet Anpassa val av plats Undvika laddade ord Känna av kroppsspråk hos olika kulturer Extra lugnt om blygt barn Jollra med barnet Anpassning efter familj Anpassa språk vid</p>	<p>Individanpassa mötet</p>	<p>VARA FÖLJSAM I MÖTET</p>

<p>språksvårighet  Innehåll efter barnets  förutsättningar  På barnets villkor  Anpassa tid  Fråga om dygnsrytm  hos barnet  Ta sig tid  Känna barnet sedan  tidigare  Arbeta långsiktigt  Valmöjlighet för barnet</p> <p>Möta hela familjen  Möta syskon  Lugna föräldrarna  Låta föräldrar vara  språkrör  Visa intresse för hela  familjen.  Ta hjälp av förälder tex  vid blygt barn  Samråd med förälder  Uppmana närhet  mellan förälder och  barn  Kontakt med syskon  kan öppna upp i mötet  Barn i förälders famn  Skapa lugn hos  förälder som lugnar  barnet  Skapa lugn hos barnet  genom att samtala med  förälder  Vända sig till föräldrar  om barnet är litet</p>	<p>Anpassa mötet till  familjens resurser</p>	
---	---	--

